

CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

**Protocolo Andaluz
para la Actuación
Sanitaria ante la
Violencia de Género**

2015

Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género

2ª Edición 2015

**Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública
Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales**

PROTOCOLO andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género [Recurso electrónico] / autoría, Amalia Suárez Ramos (coordinación) ... [et al.]. -- 2ª ed.. -- [Sevilla] : Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2015

Texto electrónico (pdf), 251 p.

"Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública"

1. Violencia contra la mujer 2. Atención a la salud 3. Guía de práctica clínica 4. Andalucía I. Suárez Ramos, Amalia II. Andalucía. Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública III. Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales WA 309

Autoría

Amalia Suárez Ramos (coordinación)

Syra Borrás Pruneda

Ifigenia Frías Oncina

M^a Victoria Llamas Martínez

Elisa Vizuete Rebollo

Revisión

Carmen Agüera Urbano

Autora del Protocolo Andaluz de Actuación Sanitaria desde el ámbito de las Urgencias ante la violencia de género
Médica del Hospital Costa del Sol

M^a Dolores Barrios Regordán

Trabajadora Social
Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla

Adela Abarrategui Pastor

Jefa de Gabinete de Estudios y Programas
Instituto Andaluz de la Mujer

María Flor Torres Porras

Fiscal Delegada de Andalucía contra la Violencia a la Mujer

Nieves Montero de Espinosa Rodríguez

Fiscal Delegada de Sevilla contra la Violencia a la Mujer

José Díaz-Borrego Horcajo

Subdirección de Gestión y Evaluación de Resultados en Salud
Servicio Andaluz de Salud

María Luisa García Gestoso

Pediatra de Atención Primaria
Unidad de Gestión Clínica Puerta Este
Dr. Vallina Sevilla



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2015.

Maquetación: Mónica Padial Espinosa. Subdirección de Promoción de la Salud. Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.



ÍNDICE

I.	PRESENTACIÓN	pág. 7
II.	OBJETIVOS	pág. 10
III.	CONCEPTOS GENERALES	pág. 12
	Definición de violencia de género	pág. 13
	Causas y marco conceptual	pág. 14
	El proceso de la violencia de género	pág. 16
	Hijos e hijas de mujeres en relaciones de violencia de género	pág. 17
	Violencia de género en mujeres vulnerables	pág. 19
	Consecuencias de la violencia de género en la salud	pág. 23
IV.	ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO. EL PERSONAL DE LOS SERVICIOS SANITARIOS ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	pág. 29
	Prevención de la violencia de género desde los servicios sanitarios	pág. 33
	Atención sanitaria a mujeres en situación de violencia de género	pág. 35
	Atención a hijos e hijas víctimas de violencia de género	pág. 62
	Actuación con hombres que ejercen violencia sobre las mujeres	pág. 68
V.	ACTUACIÓN ANTE AGRESIONES SEXUALES	pág. 70
VI.	ACTUACIÓN CON MUJERES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD	pág. 78
	Mujeres que viven en el medio rural	pág. 79
	Mujeres mayores	pág. 85
	Mujeres con discapacidad	pág. 88
	Mujeres inmigrantes	pág. 97
VII.	ACTUACIÓN SANITARIA CON MUJERES EN SITUACIONES ESPECIALES	pág. 100
	Mutilación genital femenina	pág. 101
	Mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual	pág. 108
	Mujeres que viven en situación de prostitución	pág. 123
VIII.	ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	pág. 125
	Aspectos legales	pág. 126
	Principios éticos que deben guiar la actuación profesional	pág. 128
	Dilemas éticos	pág. 132
	El parte al juzgado	pág. 133
	La comunicación a Fiscalía	pág. 137
	Protección de la Mujer	pág. 139
IX.	ANEXOS	pág. 143
X.	GUÍA DE RECURSOS	pág. 197
XI.	BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	pág. 239



I. PRESENTACIÓN

I. PRESENTACIÓN

En el año 2008 se editó el Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género con el objetivo de proporcionar a las y los profesionales de la salud pautas de actuación homogéneas ante los casos de violencia contra las mujeres. Fruto de las nuevas evidencias y de la experiencia acumulada en nuestro país contra el maltrato actualizamos este documento.

En esta edición, se ha tomado como referencia el Protocolo Andaluz de actuación desde el ámbito de las Urgencias ante la violencia de género, publicado en 2012 y contempla también las medidas establecidas en la Estrategia Nacional para la Erradicación de la violencia contra la mujer (ENEVM) 2013-2016¹.

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

Es importante resaltar que el protocolo que presentamos incorpora como víctimas directas de la violencia de género a los y a las menores convivientes y la atención a las mujeres que se encuentran en situación de vulnerabilidad, que se ha desarrollado en un capítulo específico.

También, en un capítulo independiente, trata la prevención de la mutilación genital femenina, la detección y atención a mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual y la atención a mujeres que viven en situación de prostitución.

En el caso de agresiones sexuales, dadas las medidas e implicaciones legales que conlleva, se aborda ampliamente la coordinación médico-forense, y, por primera vez de manera protocolizada, la búsqueda de sustancias facilitadoras de la agresión.

¹ La ENEVM especifica que dentro de la lacra de la violencia de género, existen grupos de personas especialmente vulnerables: Menores hijos e hijas de las madres víctimas de maltrato; las adolescentes, mujeres menores de edad en sus relaciones de pareja; y, finalmente, las mujeres en situación de especial vulnerabilidad, como las que tienen alguna discapacidad, las mujeres de mayor edad, las mujeres que habitan en el entorno rural y las mujeres inmigrantes.

Se completa con anexos que amplían el conocimiento sobre legislación, temas no contemplados en otros protocolos como la mutilación genital femenina o el abordaje de la trata de personas y una revisión minuciosa de los recursos existentes.

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

M^a José Sánchez Rubio

Consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales



II. OBJETIVOS

II. OBJETIVOS

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



III. CONCEPTOS GENERALES

III. CONCEPTOS GENERALES

DEFINICIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO

CAUSAS Y MARCO CONCEPTUAL

EL PROCESO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

HIJOS E HIJAS DE MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO

VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES VULNERABLES

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA SALUD

DEFINICIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO

La definición de violencia de género utilizada mundialmente fue acordada por Naciones Unidas en 1993 como:

“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”.

La Organización Mundial de la Salud² (OMS) en 1996 reconoció que la violencia sobre las mujeres era un problema de salud pública, poniendo de manifiesto las graves consecuencias que tiene sobre la salud. Según la OMS entre el 10% y el 50% de las mujeres experimentan durante su vida violencia física de manos de un compañero íntimo y entre el 10% y el 30% ha sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja. De este modo, decretó en 1998 la erradicación de la violencia contra las mujeres como una prioridad internacional para los servicios de salud.

En España, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género y en Andalucía, la Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género son los referentes normativos para abordar la violencia contra las mujeres.

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

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

Violencia psicológica. Conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona, y que tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener su pareja. Sus manifestaciones son las amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social, la culpabilización, la privación

² 49ª Asamblea Mundial de la Salud, 1996

de libertad, el control económico, el chantaje emocional, el rechazo o el abandono. Este tipo de violencia no es tan visible como la física o la sexual, es más difícil de demostrar, y en muchas ocasiones no es identificada por la víctima como tal sino como manifestaciones propias del carácter del agresor. Algunas de estas formas de violencia pueden considerarse específicas para determinados grupos vulnerables, como por ejemplo la omisión de cuidados o la medicación negligente en el caso de mujeres con discapacidad o mayores (apartado *Violencia de género en mujeres vulnerables*, de este capítulo).

Deben tenerse en cuenta dos elementos importantes: la reiteración de los actos violentos y la situación de dominio del agresor, que utiliza la violencia para el sometimiento y control de la víctima.

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

Cualquiera de las formas de violencia que se ejerzan tienen consecuencias en todas las dimensiones de la salud: física, psicológica, sexual, reproductiva y social

CAUSAS Y MARCO CONCEPTUAL

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

Conceptos generales

menor tolerancia social hacia la violencia de género. 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.

El factor principal de riesgo para la violencia contra las mujeres es el hecho de ser mujer

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

La mujer sufre una pérdida progresiva de autoestima, aumentando la sumisión y miedo hacia el agresor.

Para el maltratador será la ratificación de que su estrategia funciona.

Se ha argumentado que el consumo de alcohol y otras drogas es la causa de las conductas violentas, pero 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 y muchas agresiones contra las mujeres se ejercen en ausencia de alcohol.

Se ha argumentado también que ciertas características personales de las mujeres que padecen violencia de género podrían ser la causa del maltrato. Por ejemplo, algunas corrientes han recurrido a características de masoquismo o de patologías como la histeria o el trastorno de personalidad dependiente, para explicar por qué permanecen o regresan a una relación de 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.

EL PROCESO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

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

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

- **Acumulación de tensión:** Se caracteriza por una escalada gradual de la tensión, donde la hostilidad del hombre va en aumento sin motivo comprensible y aparente para la mujer. Se intensifica la violencia verbal y pueden aparecer los primeros indicios de violencia física. Se presentan como episodios aislados que la mujer cree que puede controlar y que desaparecerán. La tensión aumenta y se acumula.
- **Explosión o agresión:** Estalla la violencia y se producen las agresiones físicas, psicológicas y sexuales. En esta fase la mujer suele denunciar o pedir ayuda.
- **Calma o reconciliación o luna de miel:** El agresor manifiesta que se arrepiente y pide perdón a la mujer. Utiliza estrategias de manipulación afectiva (regalos, caricias, disculpas, promesas) para evitar que la relación se rompa. La mujer a menudo piensa que todo cambiará. En la medida que los comportamientos violentos se van afianzando y ganando terreno, la fase de reconciliación tiende a desaparecer y los episodios violentos se aproximan en el tiempo.

Sin embargo, aunque el ciclo de la violencia es muy frecuente en las relaciones de pareja donde se da maltrato, no se observa en todos los casos. Recientemente se ha descrito otra forma de relación violenta donde hay una situación continua de frustración y amenaza pero donde sólo de forma ocasional aparece la agresión física. Esta llamada “forma moderada de violencia” sería más difícil de detectar que las formas más severas de abuso.

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

Conceptos generales

mujeres, estos niños y niñas sientan una gran inseguridad e inestabilidad emocional, al no poder prever lo que va a ocurrir, destruyendo sus expectativas de lo que se puede esperar de una relación afectiva. Esta inestabilidad en los vínculos parentales repercute directamente en su salud mental.

HIJOS E HIJAS DE MUJERES EN RELACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO

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

La exposición reiterada a un ambiente de maltrato hacia la madre, constituye una forma grave de maltrato psicológico hacia los y las menores, por su exposición a una amplia gama de experiencias³ que incluye:

- Observar a su madre mientras está siendo maltratada, amenazada o incluso asesinada.
- Ver moratones, cortes u otras lesiones en su madre, o ser testigos de las consecuencias emocionales de la violencia como el miedo o la intimidación, el estrés, ansiedad y depresión, aun sin haber sido testigos directos de actos de violencia.
- Presenciar comportamientos violentos, agresivos e incluso crueles, sabiendo que proceden de su padre o de otro varón con significado de figura paterna.
- Escuchar, desde otra parte de la casa golpes, gritos, amenazas, rotura de objetos y cualquier otra forma de violencia.
- Experimentar las diferentes etapas del proceso de la violencia, no pudiendo predecir si se va a producir un comportamiento violento, viviendo en un clima de inseguridad y temor.
- Presenciar la desautorización, desvalorización y descalificación de su madre.

³ Save the Children (2006a). Atención a los niños y niñas víctimas de la violencia de género: Análisis de la atención a los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género en el sistema de protección a la mujer. Madrid: Save the Children.

Save the Children (2008a). Manual de atención a niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar. Madrid: Save the Children.

Save the Children (2011). En la violencia de género no hay una sola víctima. Madrid: Save the Children

- 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 ingresar en un centro de acogida.
- Enfrentar la experiencia de la pérdida de su madre, padre o ambos por una muerte violenta.

Por lo tanto, si la mujer tiene menores a su cargo es necesario tener presente que requieren atención pediátrica, así como la coordinación con las y los profesionales de trabajo social dentro del equipo de salud. Tener presente otras circunstancias que rodean la vida de los niños y niñas y que incrementan su vulnerabilidad como la presencia de discapacidades.

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

El Pacto por la Igualdad de Género 2013 propone la creación de una ventanilla única para la atención y protección de mujeres y menores víctimas. También se pide que los juzgados de violencia suspendan cautelarmente el régimen de visitas en los casos en que las víctimas se encuentren acogidas en el Servicio Integral de Atención y Acogida por motivos de seguridad⁴.

ESTAR ALERTAS

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

⁴ Pacto por la Igualdad de Género, elaborado por el Consejo de Participación de las Mujeres y el Gobierno andaluz. 2013.

VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES VULNERABLES

En la atención dada es preciso tener en cuenta las características específicas de la actuación en contextos de mayor vulnerabilidad, debido a que estas mujeres se encuentran en una situación de mayor riesgo y las dificultades para poner fin a las relaciones de violencia están aumentadas. Algunas circunstancias son tratadas específicamente en el capítulo VI (Actuación con mujeres en situación de vulnerabilidad), de este documento).

En general, las situaciones que aumentan la vulnerabilidad son:

Mujeres embarazadas. Presentan mayor vulnerabilidad psicofísica. La evidencia demuestra que es un momento de especial riesgo para sufrir violencia de género⁵. Un porcentaje importante de malos tratos por parte de la pareja se inician en este periodo, incluida la violencia física⁶. El maltrato constituye, además, un factor de riesgo gestacional, motivo por el que todo embarazo en una mujer que sufre malos tratos se considera de alto riesgo, lo que significa un aumento de la morbimortalidad materna y perinatal: cuadros de estrés, infecciones, anemias, abortos espontáneos, amenaza de parto pretérmino, parto pretérmino, recién nacidos de bajo peso, distrés fetal y muerte fetal y neonatal. Además, el embarazo añade dificultad a las posibilidades de separarse de la pareja. Durante el embarazo necesitan más cuidados y seguimiento tanto para ellas como para el feto, por lo que realizan visitas periódicas de seguimiento y es un momento muy propicio para sensibilizar y detectar posibles situaciones de maltrato.

⁵ Uno de los predictores más consistentes y fuertes de la violencia durante el embarazo es haber experimentado violencia antes del embarazo (Bohn, Tebben, y Campbell, 2004; Dunn & OTHS, 2004; Guo, et al, 2004; Helton, McFarlane, y Anderson, 1987 ; Martin et al, 2001;. Saltzman, Johnson, Gilbert, y Goodwin, 2003).

Las mujeres embarazadas más jóvenes están en mayor riesgo de violencia en comparación con las mujeres embarazadas de más edad (Cokkinides, Coker, Sanderson, Addy, y Bethea, 1999; Devries, Kishor, Johnson, Stockl, Baco, García-Moreno & Watts, 2010; Janssen, Holt, Sugg, Emanuel, Crichlow, y Henderson, 2003;. Saltzman et al, 2003).

Las mujeres tienen más probabilidades de sufrir violencia durante el embarazo si están solteras (Cokkinides et al, 1999;. Janssen et al, 2003; Saltzman et al, 2003; Steward y Cecutti, 1993), con niveles de educación bajos (Bohn et al, 2004;. Cokkinides et al, 1999; Nasir y Hyder, 2003;. Saltzman et al, 2003), o de bajos ingresos (Janssen et al, 2003; Nasir y Hyder, 2003).

Las mujeres con embarazos no deseados son más propensas a experimentar la violencia (Gazmararian et al, 1995;.. Goodwin, et al, 2000).

⁶ Martin, SL, Acara, J., y Pollock, MD (2012, diciembre). Violencia doméstica durante el embarazo y el puerperio. Harrisburg, PA: VAWnet, un proyecto del Centro Nacional de Recursos sobre Violencia Doméstica. Obtenido 02/18/2014 en: <http://www.vawnet.org>. Al igual que en el caso de la violencia durante el embarazo, una historia de victimización violenta, tanto antes como durante el embarazo, es un fuerte factor de riesgo para la violencia durante el puerperio, sin embargo, para algunas mujeres, la violencia comienza por primera vez durante el período postparto (Martin et al ., 2001; Charles & Perreira, 2007).

Mujeres residentes en el medio rural. En el medio rural⁷ se pone de manifiesto la situación de aislamiento y el déficit de servicios sociales para atender de manera integral a las mujeres en situación de maltrato. El control social y la estigmatización de las mujeres que sufren este tipo de violencia, la estructura familiar tan extensa y a la vez tan estrecha condicionan su vida cotidiana. Por otra parte, la mayoría de los centros de salud y consultorios cuentan con equipos técnicos y humanos menos dotados que en las zonas urbanas.

Mujeres mayores. Las mujeres mayores pueden haber estado sufriendo maltrato durante muchos años, aún sin ser conscientes de ello, desarrollando sentimientos de indefensión, incapacidad e impotencia. Es muy frecuente la dependencia económica de la pareja e ingresos escasos procedentes de pensiones, que en muchos casos se agrava al perder el apoyo cotidiano de sus hijos e hijas cuando se independizan e incluso cambian de ciudad, lo que las enfrenta a vivir una violencia sin testigos, ni mediación. A esto hay que sumarle que en la etapa de jubilación el número de horas de convivencia con la pareja aumenta, y algunos hombres tratan de tener un mayor control sobre el tiempo, las actividades y relaciones de las mujeres, exigiendo, con violencia, su disponibilidad y presencia para acompañarles y atenderles.

Mujeres con discapacidad. En las mujeres con discapacidad se conjugan una serie de circunstancias que las hacen más vulnerables a la violencia. Existen investigaciones que indican una mayor prevalencia de maltrato por parte de la pareja o expareja en las mujeres con discapacidad comparadas con las mujeres que no tienen discapacidad. Del mismo modo, es importante reseñar un conjunto de factores tanto en la esfera individual, relacional, comunitaria y social que explican por qué las mujeres con discapacidad son más proclives a encontrarse en situación de riesgo, entre ellos: dificultades para defenderse, polidiscapacidad, dependencia para los cuidados y miedo a perder los vínculos con quien las cuidan, dificultades de acceso al trabajo remunerado y a la educación, menor acceso a la información, asesoramiento y a los recursos de forma autónoma y prejuicios sociales y desconocimiento de las y los profesionales sobre la condición de discapacidad y minusvaloración de la misma.

⁷ Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. Violencia de género en los pequeños municipios del Estado Español. 2009

Conceptos generales

El colectivo de mujeres con discapacidad se caracteriza por englobar a un conjunto diverso de mujeres, en función del tipo y grado de discapacidad, edad de adquisición, visibilidad o no de la misma, y otros factores sociodemográficos, se requiere un trabajo adaptado a las peculiaridades individuales de cada mujer, teniendo siempre en cuenta que una mujer con discapacidad es ante todo una MUJER.

Mujeres en situación de exclusión social. En un contexto social de pobreza y en épocas de crisis como la actual la feminización de la pobreza conduce a las mujeres a situaciones de exclusión social⁸. Una parte significativa de mujeres con cargas familiares, mujeres que están en prisión o han salido de ella, mujeres víctimas de trata o en el contexto de la prostitución, mujeres con drogodependencias graves, pueden encontrarse experimentando este tipo de situaciones. Habitualmente acumulan varios factores de desventaja social, que contribuyen no sólo a una mayor vulnerabilidad a sufrir violencia de género, sino a aumentar las dificultades para salir de ella. Los servicios sociales comunitarios informan que estas situaciones se están dando con más frecuencia en la población española que en periodos anteriores con situación económica normalizada.

VIIH. Tener infección por el VIH puede ser un factor de riesgo ante la violencia de género. Se ha demostrado que las mujeres con infección por el VIH pueden estar en riesgo de sufrir episodios de violencia, desde insultos hasta agresiones físicas y sexuales tras comunicar su estado serológico a sus parejas⁹. Aunque distintos estudios indican que los índices de violencia de género que sufren las mujeres con el VIH son similares a los que sufren las mujeres que no están infectadas, su intensidad y gravedad parece ser más severa para las primeras¹⁰. Por otro lado, en las mujeres que se encuentran en una relación abusiva aumenta considerablemente el riesgo de infección por VIH, debido al miedo a las

⁸ Desigualdad y Derechos Sociales. Análisis y Perspectiva. 2013. Cáritas. Fundación FOESSA. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013

⁹ Gielen AC, Ghandour RM, Burke JG, Mahoney P, McDonnell KA, O'Campo P. HIV/AIDS and intimate partner violence: Intersecting women's health issues in the United States. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2007 Apr; 8(2):178-198. World

Health Organization. Gender Dimensions of HIV Status Disclosure to Sexual Partners: Rates, Barriers, Outcomes. A review paper. Geneva; WHO: 2003. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241590734.pdf>

¹⁰ Gielen AC, O'Campo P, Faden RR, Eke A. Women's disclosure of HIV status: experiences of mistreatment and violence in an urban setting. *Women & Health*. 1997;25(3):19-31

Gruskin L, Gange S, Celentano D, Schuman P, Moore JS, Zierler S, et al. Incidence of Violence against HIV-infected and uninfected women: findings from the HIV Epidemiology Research (HER) Study. *J Urban Health*. 2002 Dec; 79(4):512-24.

Klein SJ, Tesoriero JM, Leung SJ, Heavner KK, Birkhead GS. Screening persons newly diagnosed with HIV/AIDS for risk of intimate partner violence: early progress in changing practice. *J Public Health Management Practice*. 2008; 14(5):420-28

consecuencias de oponerse a una relación sexual no deseada, al temor al rechazo si intenta negociar relaciones sexuales más seguras, y a la propia coerción y manipulación emocional a la que se ven sometidas¹¹.

Mujeres inmigrantes. En ellas pueden confluir condiciones que determinan una especial vulnerabilidad, como haber vivido entornos socioculturales con acusados roles sexistas, la precariedad económica y laboral, situaciones administrativas irregulares y miedo a ser expulsadas del país, mayores dificultades de comunicación y expresión debido a las barreras idiomáticas, dificultad de acceso a los recursos sociosanitarios, ausencia o escasa red de apoyo familiar y social, especialmente en mujeres recién llegadas al país, desconocimiento de sus derechos y de los recursos existentes.

Hay situaciones que presentan una especial relevancia, como haber sufrido a lo largo de su vida abusos y agresiones sexuales, explotación sexual y trata, violencia a consecuencia de conflictos bélicos, cárcel, tortura y pobreza. En los capítulos VI y VII de este documento se trata más ampliamente.

¹¹ World Health Organization. Gender Dimensions of HIV Status Disclosure to Sexual Partners: Rates, Barriers, Outcomes. A review paper. Geneva; WHO: 2003. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241590734.pdf>.

New York State Department of Health. Guidelines for Integrating Domestic Violence Screening into HIV Counseling, Testing, Referral & Partner

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA SALUD

La OMS ha identificado la violencia de género como un factor esencial en el deterioro de la salud, ya que las agresiones suponen pérdidas, a veces irreparables, en la esfera biológica, psicológica y social de las mujeres y de sus hijas e hijos.

1.- Consecuencias en la salud de las mujeres

La violencia de género, en cualquiera de sus manifestaciones, tiene siempre repercusiones en la salud física, psíquica, sexual, reproductiva y social de la mujer, que persisten incluso después de que la situación haya terminado.

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA SALUD FÍSICA

- Muerte (homicidio, suicidio)
- Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras, ... que pueden producir discapacidad
- Deterioro funcional
- Síntomas físicos inespecíficos (por ejemplo cefaleas)
- Peor salud
- Agravamiento de situaciones crónicas: dolor crónico, síndrome del intestino irritable, otros trastornos gastrointestinales, trastornos del sueño y discapacidades

CONSECUENCIAS SOBRE LA 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, dolor pélvico crónico, infección urinaria, embarazo no deseado...
- Por maltrato durante el embarazo: embarazo de alto riesgo, anemia, hemorragia vaginal, amenaza de aborto, aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer...

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA SALUD PSÍQUICA

- **Depresión**
- **Ansiedad**
- **Trastorno por estrés postraumático**
- **Trastornos de la conducta alimentaria, anorexia, bulimia**
- **Trastornos psicopatológicos**
- **Intento de suicidio, autolesiones**
- **Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos**

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA SALUD SOCIAL

- **Aislamiento familiar y social**
- **Dificultades económicas por la pérdida de empleo**
- **Absentismo laboral**
- **Disminución del número de días de vida saludable**
- **Cambio de domicilio y/o ciudad forzado por la necesidad de protegerse**

2.- Consecuencias en la salud de sus hijas e hijos

Los factores que determinan el alcance del impacto en la salud de las hijas e hijos de mujeres en relaciones de maltrato son, básicamente, la edad, su nivel de desarrollo, sexo, el tipo, severidad y tiempo de exposición a la violencia, el contexto familiar o la acumulación de otros factores estresantes, así como la presencia de factores protectores como la calidad de otros vínculos. Las alteraciones detectadas¹², afectan a diferentes áreas: física, psíquica, cognitiva, conductual y social y tiene efectos a corto, medio y largo plazo.

¹² Sánchez Vázquez, Ana Rosa. Menores víctimas de violencia de género. Hospital de Poniente.

CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD FÍSICA DE LOS HIJOS E HIJAS

- Muerte por homicidio o por interponerse entre el agresor y su madre para intentar frenar la violencia.
- Daños y lesiones
- Riesgo de alteración de su desarrollo integral: retraso del crecimiento, disminución de las habilidades motoras, retardo en el lenguaje, síntomas regresivos
- Alteraciones del sueño y la alimentación
- Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas

CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD PSÍQUICA DE LOS HIJOS E HIJAS

- Ansiedad, depresión, baja autoestima
- Trastorno de estrés postraumático
- Déficit de atención y concentración, hiperactividad
- Dificultades de aprendizaje y socialización, habilidades sociales escasas, bajo rendimiento escolar
- Problemas de conducta social: Adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras
- Comportamientos de riesgo
- Adicciones
- Asunción de roles de protección de hermanos y hermanas o de su madre
- Trastornos psicopatológicos

CONSECUENCIAS FUTURAS EN LOS HIJOS E HIJAS (a largo plazo o transgeneracional)

- Conductas agresivas de hijos varones hacia las madres, aprendidas de los hombres violentos del propio contexto familiar.
- Mayor probabilidad de desarrollar comportamientos agresivos y violentos y reproducir la conducta del agresor con su madre o en relaciones de pareja.
- Mayor tolerancia al maltrato en las mujeres. Embarazos para sentir que alguien las quiere, embarazos no deseados, establecimiento de relaciones de pareja en las que sufren maltrato.

CONSECUENCIAS FUTURAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DEPENDIENDO DE LA EDAD

- De 0 a 2 años: Retraso en el crecimiento y en el desarrollo de habilidades motoras y de lenguaje, bajo peso, alteraciones en la alimentación y el sueño, síntomas psicósomáticos (asma, eczemas) llanto inconsolable, irritabilidad, mayor riesgo de maltrato físico.
- De 2 a 5 años: Alteraciones en la alimentación y el sueño, en el control de esfínteres, regresiones, agresividad, irritabilidad, problemas de aprendizaje y conducta, hiperactividad, miedos, ansiedad, tristeza, sentimientos de culpabilidad.
- De 6 a 12 años: Agresividad, ansiedad, miedos, alteraciones en el rendimiento escolar, depresión, baja autoestima, aislamiento, trastorno de estrés postraumático.
- > 12 años: Anorexia y bulimia, ansiedad, depresión, apatía, dificultad para la expresión de sentimientos, explosiones de ira, reducción de habilidades sociales, establecimiento de relaciones conflictivas, comportamientos de riesgo y de evasión, comportamientos violentos dentro y fuera del hogar, huida del hogar, absentismo escolar, drogodependencias, intentos de suicidio, autolesiones, psicopatologías, Asumen el rol de cuidado de hermanas y hermanos y/o la madre.

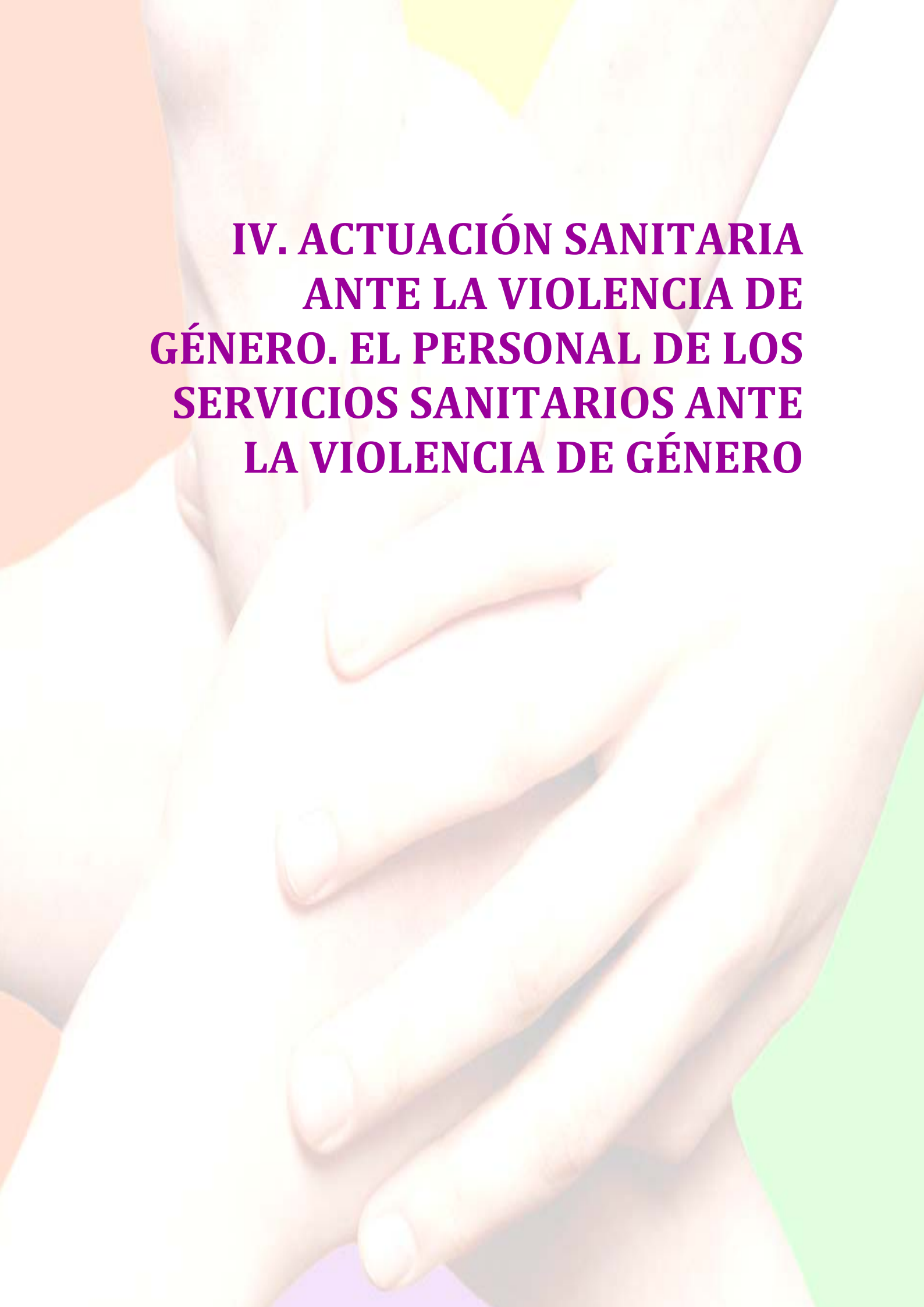
3.- Consecuencias en el entorno relacional de la mujer

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

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

4.- Consecuencias en el personal sanitario

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



**IV. ACTUACIÓN SANITARIA
ANTE LA VIOLENCIA DE
GÉNERO. EL PERSONAL DE LOS
SERVICIOS SANITARIOS ANTE
LA VIOLENCIA DE GÉNERO**

IV. ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO. EL PERSONAL DE LOS SERVICIOS SANITARIOS ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE LOS SERVICIOS SANITARIOS

ATENCIÓN SANITARIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO

1. DETECCIÓN

2. VALORACIÓN

3. PLANES DE ACTUACIÓN ANTE LOS MALOS TRATOS CONTRA LAS MUJERES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS

ATENCIÓN A HIJOS E HIJAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

ACTUACIÓN CON HOMBRES QUE EJERCEN LA VIOLENCIA SOBRE LAS MUJERES

Desde los servicios sanitarios se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las mujeres que sufren violencia, ya que la mayoría ellas entran en contacto en algún momento de su vida (embarazo, parto, cuidado médico de los hijos o hijas, cuidado de las personas mayores, etc.) con ellos. Además, ya que los malos tratos afectan a su salud, éstas acuden con frecuencia a los servicios sanitarios, en particular en Atención Primaria, Urgencias y servicios de Obstetricia y Ginecología.

Las necesidades específicas de estas mujeres son múltiples, por lo que se requieren intervenciones que tengan en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Para ello es necesaria la implicación activa de todo el personal de los servicios sanitarios desde un modelo de atención integral.

Si se profundiza mediante una relación terapéutica en aquellos elementos psicosociales y de género relacionados con su estilo de vida y su situación familiar, se podrá obtener un diagnóstico acertado

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

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

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

Asimismo, las actuaciones sanitarias durante el periodo de embarazo se convierten en momentos privilegiados para la detección y la prevención. El seguimiento del embarazo posibilita el contacto y la relación con las mujeres, por lo que tanto las matronas, personal de enfermería y de obstetricia si observan cualquier signo de alarma, han de indagar acerca de tal situación, recordando siempre que pueden y deben contar con el apoyo de profesionales de trabajo social sanitario. Además, en los cursos de educación maternal y de preparación al nacimiento y crianza pueden abordarse temas como el buen trato en la pareja, la igualdad, la sexualidad y la violencia.

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

Actuación sanitaria ante la violencia de género

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

Siempre hay que valorar las situaciones de especial vulnerabilidad (capítulo VI. Actuación con mujeres en situación de vulnerabilidad).

NO TENGA MIEDO DE PREGUNTAR

La mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta en forma directa y no valorativa

En realidad, muchas están esperando silenciosamente que alguien les pregunte

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

En muchas ocasiones se requiere de intervenciones de otros profesionales, por lo que se hace necesaria la coordinación con otras instituciones para dar una respuesta integral e integrada a este tipo de situaciones. En este sentido, es de gran relevancia el papel de las y los trabajadores sociales para la coordinación con otros recursos dentro y fuera del sistema sanitario, así como para el seguimiento y derivación de las mujeres y la intervención, en su caso, con sus hijas e hijos (capítulo X. Guía de Recursos,).

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

- Preguntar con regularidad a las mujeres sobre la existencia de violencia de género, como tarea habitual dentro de las actividades preventivas.
- Estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato y hacer su seguimiento.
- Ofrecer atención sanitaria integral y registrarla en la historia clínica.
- Ayudarle a entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo.
- Informar y remitir a las mujeres a los recursos disponibles de la comunidad.
- Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida.
- Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución.
- Evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras ya que pueden reforzar el aislamiento, minar la confianza en ellas mismas y la probabilidad de que busquen ayuda.

- Coordinarse con otras instituciones y profesionales (capítulo X. Guía de Recursos).
- Colaborar en dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos.

NO HACER

Es permitir que la violencia continúe y que la salud de las mujeres empeore

Actuar contribuye, además de poder resolver el caso, a hacer desaparecer los mitos y creencias que acompañan a la violencia de género

Es muy importante, a la hora de valorar la calidad de la atención clínica dada, la calidad percibida por la persona atendida. En éste sentido, los tiempos dedicados, la profesionalidad, el trato personalizado y adecuado son elementos básicos para atender a las mujeres que están viviendo situaciones de maltrato y acuden a los servicios sanitarios.

No intervenir como profesionales es permitir que la situación de maltrato continúe y se mantenga en el tiempo, agravando su mala salud.

Al realizar la anamnesis se podrá recurrir a preguntas tipo como las recomendadas en el anexo 2 de este documento y estar alerta ante signos y síntomas de maltrato como los referidos en la tabla 1 (*Indicadores de sospecha y factores de riesgo*). de este capítulo. Esto facilitará la detección de las situaciones de maltrato y el inicio del proceso de ayuda.

Se les ofrecerá información sobre los recursos existentes (capítulo X. Guía de Recursos) y cuando sea necesario, se podrá en conocimiento de la autoridad judicial.

Es fundamental reconocer el papel protagonista de la mujer en todo este proceso, su capacidad de decisión y de cambio, manteniendo una actitud de acompañamiento en esa toma de decisiones, evitando la medicalización innecesaria.

La violencia de género causa deterioro de los vínculos socioafectivos y aislamiento, sentimientos de inseguridad e incapacidad y pérdida de la autoestima, por lo que las mujeres necesitan crear nuevos lazos y redes de apoyo, integrarse en actividades sociales, aprender nuevas formas de autocuidado, desarrollar capacidades personales, tomar conciencia de que lo que sufren no es un problema individual sino social y elaborar nuevos proyectos de vida.

Una estrategia novedosa que está logrando buenos resultados es el trabajo en grupo, esto evita su aislamiento, favorece la socialización y la búsqueda de recursos personales y

Actuación sanitaria ante la violencia de género

sociales frente a los problemas de la vida cotidiana. En el Sistema Sanitario Público de Andalucía se están desarrollando los Grupos Socioeducativos de Atención Primaria (GRUSE-M).

Los GRUSE-M son una estrategia de trabajo centrada en las mujeres, para ayudarles a activar sus propias habilidades y recursos de afrontamiento. Ofrecen un espacio de ayuda a la reflexión sobre qué les pasa, con qué factores lo relacionan y con qué “recursos y/o activos” cuentan para cambiar esta situación.

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE LOS SERVICIOS SANITARIOS

En la prevención de la violencia de género deben incluirse actuaciones de Salud Comunitaria y de Educación para la Salud.

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

Recomendaciones para la prevención de la violencia de género desde los servicios sanitarios

Sensibilización de profesionales:

- Fomentar la formación continuada del personal sanitario en prevención, detección precoz de la violencia y atención integral a la mujer y a sus hijos e hijas. Se debe enfatizar en la formación en competencias interculturales, y distintos contextos de vulnerabilidad ante el maltrato.
- Convocar sesiones clínicas multidisciplinares sobre casos reales que hayan sido abordados en el centro o servicio.
- Realizar sesiones con profesionales de otras instituciones. En el caso de sesiones para el abordaje relativo a hijos o hijas que presencian o han presenciado violencia hacia su madre cobran especial relevancia las sesiones con profesionales de pediatría, profesionales del sector educativo y de servicios sociales.
- Dar a conocer la importancia de las actuaciones relativas a detección, valoración y actuación en los y las menores que presencian violencia de género.

Atención a la salud integral de las mujeres:

- Informar a las mujeres de que la violencia es un tema objeto de atención sanitaria y que se les puede ofrecer ayuda, mediante carteles y folletos colocados en lugares visibles.
- Fomentar en ellas actitudes, valores y actividades que favorezcan su autonomía personal y el ejercicio de sus derechos personales, sexuales y de relaciones sociales, promoviendo su participación en actividades grupales dentro y fuera del sistema sanitario que incrementen su desarrollo psicosocial y su autocuidado.
- Incluir, en las actividades de educación para la salud y en los grupos de educación maternal, contenidos de sensibilización y prevención de la violencia contra las mujeres.

Intervención en el ámbito comunitario:

- Colaborar con asociaciones comunitarias a través de talleres, jornadas y charlas sobre dicha violencia explicando el papel del personal sanitario.
- Proponer y participar en acciones, campañas o jornadas que estén realizando las instituciones y organizaciones sociales, especialmente en mujeres vulnerables.
- Colaborar con el entorno escolar para favorecer modelos coeducativos eficaces como forma de prevención de la violencia hacia las mujeres.

Las evidencias apoyan la importancia de realizar prevención de la violencia de género en adolescentes¹³. En Andalucía el programa Forma Joven aborda las relaciones en igualdad, los primeros vínculos afectivos y el control que ejercen los chicos a través de las tecnologías de la información y comunicación (TIC). Los servicios sanitarios deben estar alertados y recomendar relaciones sanas de pareja cuando unas y otros consultan por otras causas, especialmente en los servicios de Salud Sexual y Reproductiva.

¹³ Las iniciativas escolares ocupan una posición estratégica para prevenir la violencia contra la mujer. Los programas escolares pueden abordar normas y actitudes de género antes de que se arraiguen profundamente en niños y jóvenes. Las iniciativas de esa naturaleza abordan las normas de género, la violencia en las citas y el abuso sexual en adolescentes y adultos jóvenes. Se han obtenido resultados positivos de programas como Citas Seguras (Safe Dates), en los Estados Unidos de América, y Proyecto de Relaciones Juveniles (Youth Relationship Project), en Canadá. Prevención de la violencia: la evidencia. OMS, Organización Panamericana de la Salud. 2012. <http://www.who.int/violenceprevention/publications/en/index.html>

ATENCIÓN SANITARIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia de género es un problema de alta prevalencia y graves consecuencias para la salud, de carácter repetitivo y con un alto coste sanitario y social. Existe una clara preocupación por la baja detección¹⁴ y el retraso en el diagnóstico de la violencia de género, así lo constata la evidencia científica internacional y los numerosos estudios de investigación sobre el tema¹⁵.

Se considera prioritaria la detección precoz desde los servicios sanitarios, es decir, adelantar el diagnóstico y realizar una intervención temprana.

Por tanto, en virtud de la evidencia científica disponible, en esta nueva edición del Protocolo Andaluz de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género se recomienda, tal como indica el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género del Sistema Nacional de Salud de 2012, realizar preguntas exploratorias a las mujeres que acuden a consulta, tanto si es la primera visita (apertura de la historia clínica) como si se trata de consulta habitual y no consta que se le haya preguntado anteriormente (apartado 2 de este capítulo: *Recomendaciones generales para la entrevista clínica a la mujer con sospecha de maltrato*).

El personal sanitario debe tener una actitud de alerta y búsqueda activa de conductas, síntomas o signos de sospecha¹⁶. Las características de accesibilidad, contacto directo y continuado de los servicios de Atención Primaria y el hecho de contar con equipos multidisciplinares, puede facilitar de forma significativa la detección precoz.

¹⁴ World Health Organisation (WHO). Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Geneva, WHO, 2003.

¹⁵ O'Campo P. et al., Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: Evidence generated from a realist-informed systematic review, *Social Science & Medicine* 72(2011), 855-866, doi:10.1016/j.socscimed.2010.12.019

¹⁶ G Feder, J Ramsay, D Dunne, M Rose, C Arsene, R Norman, S Kuntze, A Spencer, L Bacchus, G Hague, A Warburton, and A Take . Woman Abuse: Screening, Identification and Initial Response Y How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technology Assessment* 2009; Vol. 13: No. 16

Las mujeres que consultan en la red de salud mental y drogodependencias¹⁷ tienen alta probabilidad de estar sufriendo violencia de género¹⁸. Es bastante frecuente que no tengan conciencia de su situación de maltrato, que la minimicen, o que no hablen de ello por otros motivos y que tampoco relacionen su problemática de salud con la violencia vivida. Por tanto, los equipos de estos servicios deben también preguntar de forma sistemática sobre las experiencias violentas.

En la atención a las mujeres con menores u otras personas dependientes a su cargo, es necesaria la coordinación con personal de pediatría y de trabajo social (apartado *Atención a hijas e hijos víctimas de violencia de género*, de este capítulo).

Es importante recordar que las mujeres vulnerables ya mencionadas son más propensas al maltrato, por lo que es necesario prestarles una atención especial (capítulos VI y VII. Atención sanitaria a mujeres en situación de vulnerabilidad y en situaciones especiales).

Este protocolo se estructura en tres fases: detección, valoración y plan de actuación

Detección

Existen múltiples dificultades para reconocer la violencia de género por parte de profesionales del Sistema Sanitario. Éstas tienen que ver con factores sociales como son los mitos y estereotipos creados por la cultura, factores psicológicos como el temor a enfrentar los miedos y el sufrimiento emocional y la falta de formación en esta materia.

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

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

(A. Bertillón, S. XIX).

Resulta difícil identificar situaciones de maltrato cuando la mujer no lo verbaliza o no existen lesiones físicas, pero estas situaciones pueden detectarse si el personal sanitario

¹⁷ Golding, JM. Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. J Fam Violence. 1999; 14: 99-132.

¹⁸ Romito,P;Molzan,TJ;De Marchi,M.The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. Soc Sci Me. 2005;60:1717-27.

Actuación sanitaria ante la violencia de género

profundiza en aquellos elementos psicosociales y relacionados con el género que tienen que ver con la forma y el estilo de vida de quien la padece, con sus problemas y su situación familiar, visibilizando posibles relaciones de maltrato.

1.- Indicadores de sospecha y factores de riesgo

Se han identificado una serie de signos y síntomas que pueden hacer pensar que una mujer sufre violencia de género. Es importante que el personal sanitario mantenga una actitud de alerta en la consulta para identificar los casos. Estos signos orientativos se muestran en las tablas 1 y 2.

La sospecha, por parte de profesionales de pediatría, de que la problemática de salud que presentan los niños o niñas puede ser consecuencia de su exposición a la violencia de género posibilitará también la detección y la intervención con las mujeres en relaciones de maltrato. Por tanto las y los profesionales de pediatría juegan un importante papel en la detección, atención y prevención ante situaciones de violencia de género.

Durante el embarazo se debe buscar el momento de hablar con la mujer sin la presencia de su pareja y otras personas de la familia (esto no entra en contradicción con las recomendaciones realizadas desde las Estrategias de Salud Reproductiva y de Atención al Parto Normal).

Tabla 1. Indicadores de sospecha en los antecedentes y características de la mujer

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

Actuación sanitaria ante la violencia de género

INDICADORES SEGÚN LOS ANTECEDENTES Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUJER (cont.)	
Utilización de servicios sanitarios	<ul style="list-style-type: none">- Alterna periodos de hiperfrecuentación y de abandono (largas ausencias).- Incumplimiento de citas o tratamientos.- Frecuentes hospitalizaciones.- Acudir con la pareja cuando antes no lo hacía.
Situaciones de mayor vulnerabilidad	<ul style="list-style-type: none">- Situaciones de cambio vital: Embarazo y puerperio, noviazgo, separación, jubilación propia o de la pareja.- Situaciones que aumentan la vulnerabilidad (capítulo VI de este documento):- Tener hijas o hijos y personas dependientes a su cargo.- Aislamiento tanto familiar como social.- Migración, tanto interna o nacional como extranjera.- Enfermedad discapacitante.- Dependencia física o económica.- Dificultades laborales y desempleo.- Ausencia de habilidades sociales.- Situaciones de exclusión social (trata, prostitución, pobreza).

Tabla 2. Indicadores de sospecha durante la consulta

INDICADORES DE SOSPECHA DURANTE LA CONSULTA	
Características de las lesiones	<ul style="list-style-type: none"> - Retraso en la demanda de asistencia de las lesiones físicas. - Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa. - Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara/cabeza, cara interna de los brazos o muslos. - Lesiones por defensa (cara interna del antebrazo). - Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de largo tiempo de evolución. - Lesiones en genitales. - Lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas. - Rotura de tímpano.
Actitud de la mujer	<ul style="list-style-type: none"> - Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, se altera por ejemplo al abrirse la puerta... - Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza. - Autoestima baja. - Sentimientos de culpa. - Estado de ansiedad o angustia, irritabilidad. - Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil, evita mirar a la cara. - Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones. - Falta de cuidado personal. - Justifica sus lesiones o quita importancia a las mismas. - Si está presente su pareja, temerosa en las respuestas o actitud sumisa, buscando constantemente su aprobación. - Contradicción entre su versión de lo ocurrido y la que da su pareja, o cambia su versión cuando está sola.
Actitud de la pareja	<ul style="list-style-type: none"> - No quiere dejarla sola con el personal sanitario. - Muy controlador, siempre contesta él o, por el contrario, despreocupado, despectivo o intentando banalizar los hechos. - Excesivamente preocupado o solícito con ella. - A veces colérico u hostil con ella o con el profesional.
EN MENORES : Indicadores que hagan sospechar a su pediatra que la mujer puede estar siendo maltratada	<ul style="list-style-type: none"> - Daños o lesiones corporales. - Accidentes frecuentes. - Alteraciones en el desarrollo. - Síntomas de estrés postraumático, fobias, ansiedad, trastornos disociativos. - Síntomas depresivos e intentos de suicidio. - Trastornos del sueño, insomnio, pesadillas. - Trastornos en el control de esfínteres. - Trastornos de la alimentación. - Dificultades de aprendizaje y socialización, conductas de juego alteradas.

INDICADORES DE SOSPECHA DURANTE LA CONSULTA (cont.)

Durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> - Inicio tardío de las visitas de control prenatal. - Consulta frecuente por disminución de la percepción del movimiento fetal. - Lesiones en zona abdominal y otras partes sin justificación adecuada o minimización de su importancia. - Accidentes o lesiones físicas durante el embarazo. - Embarazo en la adolescencia. - Poco o ningún interés en asistir a las clases de preparación al nacimiento y crianza. - Antecedentes: abortos de repetición, bajo peso al nacer, sufrimiento fetal.
Durante el puerperio	<ul style="list-style-type: none"> - Desgarros y dehiscencia de la episiotomía. - Mala o lenta recuperación post-parto. - Petición de anticoncepción lo antes posible por presión de la pareja a reiniciar relaciones sexuales. - Mayor incidencia de hipogalactia y fracaso de la lactancia natural. - Depresión post-parto que no remite, con ansiedad en la relación madre-bebé. - Retraso en la visita neonatal.
En mujeres con discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión, dificultad en la comunicación e interrelación. - Inseguridad, baja autoestima. - Estado de sedación, nerviosismo. - Disfunción motora ajena a la discapacidad; deterioro de la capacidad física residual. - Miedo a relacionarse con otras personas. - Excesiva dependencia de la pareja. - Escasa o nula participación en actividades familiares o sociales. - Desnutrición, frecuentes enfermedades ajenas a la discapacidad. - Vestuario inadecuado en relación al tiempo atmosférico y a la discapacidad de la persona, ropa sucia. - Largos periodos sin atención por parte de la pareja. - Problemas físicos agravados por falta de tratamiento.
Mujeres inmigrantes	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de redes de apoyo familiar y social. - Mujeres recién llegadas al país. - Barrera idiomática que dificulta la expresión de sus problemas. - Situación de irregularidad administrativa. - Dependencia económica o situación laboral precaria. - Desconocimiento de los recursos...

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

- Consultar la información disponible en su historia clínica de salud.
- Ver a la mujer a solas: preparar una estrategia clínica, como la necesidad de realizar una cura o cualquier otra técnica para dejar la mujer a solas con el personal sanitario.
- Asegurar la intimidad y confidencialidad, evitando las interrupciones, haciéndolo saber al resto del personal sanitario.
- Crear un clima de confianza.
- Observar actitudes y estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal).
- Facilitar la expresión de sentimientos.
- Mantener una actitud empática, que facilite la comunicación, con una escucha activa.
- Explorar creencias educacionales, culturales, religiosas... que puedan enmascarar abusos que no son considerados como tales por la mujer.
- No escatimar tiempo (15-20 minutos).
- Seguir una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas.
- Abordar directamente el tema de la violencia. Preguntar de forma clara.
- Expresar que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.

Cómo preguntar. Ejemplos de preguntas en casos de sospecha:

En caso de sospecha por información derivada de los antecedentes:

- Tras repasar sus síntomas, sus pruebas, no encontrar causa orgánica y ver en su historial que no es la primera vez que acude usted con síntomas similares, me gustaría comentar con usted algunas cosas:

- *¿A qué cree usted que se debe su malestar o problema de salud?*

- Muchas veces las mujeres que tienen problemas como los suyos como (referir alguno de los más significativos) están viviendo algún tipo de maltrato:

- *¿Le pasa a usted eso?*
- *¿Tiene usted algún conflicto con su pareja? Si lo tiene ¿cómo lo manejan?*
- *¿Le gusta cómo la tratan en casa? ¿Cómo van las cosas en casa?*

Actuación sanitaria ante la violencia de género

- La encuentro algo intranquila:

- *¿Le preocupa algo?*
- *¿Está viviendo alguna situación que le haga sentirse mal?*
- *¿Cree que pueda estar relacionado con su situación familiar o de pareja?*

En caso de antecedentes de dispareunia, dolor pélvico... preguntar:

- *¿Sus relaciones sexuales son satisfactorias?*
- *¿Tienen relaciones sexuales cuando usted quiere, o solo cuando quiere su pareja?*
- *¿Le obliga su pareja a mantener relaciones sexuales?*
- *¿Alguna vez su pareja le ha agredido sexualmente?*

En caso de sospecha por las lesiones físicas que presenta:

- Esta lesión suele aparecer cuando se recibe un golpe, empujón, corte, puñetazo...

- *¿Le ha ocurrido a usted eso?*
- *¿Su pareja utiliza la fuerza contra usted? ¿Cómo? ¿Desde cuándo?*
- *¿Alguna vez le ha agredido con algún objeto o con un arma?*

Ante situaciones de ansiedad, nerviosismo, tristeza, apatía:

- *¿Desde cuándo se siente usted así?*
- *¿A qué cree usted que se debe esta sensación?, ¿lo relaciona con algo que le haya pasado?*
- *¿Ha sucedido últimamente algo en su vida que la tenga preocupada o triste?*

Si la mujer se encuentra alerta, asustada...

- *¿Qué teme?*
- *¿Alguna vez su pareja le ha amenazado con matarla a usted o a sus hijas e hijos?*
- *¿Alguna vez su pareja la ha amenazado con un arma?*

Preguntar por sus relaciones sociales, amistades...

- *¿Tiene alguna dificultad para ver a sus amistades o familiares?*
- *¿Qué le impide hacerlo?*

En caso de encontrarnos ante una adolescente, la entrevista se realizará sin la presencia de su madre, padre, tutor o cualquier acompañante:

- *¿Cómo es tu relación de pareja?*
- *¿Te dice lo que tienes que hacer?*
- *¿Te llama constantemente?*

En caso de intento de autolisis:

- *Estoy aquí para ayudarle/te, puede/es contarme ¿qué le/te hace sufrir?, puede/ es contar con mi confidencialidad, no lo contaré a nadie que usted/tú no quieras.*

3.- Actuaciones tras la entrevista

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

No se confirma la sospecha de malos tratos:

- Intervenir según motivo de consulta.
- Anotar en la historia clínica las siglas ISMT (Indicador de Sospecha de Malos Tratos), prestando especial atención a la protección de la información¹⁹.
- Valoración de la seguridad y el riesgo: Detectar situaciones objetivas de riesgo (situaciones objetivables de ser víctima de un delito).
- Comunicar el caso al personal de trabajo social del centro.

Se confirma el maltrato:

- Valoración biopsicosocial de las lesiones, de la situación emocional y psicológica, y de la situación social (anexo 1).
- Valoración de la situación de maltrato y de la fase del proceso de cambio en el que se encuentra la mujer (anexos 2 y 3).
- Anotar en la historia clínica las siglas CMT²⁰ (Confirmación de Malos Tratos).
- Valoración de la seguridad y el riesgo: Detectar Situaciones de Peligro Extremo.
- Comunicar el caso al personal de trabajo social del centro.

¹⁹ y ²¹ Dependiendo de la situación deben utilizarse las opciones que, en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, ofrece la aplicación Diraya. Si se registra en el apartado *Motivo de consulta*, deberá tener presente que esta sigla aparecerá en la historia de salud, en la historia de urgencias y en la historia única. Si se registra en el apartado *Hoja de problemas* existe la opción de incluirlas o no en el apartado *Hoja de problemas activos del usuario*. (en este último caso aparecerá también en los documentos de derivación y en la historia de salud y de urgencias). En el apartado *Juicio clínico* están incorporados los códigos CIE que deben incluirse en la historia de salud.

Valoración integral

Tras sospechar o confirmar una situación de violencia de género, deberá procederse a la valoración de la situación en la que se encuentra la mujer, que será diferente según reconozca o no la situación de maltrato, pero si existen indicadores de sospecha siempre se realizará la valoración de la seguridad y el riesgo.

Cuando se confirma la existencia de una situación de maltrato, deberá procederse a la valoración integral (lesiones, estado emocional y situación social), de la fase del proceso de cambio en el que se encuentra (anexo 3) y de la seguridad y el riesgo, con el fin de detectar Situaciones de Peligro Extremo (situaciones que pongan en riesgo inminente la integridad física o psíquica de la mujer, menores u otras personas convivientes).

1.- Valoración biopsicosocial

- Situación clínica: lesiones y síntomas físicos, estado emocional y/o psicológico.
- Situación familiar y red de apoyo social.
- Situación económica, laboral y ocupacional.

Está desarrollada en el anexo 1. Se le debe informar de las exploraciones que se realizan y su finalidad.

2.- Valoración de la situación de maltrato: tipo, intensidad y duración

- Tipo de maltrato: Psíquico, físico y/o sexual (anexo 2).
- Historia de maltrato (duración, frecuencia, intensidad). Desde cuándo lo sufre, cada cuánto tiempo se produce, cada cuánto ocurren los episodios de mayor intensidad. Si alguna vez ha denunciado esto y en qué momento lo ha hecho (fase de acumulación de tensión, de explosión o agresión).
- Comportamientos de su pareja con ella después del maltrato (se muestra arrepentido, le hace promesas de cambio, etc.)
- A nivel familiar y social; si ha habido agresiones a otras personas o familiares.
- Mecanismos de afrontamiento desarrollados por parte de la mujer.

3.- Valoración de la fase del proceso de cambio en la que se encuentra

El modelo que se propone está basado en el modelo teórico de cambio de Prochaska y DiClemente (anexo 3). Este modelo se dirige al análisis del comportamiento y categorización en fases preestablecidas, a las que llama precontemplativa, contemplativa, de preparación, de acción, de mantenimiento y de recaída.

Es fundamental identificar en qué fase del proceso de afrontamiento de la violencia se encuentra, para establecer una línea de actuación y una elección de recursos, técnicas e instrumentos que nos permitan ayudarla. Las mujeres en situación de maltrato hacen una media de 7 a 8 intentos antes de conseguir separarse completamente del maltratador. A pesar de que vuelva con la pareja y continúe el maltrato, es posible que la intervención profesional le haya ayudado a progresar y no vuelva exactamente al punto de partida.

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

- Ante casos de sospecha de malos tratos no confirmados (ISMT), irá dirigida a detectar Situaciones Objetivas de Riesgo: situaciones objetivables de ser víctima de un delito.
- Ante casos de confirmación del maltrato (CMT), irá dirigida a detectar Situaciones de Peligro Extremo: situaciones que pongan en riesgo inminente la integridad física o psíquica de la mujer, hijos e hijas u otras personas convivientes en el domicilio familiar.

4.1.- Situaciones Objetivas de Riesgo

Conforme al artículo 544 Ter. Párrafo 2º de la Ley de Enjuiciamiento criminal (LECrim), está relacionado con aquellas situaciones objetivables de ser víctima de un delito y deberán ser valoradas conjuntamente con la mujer. Estas situaciones son:

- Acuden familiares o personas allegadas a pedir ayuda ante la imposibilidad de hacerlo la propia mujer.
- En el domicilio existen armas de fuego o blancas que se utilizan con carácter intimidatorio.
- Cuando haya menores que presencien el maltrato.
- Malos tratos a hijos, hijas u otros miembros de la familia.
- Cuando la mujer amenace con suicidarse o lo haya intentado.
- Constatación del aumento de la gravedad de las agresiones y/o su frecuencia (curva ascendente de violencia).

Actuación sanitaria ante la violencia de género

- Existencia de amenazas de muerte reiteradas (a la mujer o a menores que convivan con ella).
- Cuando la mujer haya intentado en diversas ocasiones separarse del maltratador.
- Cuando el inicio de los trámites de separación conlleve un aumento de la violencia en base a amenazas, o cuando las amenazas o el acoso se dan a pesar de estar separados.
- Cuando resida en un sitio aislado que le impida recurrir a los servicios sociales o de igualdad y en especial, a los policiales.
- La mujer presenta enfermedad crónica invalidante.
- Está sometida a medicación que implica anulación de la voluntad o la presenta claramente disminuida.
- Discapacidad física, psíquica o sensorial del maltratador o de la mujer.
- El maltratador presenta un trastorno mental grave.
- El maltratador consume bebidas alcohólicas o sustancias psicotrópicas.
- Existencia de amenazas de suicidio y/o homicidio por parte del maltratador.
- Manifestaciones de celos extremos, control obsesivo de las actividades diarias de la mujer, adonde va, con quién está o cuánto dinero tiene.
- Negación, justificación o ausencia de arrepentimiento expresada por el maltratador.
- Cualquier otra situación análoga a las anteriores que el personal sanitario considere como evidencia de que la víctima (mujer, menores o personas convivientes en el domicilio familiar) se encuentra en peligro de sufrir violencia de género.

En la valoración de Situaciones Objetivas de Riesgo es necesario prestar una especial atención a aquellas situaciones que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres (capítulo VI. Actuación con mujeres en situación de vulnerabilidad).

4.2.- Situaciones de Peligro Extremo

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

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

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

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

De nuevo es importante recordar que contamos con profesionales de trabajo social en el centro de salud u hospital para realizar una valoración psicosocial y de riesgo, así como para derivar a recursos especializados. La coordinación entre los equipos de Atención Primaria con la atención hospitalaria, los servicios sociales y los cuerpos de seguridad o justicia es necesaria en el abordaje de cualquier caso de violencia de género, sobre todo en el casos de

Actuación sanitaria ante la violencia de género

vulnerabilidad. Así por ejemplo, en el caso de las mujeres embarazadas, el conjunto de profesionales de la Salud Sexual y Reproductiva en Atención Primaria ha de mantener una comunicación fluida con los equipos profesionales de los servicios de Ginecología y Obstetricia en el ámbito hospitalario y otros agentes que pueden intervenir en la atención, seguimiento y recuperación de estas mujeres.

El apoyo de profesionales de la mediación o agentes de la comunidad es de gran utilidad en la actuación con las mujeres inmigrantes.

Cómo preguntar. Ejemplos de 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 utilizar el método anticonceptivo que usted desea?*

Violencia psíquica

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

Violencia ambiental

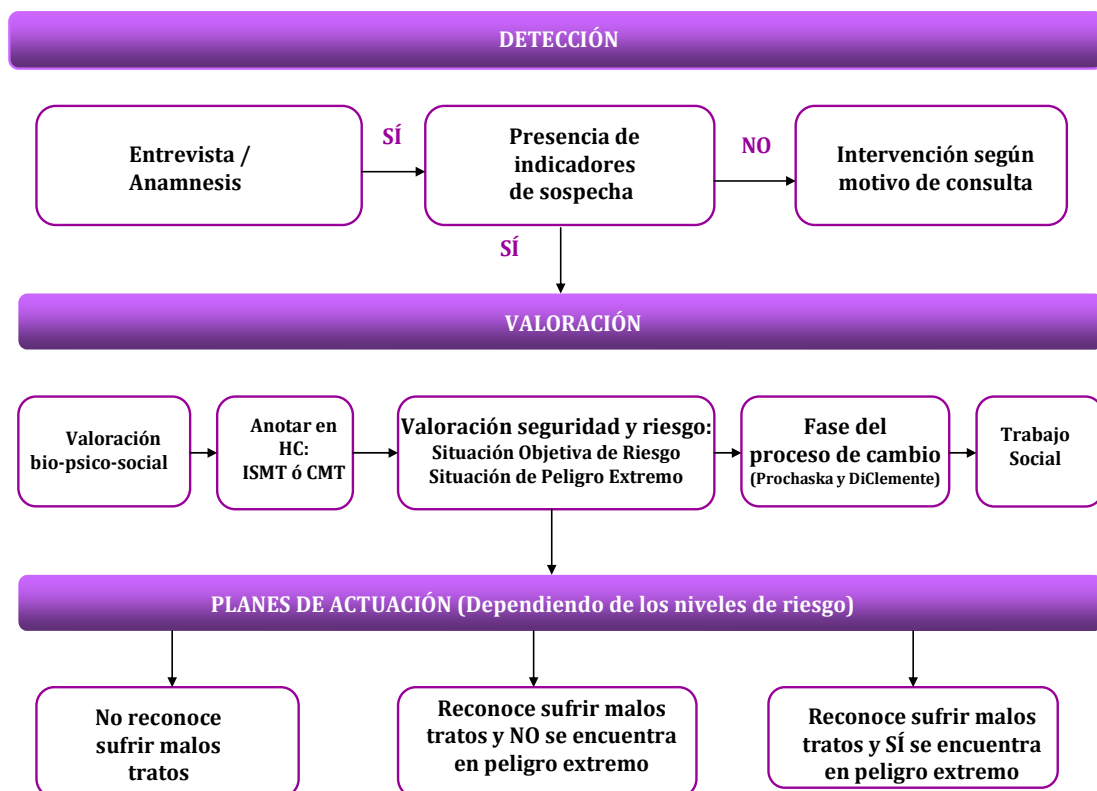
- ¿Maltrata a las mascotas?
- ¿Da golpes en las paredes, puertas?
- ¿Destruye objetos queridos por usted?

Sobre la intensidad, frecuencia y ciclo de la violencia

- ¿Desde cuando sufre esta situación?
- ¿Con que frecuencia se producen los episodios violentos?
- ¿Hay momentos en que el 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 e hijas

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



Planes de actuación ante los malos tratos en los servicios sanitarios

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

La respuesta de las mujeres ante una situación de violencia de género está condicionada por el grado y las características de la violencia, por el daño producido y el impacto en su salud, los recursos económicos y psicosociales de los que dispone y los apoyos que tiene a su alcance, así como si tiene hijas e hijos y otras personas a su cargo. Es importante conocer el proceso interno por el que atraviesan las mujeres desde el momento en el que toman conciencia de su situación y se plantean iniciar un proceso de cambio (anexo 3), así como las pautas de actuación por parte del equipo de atención en cada una de estas etapas de cambio (anexo 4).

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

Planes de actuación sanitaria según niveles de riesgo

La actuación del personal sanitario se orientará de forma diferenciada en función de si la mujer reconoce o no el maltrato, del riesgo y la situación de peligro que corre, así como de la fase del proceso de cambio en la que se encuentre.

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

- Plan de atención a la mujer que **presenta indicadores de sospecha pero no reconoce sufrir malos tratos.**
- Plan de atención a la mujer que **reconoce sufrir malos tratos pero no se encuentra en peligro extremo.**
- Plan de atención a la mujer que **reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo.** En situaciones extremas, seguir el Protocolo Andaluz de Actuación Sanitaria desde el ámbito de las Urgencias ante la Violencia de Género.

Ante una relación de maltrato, y en el caso de que la mujer tenga a su cargo menores en edad de atención pediátrica, es importante la coordinación con el personal de pediatría para

que realice una valoración de la repercusión de esta situación en los hijos e hijas y se les preste la atención que precisen.

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

- Tener en cuenta la decisión de la mujer, respetando sus tiempos e informarle de sus derechos.
- En la entrevista, atender a las recomendaciones de las fases del proceso del cambio.
- Registrar en la historia clínica todas las actuaciones realizadas. Puede servir como prueba importante en un proceso judicial.
- Establecer medidas de protección para la mujer:
 - Valorar si existe una Situación Objetiva de Riesgo o una Situación de Peligro Extremo independientemente de la fase de cambio en la que se encuentre. El objetivo prioritario es la seguridad y protección de la mujer y de sus hijos e hijas.
 - Garantizar la protección de la mujer durante la actuación sanitaria y los traslados necesarios.
 - Nunca deberá estar acompañada del supuesto maltratador. En el caso de que existan dudas acerca del acompañante, se le indicará que permanezca en otro lugar por motivos asistenciales.
 - Activación de recursos en situaciones de riesgo: Protocolo de Protección del Centro (anexo 8).
 - Solicitar la colaboración de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad cuando sea necesario (anexo 9).
 - Previa autorización verbal de la mujer, comunicación al personal de trabajo social del centro.
 - Información a la mujer sobre recursos y derivación a otros recursos en función de las necesidades, una vez proporcionada la atención y cuidados asistenciales.
 - Indagar sobre la posibilidad de malos tratos a otros miembros de la familia. Si hay hijos o hijas a su cargo, ponerse en contacto con personal relacionado con la salud de menores para valorar el alcance del maltrato.
 - Tener en cuenta las dificultades específicas de las mujeres vulnerables.
 - No recomendar nunca terapia de pareja o mediación familiar.
 - Mantener estrecha coordinación y colaboración con otras instituciones y servicios no sanitarios

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

La mujer presenta indicadores de sospecha pero tras la valoración, no reconoce sufrir malos tratos. Se correspondería con la fase del proceso de cambio *Precontemplativa* (no es consciente de su situación) y *Contemplativa* (empieza a tomar conciencia pero lo oculta ante el personal de salud).

El plan de actuación estará en función de la Situación Objetiva de Riesgo:

- No se encuentra en Situación Objetiva de Riesgo.
- Se encuentra en Situación Objetiva de Riesgo.

1.1.- No se encuentra en Situación Objetiva de Riesgo

Atención integral/interdisciplinar:

- Atención de los problemas físicos/psicológicos/sociales: Se prestará la atención sanitaria para las distintas lesiones tras una valoración inicial de las mismas.
- Fomento de la autoeficacia (anexo 3).
- Valoración de la situación del maltrato. Tener en cuenta si la mujer se encuentra en situación de vulnerabilidad (capítulo VI. Actuación con mujeres en situación de vulnerabilidad).

Registrar en la historia clínica, la sospecha: ISMT (indicador de sospecha de malos tratos). Se anotará en la aplicación Diraya²¹ en el apartado Motivo de consulta y/o Listado de problemas. Anotar las actuaciones realizadas, aclararle las posibles dudas y proporcionar indicaciones escritas con claridad. Hay que tener en cuenta que la mujer puede sentirse aturdida, lo que aumenta la dificultad de comprensión y retención de la información. Es muy importante generar una relación con ella que le de confianza y sienta que en todo momento se respeta la confidencialidad de lo que nos cuenta.

²¹ Dependiendo de la situación deben utilizarse las opciones que, en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, ofrece la aplicación Diraya. Si se registra en el apartado *Motivo de consulta*, deberá tener presente que esta sigla aparecerá en la historia de salud, en la historia de urgencias y en la historia única. Si se registra en el apartado *Hoja de problemas* existe la opción de incluirlas o no en el apartado *Hoja de problemas activos del usuario*. (en este último caso aparecerá también en los documentos de derivación y en la historia de salud y de urgencias). En el apartado *Juicio clínico* están incorporados los códigos CIE que deben incluirse en la historia de salud.

Las anotaciones en la historia clínica del proceso de atención y acompañamiento a la mujer pueden servir como prueba importante en un proceso judicial

Seguimiento a cargo del personal de trabajo social, medicina de familia y de enfermería. Es recomendable planificar conjuntamente con la mujer las visitas de seguimiento. Se trabajará la toma de conciencia acerca de las relaciones de maltrato y el impacto en su salud, favoreciendo la toma de decisiones para iniciar cambios en la situación. Atención integral/interdisciplinar de los problemas físicos, psíquicos y sociales encontrados. Se valorará su inclusión en intervenciones grupales (grupos de mujeres en el centro o en otros recursos de la zona –GRUSE-M-).

Derivar, en caso necesario, a otros dispositivos sanitarios para asegurar la continuidad asistencial y, previa autorización verbal de la mujer, comunicar el caso al personal de trabajo social del centro.

Informarle de la situación en que se encuentra y las repercusiones en su salud física y emocional. Hacerle saber que la legislación protege sus derechos y su integridad, que la violencia contra las mujeres es un delito y tiene derecho a denunciarlo.

Darle a conocer, preferiblemente por escrito, la red de recursos y dispositivos especializados en la atención a mujeres maltratadas disponible en cada zona a los que puede acudir si necesita información facilitándole teléfonos (capítulo X. Guía de Recursos,).

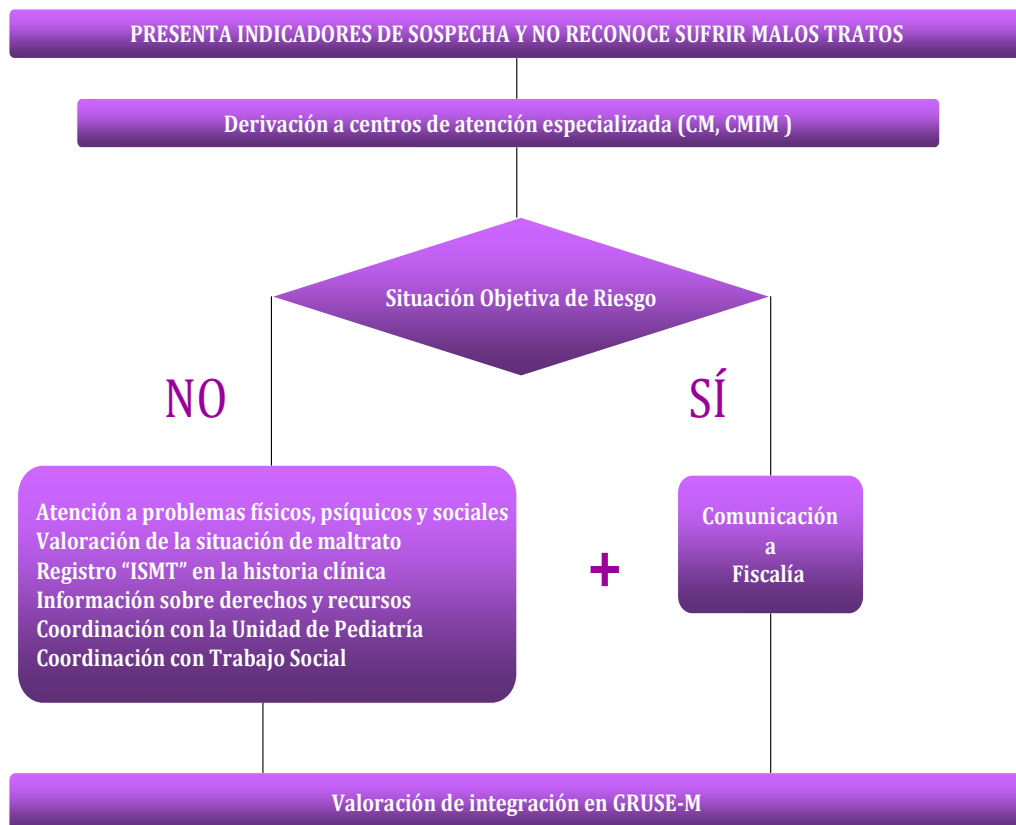
Derivar al centro de información a la mujer (CIM), con su consentimiento, asegurando la confidencialidad y seguridad, para ser atendida desde dicho recurso (anexo 12).

En el caso de que tenga hijas e hijos en edad de atención pediátrica, es importante la coordinación con el personal de pediatría para que realice una valoración de la repercusión de esta situación en los y las menores.

Actuación sanitaria ante la violencia de género

.2.- Se encuentra en Situación Objetiva de Riesgo

Se seguirán las mismas actuaciones indicadas para el caso de la mujer que NO se encuentra en Situación Objetiva de Riesgo, y además, siguiendo las indicaciones del capítulo VIII, *de aspectos éticos y legales*, se enviará Comunicación al o a la Fiscal Delegado/a contra la Violencia a la Mujer ante sospecha de malos tratos (anexo 7), anotando dicha actuación en la historia clínica. Se valorará su inclusión en un GRUSE-M.



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

Se correspondería con alguna de las fases del proceso de cambio de *Preparación, Acción, Mantenimiento o Recaída*. El plan de actuación sería:

Atención integral /interdisciplinar:

- Atención de los problemas físicos, psicológicos y sociales que presente: Se prestará la atención sanitaria que necesite tras una valoración inicial.
- Entrevista Motivacional para planificar cambio (siguiendo las indicaciones incluidas en los anexos 3 y 4).
- Valoración de la situación de maltrato (tipo, intensidad y duración), de la presencia o no de algún tipo de vulnerabilidad y de la seguridad y el riesgo.

Registrar en la historia clínica la confirmación de malos tratos (CMT): En Diraya se anotará en Motivo de consulta y Listado de problemas²².

Registrar en la historia clínica las actuaciones realizadas: Indicaciones clínicas y citas de seguimiento. En caso de que precise un seguimiento o tratamiento posterior es conveniente explicárselo pausadamente, aclarando las posibles dudas y dejando las indicaciones escritas con claridad. Hay que tener en cuenta que la mujer puede sentirse aturdida, y esto aumenta la dificultad de recepción de la información.

En el apartado de Diagnóstico o Juicios Clínicos anotar Código CIE-9 (anexo 5). **Puede servir como prueba importante en un proceso judicial.**

Hacerla partícipe de la valoración que hace el o la profesional de la situación en la que se encuentra y analizar con ella las repercusiones en su salud física y psíquica.

Informarle de que la legislación protege sus derechos e integridad. La violencia contra las mujeres es un delito y tiene derecho a denunciarlo. Si desea hacerlo, llamar desde el centro a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad para formalizar la denuncia.

²² Dependiendo de la situación deben utilizarse las opciones que, en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, ofrece la aplicación Diraya. Si se registra en el apartado *Motivo de consulta*, deberá tener presente que esta sigla aparecerá en la historia de salud, en la historia de urgencias y en la historia única. Si se registra en el apartado *Hoja de problemas* existe la opción de incluirlas o no en el apartado *Hoja de problemas activos del usuario*. (en este último caso aparecerá también en los documentos de derivación y en la historia de salud y de urgencias). En el apartado *Juicio clínico* están incorporados los códigos CIE que deben incluirse en la historia de salud.

Actuación sanitaria ante la violencia de género

Darle a conocer, preferiblemente por escrito, la red de recursos y dispositivos sociales y de igualdad disponibles en cada zona a los que puede acudir si necesita información (capítulo X. Guía de Recursos) facilitando los teléfonos de información, advirtiéndole que los oculte a su pareja.

Explicar la estrategia de seguridad ante una posible Situación de Peligro Extremo y Escenario de Protección (anexo 10).

Emitir el parte al juzgado siguiendo las indicaciones del capítulo VIII. Leerle el contenido del parte al juzgado y explicarle las consecuencias. Realizar, cuando sea posible, fotografías de las lesiones previo consentimiento informado por escrito (anexo 6).

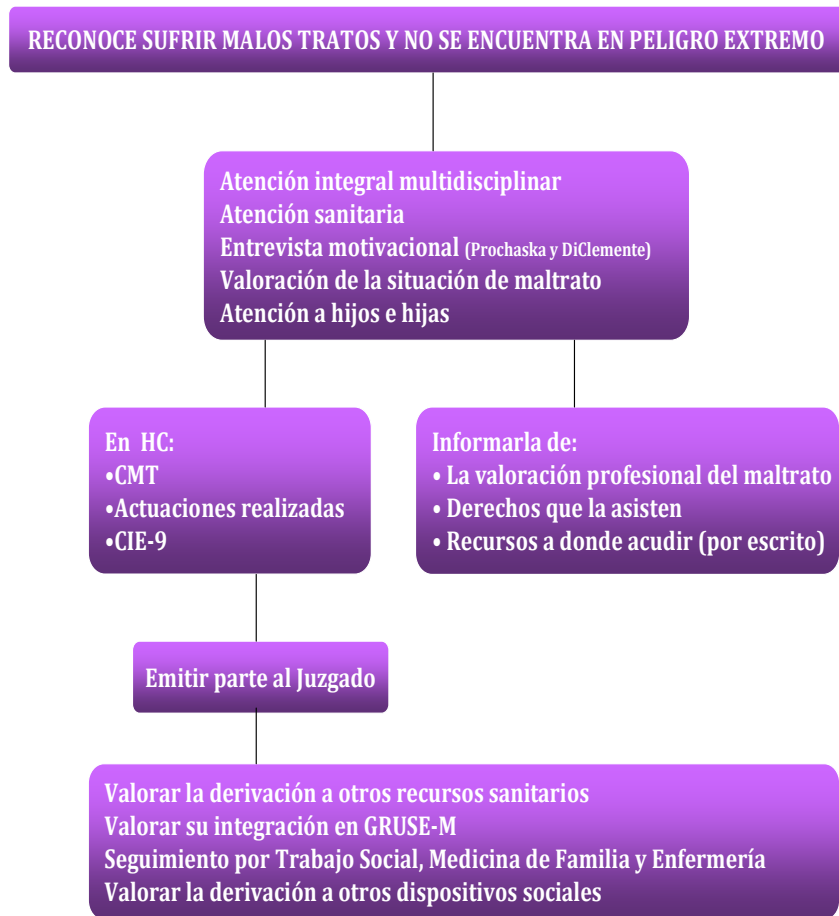
Valorar la necesidad de derivación a otros dispositivos sanitarios: otras especialidades o salud mental (anexo 11).

Para asegurar la continuidad asistencial, y previa autorización verbal de la mujer, se comunicará el caso al personal de trabajo social del centro.

Derivación a otros recursos especializados en violencia de género: Solicitar, previo consentimiento de la mujer, la derivación a otro recurso (CIM, CMIM, ONG) para ser atendida desde el mismo (capítulo X. Guía de Recursos), asegurando la confidencialidad y seguridad y siguiendo las indicaciones del anexo 12.

Seguimiento a cargo del personal de trabajo social, medicina de familia y de enfermería. Se planificarán las visitas de seguimiento conjuntamente con la mujer, mediante el establecimiento de una relación de confianza. Se trabajará con ella la toma de conciencia acerca de las relaciones de maltrato y el impacto en su salud, favoreciendo la toma de decisiones para iniciar cambios y prevenir nuevas situaciones de violencia. Se valorará a conveniencia de incluirla en intervenciones grupales (grupos de mujeres en el centro o en otros recursos –GRUSE-M-).

En el caso de que tenga hijas e hijos a su cargo en edad de atención pediátrica, contactar con el personal de pediatría para que valore la repercusión de esta situación y se organicen actuaciones específicas y coordinadas con la atención a su madre.



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

Se correspondería con alguna de las fases del proceso de cambio de *Preparación, Acción, Mantenimiento o Recaída*. El plan de actuación sería:

Atención integral /interdisciplinaria:

- Prestar la atención sanitaria pertinente tras una valoración inicial. Es importante explicar despacio y cuidadosamente las intervenciones que se le van a realizar, tomando en consideración su estado emocional.

Actuación sanitaria ante la violencia de género

- Valoración de la situación de maltrato (tipo, intensidad y duración), de la vulnerabilidad y de la seguridad y el riesgo, detectando si existe una Situación de Peligro Extremo.

Registrar en la historia clínica, la confirmación de malos tratos (CMT): En la aplicación Diraya se anotará en Motivo de consulta y Listado de problemas²³. En los centros donde se trabaje con otro programa informático gestor de documentos, se anotará igualmente en Motivo de consulta.

Registrar en la historia clínica, las actuaciones realizadas: Indicaciones clínicas y citas de seguimiento. En caso de que precise un seguimiento o tratamiento posterior es conveniente explicárselo pausadamente, aclarando las posibles dudas y dejando las indicaciones escritas con claridad. Hay que tener en cuenta que la mujer puede sentirse aturdida lo que aumenta la dificultad de procesamiento de la información.

En el apartado de Diagnóstico o Juicios Clínicos anotar Código CIE-9 (Anexo 5).

Hacerla partícipe de la valoración que hace el o la profesional de la situación en que se encuentra y analizar con ella las repercusiones en su salud física y emocional.

Informarle de que la legislación protege sus derechos e integridad. La violencia contra las mujeres es un delito y tiene derecho a denunciarlo. Si desea hacerlo, llamar desde el centro a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, para formalizar la denuncia.

Emitir el parte al juzgado, leerlo a la mujer y explicarle las consecuencias. Es conveniente realizar fotografías de las lesiones previo consentimiento informado por escrito. Se enviará copia del parte al juzgado mediante fax al Juzgado de Violencia sobre la Mujer, previa comunicación con el mismo, en horario laboral o al Juzgado de Guardia si es fuera de dicho horario (anexo 6). En el parte al juzgado debe de ir reflejada toda información de asistencias previas prestadas por malos tratos ó sospechas de ello, que puedan ser de relevancia para la autoridad judicial al aportar información acerca de la habitualidad del maltrato.

Activar el protocolo de protección del centro, si la valoración de la Situación de Peligro Extremo fuera positiva y/o hubiera Orden de Alejamiento o de Protección (anexo 8).

²³ Dependiendo de la situación deben utilizarse las opciones que, en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, ofrece la aplicación Diraya. Si se registra en el apartado *Motivo de consulta*, deberá tener presente que esta sigla aparecerá en la historia de salud, en la historia de urgencias y en la historia única. Si se registra en el apartado *Hoja de problemas* existe la opción de incluirlas o no en el apartado *Hoja de problemas activos del usuario*. (en este último caso aparecerá también en los documentos de derivación y en la historia de salud y de urgencias). En el apartado *Juicio clínico* están incorporados los códigos CIE que deben incluirse en la historia de salud.

Explorar la red de apoyo social con que cuenta, en caso de salida del hogar y el lugar al que podría acudir: si no dispone de recursos propios o lugar seguro alternativo al domicilio se llamará al teléfono de información 24 horas del IAM (900 200 999) y teléfono 016, para solicitar un centro de acogida inmediata.

Conocer si se encuentra en situación de vulnerabilidad, su situación familiar, personas dependientes y los recursos con que cuenta.

Derivar con carácter urgente al personal de trabajo social del centro, solicitar su presencia si es en horario laboral, o llamar a los servicios de apoyo de 24 horas de emergencias sociales para mujeres maltratadas, teléfono 112 (emergencias), teléfono 016 o 900 200 999 y, en su caso, actuar siguiendo el Protocolo de Coordinación Interinstitucional de Andalucía. Las hijas e hijos se incluirán en la atención.

Activar las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, para garantizar la protección de la mujer (anexo 9), incluso en aquellas situaciones en que por algún motivo ella no sea consciente del riesgo. La actuación del personal sanitario debe de tener como finalidad proteger a la mujer y a los y a las menores a su cargo. Si a pesar del peligro, desea volver a su domicilio, se intentará que comprenda que su vida corre peligro y se le recordarán las medidas para aumentar su protección. Se planteará, junto con ella, la elaboración de un plan de seguridad (anexo 10).

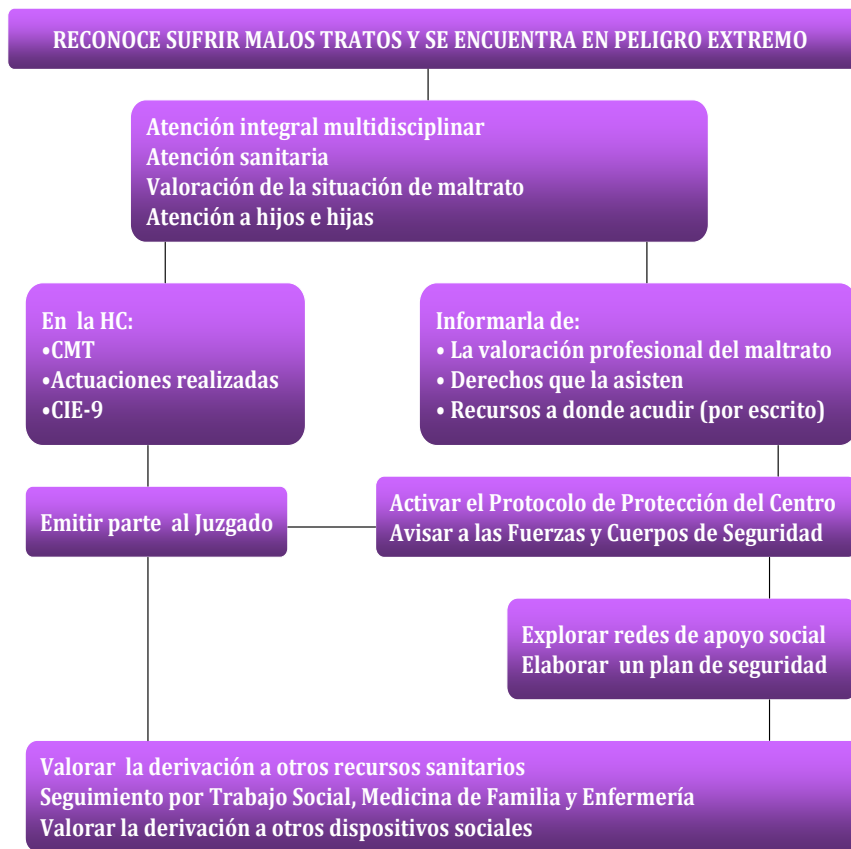
Explicar la **estrategia de seguridad ante una posible Situación de Peligro Extremo, plan de huida y escenario de protección** (anexo 10).

Valorar la necesidad de derivación a otros dispositivos sanitarios según lesiones presentadas: otras especialidades clínicas, salud mental (anexo 11).

En el seguimiento, derivar a otros recursos especializados: Informarle, preferiblemente por escrito, de la red de recursos y dispositivos sociales y de Igualdad disponibles en su zona a los que puede acudir si necesita información (capítulo X. Guía de Recursos), facilitándole teléfonos de información, advirtiéndole que los oculte a su pareja. Derivar al CIM de la zona, previo consentimiento asegurando la confidencialidad y seguridad (anexo 12). Indicarle que puede llamar al 900 200 999.

Realizar entrevista motivacional para planificar el cambio (según indicaciones de los anexos 3 y 4).

Actuación sanitaria ante la violencia de género



ATENCIÓN A HIJOS E HIJAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

En la violencia de género, los hijos e hijas son también víctimas, víctimas singulares, de un entorno agresor en lugar de protector, que les provoca miedo en lugar de seguridad, y víctimas porque sus derechos son vulnerados²⁴.

Desde 2008 al primer trimestre de 2012, se han atendido en Andalucía a 5.161 hijos e hijas expuestas a violencia de género en centros de emergencias, casas de acogida y pisos tutelados, superando el número de mujeres atendidas (4.718 mujeres)²⁵.

Al ser menores están en grave riesgo por su vulnerabilidad, dependiendo de su desarrollo evolutivo. Hay casos de asesinatos de menores porque el maltratador conoce el daño que esta conducta infringe a la mujer para el resto de su vida.

Detección. El conocimiento o la detección de la situación de violencia²⁶ pueden ocurrir en distintas circunstancias:

- La mujer manifiesta que sus hijos o hijas son víctimas de la misma violencia que ella experimenta, en estos casos la madre es consciente de las repercusiones que han tenido las situaciones de violencia vividas (tabla 3).
- A través de profesionales que atienden a la mujer. El objetivo será que ella tome conciencia de los efectos negativos que sobre sus hijos e hijas ha tenido la situación vivida. El equipo de profesionales debe trabajar deconstruyendo los mitos y estereotipos asumidos, evitando la culpabilización que aparece una vez las mujeres son conscientes del daño sufrido por sus hijos e hijas.

²⁴ Save the Children (2011). En la violencia de género no hay una sola víctima. Atención a los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género. Resumen ejecutivo. Madrid. 10.

A Sepúlveda García de la Torre "La violencia de género como causa de maltrato infantil". Cuad. Med. Forense, 12 (43-44), enero-abril 2006

Horno Goicoechea, J.¿Repercute en los hijos la violencia del hogar?. Famiped. Vol 3. Nº 2. Junio 2010

Estudio sobre Impacto sobre la violencia de pareja en niños y niñas. UNICEF, Body Shop y Secretariado General de Naciones Unidas.. 2006

²⁵ Defensor del Menor de Andalucía. Informe especial. Menores expuestos a violencia de género: Víctimas con identidad propia. Septiembre 2012

²⁶ Sánchez Vázquez, Ana Rosa. Menores víctimas de violencia de género. Hospital de Poniente.

Actuación sanitaria ante la violencia de género

- A través de los niños y las niñas expuestas a la violencia: bien porque lo manifiesten a alguna persona de su entorno, bien porque experimenten alguna sintomatología que haga saltar la alarma a algún profesional en contacto, como personal de pediatría, psicología, profesorado, etc. o porque han sido víctimas directas de la violencia y existe una intervención judicial, sanitaria y social (tablas 3 y 4).

Tabla 3. Consecuencias de la exposición a la violencia de género según la edad

CONSECUENCIAS DE LA EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO SEGÚN LA EDAD				
	Bebés y lactantes	Edad preescolar	Edad escolar	Adolescentes
Conductual	Irritabilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Agresividad - Problemas de conducta 	<ul style="list-style-type: none"> - Agresividad - Problemas de conducta - Desobediencia - Evita ir a casa 	<ul style="list-style-type: none"> - Conducta violenta - Fugas - Delincuencia - Evita ir a casa - Efectos del abuso de sustancias
Psíquica	Angustia	<ul style="list-style-type: none"> - Miedo, ansiedad, tristeza - Preocupación por la madre - Trastorno de estrés postraumático (TEP) - Dificultades afectivas - Uso de la fantasía - Sentimientos de culpabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Miedo, ansiedad, depresión - Baja autoestima - Culpabilidad, vergüenza - TEP - Desconexión emocional - Ideas culpabilizadoras 	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión, ideas suicidas, TEP - Insensibilidad ante las emociones
Física	Problemas para dormir y comer	<ul style="list-style-type: none"> - Alto nivel de actividad, intentos de llamar la atención y de aferrarse - Actos regresivos 	<ul style="list-style-type: none"> - Peso - Desarrollo madurativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones sexuales precoces - Embarazo en adolescentes
Cognitiva	Dificultad de comprensión	<ul style="list-style-type: none"> - Comprensión limitada 	<ul style="list-style-type: none"> - Culpa - Problemas de rendimiento escolar - Actitudes a favor de la violencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Actitudes a favor de la violencia
Social		<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de interacción con sus iguales o personas adultas - Relación ambivalente con la madre 	<ul style="list-style-type: none"> - Menos y peor calidad en las relaciones con sus iguales 	<ul style="list-style-type: none"> - Conductas violentas en las relaciones de pareja

Tabla 4. Consecuencias de la exposición a la violencia de género en menores

CONSECUENCIAS DE LA EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN MENORES	
Problemas físicos	<ul style="list-style-type: none"> - Violencia de género traumática durante la gestación: bajo peso al nacer, discapacidad. - Depresión del sistema inmune. - Muerte del menor por agresión directa.
Problemas de socialización	<ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento, inseguridad, agresividad. - Reducción de competencias sociales.
Síntomas depresivos	<ul style="list-style-type: none"> - Llanto, tristeza. - Baja autoestima.
Miedos	<ul style="list-style-type: none"> - Miedos no específicos, “presentimientos” de que algo malo va a ocurrir. - Miedo a la muerte, miedo a perder a la madre, miedo a perder al padre.
Alteraciones del sueño	<ul style="list-style-type: none"> - Pesadillas. - Miedo a dormir solo. - Terrores nocturnos.
Síntomas regresivos	<ul style="list-style-type: none"> - Encopresis / Enuresis. - Retraso en el desarrollo del lenguaje. - Actúan como niños menores de la edad que tienen.
Problemas de integración en la escuela	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de aprendizaje. - Dificultades en la concentración y atención. - Disminución del rendimiento escolar. - Dificultades para compartir con otros niños o niñas.
Respuestas emocionales y de comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Rabia, cambios repentinos de humor, ansiedad. - Sensación de desprotección y vivencia del mundo como algo amenazante. - Sentimientos de culpa (ser el responsable de los conflictos entre sus padres o de lo ocurrido o de no haber hecho algo para evitar la violencia). - Dificultad en la expresión y manejo de emociones. - Negación de la situación violenta o restar importancia a la situación vivida. - Tendencia a normalizar el sufrimiento y la agresión como modos naturales de relación. - Aprendizaje de modelos violentos y posibilidad de repetirlos, tanto de víctima como de agresor, con la interiorización de roles de género erróneos. - En adolescentes la exposición crónica a conflictos parentales puede llevar a presentar más relaciones conflictivas y adicciones. - En adolescentes, comportamientos de riesgo y de evasión y comportamientos violentos dentro del hogar y fugas. - Conflictos y dificultades en el modo de establecer las primeras relaciones sentimentales.
Síntomas de estrés postraumático (TEP)	<ul style="list-style-type: none"> - Insomnio. - Pesadillas recurrentes. - Fobias. - Ansiedad. - Reexperimentación del trauma. - Trastornos disociativos.
Parentalización	<ul style="list-style-type: none"> - Asumir roles parentales y protectores hacia los hermanos menores. - Asumir roles parentales de protección con la madre.

Fuente: En la violencia de género no hay una sola víctima. Madrid: Save the Children (2011).

La atención a los y a las menores debe ser integral, así, en la atención sanitaria dada a la mujer se deberá:

- Verificar la presencia de menores en el hogar.
- Evaluar el riesgo inminente y el grado de desprotección si existen menores a su cargo (anexo 13).
- Comunicar al Sistema Judicial, Fiscalía y Servicio de Protección de Menores.
- Informar a los servicios sociales si existe una situación de riesgo que requiera valoración e intervención. Actuar según indicaciones del Protocolo de Intervención Sanitaria en casos de Maltrato Infantil²⁷.
- La existencia de factores de riesgo o situaciones que puedan conducir a la desprotección y/o indicadores de malos tratos físicos, psicológicos o conductuales deben ser comunicadas a los servicios de Protección de Menores según protocolo específico²⁸. Adoptar estas medidas de protección supone en ocasiones destapar la situación de violencia de género (en caso de que las madres aún vivan con el agresor), sin embargo cuando la madre no pueda responder a la demanda de su función protectora, siempre debe prevalecer el interés superior del menor²⁹. Los derechos de los niños y niñas son prioritarios en aquellos casos en los se ponga en peligro su vida.

Hay situaciones en las que se detecta que una mujer se encuentra en situación de maltrato a través de sus hijos e hijas. La Atención Primaria brinda una oportunidad única para detectar situaciones de riesgo como consecuencia a la exposición a la violencia de género. La intervención de personal de trabajo social facilita el abordaje integral de este problema.

²⁷ Protocolo de Intervención Sanitaria en casos de Maltrato Infantil. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2014

²⁸ Op.cit. nº 28

²⁹ De Castro Martín, Rosa. "El interés superior del Menor". Análisis del Sistema de protección de menores en el ámbito del Sistema Judicial. Sevilla. 2011.

Se realizará:

- Evaluación sistemática en los controles de salud (consulta a demanda o de programas de salud infantil) de situaciones de riesgo social y familiar.
- Detección precoz de indicadores de maltrato.
- Derivación a recursos específicos.
- Notificación a los servicios de Protección de Menores en situación de riesgo, maltrato o desprotección según protocolo específico.
- Colaboración con otros sectores e instituciones.
- Seguimiento cercano de menores que han experimentado violencia de género, valorando su reintegración, recaídas o reexposición a la violencia.
- Apoyo a las familias que han sufrido a causa de la violencia de género: asesoría, pautas educativas, reorientación de los recursos.
- Coordinación y trabajo en red con otras instituciones.

Se hará una derivación y valoración por parte de un equipo especializado³⁰ que aborde sus necesidades específicas y atiendan los posibles daños (anexo 13), siguiendo las indicaciones del protocolo específico.

En la atención a menores víctimas de violencia de género hay que asegurar un abordaje integral y coordinado de los servicios sociales, judiciales, sanitarios y educativos³¹ con la puesta en común de informes y diagnósticos y el trabajo en red. Esta forma de actuación evita la victimización secundaria.

Los y las menores no pueden recuperarse sin el acompañamiento de una persona adulta.

Precisan de una intervención directa y de otra indirecta a través de las madres. Las madres son la principal figura de apego, ellas son fundamentales en la intervención que se realiza

³⁰ Save the Children (2006a). Atención a los niños y niñas víctimas de la violencia de género: Análisis de la atención a los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género en el sistema de protección a la mujer. Madrid: Save the Children.

Save the Children (2008a). Manual de atención a niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar. Madrid: Save the Children.

Save the Children (2011). En la violencia de género no hay una sólo víctima. Madrid: Save the Children

³¹ Guías de buenas prácticas: Atención psicológica y educativa para niños y niñas víctimas de violencia familiar y de género. Fundación IRES 40. Fundación Instituto de Reinserción Social 2010

Actuación sanitaria ante la violencia de género

con los menores, y salvo en casos excepcionales (trastorno mental, abandono, drogadicción que dificulte este proceso, uso sistemático de violencia por parte de ella, etc.) siempre deben participar en el proceso de recuperación, para ello es importante que la madre esté en unas condiciones psicológicas mínimas que le permitan afrontar este proceso.

Las bases de la intervención con ellas se basan en la recuperación de su proceso personal y el fomento de su rol materno como elemento clave del restablecimiento de sus hijos e hijas y de su núcleo familiar. Para ello se debe:

- Reforzar el vínculo madre-hijo o hija: este vínculo se presenta como un factor de resiliencia para los y las menores.
- Fortalecer las habilidades de parentalidad positiva.
- Empoderar a la mujer: se robustecerán sus capacidades, confianza, autoestima y protagonismo para impulsar cambios positivos en las situaciones que viven, y adquirir de esta forma cierto control sobre lo vivido.
- Restablecer la esperanza: búsqueda de expectativas positivas sobre el éxito de los resultados, reconstrucción de las relaciones afectivas positivas y aprender a relacionarse e incorporar otras nuevas relaciones.

Con las niñas y los niños se hará acompañamiento emocional³², para que puedan resguardarse al máximo del entorno violento. Se les presentará una visión realista de su familia evitando ubicaciones extremas de las figuras parentales como demonización del padre o idealización de la madre, y se trabajará con los recursos que tengan (capacidades, habilidades, etc.), incorporándoles activamente en su proceso de recuperación.

³² Guías de buenas prácticas: Atención psicológica y educativa para niños y niñas víctimas de violencia familiar y de género. Fundación IRES 40. Fundación Instituto de Reinserción Social 2010

ACTUACIÓN CON HOMBRES QUE EJERCEN VIOLENCIA SOBRE LAS MUJERES

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

Tanto las y los médicos de familia como pediatras deben extremar la confidencialidad, evitando informar al maltratador sobre la mujer, hijas e hijos, para protegerles e impedir que pueda llegar hasta ellos.

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



V. ACTUACIÓN ANTE AGRESIONES SEXUALES

V. ACTUACIÓN ANTE AGRESIONES SEXUALES

Las pautas de actuación ante casos de agresión, abusos sexuales y violaciones tienen particularidades que justifican su tratamiento en un apartado independiente. Se entiende como agresión sexual el uso de la violencia física y sexual sobre las mujeres y menores de edad como arma para demostrar poder y abusar de ellas. También puede ocurrir la agresión tras la toma de cualquier producto que de lugar a la modificación del grado de vigilancia, del estado de consciencia o de la capacidad de juicio, ya sea de manera voluntaria o involuntaria³³ o sumisión química.

Se trata de un delito contra la libertad sexual (anexo 14) y puede ser ejercida por parte de la pareja o expareja o por parte de otros hombres.

Las actuaciones ante agresiones sexuales deben garantizar una valoración integral (física, psíquica y social) y el objetivo primordial ha de ser el bienestar de la víctima como persona que necesita ayuda. Pero por otra parte la mujer es en sí misma fuente de indicios, datos, huellas, de signos de violencia impresos en su cuerpo, en sus ropas y en su estado psíquico, es ella misma una prueba tangible de la violencia ejercida. Nos encontramos, por tanto, en la víctima de violencia sexual con una doble vertiente:

- Víctima como persona, necesitada de ayuda y
- Víctima como prueba, sobre la que hay que intervenir, estudiar, realizar reconocimientos etc.

La víctima como persona requiere el correcto diagnóstico y el tratamiento de las lesiones sufridas; en la víctima como prueba se basa la práctica de la pericial médica forense, diferente del ejercicio profesional asistencial de las y de los facultativos clínicos.

La Ley de Enjuiciamiento Criminal establece que “el juez acordará el informe pericial cuando, para conocer o apreciar algún hecho o circunstancia importante en el sumario, fuesen necesarios o convenientes conocimientos científicos”. El personal forense, que interviene por Mandato Judicial, se encarga de las peritaciones oficiales y desempeña funciones de asesoramiento a los juzgados, tribunales y fiscalías.

³³ Cruz-Landeira A., Quintela-Jorge O., López Rivadulla M. Sumisión Química: epidemiología y claves para su diagnóstico.

Actuación ante agresiones sexuales

Si el primer lugar a donde acude la mujer es un centro de Atención Primaria, en él sólo se atenderán aquellas lesiones que por su gravedad puedan comprometer su vida. Se iniciará tratamiento médico inmediato y se la enviará a un hospital cercano sin que haya lavados ni cambios de ropa, ingesta de líquidos o alimentos antes del reconocimiento en el hospital. La derivación se hará previa información y con su consentimiento.

La atención debe darse en un centro hospitalario con asistencia ginecológica

La víctima precisa de una respuesta acorde con sus necesidades, todo ello en un ambiente capaz de preservar su intimidad. Hay que propiciar un entorno que fomente la comunicación y la confidencialidad, sin hacer preguntas desagradables ni prejuzgar a la mujer y sólo se deben recoger los datos que ella aporte voluntariamente (anexo 15).

La sensibilidad es primordial, de forma que deben llevarse a cabo todos los estudios y reconocimientos necesarios sin olvidar mantener la dignidad y el respeto. Hay que informarle de todas las exploraciones que se le harán y de la finalidad que tienen. Se la ubicará en un lugar que garantice su intimidad, confidencialidad, seguridad y protección, mientras se espera la llegada de la médica o médico forense, evitando todas las actuaciones que puedan interferir en la posterior toma de muestras de interés legal.

Tener en cuenta la situación que atraviesa la víctima de agresión sexual, atendiendo siempre a su delicada afectación psíquica³⁴

En caso de ser una mujer con problemas de movilidad y sea necesaria una exploración ginecológica, valorar la pertinencia de derivarla a la Red de Consultas Ginecológicas y Obstétricas para mujeres con movilidad reducida, con mobiliario clínico adaptado (capítulo X. Guía de recursos).

³⁴ Atención sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos. Consejería de Salud. Plan Estratégico Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. 2001.

Se realizará:

1. Valoración del estado general, con especial atención a la presencia de síntomas asociados a sospecha de sumisión química.
2. Toma de muestras de sangre, orina y, en su caso, de pelo de la región occipital.
3. Valoración del riesgo de exposición a fluidos corporales contaminados (VHB, VHC, VIH, tuberculosis, etc.) y aplicación del protocolo específico, indicando su profilaxis.
4. Informe clínico por agresión sexual y anotación en la historia clínica el código CIE-9 por agresión sexual, en el apartado Diagnóstico o Juicios Clínicos.
5. Registro en la historia de Diraya o su equivalente en otros centros en Motivo de Consulta y Listado de Problemas. Se anotará, junto a Agresión Sexual, las siglas CMT si el agresor es o ha sido la pareja de la mujer³⁵.
6. El personal médico o de enfermería le hará una entrevista breve, en la que se intentará recoger información relevante para el órgano judicial:
 - Vinculación afectiva con el agresor.
 - Domicilio y teléfono de la mujer.
 - Siempre que sea posible, recabar de la policía el número de diligencias previas y anotarlo en la historia clínica.
7. Emisión del parte al juzgado con las lesiones encontradas, independientemente de la exploración ginecológica, con la cual se completará. Incluir, si procede:
 - Que las muestras de interés legal se quedan en custodia en el hospital, hasta ser solicitadas por el juzgado, si las ha llevado el personal médico forense o se han enviado directamente al Instituto de Medicina Legal (IML) de la provincia (capítulo X. Guía de Recursos). Esto debe quedar establecido de manera protocolizada con el personal

³⁵ Dependiendo de la situación deben utilizarse las opciones que, en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, ofrece la aplicación Diraya. Si se registra en el apartado *Motivo de consulta*, deberá tener presente que esta sigla aparecerá en la historia de salud, en la historia de urgencias y en la historia única. Si se registra en el apartado *Hoja de problemas* existe la opción de incluirlas o no en el apartado *Hoja de problemas activos del usuario*. (en este último caso aparecerá también en los documentos de derivación y en la historia de salud y de urgencias). En el apartado *Juicio clínico* están incorporados los códigos CIE que deben incluirse en la historia de salud.

Actuación ante agresiones sexuales

forense, ya que la reclamación del juzgado puede tardar bastante tiempo y las muestras pueden deteriorarse.

- Si se solicitó la presencia forense al Juzgado de Guardia.
- Si se avisó a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

8. La mujer debe recibir esta información:

- La agresión sexual es un delito y tiene derecho a denunciarlo a la policía, guardia civil o juez, en el caso de que no lo haya hecho.
- No debe cortarse el pelo hasta pasado al menos un mes, ya que será citada a las 3-5 semanas aproximadamente en el IML, para tomarle una nueva muestra de pelo.
- La conveniencia de llamar al teléfono 900 200 999 del IAM, para asesoramiento e información sobre los servicios de atención especializada.
- Se le entregará una copia del parte al juzgado.

Tratamiento.

En general, la secuencia será:

- Tratamiento de las lesiones corporales.
- Tratamiento preventivo: profilaxis de las ITS (gonorrea, clamidias, sífilis, infección por VIH e infección por virus de hepatitis B) y de la gestación (píldora de anticoncepción de urgencia –PAU-) antes de 72 horas siguientes al coito.
- Tratamiento psicológico. Tranquilizantes y/o hipnóticos, si precisa (si se le ha revertido el nivel de consciencia por encontrarse obnubilada o poco despierta de se debe anotar la sustancia que se le ha administrado para tal fin).
- Control y seguimiento de las lesiones físicas³⁶, indicándole el centro donde se realizará la valoración de los resultados de las pruebas complementarias, revisión psicológica y ante presencia de embarazo, informar a la mujer de los supuestos legales de interrupción del mismo.

Esto se resume en la tabla 5.

³⁶ El texto de este anexo ha sido tomado y adaptado del documento Atención sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos. Consejería de Salud. Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud (2001) y del Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la Salud en Cataluña (2009)

Tabla 5. Actuaciones generales ante una agresión sexual³⁷:

ACTUACIONES GENERALES ANTE UNA AGRESIÓN SEXUAL	
Actuaciones clínicas	Actuaciones de la medicina forense
<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo emocional y psicológico. - Anamnesis y examen clínico. - Solicitud de actuación de la medicina forense a través del Juzgado de Guardia y colaboración en la labor que lleve a cabo. - Toma de muestras. - Tratamiento inmediato de las lesiones físicas. - Tratamiento y profilaxis de las ITS. - Valorar necesidad de profilaxis postexposición al VIH. - Profilaxis del embarazo. - Emisión del parte de lesiones. - Seguimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Toma de muestras de interés legal. - Localización y determinación de la importancia de las lesiones. - Redacción del informe médico forense para el juzgado.

Situaciones específicas que se pueden presentar:

La mujer puede acudir sola, acompañada por algún familiar, persona conocida, o por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (en el caso en que haya presentado denuncia o tenga intención de hacerlo).

- Mujer que acude acompañada de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, tras haber interpuesto denuncia, para exploración e informe clínico.
- Mujer que acude directamente a Urgencias sin haber interpuesto denuncia, indicando que ha sufrido una agresión sexual y quiere denunciar.
- Mujer que acude directamente a urgencias sin haber interpuesto denuncia, indicando que ha sufrido una agresión sexual y NO quiere denunciar.

³⁷ Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña. Documento marco.2009.

Mujer que acude acompañada de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, tras haber interpuesto denuncia, para exploración clínica e informe clínico:

Llamar directamente al Juzgado de Guardia, solicitando la presencia forense, para que acuda al hospital y realizar la toma de muestras de interés legal y la exploración ginecológica conjunta.

Mujer que acude directamente sin haber interpuesto denuncia, indicando que ha sufrido una agresión sexual y quiere denunciar:

Avisar a policía nacional (SAF), guardia civil (EMUME), policía local, notificando que existe un caso de agresión sexual y la mujer desea denunciar, para que se personen en el centro y la acompañen para formalizar la denuncia, una vez realizada la exploración.

Llamar directamente al Juzgado de Guardia, solicitando la presencia forense, para que acuda al hospital y realizar la toma de muestras de interés legal y la exploración ginecológica conjunta.

Mujer que acude directamente sin haber interpuesto denuncia, indicando que ha sufrido una agresión sexual y NO quiere denunciar:

Llamar directamente al Juzgado de Guardia, solicitando la presencia forense para que acuda al hospital y realizar la toma de muestras de interés legal y la exploración ginecológica conjunta.

La toma de muestras de interés legal sólo se llevará a cabo con la presencia de forense. Sin la presencia forense, la mujer debe dar su consentimiento por escrito.

Si el juzgado no autoriza el desplazamiento de personal forense para la toma de muestras, pueden presentarse estas situaciones:

- Encomienda Judicial al equipo facultativo de guardia. Se toman las muestras sin la presencia forense, con el consentimiento de la mujer.
- Ante la falta de consentimiento, el Juzgado de Guardia puede enviar un Auto Judicial por escrito ordenando la toma de muestras enviado por el medio más rápido existente), que se realizará siguiendo las indicaciones del anexo 15.
- Si desde el Juzgado de Guardia no se envía el Auto Judicial y no hay consentimiento escrito de la mujer para la toma de muestras, se hará una exploración ginecológica siguiendo las instrucciones del anexo 15, sin la toma de muestras de interés legal.

En los casos en que la mujer no esté capacitada para decidir, se dará también cuenta a la Fiscalía de Guardia o de Violencia a la Mujer (si el agresor es su pareja o expareja), según proceda.

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

Si el presunto agresor es menor de edad se dará inmediata cuenta a la Fiscalía de Menores que será la competente para la instrucción del caso.

A close-up photograph of several hands being held together in a supportive gesture. The hands are of various skin tones and are positioned in a way that suggests care and assistance. The background is a soft, out-of-focus mix of light colors, including orange, green, and purple.

VI. ACTUACIÓN CON MUJERES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

VI. ACTUACIÓN CON MUJERES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

MUJERES QUE VIVEN EN EL MEDIO RURAL

MUJERES MAYORES

MUJERES CON DISCAPACIDAD

MUJERES INMIGRANTES

Actuación con mujeres en situación de vulnerabilidad

En este apartado se pretende profundizar en la atención ante aquellas mujeres que por sus circunstancias específicas presentan especial vulnerabilidad. Se incluyen aquí a las mujeres que viven en el ámbito rural, las mujeres mayores, las mujeres con discapacidad y las mujeres inmigrantes.

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

MUJERES QUE VIVEN EN EL MEDIO RURAL

En Andalucía el 61,35% de sus habitantes viven en municipios de menos de 20.000 habitantes. Tiene registrados 823 municipios, de los que 685 cuentan con menos de 20.000 habitantes, que supone el 83,35%. De menos de 2.000 habitantes existen 314 municipios, el 38,15% del total de los registrados en la comunidad³⁸.

De acuerdo con los datos disponibles, el número de víctimas mortales de violencia de género en municipios rurales triplica al de capitales de provincia³⁹.

El maltrato reconocido por las mujeres varía dependiendo del tamaño del municipio. La distribución de las mujeres que afirman haber sufrido violencia de género alguna vez en la vida muestra una mayor concentración en ciudades de más de 1.000.000 habitantes y menor en municipios de menos de 10.000. La distribución de las mujeres que se declaran maltratadas es mayor en los municipios con mayor número de habitantes, y menor en los municipios más pequeños⁴⁰.

Las mujeres residentes en municipios pequeños son las que declaran en menor medida haber sufrido violencia de género: la prevalencia es de 6,0% en el caso de las que han sufrido maltrato alguna vez en la vida y viven en municipios de menos de 2.000 habitantes y

³⁸ Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Padrón Municipal 2011.

³⁹ El número de víctimas mortales desde 2008 a 2011 en municipios rurales ha sido de 37 y en capitales de provincia de 19. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería de la Presidencia e Igualdad.

⁴⁰ Macroencuesta de violencia de género 2006. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Se diferencian dos tipos de maltrato: el maltrato técnico, que es aquel obtenido de trece frases escogidas de las veintiséis sobre las que se ha recabado información y maltrato declarado, a aquel reconocido por las mujeres en el último año. Existe mayor maltrato técnico que declarado en los municipios de < 50.000 habitantes. A la vez que aumenta la proporción en mujeres residentes en municipios de 2.000 a 50.000.

del 9,5% en las que viven en municipios de 2.001 a 10.000 habitantes; en cuanto al maltrato en el último año, la prevalencia es del 1,2% entre las que residen en municipios de menos de 2.000 habitantes frente a una media del 3,0%, lo que revela el bajo porcentaje de declaración.

A través de entrevistas realizadas a mujeres residentes en el medio rural⁴¹ se pone de manifiesto la situación de aislamiento y el déficit de servicios sociales, el control social y la estigmatización de las mujeres que sufren este tipo de violencia, que condiciona su vida cotidiana y que a su vez ejerce una gran presión sobre ellas.

Se han considerado especialmente reveladores varios factores que influyen de manera significativa en el fenómeno de la violencia contra las mujeres y que caracterizan el medio rural:

- Edad. La población femenina de menos de 20 años es escasa⁴², existiendo una asimetría de sexos a favor de la población masculina. Esta relación se invierte a partir de los 60 años. (MAPA 2006).
- Economía y empleo. La economía del medio rural es muy diversa dependiendo de las zonas geográficas. En todos los casos, la presencia de las mujeres en ella está invisibilizada, el mercado de trabajo es precario, y la actividad económica de muchas mujeres es irregular.
- Control de la comunidad y relaciones de género. Se trata de una sociedad culturalmente más tradicional. Prácticamente en todos los municipios, sobre todo los más pequeños, existe una masculinización de la población y el patriarcado se manifiesta claramente en las costumbres culturales y las tradiciones. La forma de cohabitación aceptada y mayoritaria es el matrimonio celebrado en ceremonia religiosa. Este control de la comunidad condiciona la presentación de denuncias y dar a conocer la situación de maltrato.

⁴¹ Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. Violencia de género en los pequeños municipios del Estado Español. Pg. 61-70. 2009

⁴² Luis Camarero, Rosario Sampedro. ¿Por qué se van las mujeres? El continuum de movilidad como hipótesis explicativa de la masculinización rural. Revista Española de Investigaciones Sociológicas (Reis).N.º 124, 2008, pp. 73-105.

Actuación con mujeres en situación de vulnerabilidad

- Ubicación geográfica y el aislamiento⁴³. La cercanía de los recursos es garantía de accesibilidad. El hecho de que los servicios estén alejados es un factor que añade dificultades porque las mujeres no tienen las mismas posibilidades de acceder a ellos.
- Infraestructuras. En los municipios pequeños existen menos recursos e infraestructuras, esto implica una menor accesibilidad a recursos sociales, sanitarios, de protección, económicos, de formación, laborales, de información y comunicación, de ocio y cultura, etc.
- Déficit de medios de comunicación y de transporte⁴⁴. La proporción de mujeres con vehículo propio es muy diferente a la de los hombres y los servicios públicos de transporte desde los núcleos rurales a los servicios provinciales o interurbanos en los pequeños municipios son insuficientes, especialmente en núcleos de población dispersos o pedanías. A veces es ocasional (por ejemplo un autobús que llega tres veces por semana o una vez al día), o no hay taxis rurales.
- Información y canales informativos. Las mujeres expresan⁴⁵ que el material escrito que reciben no muestra la realidad de los municipios pequeños ni en su contenido, ni en sus imágenes y no se sienten identificadas. En cuanto al uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación existe una brecha generacional (menores y mayores de 45 años).

La lucha contra la violencia de género se fundamenta en el trabajo realizado por aquellos organismos con competencias y recursos en el ámbito rural, principalmente la guardia civil, los centros de acción social y los centros de salud que también constituyen una herramienta importante.

En general no existe una visión estratégica sobre el fenómeno de la violencia y, en consecuencia, se actúa de manera puntual y sobre todo para atender emergencias. Hay pocas iniciativas para la prevención, la detección y la recuperación de las mujeres. En aquellos municipios donde hay una política local activa en materia de igualdad o de violencia, se favorece la integralidad.

⁴³ Junta de Andalucía Aproximación a la realidad de mujeres y hombres en Andalucía. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. 2010

⁴⁴ Vergel Sastre, Noelia. "LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL MEDIO RURAL", trabajo Fin de Máster en el marco del P.O.P. en "Estudios de Género y Políticas de Igualdad. Máster en Estudios Interdisciplinares de Género". Facultad de Derecho. Salamanca, 2009

⁴⁵ Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad Violencia de género en los pequeños municipios del Estado Español. Pg. 71-81. 2009

El recurso ideal definido por las mujeres, con independencia del tamaño del municipio, tendría las siguientes características:

- Discreto, donde ni el maltratador ni el resto del pueblo pueda asociarlo con la violencia.
- Atendido por mujeres.
- Que mantenga el anonimato.
- Cercano en el trato, orientado a la escucha, acogedor y afectivo.
- Que asesore sobre las decisiones a tomar, sin presionar respecto a la denuncia.
- Preferiblemente a cargo de alguien no originario del pueblo.
- Que disponga de servicios de ayuda para las mujeres, hijos e hijas, sobre todo ayuda psicológica.

El personal de centros de salud o consultorios, guardia civil, policía local, y servicios sociales, así como concejales o alcaldes, hacen referencia⁴⁶ a que con bastante frecuencia la detección de la violencia en los municipios pequeños por parte de las y los profesionales se produce por medio de vías y canales de información informales, propios de una comunidad rural: los rumores y las habladurías. Además, la influencia del qué dirán, el evitar ser comentario público y sentir que su familia puede sufrir, son factores que condicionan el reconocimiento y petición de ayuda ante una situación de maltrato.

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

⁴⁶ Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad Violencia de género en los pequeños municipios del Estado Español.. pg. 82-96. 2009

Recomendaciones

Las necesidades específicas de estas mujeres son multidimensionales y las actuaciones ante la violencia de género⁴⁷ deben adaptarse a la realidad del medio en el que viven, por ello, **además de seguir las pautas establecidas en este protocolo**, desde los servicios sanitarios y conjuntamente con profesionales a nivel local (concejalías, policía local, guardia civil, asociaciones, etc.), en las comisiones intersectoriales locales, habrá que:

- **Establecer zonas de atención prioritarias** que den cobertura a la escasez de recursos de los núcleos más pequeños.
- **Garantizar el respeto por la intimidad de la víctima** en cuanto a la atención y mantenimiento de su anonimato. La privacidad está relacionada sobre todo con una garantía de seguridad de la mujer y también es una condición para la utilización del servicio.
- **Elaborar y difundir un mapa de recursos y un programa de actuación local** que articule la intervención de todas las instituciones y profesionales, que contemple los horarios y coberturas temporo-espaciales (ubicación, lejanía de los recursos, medios de transporte y horarios).
- **Implicación de todos los y las profesionales a nivel local** (del ayuntamiento, fuerzas y cuerpos de seguridad, servicios sociales y servicios sanitarios), encaminada a prestar una atención bien coordinada a las víctimas de violencia de género.
- **Mejorar la protección, atención y seguridad de las mujeres, atendiendo a sus niveles de riesgo**. Esto incrementa la seguridad subjetiva al encontrar en su zona una respuesta institucional eficaz.
- **Designación de personas de referencia a lo largo del proceso** de orientación, atención y recuperación que evite la victimización de la mujer y aumente la eficacia del proceso.

⁴⁷ Plan autonómico de Prevención y Protección contra la violencia de género en el medio rural de Castilla y León. 2009

Junta de Castilla y León Protocolo de actuación profesional para casos de violencia de género en el medio rural de Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. 2009.

Generalitat de Catalunya. Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya Document operatiu de maltractament a la gent gran. 2010.. Departament de Salut

Instituto de la Mujer de la Región de Murcia. Protocolo Regional de Prevención y Detección de violencia en la mujer mayor de 65 años. 2010.

- **Adaptar el material divulgativo al medio rural** para que las mujeres se sientan más identificadas.
- **Derivar a los centros y servicios de atención del IAM** más cercanos para prestar asesoramiento sobre inserción sociolaboral, ayudas y recursos económicos y asistenciales (capítulo X. Guía de recursos).
- **Implicar a las asociaciones de los pueblos** en la lucha contra la violencia de género, proporcionando cauces de encuentro e intercambio con los y las profesionales. Sólo con la implicación de todo el tejido social (asociaciones de mujeres, asociaciones de pensionistas, cofradías, hermandades, profesionales de la educación, de la sanidad, centros de desarrollo rural, sindicatos agrarios, etc.), se puede llegar a erradicar este problema.
- **Sensibilización de la población rural** mediante la organización de actos en los que participen los y las profesionales que trabajan en este campo con el fin de que se reconozcan los procesos violentos desde su fase de inicio así como los recursos disponibles en la zona.
- **Fomentar el uso de los medios telemáticos y de la accesibilidad a ellos** en los pequeños municipios.
- **Creación y mantenimiento de comisiones de participación de los servicios de salud.** Las mesas o comisiones técnicas de salud mejoran la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y la continuidad asistencial.
- **Participación en mesas o comisiones técnicas intersectoriales,** para facilitar la coordinación entre los diferentes organismos y mejorar la atención a las mujeres, junto a profesionales de las fuerzas y cuerpos de seguridad, medicina legal, fiscalía, juzgados, servicios sociales y organismos de igualdad, educación o asociaciones. Formalizar un procedimiento de atención y comunicarlo a todos los sectores implicados.

MUJERES MAYORES

Las mujeres mayores manifiestan⁴⁸ menos maltrato de género⁴⁹: el 6,7% de las mujeres mayores de 65 años dice haber sufrido este maltrato alguna vez en la vida frente a la media del 10,9% en el total de encuestadas; por otra parte, el 1,4% de las mujeres mayores declara haber sufrido violencia ejercida por parte de su pareja o expareja en el último año.

En las mujeres mayores pueden confluír factores que aumentan la vulnerabilidad a la violencia de género, conllevan una mayor dependencia y dificultan las posibilidades de poner fin a una relación de maltrato⁵⁰. Entre estos factores está:

- En general el trabajo de las mujeres mayores está asociado a ser amas de casa y suelen depender económicamente del marido.
- Se trata de un mundo de tradiciones sexistas y de valores religiosos del matrimonio⁵¹ en relación a su ruptura y la forma de cohabitación. La forma de cohabitación aceptada y mayoritaria es el matrimonio celebrado en ceremonia religiosa. A su vez, en ellas tienen un peso considerable las opiniones y creencias compartidas por la mayoría de la comunidad frente a las opiniones y creencias individuales, por ello la influencia del qué dirán es muy patente. Esto dificulta la presentación de denuncias y el dar a conocer la situación de maltrato.
- Las creencias religiosas también influyen. El mayor número de mujeres que practican una religión se da en mayores de 55 años y sobre todo en aquellas de más de 65; así como en las residentes en municipios de menos de 10.000 habitantes.
- En el medio rural en las localidades con menos de 1.000 habitantes el 35,2% de las mujeres han cumplido los 65 años, y en los pueblos de 1.000 a 5.000 este grupo supone el 24,6% de la población femenina⁵².
- Existe una brecha generacional entre menores y mayores de 45 años en el uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación⁵³. Esto impide el acceso a ellas

⁴⁸ Macroencuesta de Violencia de Género, 2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1329745747_macroencuesta2011_principales_resultad os-1.pdf.

⁴⁹ Macroencuesta de Violencia de Género, 2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1329745747_macroencuesta2011_principales_resultad os-1.pdf.

⁵⁰ Ministerio de Igualdad y la Federación Española de Municipios y Provincias. Violencia de género en los pequeños municipios del Estado Español.. 2009..

⁵¹Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Informe sobre las mujeres mayores en España . pg.38-44.2011.

⁵² Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. 2006

(por ejemplo la telefonía móvil o internet) e implica menos oportunidades de acceso a la información y a los recursos de atención y menos oportunidades de empoderamiento.

- Proporción de mujeres mayores de 60 años con vehículo propio muy inferior a la de los hombres. En el medio rural este problema se agrava ya que los servicios de transporte públicos desde los núcleos rurales a los servicios provinciales o interurbanos son insuficientes.

Estas circunstancias impiden que las mujeres se planteen como posibilidad la separación de la pareja y el inicio de una vida independiente. Las mujeres que llegan a la vejez con un importante deterioro en la salud o alguna discapacidad que disminuye su autonomía personal, tienen mayor riesgo de sufrir maltrato o de que aumente la intensidad y gravedad del que ya venían sufriendo.

Recomendaciones

Las necesidades específicas de estas mujeres son multidimensionales, por lo que se requieren intervenciones que tengan en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Para ello es necesaria la implicación activa de todo el personal de los servicios sanitarios desde un modelo de atención integral.

Las actuaciones ante la violencia de género deben adaptarse a la realidad de las mujeres⁵⁴, por ello, **además de seguir las pautas establecidas en este protocolo** habrá que:

- **Instaurar una pregunta rutinaria** (general o bien si existen indicios) acerca de la situación con su pareja, garantizando el respeto a la intimidad y mantenimiento del anonimato.
- **Designar a personas de referencia a lo largo del proceso** de orientación, atención y recuperación para aumentar la eficacia, que ofrezcan apoyo, protección y seguridad.

⁵³ Junta de Andalucía Aproximación a la realidad de mujeres y hombres en Andalucía 2010. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social

⁵⁴ Instituto de la Mujer de la Región de Murcia. Protocolo Regional de Prevención y Detección de violencia en la mujer mayor de 65 años. 2010.

Junta de Castilla y León. Protocolo de Actuación Profesional para casos de violencia de género en el medio rural de Castilla y León. 2009

Actuación con mujeres en situación de vulnerabilidad

- **Implicar a las asociaciones** (asociaciones de mujeres, asociaciones de pensionistas, cofradías, hermandades, asociaciones de jubilados y jubiladas, imserso, etc.) en la lucha contra la violencia de género, proporcionando cauces de encuentro e intercambio con profesionales ante la violencia de género.
- **Sensibilizar a la población mayor** sobre la violencia de género (asociaciones de jubilados, imserso, etc.) mediante la organización de actos en los que participen profesionales que trabajan en este campo.
- **Potenciar el servicio de Teleasistencia Móvil (TAM)** agilizando los trámites para su acceso a través de las y los trabajadores sociales correspondientes.
- **Fomentar el uso de los medios telemáticos** y la accesibilidad a ellos.
- **Creación y mantenimiento de comisiones de participación.** La coordinación de las actuaciones se organiza a través de mesas o comisiones técnicas de salud, que mejoran la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.
- **Participación en mesas o comisiones técnicas intersectoriales,** para facilitar la coordinación entre los diferentes organismos, con profesionales de los ámbitos de las fuerzas y cuerpos de seguridad, fiscalía, juzgados, servicios sociales y organismos de igualdad, dependencia, educación, asociaciones.

MUJERES CON DISCAPACIDAD

Este apartado está dirigido a visibilizar la violencia ejercida por las parejas o exparejas de las mujeres con discapacidad, las formas específicas en que se manifiesta y los factores que añaden dificultad al reconocimiento del mismo y a la toma de decisiones por parte de las mujeres. El punto de partida ha sido la revisión de la literatura científica en una materia de reciente reconocimiento internacional. No en vano hasta hace muy poco la violencia hacia las personas con discapacidad quedaba invisibilizada.⁵⁵

La literatura científica localizada, todavía escasa, se centra fundamentalmente en la violencia sufrida por mujeres con discapacidad física y en todo caso sensorial. Ello no es óbice para que no se reconozca la violencia sufrida por mujeres con otros tipos de discapacidad, como la discapacidad intelectual y la enfermedad mental.

El primer paso para acercarse a este problema social es entender qué es la discapacidad. La discapacidad se configura como un constructo que engloba un conjunto de realidades diversas en función de los tipos de discapacidad (física, orgánica, sensorial, intelectual y por enfermedad mental), género, grado de discapacidad, y carácter congénito o adquirido. Otros factores que influyen en cómo se vivencia la discapacidad son la visibilidad o no de la discapacidad y variables sociodemográficas como el estatus socio-económico y el nivel educativo.

Dentro de los modelos de interpretación de la discapacidad, todavía hoy conviven el modelo biomédico, que se focaliza en los factores que originan la discapacidad, siendo su tratamiento fundamentalmente médico y orientado a la rehabilitación, con el modelo social, que reconoce que la discriminación que sufren tiene origen en el fracaso de la sociedad para adaptarse a la diversidad, y en el derecho de las personas con discapacidad a vivenciar su vida conforme a su diversidad, capacidades y potencialidades, sin la presión de tener que adaptarse constantemente a lo que la sociedad considera estándar o normal.

⁵⁵ En el año 2002, la OMS publica el informe mundial sobre la violencia y la salud, donde se dedican capítulos específicos a colectivos como jóvenes, menores, personas mayores y violencia contra la pareja. La violencia contra las personas con discapacidad no queda reflejada en dicho informe. No obstante, existe una progresiva concienciación de la especial vulnerabilidad de las personas con discapacidad a sufrir violencia. En el año 2012 se publica en *The Lancet* dos revisiones sistemáticas sobre la prevalencia y riesgo de violencia contra niños y adultos con discapacidad, respectivamente, llevadas a cabo por la OMS y The Liverpool John Moores University's Centre for Public Health.

Hughes, K et al. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*, Volume 379, Issue 9826, Pages 1621 - 1629, 28 April 2012.

Jones, L et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*, Volume 380, Issue 9845, Pages 899 - 907, 8 September 2012.

Actuación con mujeres en situación de vulnerabilidad

Aunque a nivel internacional existe el reconocimiento de la discapacidad como un hecho social⁵⁶, todavía convive en el inconsciente colectivo el modelo biomédico, que aunque útil y necesario en cuanto al tratamiento, corre el riesgo de acentuar las “deficiencias” invisibilizando las capacidades y potencialidades. Los y las profesionales de salud deben cuidarse de no caer en estereotipos y prejuicios y valorar a la persona en su integralidad, evitando que la silla de ruedas, las dificultades en el habla, las diversas formas de captar la realidad tanto a través de los sentidos como de la cognición, sean los únicos rasgos que las definan.

En el caso de mujeres con discapacidad, se produce una interacción entre la condición de ser mujer y la condición de tener discapacidad, cuyo resultado no es la suma de los factores, si no una nueva forma de discriminación (interseccionalidad)⁵⁷, que las posiciona en una situación de mayor vulnerabilidad aún.

Una mujer con discapacidad es ante todo una MUJER

Tener una discapacidad debe de considerarse como una circunstancia que califica al hecho de ser mujer y no viceversa.

Otro rasgo distintivo que las hace más vulnerables a sufrir maltrato y las limita en la toma de decisiones posteriores, es la peor accesibilidad a la educación y al empleo si las comparamos con el resto de las mujeres, pero también respecto a los hombres con discapacidad⁵⁸.

En cuanto a la prevalencia de violencia por parte de la pareja, investigaciones en el ámbito anglosajón ponen de manifiesto la mayor vulnerabilidad de las mujeres con discapacidad a sufrir violencia por parte de su pareja. En Canadá, Brownridge (2006)⁵⁹, encontró que las mujeres con discapacidad informaron de mayor prevalencia de maltrato por parte de su

⁵⁶ La propia OMS a través de la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud) entiende el funcionamiento y la discapacidad como una interacción dinámica entre las condiciones de salud y los factores contextuales, tanto personales como ambientales. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

⁵⁷ Interseccionalidad: describe situaciones donde las personas pueden ser sujetos de varios factores de discriminación, cuyo resultado no es la suma de los efectos de las variables discriminadoras por separado sino una nueva forma de discriminación que adquiere un carácter específico.

⁵⁸ Según la Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, (EDAD, 2008) el 20.89% de las mujeres con discapacidad no sabe leer o escribir frente al 10.43% de hombres con discapacidad. La tasa de paro en las mujeres con discapacidad es de 32.2% frente al 21.9% en el caso de los hombres con discapacidad. <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?jsessionid=BBC7C64324FB622FAFB69B0130F4BA4F.jaxi01?type=pcaxis&path=/t15/p418&file=inebase&L=0>

⁵⁹ Brownridge, Da. Partner Violence against Women with Disabilities: Prevalence, Risk, and Explanations. Violence Against Women 2006; 12:805

pareja o expareja en un año, respecto de las mujeres sin discapacidad, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa. En cambio cuando se amplió el periodo a los cinco años anteriores a la entrevista las diferencias sí fueron estadísticamente significativas. Además se encontró que las mujeres con discapacidad eran particularmente vulnerables a actos severos de violencia.

Barret et al (2008)⁶⁰ en una investigación llevada a cabo en EEUU hallaron que dentro del grupo de mujeres con discapacidad el 33,2% informaron haber sufrido alguna vez violencia por parte de su pareja. Esto era significativamente mayor respecto al grupo de mujeres sin discapacidad. Dentro del grupo de mujeres con discapacidad, la cuarta parte informó experimentar amenazas o violencia física de facto. El 16% informaron experimentar sexo no deseado con su pareja. Estas prevalencias para tipos específicos de violencia fueron significativamente mayores que las vistas en mujeres sin discapacidad.

En nuestro entorno, Del Río Ferres et al (2013)⁶¹, estudiaron la prevalencia de violencia de género en un año y a lo largo de la vida en un grupo de mujeres con discapacidad física y visual de la ciudad de Granada y sus alrededores, con un rango de edad entre los 19 a los 78 años. Los resultados mostraron una mayor prevalencia en la muestra estudiada respecto a la población general de mujeres en España.

En el estudio de Mirta, M et al. (2012)⁶², se describió la prevalencia del maltrato físico por parte de la pareja antes y durante el embarazo en una muestra representativa de Massachusetts (EEUU) de mujeres con y sin discapacidad. La prevalencia durante los 12 meses anteriores al embarazo fue de un 13,6% entre las mujeres con discapacidad frente a un 2,8% en el resto de las mujeres y durante el embarazo fue de un 8,1% en las mujeres con discapacidad frente al 2,3% en mujeres sin discapacidad.

En nuestro ámbito no existe información relacionada con las mujeres con discapacidad en las Macroencuestas realizadas en España en los años 1999 y 2002. En cambio, en la de 2006⁶³ se preguntó a las mujeres si tenían algún tipo de discapacidad, y en la del 2011⁶⁴ si

⁶⁰ Barret K et al. Intimate Partner Violence, Health Status, and Health Care access among Women with Disabilities. *Women's Health Issues* 19 (2009) 94-100.

⁶¹ Del Río Ferres, Eva et al. Gender- based violence against women with visual and physical disabilities. *Psicothema* 2013, Vol. 25, N°. 1,67-72

⁶² Mitra, M et al. Physical Abuse around the Time of Pregnancy among Women with Disability. *Matern Child Health J* (2012) 16:802-806

⁶³III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres. Informe de resultados Abril 2006. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <http://www.usc.es/export/sites/default/gl/servizos/oix/descargas/IIImacroencuesta.2006.IM.pdf>.

Actuación con mujeres en situación de vulnerabilidad

tenían algún problema crónico o físico, alguna enfermedad o discapacidad que les impidiese realizar sus actividades diarias. El 5,1% de las mujeres encuestadas en 2006 expresaron que tenían algún tipo de discapacidad. En el año 2011, el 4,2% de las encuestadas manifestaron que sufrían un problema grave y el 15,6% que padecían en cierta medida un problema, enfermedad o discapacidad que les impedía realizar sus actividades diarias.

En el año 2006 la prevalencia del maltrato de género declarado por las mujeres con discapacidad resultaba ser muy superior a la media de mujeres encuestadas: el 10,1% de las que sufrían algún tipo de discapacidad manifestó haber sufrido violencia alguna vez en la vida frente al 6,1% de las mujeres sin discapacidad, y el 4,3% manifestó haberlo sufrido en el último año frente al 1,9% de las que no tenían discapacidad.

Según la Macroencuesta de 2011, la prevalencia de la violencia de género es más elevada entre las mujeres que indican que tienen problemas graves para llevar a cabo sus actividades diarias (18,8%) y entre las que tienen problemas en cierta medida (11,5%) frente a las que no tienen problemas (10,3%). Cabe indicar también que el 5,9% de las mujeres que tienen problemas graves están sufriendo maltrato en el último año frente a la media de mujeres encuestadas del 3,0%.

Formas específicas de la violencia hacia las mujeres con discapacidad

Hassouneh- Philips, D⁶⁵ en una investigación cualitativa analiza el maltrato hacia las mujeres con discapacidad física. En dicha investigación se tabulan las formas específicas de maltrato cuando la víctima es una mujer con discapacidad. En la tabla 6 están indicadas estas formas de violencia. En la tabla 6 se muestran de manera esquemática.

⁶⁴ Macroencuesta de Violencia de Género, 2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1329745747_macroencuesa2011_principales_resultados-1.pdf

⁶⁵ Hassouneh- Philips, D. Understanding Abuse of Women With Physical Disabilities. An Overview of the Abuse Pathways Model. *Advances in Nursing Science*. Vol.28, N° 1, pp 70-80.

Tabla 6. Formas de violencia contra las mujeres con discapacidad.

FORMAS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD	
Abuso relacionado con el cuidado	<p>Coerción:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sobremedicación o retraso de la medicación para obtener docilidad. - Impedir el acceso a las ayudas técnicas o teléfono durante las actividades de cuidados. Ignorar o excederse en el cuidado: - Dirigir el cuidado de una mujer en contra de su voluntad. - Rehusar a proveer cuidado personal esencial. - Deshumanización. <p>Poner en situación de peligro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidadores que no realizan las tareas de cuidado (con intención). - Cuidadores que aparecen más tarde para las tareas de cuidado (con intención). - Cuidadores que no hacen un buen trabajo (con intención). - Heridas en las transferencias o caídas (con intención). - Cuidadores que están bebidos en el trabajo. - Abandono o irse del trabajo. <p>Invasión la intimidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Invasión de la privacidad. - Criticar / cotillear. - Negarse a dejarla sola. <p>Herir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sostener con fuerza (con intención)/ examen físico forzoso. - Proveer alcohol o drogas a mujeres con discapacidad física menores de 18 años. - Tocamientos impropios durante el baño, vestido u otras actividades de cuidado.
Abuso relacionado con la discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> - Culparla por su discapacidad. - Amenazar o tomar el control, dañar, destruir o apartar las ayudas técnicas, como las sillas de ruedas.
Abuso psicológico	<ul style="list-style-type: none"> - Amenazas / intimidación / acoso (p. ej. destrucción de sus propiedades, llamadas de teléfono no deseadas repetidamente, amenazas de hacerle daño a ella, a sus hijos e hijas o a animales de compañía). - Gritos/ abuso verbal/ humillación /degradación.
Abuso físico y sexual	<ul style="list-style-type: none"> - Asalto físico de cualquier tipo. - Sexo forzado. - Tocamientos sexuales no deseados. - Abuso sexual de tipo psicológico (p.ej. uso de lenguaje obsceno, gestos o insinuaciones, exposición a masturbación, etc.). - Explotación sexual.
Abuso financiero	<ul style="list-style-type: none"> - Robos de dinero, pertenencias, objetos del hogar, medicación, identidad, etc. - Impedirle trabajar o ir a la escuela. - Manejar su dinero o sus finanzas en contra de su deseo.

Factores de riesgo en las mujeres con discapacidad

La OMS, en el Informe Mundial sobre la violencia y la salud (Dahlberg y Krug, 2002) introduce el modelo ecológico de la violencia, que permite analizar los factores de riesgo para sufrir violencia en diversas esferas⁶⁶: esfera **individual**, que comprenden factores biológicos y antecedentes personales; esfera **relacional**, referida a las relaciones en el círculo social más estrecho; la esfera **comunitaria** (escuelas, lugares de trabajo, etc) y esfera **social** (los sistemas culturales y normas sociales que crean tensiones entre los grupos).

FIGURA 1
El modelo ecológico



Los factores de riesgo encontrados en la literatura se podrían encuadrar en estas esferas

ESFERA INDIVIDUAL
<ul style="list-style-type: none">- Dificultades para defenderse.- Más dificultades de acceso al trabajo y educación y por tanto dependencia económica.- Polidiscapacidad.- Dificultades para la comunicación (fundamentalmente en la discapacidad intelectual y sensorial).- Baja autoestima tras desvalorización social a causa de la discapacidad.- Antecedentes de maltrato en la infancia.⁶⁷- Sobreprotección familiar.- Proceso de elaboración de la nueva situación vital cuando la discapacidad es adquirida.

⁶⁶ OMS. Prevención de la Violencia Sexual y Violencia inflingida por la pareja contra las mujeres. Qué hacer y cómo obtener evidencias., 2011

⁶⁷Hassouneh- Philips, encuentra como factor de riesgo la historia de vida acumulativa de trauma y vulnerabilidad psico-social: pobres relaciones parentales, maltrato infantil previo al abuso por parte de compañero íntimo, alcohol y abuso de drogas. Individualmente o colectivamente, estos factores determinan la autoestima y la toma de decisiones de las mujeres con discapacidad, disminuyendo su habilidad para protegerlas de los abusadores. Hassouneh- Philips, D. Understanding Abuse of Women With Physical Disabilities. An Overview of the Abuse Pathways Model. Advances in Nursing Science. Vol.28, N° 1,pp 70-80.

ESFERA RELACIONAL

- Dependencia para los cuidados o para otras actividades como el ocio o transporte ⁶⁸
- Influencia de la devaluación social de la discapacidad sobre las relaciones de pareja⁶⁹

ESFERA COMUNITARIA

- Barreras arquitectónicas
- Falta de credibilidad a la hora de denunciar
- Menor acceso a la información, asesoramiento y a los recursos de forma autónoma
- Falta de formación en los profesionales para detectar y abordar casos de maltrato hacia las mujeres con discapacidad y sobre los recursos existentes.

ESFERA SOCIAL

- Normas sociales que mantienen las desigualdades entre hombres y mujeres
- Los estereotipos y prejuicios hacia las mujeres con discapacidad.

Efectos específicos del maltrato sobre las mujeres con discapacidad

Debido a que las mujeres con discapacidad pueden tener un estado de salud más deficitario, las consecuencias del maltrato tienen un mayor impacto en su funcionalidad y salud, por lo que es necesario prestar atención a las consecuencias de los efectos interactivos entre el abuso y discapacidad.

⁶⁸ Carman Copel, Linda, en su investigación relata como algunas mujeres con discapacidad se referían a su dependencia del compañero íntimo para cubrir sus necesidades de salud, sociales, de transporte y necesidades familiares, factor éste que dificultaba la ruptura de la pareja. Carman Copel, Linda. Partner Abuse in Physically Disabled Women: A proposed Model for Understanding Intimate Partner Violence. Perspectives in Psychiatric Care. Vol.42, N° 2, Mayo, 2006.

⁶⁹ En este mismo orden de cosas, Carman Copel, halló que las mujeres con discapacidad tenían el sentimiento de que el hecho de ser percibidas como físicamente “diferentes de “o “menos que otras mujeres”, hacía que el compañero íntimo no tuviera motivos para sentir remordimientos ante las agresiones. De acuerdo con las mujeres, la visión predominante de sus parejas era que ellas estaban físicamente “dañadas” y por lo tanto incapaces de cumplir con las necesidades maritales o las relaciones de pareja. Otras, cuando la discapacidad era adquirida, pensaban que sus compañeros sentían nostalgia de los tiempos en que ellas no tenían discapacidad. Así mismo, se sentían culpables por el hecho de que sus parejas sufrieran las consecuencias de su discapacidad.

Recomendaciones

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

Aunque nos podemos encontrar con realidades diversas y modelos sociales en transición⁷⁰, la fotografía de las mujeres con discapacidad ha estado caracterizada por la imagen social de una mujer que no conforma el rol reproductivo. Las dificultades para caminar, la presencia de cualquier defecto físico, limitaciones sensoriales etc., las ha definido socialmente como mujeres sin acceso a la vida en pareja y consiguiente repercusiones en su autoconcepto y autoestima.

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

- **Realizar un doble esfuerzo en la identificación de estos casos**, tanto en la consulta como en la atención domiciliaria. Si ya resulta difícil identificar situaciones de maltrato cuando una mujer sin discapacidad no lo verbaliza o no presenta lesiones, en el caso de estas mujeres la dificultad se acrecienta debido a los factores de riesgo ya descritos y a las formas específicas en que el maltrato se puede manifestar. Huir de los estereotipos sociales e indagar siempre en la existencia de maltrato, si la mujer tiene o ha tenido pareja, independientemente del tipo y grado de discapacidad.
- Utilizar las estrategias descritas en el anexo 17 de este protocolo, dependiendo del tipo de discapacidad, para mejorar la comunicación con ellas.
- **No escatimar el tiempo** ante la presencia de una mujer con discapacidad.
- **Incidir en los factores que dificultan el reconocimiento del maltrato por parte de las mujeres con discapacidad** y la toma de decisiones para la ruptura y denuncia, factores que habrá que tener en cuenta en el trabajo de acompañamiento que se realice. Algunas justificaciones que ellas mismas refieren pueden ser:
 - *Es un buen marido, me ayuda en todo lo que puede, teniendo en cuenta mi discapacidad.*
 - *Le tengo que estar agradecida por estar conmigo, a pesar de mi discapacidad.*

⁷⁰ Hablamos de modelos sociales en transición ya que no todas las mujeres con discapacidad han sufrido estas dificultades. Aunque el retrato mayoritario es el que se describe más arriba, existen investigaciones que manifiestan la resiliencia desarrollada por algunas mujeres con discapacidad, al tener que enfrentar la adversidad desde edades tempranas.

- *Si yo no tuviese discapacidad la cena hubiese estado a tiempo...*
- En la **valoración de la fase de cambio** en la que se encuentran, aparte de los aspectos comunes a todas las mujeres **habrá que tener en cuenta las particularidades propias del maltrato hacia ellas.**
- **La intervención con las mujeres con discapacidad exige un trabajo individualizado**, tras una evaluación integral. No obstante, siempre habrá que tener en cuenta que una mujer con discapacidad es ante todo una MUJER. El hecho de tener una discapacidad debe considerarse como una circunstancia que califica al hecho de ser mujer y no viceversa, evitando actitudes paternalistas y los estereotipos acerca de ellas.
- **Las y los profesionales de trabajo social pueden ser de gran ayuda** por su conocimiento de los recursos dirigidos hacia las personas con discapacidad, así como los de la enfermería de gestión de casos, por la posibilidad de captar casos en la visita domiciliaria.
- Cuando se considere necesario, impulsar su incorporación a los GRUSE-M.

Cómo preguntar. *Ejemplos de preguntas en casos de sospecha, dirigidas a detectar los tipos específicos de violencia inflingidos a las mujeres con discapacidad:*

- Se sabe que cuando hay algún tipo de discapacidad nos hacemos más vulnerables a los abusos y violencia:
 - *¿Le pasa a usted eso?*
 - *¿Cómo es la relación con su pareja?*
 - *¿Toma usted las decisiones sobre cuestiones importantes de su vida cotidiana? ¿Dónde ir, qué ponerse, cómo gastar su dinero?*
 - *¿Le hace sentir culpable por su discapacidad?, ¿le descalifica o le insulta?*
 - *¿Le impide el acceso a la silla de ruedas o cualquier ayuda técnica que sea necesaria para su desenvolvimiento?*
 - *¿Le amenaza con que le va a quitar a sus hijos e hijas por causa de su discapacidad?*

Si la discapacidad ha sido adquirida recientemente:

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

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

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

MUJERES INMIGRANTES

De acuerdo con lo manifestado en la Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres del año 2006, las mujeres extranjeras declaran ser víctimas de violencia de género en mayor proporción que el resto de mujeres:

- El 12,1% de las mujeres extranjeras declaran haber sido maltratadas por su pareja o ex pareja alguna vez en la vida, frente a una media del 6,0% de maltrato declarado por las mujeres españolas.
- El 4,8% de las mujeres extranjeras declaran haber sido maltratadas por su pareja o ex pareja en el último año, frente a una media del 2% en las españolas.

Las cifras de la violencia de género en la población extranjera han seguido una evolución creciente durante estos últimos años, circunstancia que tiene su origen en los siguientes elementos:

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

En segundo lugar, las especiales circunstancias en las que se encuentran en muchas ocasiones, ya sea por la carencia de redes de parentesco o amistad en España o por depender de las de su agresor, originan una inseguridad y dificultad superior a la de las mujeres españolas a la hora de romper con la violencia.

Y en tercer término está el componente demográfico. El grupo de edad en que se recurre más a la violencia y a los homicidios, tanto en personas de España como del extranjero, es el comprendido entre los 20 y los 49 años, y mientras que este grupo en la población masculina española representa el 46,9%, en la extranjera es el 64,0%, circunstancia que indica que en la población extranjera hay más hombres en la edad que da lugar a más violencia contra la mujer, lo cual se traduce en una mayor incidencia de casos.

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

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

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

En este sentido, y a pesar de la limitada significación estadística de los datos de homicidios por violencia de género, cabe reseñar que el análisis recogido en el Informe de Evaluación de los tres primeros años de la L.O. 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género indica que mientras que las medidas desarrolladas por la ley han tenido una repercusión positiva en la población española, circunstancia que se observa en la disminución del porcentaje de víctimas españolas, que ha descendido desde el 77,1% en 2004 al 55,7% en 2008, el porcentaje de víctimas extranjeras en esos años ha pasado del 22,9% al 44,3%. Por su parte, en el mismo periodo, los agresores extranjeros han pasado de representar el 22,2% del total al 38,6%, 16,4 puntos más.

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

The background of the page features a close-up photograph of several hands being held together in a supportive, cupping gesture. The hands are light-skinned and appear to be of different ages or ethnicities. The lighting is soft and warm, creating a sense of care and connection. The hands are positioned in the center and right side of the frame, with the fingers interlaced or resting on each other. The overall tone is positive and nurturing.

VII. ACTUACIÓN SANITARIA CON MUJERES EN SITUACIONES ESPECIALES

VII. ACTUACIÓN SANITARIA CON MUJERES EN SITUACIONES ESPECIALES

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

MUJERES VÍCTIMAS DE TRATA CON FINES DE EXPLOTACIÓN SEXUAL

MUJERES QUE VIVEN EN SITUACIÓN DE PROSTITUCIÓN

En este capítulo se tratan situaciones especiales de violencia de género como son la práctica de la mutilación genital femenina (MGF), la sufrida por mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual y por mujeres que viven en situación de prostitución.

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

La mutilación genital (MGF) es una práctica que, de acuerdo con la legislación internacional y nacional, debe evitarse⁷¹.

En Andalucía hay zonas donde existe población de países en los que la mutilación genital femenina es una práctica habitual, y a la consulta sanitaria pueden llegar niñas en riesgo y mujeres que la han sufrido (anexo 18).

La MGF es un hecho altamente traumático, con profundas huellas emocionales y graves consecuencias en todos los ámbitos de la salud y para muchas mujeres mutiladas el estigma y la vergüenza son factores poderosos que pueden frenar o condicionar la búsqueda de ayuda. Además, tienen que enfrentar en ocasiones, la incertidumbre frente a la respuesta del personal sanitario ante este tipo de prácticas.

La MGF tiene consecuencias inmediatas y tardías para la salud. Hay un mayor riesgo de complicaciones durante el parto, necesitan con mayor frecuencia una cesárea, padecen con más frecuencia hemorragias post-partos, episiotomía, hospitalización prolongada, reanimación del RN (test de APGAR), mortalidad perinatal en niños y niñas nacidas de madres con mutilaciones tipos II y III y mortalidad materna.

La OMS ha publicado las siguientes recomendaciones⁷² para el personal sanitario:

- Tener en cuenta las diferencias entre los grupos de población dentro y fuera de las fronteras nacionales. Obtener información sobre el origen étnico u otras características del país de origen. Estos grupos pueden estar concentrados en algunas regiones geográficas de un país o se extienden a través de las fronteras nacionales.
- Buscar el cambio en las actitudes individuales sobre la mutilación, pero también abordar las expectativas en torno a la práctica dentro de los grupos sociales más amplios. Al tratarse de una práctica comunitaria el abordaje debe realizarse en comunidades enteras

⁷¹ Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica (Convenio de Estambul), 2014

⁷² Mutilación genital femenina y resultados obstétricos: estudio prospectivo en seis países africanos. Grupo de estudio de la OMS sobre la mutilación genital femenina y los resultados obstétricos. 2003

y estimular el debate en ellas, con la colaboración de ONG que ofrecen atención a inmigrantes (capítulo X. Guía de recursos).

- Encontrar formas de lograr que las actitudes ocultas que favorecen el abandono de la práctica sean más visibles. Pronunciamientos colectivos o declaraciones en contra de la mutilación son medios eficaces para transmitir el rechazo social a esta práctica.
- Aumentar la exposición a los grupos que no practican la mutilación. Donde la prevalencia y el apoyo a la mutilación sean muy altos, es crucial aumentar la exposición a los grupos que no la practican y realizar una tarea de concienciación sobre los beneficios resultantes. Los individuos pueden dar el testimonio de que las niñas que no han sufrido la práctica prosperan, y que sus familias no padecen consecuencias negativas.
- Aumentar la participación de los niños y los hombres en la erradicación de la mutilación/ablación y empoderar a las niñas. Facilitar la discusión del tema entre las parejas y sobre todo entre los hombres, que suelen tener un mayor poder en la comunidad. Las niñas y las mujeres más jóvenes tienden a apoyar menos que las mujeres mayores la continuación de la práctica, lo que sugiere la participación de estas jóvenes como importantes catalizadoras del cambio, por ejemplo a través de diálogos intergeneracionales.
- Promover el abandono de la mutilación y no defender una forma menos grave de la práctica, junto con la mejora de la situación de las niñas y de sus oportunidades.

Normativa española sobre mutilación genital femenina

En España la mutilación genital, en cualquiera de sus formas, es un delito de lesiones. El artículo 149.2 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (modificada por la Ley Orgánica 11/2003), dispone que “El que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de seis a 12 años. Si la víctima fuera menor o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de cuatro a 10 años, el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz.”.

La jurisdicción española es competente para perseguir la mutilación genital realizada tanto en territorio español, como fuera del territorio nacional (persecución extraterritorial). En este último caso, en virtud de lo previsto en el artículo 23.4 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial (modificada por la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo), la

Actuación sanitaria con mujeres en situaciones especiales

jurisdicción española es competente para conocer la mutilación genital realizada por españoles o extranjeros, fuera del territorio nacional, cuando el proceso penal se dirija contra un extranjero que resida habitualmente en España; cuando la MGF se hubiera practicado a una persona que, en el momento de su realización, tuviera nacionalidad española o residencia habitual en España, siempre que la persona a la que se impute la comisión del hecho delictivo (la MGF) se encuentre en España.

El plazo para poder perseguir penalmente este delito es de 15 años desde que se hubiera practicado la mutilación.

Como la mutilación genital femenina es un delito, ha de tenerse en cuenta lo dispuesto en el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal: “Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieran noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al tribunal competente, al juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratase de un delito flagrante”.

Asimismo, el artículo 355 de esta Ley menciona de modo explícito la obligación de las y los profesionales de la medicina en este sentido: “Si el hecho criminal que motive la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los médicos que asistieran al herido estarán obligados a dar parte de su estado”.

Por otra parte la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil indica en su artículo 12.1 que la protección del menor se realizará mediante la prevención y reparación de situaciones de riesgo, por el establecimiento de los servicios adecuados para tal fin, el ejercicio de la guarda, y, en los casos de desamparo, la asunción de la tutela por ministerio de la Ley. En el artículo 13 se indica “toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise.” Igualmente el artículo 14 establece la atención inmediata e indica: “Las autoridades y servicios públicos tienen obligación de prestar la atención inmediata que precise cualquier menor, de actuar si corresponde a su ámbito de competencias o de dar traslado en otro caso al órgano competente y de poner los hechos en conocimiento de los representantes legales del menor o, cuando sea necesario del Ministerio Fiscal”.

Puntos clave⁷³

- Es una práctica presente en la mayoría de las comunidades subsaharianas de inmigrantes.
- La MGF ocasiona problemas en la salud física, psíquica, sexual y reproductiva de las mujeres que la padecen.
- Los organismos internacionales consideran la MGF como una práctica que atenta contra los derechos humanos.
- En España, la MGF está tipificada como delito y penada con 6 a 12 años de cárcel, aunque se realice fuera de nuestro país.
- Es necesario un abordaje transcultural, respetuoso con los valores y las culturas de las comunidades inmigrantes.
- La intervención preventiva desde la atención primaria es posible, y evitaría las consecuencias físicas y psíquicas sobre las niñas y la desestructuración de las familias.

Recomendaciones

Las necesidades específicas de estas mujeres y niñas hacen que las actuaciones ante esta forma de violencia contra las mujeres deban adaptarse a su realidad cultural. Las mujeres que han sido objeto de mutilación genital necesitarán atención especial en el embarazo, en el parto y post-parto.

Respecto a la prevención de la MGF en niñas, las acciones deben realizarse⁷⁴ de manera individual en las familias de riesgo y conjuntamente con intervenciones en diversos ámbitos (social, comunitario, educativo y de salud). La prevención requiere un abordaje completo sin culpabilizar a la familia, tratando que sea ella la que abandone la práctica por convencimiento propio⁷⁵.

⁷³ Kaplan Marcusan A et al. Aten Primaria. 2006;38 (2):122-6. Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria ARTÍCULO ESPECIAL.

⁷⁴ Guía para profesionales. LA MGF EN ESPAÑA. Prevención e intervención". Unión de Asociaciones Familiares (UNAF). Ministerio de Trabajo e Inmigración. 2011.

⁷⁵ Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón. Gobierno de Aragón. 2011

Actuación sanitaria con mujeres en situaciones especiales

Los factores de riesgo a tener en cuenta están descritos en el anexo 18 de este documento y son:

- La etnia y el país de origen.
- Existencia de MGF previa en la familia (madre, hermanas y parientes).
- Grupo familiar practicante que tiene muy presente el mito del retorno al país de origen⁷⁶.

En España la MGF es un delito
El personal sanitario tiene la obligación legal de ponerla en conocimiento de la autoridad judicial

Las intervenciones dependerán de cada situación, así se deben hacer actividades preventivas generales y específicas y de atención especializada en mujeres que presentan MGF.

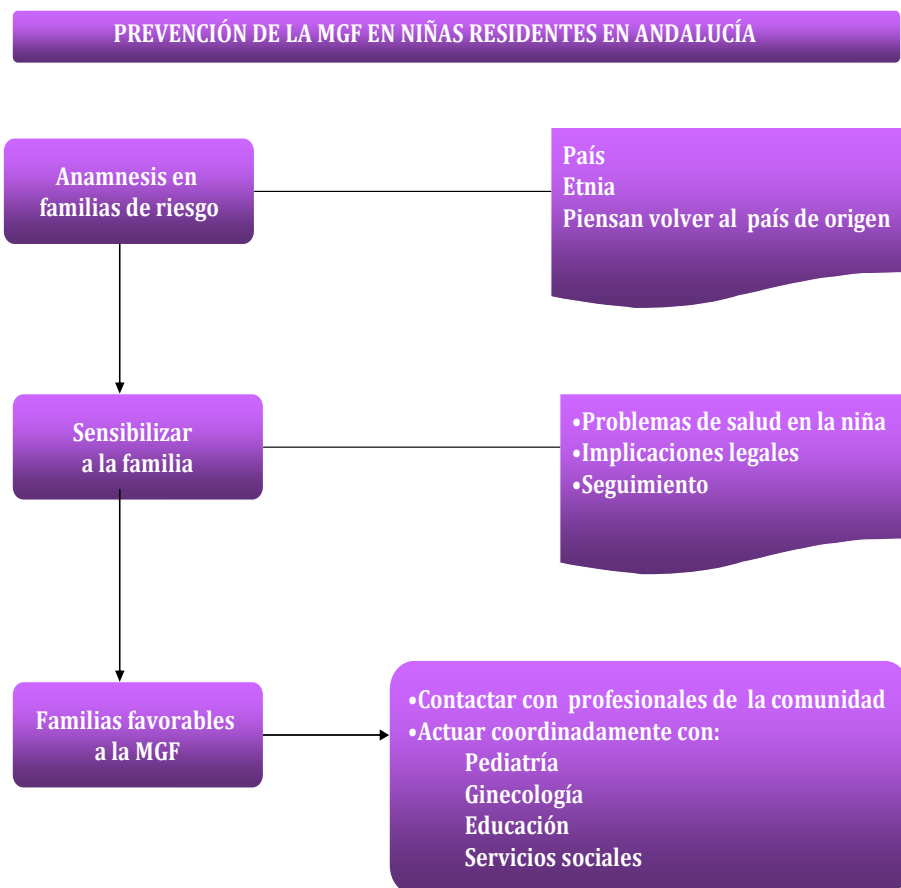
1.- Actividad general preventiva en Atención Primaria. Se trata de una estrategia a largo plazo. En ella se debe realizar:

- Establecimiento de vías de comunicación entre los servicios de Ginecología y Pediatría. Debe hacerse prevención sistemática en las revisiones del embarazo si va a nacer una niña y hacer constar en el Documento de Salud Infantil que la madre tiene realizada MGF.
- Prevención comunitaria. Se realizará una anamnesis completa a la familia, con registro en la historia clínica.
- Fomento de la buena salud de las niñas en las revisiones periódicas por parte de su pediatra, con información al padre y a la madre de los riesgos de salud que conlleva la práctica e informarles sobre los problemas que puede originar la MGF en el parto y salud futura de las hijas así como de las implicaciones jurídicas de esta práctica.
- Prevención oportunista por parte del personal de medicina y de enfermería de familia, cada vez que acudan a las consultas programadas por otras causas.

También debe hacerse en los centros de vacunaciones internacionales, si acuden para solicitar información sobre vacunaciones específicas antes de viajar al país de origen si pertenece a áreas donde es una práctica habitual.

⁷⁶ Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital Femenina. Generalitat de Catalunya. 2007

En el servicio de pediatría un viaje al país de origen debe ser un motivo de sospecha e igualmente se debe estar alerta ante problemas de salud relacionados con MGF previa. El circuito básico será:



2.- Situación de riesgo inminente

2.1.- Acción preventiva pre-viaje.

- Se identificará a las y a los profesionales relacionados con la niña y familia para actuar coordinadamente (profesorado, personal de trabajo social, de ONG de la zona, etc.)
- Se citará a la niña en consulta programada y realizar un control del estado de su salud física y psicológica. En ella también se informará al padre, madre o persona responsable de ella de los riesgos que conlleva la MGF y no defender una forma menos grave de la práctica y las implicaciones legales que tiene en nuestro país.

Actuación sanitaria con mujeres en situaciones especiales

- Se ofrecerá el documento «Compromiso de Prevención» (anexo 19) si se trata de una familia sensibilizada que se muestra contraria a la MGF. En este compromiso se explican las consecuencias legales que dicha práctica puede acarrear a los padres y a la niña en el momento del retorno a España. Dicho documento puede servir también para ser esgrimido por el padre o la madre como elemento de apoyo a la decisión de no mutilar frente a su comunidad de origen. Por otro lado, es un documento de salvaguarda legal de profesionales como prueba de su intervención preventiva.
- Se incluirá este documento, una vez firmado, en la historia clínica, además del compromiso de acudir a consulta a la vuelta del viaje.
- Se le puede informar también sobre asociaciones contra la MGF localizadas en el país de origen (capítulo X. Guía de recursos).
- Se comunicará al Servicio de Protección de Menores si la actitud es firme a favor de la MGF, y en caso de negativa de firma del compromiso preventivo, se realizará una notificación URGENTE al Servicio de Protección de Menores (anexo 20).

2.2.- Acción preventiva post-viaje.

- Se citará a la niña en consulta programada tras la vuelta para realizarle un control de su estado de salud físico y psicológico. Si no ha sido mutilada, se realizará refuerzo positivo e implicar a la familia para prevenir la MGF en su comunidad.
- Se comunicará su ausencia a los servicios sociales y educativos si no acude, para la localización de la niña y de la familia. Se enviará la notificación al Servicio de Protección de Menores (anexo 20).

3.- Sospecha o confirmación de MGF

- Se realizará valoración de la integridad física de la niña y esta información se registrará en la historia clínica. Si existe afectación de tipo físico (problemas de cicatrización, sangrado, anemia, infecciones, problemas en la micción, etc.) se atenderá la patología.
- Se comunicará a la Fiscalía de Menores (capítulo X. Guía de recursos), según modelo del anexo 20, acompañado de informe médico o parte de lesiones.
- Se contactará con los equipos Mujer-Menor de la Guardia Civil –EMUMES- (capítulo X. Guía de recursos).
- Se programarán controles y se realizará el seguimiento de la niña.
- Las mujeres con MGF recibirán atención especial en el embarazo y en el parto.

MUJERES VÍCTIMAS DE TRATA CON FINES DE EXPLOTACIÓN SEXUAL

La trata está vinculada a las violencias de género⁷⁷, siendo una de las manifestaciones de la desigualdad estructural más acuciante del siglo XXI. La vinculación entre la prostitución y la trata para la explotación sexual es que la trata existe con el fin de proporcionar mujeres para el negocio de la prostitución, la trata y la prostitución no se pueden disociar de otras formas de violencia hacia las mujeres y tampoco de la demanda. Trata y prostitución están conectadas, ya que justamente en aquellos países donde se ha regulado la prostitución es donde existe el mayor número de mujeres en situación de trata para la explotación sexual.

La trata de seres humanos (TSH) está definida como la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, incluido el intercambio o la transferencia de control sobre ellas, mediante la amenaza o el uso de la fuerza u otras formas de coacción, el rapto, el fraude, el engaño, el abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad, o mediante la entrega o recepción de pagos o beneficios para lograr el consentimiento de una persona que posea el control sobre otra, con el fin de explotarla⁷⁸.

Se trata de una situación de vulnerabilidad porque la mujer no tiene otra alternativa real o aceptable, excepto someterse al abuso. Por ello, el consentimiento de una víctima de trata para su explotación, prevista o consumada, no se tendrá en cuenta cuando se haya recurrido a cualquiera de los medios anteriormente citados y en el caso de menores, constituirá infracción punible de trata aún cuando no se haya recurrido a dichos medios.

Es fundamental la rapidez del proceso de identificación de las víctimas, pues es la vía para poder asegurar su protección. Cualquier mujer puede ser víctima de trata con fines de explotación sexual (VTSH): adultas y menores, ciudadanas nacionales y extranjeras, independientemente de su situación administrativa o documental. En su mayoría son mujeres inmigrantes que no son conscientes de sus derechos y además pueden ser analfabetas y tener problemas idiomáticos, a las que se mantiene aisladas y ocultas para ser explotadas y que viven en el mismo lugar en el que son prostituidas, mujeres pertenecientes a algunas comunidades minoritarias y en muchos casos menores de edad.

⁷⁷ Investigación sobre prostitución y trata de mujeres. Coordinada por Isidro Burgos Parra. Editada por APROSERS. Madrid 2013

⁷⁸ Directiva 2011/36/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de Europa

Actuación sanitaria con mujeres en situaciones especiales

Cualquier persona puede ser tratante: hombres y mujeres, nacionales y de otros países. Pueden ser miembros de su misma familia, o tener la misma nacionalidad que las víctimas, pueden estar casados, vivir y trabajar con ellas y ser los padres de sus hijos e hijas.

Magnitud del problema

Según Naciones Unidas, España figura entre los principales países de destino de la trata, sobre todo de mujeres con fines de explotación sexual, aunque también destaca su condición de país de tránsito. Sin embargo, se desconoce el verdadero alcance y naturaleza del fenómeno debido, sobre todo, a la falta generalizada de datos relativos a su dimensión, evolución, etc. Dicha carencia se debe, en gran parte, a la ausencia de estadísticas oficiales anuales sobre el número de víctimas desglosadas por sexo, edad, nacionalidad, etc., así como de mecanismos de seguimiento.

Sin embargo, sí se sabe que, en el caso de la trata con fines de explotación sexual, la mayoría de las víctimas son mujeres de entre 18 y 25 años provenientes de Brasil, Bulgaria, Colombia, Ecuador, Nigeria, Ucrania, Rusia o Rumania. En su mayoría han sido captadas en sus países de origen por personas, grupos de delincuentes o redes criminales organizadas a través de engaño, amenazas o coacción. Otras veces, son traídas por grupos con una infraestructura y organización inferior e, incluso, se dan casos en los que sólo actúa una persona que capta y engaña a una mujer en su país de origen para traerla a España⁷⁹.

Según los datos facilitados por la Secretaría de Estado de Seguridad, durante los años 2009 y 2010, el perfil de las personas en situación de riesgo de ser víctimas de trata con fines de explotación sexual en España es el de una mujer de nacionalidad rumana entre 18 y 32 años de edad y una mujer de nacionalidad brasileña de entre 33 y 42 años. Los datos de 2011 no son desglosados por nacionalidad, pero se refieren a las nacionalidades rumana, brasileña y paraguaya. La información facilitada por el citado organismo se limita a consignar que el 47% de las víctimas procede de América, el 45% de Europa y el 7% de África.

Atendiendo a los datos del Centro de Inteligencia Contra el Crimen Organizado (CICO), esa tendencia se confirma en España y las cifras muestran claramente que el número de víctimas finalmente detectadas es muy bajo en relación con las personas identificadas en situación de riesgo: en 2009 se identificaron 1.301 víctimas frente a las 6.157 personas detectadas en situación de riesgo; en 2010 se identificaron 1.641 víctimas frente a 15.075

⁷⁹ Op cit nº 76

personas detectadas en situación de riesgo; y en 2011 las víctimas identificadas fueron 1.082 frente a 14.730 personas detectadas en situación de riesgo⁸⁰.

Según el Informe de seguimiento en 2012 del Plan Integral de lucha contra la trata de seres humanos con fines de explotación sexual, al cabo de 2012, la Administración y las organizaciones sociales contactaron con 34.532 mujeres en situación de riesgo y de ellas recibieron atención 5.898 mujeres. 1.317 de las atendidas presentaron signos de trata con fines de explotación sexual, lo que se tradujo en la interposición de 192 denuncias. El 57% de dichas denuncias las ejercieron mujeres de entre 18 y 25 años. 13 eran menores de edad. La magnitud del problema no deja lugar a dudas pero existen serias dificultades en cuanto a las cifras dependiendo de las fuentes de procedencia y se evidencia el abismo existente entre la detección de situaciones de riesgo y la identificación como víctimas, proceso adscrito a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad que implica su protección por el Estado Español.

La trata es un fenómeno de ámbito mundial, poco conocido y difícil de detectar

Consecuencias e impacto de la trata sobre la salud

La Organización Internacional para las migraciones (OIM) señala que los individuos que han estado en una situación de trata pueden presentar problemas mínimos o severos de salud, pero pocos salen ilesos. Algunos tienen lesiones o enfermedades que pueden ser severas, debilitantes o permanentes. El abuso, las privaciones y circunstancias estresantes y de temor son características de la trata de personas⁸¹.

Entre las distintas medidas a aplicar encaminadas a la recuperación física, psicológica y social, las y los profesionales de salud son un eslabón vital en la cadena de cuidados que necesitan.

Las consecuencias de la trata van desde abusos físicos extremos o violencia en forma de tortura, como golpes, quemaduras, violación y reclusión... o estar sujetos a tácticas menos obvias –pero de igual manera amenazantes y coactivas- incluyendo amenazas físicas y verbales a la mujer o a sus familias, en particular a aquellas mujeres con hijos y/o hijas⁸². De

⁸⁰ Defensor del Pueblo".La trata de seres humanos en España: víctimas invisibles" Madrid 2012

⁸¹ Cuidados para la Salud y la Trata de personas. Guías para proveedores de salud. OIM.2012. Pág. 244.

⁸². Op.cit nº 80

Actuación sanitaria con mujeres en situaciones especiales

acuerdo con esta referencia, la dificultad para salir de la situación de trata tiene similitudes con las expuestas en violencia de género: Las personas no ven otra opción posible o están sujetas a las tácticas comunes de control para obligar, manipular y manejar a las víctimas: Violencia física, psicológica y sexual, endeudamiento, amenazas a miembros de su familia, mentiras y engaño, confiscación de la documentación, mantenimiento de las víctimas en situación de aislamiento social, en condiciones impredecibles e incontrolables, y la manipulación emocional. Por otra parte pueden temer las represalias sobre sí mismas o sobre sus familias si intentan escapar, ser arrestadas o encarceladas. Incluso es común que depositen en los tratantes sus esperanzas de volver a casa de manera segura.

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

Las amenazas a miembros de la familia o las relaciones familiares y afectivas con los tratantes puede complicar la atención sanitaria y la aceptación de la misma. Estas circunstancias pueden presentar problemas de doble lealtad, miedo continuo o intimidación e intenciones cambiantes para el futuro por parte de estas mujeres⁸³.

Cada una de estas situaciones puede complicar la prestación y aceptación de asistencia. Así mismo pueden no presentarse a sus citas, o impedir el seguimiento, o necesitar otros tipos de apoyo. Al ser un medio de lucro económico sólo son llevadas al centro sanitario cuando están muy enfermas y suelen ir acompañadas de una persona que las controla, dado que ellas no disponen de libertad de movimiento ni de autonomía que les posibilite ejercer control sobre su propia salud.

⁸²Op.cit. n° 80

De acuerdo con las aportaciones de Eurotrafguid⁸⁴, la situación de las mujeres víctimas de trata puede configurarse del modo siguiente:

- Se le obliga a prostituirse, incluso cuando está enferma o embarazada.
- Es obligada a practicar sexo sin condón.
- No puede rechazar clientes.
- Se le niegan descansos, días libres y tiempo libre.
- Ha de estar siempre disponible para trabajar (24 horas al día y 7 días a la semana).
- Es trasladada de un lugar a otro sin su consentimiento.
- Tiene que mentir si se produce una comprobación por parte de los Servicios de Seguridad del Estado.
- Se le exige que realice actividades ilegales o humillantes.
- El entorno de trabajo es insalubre, con ausencia de calefacción o ventilación y de acceso a servicios de salud.
- Está siempre acompañada cuando está fuera.
- Tiene tatuajes que pueden indicar una relación de dependencia de un grupo o banda.
- No puede acudir sola a chequeos médicos o a los servicios sociales.
- Padece una infección de transmisión sexual (ITS) no tratada.
- Presenta síntomas de agotamiento y descuido personal.

Como consecuencia de la coacción y la explotación sexual continuadas, se producen graves secuelas físicas, psicológicas y en la salud sexual y reproductiva: roturas de huesos, quemaduras, cortes y heridas, trastornos alimentarios, problemas de sueño, fatiga crónica y otros problemas derivados de la privación de necesidades básicas, embarazos no deseados, abortos, ITS, estrés agudo y postraumático, depresión, ansiedad, fobias, ataques de pánico, consumo y dependencia de medicamentos o drogas.

⁸⁴ EuroTrafGuID es un proyecto financiado por la Unión Europea con el objetivo de elaborar unas directrices para la detección de posibles víctimas de trata por profesionales de servicios susceptibles de entrar en contacto con ellas (servicios sociales, sanidad, centros de migraciones, organizaciones sin fines de lucro, cuerpos policiales, agentes en frontera, etc.).

Para la guía de Cuidados para la Salud⁸⁵, los síntomas más comunes después de la trata son dolor de cabeza, fatiga, náuseas, pérdida de memoria, ITS, dolores abdominales, dolores de espalda o problemas dentales.

Detección, valoración e identificación⁸⁶

La detección es sólo el primer paso de un proceso largo y exhaustivo para ofrecer atención y protección a corto y a largo plazo a las víctimas.

Es preciso diferenciar la detección de la identificación. La detección de una VTSH se realiza en base a indicios o sospechas que las y los profesionales pueden registrar durante su encuentro con la mujer, mientras que la identificación es un procedimiento formal específico competencia de las unidades policiales. **El personal de salud no es responsable de la identificación de las víctimas**, pero es importante que tengan perspectiva acerca del procedimiento para comprender el proceso y dar protección a estas mujeres (anexo 21).

El papel del personal médico se limita a reconocer las señales que pueden indicar que la mujer es una VTSH y, en tal caso, poner en conocimiento de las entidades especializadas en la intervención con VTSH y de las autoridades. Es recomendable **contactar previamente con las ONG de la zona** (capítulo X. Guía de recursos), que tienen experiencia con este perfil de víctimas para que una persona mediadora –figura distinta del intérprete- pueda colaborar con el personal médico en la detección de la VTSH y en caso afirmativo ayudar a la mujer a restablecerse, ofrecerle alojamiento y explicarle los beneficios de acogerse a los mecanismos de protección establecidos.

La identificación es competencia de unidades policiales específicas (EMUME, UCRIF, etc. – capítulo X. Guía de recursos-), que valoran los riesgos y proponen las medidas de protección, seguridad y privacidad que la VTSH necesite. Los indicadores mostrados en la tabla 7 se han adaptado de diversas fuentes^{87,88}.

⁸⁵ Cuidados para la salud y la trata de personas. Guías para proveedores de salud. Organización Internacional para las Migraciones.2.012

⁸⁶ Op cit 80

⁸⁷ Op cit 80

⁸⁸ Herramienta para la detección. <http://www.fei.gouv.fr/fr/nos-projets/focus-sur/euro-trafguid.html>

Actuación sanitaria con mujeres en situaciones especiales

Tabla 7. Indicadores para la detección

INDICADORES PARA LA DETECCIÓN	
Aislamiento	<ul style="list-style-type: none"> - La mujer no sabe dónde se encuentra ni conoce su dirección. Cambios periódicos de domicilio. - Aislamiento: Imposibilidad o dificultad para comunicarse y mantener contacto con personas ajenas a los tratantes. Está vigilada; especialmente cuando la llevan a consulta médica. Uno de los tratantes puede actuar como traductor e insiste en contestar todas las preguntas en nombre de la mujer. - Desconocimiento o dificultades con el idioma local.
Factores culturales, socio-económicos y administrativos	<ul style="list-style-type: none"> - La mujer está en una situación administrativa irregular y no tiene permiso de trabajo o de residencia. - Pertenece a un grupo discriminado o no goza de derechos sociales (refugiada/ asilo, etnicidad, discapacidad, orfandad, pertenece a un colectivo cultural o religioso minoritario). - Tiene un nivel educativo limitado y/o es analfabeta, a lo que se añade el desconocimiento del idioma. - Está en una situación de múltiple dependencia del empleador (alojamiento, comida, trabajo de sus familiares u otras prestaciones). - Está vinculada emocional y económicamente al empleador/ contratante debido a una relación sentimental o familiar.
Indicios conductuales no verbales	<ul style="list-style-type: none"> - Presenta reticencias o inhibición a la hora de hablar. Actúa bajo coacción, miente o sigue instrucciones. - Presenta una apariencia desaliñada, descuidada y rastros de maltrato. - Muestra miedo y ansiedad (sudoración, temblores, evita el contacto visual, contestar preguntas directamente), especialmente en presencia de la persona que la acompaña. - Está extremadamente nerviosa, susceptible e impresionable; en especial, si un acompañante está presente durante la entrevista.
Indicios verbales que pueden surgir durante la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> - Hace declaraciones incoherentes o que indican adoctrinamiento. - Puede expresar preocupación por su situación o la de su familia. - Da respuestas evasivas o muestra temor; especialmente si su "traductor", está presente durante la entrevista.
Indicios en la salud física de la víctima	<ul style="list-style-type: none"> - Desnutrición, deshidratación y escasa higiene personal. - Moratones, cortes, cicatrices, heridas visibles o en la boca, huesos rotos, quemaduras de cigarrillos u otras señales de problemas no tratados médicamente. - Infecciones de transmisión sexual. - Señales de violación o abuso sexual. - Enfermedades graves sin tratamiento (diabetes, cáncer o enfermedades cardíacas). - Malas condiciones de salud en general. - Acude con frecuencia a Urgencias por heridas, ITS, aborto, abortos sin asistencia sanitaria, sus consecuencias inmediatas y a largo plazo etc. - Antecedentes en la historia clínica: procedimientos médicos forzosos como abortos o pruebas de embarazo contra su voluntad o bajo coacción. -

- INDICADORES PARA LA DETECCIÓN	
Indicios en la salud mental de la víctima	<ul style="list-style-type: none"> - Estrés postraumático y alteraciones psicológicas (depresión, ansiedad, fobias, trastornos de personalidad, adaptativos, relacionados con la adicción a drogas y alcohol, amnésicos, disociativos, del sueño y otros). - Los síntomas mas frecuentes son dolores de cabeza, alteraciones del sueño, inquietud, confusión, infravaloración, pérdida de interés en las cosas, ideación suicida, cansancio generalizado, molestias en el estómago, adicción a tóxicos y alcohol.
Indicios específicos relativos a menores víctimas de trata	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas emocionales: depresión, ansiedad, aislamiento, fantasías excesivas, conductas regresivas, falta de control emocional, fobias, problemas psicosomáticos o labilidad afectiva, sentimientos de culpa o vergüenza extremos. - Problemas conductuales: agresiones, fugas, conductas delictivas, consumo excesivo de alcohol y drogas, conductas autodestructivas o intentos de suicidio. - Indicadores conductuales sexuales: conductas, conocimientos y afirmaciones sexuales impropias de su edad. - Problemas en el desarrollo cognitivo: retraso en el habla, problemas de atención, fracaso escolar, retraimiento, retrasos no orgánicos del crecimiento, accidentes frecuentes, psico-motricidad lenta o hiperactividad. - Indicadores físicos: dificultad para caminar o sentarse, lesiones, desgarros, magulladuras en los órganos sexuales, irritación del área ano-genital, infecciones en zonas genitales y urinarias, ITS, presencia de esperma, embarazo, dificultades manifiestas en la defecación, enuresis o encopresis. - Debido a la desnutrición, problemas relacionados con el crecimiento: estatura baja para su edad, malformación o deterioro dental, subdesarrollo de sistemas reproductivos en adolescentes.
Indicios según la edad de la víctima en caso de explotación sexual	<ul style="list-style-type: none"> - En edad preescolar: regresiones y sexualización de la conducta, - Entre los 6 y los 12 años: baja autoestima, trastornos de sueño, reacciones psicosomáticas, dolor abdominal. - En adolescentes: baja autoestima, fugas, depresión, embarazo, automutilaciones, agresividad y aislamiento. - En adultas: negación del abuso sufrido durante años.

Seguindo las recomendaciones de la guía de Cuidados para la Salud⁸⁹, es preciso señalar que en muchos casos, a la mujer no le gusta que la consideren víctima, y no se reconoce bajo dicha denominación. Sin embargo, detectar a quienes son VTSH es importante porque en la trata de personas se vulneran todos los derechos humanos, teniendo los y las profesionales el deber de denunciar.

Cuando existan indicios fundados de la existencia de una VTSH, esa persona deberá ser considerada como tal y, en caso de dar su consentimiento, será derivada a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado para una identificación definitiva⁹⁰

Si la víctima no está preparada para denunciar y es derivada prematuramente a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (FCSE), podemos ponerla en peligro y perder la oportunidad de protegerla, por este motivo es de suma importancia que la VTSH reciba confianza, comprensión y seguridad por parte de quien le atiende en el centro médico y esté **asistida desde la detección por una entidad especializada que realizará un trabajo previo con el fin de prepararla para el proceso de identificación por parte de las FCSE.**

La detección es el primer paso para:

- **Darle protección y asistencia.**
- **Liberar a la mujer o menor frente a quienes les explotan, les hacen daño o amenazan.**
- **Normalizar su situación. Una VTSH en la mayoría de los casos es una persona indocumentada y la consideración de VTSH, le da derecho a una autorización de residencia y trabajo en España.**
- **Favorecer su restablecimiento y recuperación.**

En caso de que la posible VTSH sea o se sospeche que puede ser menor de edad, también se deberá avisar al Servicio de Protección de Menores (capítulo X. Guía de recursos).

De acuerdo con las recomendaciones de la OIM, ofrecer buenos **cuidados en salud** (anexo 22) exige tener en cuenta las experiencias y los riesgos presentes o pasados de violencia, las reacciones post-traumáticas, las diferencias culturales y sociales, las circunstancias económicas relacionadas con deudas y el estatus legal.

⁸⁹ Op. cit. 80

⁹⁰ Convenio Europeo sobre la Lucha contra la Trata, la Directiva Europea 81/2004, Oficina de Derechos Humanos de la Organización para la Seguridad y Cooperación en Europa (OSCE).

Consejos de la OMS para entrevistar a mujeres víctimas de la trata de personas

- No cause daño.
- No haga promesas que no puede cumplir. Consulte a las ONG y organismos donde la mujer pueda acudir.
- Seleccione adecuadamente al o a la intérprete y al resto del equipo.
- Asegure el anonimato y confidencialidad.
- Consiga un consentimiento expreso de la mujer.
- Escuche y respete la evaluación que hace la persona sobre su situación y los riesgos para su seguridad.
- Evite traumatizarla nuevamente.
- Haga que la información recopilada sea usada correctamente.

Entrevista clínica y tratamiento de la información

- En el momento en que se sospeche que puede tratarse de una VTSH, en caso de estar acompañada se pedirá al o a la acompañante que salga de la consulta, o bien con la excusa de que ha de realizarse a la mujer una prueba en otra dependencia, deberá hacerle salir de la misma y conducirla a otro lugar dónde se sienta segura. Aunque manifiesten su deseo de estar acompañadas es crucial tener tiempo solamente con ella, pues ésta puede no atreverse a pedir a quien le acompaña que salga de la consulta.
- Utilizar precauciones especiales cuando se entreviste a menores, considerando la posibilidad de que su guardián esté involucrado en su situación de trata.
- Asegurarse de que se entienden mutuamente. Ofrecerle la intervención de una persona mediadora o intérprete si no entiende el español. La intervención de esta figura es muy recomendada por los organismos internacionales en el abordaje de la trata. **Actuar con la colaboración de la ONG**, si existe en su zona, si no existe puede acudir a entidades que tienen asistencia telefónica 24 horas como Proyecto Esperanza o APRAMP (capítulo X. Guía de recursos)
- La sensibilidad y empatía del personal de salud han de ser extremas, hay que tener presente que puede estar ante una persona a la que le han sido violado todos sus derechos fundamentales.

Actuación sanitaria con mujeres en situaciones especiales

- Prestar atención a la comunicación no verbal. Es frecuente que la presunta VTSH no verbalice ni exprese claramente la situación en la que se encuentra.
- Emplear el tiempo necesario para informarle y preguntarle si tiene alguna duda, este es un paso esencial antes de pedirle el consentimiento expreso. antes de compartir o transferir información sobre ella a otras personas proveedoras claves de servicios.
- Respetar sus derechos, decisiones y dignidad sin juzgar, con deferencia y aceptación a su situación y a su cultura. Evite buscar la misma información por medio de múltiples entrevistas.
- Asegurar la confidencialidad y la privacidad de la interesada y sus familias. Informarle de que su identidad sólo se revelará con su consentimiento a quienes necesiten conocerla para organizar su asistencia.
- Hay que limitarse a compartir sólo la información estrictamente necesaria para asistirla (p. ej. cuando haga una referencia a otro servicio) o para asistir a otras VTSH (p. ej. otras personas que han estado en situación de trata). En caso de que la mujer no acceda, se respetará su decisión salvo causa de fuerza mayor (peligro por su vida, menores a su cargo, etc.)
- Mantener toda la información en un lugar seguro. Los datos y casos archivados o sistematizados sobre las mujeres VTSH deberán estar codificados cuando sea posible y mantenidos en archivos bien custodiados. La información electrónica debe ser protegida con claves de seguridad (en caso de sospecha de trata se registra en la historia clínica en el espacio Motivo de consulta y con las siglas TrM).
- Informar a la mujer sobre sus derechos con la participación del personal de la ONG. Si las sospechas no son determinantes y la mujer asegura no ser VTSH, se le deberá invitar a que reflexione sobre su situación y se le hará saber los recursos existentes por si desea ser asesorada y atendida más adelante, para favorecer su proceso de restablecimiento y apoyo (utilizar la información de referencia contenida en este documento y consultar los contactos de asociaciones de apoyo y otros recursos del capítulo X. Guía de recursos), en su idioma si fuera posible.
- Proveerle la información de manera que pueda ser entendida por ella. En ocasiones las víctimas no han tenido acceso a la educación, por lo que es importante no sólo el idioma sino que hay que adaptarla a cada mujer.
- Cuando se sospecha o se sabe que son víctimas que pueden seguir en contacto con los tratantes debe hacerse con discreción (p. ej. dándosela en un pedazo de papel que pueda

Actuación sanitaria con mujeres en situaciones especiales

ser fácil de esconder. Una vez se encuentre en un lugar seguro y se haya iniciado el proceso de intervención integral, recibirá asesoramiento de cara a la colaboración con las FCSE.

- La seguridad de la VTSH y la del personal sanitario han de ser una de las prioridades durante el proceso de asistencia.⁹¹. Evaluar el nivel de riesgos y tomar decisiones bien informadas y consultivas. Se debe obtener información de la mujer sobre su seguridad y peligros potenciales para ella o sus familiares.

Valoración de la salud y cuidados

Hay que considerar en todo momento el contacto con una mujer VTSH como un paso potencial para mejorar su salud. Se proveerán cuidados con respeto y equidad sin discriminar en base al género, edad, clase social, religión, raza y etnicidad

- La salud mental y reproductiva deben estar entre las preocupaciones primarias por haber estado expuestas a abuso sexual.
- Usualmente los síntomas de salud mental y física de las víctimas de trata están entrelazados y cursan con reacciones post-traumáticas. En caso de presentar sintomatología psíquica se seguirán las actuaciones generales recomendadas en este documento o, en su caso, se derivará a los dispositivos de Salud Mental. (anexo 11)⁹²..
- Suelen tener múltiples problemas clínicos activos (asma, anemia, diabetes, parasitosis, etc.), que pueden haber empeorado en el contexto de la trata.
- Interesa conocer las posibles enfermedades endémicas de los países de origen, de tránsito y de destino, para asegurarse que enfermedades comunes como el dengue, la malaria, la TBC y otras no pasen desapercibidas.
- Debe realizarse una evaluación sistemática de los síntomas, de pies a cabeza y los análisis de laboratorio pertinentes (anexo 22)⁹³. Hacer un examen físico enfocado en la mujer y no olvidar que pueden presentar cuadros comórbidos con otros desórdenes complejos y crónicos.
- Si se tienen suficientes motivos para creer que es una VTSH y se sospecha que es menor (puede alegar falsamente que es adulta) debe contactarse con el Servicio de Protección de Menores, Fiscalía de Menores y con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad de Estado de la provincia, que iniciarán el protocolo de determinación de la edad correcta.

⁹¹ Op cit nº 80

⁹² Op cit nº 80

⁹³ Op cit nº 80

- Se contactará con las organizaciones especializadas en la intervención con las VTSH si se trata de una mujer adulta y, con su consentimiento explícito, poner en conocimiento de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad de Estado (EMUME, UCRIF) los indicios detectados (tfn. 900 105 090. E-mail: trata@policia.es).
- En caso de ser necesaria la emisión de un parte de lesiones, debe ser advertida previamente de sus implicaciones.
- Explorar el entendimiento de la paciente sobre su enfermedad, sus problemas y preocupaciones, así como sus expectativas de tratamiento y negociar un plan de tratamiento que sea accesible, sostenible y realista. Se debe tener en cuenta el peso de sus creencias religiosas en su recuperación y en su manera de interpretar la experiencia vivida.
- Colaborar en el seguimiento y cuidados continuados junto a los servicios sociales.

Consideraciones especiales cuando se valoran menores y adolescentes

Su cuidado requiere atención especial ya que necesitan valoraciones físicas y mentales de acuerdo a su estado de desarrollo. Al mismo tiempo, la edad de desarrollo puede no ser congruente con su edad física debido a abuso crónico o privaciones.

Además de los estándares pediátricos y de las valoraciones físicas hay temas específicos a la situación de trata que requieren atención. Conozca la guía sobre niñas y niños abusados o privados de los cuidados necesarios para su desarrollo y sus derechos fundamentales⁹⁴. Hay que animar a los niños, niñas, adolescentes o miembros de familia, para que participen en la toma de decisiones, sin olvidar que estos últimos pueden estar involucradas en la trata.

Actuar de manera proactiva para conocer si los miembros de la familia o guardianes han estado involucrados en la trata o en cualquier otro tipo de abuso o descuido antes de involucrarlos en los cuidados que necesitan. En su caso, las instituciones de protección de menores determinarán el centro más adecuado a sus necesidades y establecerán los mecanismos para derivarles a un lugar seguro (capítulo X. Guía de recursos).

⁹⁴ Save the Children España Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.. Octubre 2012

Además de la revisión sistemática en cualquier persona que ha estado en una situación de trata (Anexo 22), en niños, niñas y adolescentes que han estado en tal situación o indirectamente por acompañar a sus madres, se realizará:

Una valoración clínica exhaustiva del desarrollo físico apropiado para su edad.

- **Examen oftalmológico:** Para ver si existen hemorragias en la retina, indicativas de abuso físico o del síndrome del “bebé sacudido”.
- **Revisión de su estado de salud reproductiva:** Valoración focal por trauma o infección haciendo pruebas específicas para ITS. A las jóvenes se les deben hacer exámenes que incluyan su historial de menstruación y de embarazos, siempre con cuidado de no re-traumatizarla; su rechazo a los servicios debe de ser respetado. Cada examen debe de ser hecho por personal del sexo que ella desee, guiándola durante el examen mediante las explicaciones y expectativas apropiadas.
- **Comprobación del estado nutricional:** Normalmente en una situación de trata la alimentación es limitada y las deficiencias de vitaminas, proteínas y minerales son comunes. Esto puede tener un impacto en su crecimiento y desarrollo. De ahí que sea adecuado valorar su estado comparando con los estándares utilizados en Andalucía e inmediatamente empezar a suplir sus necesidades nutricionales.
- **Presencia de enfermedades infecciosas** por lo comunes que son.
- **Verificación de su estado de inmunización** (calendario vacunal).
- **Abuso de sustancias:** Éstas no deben de ser pasadas por alto. Un examen de toxicología puede ayudar a identificar drogas de abuso o venenos que pueden ser tomados o administrados intencionalmente. Es importante el eliminar las sospechas de uso de sustancias tóxicas como causa orgánica de alteraciones en el estado mental, comportamientos anormales u otras condiciones. La abstinencia de algunas sustancias puede presentar una emergencia médica.

Las agresiones sexuales son comunes entre niñas que han estado en esta situación, la Fiscalía o el Servicio de Protección de Menores son los encargados de instar una valoración forense de acuerdo a la edad y su estado de desarrollo siguiendo el procedimiento indicado en el anexo 15.

Tratamiento

Es esencial que reciban lo antes posible los cuidados físicos y psíquicos pertinentes

- Administrar las vacunas necesarias. Considerar la profilaxis de infecciones de transmisión sexual, profilaxis contra VIH e infección del virus de la hepatitis B.
- Si es necesario, prescribir suplementos de vitaminas y minerales.
- Aplicar el protocolo de tratamiento para infecciones (VIH y tuberculosis) y consultar con personal de pediatría especialista en enfermedades infecciosas.
- Administrar profilaxis de embarazo

En adolescentes hay que seguir las indicaciones de la Ley de Autonomía del Paciente en el momento de la toma de decisiones relacionadas con el consentimiento⁹⁵, negación y dirección del cuidado.

Consideraciones especiales cuando se valoran personas con discapacidad

Las personas con discapacidad son más vulnerables a la trata; además pueden haber desarrollado la discapacidad como resultado de su experiencia con la misma. En menores, su discapacidad tiene el potencial de agravar la discriminación ya existente relacionada a su género, etnicidad y estatus de inmigración. En la valoración no se deben ignorar los signos de abuso y explotación ni confundirlos o atribuirlos a la discapacidad. Asimismo las experiencias con la trata pueden enmascarar o exacerbar síntomas asociados con la discapacidad.

Hay que informarse sobre la custodia legal. Tomar precauciones ya que los miembros de familia pueden haber sido instrumentos en la venta o explotación o haber perpetrado algún abuso en el pasado. Antes de involucrar en la recuperación a cualquier miembro de familia, amigos o personas conocidas es preciso indagar si es de confianza. En caso contrario se debe solicitar una cita con una persona independiente (personas mediadoras de las ONG de referencia) u otros recursos del ámbito de la discapacidad de interés.

⁹⁵ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

MUJERES QUE VIVEN EN SITUACIÓN DE PROSTITUCIÓN

Se trata de mujeres que dependen de la prostitución como medio habitual de vida y como supervivencia y sostén de sus familiares y hay que implicarlas en la gestión de su salud y enfermedad; disminuir su aislamiento social y aumentar su seguridad física y mental en su vida privada⁹⁶.

En las mujeres inmigrantes la situación de prostitución agrava su vulnerabilidad a los malos tratos, siendo muy alta la probabilidad de que sean o hayan sido víctimas de trata, en cuyo caso, deberán seguirse las recomendaciones indicadas en el apartado anterior.

Desde el ámbito sanitario el debate sobre los riesgos de salud de estas mujeres ha estado centrado siempre en las infecciones de transmisión sexual (ITS), hepatitis o interrupciones voluntarias del embarazo (IVE), sin embargo las últimas investigaciones demuestran la aparición de otras enfermedades como ansiedad, depresión, somatizaciones, trastornos de conducta, trastornos psicóticos o el estrés postraumático, muchas veces consecuencia de la violencia que sufren.

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

- Fomentar la mediación para propiciar su inserción en redes sociales y locales a fin de paliar su soledad y aislamiento, con la ayuda de ONG especializadas en la atención y ayuda a mujeres en esta situación (capítulo X. Guía de recursos).
- Adecuar la información, la metodología y los materiales educativos a los perfiles culturales de las mujeres a las que se dirigen las intervenciones.
- Fortalecer los dispositivos sociosanitarios para que encuentren un espacio de escucha y atención que reduzca su vulnerabilidad a enfermar así como las reiteradas recidivas psicosomáticas y mentales. Derivar, en caso necesario, a otros servicios sanitarios (anexo 11) y sociales (capítulo X. Guía de Recursos).
- Incentivar los programas de educación para la salud, de las ONG (prevención y reducción de daños) con perspectiva de género.
- Potenciar el uso de anticonceptivos también con sus parejas, administrar las vacunas necesarias y profilaxis de embarazo.

⁹⁶ Junta de Andalucía. Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes. Consejería de Salud. 2007



VIII. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

VIII. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

ASPECTOS LEGALES

PRINCIPIOS ÉTICOS QUE DEBEN GUIAR LA ACTUACIÓN PROFESIONAL

DILEMAS ÉTICOS

PARTE AL JUZGADO

COMUNICACIÓN A FISCALÍA

PROTECCIÓN DE LA MUJER

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

El personal sanitario tiene la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la posible existencia de un hecho delictivo. Sin embargo es frecuente que mujeres que acuden a los servicios sanitarios, a pesar de presentar lesiones importantes, no reconozcan verbalmente su situación de maltrato por temor a que se comunique al juzgado y se puedan tomar medidas que afecten a su seguridad y la de su familia.

ASPECTOS LEGALES

Obligaciones del personal sanitario

En la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, la violencia física, psicológica y sexual ejercida sobre las mujeres «por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia» tiene la consideración de delito en los términos previstos en el Código Penal.

En España, el personal sanitario tiene la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la posible existencia de un hecho delictivo. La Ley de Enjuiciamiento Criminal señala en su artículo 262: «Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieran noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al tribunal competente, al juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratase de un delito flagrante».

El artículo 355 de esta Ley menciona de modo explícito la obligación de las y los profesionales de la medicina: «Si el hecho criminal que motive la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los médicos que asistieran al herido estarán obligados a dar parte de su estado». También el Real Decreto 1030/2006 por el que se establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, en su Anexo II, apartado 6.6.3.y en el Anexo IV, apartado 2.8, recoge como una función del personal sanitario de atención primaria, atención especializada y urgencias, la comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en caso de violencia de género.

Aspectos éticos y legales

En caso de sospecha de maltrato ejercida por parte de la pareja o ex pareja, se comunicará al Juzgado de Guardia o Juzgado de Violencia sobre la Mujer mediante el parte de lesiones, al que puede acompañarse un informe médico. La información del hecho a las autoridades judiciales permite poner en marcha las medidas dirigidas a la protección de la mujer y evitar que el delito quede impune.

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

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

En su Título II, la Ley Orgánica 1/2004 reconoce los siguientes derechos a todas las mujeres víctimas de violencia de género con independencia de su origen, religión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social y, en su caso, a sus hijas e hijos y personas dependientes a su cargo:

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

En cuanto a la atención de las hijas e hijos de las mujeres en situaciones de maltrato es necesario tener en cuenta en las actuaciones sanitarias la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor (Ley Orgánica 1/1996, de 15 enero, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil).

Asimismo, es importante conocer que la Ley Orgánica 10/2011, de 27 de julio, modifica los artículos 31 bis y 59 bis de la Ley Orgánica 4/2000 sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, y contempla la concesión automática, ya no potestativa, de la autorización provisional de residencia y trabajo a las mujeres extranjeras

en situación administrativa irregular que denuncien por maltrato, y hayan obtenido una orden de protección o se haya emitido informe del Ministerio Fiscal en el que se aprecie la existencia de indicios de violencia de género, y hace extensivo este derecho a sus hijos e hijas hasta que se emita la resolución judicial relativa a la denuncia que se haya interpuesto. Esta Ley Orgánica también amplía los derechos de protección de las mujeres víctimas de trata a sus hijos e hijas y otras personas que mantengan vínculos familiares o de cualquier otra índole con ellas.

PRINCIPIOS ÉTICOS QUE DEBEN GUIAR LA ACTUACIÓN PROFESIONAL

En la atención hay que tener siempre presentes los principios éticos de actuación y los derechos que las mujeres tienen como pacientes, reconocidos en la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente⁹⁷ y en todos los códigos deontológicos profesionales. Las características específicas de la situación de maltrato y la vulnerabilidad de las mujeres que viven en estas relaciones, así como de sus hijas e hijos, requieren poner especial atención en estos aspectos.

1. Velar por la vida y el beneficio de la salud (principio de beneficencia)

La finalidad última de la intervención desde el Sistema Sanitario es la restitución de la salud a las mujeres, así como la promoción de las condiciones para su recuperación integral y el desarrollo de una vida en un entorno sin violencia.

El maltrato pone en riesgo la salud y la vida de las mujeres y, en su caso, la de sus hijas e hijos y otras personas de su entorno, por lo que el personal sanitario debe tener en cuenta que entre sus tareas se encuentran la coordinación con otros sectores para su protección. La comunicación del maltrato a las autoridades judiciales mediante el parte de lesiones e informe médico si fuera necesario, permite poner en marcha las medidas legales dirigidas a la protección de la mujer y además evita que el delito quede impune. Por el contrario, si no se emite un parte de lesiones tal como se indica en los procesos de actuación que contempla este protocolo, no estaremos atendiendo al principio de beneficencia.

⁹⁷ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

2. Evitar perjuicios con las intervenciones, minimizando los daños (principio de no maleficencia)

Siempre que se tome la decisión de emitir un parte de lesiones, es necesario informar a la mujer previamente, valorar con ella su seguridad y tomar medidas para su protección, garantizando la minimización del riesgo.

En caso de que ella manifieste su deseo de que no se emita el parte de lesiones, si no se indagan las razones de su negativa, ni se exploran cuáles son sus miedos, sus necesidades, etc., se estaría desatendiendo el principio de no maleficencia.

Cuando se sospeche que de la emisión del parte de lesiones puede derivar un grave riesgo para la vida de la mujer, sus hijas o hijos u otras personas dependientes a su cargo, se debe plantear de forma prioritaria con la mujer un plan que le permita superar esa situación y tener las debidas garantías de seguridad.

Asimismo, es imprescindible cuidar el lenguaje y evitar preguntas que la culpabilicen, contribuyendo a su victimización secundaria.

Cuando la gravedad de las lesiones lo requiera, se puede solicitar al Juzgado de Guardia, por escrito o telefónicamente, la presencia en el centro sanitario de profesionales de las Unidades de Valoración Forense Integral para que las exploraciones y pruebas se realicen en un solo acto, muy especialmente en situaciones de agresiones sexuales, intentando no someter a la mujer a una doble victimización.

En la intervención sanitaria con hijas e hijos de mujeres en situaciones de violencia de género, las y los profesionales sanitarios que han atendido a la mujer pueden ser requeridos como testigos o como peritos con relación a la detección de la situación de violencia, consecuencias para la salud o circunstancias sanitarias del caso. Al respecto conviene conocer que no procedería peritar como expertos en salud sobre la existencia del llamado Síndrome de Alienación Parental (SAP), puesto que no es aceptado por la comunidad científica como entidad clínica⁹⁸.

⁹⁸ El Síndrome de alienación parental ha sido rechazado como entidad clínica por la OMS y la Asociación Americana de Psicología (APA). No aparece ni en el CIE-10 (OMS) ni en el DSM-IV (APA) al no cumplir con los criterios de científicidad y bases científicas que ambas organizaciones defienden.

3. Compromiso de confidencialidad respecto a la información obtenida en virtud del ejercicio profesional

En la actuación sanitaria es importante tener presente la legislación que regula los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente y la Ley de Protección de datos (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal). En todos los códigos deontológicos se recoge el secreto profesional como un derecho de las y los pacientes y un deber profesional, por lo que este compromiso es extensible a todo el equipo sanitario que participa o interviene en la atención: profesionales de la medicina, enfermería, trabajo social, psicología, administración, personal celador, etc.

El compromiso de confidencialidad implica:

- **El registro confidencial de la información.** Es muy importante que el personal sanitario sea consciente de la finalidad de la información que registra y valore cuidadosamente el contenido y la forma como quedará recogida en la historia clínica, así como quién tendrá acceso profesional a la misma (p. ej. garantizar que no aparezca el maltrato como antecedente en caso de emitirse un parte de interconsulta en papel⁹⁹).
- **Preservar la privacidad de los datos personales** que pudieran permitir la identificación y localización de las mujeres, poniendo en riesgo su seguridad. También el personal administrativo debe ser especialmente consciente de la necesidad de garantizar la confidencialidad de los datos identificativos. Conviene tener en cuenta que, en general, en medicina de familia y enfermería el personal sanitario es el mismo para todos los miembros de la unidad familiar, incluyendo al maltratador y a los hijos e hijas mayores de 14 años. Conviene garantizar un ambiente de intimidad durante las entrevistas, sin la presencia de familiares u otras personas de su entorno, y en la realización de pruebas u otras intervenciones sanitarias.
- **No compartir información** sobre la mujer con miembros del equipo en espacios que no sean estrictamente profesionales.

⁹⁹ Dependiendo de la situación, en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal deben utilizarse las opciones que ofrece la aplicación Diraya. Si se registra en el apartado *Motivo de consulta*, deberá tener presente que esta sigla aparecerá en la historia de salud, en la historia de urgencias y en la historia única. Si se registra en el apartado *Hoja de problemas* existe la opción de incluirlas o no en el apartado *Hoja de problemas activos del usuario* (en este último caso aparecerá también en los documentos de derivación y en la historia de salud y de urgencias). En el apartado *Juicio clínico* están incorporados los códigos CIE que deben incluirse en la historia de salud.

Aspectos éticos y legales

- **En caso de emitir un parte de lesiones, no adjuntar nunca la historia clínica** y recoger en el informe médico la información estrictamente necesaria y relacionada con la historia de maltrato, siendo conscientes de que si se inicia un procedimiento judicial, la parte denunciada tendrá acceso a toda la información remitida. Toda la documentación que llega al juzgado va a ser incorporada al expediente judicial y conocida también por la parte demandada, por la fiscalía y el personal funcionario. Se debe considerar por tanto la conveniencia de reservar información clínica particularmente sensible para el momento en que el juzgado solicite más información de antecedentes de la historia clínica que considere relevantes para la instrucción del caso. **En caso de que sea el juzgado quien reclame la historia clínica, hay obligación de remitirla**, sin embargo desde el punto de vista ético, el o la profesional pueden hacer notar al juzgado que hay información que trasciende lo necesario y solicitarle que le explique qué parte o aspectos de la misma le interesa conocer. Si el personal médico remite más información de la necesaria, puede tener responsabilidad judicial en caso de ser demandado por vulnerar la ley de protección de datos.

4. Respetar la autonomía de la mujer

En todo el proceso de acompañamiento e intervención sanitaria se debe respetar y fomentar la autonomía de la mujer. Para que ellas puedan tomar decisiones informadas y ser protagonistas de su propio proceso de recuperación, han de conocer las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, las consecuencias probables de actuar o no actuar, los beneficios y riesgos esperados, como medida para garantizar su seguridad.

No podemos perder de vista la condición de sujetos de derecho reconocida en la L.O. 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, así como en la legislación sanitaria y especialmente en la Ley de Autonomía del Paciente.

También es importante recordar que es preciso solicitar su consentimiento para la realización de fotografías y para ser reconocida por el equipo forense.

DILEMAS ÉTICOS

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

Emitir un parte de lesiones sin el consentimiento de la mujer les sitúa ante un conflicto ético, ya que pueden percibir estar violando el secreto profesional y la posible pérdida de confianza de la mujer.

La ley establece y especifica los casos en que la salvaguarda de la confidencialidad no es una obligación absoluta y debe revelarse el secreto médico, como ante la sospecha de un delito y en caso de ser llamados a declarar en un proceso judicial. Existe deber general de denuncia previsto en el párrafo 1 del artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal ejercitable conforme al artículo 544 ter de dicha Ley (ante el o la Juez de Guardia o el Ministerio Fiscal): «Sin perjuicio del deber general de denuncia previsto en el artículo 262 de esta Ley las entidades u organismos asistenciales, públicos o privados, que tuvieran conocimiento de los hechos mencionados en el apartado anterior (delitos contra la vida, integridad física o moral, libertad sexual, libertad o seguridad de alguna de las personas mencionadas en el artículo 173.2, del Código Penal) deberán ponerlos inmediatamente en conocimiento del Juez de Guardia, o del Ministerio Fiscal con el fin de que se pueda incoar o instar el procedimiento para la adopción de la Orden de Protección.»

No se está amparado por el secreto profesional al estar específicamente excluida tal posibilidad por desarrollo legal específico como así apuntan los art. 2 y 8 de la LO 1/82 de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidación Personal y Familiar y a la Propia Imagen en relación con lo previsto en la Ley de Protección de Datos, al ser precepto expresamente regulado en disposición legal específica (L.E.Cr.)

Teniendo en cuenta que cada caso es singular y que se debe realizar un análisis y valoración individual de la situación de cada mujer, se recomienda seguir las actuaciones que se han expuesto en los capítulos correspondientes.

Aspectos éticos y legales

El personal sanitario, en ocasiones, puede tener dudas sobre la veracidad del relato, temiendo poner en marcha el mecanismo judicial cuando sólo hay sospechas. En este caso pueden comunicarlo al Ministerio Fiscal.

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

Hay profesionales que tienen temor a las represalias del supuesto agresor tanto ante acusaciones por parte de éste de calumnias en vía judicial, como por la posibilidad de sufrir represalias físicas o de otro tipo (ciberacoso, amenazas a través de medios electrónicos). Esto ocurre más en Atención Primaria, ya que suele ser el mismo profesional el que atiende a la mujer y al agresor, lo que posibilita su identificación.

Existe la posibilidad de activar mecanismos de protección de testigos (p. ej. prestar declaración detrás de un biombo sin ser visto por el presunto agresor¹⁰⁰).

EL PARTE AL JUZGADO

El envío del parte al juzgado, supone su registro de entrada y remisión al Decanato de los juzgados. Una vez tiene lugar el registro de entrada en la correspondiente oficina judicial, la tramitación de la causa va a ser igual que si se hubiera presentado denuncia por la mujer o por personas cercanas a la misma (vecindad, amistad). En el Decanato¹⁰¹ se determinará cuál será el juzgado que conocerá del asunto teniendo en cuenta, en primer lugar, la clase de juzgado competente de acuerdo con la legislación vigente. En segundo lugar, y si en ese partido judicial existe más de uno de la misma clase, conocerá aquél al que le corresponda de acuerdo con la aplicación de unas normas de reparto que son previamente aprobadas por el Decanato.

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

¹⁰⁰ Ley Orgánica 19/1994 de Protección a Testigos y Peritos en causas criminales

¹⁰¹ Decanato: Órgano, dentro de la oficina del partido judicial correspondiente que, entre otras cosas, se encarga del reparto de los asuntos entre los distintos Juzgados a él adscritos.

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

El parte al juzgado (anexo 6) deberá ser cumplimentado por el personal facultativo responsable de la asistencia, siguiendo las recomendaciones que se señalan más adelante y con remisión obligatoria al Juzgado de Guardia. En aquellas localidades que exista Juzgado de Violencia sobre la Mujer, se podrá enviar directamente a estos juzgados.

En Andalucía, la cumplimentación y tramitación del actual parte al juzgado queda regulado normativamente con el Decreto 3/2011, de 11 de enero, por el que se crea y regula el modelo de Parte al Juzgado, para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones. Dicho Decreto es de aplicación en todos los centros y servicios sanitarios, tanto públicos como privados, que se hallen en el territorio de la comunidad autónoma de Andalucía.

En los centros que esté disponible el parte en la historia digital (Diraya) o cuenten con otros registros similares, será cumplimentado informáticamente. Además, estará disponible en modelo autocopiativo en todos los centros sanitarios. En tal caso, se debe cumplimentar con bolígrafo, letra clara, legible y sin tachaduras (que pueden interpretarse como manipulación) y habrá de comprobarse que las copias son legibles. Es recomendable la informatización del parte al juzgado, ya que ello evitaría los inconvenientes de las letras ilegibles, la mala cumplimentación, las casillas vacías, etc. que impiden conocer el alcance exacto de las lesiones, de las exploraciones complementarias y otros datos de interés, y en consecuencia dificultan la posterior evaluación pericial forense, que podrá repercutir también en la valoración por parte del o de la juez. Los datos aquí recogidos se regirán por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, garantizándose la confidencialidad, seguridad e integridad de los mismos y su utilización para los fines que constituyen su objeto.

Aspectos éticos y legales

El parte al juzgado consta de original y tres copias:

- El original, que se enviará al Juzgado de Guardia o Juzgado de Violencia sobre la Mujer inmediatamente tras la asistencia sanitaria inicial, mediante FAX y por cualquier medio que garantice la protección de los datos.
- La primera copia se entregará a la mujer, o en su defecto a un familiar o persona de confianza designada por ella; si el acto de entrega comprometiera su seguridad, se archivará en la historia clínica hasta que ésta la solicite.
- La segunda copia se archivará en la historia clínica en el centro sanitario que haya emitido el parte.
- La tercera copia, destinada a información estadística, será tramitada de manera telemática en todos los centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Los centros que no dispongan de ninguna aplicación informática para la recopilación de estos datos estadísticos habrán de remitir la copia según instrucciones que podrán ser recabadas de la correspondiente Delegación Territorial de la Consejería con competencias en materia de Salud. En la misma, no deberán constar los datos de la persona lesionada, salvo sexo, fecha de nacimiento, edad, lugar de nacimiento, nacionalidad y código postal. Tampoco aparecerá ningún dato que permita la identificación, el domicilio o teléfonos del presunto agresor, otras personas lesionadas, testigos, acompañantes, ni menores. En este mismo sentido, no figurarán los datos identificativos del facultativo o facultativa responsable, ni su código numérico personal o número de colegiación, salvo el sexo.

El parte al juzgado debe leerse a la mujer e informarla de sus implicaciones

Deberán rellenarse:

- Datos del personal facultativo.
- Datos de filiación de la mujer.
- Identificación del tipo de violencia (lesiones presumiblemente producidas).
- Lesiones que presenta (describir el tipo de lesiones, localización y posible fecha de las mismas): Es importante que las lesiones se describan de manera detallada en cuanto a tipo, forma, dimensión, color y localización, con lo cual se facilitará su data o posible fecha de producción. Con esta finalidad se prestará especial atención a las lesiones más antiguas o en distinto estadio evolutivo, cicatrices... como prueba de habitualidad o reiteración. En relación con las mismas, cuando sea posible se realizarán fotografías de

ellas, solicitando previamente consentimiento a la mujer atendida según modelo normalizado y serán archivadas en la historia clínica.

- Cuando exista la posibilidad de alguna lesión interna tras la valoración clínica (abdominal, torácica y/o cerebral), dicha información se recogerá como sospecha, pues sólo tras la realización de pruebas diagnósticas, a nivel hospitalario, se confirmarán las mismas.
- Estado psíquico y emocional El maltrato psicológico puede reflejarse en síntomas de depresión, ansiedad, tendencias suicidas, somatizaciones y síndrome de estrés postraumático. El estado emocional de cualquier persona que presente una lesión se encuentra alterado, pero su actitud difiere. Ésta puede ser un indicador de lo sucedido, por ejemplo, una mujer en situación de maltrato puede sentirse confusa, huidiza, inquieta, temerosa, agresiva, hipervigilante, inexpresiva, apática,... Esta información es necesaria para aproximarnos al estado psíquico de la mujer.
- Pruebas complementarias realizadas.
- Medidas terapéuticas: medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, curas locales, tratamiento quirúrgico, etc.
- Pronóstico clínico.
- Plan de actuación: En su caso, incluir el alta o la derivación a otras especialidades y recursos, el ingreso hospitalario si ha sido necesario, y el seguimiento requerido, anotando todo lo previsible en cuanto a evolución de las lesiones.
- Datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia: cómo han ocurrido los hechos, utilizando y entrecomillando, cuando sea posible, las mismas palabras de la mujer; lugar, fecha y hora; si el maltratador ha usado objetos o le ha amenazado con hacerlo; si ha habido otras víctimas o hay testigos; si viene acompañada; si se sospecha que la causa de las lesiones es diferente a la que refiere la mujer, etc.
- Antecedentes de interés relacionados con el hecho que motiva la asistencia, consignándose la opción “no aporta información” si la persona no responde a las cuestiones que el modelo de parte recoge.
- Si es la primera vez o reiteración de malos tratos. Si el maltrato se viene sufriendo desde hace tiempo, indicar desde cuándo y describir las características, el tipo, la frecuencia; si la intensidad de la violencia es cada vez mayor; si se ha realizado previamente alguna denuncia; si en esas ocasiones anteriores otras personas sufrieron también los malos tratos y si hubo testigos. etc.

Aspectos éticos y legales

- Observaciones: se recogerán aquellos datos que no han sido descritos anteriormente y que se consideren oportunos con el objeto de ofrecer al órgano judicial información sobre las circunstancias en las que se encuentra la mujer, que podrían ser de utilidad para el abordaje del caso concreto, como si tiene menores o personas dependientes a su cargo; otros datos de interés para el órgano judicial (no quiere presentar denuncia, tiene miedo al maltratador, a perder la custodia de menores...); si se ha contactado con otros recursos y específicamente, en todos los casos en los que se deba comunicar de forma urgente al Juzgado de Guardia, se anotará la hora en la que se contactó telefónicamente con el Juzgado, justificándose la causa en caso de omitir dicha llamada.

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

LA COMUNICACIÓN A FISCALÍA

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

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

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

procedimiento que corresponda con remisión de lo actuado, poniendo a su disposición al detenido, si lo hubiere, y los efectos del delito.”

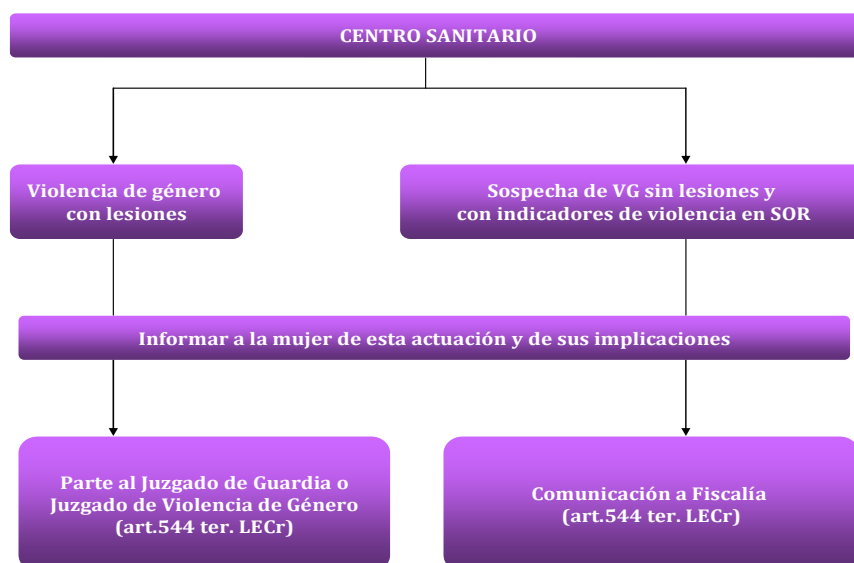
La incoación de diligencias de investigación o preprocesales de conformidad con el art. 773-2 de la LECr y el art. 5 del Estatuto Orgánico del Ministerio Fiscal en las Secciones de Violencia de Género permite que las instituciones implicadas en la atención a las mujeres, en este caso los centros sanitarios,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

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

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

La comunicación a la Fiscalía (anexo 7) desde los servicios sanitarios puede ser un recurso útil para las y los profesionales en determinados casos. Su remisión se hará mediante FAX, dirigido a Fiscal Delegado/a Provincial contra la Violencia a la Mujer (capítulo X. Guía de Recursos).

¹⁰² El documento que se envía a Fiscalía se acompañará del Informe Clínico correspondiente a la actuación clínica actual y en el documento de Comunicación a Fiscalía quedara recogida toda aquella información que tengamos o exista en el centro por otras asistencias prestadas a la mujer, que puedan ser de relevancia para la Fiscalía al aportar información acerca de la habitualidad del maltrato (Art. 173-2 del Código Penal), y facilite al personal forense y al equipo psicosocial construir la historia de violencia en la que se encuentra la mujer, hijos e hijas o personas convivientes.



PROTECCIÓN DE LA MUJER

Será importante respetar su autonomía y el compromiso de confidencialidad respecto a la información conocida en virtud del ejercicio profesional, conjugando el velar por la vida y el beneficio de las mujeres (principio de beneficencia) y evitar perjuicios para su salud (principio de no maleficencia), con las actuaciones necesarias encaminadas a su protección.

A pesar de presentar lesiones importantes, muchas mujeres que viven relaciones de maltrato no acuden a los servicios sanitarios por vergüenza, amenazas del maltratador o por temor a que se comunique al juzgado el origen de sus lesiones.

En la toma de decisiones, el personal sanitario deberá respetar las decisiones de la mujer y cumplir con las obligaciones legales.

La emisión del parte al juzgado plantea a veces preocupación sobre los posibles efectos negativos derivados de dicha actuación, especialmente en aquellos casos en que la mujer manifieste no estar de acuerdo con ella. Estos efectos estarían relacionados con el rechazo y pérdida de confianza de la mujer por no haber respetado sus deseos, con posibilidad de la ruptura de la relación profesional-paciente, y con el potencial aumento del riesgo para la salud o la vida por la represalia del maltratador.

La información del hecho a las autoridades judiciales permite poner en marcha las medidas legales dirigidas a la protección de la mujer (art. 544 ter. párrafo 2º LECr.) y evitar que el delito quede impune.

Sin embargo, en aquellos casos en los que el personal sanitario sospeche de la existencia de malos tratos, físicos o psíquicos, y se valora una Situación Objetiva de Riesgo, se recomienda anotar todas las intervenciones que se realicen con la mujer en la historia clínica y comunicar dicha situación mediante FAX, a Fiscal Delegado/a Provincial contra la Violencia a la Mujer (anexo 7), aportando la mayor información posible que facilite la investigación, y acompañado de un informe clínico de la actuación clínica, así como otros informes que existan en el centro por otras asistencias prestadas a la mujer, que puedan ser de relevancia para la autoridad judicial al proporcionar información acerca de la habitualidad del maltrato (Art. 173-2 del Código Penal).

Teniendo en cuenta que cada caso es particular y que se debe realizar un análisis y valoración individual de la situación en que se encuentra la mujer, especialmente de la Situación Objetiva de Riesgo (en los casos de sospecha de malos tratos) y de la Situación de Peligro Extremo (en los casos de confirmación de malos tratos), se recomienda seguir las siguientes actuaciones:

Sospecha de Malos Tratos hacia las mujeres (ISMT)

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

- Cuando no se presenten lesiones físicas o psíquicas asociadas al maltrato y la valoración de Situaciones Objetivas de Riesgo sea negativa, se anotarán todas las intervenciones que se realicen con la mujer en la historia clínica.
- Si no presenta lesiones, pero si indicadores de violencia y se encuentra en Situación Objetiva de Riesgo, se enviará mediante FAX, Comunicación a Fiscal Delegado/a Provincial contra Violencia a la Mujer (anexo 7), aportando la mayor información posible sobre la situación de sospecha de malos tratos, acompañando de un informe clínico de la actuación clínica, así como otros informes que existan en el centro por otras asistencias prestadas a la mujer, que puedan ser de relevancia para la autoridad judicial al proporcionar información acerca de la habitualidad del maltrato.
- Si presenta lesiones, físicas o psíquicas asociadas al maltrato se cumplimentará el parte al juzgado (anexo 6) que será remitido al Juzgado de Guardia, recogiendo de manera

Aspectos éticos y legales

exhaustiva, las lesiones que se evidencien, así como si éstas se encuentran en distinto estadio evolutivo. En la causa presumible del origen de las lesiones no se consignará como violencia de género sino lo que refiera la mujer, y para facilitar la investigación de los hechos, se incluirán los síntomas o signos que hacen sospechar que el origen de las mismas se pudiera corresponder con una situación de malos tratos hacia las mujeres por parte de la pareja. En el apartado “otros datos de interés para el órgano judicial”, podrán anotarse las incongruencias entre el relato de la mujer de la causa de las lesiones y la localización, forma, tamaño, etc. de las mismas, y en el apartado de “observaciones” se señalará la sospecha de que la causa de las lesiones es diferente a la que refiere la persona.

Confirmación de Malos Tratos hacia las mujeres (CMT)

Cuando la atención tenga como origen una situación de malos tratos por parte de la pareja, confirmada o reconocida por la mujer, se presenten o no lesiones como consecuencia de los malos tratos, el personal facultativo tras valorar la Situación de Peligro Extremo cumplimentará el parte al juzgado (anexo 6), siguiendo las indicaciones expuestas anteriormente (apartados relacionados con planes de actuación en mujer que reconoce sufrir malos tratos) y teniendo presente que todos los datos que aporte la mujer así como los distintos síntomas y signos que observe el personal sanitario son relevantes, por lo que deben ser recogidos de manera exhaustiva, especialmente el apartado “antecedentes de interés”. El parte al juzgado será enviado al Juzgado de Guardia o al Juzgado de Violencia sobre la Mujer (capítulo X. Guía de Recursos).

En todos los casos no hay que olvidar que el parte al juzgado debe ser leído a la mujer y explicarle las consecuencias de su emisión. Es conveniente realizar fotografías de las lesiones previo consentimiento informado por escrito. El parte se enviará de forma inmediata, mediante Fax al Juzgado de Violencia sobre la Mujer, previa comunicación con el mismo, en horario laboral o al Juzgado de Guardia si es fuera de dicho horario.

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

- Activar el Protocolo de Protección del Centro (anexo 8), especialmente cuando hubiera Orden de Alejamiento o bien Orden de Protección.
- Activar las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, para garantizar la protección de la mujer.



IX. ANEXOS

IX. ANEXOS

ANEXO 1. ENTREVISTA DE VALORACIÓN BIOPSIOSOCIAL

ANEXO 2. PREGUNTAS PARA VALORAR TIPO, INTENSIDAD Y DURACIÓN DEL MALTRATO

ANEXO 3. VALORACIÓN DE LA FASE DE CAMBIO EN LA QUE SE ENCUENTRA LA MUJER

ANEXO 4. RECOMENDACIONES PARA LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL CON LA MUJER

ANEXO 5. CÓDIGOS CIE

ANEXO 6. EL PARTE AL JUZGADO

ANEXO 7. LA COMUNICACIÓN A FISCALÍA

ANEXO 8. PROTOCOLO DE PROTECCIÓN DEL CENTRO

ANEXO 9. CUANDO ALERTAR A LAS FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD

ANEXO 10. PLANES DE SEGURIDAD

ANEXO 11. DERIVACIONES PARA ATENCIÓN PSICOLÓGICA / PSIQUIÁTRICA

ANEXO 12. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DERIVAR A CIM

ANEXO 13. EVALUACIÓN DE MENORES CON EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

ANEXO 14. AGRESIONES SEXUALES DESDE EL PUNTO DE VISTA FORENSE. HALLAZGOS E INDICADORES DE VIOLENCIA SEXUAL

ANEXO 15. ASISTENCIA A VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL

ANEXO 16. REGISTRO DE LA CADENA DE CUSTODIA

ANEXO 17. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN HACIA LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD

ANEXO 18. MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

ANEXO 19. COMPROMISO INFORMADO DE PREVENCIÓN O DECLARACIÓN JURADA DE EVITACIÓN DE LA MGF

ANEXO 20. NOTIFICACIÓN A SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE MENORES

ANEXO 21. IDENTIFICACIÓN DE LAS VÍCTIMAS DE TRATA

ANEXO 22. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LAS VÍCTIMAS DE TRATA

ANEXO 1

ENTREVISTA DE VALORACIÓN BIOPSIOSOCIAL DE LA MUJER

VALORACIÓN BIOPSIOSOCIAL
Síntomas físicos
Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso (indique cuáles)
<input type="checkbox"/> Respiración entrecortada, sensación de ahogo, disnea
<input type="checkbox"/> Temblores o estremecimientos
<input type="checkbox"/> Mareo, desmayo, sensación de inestabilidad
<input type="checkbox"/> Sudoración
<input type="checkbox"/> Palpitaciones o taquicardia
<input type="checkbox"/> Sofocos o escalofríos
<input type="checkbox"/> Dolor o molestias en pecho
<input type="checkbox"/> Miedo a volverse loca o perder el control
<input type="checkbox"/> Miedo a morir
<input type="checkbox"/> Cefalea
<input type="checkbox"/> Entumecimiento o sensación de cosquilleo, parestesias
<input type="checkbox"/> Sensación de extrañeza frente a si misma o de irrealidad
Situación familiar
Edad: _____ Estado civil: _____
Edad al iniciar la relación: _____ <input type="checkbox"/> Casada/pareja de hecho/conviviente
Edad al iniciar la convivencia: _____ <input type="checkbox"/> Separada o divorciada
<input type="checkbox"/> En trámites de separación
Nº hijas/os: _____ <input type="checkbox"/> Viuda
Conviven con ella: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Soltera y no conviviente
Gestante: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Con quién convive actualmente?

Acceso a recursos sociales
¿Conoce los recursos a los que acudir en su zona? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Ha accedido a alguno de estos recursos?:
<input type="checkbox"/> Servicios sociales municipales <input type="checkbox"/> Personal de trabajo social de Salud
<input type="checkbox"/> Centros de información de la mujer <input type="checkbox"/> Otros recursos:

VALORACIÓN BIOPSIICOSOCIAL (cont.)

Situación socio-laboral

Nivel de estudios:

- Sin estudios
- Primarios
- Secundarios
- Universitarios

Titulación: _____

País de origen:**Situación en España:**

- Nacionalidad española
- Residente
- Situación administrativa en trámite
- Vacaciones

Situación laboral:

- Demandante empleo No demandante de empleo
- Trabajo remunerado
- Trabajo doméstico no remunerado

Discapacidad reconocida:

- Sí NO

Puesto de trabajo actual (tipo y lugar):

Red de apoyo de la mujer

¿Cuenta con una persona o personas en la/s que poder confiar o desahogarse cuando tiene problemas o dificultades?

- Sí NO

- Familia
- Amistades
- Compañeras/os trabajo
- Vecinas/os

Situación emocional

Manifestaciones emocionales:

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

Manifestaciones cognitivas:

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

Manifestaciones conductuales:

- Silencio excesivo
- Evitación
- Negación
- Trastornos del sueño

ANEXO 2

PREGUNTAS PARA VALORAR TIPO, INTENSIDAD Y DURACIÓN DEL MALTRATO

VIOLENCIA FÍSICA Cualquier acto no accidental que provoque o pueda producir daño en el cuerpo de la mujer
<p>¿Alguna vez le ha golpeado/ le ha puesto la mano encima? ¿Qué hace él cuando discuten? ¿Le ha dado alguna bofetada? ¿Le ha empujado alguna vez durante una discusión? ¿Le ha echado alguna vez de casa? Cuando se enfada ¿rompe o tira objetos? ¿Golpea las puertas o la pared?</p>
VIOLENCIA PSICOLÓGICA Actos o conductas que producen desvalorización o sufrimiento en la mujer, tanto en público como en privado
<ul style="list-style-type: none">- Le grita a menudo o le habla de manera autoritaria?- ¿Le insulta / amenaza / chantajea / ridiculiza / menosprecia a solas o delante de otras personas?- ¿Le llama loca, estúpida, puta o inútil?- ¿La culpa de todo lo que sucede?- ¿Ignora sus sentimientos, su presencia, etc.?- ¿Le habla con un tono paternalista?- ¿Le pone en evidencia continuamente en público?- ¿Le controla las llamadas/cartas?- ¿Le controla el dinero? ¿Le obliga a rendir cuenta de los gastos? ¿Le acusa de no saber administrar el dinero?- ¿Le acusa de ser infiel sin motivo? ¿Se pone celoso?- ¿Le impide trabajar fuera de casa o estudiar?- ¿Le pone problemas para ver a su familia o amistades? ¿Les trata mal?- ¿Amenaza con hacerle daño a usted, a las hijas o hijos, a otras personas o a los animales domésticos?- ¿La amenaza con quitarle a los hijos o hijas si lo abandona?- ¿Alguna vez ha roto/estropeado intencionalmente algún objeto al que usted tenga especial aprecio?
VIOLENCIA SEXUAL Imposición a la mujer de mantener una relación sexual contra su voluntad
<p>¿Su pareja le obliga a tener relaciones sexuales contra su voluntad? ¿Alguna vez se ha sentido obligada a mantener una relación sexual sin que lo deseara? ¿Le fuerza a llevar a cabo prácticas sexuales que usted no desea? ¿Se siente libre para decidir el uso del preservativo u otros métodos anticonceptivos? ¿Se siente respetada por su pareja en las relaciones sexuales? ¿Tiene en cuenta sus deseos?</p>

ANEXO 3

VALORACIÓN DE LA FASE DE CAMBIO EN QUE SE ENCUENTRA LA MUJER

FASES DEL PROCESO DE CAMBIO DE PROCHASKA y DICLEMENTE
1. Precontemplativa
La mujer no tiene conciencia del problema <ul style="list-style-type: none">- No reconoce la conducta del maltratador como abusiva.- Puede ver su relación de pareja como normal.- No tiene intención de hacer cambios en su relación.
Formas de reaccionar <ul style="list-style-type: none">- Negar la relación de maltrato.- Defender al maltratador (<i>...es un buen padre.</i>). Autoculpabilizarse (<i>... si la cena hubiese estado a tiempo, no me hubiera pegado..</i>).- Culpabilizar a los demás (<i>... si mis amigas no vinieran tan frecuentemente, si los niños no hicieran tanto ruido...</i>).- Minimizar el problema (<i>... esto ocurre en todas las parejas; no es para tanto...</i>)
2. Contemplativa
Empieza a tomar conciencia de que existe una relación abusiva y/o problemática y puede ocultarlo o revelarlo
3. Preparación
La mujer va realizando pequeños cambios <ul style="list-style-type: none">- Empezar a desarrollar actividades de ocio, ampliar la red social, etc.- Pueden aparecer sentimientos de ambivalencia respecto de su relación y de la decisión de separarse de su pareja.
4. Acción
Hace cambios manifiestos para mejorar su situación respecto del maltrato <ul style="list-style-type: none">- Empezar a buscar trabajo (si no lo tenía anteriormente).- Participar en algún grupo de apoyo.- Buscar asesoramiento legal para el proceso de separación.
5. Mantenimiento
<ul style="list-style-type: none">- Reaparecen sentimientos de ambivalencia hacia el maltratador y su situación anterior.
6. Recaída
<ul style="list-style-type: none">- La mujer vuelve a vivir una situación de violencia.

Recomendaciones para la actuación según la fase del proceso de cambio en la que se encuentra la mujer:

En fase Precontemplativa

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

En fase Contemplativa

- Visibilizar y nombrar lo que está ocurriendo en su relación de abuso, sin culparla, relacionándolo con los hallazgos de la valoración. ... *me ha comentado que ha discutido hoy con su pareja y en el enfado él ha... (citar la conducta del hombre relacionada con algún tipo de violencia o falta de respeto)... ¿Por qué cree usted que lo ha hecho? ¿Cómo lo interpreta? ¿Qué le parece?*
- Analizar con ella el ciclo de la violencia. Reflexionar sobre 3 episodios de violencia: el primero, el más grave y el último.
- Se le propone a la mujer que sitúe estos episodios en un gráfico y los valore de 0 (no tensión ni peligro) a 10 (máxima tensión y peligro).
- Prestar especial atención al reconocimiento de la tensión y la agresión.
- Señalar la importancia de reconocer la fase de arrepentimiento del maltratador como estrategia para continuar con la relación. Demostrar la existencia real de una situación de maltrato. ... *El hecho de que no la deje salir con sus amigas, como hemos estado hablando, es que intenta aislarla de ellas y eso se corresponde con un tipo de maltrato que consiste en aislarla de la gente que usted quiere.*
- Apoyar y dar valor a las decisiones que tome.
- Advertir sobre la importancia del riesgo que supone compartir esta información con su pareja.

Valoración de la fase de cambio en que se encuentra la mujer

- Enfatizar lo contraproducente de intentar convencer a su pareja o de negociar con él, ya que no es útil y puede ser peligroso.

En fase de Preparación: entrevista motivacional

- Escuchar los planes de la mujer y expresar la importancia de los esfuerzos que está realizando.
- Analizar objetivamente con ella la situación actual y, si en el pasado intentó hacer cambios y qué ocurrió.
- Insistir en que esta fase y la siguiente (acción) son de un riesgo especial, ya que el maltratador, cuando observa que la situación empieza a escapar a su control, puede aumentar la intensidad y frecuencia del maltrato. Por lo tanto, es conveniente revisar el Plan de Seguridad con ella (anexo 10).
- Es imprescindible en esta etapa valorar y consensuar con la mujer la derivación y/o coordinación con Trabajo Social o con recursos disponibles de la zona (municipales, de igualdad...).

En fase de Acción y Mantenimiento

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

En fase de Recaída

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

ANEXO 4

RECOMENDACIONES PARA LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

- Crear un clima de confianza en un entorno tranquilo, asegurando la intimidad y confidencialidad, evitando las interrupciones.
- Entrevista conjunta del personal de medicina y enfermería (se puede decidir quién es la persona más adecuada para llevar a cabo la entrevista), algunos criterios de selección pueden ser quien mejor se maneje en estos casos manteniendo una escucha eficaz.
- Valorar las lesiones físicas y el estado emocional, indagando acerca de los recursos personales y sociales: apoyo familiar, de amistades y laboral.
- Respetar los tiempos y hacer una entrevista breve, ya que es posible encontrar un alto nivel de resistencia, rechazo, nerviosismo o incluso llanto que no permiten una intervención larga y detallada. La mujer suele encontrarse asustada, con ansiedad y le suele resultar difícil el relato de lo ocurrido. Deben reseñarse textualmente las expresiones propias en las que ella describe las conductas y sus sentimientos ante los gestos de maltrato por parte de su pareja.
- Mantener una actitud empática. Creerla, no dudar de lo que dice, intentando quitar miedo a la revelación del maltrato.
- Utilizar la escucha activa (sin interrupciones y con atención) y reflexiva, ayudándole a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones.
- Facilitar la expresión de sentimientos.
- Desculpabilizarle e insistir en que la violencia nunca está justificada.
- Considerar la fase del proceso del cambio en la que se encuentra.
- Analizar los miedos a un posible cambio.
- Ofrecerle mensajes positivos. Señalarle sus capacidades y logros. Apoyar sus decisiones. Tener en cuenta sus valores y las expectativas y comprender sus sentimientos y creencias de la mujer.
- Alertarla de los riesgos y aceptar su elección, respetando el proceso de cada mujer.
- Se trabajará con ella el plan de seguridad (anexo 10) según la situación en que se encuentre, la fase del proceso de cambio en que esté y la Situación Objetiva de Riesgo o la Situación de Peligro Extremo, para asegurar su protección.

Recomendaciones para la entrevista motivacional

- Ofrecer recursos según sus necesidades.

Actitudes y comportamientos a evitar durante la entrevista:

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

ANEXO 5

CÓDIGOS CIE

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

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

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

Tipo de maltrato	
Maltrato físico...	995.81
Maltrato psicológico	995.82
Violaciones a adultos	995.83
Autor del maltrato	
Agresor hombre pareja o expareja	E967.3
Agresor padre, pareja masculina de progenitora o tutora del niño o de la niña	E967.0
Agresor extraño (en agresiones sexuales)	E 967.9
Medio agresor	
Paliza, pelea con puños	E960.0
Violación	E960.1
Sustancia corrosiva o cáustica, salvo envenenamiento	E961
Envenenamiento	E962
Ahorcamiento, estrangulamiento	E963
Sumersión, ahogamiento	E964
Arma de fuego, explosivo	E965
Instrumento cortante, punzante	E966
Malos tratos a niños y niñas y adultos	E967
Fuego, líquido caliente, empujón desde altura, atropello, mordedura, otros.	E968

ANEXO 6

EL PARTE AL JUZGADO

JUNTA DE ANDALUCÍA

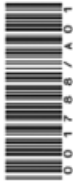
CONSEJERÍA DE SALUD

Hoja 1 de 2 ANEXO I

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

1 DATOS DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO				
NOMBRE DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO				
DIRECCIÓN				
LOCALIDAD			PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONO	FECHA DE LA ASISTENCIA	HORA (de llegada al centro o servicio sanitario)		
2 DATOS DE FILIACIÓN DE LA PERSONA LESIONADA				
APELLIDOS Y NOMBRE				SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
DNI/ PASAPORTE/ TARJETA SANITARIA N°	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD
DIRECCIÓN				
LOCALIDAD			PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONOS		<input type="checkbox"/> PERSONA FALLECIDA		
3 CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES (O DEL FALLECIMIENTO)				
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE: <input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Tráfico (incluido atropellos) <input type="checkbox"/> Otros (especificar): <input type="checkbox"/> VIOLENCIA DE GÉNERO: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psíquica o mental <input type="checkbox"/> MALTRATO A PERSONAS: <input type="checkbox"/> Menores de edad <input type="checkbox"/> Ancianas <input type="checkbox"/> Dependientes <input type="checkbox"/> Con discapacidad: <input type="checkbox"/> Psíquica o mental <input type="checkbox"/> Sensorial <input type="checkbox"/> AGRESIÓN: <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Otra (especificar): <input type="checkbox"/> ANIMALES: <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Aranzazo <input type="checkbox"/> Lamedura <input type="checkbox"/> Otros (especificar): <input type="checkbox"/> INTOXICACIÓN (especificar): <input type="checkbox"/> OTRAS CAUSAS (especificar):				
4 LESIONES QUE PRESENTA (describir el tipo de lesiones, localización y posible fecha de las mismas)				
5 ESTADO PSÍQUICO Y EMOCIONAL (describir los síntomas emocionales y la actitud de la persona)				
6 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS				
7 MEDIDAS TERAPEUTICAS (incluir medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, curas locales, tratamiento quirúrgico, etc...)				
8 PRONÓSTICO CLÍNICO (salvo complicaciones)				
<input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> MUY GRAVE				

Ejemplar para el JUZGADO DE GUARDIA



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

9 PLAN DE ACTUACIÓN (Especificar si es Alta, se deriva a otros recursos o especialidades, queda ingresada o si precisa seguimiento)	
10 DATOS RELACIONADOS CON LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA, SEGÚN MANIFIESTA:	
DIRECCIÓN/LUGAR DE LOS HECHOS O DEL INCIDENTE	
PARA LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, MALTRATO O AGRESIONES: ¿CONOCE A LA/S PERSONA/S AGRESORA/S? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S
EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA CONSIGNAR:	DIRECCIÓN
	TELÉFONO
RELACION/PARENTESCO CON LA/S PERSONA/S AGRESORA/S	
OTRAS VÍCTIMAS EN EL MISMO INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada):	
TESTIGOS DEL INCIDENTE (consignar nombre y apellidos, relación o parentesco con la persona lesionada):	
LA PERSONA ACUDE: <input type="checkbox"/> SOLA <input type="checkbox"/> ACOMPAÑADA (consignar nombre y apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada):	
DESCRIBIR COMO HAN OCURRIDO LOS HECHOS, UTILIZANDO CUANDO SEA POSIBLE (y con entrecorridos) LAS MISMAS PALABRAS DE LA PERSONA LESIONADA:	
11 ANTECEDENTES DE INTERÉS, para casos de violencia de género, maltrato o agresiones	
¿HA SUFRIDO AGRESIONES ANTERIORES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APORTA INFORMACIÓN	
EN CASO DE AGRESIONES ANTERIORES SE CONSIGNARÁ:	
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA/S PERSONA/S AGRESORA/S	
DIRECCIÓN	TELÉFONO
RELACION/PARENTESCO CON LA/S PERSONA/S AGRESORA/S	
INDICAR CUANDO, DESCRIBIR LAS LESIONES Y EVOLUCIÓN DE LAS MISMAS	
DENUNCIAS PREVIAS: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿HAY TESTIGOS DE ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿HABÍA OTRAS PERSONAS LESIONADAS EN ESOS ATAQUES? En caso afirmativo especificar nombre, apellidos, relación de parentesco con la persona lesionada: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
12 OBSERVACIONES	
EMBARAZO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿TIENE PERSONAS MENORES O DEPENDIENTES A SU CARGO? En caso afirmativo especificar nombre y apellidos, relación de parentesco: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
OTROS DATOS DE INTERÉS PARA EL ÓRGANO JUDICIAL (no quiere presentar denuncia; miedo a la/s persona/s agresora/s, a perder la custodia de menores, a la reacción de familiares; precariedad económica, etc...):	
SE CONTACTA TELEFÓNICAMENTE <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICAR CON QUÉ RECURSO SE CONTACTA, LA HORA DE CADA LLAMADA Y EL RESULTADO DE LAS MISMAS: <input type="checkbox"/> JUZGADO DE GUARDIA: <input type="checkbox"/> FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD: <input type="checkbox"/> SERVICIOS SOCIALES: <input type="checkbox"/> INFORMACIÓN DE LA MUJER: <input type="checkbox"/> OTROS RECURSOS (especificar): <input type="checkbox"/> SE SOSPECHA QUE LA CAUSA DE LAS LESIONES SEA DIFERENTE A LA QUE REPIERE LA PERSONA	
13 DATOS PERSONAL FACULTATIVO	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERSONAL FACULTATIVO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA	SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
CÓDIGO NUMÉRICO PERSONAL/Nº DE COLEGIACIÓN	FECHA
FIRMA	

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



El parte al juzgado

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

El modelo de Parte al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria será de aplicación en todos los centros y servicios sanitarios, tanto públicos como privados, que atiendan casos de lesiones o fallecimientos que deban ser puestos en conocimiento de la Autoridad Judicial en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía. En los centros que esté disponible la conexión con el sistema DIRAYA o cuenten con otros registros similares, será cumplimentado informáticamente. Además estará disponible en modelo autocopiativo en todos los centros sanitarios. En este caso, para cumplimentarlo deberá utilizarse bolígrafo y letra clara, legible y sin tachaduras y habrá de comprobarse que las copias son legibles.

Los datos aquí recogidos se registrarán por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, garantizándose la confidencialidad, seguridad e integridad de los mismos y su utilización para los fines que constituyen su objeto.

TRAMITACIÓN DEL PARTE:

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

LESIONES PRESUMIBLEMENTE PRODUCIDAS POR:

Violencia de género: Todo acto de violencia física o psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las coacciones o la privación arbitraria de libertad ejercidas sobre la mujer por parte de quien sea o haya sido su cónyuge, o esté o haya estado ligado a ella por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia.

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

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

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

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

LOS APARTADOS QUE PROCEDAN DEBEN SER CUMPLIMENTADOS EN SU TOTALIDAD:

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

Deberá recogerse el estado psíquico y emocional en el que se encuentre la persona cuando acude al centro.

Deberán detallarse las pruebas complementarias que se realicen, las medidas terapéuticas, el pronóstico clínico y si tras la atención la persona ha sido dada de alta o derivada a otro servicio.

Asimismo, se facilitará la recogida de información relacionada con el posible origen de las lesiones, datos de la persona que las ha podido causar según refiere la persona lesionada, si ésta acude al centro sola o acompañada y si tras la atención se sospecha que la causa de las lesiones es diferente a la que se refiere.

También deberán recogerse antecedentes de interés relacionados con el hecho que motiva la asistencia, consignándose la opción "no aporta información" si la persona no responde a las cuestiones que el modelo de parte recoge.

Se especificará si la persona atendida tiene menores u otras personas a su cargo y otros datos de interés para el órgano judicial, así como si se contacta telefónicamente con otros recursos. Específicamente, en todos los casos en los que se deba comunicar de forma urgente al juzgado de guardia, se anotará la hora en la que se contactó telefónicamente con el juzgado, justificándose la causa en caso de omitir dicha llamada.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFIAR LESIONES

D/Dª con DNI
En su caso, su representante legal:
D/Dª con DNI
En calidad de con domicilio

DECLARO:

Que el Dr/la Dra del Centro/ Servicio Sanitario..... me ha explicado la conveniencia de realizar fotos de las lesiones que presento, para que:

- Sean facilitadas en sobre cerrado al juzgado correspondiente, acompañando al parte al juzgado de guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones y sirvan de prueba en las actuaciones legales pertinentes.
- Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario, siempre preservando mi intimidad sin que en ningún caso se revele mi identidad.

Salvo consentimiento expreso, dichas fotos no podrán ser utilizadas para otros fines. He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el personal facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS DE LAS LESIONES QUE PRESENTO CON LA FINALIDAD DE:

- Ser facilitadas en sobre cerrado al Juzgado correspondiente [] Sí [] NO
- Puedan ser utilizadas con fines de investigación médica o docente dentro del ámbito sanitario [] Sí [] NO

En a de de

Fdo. D/Dª

Firma del Personal Facultativo responsable

Fdo. Representante legal

EN CASO DE REVOCACIÓN:

D/Dª con DNI con domicilio
En su caso, su representante legal:
D/Dª con DNI
En calidad de con domicilio

Revoco el consentimiento prestado en fecha / /

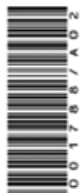
Lo que firmo, En a de de

Fdo. D/Dª

Firma del Personal Facultativo responsable

Fdo. Representante legal

Ejemplar para el JUZGADO DE GUARDIA



ANEXO 7

LA COMUNICACIÓN A FISCALÍA

A continuación se presenta un modelo tipo con datos básicos que podría contener la Comunicación a la Fiscalía Provincial de Violencia a la Mujer:

POSIBLE SUPUESTO DE MALOS TRATOS A MUJER	
Datos del personal facultativo	
Nombre y apellidos: Centro sanitario: Nº de colegiado/a:	
Datos personales de la mujer	
Nombre y apellidos: Domicilio: Fecha nacimiento: Teléfono de contacto:	
Datos en que se funda la posible existencia de un supuesto de malos tratos	
— — Acompaño informes clínicos que existen en el centro por otras asistencias prestadas a la mujer, que puedan ser de relevancia para la autoridad judicial al proporcionar información acerca de la habitualidad del maltrato: — — Lo que pongo en su conocimiento al amparo de lo previsto en el Art. 773.2 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal y por si considera oportuno la incoación de diligencias de comprobación.	
CNP o Nº Colegiado	LUGAR Y FECHA
FIRMA	

ANEXO 8

PROTOCOLO DE PROTECCIÓN DEL CENTRO

Se pondrá en marcha:

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

Las medidas que se deben contemplar son:

- La mujer deberá ser acompañada por personal sanitario en todos sus desplazamientos por el centro sanitario.
- Si es trasladada a otro centro deberá ser acompañada por personal sanitario, y si se estima necesario, por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.
- Advertir al personal sanitario y no sanitario de la obligación de notificar con carácter urgente al equipo a cargo de la mujer cualquier intento de aproximación que efectúe el presunto maltratador y si éste tuviera una Orden de Alejamiento o una Orden de Protección.
- El quebrantamiento de una Orden de Alejamiento/Orden de Protección supone un delito, así como un grave riesgo para la integridad física. Por ello, el equipo responsable deberá poner este hecho en conocimiento de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad de forma inmediata, tomando las medidas necesarias para garantizar la seguridad de la mujer hasta la llegada de éstas. En estas situaciones, aunque ella manifieste su deseo de ver al presunto maltratador, no se accederá a su petición.
- Recoger en la historia clínica las medidas de protección adoptadas. Si en algún momento se ve amenazada la seguridad del personal sanitario por parte del supuesto maltratador se avisará al personal de seguridad del centro sanitario y si se estima necesario, a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

Protocolo de protección del centro

- Garantizar la seguridad de la mujer no facilitando información de la misma durante su estancia en el centro:
 - Comunicar a la Unidad de Atención a la Ciudadanía y a los Servicios de Admisión la prohibición de facilitar cualquier información sobre la situación.
 - Comunicar igualmente al Servicio de Atención a Pacientes, al Servicio de Información y a centralita telefónica la prohibición de facilitar cualquier tipo de información.
 - Comunicar a todo el personal del servicio y a todo el personal implicado en su asistencia que no se debe facilitar información sobre la situación de la mujer, ni su ubicación.

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

ANEXO 9

CUANDO ALERTAR A LAS FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD DEL ESTADO

- Situación de Peligro Extremo confirmado por la mujer.
- Lesiones de pronóstico grave o muy grave si no ha sido llevada al centro sanitario por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.
- Incumplimiento por parte del maltratador de la Orden de Alejamiento o de Protección.

ANEXO 10

PLANES DE SEGURIDAD DE LOS CENTROS

En caso de que se detecte Situación de Peligro Extremo, el personal de salud:

- Contactará con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad para garantizar la protección de la mujer.
- Si fuese necesario, se le facilitará la comunicación con el Instituto Andaluz de la Mujer (IAM), a través de sus centros o del teléfono 900 200 999 para la acogida de emergencia. El contacto se realizará, preferentemente, con la trabajadora social del centro.
- Se contactará con el Juzgado de Guardia y se remitirá el parte al juzgado, de forma urgente a través de fax si es preciso.
- Se explicarán las medidas de protección que puede adoptar: estrategia de seguridad, escenario de protección y plan de huida.
- Informarle sobre la posibilidad de llamar al 112, al 016 y al teléfono 900.200.999 del IAM, para solicitar ayuda e información.

Estrategia de seguridad

Se le informará de la estrategia de seguridad a seguir por si fuese necesario abandonar la vivienda de forma urgente. Deberá tener localizado un domicilio o lugar seguro al que acudir en caso de necesidad o llamar al 112 en caso de riesgo para su seguridad.

Previamente, es conveniente que en un lugar seguro del domicilio o en casa de alguien de confianza se tenga preparado:

- Listado de teléfonos importantes y lugares donde alojarse.
- Listado de teléfonos de familiares, colegios, centros sanitarios....
- Un juego de llaves de la casa y del coche.
- Un bolso con ropa, medicamentos y algún objeto significativo para cada niño o niña (manta, libro, juguete).
- Documentos legales como DNI, permiso de conducir, tarjeta sanitaria, libro de familia, pólizas de seguros, informes médicos, denuncias, fotos de lesiones.
- Documentos, originales o copias, que acrediten la titularidad de la vivienda y los ingresos familiares (escrituras, contratos, seguros...).

- Abrir una cuenta, que solo ella conozca, en una entidad bancaria e ir ingresando lo que pueda. Hacer provisión de dinero en metálico, tarjetas de crédito y/o talonarios de cheques.

Escenario de protección ante agresión

- Conocer el 112 para pedir ayuda.
- Concertar una señal de ayuda con vecindario y familiares.
- Enseñar a sus hijos e hijas a pedir ayuda y a protegerse.
- Si ve próxima la agresión no alejarse de la puerta de salida. Si es necesario, refugiarse en una habitación, procurar que tenga ventana y pestillo, y llevarse un teléfono para solicitar ayuda.
- Evitar estar en espacios donde el maltratador pueda tener acceso a objetos peligrosos, como la cocina o en los que haya herramientas.
- Hacer el mayor ruido posible para alertar al vecindario.
- Si el ataque es inevitable procurar ser el blanco más pequeño posible (protegerse con los brazos, la cabeza y cara).

Plan de huida

- Procurar que el maltratador no esté en la vivienda en el momento de abandonarla o dar un argumento que no levante sospecha para salir de la vivienda.
- No dar información ni indicios de sus planes.
- No tomar tranquilizantes, ni alcohol que mermarían su capacidad de reacción; ha de estar alerta si decide irse.
- Acudir a las personas y a los lugares con las que había contactado previamente.
- Recordar la estrategia de seguridad.

ANEXO 11

DERIVACIONES PARA ATENCIÓN PSICOLÓGICA/PSIQUIÁTRICA

Centros municipales de información a la mujer (CMIM). Se derivará a ellos cuando se encuentre en situación de maltrato y no cumpla los criterios para el diagnóstico de un trastorno mental grave o un trastorno mental común. En estos centros las mujeres serán atendidas por el departamento psicológico. La mujer será derivada a un CMIM si el municipio dispone de él.

Equipos básicos de atención primaria (EBAP). Se realizará de forma programada una evaluación inicial a todas las mujeres que presenten, o exista sospecha de presentar, alguno de los diagnósticos incluidos en el proceso asistencial integrado de Ansiedad, Depresión y Somatizaciones y, si se considera necesaria, derivación posterior a la USMC de referencia.

Unidades de salud mental comunitaria (USMC). Se derivará de forma urgente cuando la mujer:

- Refiera, en el momento de la atención, ideas de muerte o intentos de suicidio.
- Presente clínica depresiva moderada y antecedentes de intentos de suicidio.
- Padezca o exista sospecha de padecer alguno de los diagnósticos incluidos en el proceso asistencial integrado de Trastorno Mental Grave.

Se derivará de forma programada, para estudio y tratamiento cuando presente o exista el riesgo de padecer un trastorno depresivo moderado o grave.

Unidad de agudos. Se hará una interconsulta a psiquiatra de guardia cuando la mujer haya tenido un ingreso previo, en la unidad de hospitalización, por padecer un Trastorno Mental Grave, antecedentes de intentos de suicidio graves que hayan requerido atención especializada o el motivo actual de la atención urgente sea un intento de suicidio grave.

Centro provincial de drogodependencias. Si la mujer atendida presenta un problema relacionado con el consumo y abuso de sustancias se derivará a dicho centro y posteriormente, desde esa unidad, se valorará su derivación al EBAP, a la USMC, o a los CIM para completar el abordaje terapéutico.

ANEXO 12

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DERIVAR A LOS CIM

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

ANEXO 13

1.- EVALUACIÓN DE MENORES CON EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

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

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

Elaboración propia: Fuente: Manual de atención a niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar. Madrid: Save the Children (2008a)

2.- EVALUACIÓN DEL RIESGO

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

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

Elaboración propia: Fuente: Manual de atención a niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar. Madrid: Save the Children (2008a)

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

Elaboración propia: Fuente: Manual de atención a niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar. Madrid: Save the Children (2008a)

Evaluación de menores con exposición a la violencia de género

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

Elaboración propia: Fuente: Manual de atención a niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar. Madrid: Save the Children (2008a)

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

Elaboración propia: Fuente: Manual de atención a niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar. Madrid: Save the Children (2008a)

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

Elaboración propia: Fuente: Manual de atención a niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar. Madrid: Save the Children (2008a)

ANEXO 14

AGRESIONES SEXUALES DESDE EL PUNTO DE VISTA FORENSE. HALLAZGOS E INDICACIONES DE VIOLENCIA SEXUAL

Los estudios e investigaciones realizados desde la medicina forense están científicamente encaminados a la peritación, y los resultados se plasman en un Informe o Dictamen pericial, destinado al asesoramiento y auxilio judicial.

Para definir una agresión sexual, hay que encuadrarlo en el concepto legal vigente definido en el Código Penal. El Título VIII del Código Penal: “DELITOS CONTRA LA LIBERTAD E INDEMNIDAD SEXUALES”, en el capítulo I “DE LAS AGRESIONES SEXUALES”, establece:

- Art.178: “El que atentase contra la libertad sexual de otra persona con violencia o intimidación, será castigado como responsable de agresión sexual...”.
- Art. 179: “Cuando la agresión sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías...”.

En el Capítulo II “DE LOS ABUSOS SEXUALES”:

- Art. 181.1. El que sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento, realizase actos que atenten contra la libertad e indemnidad sexual de otra persona...2. En todo caso, se consideran abusos sexuales no consentidos los que se ejecuten sobre menores de 13 años, sobre personas que se hallen privadas de sentido o de cuyo trastorno mental se abusare Y cuando el consentimiento se obtenga prevaliéndose el responsable de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima.
- Art. 182: En todos los casos del artículo anterior, cuando el abuso sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías...”.

La falta de consentimiento por parte de la víctima es el elemento esencial en la violencia sexual. En base a ello existen una serie de conductas y/o circunstancias que dan lugar a distintas manifestaciones y hallazgos exploratorios:

A) Según el tipo conducta sexual:

- Con penetración: vaginal, anal, bucal.
- Sin penetración: conductas como caricias, tocamientos, masturbación...

Agresiones sexuales desde el punto de vista forense

B) Según el número de episodios de abusos:

- Agresiones puntuales: Sería la que sucede un sólo día, generalmente por un desconocido. Es la más conocida pero la menos frecuente.
- Agresiones reiteradas: Son las más frecuentes pero también las más desconocidas; entre otras circunstancias porque es la que más se oculta y menos se denuncia. Suele darse en el seno de las familias, por agresores conocidos, y más frecuentemente las víctimas son menores.

C) Según la existencia o no de violencia física:

- Sin lesiones: Cuando se habla de agresión sexual, se asocia inmediatamente a una gran violencia física. La realidad es que en la gran mayoría de los casos no se encuentra en la exploración forense signos de lesiones o, como mucho, alguna erosión o hematoma de escasa importancia clínica. Esta ausencia de lesiones tiene múltiples explicaciones: existen ciertas conductas o estrategias que no hacen necesarias la violencia física, como la amenaza, intimidación, abuso de poder o autoridad, engaño (en el caso de los menores), etc., otras veces las víctimas ceden ante la violencia del agresor por invadirles un gran miedo y reaccionar con un bloqueo físico y psicológico o bien bajo los efectos de drogas (sumisión química). Lo más habitual en la práctica forense, es que la víctima no tenga muestras externas de golpes o de resistencia a la agresión, o que las escasas lesiones sean de entidad clínica leve. En ninguno de estos casos puede excluirse que la agresión se haya producido.
- Con lesiones: Se producen cuando se usa la violencia física y serán más o menos graves según la brutalidad de la acción.

D) Según el tiempo transcurrido para la exploración. Los hallazgos encontrados en la exploración forense variarán según haya transcurrido un lapso de tiempo más o menos largo hasta que se produzca el reconocimiento de la víctima; de forma que muchos signos o lesiones habrán evolucionado hasta incluso llegar a desaparecer. Una exploración negativa por tanto no debe excluir a priori que haya existido una agresión sexual.

E) Según la edad de las víctimas. Basándonos en los estudios realizados por la Asociación AMUVI de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales de Andalucía¹⁰³, las agresiones esporádicas o puntuales tienen mayor frecuencia en edades comprendidas entre los 18 y los 25 años, así como en los intervalos de edad anterior y posterior. Las agresiones reiteradas a

¹⁰³ Sepúlveda, Millán, 1998, 1999 Asociación AMUVI de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales de Andalucía

lo largo de más o menos tiempo las sufren más frecuentemente las niñas menores de 12 años.

F) Agresión sexual facilitada por alcohol o drogas o “sumisión química”. En numerosas ocasiones se utiliza alcohol o sustancias psicoactivas para manipular la voluntad de las personas o modificar su comportamiento. Los efectos farmacológicos de la sustancia administrada evitan que la víctima se encuentre en condiciones de prestar su consentimiento o resistencia a su atacante.

Objetivos de la valoración médico forense

- Determinar si ha habido agresión sexual y de qué tipo.
- Realizar un diagnóstico de las lesiones, su naturaleza (contusión, herida...), etiología (si es accidental o intencional), mecanismo de producción y gravedad de las lesiones.
- Determinar los medios de agresión, el objeto causante de las lesiones, especificar si son medios especialmente peligrosos susceptibles de causar la muerte.
- Precisar si la agresión se ha realizado bajo el influjo de alcohol o drogas¹⁰⁴.
- Establecer la data o antigüedad de las lesiones.
- Determinar el tiempo de curación e incapacitación de las lesiones, así como la asistencia y tratamiento requerido.
- Valorar las secuelas tanto físicas como psicológicas que presenta la víctima.
- Realizar un estudio de la víctima en orden a establecer su especial vulnerabilidad, cuando exista enfermedad psíquica o física o algún impedimento.
- Valorar la existencia de un trastorno mental, o si durante los hechos la víctima se hallaba privada de sentido o razón (estados de coma, parálisis, síncope).
- Determinación de la edad de la víctima.
- Correlacionar los hallazgos con la historia y hacer la reconstrucción de los hechos.
- Interpretar los resultados analíticos.

¹⁰⁴ Instrucciones de actuación en casos de agresión sexual con sospecha de intoxicación. Ministerio de Justicia. 2012. Disponible en www.mjusticia.es

ANEXO 15

ASISTENCIA A LAS VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL

La asistencia a la víctima de violencia sexual¹⁰⁵ presenta características comunes con la que se debe prestar a la mujer víctima de cualquier otro tipo de violencia y características específicas derivadas de la atención especializada necesaria para estos casos.

El tiempo transcurrido desde que sucede la agresión y la asistencia debe ser el mínimo posible ya que pueden desaparecer los signos de violencia y/o coito; los espermatozoides no viven más de 72 horas en el cuerpo de la mujer y en niñas presentan menos viabilidad al no tener moco cervical, generalmente no más de 24 horas los móviles y 48 horas los inmóviles. Igualmente, si se le han suministrado sustancias para favorecer la agresión, éstas pueden desaparecer.

Admisión y acompañamiento

- Registrar la hora de admisión en el servicio.
- La actitud del personal debe ser extremadamente respetuosa. Las preguntas deben ser realizadas con el máximo cuidado, utilizando un lenguaje adecuado a su edad y circunstancias¹⁰⁶.
- La asistencia será sistemática y protocolizada, siguiendo el orden establecido.

Anamnesis

Deberá anotarse en la historia clínica el relato de los hechos, lo que la mujer cuente, siempre con letra legible y en términos que permitan que personal no sanitario pueda entenderlo. Incluye los siguientes aspectos:

- Fecha, lugar, hora y circunstancias de la agresión (ha estado bajo la influencia de alcohol o sospecha haber tomado alguna sustancia que ha alterado su grado de vigilancia, consciencia o capacidad de juicio, no recuerda qué sucedió, tiene la sensación de que ha sucedido algo de naturaleza sexual, se ha despertado desnuda o con la ropa desarreglada, ha encontrado fluidos u objetos -p. ej., preservativo-, presenta lesiones inexplicadas, se

¹⁰⁵ El texto de este anexo ha sido tomado y adaptado del documento Atención sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos. Consejería de Salud. Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud (2001) y del Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la Salud en Cataluña (2009)

¹⁰⁶ Atención sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos. Consejería de Salud. Plan Estratégico Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. 2001.

ha despertado con un desconocido al lado o en un lugar extraño o le cuentan que se encontraba en una situación comprometedor¹⁰⁷).

- Tipo de agresión: vaginal, anal, oral, otras.
- Armas o utensilios utilizados.
- En relación al agresor, las características físicas, si lo conoce, o si es o ha sido su pareja.
- Presencia de testigos.
- Actos realizados después de la agresión (aseo personal -ducha, baño, ducha vaginal-, toma de alimentos o medicamentos, cambio de ropa, etc.)

Estado físico y psíquico

- Estado de ánimo: ansiedad, llanto, embotamiento o si recuerda o no lo sucedido (amnesia completa o parcial).
- Actitud durante la exploración (habla pastosa, alteraciones visuales, somnolencia, confusión).
- Agitación o alucinaciones, alteración del juicio, mareo o vértigo, alteraciones de la motricidad o del equilibrio.
- Resaca desproporcionada o síntomas no consistentes con el consumo recordado.
- Alteraciones psicopatológicas (parálisis, pérdida de conocimiento o desmayo).
- Nauseas o vómitos.

Antecedentes personales de agresiones y enfermedades

- Malos tratos y/o agresiones anteriores: fecha de comienzo, número o frecuencia.
- Hijos e hijas menores y si también reciben malos tratos.
- En caso de conocimiento del agresor, relación con él.
- Lesiones antiguas y si recibió asistencia. Identificación de los centros sanitarios y fechas. Denuncias efectuadas.

¹⁰⁷ Xifró A., Barbería E., Pujol A., Arroyo A., Bertomeu A., Montero F. Sumisión química: guía de actuación médico-forense. Revista Española de Medicina Legal. Vol. 39. Núm. 01. Enero-Marzo 2013.

Exploración. La exploración deberá efectuarse sin prisa, intentando conseguir que la mujer se vaya serenando y adquiera seguridad y confianza.

Exploración general

Se debe recabar siempre el consentimiento de la víctima. Deberá desnudarse sobre una sábana blanca, de forma que puedan recogerse las ropas y restos que éstas puedan tener (tierra, pelos, etc.). En el caso de que haya que cortar las ropas, se hará siguiendo una línea paralela a 1 cm. aproximadamente de las costuras, respetando manchas de sangre y de otros restos. Por último plegar la sábana por los cuatro picos hacia arriba.

La exploración debe hacerse de arriba hacia abajo, en la postura más cómoda para la víctima: de pie o decúbito en la camilla, primero explorando la mitad izquierda corporal y luego la derecha.

- Las extremidades deben ser exploradas empezando por los dedos hasta la articulación principal, en sus caras anteriores y posteriores:
 - Miembros superiores: dedos, manos, muñecas, antebrazos y brazos.
 - Miembros inferiores: dedos, pies, tobillos, piernas y muslos.
- Explorar especialmente en las zonas de pliegues anatómicos: párpados, cuello, pliegues auriculares, ingles.
- Tener en cuenta las zonas de apoyo (codos, rodillas, espalda). Una lesión de escasa entidad clínica puede tener gran importancia para esclarecer los hechos.
- Realizarla con buena luminosidad.
- Describir el tipo lesiones: aspecto, forma y color y localización anatómica (cabeza, cuello, nalgas, extremidades, etc. con referencia a puntos anatómicos).
- Siempre que sea posible, y con el consentimiento de la mujer, fotografiar las lesiones.
- Se deben utilizar los medios diagnósticos necesarios dependiendo de las lesiones (radiografías, TAC, etc.).

Ropas

- Se remitirán las prendas que la víctima llevaba en el momento de la agresión, así como cualquier soporte u objeto del lugar de los hechos donde se sospeche la presencia de semen o de sangre.
- Si las prendas estuvieran húmedas dejar secar e introducirlas en envoltorios individuales.

Examen genital/anal

- **- Examen externo.** La exploración se realizará en camilla ginecológica. Si se trata de niñas puede hacerse sobre la camilla e incluso en el regazo materno, abriendo las piernas y uniendo entre sí las plantas de los pies (“postura de la rana”). La zona anal puede explorarse en posición genupectoral.

Nunca se debe utilizar un material exploratorio que pueda ser agresivo o lesivo sin antes haber comprobado el estado de la víctima, ya que pueden existir desgarros o roturas en vagina, recto o tabique rectovaginal. Debe tenerse especial cuidado con los microtraumatismos que puedan producirse durante las maniobras exploratorias.

La descripción de las lesiones genitales será sistemática: pubis, periné, ano, vulva, himen, vagina, cérvix y útero. Debe detallarse la localización e importancia de las heridas o consignar, si procede, que no las hay.

- **Examen interno.** La exploración de genitales o recto a nivel interno se hará mediante instrumentos diagnósticos: rectoscopio, ecografía... En el caso de mujeres con movilidad reducida se puede derivar a la Red de Consultas Ginecológicas y Obstétricas con mobiliario clínico adaptado (capítulo X. Guía de recursos).

Toma de muestras

Debe tomarse también muestra de las uñas para investigar la presencia de restos de sangre y/o epidérmicos y la presencia de pelo pubiano del agresor con cepillo ginecológico. Se realiza un recorte de uñas y se envasa cada una independientemente, indicando en cada envase a qué dedo y qué mano corresponde.

En el caso de violación vaginal. La toma se hará con espéculo lubricado con suero fisiológico, dando prioridad a las tomas para esperma. El orden de recogida es el siguiente:

1. Tomas vaginales con hisopos en seco (dos mínimo) para esperma, que se guardarán en sus fundas sin conservantes.

Asistencia a las víctimas de agresión sexual

2. Tomas vaginales (dos como mínimo) con hisopos de algodón estériles en medio de mantenimiento para estudio de ITS.
3. Tomas cervicales (dos como mínimo) previa limpieza exterior del cérvix, con torundas de algodón estériles con medio de mantenimiento, rotando la torunda durante 10–20 segundos, para estudio de ITS.
4. Lavado vaginal con suero fisiológico para investigación de esperma. Se realizará con 10 ml. de suero fisiológico estéril aproximadamente y se recogerá en un bote o tubo estéril que pueda cerrarse herméticamente.

En el caso de violación anal

1. Toma anal con torundas en seco (dos como mínimo) para investigar esperma.
2. Toma anal con torundas de algodón estériles (dos como mínimo) en medio de mantenimiento para estudio de ITS.
3. Lavado anal con suero fisiológico estéril para investigación de esperma, con aproximadamente 10 ml. de suero fisiológico y se recogerá en un bote o tubo estéril que pueda cerrarse herméticamente.

En el caso de violación bucal

1. Tomas con torundas secas por toda la boca, insistiendo especialmente detrás de los incisivos y premolares, para investigación de esperma.
2. Tomas faríngeas con torundas secas para investigación de esperma.
3. Tomas faríngeas con torundas estériles y con medio de mantenimiento.
4. Lavado bucal con suero fisiológico estéril para investigación de esperma, con aproximadamente 10 ml. de suero fisiológico, que se recogerá en un bote o tubo estéril que pueda cerrarse herméticamente.

Sangre venosa periférica:

No utilizar alcohol como desinfectante al tomar la muestra.

- Muestra de 5 ml. de sangre en viales con anticoagulante (EDTA Na sólido) para la determinación de ADN.
- Muestra de 5–10 ml. de sangre en viales con anticoagulante (EDTA Na sólido). para la determinación de ITS, VIH y Hepatitis B.

- 4 tomas con anticoagulante (al menos 2 con fluoruro sódico y oxalato potásico) procurando llenar los tubos al máximo para evitar, en la medida de lo posible, la cámara de aire y 2 con EDTA para evitar la formación in vitro de GHB para la determinación de drogas¹⁰⁸.

Orina:

- Prueba de embarazo y determinación de infecciones
- Determinación de tóxicos (presencia de drogas), en frasco de seguridad de 50 ml. y mantener y enviar en condiciones de refrigeración.

Pelo de la región occipital:

Esta prueba se realiza para la detección de drogas y la realiza el personal forense. Si no es posible la intervención forense se tomará ya que es útil disponer de un mechón obtenido en el momento de la agresión y así diferenciar con los resultados del análisis de una nueva muestra de pelo a las 3-5 semanas después.

Se corta 1 muestra de pelo a ras del cuero cabelludo de un grosor mínimo de unos 7 mms. de diámetro (grosor de un lápiz), que se deposita en sobre papel fijado con cinta adhesiva, anotando el extremo próximo a la raíz (zona proximal) y el extremo de la punta (zona distal).

- Uñas: Recorte de uñas.
- Pelo pubiano para identificación del agresor.
- Semen en cavidad anal, vaginal u oral, para la determinación de espermatozoides y estudio de ADN para identificación del agresor.
- Exudado y citología, para determinación de ITS
- Sangre para determinación de ADN, VIH, ITS, Hepatitis B y C y drogas de sumisión química.
- Orina: Para prueba de embarazo y determinación de infecciones y de tóxicos.
- Muestra de pelo de la región occipital para detección de drogas.

¹⁰⁸ Instrucciones de actuación en casos de agresión sexual con sospecha de intoxicación. Ministerio de Justicia. 2012.

SUSTANCIAS MÁS FRECUENTEMENTE INCRIMINADAS (sumisión química)	
Alcohol etílico Cannabinoides y cocaína Benzodiazepinas Hipnóticos Analgésicos y anestésicos	Barbitúricos GHB Anfetaminas Disolventes orgánicos

Manejo de todas las muestras tomadas

Las muestras, correctamente conservadas y custodiadas para su análisis y manteniendo siempre la cadena de custodia, deben enviarse siguiendo los protocolos establecidos con el juzgado de guardia.

1. Envasar independientemente cada muestra y mantenerlas refrigeradas (4–8°C).
2. Etiquetarlas con el nombre de la persona a quien pertenecen, con el lugar, fecha y hora en que se ha realizado la toma.
3. Adjuntar los formularios, en los que debe constar:
 - Identificación de la mujer, edad, y demás datos de filiación.
 - Identificación y descripción de la muestra especificando el medio de conservación.
 - Orientación de datos para investigación (hora de la agresión, hora de la toma de muestras y tipo de solicitud de estudio –semen, ADN, ETS, etc.-)
 - Identificación de la persona que ha tomado la muestra.
 - Identificación de la persona que la ha envasado y etiquetado.
 - Tipo y número de precinto.
 - Fecha de remisión de las muestras al laboratorio.
 - Condiciones de almacenaje y envío.
 - Identificación de la persona que realiza el transporte.
 - Envío al laboratorio por el medio más rápido disponible.

ANEXO 16

REGISTRO DE LA CADENA DE CUSTODIA

Autoridad judicial solicitante	
Sr./Sra. Juez _____ Juzgado _____	
Nº Diligencias policiales _____ Fecha _____ Hora _____	
Diligencias _____ Fecha _____ Hora _____	
Datos referentes a la mujer	
Nombre y apellidos _____ DNI _____ Edad _____	
Observaciones _____	
<input type="checkbox"/> Con denuncia <input type="checkbox"/> Presencia forense <input type="checkbox"/> Indicación juzgado verbal	
<input type="checkbox"/> Sin denuncia <input type="checkbox"/> No presencia forense <input type="checkbox"/> Orden judicial	
Personal responsable de la extracción	
D./D ^a _____ del Servicio de _____	
Hospital _____ Localidad _____ Provincia _____	
A las _____ horas de acuerdo con la normativa y protocolos de actuación vigentes.	
En _____, a ____ de _____ de _____ Firma _____	
Observaciones _____	
Certifica que se ha realizado la extracción de:	
<input type="checkbox"/> Peinado del vello pubiano y vulvar <input type="checkbox"/> Toma endocervical con torunda seca	
<input type="checkbox"/> Toma vulvar <input type="checkbox"/> Ropa	
<input type="checkbox"/> Toma vaginal en torunda seca <input type="checkbox"/> Otras	
Personal que transporta las muestras	
D./D ^a _____ y número de identificación (NPR) _____	
certifica que ha transportado las muestras anteriores y las ha depositado en _____	
Firma _____	
En _____, a ____ de _____ de _____	
Personal que retira las muestras	
Responsable de la retirada de las muestras y transporte al _____	
D./D ^a _____ con DNI _____	
certifica que ha retirado las muestras anteriores. Firma _____	
En _____, a ____ de _____ de _____	

ANEXO 17

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN HACIA LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD

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

Las mujeres con discapacidad son las mejores conocedoras de sus experiencias vitales. Es necesario atenderlas de forma integral y con respeto a su individualidad, propiciando el ambiente para entrevistarlas en solitario si fuese necesario, máxime en un asunto como es la violencia de género, donde la figura de su pareja y persona que va con ella pueden coincidir.

Si la mujer acude a la consulta acompañada y se decide proseguir la intervención manteniendo la presencia de otras personas (p. ej. traducción de lengua de signos), es importante dirigirse directamente a ellas.

Las siguientes estrategias mejorarán la comunicación:

Mujeres usuarias de silla de ruedas

Es mejor realizar la entrevista sin estar de pie, con objeto de mantener el contacto visual, con los ojos a la misma altura que los de ella. Si fuese necesario levantarse, es conveniente moverse despacio y no situarse a su espalda.

- Si se realiza una exploración en la camilla, no alejar demasiado la silla de ruedas.
- En caso de exploración ginecológica, valorar la pertinencia de derivar a la mujer a la Red de Consultas Ginecológicas y obstétricas para mujeres con movilidad reducida, con mobiliario clínico adaptado (capítulo X. Guía de recursos).

Mujeres con discapacidad auditiva¹⁰⁹

La primera recomendación consiste en detectar la forma en que las mujeres con discapacidad auditiva desean comunicarse: a través de gestos, a través de escritura, realizando lectura labial o utilizando la lengua de signos.

- Si no presta atención, hay que mirarla de frente, y si es necesario, tocarle el hombro.
- En caso de que lleve aparato de audición, no significa que nos escuche ni entienda claramente.
- Recordar que las mujeres con discapacidad auditiva están orientadas visualmente.
- Evitar gritar o hablar despacio ya que esto dificulta nuestro discurso, movimientos del labio, y expresiones faciales.
- Nunca hablarle directamente en su oído.
- Utilizar los gestos y la mímica para complementar la comunicación, por ejemplo, indicar hacia una silla para ofrecerles un asiento.
- No asumir que no pueden hablar o utilizar su voz. Las mujeres con discapacidad auditiva pueden tener capacidad para utilizar su voz pero puede preferir no hablar debido a la calidad de su discurso.
- Es importante observar sus expresiones faciales y el lenguaje corporal. Esto ayudará a entender mejor cómo se sienten.
- Hay que incluirlas en todas las conversaciones y describir lo que ocurre a nuestro alrededor (si nos distraen debido a un ruido), las fases de la atención prestada...
- Hablar de forma clara. Emplear preguntas e instrucciones cortas y sencillas. No exagerar la articulación de las palabras.
- Si es necesario, hablar un poco más alto de lo normal pero sin gritar, ya que los tonos extremadamente altos no se transmiten de igual forma que los normales en los aparatos de audición.
- Hay que prepararse para repetir con frecuencia las preguntas e información utilizando diferentes palabras para reformularlas.

¹⁰⁹ Ibid. Millán Madera, S. Mujeres con Discapacidad y Violencia Sexual: Guía para Profesionales. Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social, 2008.

Estrategias de comunicación hacia las mujeres con discapacidad

- Evitar formular preguntas que se respondan con «sí» o un «no», ya que puede dar lugar a malentendidos.
- Si la mujer viene acompañada de un o una intérprete de lengua de signos, hay que tener presente que está solamente para transmitir la información, debiendo en todo momento dirigirnos a la mujer con discapacidad.

Otras pautas a tener en cuenta:

Situarse con el o la intérprete a nuestro lado de modo que las mujeres con discapacidad puedan cambiar su mirada fija entre nosotros y el o la intérprete.

- Hablar con un tono de voz y ritmo normal, directamente a las mujeres, no al o a la intérprete.
- Pedir a las mujeres que repitan o aclaren una respuesta si no se la entiende.

Mujeres con discapacidad visual

Ellas no ven o ven con mucha dificultad, pero sí perciben la presencia de las personas. Es necesario que los y las profesionales que permanezcan durante la entrevista se presente e identifique.

Informarle de todo el proceso, evitando los silencios durante la entrevista y comunicarle si estamos tomando notas o realizando otra actividad. Cuando se vaya a proceder a la exploración se debe intensificar la información sobre el procedimiento a seguir.

- Ofrecer leer en voz alta lo que le damos por escrito, informarle de la documentación que se le da y de su contenido. Esta información también puede ser proporcionada, si es posible, en formato alternativo (incluyendo ampliación del contenido, cinta magnética para audio, el disquete del ordenador) a petición suya.
- Indicar cuando se cambia de ubicación. En caso de hacer acompañamientos, ofrecer nuestro brazo para que ellas nos tomen por el codo. Andar siempre medio paso por delante de ellas.
- Orientarla sobre sus alrededores y advertirle de los obstáculos con indicaciones claras y precisas.
- No hablar con un tono de voz elevado, hay que tener presente que la mayoría de estas mujeres poseen una audición normal.
- Nunca se debe acariciar a los perros guía sin el permiso de la mujer.

Mujeres con discapacidad intelectual

Las mujeres con discapacidad intelectual tienen capacidad de aprender, razonamiento y comprensión. Además pueden intentar ocultar su discapacidad o fingir mayores capacidades de las que realmente poseen.

- No asumir que las mujeres con discapacidad intelectual son incapaces de entender o de comunicarse.
- Tratarlas como mujeres adultas y no como niñas.
- Hablarle de forma clara y más pausada de lo que normalmente se acostumbra.
- Usar preguntas cortas y sencillas y prestar atención a cómo se expresan ellas y adaptan el lenguaje con su vocabulario.
- Esperar al menos unos 30 segundos a que ellas respondan a una instrucción o a una pregunta.
- Si no responde o responde otra cosa que no tiene nada que ver, repetir las preguntas tantas veces como sea necesario con distintas palabras o distintas formas.
- Las preguntas se formularán de forma secuencial para que les permita seguir el hilo de la entrevista.
- Relacionar lo que se pregunta con cosas que ella pueda ver. Si se quiere saber, por ejemplo, si tiene dolores en determinada parte del cuerpo, señalarlo.

Otros grupos de mujeres con discapacidad

Otros grupos de mujeres tienen dificultades cognitivas a causa, por ejemplo, de daño cerebral. Las pautas de relación serán parecidas a las de las mujeres con discapacidad intelectual. Hay también mujeres con dificultades en el lenguaje expresivo pero que mantienen sus funciones cognitivas inalteradas. En estos casos:

Tener paciencia, no corregirla ni hablar por ella.

- Hacer mejor preguntas cortas, que se puedan responder en pocas palabras.
- Si no se comprende lo que la mujer quiere expresar, no hacer ver, por cortesía, que se comprende sino pedirle que lo vuelva a repetir, o decir en voz alta lo que se ha entendido con objeto de comprobar si corresponde con lo que la mujer quiere expresar.
- En último caso, pedirle que se exprese a través de la escritura.

ANEXO 18

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

En los últimos años España se ha convertido en punto de destino de movimientos migratorios de personas procedentes de países del África subsahariana. Esto ha supuesto para las y los profesionales de la salud descubrir realidades culturales diferentes y afrontar nuevos retos asistenciales.

La mutilación genital femenina (MGF) es un problema de salud en el que confluyen la vulneración de derechos humanos, la necesidad de un abordaje transcultural de cuestiones íntimamente ligadas a la identidad de las personas, y el compromiso moral de evitar unas prácticas tradicionales que implican el trato discriminatorio, violento, degradante y doloroso. Las dificultades para el abordaje de la MGF¹¹⁰ se muestran en el siguiente recuadro:

ENTRE LAS FAMILIAS MIGRANTES	ENTRE PROFESIONALES
<ul style="list-style-type: none">- Conflictos de lealtades respecto a sus comunidades de origen.- Incertidumbre jurídico-administrativa.- Mito del retorno.- No percibir la MGF como un problema prioritario.- Violencia simbólica en relación con sus costumbres difundida por los medios.- Barrera idiomática.- Escasos recursos para la mediación.	<ul style="list-style-type: none">- Desconocimiento del simbolismo y significación cultural de la práctica.- Temor e inseguridad al abordaje desde el diálogo y el respeto.- Dilemas profesionales y éticos ante las consecuencias de la intervención o de la no intervención.- Escasa formación para el abordaje transcultural de los problemas.- Escasos recursos de asesoramiento profesional.- Dilema criminalización/estigmatización frente a integración.- Sobrecarga asistencial y necesidad de tiempo para abordar situaciones complejas.

¹¹⁰ Kaplan Marcusan A et al. Aten Primaria. 2006;38(2):122-6. Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria ARTÍCULO ESPECIAL

Se trata de nuevos retos y problemas emergentes que requieren una labor de sensibilización que haga posible la intervención eficaz por parte de las y los profesionales. La Atención Primaria, por su proximidad a las familias y por el abordaje longitudinal de los problemas a lo largo del ciclo vital, es uno de los entornos mejor ubicados para el planteamiento de la MGF desde una perspectiva preventiva. Desde este nivel de atención es necesario implementar intervenciones dirigidas a: conocer, dentro de la población asignada al centro de salud, las niñas en riesgo. Para ello se dispone de datos censales o padronales que permiten hacer una estimación y registrar esta situación como un factor de riesgo en la edad pediátrica.

- Indagar cuál es la actitud de los padres frente a la mutilación, siempre desde el respeto, el diálogo y la no culpabilización, transmitiéndole respeto a sus prácticas rituales pero desaprobando esta práctica.
- Informar y educar siempre sobre la anatomía de los genitales femeninos, sobre las complicaciones físicas y psicológicas que puede presentar la niña si se le realiza la MGF.
- Informar sobre la legislación vigente, acerca de la prohibición de realizarla y sobre las consecuencias legales que ello conlleva, aunque se realice fuera de España.
- Reforzar la decisión de no mutilar. En el documento «compromiso de prevención» (anexo 19) se explican las consecuencias legales que dicha práctica puede acarrear a los padres y a la niña en el momento del retorno a España.
- Estar atentos ante la proximidad de un viaje de la niña o de la familia a África. Frente a esta situación debemos intentar formalizar con los padres su decisión de no realizar la operación en su país (compromiso de prevención o declaración jurada).
- Ante la situación de un inminente viaje y el posicionamiento firme de los padres en favor de la MGF, debemos informarles de nuestra obligación de ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial.
- Mantener, en las zonas con numerosa población de inmigrantes subsaharianos, permanentemente cierta presencia divulgativa acerca del problema. Esto puede hacerse mediante carteles, dípticos y hojas de información a las familias. Es importante iniciar el abordaje de la MGF sin la presión del tiempo o de la necesidad de una intervención inmediata.
- Intentar coordinar estrategias de abordaje compartido con otros servicios y dispositivos de la comunidad: servicios sociales, escuelas, asociaciones de inmigrantes, personas de

Mutilación genital femenina

mediación cultural, etc. Para mayor información consultar la Guía para Profesionales. Mutilación Genital en España. Prevención e intervención.

¿Por qué se practica?

Conocer los motivos¹¹¹ por los que practica la MGF resulta necesario para poder abordar esta práctica con las familias de riesgo y realizar intervenciones con el objeto de atender, sensibilizar, educar y prevenir nuevos casos. Un punto que no debemos perder de vista es que cuando se practica la MGF a una niña o a una mujer, se suele hacer en la convicción de que la práctica la va a beneficiar de algún modo.

Conocer los argumentos más frecuentes que se usan para justificar la MGF nos va a facilitar el diálogo. Y el diálogo es el primer paso para establecer una relación de confianza que permita desmontar algunas falsas creencias que sustentan su realización.

- Peso de la tradición. Para aquellos grupos y etnias practicantes de la MGF, ésta es una tradición, y éste es, en sí, un valor de peso que sustenta su realización y complica enormemente su erradicación. Perpetuar las tradiciones permite aumentar el sentimiento de pertenencia a un grupo. Y, en este sentido, en los grupos en los que es una tradición realizar la mutilación, el no realizarla tiene un gran coste personal, familiar y social. Aquellas mujeres que no la tienen realizada, no son aceptadas como esposas, y esto supone el aislamiento social, el rechazo y la soledad, en una sociedad en la que el valor de una mujer depende en gran medida de si está casada y del número de hijos e hijas que tiene.
- Limpieza, higiene, belleza de los genitales femeninos y algunas creencias acerca de la vulva.
- Creencia de que gracias a la MGF, mejora la fertilidad de la mujer.
- Ninguna religión justifica, ni alienta a la realización de esta práctica, pero en ocasiones puede haber cierta confusión al respecto, dado que se ha venido asociando erróneamente con la religión musulmana.
- Control de la sexualidad de la mujer, de su deseo sexual, para asegurar su fidelidad. Bajo este argumento, una mujer cortada es una mujer que va a permanecer fiel a su marido, y asegurar así la paternidad de sus hijos.

¹¹¹ LA MGF EN ESPAÑA. Prevención e intervención”. Unión de Asociaciones Familiares (UNAF). Ministerio de Trabajo e Inmigración. 2011

Tipos de mutilación genital femenina

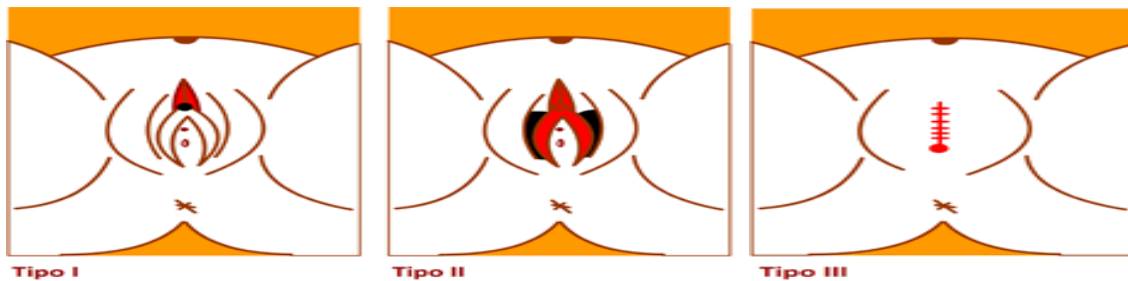
Existen diferentes tipos de MGF en función de las zonas que han sido extirpadas. Seguiremos la clasificación establecida por la OMS, que distingue 4 tipos:

Tipo I. Escisión del prepucio del clítoris con o sin extirpación total o parcial del glande del clítoris.

Tipo II. Consiste en la extirpación del glande del clítoris con eliminación total o parcial de los labios menores. En ocasiones puede incluir también algún tipo de herida o corte en los labios mayores.

Tipo III. Suele conocerse como infibulación, y consiste en la extirpación más o menos extensa de los genitales externos femeninos, y el estrechamiento de la apertura vaginal a través de la sutura, cosido, o recolocación de los labios para su cicatrización.

Tipo IV. Se incluyen en esta tipología otras prácticas que suponen lesiones en los genitales externos femeninos con fines no terapéuticos ni médicos, como el raspado, la cauterización, incisión en la zona genital, cortes en la vagina, procedimientos orientados a estrechar la vagina (mediante hierbas, etc.)

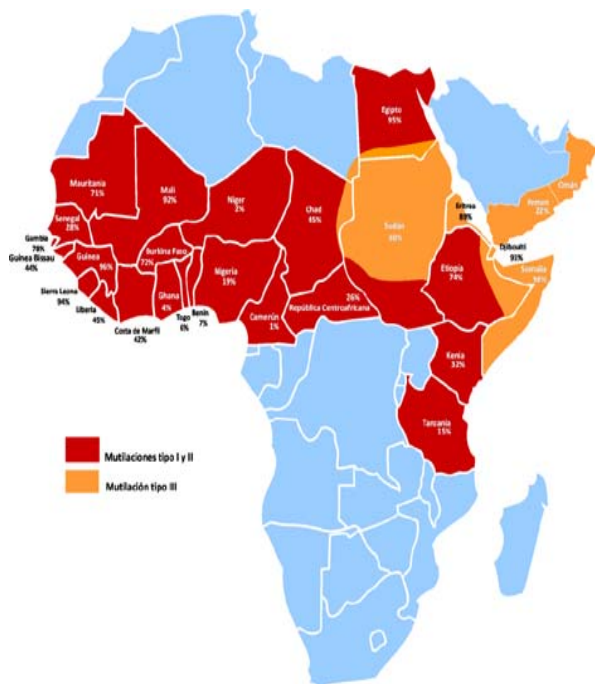


Las mutilaciones tipo I y II son las más comunes y suelen constituir entre el 80% y el 85% de los casos. El tipo III es la menos frecuente, se realiza primordialmente en los países del cuerno de África (Somalia, Yibuti y Sudán) y constituye entre el 15% y el 20% de los casos. La realización de unos tipos u otros de MGF depende fundamentalmente de la etnia practicante.

Países y etnias donde se practica la MGF

Conocer los países en los que mayoritariamente se practica la MGF servirá de ayuda para detectar posibles usuarias que puedan beneficiarse de nuestra intervención. Es una práctica de gran arraigo en África, realizándose primordialmente en unos 28 países de la zona subsahariana. También es habitual en algunos países de Oriente Medio, como Egipto, Omán, Yemen y Emiratos Árabes.

Se presenta un mapa ilustrativo en el que están señalados los países en los que suele realizarse la práctica, así como el tipo más habitual y la incidencia estimada.



Es importante tener en cuenta que, incluso en los países en los que la MGF se practica de manera generalizada, hay grupos que no la realizan. Más que de países, tendríamos que hablar de etnias practicantes o no practicantes de la MGF.

El listado siguiente puede servir como orientación, aunque hay que tener en cuenta que, en ocasiones, podemos encontrar mujeres de etnias practicantes que no han sufrido la MGF, o al contrario, mujeres de grupos no practicantes que se encuentran mutiladas. El motivo podemos encontrarlo en los matrimonios mixtos, entre hombres y

mujeres pertenecientes a diferentes grupos étnicos. Así, una mujer de un grupo no practicante que se casa con un hombre de un grupo donde la MGF es tradición, puede ser mutilada como requisito para casarse.

ÉTNIAS PRACTICANTES DE LA MGF	ÉTNIAS NO PRACTICANTES DE LA MGF
<p>Sarahule Mandinga Fulbé (fula, Pular, tuculer) Soninke Bámbara Dogon Edos Awusa Fante</p>	<p>Wolof Serer Ndiago</p>
<p>Procedentes de: Gambia, Senegal, Malí, Mauritania, Nigeria, Camerún y Guinea Conakry</p>	

ANEXO 19

COMPROMISO INFORMADO DE PREVENCIÓN O DECLARACIÓN JURADA DE EVITACIÓN DE LA MGF

Datos de la niña	
Nombre y apellidos	DNI/Pasaporte
Edad	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa) ΠΠΠΠΠΠ
Lugar de nacimiento	Nacionalidad:
Dirección:	Teléfono: ΠΠΠΠΠΠΠΠΠΠ
Código postal y población	

Datos de la persona responsable de la niña	
Nombre y apellidos	DNI/Pasaporte
Vinculación: Padre Π Madre Π Tutor/a legal Π	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa) ΠΠΠΠΠΠ
Lugar de nacimiento	Nacionalidad:
Dirección:	
Código postal y población	Teléfono: ΠΠΠΠΠΠΠΠΠΠ

Datos del médico o médica	
Nombre y apellidos:	DNI:
Número de colegiado/a ΠΠΠΠΠΠ	Centro sanitario:

Marco legal de la mutilación genital femenina en España

La mutilación genital femenina es considerada como un atentado contra los derechos humanos y está asociada a riesgos socio-sanitarios y psicológicos.

En España se considera un delito de lesiones (art. 149.2 del Código Penal), aunque la operación se realice fuera del país (art. 23.4 de la Ley Orgánica 6/1985 de 1 de julio, del Poder Judicial (modificada por la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo

La pena de prisión es de 6 a 12 años para padres, madres y responsables, la retirada de la patria potestad y la posibilidad de ingreso de la niña en un centro de protección de menores.

Certificado de salud del médico o médica de la niña

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

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

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

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

Compromiso informado de la persona responsable de la niña

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

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

ME COMPROMETO a cuidar la salud de la niña de la que soy responsable y evitar su mutilación genital.

Y para que conste, leo y firmo el original de este compromiso informado, por duplicado, del cual quedo con una copia.

FIRMAS

Firma del padre, madre/persona responsable de la niña Firma del médico o médica

Lugar y fecha

ANEXO 20

NOTIFICACIÓN A SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE MENORES

DATOS DE LA MENOR Nombre y apellidos _____ Fecha de nacimiento o edad _____ Lugar de nacimiento _____ Dirección habitual (calle, nº, piso) _____ Municipio y CP _____ Provincia _____ Teléfono _____	Incidente que origina el INFORME
DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA MENOR Padre/tutor _____ Madre/tutora _____ Datos centro escolar _____ Centro _____ Curso _____	Institución que informa

INDICADORES DE LA MENOR	
Físicos	Comportamentales

INDICADORES EN MADRE/PADRE	RELACIÓN PRESUNTO MALTRATANTE Y MENOR

Esta información es confidencial y no puede ser utilizada fuera del ámbito para el que ha sido emitida. GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ENVIAR NOTIFICACIÓN A:

FECHA:

HORA:

FIRMA Y SELLO:

ANEXO 21

IDENTIFICACIÓN DE LAS VÍCTIMAS DE TRATA

El proceso de identificación de las víctimas de trata lo realiza las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad de Estado (FCSE) y requiere un trabajo previo con la mujer, previa evaluación el riesgo al que se pueden exponer en caso de declarar contra sus tratantes y las medidas de seguridad que se requieren. Dado que se trata de un procedimiento a medio plazo es importante que la víctima esté asistida desde la detección por una entidad especializada (ONG) que esté capacitada en su preparación para el proceso de identificación.

Si la mujer, una vez informada de sus derechos, accede a ser derivada a las FCSE, será entrevistada por especialistas de la policía con experiencia en la identificación de víctimas de trata y se le aconsejará que denuncie. La denuncia de la VTSH es fundamental para perseguir a las mafias y redes que la explotan, e iniciar una investigación policial. Su testimonio es muy importante para el inicio de la investigación, pudiendo ser testigo.

El proceso de denuncia dará lugar a:

- Tomar declaración a la VTSH.
- Iniciar la investigación del delito con los datos que haya aportado la denunciante.
- Dar traslado del inicio de las diligencias al o a la Juez de Guardia, quien resolverá sobre los trámites a seguir.

Una vez detectada, si se trata de una mujer adulta y si da su consentimiento, independientemente de su cooperación con las FCSE:

- Se le brindará protección para su seguridad física y su bienestar, incluyendo soluciones para una vivienda segura, en caso necesario.
- Se le ofrecerán los servicios de un intérprete.
- Se le prestará asistencia jurídica gratuita.
- Se le ofrecerá asistencia médica y farmacéutica.
- Se le ofrecerán servicios psicosociales y atención.
- En el caso de extranjeras en situación administrativa irregular (sin permiso de residencia y/o trabajo) se le ofrecerá un período de restablecimiento y reflexión de un mínimo de 30 días que da derecho a permanecer en el país, recuperarse de la experiencia que ha vivido y tomar una decisión informada sobre si desea cooperar con las autoridades competentes para enjuiciar al tratante.

Se le brindará protección frente a los antiguos explotadores/tratantes aplicando medidas de seguridad acordadas conjuntamente con la víctima, tras una evaluación del riesgo.

Posteriormente se examinará su caso más detalladamente a fin de otorgarle o no el estatus formal de víctima de trata. Este estatus formal puede dar derecho a:

- Un permiso de residencia o de trabajo de larga duración para víctimas de terceros países que no tengan residencia legal.
- Acceso a una indemnización.
- Acogerse a ofertas de formación/educación en el caso de las más jóvenes.
- Atención médico-farmacéutica regular.
- Las víctimas que lo deseen, podrán acogerse a una repatriación digna y segura a su país de origen o a otro país.

Si es menor, se beneficiará de medidas especiales en cuanto haya sido identificada como víctima, lo que incluye:

- Medidas especiales para determinar la identidad y la nacionalidad de la menor y si está acompañada o no.
- Proporcionar representación legal.
- Acceso a una compensación.
- Hacer todos los esfuerzos posibles para localizar a la familia.
- Acceso a escuelas u otras formas de educación.
- Posibilidad de retorno voluntario si lo desea y una vez que el Servicio de Protección de Menores o Fiscalía de Menores lo hayan determinado.

ANEXO 22

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LAS VÍCTIMAS DE TRATA

De acuerdo con las recomendaciones de la OIM, ofrecer buenos cuidados en salud exige tener en cuenta las experiencias y los riesgos presentes o pasados, las reacciones post-traumáticas, las diferencias culturales y sociales, las circunstancias económicas relacionadas con las deudas contraídas y el estatus legal. Los cuidados culturalmente competentes o culturalmente sensibles tienen en cuenta la manera en que las personas de distintos orígenes expresan sus enfermedades y cómo responden a la atención dada. Las personas mediadoras en salud ejercen un papel importante al respecto, colaborando con el personal sanitario.

Revisión sistemática y comprensiva de los síntomas.

Los síntomas somáticos y conductuales implicados pueden incluir anorexia, fatiga, dolores de cabeza, y otros dolores crónicos, mareos, desapego emocional, hostilidad, sobreexcitación, hipervigilancia, irritabilidad, falta de motivación, problemas de memoria, mala concentración, revivir experiencias traumáticas, etc

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

Además de valorar los síntomas habituales en la clínica, se debe incluir en la valoración la revisión de oído y nariz, neurológico, respiratorio, gastrointestinal, genitourinario, salud reproductiva, músculo-esquelético, dermatológico, nutricional, estudios de laboratorio y valoraciones forenses.

- **Examen forense**, siguiendo las instrucciones de agresiones sexuales de este documento.
- **Trauma sexual y salud reproductiva**. Cuando esté indicado, hacer un examen pélvico siguiendo las instrucciones dadas para agresiones sexuales. Incluir preguntas específicas acerca de la salud sexual y reproductiva.

- **Deficiencias nutricionales.** A menudo han estado sujetas a severas restricciones de movimiento y a un acceso limitado de alimentos. Al historial de abuso de sustancias y sus efectos se suman los problemas de la mala nutrición, por lo que se recomienda buscar evidencias de sus deficiencias
- **Salud bucal.** Una mala salud bucal es muy común y a veces un factor comórbido que puede contribuir a la mala nutrición, dolores de cabeza crónicos, trastornos del sueño y problemas gastrointestinales.
- **Lesiones de cabeza.** Entre los síntomas más comunes están los dolores de cabeza crónicos y múltiples traumas asociados a la pérdida de conciencia e historias que sugieren síndromes de contusión y pos-contusión. Un historial cuidadoso que observe las características de migraña-aura, dolor unilateral, náuseas, fotofobia, fonofobia y cambios en la visión, ataques (convulsiones), pérdida de coordinación y balance así como un examen neurológico son generalmente suficientes para diagnosticar patologías ocultas significativas como hematomas subdurales crónicos.
- **Trastornos por ataques, pseudoataques y disociación.** Además de los síntomas inespecíficos relacionados con dolores de cabeza y mareos, han reportado experiencias de caídas y no recordar cosas. Cuando existan lesiones traumáticas en la cabeza, un historial completo y valoración neurológica son cruciales. Estados aparentes de disociación y pseudoataques (convulsiones) deben ser evaluados para conocer si hay causas orgánicas antes de asumir que éstas son reacciones postraumáticas.
- **Indagar sobre enfermedades infecciosas comunes asociadas con la historia de viaje** y sus exposiciones, incluyendo enfermedades transmitidas por el aire, el agua y los mosquitos¹¹².

- ¹¹² Se puede consultar información actualizada sobre brotes, cambios en la resistencia a antibióticos y áreas endémicas en la página <http://www.cdc.gov/travel/default.aspx>

CHECK-LIST ORIENTATIVO PARA LA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Cabeza, ojos, nariz y garganta

- ¿Existe trauma craneal anterior? Examinar el cráneo para detectar contusiones, depresiones o laceraciones sanadas.
- ¿Exposición a ruidos fuertes?
- ¿Dolores de cabeza frecuentes?
- ¿Algún trauma faríngeo (laceraciones o roturas)?
- ¿Dolor dental o gingival?
- ¿Cambios en la vista? ¿Repentinos o graduales?

Cuello. ¿Algún caso de estrangulamiento?

Cardiovascular. ¿Algún trauma en el pecho?

Respiratoria

- ¿Exposición a químicos, gases, asbestos, u otras exposiciones ocupacionales?
- ¿Posible exposición a TBC? (condiciones de alojamiento, nº de personas por habitación, ventilación, etc.).

Gastrointestinal

- ¿Trauma abdominal?
- ¿Diarrea crónica? ¿Constipación? ¿Parásitos visibles en la deposición?

Genitourinarios

- ¿Sexo forzado, trauma sexual que incluye otros objetos?
- ¿Enuresis o encopresis (resultado potencial de abuso sexual)?

Músculo-esquelética

- ¿Lesiones repetitivas o no repetitivas relacionadas al trabajo?
- ¿Fracturas?
- ¿Historia de abuso físico o quemaduras? ¿Contracturas?
- ¿Existe deficiencia de vitamina D?

Neurológica/Comportamiento

- ¿Ataque de apoplejía (se deben de considerar pseudo-ataques)?
- ¿Trastornos de sueño (no concebir el sueño, despertares repentinos, pesadillas)?
- ¿Historial de trauma craneal presente?

Nutrición

- ¿Alguna deficiencia nutricional? (Consumo alimenticio, contenido)
- ¿Desórdenes alimenticios? (p. ej. anorexia o comportamientos bulímicos)

Dermatológicas

- ¿Sarna, piojos, falta o cabello fino? (Indicadores de alguna deficiencia nutricional)
- ¿Quemaduras -por cigarros, o llagas por agua caliente-?
- ¿Impétigo e infecciones micóticas?



X. GUÍA DE RECURSOS

X. GUÍA DE RECURSOS

1. RECURSOS PRINCIPALES (24 HORAS).
2. RECURSOS DE INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO Y ATENCIÓN SOCIAL.
3. RECURSOS Y SERVICIOS DEL ÁMBITO DE LA SEGURIDAD.
4. RECURSOS Y SERVICIOS DEL ÁMBITO DE LA JUSTICIA.
5. WEB DE RECURSOS DE APOYO Y PREVENCIÓN.
6. RECURSOS DESTINADOS A LA ATENCIÓN A MENORES.
7. RECURSOS DESTINADOS A MUJERES CON DISCAPACIDAD.
8. ASOCIACIONES DE ATENCIÓN A MUJERES INMIGRANTES.
9. ASOCIACIONES PARA LA ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE TRATA.

En los diferentes planes de actuación presentados en este documento se hace referencia a la necesidad de:

- Facilitar información a la mujer que está viviendo en una relación de malos tratos, ha sido agredida sexualmente y/o vive una situación de especial vulnerabilidad, sobre los recursos disponibles adecuados a la situación que presenta.
- Activar otros recursos, como ocurre para garantizar la protección de la mujer.
- Poner en conocimiento determinados hechos a los órganos judiciales.

Por ello, el personal de salud deberá conocer los recursos básicos y la tipología de los mismos (recursos de información y de atención social, del ámbito de la seguridad y de la Administración de Justicia) que le permitan desarrollar las intervenciones que se plantean en este protocolo.

Es importante que cada profesional conozca los recursos disponibles a nivel nacional, autonómico, provincial y municipal, y sus características con el fin de facilitar su utilización. En este sentido, el personal de trabajo social puede representar una figura de enlace a considerar en el proceso de derivación de las mujeres.

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

1. RECURSOS PRINCIPALES (24 HORAS)

Teléfonos de la Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer:

- 016
- 900 116 016 (para personas con discapacidad auditiva)
- 900 105 090. E-mail: trata@policia.es (para víctimas de trata)

Teléfonos de información del Instituto Andaluz de la Mujer (IAM):

- 900 200 999 (cuenta con servicio para atender a personas con discapacidad auditiva)

Teléfonos de información del Instituto de la Mujer (Estatal):

- 900 191 010
- 900 152 152 (para personas con discapacidad auditiva)

- Servicio de Emergencias 112
- Policía Nacional 091
- Guardia Civil 062

2. RECURSOS DE INFORMACIÓN, ASESORAMIENTO Y ATENCIÓN SOCIAL

Prestan servicios de información de carácter gratuito sobre los recursos existentes y el acceso a los mismos: información y asesoramiento, asistencia legal y psicológica, gestión de la atención y acogida de urgencia (centros de emergencia), y recuperación integral. Se accede a dichos servicios a través del teléfono de información 016 y de los específicos detallados a continuación:

Teléfono de información del Instituto Andaluz de la Mujer (IAM) 900 200 999.

Es un servicio gratuito de asesoramiento jurídico que funciona las 24 horas del día y ofrece:

- Información sobre derechos y recursos.
- Asesoramiento jurídico especializado en violencia de género.
- Activación de la acogida en un centro de emergencia para garantizar la protección y seguridad de la mujer y sus hijos e hijas si no puede volver a su domicilio.
- Web del IAM: <http://juntadeandalucia.es/institutodelamujer>. Ofrece información sobre los recursos y programas del IAM, Guía Jurídica y Derechos de las mujeres.

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

- Servicio Integral de Atención y Acogida para mujeres víctimas de violencia de género. Si por problemas de horario no se tiene acceso a los centros provinciales del IAM, se debe llamar al teléfono 900 200 999, desde el cual se gestionará la acogida.
- A recursos de acogida: centros de emergencia (acogida inmediata para garantizar la protección y la seguridad de la mujer y de sus hijas e hijos), casas de acogida y pisos tutelados.
- Asesoramiento jurídico y psicológico.
- Servicio de Información Jurídica, Asistencia Legal y Atención Psicológica a mujeres víctimas de violencia sexual y abusos sexuales.
- Servicio de Atención Psicológica Grupal.
- Servicio de Atención Psicosocial a hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género.

Guía de recursos

- Programa de atención Psicológica a mujeres menores de edad víctimas de violencia de género.

CIUDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO/FAX	CORREO ELECTRÓNICO
ALMERÍA	C/ Paseo de la Caridad, nº 125. Finca Santa Isabel. Casa Fischer CP 04008	T 950 006 650 F 950 006 667	c.mujer.almeria.iam@juntadeandalucia.es
CÁDIZ	Isabel la Católica, nº 13; CP 11071	T 956 007 300 F 956 007 317	c.mujer.cadiz.iam@juntadeandalucia.es
CÓRDOBA	Avda. de las Ollerías, nº 48; CP 4071	T 957 003 400 F 957 003 412	c.mujer.cordoba.iam@juntadeandalucia.es
GRANADA	San Matías, nº 17 CP 18009	T 958 025 800 F 958 025 818	c.mujer.granada.iam@juntadeandalucia.es
HUELVA	Pza. de San Pedro, nº 10; CP 21004	T 959 005 650 F 959 005 667	c.mujer.huelva.iam@juntadeandalucia.es
JAÉN	Hurtado, nº 4; CP 23001	T 953 003 300 F 953 003 317	c.mujer.jaen.iam@juntadeandalucia.es
MÁLAGA	San Jacinto, nº 7; CP 29007	T 951 040 847 F 951 040 848	c.mujer.malaga.iam@juntadeandalucia.es
SEVILLA	Alfonso XII, nº 52; CP 41002	T 955 034 944 F 955 035 957	c.mujer.sevilla.iam@juntadeandalucia.es

+ Información en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/> y <http://www.iam.junta-andalucia.es/>

Centros de Información a la Mujer (CIM) y otros recursos públicos

Los Centros Municipales de Información a la Mujer (CMIM) son centros fruto de la colaboración entre el IAM y los ayuntamientos y prestan una intervención global dirigida a las mujeres ofreciendo información, atención y asesoramiento jurídico. Se puede contactar con ellos a través de del teléfono 900 200 999 o de la web del IAM:

<http://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/>

También existen en los municipios otros puntos de información a la mujer (PIM) y centros de información a la mujer denominados de distintas formas: Centro de Atención a la Mujer (CAM), Servicio de la Mujer (SM), centro municipal de atención a la mujer (CMAM), oficina municipal de información a la mujer (OMIM), gabinete de asesoramiento a la mujer (GAM), negociado de mujer en especial dificultad (NMED), servicio de políticas de igualdad de género (SPIG).

Dependiendo del municipio, los horarios de los CIM pueden variar, según el tamaño del municipio y el perfil profesional que preste la demanda (información, asesoría jurídica, atención psicológica...), por ello se recomienda recabar dicha información antes de derivar a la mujer al recurso específico.

Ante posibles cambios en los CMIM, CIM, SM y PIM, recomendamos buscar información actualizada en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/> y

<http://www.iam.junta-andalucia.es/>

ALMERÍA			
Ciudad	Tipo	Dirección	Teléfono
ADRA	CMIM	Travesía del Mercado, nº 1 (Ed La Plaza)	950 402 221
ALBOX	CMIM	Pza. Nueva, s/n	950 120 404
BERJA	CMIM	Pardo, nº 5	950 492 591
CUEVAS del ALMANZORA	CMIM	Pza. de la Constitución, s/n	950 618 462 / 64
EL EJIDO	CMIM	Cervantes, nº 132-3ª planta	950 541 000 / 07
HUÉRCAL-OVERA	CMIM	Segura, s/n (Barrio Calvario	950 134 953
MACAEL	CMIM	Pza. de la Constitución, s/n	950 128 316
NÍJAR	CMIM	Los Montes, nº 19. San Isidro	950 367 832
PULPÍ	CMIM	Diego el Municipal, nº 3	950 464 100
ROQUETAS de MAR	CMIM	Avda. de Roquetas, nº 96	950 338 384
VÉLEZ- RUBIO	CMIM	Carrera del Mercado, nº 2	950 410 445
VERA	CMIM	Pza. Mayor, nº 1, 2ª pl. (Ed Servicios Múltiples)	950 390 600
VÍCAR	CMIM	Bulevar Ciudad de Vícar, nº 792	950 553 637

CÁDIZ			
Ciudad	Tipo	Dirección	Teléfono
ALGECIRAS	CMIM CMIM	Teniente Miranda, nº 77 Parque de las Acacias, s/n (Manc. Campo de Gibraltar)	956 587 982 956 581 090
ARCOS de la FRONTERA	CMIM	Algodonales, nº 9 (Edif. Megiston)	956 701 354
BARBATE	CMIM	Sor Carolina Martínez, nº 2	956 434 640
CÁDIZ	CIM	Pza. del Palillero, s/n.	956 211 199 / 265
CHICLANA de la FRONTERA	CMIM	La Rosa, nº 1	956 406 275
CHIPIONA	CMIM	Larga, nº 64 (Ed Las Palmeras)	956 37 2205 / 0060
EL PUERTO de STA. MARÍA	CMIM	Pedro Muñoz Seca, nº 9, 2ª planta	956 877 691/ 542 655
JEREZ de la FRONTERA	CAM	Liebre, nº 23	956 149 121
LA LÍNEA de la CONCEPCIÓN	CIAM	Clara Campoamor, s/n	956 645 210
LOS BARRIOS	CMIM	Calvario, s/n (Ed. Casa de la Cultura)	956 622 880
MEDINA SIDONIA	CMIM	San Juan, nº 12 (Mancomunidad La Janda)	956 412 450
PUERTO de SANTA M ^a	CMIM	Pedro Muñoz Seca, nº 9	956 542 655
PUERTO REAL	SM	Zambra, s/n	956 213 339
ROTA	CMIM	Avda. de la Marina, nº 79	956 846 136
SAN FERNANDO	CMIM	Antonio López, nº 31 (Pza. Jesús Medinaceli s/n)	956 944 264
SANLÚCAR de BARRAMEDA	CMIM	Cuesta de Belén, s/n (Palacio Municipal)	956 388 000
SAN ROQUE	CMIM	Fuentecilla del Soldado, s/n	956 780 154 / 676
TREBUJENA	CMIM	Pza. Antonio Cañadas, nº 9, Bajo	956 395732
VILLAMARTÍN	CMIM	Alameda de la Diputación, nº 2 (Mancomunidad S ^a de Cádiz)	956 715198

CÓRDOBA			
Ciudad	Tipo	Dirección	Teléfono
ALMODÓVAR del RÍO	CMIM	Rosario, nº 1 (Casa de la Cultura)	957 713 233 / 635 292
BAENA	CMIM	Pza. de la Constitución, nº 1, 3ª planta	957 665 078 / 50 / 52
CABRA	CMIM	Priego, nº 28	957 524 710
FUENTE PALMERA	CMIM	Ctra. Palma del Río, nº 2	957 712 195
LA CARLOTA	CMIM	Pza. De España, s/n (Edif. Molino del Rey)	957 302 034
LUCENA	CMIM	Canalejas, nº 22, 2º	957 590 225
MONTEMAYOR	CMIM	Juan Pedro Carmona, nº 6 (Mancomunidad Campiña Sur)	957 375 158
MONTILLA	CMIM	Altillos, nº 17	957 653 210
PALMA DEL RÍO	CMIM	Avda. Sta Ana, nº 31, 3ª planta (Ed. Los Bombos)	957 64 9119 / 5143
PEÑARROYA- PUEBLONUEVO	CMIM	Ctra. de la Estación s/n. Pol. Ind. La Papelera (Mancomunidad Valle del Gudiato)	957 567 022
POSADAS	CMIM	Pintor Pablo Picasso, s/n	957 630 160 / 302
POZOBLANCO	CMIM	San Cayetano, nº 5	957 771 624
PRIEGO de CÓRDOBA	CMIM	Ubaldo Calvo, nº 39, Bajo	957 708 465 / 67 / 78
PUENTE GENIL	CMIM	Antonio Fernández Díaz "Fosforito" s/n. Parque Los Pinos (Casa Ciudadana)	957 609 214
VILLA del RÍO	CMIM	Montoro, nº 1 (Mancomunidad Alto Guadalquivir)	957 178 040
VILLANUEVA de CÓRDOBA	CMIM	Pza. de España, nº 10	957 120 000

GRANADA			
Ciudad	Tipo	Dirección	Teléfono
ALBOLOTE	CMIM	Burgos Canales, nº 6	958 467 583
ALHAMA de GRANADA	CM	Carrera de Francisco de Toledo, nº 10	958 350 161
ALMUÑÉCAR	CMIM	Puerta de Granada, nº 19, 3ª planta	958 635 006
ARMILLA	CMIM	Tirso de Molina s/n (C. Mayores y S. Soc. Mun.)	958 578 905/ 08/8853
ATARFE	CMIM	Alfonso Bailón, nº 4, 1ª Pl. (Antigua Casa de la Cultura)	958 439 072
BAZA	CMIM	Arco de la Magdalena, s/n	958 860 689
CÁJAR	CM	Iglesia, nº 2	958 308 488
DURCAL	CMIM	Regina, nº 2, 1ª pl. (Mancomunidad Valle de Lecrín)	958 782 145
GRANADA	CMAM	Ribera del Beiro, s/n. Complejo Los Mondragones. Edif. E	958 248 116
GUADIX	CMIM	Pza. de la Constitución, nº 22	958 660 817
HUÉSCAR	CMIM	Cruz, s/n. (Ed. Servicios Sociales)	958 740 300
ÍLLORA	CMIM	Pza. del Arco, s/n	958 433 926
IZNALLOZ	CMIM	Pza. Ayuntamiento Viejo, s/n. Ed. Usos múltiples	958 384 519
LAS GABIAS	CMIM	Plaza de España, nº 1	958 586 794
LA ZUBIA	CMIM	Pza. del Ayuntamiento, s/n	958 501 505
LOJA	CMIM	Duque de Valencia, nº 1	958 321 156
MARACENA	CMIM	Aljibe bajo, s/n	958 410 424
MONACHIL	CMIM	Plaza Baja, nº 1 (Mancomunidad Río Monachil)	958 301 230
MONTEFRÍO	CMIM	Plaza de España, nº 7	958 336 136 / 455
MOTRIL	CMIM	Río Ebro, nº 8, 1º A	958 82 5859 / 5957
OGÍJARES	CMIM	Veracruz, nº 1	958 509 304
ÓRGIVA	CMIM	Jacinto Benavente, nº 2	958 785 375
PELIGROS	CMIM	Brasil, nº 5, 2ª planta	958 40 5018 / 0551
PINOS PUENTE	CMIM	Briones, nº 1	958 45 9017 / 4466
SALOBREÑA	CMIM	Pza. Juan Carlos I, s/n	958 61 2800 / 2575
SANTA FE	CMIM	Plaza de España, nº 4	958 440 000
VALDERRUBIO	CMIM	CMIM Sol, nº 25	958 454 466

HUELVA			
Ciudad	Tipo	Dirección	Teléfono
ALJARAQUE	CMIM	Doctor Juan Rivera, nº 1	959 317 863
ALMONTE	CMIM	Cervantes, nº 12 (Centro María Zambrano)	959 451 925
ARACENA	CMIM	Pza. de Sta. Catalina, s/n	959 126 276
AYAMONTE	CMIM	Pza. de la Laguna, nº 1	959 641 142
BEAS	GAM	San Bartolomé, nº 15	959 308 571
BOLLULLOS PAR del CONDADO	CMIM	Avda. del 28 de febrero, s/n (C. P. J. Acosta Infante)	959 410 629/ 408 270
CALA	CMIM	Avda. Andalucía, nº 11 (Mancomunidad Sierra Minera)	959 191 090
CARTAYA	CMIM	Bda. Blas Infante, nº 6	959 392 478 / 77
CORTEGANA	CMIM	Olivo, nº 2-A (Centro Social Polivalente)	959 131 048 / 85
GIBRALEÓN	CMIM	Avda. Palo Dulce, nº 26	959 30 3141 / 2011
HIGUERA de la SIERRA	CMIM	Avda. de la Cabalgata, s/n (Mancomunidad Ribera de Huelva)	959 196 177
ISLA CRISTINA	CMIM	Avda. de España, nº 190 (C. Municipal S. Sociales)	959 343 322
LEPE	CMIM	Avda. de la Arboleda, nº 7 (Centro de S. Sociales)	959 645 280
MINAS DE RÍO TINTO	CMIM	Ed. Dirección, s/n (Mancomunidad Cuenca Minera)	959 591 468 / 31
MOGUER	CMIM	Daniel Vázquez Díaz, nº 4 (Centro S. Sociales)	959 371 837
PUNTA UMBRÍA	CMIM	Cartaya, s/n	959 495 140 / 73
S. BARTOLOMÉ de la TORRE	PIM	Sagrado Corazón de Jesús, nº 12	959 386 001
TRIGUEROS	CMIM	Pza. del Carmen, nº 3 (Cent Cív Convento del Carmen)	959 30 6710 / 7853
VALVERDE del CAMINO	CMIM	Real de Abajo, nº 15	959 550 000
VILLANUEVA de los CASTILLEJOS	CMIM	Lepe, nº 8	959 38 5925 / 7293

JAÉN			
Ciudad	Tipo	Dirección	Teléfono
ALCALÁ la REAL	CMIM	CMIM General Lastres, nº 13 Casa Batmala)	953 582 958
ALCAUDETE	CMIM	CMIM General Baena 1, 3ª planta. (Edif. P Local)	953 560000 /30 /31/ 32
ANDÚJAR	CMIM	CMIM Torreones, nº 1	953 506 502
ARJONA	CMIM	CMIM Cruz Roja, nº 1	953 518 784
ARJONILLA	CMIM	CMIM Mesones, nº 3, 1º	953 520 682
BAEZA	CMIM	CMIM Compañía, nº 5 (Centro Sv. Sociales)	953 742 017
BAILÉN	CMIM	CMIM Conde de Torreonaz, nº 1	953 678 016
CASTELLAR	CMIM	CMIM Pza. de la Constitución, nº 1	953 460 005
CAZORLA	CMIM	CMIM Mercedes Gómez, nº 20	953 720 000
HUESA		Pza. de la Constitución, nº 11	953 715 009
JÓDAR	CMIM	CMIM Juan de Mata Carriazo, s/n, 1ª pl.	953 787 002
LA CAROLINA	CMIM	CMIM Alfredo Calderón, s/n	953 660 034
LA PUERTA de SEGURA	CMIM	CMIM Cáritas, s/n	953 487 179
LINARES	CMIM	CMIM Pedro Poveda, nº 2- 2º	953 600 393
MARMOLEJO	CMIM	CMIM Iglesias, nº 13	953 540 971
MARTOS	CMIM	CMIM Pza. del Llanete, nº 7	953 704086
NAVAS de SAN JUAN	CIM	Pza. de la Constitución, nº 1	900 100 009
PORCUNA	CMIM	CMIM Obulco, s/n	953 545 441
SANTISTEBAN del PUERTO	CMIM	CMIM Escultor Higuera, nº 5	953 401 666
TORRE del CAMPO	CMIM	CMIM V Centenario, s/n	953 567 639
TORREDONJIMENO	CMIM	CMIM Ruiz Jiménez, nº 10	953 571 440
ÚBEDA	CMIM	CMIM Prior Blanca, nº 8 - 2º pl.	953 753 186 / 793 141
VILLACARRILLO	CMIM	CMIM Ramón García del Valle, s/n (C. Sv. Soc)	953 444 254
VILLANUEVA del ARZOBISPO	CMIM	CMIM García K-Hito, nº 7	953 453 144, Ext: 22

MÁLAGA			
Ciudad	Tipo	Dirección	Teléfono
ALHAURÍN de la TORRE	CMIM	Caldera, s/n, pl. Baja	952 960 376
ALHAURÍN el GRANDE	CMIM	San Sebastián, nº 25	952 595 599
ÁLORA	CMIM	Negrillos, nº 8, 1ª pl	. 952 497 196
ANTEQUERA	CMIM	Picadero, s/n	952 708 120
ARCHIDONA	CMIM	Paseo de la Victoria, nº 1	952 714 061 / 480
BENALMÁDENA	CMIM	Paseo del Generalife, s/n Arroyo de La Miel)	952 576 128
CAMPILLOS	CMIM	Paseo de Peña Rubia s/n. Ctra. Campillos-Málaga Km 11. (Consortio Guadalteba)	952 713 004 / 460
COÍN	CMIM	Pza. de la Villa, 1ª pl. (Ed. Alfares)	952 453 020
COLMENAR	CMIM	Alcalde Pérez Muñoz, s/n (Consortio Montes Alta Axarquía	952 718 019 / 730 142
ESTEPONA	CMIM	Avda. España, nº 88	952 804 704
FUENGIROLA	CMIM	Blanca Paloma, nº 4 (Hogar Social Puebla Lucía)	952 463 525 / 582 544
GUARO	CMIM	Doctor Millán Peña, 12 (Mancomunidad Sª de las Nieves)	952 457 888
MÁLAGA	NMED	Granada, nº 73	952 608 828
MÁLAGA	SPIG	Carretería, nº 60 (Diputación)	952 069 450 / 52, 900 771 177 jurídica
MARBELLA	CMIM	Pantaleón, nº 3, Local A	952 924 120
MIJAS	CMIM	San Braulio, nº 1 (Las Lagunas)	952 473 125 / 963
NERJA	CMIM	Carmen, nº 1, 3ª pl.	952 548 452 / 51
PERIANA	CMIM	Pza. Andalucía, nº 1	952 730 142
RINCÓN de la VICTORIA	CMIM	Avda. del Mediterráneo, nº 31	952 978 135 / 294
RONDA	CMIM	Pza. de la Merced, nº 2	952 87 4442 / 2142 / 6423
TORREMOLINOS	CMIM	Pza. de Blas Infante, nº 1	952 379 530
TORROX	CMIM	Almedina, nº 47 (Ed. Convento)	952 539 513
VÉLEZ MÁLAGA	CMIM	Pasaje José Beltrán Niño de Vélez Hijo, Local 2 (Conjunto El Carmen)	952 549 124

SEVILLA			
Ciudad	Tipo	Dirección	Teléfono
AGUADULCE	PIM	Pza. Ramón y Cajal, nº 1	954 816 220 / 021
ALBAIDA del ALJARAFE	PIM	Pza. España, nº 1	954 110 017
ALCALÁ de GUADAIRA	CMIM	Telmo Maqueda, s/n	955 612 640 / 440 (ext. 108)
ALCALÁ del RÍO	CMIM	Pl. de España, nº 1	955 651 100
ALCOLEA del RÍO	CMIM	Pza. de la Constitución, nº 1	955 644 386 / 95
ALGAMITAS	CMIM	Paseo, nº 1	955 857 564
ALMADÉN de la PLATA	PIM	Pza. de la Constitución, nº 1	954 132 089
ARAHAL	CMIM	Doña Luisa, 1 (Cent Cultural Juan Muñoz y Peralta)	955 840 330
AZNALCÁZAR	PIM	Pza. del Cabildo, nº 1	955 751 960
AZNALCÓLLAR	PIM	Real, s/n (Edif. Sv. Sociales)	954 133 224
BADOLATOSA	PIM	Avda. Pza. de Cuba, nº 32	954 018 810
BOLLULLOS de la MITACIÓN	PIM	Adelaida Cueto, nº 19 (Centro Sv. Sociales)	955 766 192
BORMUJOS	PIM	Montesierra, s/n (Hacienda Belén de Bormujos)	954 789 270
BRENES	CMIM	Salvador Dalí, s/n, 1ª pl. (Casa Cultura)	954 796 908
CAMAS	CMIM	Antonio Machado, nº 20	954 390 344
CAÑADA ROSAL	CMIM	Cristobal Colón, nº 3	954 839 002
CARMONA	CMIM	Fuente Viñas, s/n	954 191 628
CASARICHE	PIM	Pza. Alcalde J. Parrado Cano, nº 1	954 011 592
CASTILBLANCO	CMIM	León Felipe, nº 24	955 734 811
CASTILLEJA de la CUESTA	CMIM	Avda. Juan Carlos I, s/n (Centro Cívico)	954 160 911
CASTILLEJA del CAMPO	PIM	Antonio Machado, nº 1	954 755 531 / 852
CAZALLA de la SIERRA	CMIM	Dr. Nosea, nº 1 (Ayuntamiento)	954 884 025
CONSTANTINA	CMIM	Eduardo Dato, 7	955 880 701 / 00
CORIA DEL RÍO	CMIM	Corral del Pitero, Local 3-B	954 779 000
DOS HERMANAS	CMIM	Huerta Palacios, s/n	954 919 569 / 82
ÉCIJA	CMIM	Calle de Portugal, nº 9 (Pza. de Europa)	954832363/ 955904536
ÉCIJA	CMIM	Camino del Físico, s/n (Manc. Comarca Écija)	955 905 393
EL CUERVO	CMIM	Cuatro de diciembre, nº 12	955 976 051

SEVILLA (cont.)			
Ciudad	Tipo	Dirección	Teléfono
EL GARROBO	PIM	Pza. de la Constitución, nº 12	954 130 001 (ext.17)
EL MADROÑO	PIM	Pza. de la Constitución, s/n	954 137 010
EL REAL de la JARA	PIM	Pza. de Andalucía, nº 8	954 733 007
EL RONQUILLO	PIM	Avda. de Andalucía, nº 73	954 132 089
EL VISO del ALCOR	CMIM	Pza. de Sacristán Guerrero, nº 7	955740427/ 240/ 241/ 242
ESTEPA	CMIM	Pza. del Matadero, nº 5	955 915 700
ESPARTINAS	PIM	Avda. Alcadesa Mª Regla Jiménez, nº 152	955 71 4891 / 3434
FUENTES de ANDALUCÍA	CMIM	CMIM General Armero, nº 131 (Edif. Salón la Huerta)	954 83 8861 / 7562
GELVES	CMIM	Pza. Duque de Alba, s/n (Antigua Estación)	955 760 048
GERENA	CMIM	Avda. Los Canteros, s/n ,Antiguo Consultorio)	955 782 782
GILENA	PIM	Virgen de la Sierra, nº 21	955 826 452
GINES	CMIM	Sevilla, nº 10, 1ª pl. (Casa Amarilla)	954 714 402
HERRERA	PIM	Avda. de la Constitución, nº 1	954 01 3624 / 2874
HUÉVAR del ALJARAFA	PIM	Avda. de la Alegría, s/n (Edif. Multiusos)	954 757 075
ISLA MAYOR	CMIM	Ntra. Sra. del Carmen, nº 12	955 773 000
LA ALGABA	CMIM	Eusebio Torres Carranza, s/n (Centro de Sev. Soc.)	955 789 806
LA CAMPANA	CMIM	Pza. Andalucía, nº 6	954 199 365 / 67
LA LUISIANA	CMIM	Pza. Pablo de Olavide, nº 12	955 907 202
LANTEJUELA	PIM	Modesto Mallen López, nº 9	954 827 086
LA RINCONADA	CMIM	Cristo del Perdón, s/n	955 790 534 / 954 792 929
LA RODA ANDALUCÍA	PIM	Real, nº 25	954 015 120
LAS CABEZAS SAN JUAN	CMIM	Pza. de la Constitución, nº 5	955 871 020
LA PUEBLA CAZALLA	CMIM	San José, nº 1	954 846 958
LA PUEBLA del RÍO	CMIM	Sta. María (Ed. Multiusos)	955 771 445
LEBRIJA	CMIM	Corredera, nº 70	955 977024
LORA DE ESTEPA	PIM	Pza. Andalucía, nº 15	954 829 011
LORA DEL RÍO	CMIM	CMIM Avenida de Portugal, s/n (Antigua Estación)	955 802 851
LOS MOLARES	PIM	Real, nº 36	955 834 078
LOS PALACIOS y VILLAFRANCA	CMIM	Real de Villafranca, nº 24	955 816 912
LOS ROSALES	PIM	Avda. de Sevilla, nº 17 (Centro Cívico)	955 647 826
MAIRENA del ALCOR	CMIM	San Fernando, nº 3	955 748 830
MAIRENA del ALJARAFA	CMIM	Avda. de las Américas, s/n, 1ª planta (Edificio Solgets)	954 184 768

Guía de recursos

SEVILLA (cont.)			
Ciudad	Tipo	Dirección	Teléfono
MARCHENA	CMIM	Pza. de San Andrés, s/n (Edif. San Jerónimo)	955 321 010
MARTÍN de la JARA	CMIM	CFeria, nº 23 (Mancomunidad Sª Sur)	955 917 376
MONTELLANO	CMIM	Martín Salazar, nº 10	955 831 093 / 875 010
MORÓN de la FRONTERA	CMIM	Pozo Nuevo, nº 36, 2ª planta	955 851 577 / 281
OSUNA		Profesor Francisco Olid, 3	955 820 220
PALOMARES del RÍO	PIM	República Árabe Saharaui Democrática, nº 7	955 769 903
PARADAS	PIM	Calle Larga, nº 54	955 844 910
PEDRERA	PIM	Jazmín, nº 1	954 819 640
PEÑAFLOR	CMIM	Pza. de la Libertad, s/n	954 807 939
PILAS	CMIM	Pza. de Belén, nº 12	955 754 891 / 910 (ext. 214 / 215 / 216)
SALTERAS	CMIM	Maestro González Eiris, nº 2	955 707 979
SAN JUAN de AZNALFARACHE	CMIM	CMIM Conde de Barcelona, nº 75	954 178 281
SANLÚCAR la MAYOR	PIM	Juan Delgado, nº 2	955 100 600 (ext. 1072)
SEVILLA	PIM	Bajos Paseo Marqués de Contadero, s/n. Sala Guadalquivir (prov.)	954 596 047
TOMARES	CMIM	Calle de la Fuente, nº 10 (Hacienda Santa Ana)	954 159 120 (ext. 1262)
UMBRETE	PIM	Pza. del Arzobispo, s/n	955 71 7983 / 5985
UTRERA	CMIM	Cristóbal Colón, nº 28, A	955 86 5786 / 0050
VALENCINA de la CONCEPCIÓN	PIM	Calle Alegrías, s/n Antiguo Instituto)	955 721 737
VILLAMANRIQUE de la CONDESA	PIM	Pza. de España, nº 1	955 756 000
VILLANUEVA del ARISCAL	PIM	Diamantino García, nº 35	955 714 885
VILLANUEVA del RÍO Y MINAS	CMIM	CMIM Juan Gómez Torga, nº 12	954 747 209 (ext. 27 /8332)
VILLAVERDE del RÍO	PIM	Avda. de Aguas Santas, nº 99 (Ed. San Sebastián)	955 737 264

+ Información en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/>

Servicio de Atención Psicológica Grupal en el ámbito municipal, desde los Centros Municipales de Información a la Mujer

El Servicio de Atención Psicológica Grupal a las mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito municipal de Andalucía también se organiza desde IAM en colaboración con el Colegio de Psicología de Andalucía Occidental y del Colegio de Psicología de Andalucía Oriental. Los objetivos que se plantea son:

- Prestar atención psicológica gratuita a mujeres pertenecientes a municipios con CMIM y pueblos adyacentes.
- Contribuir a la mejora de la calidad de vida de las mujeres víctimas de violencia dotándolas de estrategias y herramientas que les permitan afrontar mejor su situación.
- Trabajar sobre el proceso de la violencia y favorecer la reconstrucción de su autoestima.

3. RECURSOS Y SERVICIOS DEL ÁMBITO DE LA SEGURIDAD

Actúan de forma inmediata para garantizar la seguridad de la mujer y las personas que con ella convivan. Efectúan una valoración urgente para adoptar las medidas necesarias y establecen una comunicación entre las diferentes instituciones y servicios con competencia en la prevención y atención ante una situación de violencia contra las mujeres. A estos servicios se accede a través de:

- Servicio de Atención a la Familia del Cuerpo Nacional de Policía (SAF).
- Equipos de Mujer y Menor de la Guardia Civil (EMUME).
- Unidad de Policía adscrita a la Comunidad Autónoma (UPA).
- Unidades de Prevención, Asistencia y Protección contra los malos tratos a la Mujer (UPAP). Comisarías de policía provinciales.
- Policía local.

Servicio de Atención a la Familia de la Policía Nacional (SAF). Es un grupo operativo de la Policía Nacional, que entre otras funciones se dedica a investigar los delitos en materia de violencia de género. Para las tareas de protección coordina las unidades de prevención, asistencia y protección contra los malos tratos a la mujer de la Policía Nacional (UPAP). El Cuerpo Nacional de Policía dispone Oficinas de Denuncias y Atención a la Ciudadanía (ODAC) en las comisarías, en las que cualquier mujer puede presentar denuncia por malos tratos.

CIUDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
ALMERÍA	Avda. Mediterráneo, nº 201	950623107
EL EJIDO	Ctra. Málaga, nº 117	95048706
CÁDIZ	Avda. Andalucía, nº 28	956297573
ALGECIRAS	C/ Fuerzas Armadas nº 6	956588410
JEREZ de la FRONTERA	Plaza del Arroyo, s/n C	956326972
LA LÍNEA	Avda. Menéndez Pelayo, nº 2	956691107
PUERTO de SANTA MARÍA	Avda. Menesteo, nº 5	956861057
SAN FERNANDO	Doctor Cellier, nº 13-15	956882020
CÓRDOBA	Campo Madre de Dios, nº 11	957594637
GRANADA	Arablay, s/n	958026160
HUELVA	Paseo de Santa Fé, nº 11	959541915
JAÉN	Arquitecto Berges, nº 11	953295288
MÁLAGA	Plaza Manuel Azaña, s/n	952046384 /952071536
FUENGIROLA	Avda. Condes San Isidro, nº 98	952197090
MARBELLA	Avda. Arias de Velasco, nº 25	952762600
TORREMOLINOS/ BENALMÁDENA	Skal, nº 12	952378720
SEVILLA	Avda. Blas Infante, nº 2	954289313/306
ALCALÁ de GUADAÍRA	Maestro José Casado, nº 3	955698871
DOS HERMANAS	Luis Ortega Bru, nº 2	955675853

+ Información en: <http://www.policia.es/documentacion/oficinas/andalucia.html>

Equipos de Mujer y Menor de la Guardia Civil (EMUME). Llamando al teléfono genérico de emergencias 062, se puede solicitar que pasen con el EMUME.

ALMERÍA	Plaza de la Estación, s/n	950 256 122 (Ext. 5166)
CÁDIZ	Avda. Astilleros, nº 1	956 292 544 (Ext. 544)
ALGECIRAS	Carretera Cadiz-Málaga, s/n	956 587 610 (Ext. 279)
CÓRDOBA	Avda. Medina Azahara, nº 2	957 414 111 (Ext. 2283)
GRANADA	Avda. Pulianas, s/n	958 185 400 (Ext. 469)
HUELVA	Guadalcanal, nº 1	959 241 900 (Ext. 278)
JAÉN	Avda. de Ejército Español, nº 14	953 250 340 (Ext. 1281)
MÁLAGA	Avda. Arroyo de los Ángeles, nº 44	952 071 520 (Ext. 536)
SEVILLA	Villanueva del Pítamo, nº 6	954 939 700 (Ext. 240)

+ Información en: <http://www.guardiacivil.org/mujer/contactar.jsp>
http://www.guardiacivil.org/mujer/emumes_new.jsp

Policía Local. Unidades Especializadas en Violencia de Género. En algunos municipios disponen de unidades especializadas en violencia de género.

CIUDAD	UNIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
CÁDIZ	Unidad Alerta	Pza. del Palillero, s/n	900 212 130
SAN FERNANDO (CÁDIZ)	Servicio de Atención a la Familia	Avda. San Juan Bosco, s/n	956 942 969/ 970/092
CÓRDOBA	Unidad de Atención	a la Mujer Avda. de los Custodios s/n	957 238 080
SEVILLA	Grupo Diana	Américo Vespucio, 57 Isla de la Cartuja	954 505 754 954 508 004 625 150 636
HUÉVAR del ALJARAFE (SEVILLA)	Sº de Atención a íctimas de violencia de género	Avda. de la Alegría, s/n	900 775 577

4. RECURSOS Y SERVICIOS DEL ÁMBITO DE LA JUSTICIA

Se incluyen los recursos relacionados con el proceso judicial que se inicia a instancia de la mujer, de otras personas o del Ministerio Fiscal. Se incluyen en este ámbito:

- Juzgados de Violencia sobre la Mujer
- Fiscalías de las Secciones contra la Violencia a la Mujer
- Institutos de Medicina Legal de Andalucía (IML)
- Oficinas de Asistencia a las Víctimas de Andalucía (SAVA)
- Colegios de la Abogacía

Juzgados de Violencia sobre la Mujer

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

Guía de recursos

CIUDAD	JUZGADO	DIRECCIÓN	TELÉFONO/FAX
ALMERÍA	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Almería 1	Ctra. de Ronda nº 120; 4006 Almería	T 950204340 T 950204341 F 950204349
	Juzgado Decano de Almería 1		T 950204145 T 850204146 F 950204148
CÁDIZ	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Cádiz 1	Avda. Juan Carlos I, s/n (Ed. Carranza); 11008 Cádiz	T 956065057 T 956101058 F 856904203
	Decanato - Juzgado de Guardia de Cádiz 1	Los Balbos, s/n; 11009 Cádiz	T 600155671 T 600155672 F 956013069
ALGECIRAS	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Algeciras 1	Plaza de la Constitución, s/n; 11202 Algeciras	T 956061922 T 956061923 F 956027607
	Juzgado Decano de Algeciras 1		T 956061927 F 956027548
JEREZ DE LA FRONTERA	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Jerez de la Fra. 1	Avda. Tomás García Figueras, nº 14 ; 11407 Jerez	T 956104091 T 956104097 F 956034762
	Decanato - Juzgado de Guardia de Jerez de la Frontera 1		T 956104082 T 956104087 F 956034756
CÓRDOBA	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Córdoba 1	Avda. Conde de Vallellano, nº 2; 14008 Córdoba	T 957743012 T 957740087 F 957353122
	Decanato - Juzgado de Guardia de Córdoba 1	Plaza de la Constitución, nº 4; 14004 Córdoba	T 957745055 T 957745057 F 957002342
GRANADA	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Granada 1	Avda. del Sur, nº 5 (Juzgados); 18014 Granada	T 958059273 T 958059271 F 958028838
	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Granada 2		T 958059280 T 958059255 F 958028868
	Decanato - Juzgado de Guardia de Granada 1	Avenida del Sur, nº 3 (Diputación); 18014 Granada	T 958059168 T 958059163 F 958028606
	Decanato - Juzgado de Guardia de Granada 2	Plaza Nueva, nº 8; 18009 Granada	T 958058953 T 958568026 F 958029758
HUELVA	Juzgado de Violencia sobre la Mujer Nº 1 de Huelva	C/ Alameda Sundheim, nº 28; 21003 Huelva	T 959106633 T 959106776 F 959013794
	Decanato - Juzgado de Guardia de Huelva 1		T 959106899 F 959013863

CIUDAD	JUZGADO	DIRECCIÓN	TELÉFONO/FAX
JAÉN	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Jaén 1	C/ Las Minas, nº 1; 23007 Jaén	T 953331364 T 953331369 F 953003556
	Juzgado Decano de Jaén	C/ Arquitecto Berges, nº 28. 23007 Jaén	T 953031562 F 953001931
MÁLAGA	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Málaga 1	C/ Fiscal Luis Portero García s/n. 29010 Málaga	T 951939057 F 951939157
	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Málaga 2		T 951939058 F 951939158
	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Málaga 3		T 951939059 F 951939159
	Decanato - Juzgado de Guardia de Málaga 1		T 951939059 F 951939159
FUENGIROLA	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Fuengirola 1	C/ Inca, nº 8; 29640 Fuengirola	T 951774009 F 951267324
	Juzgado Decano de Fuengirola	C/ Miguel Bueno, 26, Esq. Avda. de Mijas; 29640 Fuengirola	T 951773089 F 951269354
MARBELLA	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Marbella 1	C/ Doha, nº 5.; 29601 Marbella	T 952913274 F 951975444
	Juzgado Decano de Marbella	Avda. Arias de Velasco, nº 15 29601 Marbella	T 951914359 T 951914364 F 951975355
SEVILLA	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Sevilla 1	Avenida de la Buhaira nº 31; 41018 Sevilla	T 955515208 T 955515239 F 954787903
	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Sevilla 2		T 955515206 T 955515214 F 954787910
	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Sevilla 3		T 955512226 T 955515273 F 954787965
	Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Sevilla 4		T 955514347 T 955514381 F 954787937
	Decanato de Sevilla		
	Decanato de Sevilla	C/ Menéndez Pelayo, nº 2; 41004 Sevilla	T 955005200 T 955005202 F 955005190

+ Información en: <http://portaladriano.justicia.junta-andalucia.es/portal/adriano/>

Fiscalías de las Secciones contra la Violencia a la Mujer

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

CIUDAD	FISCAL DELEGADO/A	DIRECCIÓN	TELÉFONO/FAX
ALMERÍA	Marta Brea Sanchíz	C/ Reina Regente, nº 4; 04001	T 950 705074 F 950 005 053
CÁDIZ	Lorena Montero Pujante	C/ Cuesta de las Calesas, s/n; 11006	T 956 011 676 F 956 011 682
CÓRDOBA	Francisco B. Jiménez Muñoz	C/ Plaza de la Constitución, nº 4; 14004	T 957 002 336 F 957 002 338
GRANADA	Susana Vega Torres	Plaza Nueva, nº 10. 18071	T 958 028 743 F 958 028 746
HUELVA	Adela García Barreiro	Alameda Sundheim, nº 28; 21003	T 959 013 752 F 959 013 756
JAÉN	Gracia Rodríguez Velasco	C/ Arquitecto Berges, nº 16; 23003	T 953 012 717 F 953 012 730
MÁLAGA	Flor de Torres Porras	C/ Fiscal Luis Portero García s/n; 29010	T 951 938 395 F 951 938 391
SEVILLA	Fátima Domínguez Castellano	Avda. de Carlos V, s/n (Prado de San Sebastián); 41004	T 955 005 082 F 955 005 114
+ Información en: http://www.fiscal.es/Fiscal-especialista			

Institutos de Medicina Legal de Andalucía

PROVINCIA	DIRECCIÓN	TELÉFONO/ FAX
ALMERÍA	Ciudad de la Justicia C/ Carretera de Ronda, nº 120. Planta Jardín, Bl. A; CP 04071	T 950204261 F 950204262
CÁDIZ	C/ Sánchez Barcaiztegui, nº 3, 2ª planta; CP 11071	T 956203145/46 F 956203148
CÓRDOBA	Avda. Gran Vía Parque, nº 24, Local; CP 14071	T 957002600/01 F 957002609
HUELVA	Avda. de Alemania, nº 7; CP 21071	T 959527230 F 959527249
GRANADA	Avda. de la Innovación, nº 1. Parque Tecnológico de Ciencias de la Salud; CP 18071	T 958544113/14 F 958544119
JAÉN	C/ San Antonio, nº 5 Bajo; CP 23071	T 953006700/01 F 953006704
MÁLAGA	C/ Fiscal Luis Portero García s/n; CP 21071	T 951938500/01 F 951939362/ 02/06
SEVILLA	Prado de San Sebastián, s/n Edificio de los Juzgados, 1ª planta; CP 41071	T 955921514/15 F 955921516
+ Información en: http://www.cji.junta-andalucia.es/justiciaeinterior/opencms/portal/com/bin/portal/Justicia/ContenidosEspecificos/Organizacionjudicialandalucia/IML/directorio_uml/		

Servicio de Atención a las Víctimas de Andalucía (SAVA)

Se trata de un servicio público y gratuito dependiente de la Consejería de Justicia e Interior. Facilitan información, asesoramiento y atención jurídica, psicológica y social a las personas que hayan sido víctimas o perjudicadas por la comisión de cualquier delito o falta, con el objetivo de paliar los efectos de la victimización secundaria que supone pasar por las distintas instituciones con competencia en esta materia. Pueden asesorar antes de interponer la denuncia y activan la derivación hacia los centros especializados de atención en materia de violencia de género.

Las personas, físicas o jurídicas, que hayan sido víctima de un delito o falta pueden acudir a cualquiera de las nueve sedes territoriales del SAVA, sin necesidad de derivación previa desde un órgano judicial, policial o administrativo.

Guía de recursos

CIUDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO/FAX	CORREO ELECTRÓNICO
ALMERÍA	Ciudad de la Justicia. Ctra. de Ronda, nº 120, bl. A, 2ª planta; 04005 - Almería	T 950 20 40 05/00/01/03/04 F 950 20 40 02	almeria.sava.iuse@juntadeandalucia.es
CÁDIZ	C/ Cuesta de las Calesas, s/n, 1ª Planta (Audiencia Provincial); 11071 - Cádiz	T 662 97 85 32 / 662 97 85 33 F 956 01 16 12	cadiz.sava.iuse@juntadeandalucia.es
ALGECIRAS	Plaza de la Constitución, s/n (Palacio de Justicia) 11202 - Algeciras (Cádiz)	T 662 97 86 05 F 956 02 76 07	algeciras.sava.iuse@juntadeandalucia.es
CÓRDOBA	Plaza de la Constitución, s/n (Juzgado de Guardia)	T 957 74 40 12/15 600 156 391/ 392/393/394 F 957 002 464	cordoba.sava.iuse@juntadeandalucia.es
GRANADA	Edificio Judicial "La Caleta", Avda. del Sur, nº 1, planta 1 18071 - Granada	T 662 97 91 67/77/76 F 958 028 758	granada.sava.iuse@juntadeandalucia.es
HUELVA	Alameda Sundeim, nº 28 21071 - Huelva	T 959 10 68 81/88 662 97 5719/69/68/20 F 959 013 869	huelva.sava.iuse@juntadeandalucia.es
JAÉN	C/ Cronista González López, nº 3; 23071 - Jaén	T 95333 13 75/76 F 953 01 07 53	jaen.sava.iuse@juntadeandalucia.es
MÁLAGA	Ciudad de la Justicia. C/Fiscal Luis Portero García, s/n; 29071 - Málaga	T 959 93 90 05 959 93 80/19/26 F 951 93 91 05	malaga.sava.iuse@juntadeandalucia.es
SEVILLA	Edif. Audiencia Provincial, Juzgado de Guardia de Detenidos. Prado de San Sebastián; 41071 - Sevilla	T 955 005 010 / 012 F 955 005 011	sevilla.sava.iuse@juntadeandalucia.es
<p>+ Información en: http://juntadeandalucia.es/organismos/justiciaeinterior/areas/asistencia-victimas/servicio.html</p>			

Colegios de la Abogacía

A través de un convenio de colaboración entre la Consejería de Justicia e Interior y los Colegios de la Abogacía, existen turnos de oficio especializados para atender los casos de violencia de género, gratuitos cuando se carece de recursos económicos.

CIUDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO/FAX	CORREO ELECTRÓNICO	WEB
ALMERÍA	Álvarez de Castro, nº 25 bajo; 04002 Almería	T 950 237 533 T 950 237 104 F 950 262 802	colegio@icaalmeria.com	http://www.icaalmeria.com
JEREZ de la FRONTERA	Sevilla, nº 37 11402 Jerez	T 956 328 793 F 956 328 841	colegio@icabjerez.es	http://www.icabjerez.es
CÁDIZ	C/ Tamarindos, nº 17-19 11007 Cádiz	T 956 287 611 T 956 287 905 F 956 287 022	cabocadiz@icadiz.net	http://www.icadiz.org/
CÓRDOBA	C/ Moreria, Nº 5; 14008 Córdoba	T 957 498 103 F 957 496 384	oficialmayor@icacordoba.es	http://www.icacordoba.com
LUCENA	San Pedro, nº 40, 1º C 14900 Lucena	T 957 501 955 F 957 501 955	icalucena@icalucena.com	http://www.icalucena.com
GRANADA	Plaza de Santa Ana, nº 5; 18010 Granada	T 958 215 450 T 958 228 420 F 958 223 502	icagr@icagr.es	http://www.icagr.es
HUELVA	Pza. de los Abogados s/n ; 21003 Huelva	T 959 252 833 F 959 281 111	info@icahuelva.es	http://www.icahuelva.es
JAÉN	C/ Carmelo Torres, nº 13; 23007 Jaén	T 953 257 300 F 953 255 009	decanato@icajaen.es	http://www.icajaen.es
MÁLAGA	Paseo de la Farola, nº 13 ; 29016 Málaga	T 951 017 900 T 952 211 991 F 952 226 135	abogados@icamalaga.es	http://www.icamalaga.es
ANTEQUERA	Infante Don Fernando, nº 45, 2º D; 29200 Antequera	T 952703467 F 952700420	icantequera@telefonica.net	http://www.icantequera.com
SEVILLA	C/ Chapineros, nº 6 41004 Sevilla	T 954 502 757 F 954 503 970	gerencia@icas.es	http://www.icas.es

+ Información en: <http://www.justiciagratis.es> y http://www.cadeca.es/portalCadeca/printPortal.do?urlPagina=S012012/es_ES.html#

5. WEBS DE RECURSOS DE APOYO Y PREVENCIÓN EN CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Aplicación APP DetectAmor. La APP de DetectAmor es una herramienta de descarga gratuita que pone especial énfasis en la educación afectivo-amorosa de la juventud andaluza a través del uso educativo de la telefonía móvil (APP). Está dirigida a jóvenes, para que puedan reflexionar acerca de sus ideas sobre el amor, sobre cómo son las relaciones de pareja que establecen, si éstas son en igualdad o son relaciones de abuso.

Pretende sensibilizar, informar y prevenir la violencia de género. Su planteamiento es el abordaje y la detección de indicadores de abuso en las parejas jóvenes, de mitos de amor romántico, y la importancia de mantener relaciones igualitarias y sin machismo, sus principales bloques son:

- Mitos de amor romántico
- Percepción de abuso y maltrato en parejas jóvenes
- Información y conocimiento sobre maltrato y violencia de género
- Sexismo interiorizado

+ Información en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/>

También es posible localizar información de recursos disponibles a través de la Web de Recursos de Apoyo y Prevención ante casos de Violencia de Género (WRAP). Es un servicio integrado en la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que permite la localización sobre mapas activos, los distintos recursos (policiales, judiciales y de información, atención y asesoramiento) que las administraciones públicas y las entidades sociales han puesto a disposición de la ciudadanía y de las víctimas de violencia de género. Se accede a este servicio a través de la dirección:

<http://www.migualdad.es/ss/Satellite?pagename=Recursos/Page/REC Recursos>

Aplicación LIBRES. "LIBRES" es una aplicación de descarga gratuita para teléfonos móviles (sistemas operativos IOS y Android) dirigida principalmente a mujeres que sufren o han sufrido violencia de género y a cualquier persona que detecte en su entorno una posible situación de maltrato. Sus objetivos son:

- Detectar los primeros signos de violencia de género.
- Informar sobre los recursos que existen para las víctimas de maltrato.
- Mostrar las medidas de autoprotección contra la violencia de género.
- Fortalecer los lazos para romper el silencio y lograr que las víctimas se atrevan a denunciar su situación.

A través de un menú principal, la persona que se descargue "LIBRES" puede tomar conciencia de su situación como víctima de violencia de género, informarse acerca de los pasos a seguir ante una situación de violencia de género, conocer los recursos telefónicos y presenciales que están a su alcance para asesorarse y denunciar, conocer las medidas de autoprotección que puede y debe tomar para salvaguardar su seguridad y la de sus hijos y, finalmente, puede sentir que toda la sociedad está a su lado, que otras mujeres han pasado por su misma situación y han conseguido salir y comenzar una nueva vida alejada de la violencia, como ponen de manifiesto los testimoniales incluidos.

La aplicación se ha diseñado para que permanezca oculta en el menú del teléfono de tal manera que nadie más, salvo la mujer, sepa que dispone de una aplicación sobre violencia de género.

<http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/Sensibilizacion/AplicacionLibres>

6. RECURSOS DESTINADOS A LA ATENCIÓN A MENORES

6.1. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Programas dirigidos a la prevención y detección del maltrato infantil

Consultar información actualizada en:

www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/export/Infancia_Familia/HTML/prevencion/deteccion.html

Teléfono de Información sobre Menores y TIC: 902 113 000. Si se cree que alguna página web está cometiendo algún delito contra menores de edad o que hay motivos para denunciar algún contenido, se puede llamar al servicio de información y atención de

Guía de recursos

denuncias relacionadas con menores y las nuevas tecnologías, en el teléfono 902 113 000. Ante cualquier duda o pregunta, este servicio también puede ayudar.

Teléfono de Información General en Materia de Infancia: 902 102 227. A través de este teléfono se pretende ofrecer información rigurosa y actualizada de los recursos, programas y actuaciones del sistema de protección a la infancia, así como información puntual sobre alguna campaña, actividad o evento.

Línea de Ayuda a la Infancia 11 61 11. Entró en servicio en la Comunidad Autónoma Andaluza el día 1 de febrero de 2012 y tiene como objetivos:

- Proporcionar ayuda a las personas menores que precisan cuidados y protección, a quienes se prestará servicios y recursos tendentes a satisfacer sus necesidades.
- Dar a la ciudadanía menor de edad la oportunidad de expresar sus preocupaciones, de hablar sobre problemas que les afecten directamente y de llamar a alguien en caso de urgencia.

Este servicio responde a la puesta en marcha en España y en Europa de un único teléfono europeo para acceder a una línea telefónica de atención a la infancia.

Servicios de Protección de Menores de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

SERVICIOS DE PROTECCIÓN DE MENORES		
Provincia	Dirección	Teléfono/Fax
ALMERÍA	Ctra de Ronda, nº 226, Edificio "Bola Azul", 4ª Planta, 04071	T: 950 017 271
CÁDIZ	Plaza Asdrúbal, s/n, Edificio Adtrativo. 11071	T: 956 007 000; F: 956 007 003
CÓRDOBA	Blanco Soler, nº 4; CP 14071	T: 957 352 720 /21; F: 957 352 830
GRANADA	Ancha de Gracia, nº 6; CP. 18071	T: 958 024 600; F: 958 024 798
HUELVA	Alcalde Mora Claros, nº4-6; CP. 21071	T: 959 005 700; F: 959 005 773
JAÉN	Paseo de la Estación, nº 19. 3ª, 5ª, 6ª Plta 23071	T: 953 013 084; F: 953013114 / 24
MÁLAGA	C/ Tomás Heredia, nº 18; CP 29071	T: 951 932 203 / 04; F: 951 932 354
SEVILLA	C/ Federico García Lorca, nº 3; CP. 41071	T: 955 890 200; F: 955 923 582

+ información en:
<http://juntadeandalucia.es/organismos/igualdadsaludypolicassociales/areas/infancia-familias/adopcion-nacional/paginas/directorio-menores.html>

6.2. Recursos y servicios del ámbito de la Seguridad

Equipos de Mujer y Menor de la Guardia Civil (EMUME) Llamando al teléfono genérico de emergencias 062 se puede solicitar con el EMUME que le corresponda (Los EMUME provinciales se han tratado ya en este capítulo). Consultar información actualizada en: <http://www.guardiacivil.org/mujer/contactar.jsp> y http://www.guardiacivil.org/mujer/emumes_new.jsp

Teléfono de Notificación de posibles situaciones de Maltrato Infantil 900 851 818. Se trata de un servicio público y gratuito de atención a la ciudadanía, con el que se intenta facilitar su colaboración en la comunicación de los posibles casos de malos tratos a menores que conozcan, de modo que se pongan en marcha las actuaciones precisas por los servicios sociales que garanticen su bienestar.

Está atendido por un equipo de profesionales especializados y está disponible las 24 horas, con un horario de atención directa de lunes a viernes de 8,00 a 22,00 horas, y sábados y días festivos de 10.00 a 14.00 horas. De modo complementario, se conecta un sistema de contestador automático para que la persona que llame pueda aportar información sobre la situación de maltrato de la que sea conocedor, que recibirá atención inmediata. Tras la recepción de las llamadas, se sigue un protocolo de actuación en función de la valoración de su gravedad, notificando los hechos a los servicios sociales correspondientes. A partir de ese momento se inicia un proceso de investigación de las circunstancias sociofamiliares a fin de movilizar los recursos necesarios que aseguren la integridad física y mental de los menores implicados y planificar la intervención profesional más adecuada.

Web SIMIA. Facilita a los y las profesionales que dispongan de certificado digital, la creación, cumplimentación informática e impresión de una Hoja de Detección y Notificación, así como su envío automático, para los casos que se consideren graves, a los Servicios de Protección de Menores. Desde la Web, se tiene acceso al manual de instrucciones para la cumplimentación de la Hoja, se pueden consultar las hojas notificadas y visualizar los documentos asociados a una Hoja específica. Asimismo la web SIMIA ofrece, para cualquier ciudadano o ciudadana que acceda a la misma, distintos contenidos sobre el maltrato infantil, tipologías, valoración de su gravedad y pautas de actuación ante el mismo, así como información diversa sobre el Sistema. A la web SIMIA puede accederse desde el Portal de la Junta de Andalucía, a través del siguiente enlace: **+ Información en:** <https://ws058.juntadeandalucia.es/simia/>

Fiscalías de Menores

FISCALÍAS DE MENORES		
Provincia	Dirección	Teléfono/Fax
ALMERÍA	Ctra. de Ronda nº 120; C.P. 4006	T 950 204 247 F 950 204 255
CÁDIZ	Fiscalía Provincial de Cádiz - Menores Edificio Carranza, Fondo Norte, Avda Juan Carlos I, 3ª Pta C.P. 11008	T 671 539 011 T 671 539 017 F 956 209 628
	Fiscalía de Área de Jerez de la Frontera - Menores Avda. Alcalde Alvaro Domecq, nº 1 C.P. 11407	T 956 906 054 T 956 906 071 F 956 033 459
	Fiscalía de Área de Algeciras - Menores C/ Muñoz Cobos, nº 4 C.P. 11201	T 956 904 369 T 956 904 367 F 956 026 813
CÓRDOBA	Fiscalía Provincial de Córdoba - Menores C/ Doctor Barraquer, nº 6; C.P. 14004	T 957 005 708 T 957 005 709 F 957 005 737
GRANADA	Fiscalía Provincial de Granada - Menores C/ Marqués de la Ensenada, nº 2; C.P. 18004	T 958 983 582 T 958 983 586 F 958 026 160
HUELVA	C/ Echegaray, s/n; C.P. 21003	T 959 108 013 T 959 106 705 T 959 108 017 F 959 012 616
JAÉN	Fiscalía Provincial de Jaén - Menores C/ Obispo Alonso Suárez, nº 1 C.P. 23008	T 953 335 031 T 953 963 132 F 953 003 515
MÁLAGA	Fiscalía Provincial de Málaga - Menores C/ Fiscal Luis Portero García s/n C.P. 29010	T 951 938 050 F 951 938 150
SEVILLA	Fiscalía Provincial de Sevilla - Menores Avda. de la Buhaira, nº 29 C.P. 41018	T 955 514 391 T 955 514 354 F 954 544 771
+ información en: http://www.fiscal.es/Fiscal-especialista/Menores/		

7. RECURSOS DESTINADOS A MUJERES CON DISCAPACIDAD

En el caso de que las agresiones sexuales se hayan cometido contra mujeres con movilidad reducida, habrá que tener en cuenta la existencia en cada provincia, de consultas gineco-obstétricas, adaptadas a sus necesidades. Estas cuentan con mobiliario clínico adecuado.

PROVINCIA	CENTRO DE REFERENCIA	DIRECCIÓN	TELÉFONO
ALMERÍA	Hospital Torrecárdenas Ubicación: Centro Periférico de Especialidades (Bola Azul), Cons. nº 28	Ctra. de Ronda, nº 226 Almería	Centralita: 950 017 200 Atención a la Ciudadanía: 950 017 134 950 017 192
CÁDIZ	Hospital Puerto Real Ubicación: Área Consultas Externas Hospital Puerto Real	Ctra. N-IV Km 665. Puerto Real Cádiz	Centralita: 956 005 000 Atención a la Ciudadanía: 956 005 166 956 005 553
CÓRDOBA	Hospital Reina Sofía Ubicación: Consulta Ginecología Orgánica 1ª planta Centro Materno Infantil	Avda. Menéndez Pidal s/n; Córdoba	Centralita: 957 010 001 Atención a la Ciudadanía: 957 010 359
GRANADA	Hospital S. Cecilio Ubicación: Centro Periférico de Especialidades Zaidín	Avda. de América s/n Granada	Centralita: 958 022 650 Atención a la Ciudadanía: 958 022 653 Atención a la Ciudadanía: 958 022 652
HUELVA	Hospital Juan Ramón Jiménez Ubicación: Centro Periférico de Especialidades Virgen de la Cinta	Vía Paisajista s/n Huelva	Centralita: 959 015 000 Atención a la Ciudadanía: 959 015 020
JAÉN	Complejo Hospitalario de Jaén Ubicación: Área de Consultas Externas del Hospital Materno-Infantil, Planta semisótano Consulta Nº7	Avda. del Ejercito Español nº 10; Jaén	Centralita: 953 008 000 Atención a la Ciudadanía: 953 008 800
MÁLAGA	Hospital Regional de Málaga Ubicación: Consulta nº 30 Hospital Materno Infantil	Avda. Arroyo de los Ángeles s/n. Málaga	Centralita: 951 290 000 Atención a la Ciudadanía: 951 291 146
SEVILLA	Hospital Virgen del Rocío. Ubicación: Centro Periférico de Especialidades Dr. Fleming. Cons nº 12	Juan de Padilla nº 8	Centralita: 955 016 900 Atención a la Ciudadanía: 955 016 965
+ información en www.perinatalandalucia.es			

8. ASOCIACIONES DE ATENCIÓN A MUJERES INMIGRANTES

A continuación se muestran algunas de las organizaciones no gubernamentales para la inmigración, que tienen programas de actuación social para evitar la MGF en etnias que tradicionalmente realizan la MGF a sus niñas. Estas ONG también pueden servir de apoyo a los padres y madres que deciden no hacerla, tanto en España como en los países de origen.

Medicus Mundi Andalucía. Ofrecen orientación, claves e información a profesionales del campo de la ginecología y obstetricia, de cara a abordar los problemas relacionados con la práctica de la mutilación genital femenina, y también de cara a la prevención de la práctica.

http://www.medicusmundi.es/index.php/andalucia/proyectos_de_cooperacion/africa

O'dam . Es una ONG de desarrollo (ONGd) asturiana. Trabaja por el empoderamiento de las personas y colectivos minoritarios inmersos en procesos de pérdida de identidad cultural, etnocidio, marginación y/o exclusión. En este proceso de construcción, considera como una herramienta esencial las acciones de intervención social y educativa que promueven la mejora de las condiciones de vida respetando la identidad y diversidad cultural de personas y comunidades.

+ información en: <http://www.odamongd.org/>

UNAF (Unión de Asociaciones Familiares)

Es una ONG, de carácter estatal integrada por asociaciones que trabajan en el campo familiar desde diferentes ámbitos. Su lema es “trabajar por el bienestar de todas las familias”. Con el apoyo del Ministerio de Empleo y Seguridad Social puso en marcha un programa para prevenir la MGF entre la población inmigrante que reside en España.

El programa tiene como objetivo llevar a cabo una intervención lo más global posible que incluya la concienciación, información y sensibilización de profesionales y órganos de gobierno respecto a la mutilación genital femenina; y la intervención con población inmigrante en riesgo de mutilación o mutilada.

Ofrece múltiples actividades gratuitas, orientadas tanto las comunidades que llevan a cabo esta práctica, como a profesionales que trabajan indirectamente o directamente con ellas:

+ información: <http://unaf.org/salud-sexual/prevenccion-de-la-mutilacion-genital-femenina/>

Asociación EQUIS

MGF. Asociación creada con el objetivo de sensibilizar y erradicar la práctica de la MGF.

<http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/mutilacions>

El Comité Interafricano sobre las prácticas tradicionales que afectan a la salud de mujeres y niños (IAC)

Es un órgano de coordinación regional de África que lleva trabajando durante los últimos 28 años con programas y acciones políticas para detener la MGF en la Región de África. Se formó en un momento en que la mutilación genital femenina era un tema sensible para la discusión y hubo una necesidad crítica de una voz regional africana en una campaña internacional contra la MGF. La misión del IAC es una región de África libre de la mutilación genital femenina y las prácticas nocivas relacionadas con el género. Sus dos objetivos principales son:

- Prevenir y eliminar las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud o impiden, el desarrollo humano y los derechos de las mujeres y las niñas y abogar por el cuidado de los que sufren las consecuencias sanitarias de las prácticas nocivas.
- Promover y apoyar las prácticas tradicionales que mejoran y contribuyen a la salud, el desarrollo humano y los derechos de las mujeres y los niños.

+ información en: <http://www.iac-ciaf.com>

Asociación de Mujeres Antimutilación AMAM

Es una organización cuyo fin de luchar contra la ablación femenina a través de estrategias de sensibilización y de la coordinación con otras entidades que operan en Gambia, como Gamcotrap. Su objetivo es que las propias mujeres africanas afincadas en España se sensibilicen y trabajen para combatir esta tradición tanto en España como en sus países de origen.

+ información en <http://www.amam.es/OldAmam/somos.html>

GAMCOTRAP, para la protección de las niñas

Es una ONG de Senegal que desarrolla actividades en Senegal y Gambia con programas para el desarrollo en comunidades africanas para el desarrollo y la transformación social basada en el respeto a los derechos humanos. Tiene proyectos en Djibouti, Gambia, Guinea, Guinea Bissau, Mali, Mauritania, el Senegal i Somalia, y anteriormente también ha desarrollado programas en Burkina Faso y Sudan. Actualmente desarrolla programas para la erradicación de la MGF. **información en:** <http://www.gamcotrap.gm/content/index>

Asociación Yamari Kafo.

El objetivo principal de esta entidad es concienciar, a través de la información, las comunidades que practican la MGF de las graves consecuencias, tanto físicas como psíquicas, que puede tener esta práctica.

+ información en : <http://www.stop-fgm-now.com/es/quien-lucha-contr-la-mgf>

9. ASOCIACIONES PARA LA ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE TRATA

En las tablas provinciales siguientes se muestran las ONG andaluzas que prestan atención a personas víctimas de trata de seres humanos y el tipo de atención.

ALMERÍA									
Nombre entidad	Dirección/Teléfono	Psc	Sn	Psq	L	Sc	J	F	Ac. C
APRAMP	C/ Murcia, nº 1 Entresuelo E; CP: 04004; T 950 252 721 T 609 589 479 (24 horas con whatsapp) aprampalmeria@hotmail.com> < https://www.facebook.com/apramp > > y www.apramp.org	x	x		x	x	x	x	x
ASOCIACIÓN PRO DERECHOS HUMANOS	C/ Capitán García Andujar nº 2, 1º izq.; CP 04003. T 618 932 518 (24 horas) almeria@apdha.org		x		x	x	x	x	
MÉDICOS DEL MUNDO	Gil Vicente, nº 10 ; CP. 04006 T 950 252 432 y 616 764 999 almeria@medicosdelmundo.org	x	x			x	x		
AIMUR	Avda. Pablo Iglesias nº 44, 1º Dcha; CP. 04003 ; T 950 250 011 T 615 673 268 (24 horas con whatsapp) aimur@aimur.org facebook.com/AIMUR.MujeresenRiesgo	x	x		x	x	x	x	x
RELIGIOSAS OBLATAS	C/San Leonardo, nº 30; CP. 04004 T 950 262 514 / 645349684 claraadelaalicia@hotmail.com comunidadalmeria@oblatas.com	x	x		x	x		x	x
PROYECTO ENCUENTRO ALMERÍA	OBLATAS ADORATRICES T 950 262 514/ 645 349 684/ 950 232 100/ 662 079 772 centrop.encuentro@gmail.com	x	x		x	x	x	x	
RELIGIOSAS ADORATRICES	C/Gran Capitán nº 63; CP.04008 T 950 232 100 / 662 079 772 almeria@adoratrices.com mjpalomino@hotmail.es y info@adoratricesalmeria.org	x	x		x	x	x	x	x
MUJERES EN ZONA DECONFLICTO	C/ José Artés de Arcos, nº 34 entreplanta puerta E-bis; CP. 41004 T 682 638 102 almeria@mzc.es	x	x		x	x	x	x	
CRUZ ROJA	C/ Parque Nicolás Salmerón, nº 28; CP. 04002; T 950 257 166 almeria@cruzroja.es					x	x		

Psc (psicológica), Sn (sanitaria), Psq (psiquiátrica), L (laboral), Sc (social), J (jurídica), F (formativa) y C a. (casas de acogida). Elaborada por Dña. Ifigenia Frías Oncina. Julio de 2014.

Guía de recursos

CÁDIZ									
Nombre entidad	Dirección/Teléfono	Psc	Sn	Psq	L	Sc	J	F	C.Ac.
ASOCIACIÓN VICTORIA KENT (ALGECIRAS)	C/ Regino Martínez, nº 3-3º B; CP. 11201 Algeciras T 956 633 299 – 956 633 396 T 657 981 862 (24 horas) AMPVictoriakent@ono.com asociación@ampvictoriakent.org	X					X	X	
COMITÉ CIUDADANO ANTISIDA CAMPO DE GIBRALTAR	C/ Gregorio Marañón, nº 1 bajo; CP 11201 T 956 634 828 cascg5@hotmail.com				X	X			
CENTRO MUJER GADES HERMANAS OBLATAS	C/ Alcalá Galiano, nº 2, Bajo; T 956 225 304 / 956 225 672 T 603 812637 Mujer Gades < mujergades@yahoo.es >	X	X	X	X	X	X	X	
ASOCIACIÓN PRO DERECHOS HUMANOS	Avda de la Constitución de 1812, nº 1, entresuelo A; CP. 11008 T 956 228 511 y 620 402 735 cadiz@apdha.org		X		X	X	X	X	
CRUZ ROJA ESPAÑOLA	Avda. Fernández Ladreda, nº 3; CP.11008 T 956 222 222 cadiz@cruzroja.es					X	X		
ACCEM JEREZ DE LA FRONTERA	C/ Juan Miró, nº 1. Local 1; CP. 11405 Jerez de la Frontera T y F 956 332 073 jerez@accem.es	X	X		X	X	X	X	X

Psc (psicológica), Sn (sanitaria), Psq (psiquiátrica), L (laboral), Sc (social), J (jurídica), F (formativa) y casas de acogida. Elaborada por Dña. Ifigenia Frías Oncina. Julio de 2014.

CÓRDOBA									
Nombre entidad	Dirección/Teléfono	Psc	Sn	Psq	L	Sc	J	F	C.ac.
ADORATRICES	C/ Toledo Nº 14; CP. 14012 T 957 270 088 direccion@adoratricesfuentedevida.com trabajadorasocial@adoratricesfuentedevida.com	x	x		x	x		x	x
ASOCIACIÓN PRODERECHOS HUMANOS DE ANDALUCÍA	C/ Músico Francisco de Salinas, nº 10 Local; CP. 14001 T 957 404 373 y 618 133 883 cordoba@apdha.org		x		x	x	x	x	
CÓRDOBA ACOGE	C/ Músico Ziriyab, nº 10; CP. 14001 T 957 230 838 cordoba-acoge@cordoba-acoge.com	x	x		x	x	x	x	
ASOCIACION MUJERES HIEDRA	C/ San Fernando, nº 126; CP. 14003 T 957 477 809 y 660 048 693, 677 511 586 y 660 105 285 asociacionhiedra@yahoo.es	x	x			x			
CRUZ ROJA ESPAÑOLA	C/ Sagunto s/n; CP. 1400 T 957 433 878; anmofe@cruzroja.es	x	x			x	x		
CRUZ ROJA ESPAÑOLA	Centro de Migraciones Avda. Cantaor Jiménez Rejano s/n; CP. 14500 Puente Genil T 957 606 612; roflin@cruzroja.es	x	x		x	x			
CRUZ ROJA ESPAÑOLA	Asamblea Local de Cruz Roja de Puente Genil Avda. Cantaor Jiménez Rejano s/n; CP.14500 Puente Genil T 957 606 612; puentegenil@cruzroja.es	x	x				x		
MUJERES HIEDRA	C/ San Fernando, nº 126; CP. 14003 T 957 477 809 y 606 048 693 675 511 586 y 660 105 285 asociacionhiedra@yahoo.es	x	x			x			
IEMAKAIE	C/Duque de Fernán Núñez nº 11 Izq. ; CP. 14003 T 957 496 396 y 957 473 717 iemakaie@telefonica.net www.iemakaie.es		x		x	x			
MUJERES EN ZONA DE CONFLICTO	C/ San Pablo nº 5; CP 14002 T 957 082 000 accionsocial@mzc.es	x	x			x	x	x	
ACCEM	C/Luis Cañete s/n, CP. 14011- Córdoba T 957 470 176 (Intérprete) cordoba@accem.es cordoba.social@accem.es		x		x	x	x	x	x

Psc (psicológica), Sn (sanitaria), Psq (psiquiátrica), L (laboral), Sc (social), J (jurídica), F (formativa) y casas de acogida. Elaborada por Dña. Ifigenia Frías Oncina. Julio de 2014.

Guía de recursos

GRANADA									
Nombre entidad	Dirección/Teléfono	P s c	S n	P s q	L	S c	J	F	C · a c
ASOCIACIÓN PRO DERECHOS HUMANOS	C/ Portería de Santa Paula s/n, Sótano; CP. 18001 T 958 520 023 (tardes) granada@apdha.org		x		x	x	x	x	
OCREM	C/ San Blas, nº 41; CP. 18013 T 958 162 354 ocrem@ocrem.org	x			x	x	x	x	x
CÁRITAS*	Dr. Azpitarte, nº 3; CP. 18012 T 958 202 611 caritas@caritasgranada.org	x			x	x	x	x	
CRUZ ROJA ESPAÑOLA	Cuesta Escoriaza, nº 8; CP. 18008 T 958 221 420/21 cbeltran@cruzroja.es		x		x	x	x	x	
CRUZ ROJA ESPAÑOLA Motril	Calle Alonso Terrón, nº 6 A CP. 18600 Motril T 958 221 420 (ext 41307) promujer.motril@cruzroja.es		x		x	x	x	x	
GRANADA ACOGE	C/ Portería de Santa Paula s/n, 1º; CP. 18001, T 958 200 836 granada@acoge.org		x			x			
ACCEM	C/Margarita Xirgu s/n. Edificio Hotel de Asociaciones; CP. 18007 T 607 553 833 (intérprete) granada@accem.es		x		x	x	x	x	x
FUNDACIÓN SOLIDARIDAD AMARANTA (ADORATRICES)	Carril de Hostelería, nº 16; CP.18006 T 958 121 777 y 646 887 625 granada@fundacionamaranta.org susana@fundacionamaranta.org	x	x		x	x	x	x	x
CALOR Y CAFÉ	C/ Colegios, nº 3; CP. 18001 T 958 163 316 y 661 384 409 secretaria@calorycafe.com	x			x	x	x	x	

Psc (psicológica), Sn (sanitaria), Psq (psiquiátrica), L (laboral), Sc (social), J (jurídica), F (formativa) y casas de acogida. Elaborada por Dña. Ifigenia Frías Oncina. Julio de 2014.

*Responsable Técnica M^a José Díaz Carrillo

HUELVA									
Nombre entidad	Dirección/Teléfono	Psc	Sn	Psq	L	Sc	J	F	C. ac
CÁRITAS CENTRO PUERTA ABIERTA (P.AMMAR)	José M ^a Pereda, nº 9; CP. 21002 T 959 814 622 T 959 245 226 pchaparro.exclusion@caritashuelva.org		x		x	x		x	x
COMITÉ CIUDADANO ANTISIDA	C/ Niágara nº 10 Local. Bajo; CP. 21005 T 959 874 403 antisida@hotmail.es	x			x	x		x	
MUJERES EN ZONA DE CONFLICTO	C/ Fray Junípero Serra nº 1, D; CP. 21004 T 669 029 77 huelva@mzc.es		x			x	x		
CRUZ ROJA	C/ Paseo de Buenos Aires, s/n. ; CP. 21002 T 959 284 400 epg21@cruzroja.es		x			x	x		
ACCEM Palos de La Frontera	Polígono industrial San Jorge C/ J, nave 247; C.P. 21810 Palos de la Frontera T y F 959 530 300 huelva@accem.es		x		x	x	x	x	x

Psc (psicológica), Sn (sanitaria), Psq (psiquiátrica), L (laboral), Sc (social), J (jurídica), F (formativa) y casas de acogida. Elaborada por Dña. Ifigenia Frías Oncina. Julio de 2014.

JAÉN									
Nombre entidad	Dirección/Teléfono	Psc	Sn	Psq	L	Sc	J	F	C. Ac.
CRUZ ROJA	C/Ronda del Valle-parc. X-8 Edificio Cruz Roja; CP 23009 T 953 251 540 - mljade@cruzroja.es Referente Red Antena Sur: esmeraldaow@cruzroja.es					x	x		
MUNDO ACOGE	C/ Los Francos, nº 23; CP.23700 Linares T 953 601 554 T 680 676 692 mundoacoge@yahoo.es http://www.mundoacoge.org			x	x	x	x	x	
CASA ACOGIDA CONSOLACIÓN Proyecto Mujer y Vida Hnas. N. S. Consolación Santa María Molas	C/ Santa M ^a Rosa Molas, nº 5; 23700-Linares T 953 696 446 T 636 559 407 consolinaires@gmail.com	x			x			x	x

Psc (psicológica), Sn (sanitaria), Psq (psiquiátrica), L (laboral), Sc (social), J (jurídica), F (formativa) y casas de acogida. Elaborada por Dña. Ifigenia Frías Oncina. Julio de 2014.

Guía de recursos

MÁLAGA									
Nombre entidad	Dirección/Teléfono	Psc	Sn	Psq	L	Sc	J	F	C.ac.
Asociación Mujer Emancipada	C/ Trinidad Gruñid, nº 21-3 ^a Oficina 36; CP 29001 T 952 604 346 oficina@mujeremancipada.org	x	x		x	x	x	x	
ASIMA Asociación AntiSida	C/Cruz Verde, nº 22, local 5 y 6; CP. 29013 T 952 601 780 T 625 394 104 T 616 946 038/244 info@asima.org	x	x		x	x	x	x	x
Asociación Pro Derechos Humanos	C/ Empecinado, nº 1, bajo; CP.29013 T 958 520 023 y 952 268 903 malaga@apdha.org		x		x	x	x	x	
MÉDICOS DEL MUNDO	Cruz Verde, nº 16; CP. 29013 T 952 217 199 T 629 554 321 T 952 252 377 T 699 673 411 malaga@medicosdelmundo.org	x	x			x	x		
CRUZ ROJA ESPAÑOLA	Paseo de la Farola s/n; CP. 29016 T 952 217 631 Ext. 1131 pachag@cruzroja.es	x	x		x	x	x		
ACCEM	Callejón Pericón, nº 1 Bajo; CP.29008 T 952 224 076 malaga@accem.es	x	x		x	x		x	x
ADORATRICES	C/Santa María Micaela, nº 11; CP.29013 T 952 251 794 malagaadoratrices@gmail.com	x	x		x	x		x	x

Psc (psicológica), Sn (sanitaria), Psq (psiquiátrica), L (laboral), Sc (social), J (jurídica), F (formativa) y casas de acogida. Elaborada por Dña. Ifigenia Frías Oncina. Julio de 2014.

SEVILLA									
Nombre entidad	Dirección/Teléfono	Psc	Sn	Psq	L	Sc	J	F	C.ac
ASOCIACIÓN AMIGA POR LOS DERECHOS DE LAS MUJERES	C/ Leonor Dávalos, nº 15; CP. 41002 T 633 954 425 y 605 898 053 asociacionamigasevilla@gmail.com info@amiga.org	x				x	x		
CEAR P. Atención Jurídica y Psicológica a Mujeres Extranjeras Víctimas de VG y Trata	C/ Relator, nº 6, Bajo; CP 41002 T 954 619 164 y 954 626 586 F 954 236 564 Mercedes Alconada (Jurídico) 954 619 164 Ext 15 Mercedes.alconada@cear.es Clara López Torres (Psicóloga área occidental Andalucía) T 954 619 164; Clara.lopez@cear.es	x			x	x	x	x	
ADORATRICES	Avda. de la Palmera, nº 13 puerta derecha; CP. 41013 T 954 614 129 T 693 231 533 (24 horas) coordinación@onnadoratrices.org	x	x		x	x	x	x	x
SEVILLA ACOGE	Avda. Cristo de la Expiración, s/n. (Bajos del Puente del Cachorro) T 954 902 960 contacto@sevillaacoge.org	x			x	x	x	x	x
CENTRO AL ALBA HERMANAS OBLATAS	C/ Relator nº 33; CP. 41002. T 954 901 283 y 618 305 529 centroalalba@hotmail.com	x			x	x	x	x	
CÁRITAS Centro de acogida para inmigrantes de Sevilla	Casa Nazaret- C/Ciclismo nº 46-48; C.P.41020 T 954 216546 mmadrid@caritas-sevilla.org					x	x	x	x
ACCEM	C/ Doña. Maria Coronel, nº 18; CP. 41003 T 954 313 333 sevilla@accem.es	x	x		x	x	x	x	x
VILLA TERESITA	C/ Puerto de los Alazores, nº 3-B; CP. 41006 T 954 923 951 y 659 095 492 villateresitasevilla@yahoo.es	x			x	x	x	x	x
MUJERES EN ZONA DE CONFLICTO	C/ Rosario nº 8, casa 2, 1º B; CP. 41004 T 954 563 543 sevilla@mzc.es							x	

Guía de recursos

SEVILLA (continuación)									
Nombre entidad	Dirección/Teléfono	Psc	Sn	Psq	L	Sc	J	F	C.Ac.
COLECTIVO LA CALLE	C/ Bécquer , nº 43 Local T 676 893 832 / 691 523 330/ 954 902 825 colcalle@yahoo.es presidencia@faudas.org	x			x	x	x	x	
ANTARIS	CENTRO ENCUENTRO Y ACOGIDA Av. Dr. Fedriani nº 2, Acc. A Hogar Virgen de los Reyes; CP.41009 T 954 904 153 ceaantaris@gmail.com	x	x			x			
ANTARIS Dos Hermanas	CENTRO AMBULATORIO -CENTRO DE DÍA Plaza del Compositor Manuel Castillo, s/n; CP.41701 Dos Hermanas T 954 726311 antaris@centroantaris.org	x	x			x			
MÉDICOS DEL MUNDO	Bajos del Puente Cristo de la Expiración s/n ; 41001 Sevilla TLF. 954 908 288 y 670 651 398 valentin.marquez@medicosdelmundo.org	x	x			x	x	x	
FUNDACIÓN ATENEA	Centro Encuentro y Acogida Polígono Sur Avda. de La Paz s/n esquina C/ Madre Amable (antiguo CS de Letanías) T 954 620 79 y 656 921 515 ilopez@ateneagrupo.org	x			x	x	x	x	
CRUZ ROJA ESPAÑOLA	Avda. Cruz Roja, nº 1, duplicado, 41009. Sevilla Telf. 954 376 613 carmencor@cruzroja.es		x			x			

Psc (psicológica), Sn (sanitaria), Psq (psiquiátrica), L (laboral), Sc (social), J (jurídica), F (formativa) y casas de acogida. Elaborada por Dña. Ifigenia Frías Oncina. Julio de 2014.

The background of the page features a close-up photograph of several hands being held together in a supportive, cupping gesture. The hands are light-skinned and appear to be of different ages or ethnicities. The lighting is soft and warm, creating a sense of care and unity. The background is slightly blurred, focusing attention on the hands. The text is overlaid on this image.

XI. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

XI. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Alberdi, Inés; Matas, Natalia. La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Fundación La Caixa, 2000. [Disponible en: http://obrasocial.lacaixa.es/Static-Files/StaticFiles/a88e677e1f5b5210VgnVCM200000128cf10aRCRD/es/es10_esp.pdf].
- Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Diciembre 1993. A/RES/48/104. [Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1286.pdf>]
- Esteban, M^a Luz. Crítica del Pensamiento Amoroso. Edicions Bellaterra, Barcelona, 2011.
- Expósito, Francisca. Ruiz, Sergio. Reeducción de Maltratadores: Una Experiencia de Intervención desde la Perspectiva de Género Universidad de Granada Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. Intervención Psicosocial. Vol. 19, n.º 2, 2010
- Krantz, G. Violence against women: a global public health issue. J Epidemiol Community Health. 2002.
- Krug, E; Dahlberg, L; Mercy, J; Zwi, A; Lozano, R, (Eds). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002. [Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm]
- Heise, L; Ellsberg, M; Gottemoeller, M. Ending violence against women. Population Reports, Series L, n^o11. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program; December 1999.
- Organización de las Naciones Unidas. IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. 1995.]. Disponible en: <http://www.onu.org/documentos/confmujer.htm>
- OMS. Violencia contra las mujeres. Un tema de salud prioritario. OMS/OPS; 1998.
- The Liverpool John Moores University's Centre for Public Health. The Lancet, Volume 379, Issue 9826, 28 April 2012.
- OMS, Organización Panamericana de la Salud . Prevención de la violencia: la evidencia. 2012. Disponible en: <http://www.who.int/violenceprevention/publications/en/index.html>

Encuestas y Estadísticas

- Aguar-Fernandez, M; Delgado-Sanchez, A, Castellano-Arroyo, M; Luna del Castillo, JD. Prevalencia de malos tratos en mujeres que consultan al médico de familia. Aten Primaria 2006
- Alonso, M; Bedoya, JM; Cayuela, A; Dorado, M; Gómez, M; Hidalgo, D.: Violencia contra la mujer. Resultados de una encuesta hospitalaria. Progresos en Obstetricia y Ginecología 2004.
- Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Estadísticas de Femicidio. [Disponible FT en: <http://www.gva.es/violencia/>]
- E-leusis. Índice epidémico mensual. Mortalidad por violencia del compañero íntimo en España [Disponible en: <http://e-mujeres.net/violenciagenero>]
- Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas. Buscador de documentos sobre Violencia contra las Mujeres. [Disponible en: <http://www.separadasydivorciadas.org/>]

- Krantz, G; Garcia-Moreno, C. Violence against women. J Epidemiol Community Health. 2005.
- Ministerio del Interior. Anuarios Estadísticos [Disponible FT en: <http://www.mir.es/sites/mir/otros/publicaciones/catalogo/unidad/secgenTecnica/periodicas.html>]
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Área Igualdad. Violencia de Género. Información Estadística [Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portalEstadistico/home_2.htm]
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales -III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres. Informe de resultados Abril 2006 http://www.usc.es/export/sites/default/gl/servizos/oix/descargas/III_macroencuesta.2006.IM.pdf.
- Muslera-Canclini, Elvira; Natal, Carmen; García, Vicente et al. Descripción del registro de los casos de violencia de género en las fuentes de información sanitarias del Principado de Asturias. Gac San. 2009.
- OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. 2002,
- Relación de víctimas de la violencia de género [Disponible en: <http://www.separadasydivorciadas.org>]
- Ruiz Pérez, Isabel; Plazaola Castaño, Juncal; Vives Cases, Carmen; Montero Piñar, M. Isabel; Escribá Agüir, Vicenta; Jimenez Gutierrez, Esther. Variabilidad Geográfica de la violencia contra las mujeres en España. Gac Sanit. 2010
- Vives-Cases, Carmen, Carrasco-Portiño, Mercedes. y Alvarez-Dardet, Carlos. La epidemia por violencia del compañero íntimo contra las mujeres en España. Evolución temporal y edad de las víctimas. Gac San. 2007
- Vives-Cases, Carmen; Alvarez-Dardet, Carmen; Torrubiano-Dominguez, Jordi y Gil-González, Diana. Mortalidad por violencia del compañero íntimo en mujeres extranjeras residentes en España (1999-2006). Gac San. 2008
- Vives-Cases, Carmen; Alvarez-Dardet, Carlos; Gil-González, Diana et al. Perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por violencia del compañero íntimo en España. Gac San. 2009

Revisiones sistemáticas

- Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R, Kuntze S, Spencer A, Bacchus L, Hague G, Warburton A, and Taket. A How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme?. Systematic reviews of nine UK. National Screening Committee criteria. Health Technology Assessment 2009; Vol. 13: No. 16
- Jones, L et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. The Lancet, Volume 380, Issue 9845, Pages 899 - 907, 8 September 2012.
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening Women and Elderly Adults for Family and Intimate Partner. Violence: A Review of the Evidence for the March 2004 Annals of Internal Medicine Volume 140 • Number 5. 387-396
- O'Campo P. et al., Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: Evidence generated from a realist-informed systematic review, Social Science & Medicine 72.2011.

Bibliografía consultada

- Ramsay, J.; Richardson, J.; Carter, YH; Davidson, LL; Feder, G. Should health professionals screen women for domestic violence?. Systematic review. BMJ 2002
- Todahl J., Walters H. Universal screening for intimate partner violence: A systematic review. Journal of Marital and Family Therapy doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00179.x. July 2011
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Family and Intimate Partner Violence: Recommendation Statement. Annals of Internal Medicine. 2004
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for family and intimate partner violence: Recommendation statement. Ann Fam Med. 2004
- Vives-Cases C., Gil-González D., Carrasco-Portiño M. y Álvarez-Dardet C. Detección temprana de la violencia del compañero íntimo en el sector sanitario. ¿Una intervención basada en la evidencia? Med Clin (Barc). 2006
- Wathen, CN; MacMillan, HL. Interventions for Violence Against Women: Scientific Review. JAMA 2003
- Woman Abuse: Screening, Identification and Initial Response. Nursing Best Practice Guideline Shaping the future of Nursing. March 2005

Impacto de la violencia de género en la salud

- Golding, JM. Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. J Fam Violence. 1999.
- Larrión Zugasti, JL; de Paúl Ochotorena, J. Mujer, violencia y salud. Med Clin (Barc) 2000
- Matud Aznar, P. Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. Psicothema. 2004
- OMS. Prevención de la violencia. Un problema prioritario de salud pública, 49 Asamblea. 25 de mayo de 1996.
- OMS. Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario. Organización Panamericana para la Salud. Ginebra; 1998.
- Organización Panamericana de la Salud. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. OPS; 2005.
- Plazaola-Castaño, Juncal; Ruiz Perez, Isabel. Intimate partner violence against women and physical and mental health consequences. Med Clin (Barc). 2004;122:461-7.
- Romito, P; Molzan, TJ; De Marchi, M. The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. Soc Sci Me. 2005
- Ruiz Pérez, Isabel, Plazaola Castaño, Juncal. Intimate Partner Violence and Mental Health Consequences in Women Attending Family Practice in Spain. Psychosom Med. 2005
- Vives-Cases, Carmen; Alvarez-Dardet, Carlos; Carrasco-Portiño, Mercedes y Torrubiano-Dominguez, Jordi. El impacto de la desigualdad de género en la violencia del compañero íntimo en España. Gac San. 2007
- Walker, Leonor. The battered woman syndrome. Springer, Nueva York; 1984.
- World Health Organisation (WHO). Multi-Country Study on Women's Health and Life Events. Department of Gender and Women's Health. Family and Community Health. Geneva, WHO, 2003.
- World Health Organisation (WHO). Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Geneva, WHO, 2003.

Atención Sanitaria

- Aretio, Antonia. La violencia de género y el trabajo social sanitario: una alianza cargada de buenos augurios. En: IX Congreso Estatal de Trabajo Social; 6-8 de mayo, 2009; Zaragoza.
- Blanco Prieto, Pilar; Ruiz-Jarabo, Consuelo, editoras. La prevención y detección de la violencia contra las mujeres desde la atención primaria de salud. Madrid: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, 2002.
- Coll-Vinent B, Echeverría T, Farràs U, Rodríguez D, Millá J, Santiñà M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. Gaceta Sanitaria.2008
- Echeburúa, E. Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos. Madrid: Ediciones Pirámide. 2004.
- Fernández Alonso, María del Carmen y Herrero Velázquez, Sonia. De la evidencia científica a la práctica clínica (I). Prevención primaria y secundaria de la violencia doméstica. Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria., nº 12.
- Fernández Alonso, M.C., Herrero Velazquez, S., Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Chocron Bentata, L., García Campayo, J., Montón Franco, C., Redondo Granado, M.J., Tizón García, M.J. Violencia en la pareja: papel del médico de familia. Atención Primaria.2003
- Garcia-Moreno, C. International conference on 'the role of health professionals in addressing violence against women': an overview. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics 2002
- Jiménez Casado, C; Lorente Acosta, Miguel. Violencia contra las mujeres, ámbito sanitario. Sevilla; Instituto Andaluz de la Mujer; 1999.
- Migallón, Pilar Y Gálvez, Beatriz. Los grupos de mujeres. Madrid, Instituto de la Mujer, 2006.
- Nogueiras García, Belén; Archedera, Angeles; Bonino, Luis. La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres. Madrid: Instituto de la Mujer; 2004.
- Plazaola-Castaño, Juncal; Ruiz Perez, Isabel; Montero-Piñer, M. Isabel y Grupo de Estudios de Género. Apoyo Social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja. Gac San. 2008
- Romero I. Desvelar la violencia: una intervención para la prevención y el cambio. Papeles del Psicólogo. 2004
- Ruiz-Jarabo Quemada, Consuelo y Blanco Prieto, Pilar (Directoras). La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas. Madrid: Díaz de Santos, 2004.
- Ruiz Pérez, Isabel; Blanco-Prieto, Pilar; Vives-Cases, Carmen. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. Gac Sanit. 2004
- Salvador Sánchez; Lydia; Rivas Vilas, María; Sánchez Ramón, Susana. Violencia y maltrato de género. Nociones prácticas para su detección precoz y abordaje integral en urgencias. Emergencias: Rev Soc Esp Med Urg Emer. 2008
- Sánchez Castro, Sara; De la Fuente Aparicio, Diana; Salamanca Castro, Ana Belén; Robledo Martín, Juana. Valoración de las mujeres maltratadas sobre la asistencia sanitaria recibida. NURE Inv. [Revista en Internet] 2010 Sep-oct

Bibliografía consultada

- Siendones Castillo R, Perea-Milla López E, Arjona Huertas JL, Agüera Urbano C, Rubio Gallo A, Molina Molina M. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. Emergencias, 2002;

Menores

- Aguilar, D. Niños y niñas expuestos a violencia de género: una forma de maltrato infantil. Madrid: Federación de Asociaciones de Mujeres Separadas y Divorciadas, 2005.
[Disponible en: <http://www.malostratos.org>]
- Asensi Pérez, Laura Fátima. Revista electrónica de psicología científica. Violencia de género: consecuencias en los hijos. Psicojurix - Psicólogos Jurídicos y Forenses. Alicante. [Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-236-1-violencia-de-genero-consecuencias-en-los-hijos.html>].
 - Atenciano, B. Menores expuestos a violencia contra la pareja: notas para una práctica clínica basada en la evidencia. Clínica y Salud. 2009
 - Centre for Children & Families in the Justice System. Children Exposed to Domestic Violence. An Early Childhood Educator's Handbook to Increase Understanding and Improve Community Responses, 2002.
 - Czalbowski, Sofía. Hijos e hijas de las mujeres víctimas de violencia de género. En: Pérez Viejo, Jesús M. y Escobar Cirujano, Ana (Coords). Perspectivas de la Violencia de Género. Madrid: Editorial Grupo 5, 2011
 - Daly, Mary. Parenting in contemporary Europe: a positive approach. Nova. Oslo 2007.
 - De Castro Martín, Rosa. El interés superior del Menor. Análisis del Sistema de protección de menores en el ámbito del Sistema Judicial. Sevilla. 2011.
 - Guías de buenas prácticas: Atención psicológica y educativa para niños y niñas víctimas de violencia familiar y de género. Fundación IRES 40. Fundación Instituto de Reinserción Social 2010
 - UNICEF, Body Shop y Secretariado General de Naciones Unidas.. Estudio sobre Impacto sobre la violencia de pareja en niños y niñas. 2006
 - Defensor del Menor de Andalucía. Informe especial. Menores expuestos a violencia de género: Víctimas con identidad propia. Septiembre 2012
 - Espinosa Bayal, M^a Angeles. Las hijas e hijos de mujeres maltratadas: consecuencias para su desarrollo e integración escolar. Anales de Psicología. 2005; vol. 21, nº 1 (junio), 11-17, [Disponible en: www.um.es/analesps 1695-2294.]
 - Florez, I. Violencia doméstica: repercusión en los hijos. Jornadas Científicas sobre la Salud Mental y la Dona. Sociedad Científico-Médica de Baleares, 2003.
 - Gail Hornor. Domestic Violence and Children. J Pediatric Health Care. 2005; vol 19, nº 4.
 - Guidelines for public child welfare agencies serving children and families experiencing domestic violence. National Association of Public Child Welfare Administrators An affiliate of the American Public Human Services Association. [Disponible en: <http://www.aphsa.org/policy/Doc/dvguidelines.pdf>]
 - Horno Goicoechea, J.¿Repercute en los hijos la violencia del hogar? Famiped. Vol 3. Nº 2. Junio 2010
 - Identifying and responding to domestic violence. Consensus Recommendations for child and adolescent. Health Family Violence Prevention Fund (FVPP), 2002

- Junta de Andalucía. Protocolo de intervención sanitaria en casos de maltrato infantil. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2014
- Lien Bragg, H. Child protection in families experiencing domestic violence. U.S. Department of Health and Human Services Administration for Children and Families Administration on Children, Youth and Families Children's Bureau Office on Child Abuse and Neglect, 2003.
- Mental Health Services for Children Who Witness Domestic Violence. [Disponible en: http://www.athealth.com/Practitioner/ceduc/dv_children.html]
- Patró Hernández, Rosa y Limiñana, Rosa M^a. Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. Anales de psicología. 2005.
- Safeguarding Children & Young People Affected by Domestic Abuse. Sheffield Inter-agency Protocol and Practice Guidance, 2006.
- Sánchez Vázquez, Ana Rosa. Menores víctimas de violencia de género. Hospital de Poniente.
- Save the Children. Atención a los niños y niñas víctimas de la violencia de género: Análisis de la atención a los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género en el sistema de protección a la mujer. Madrid: Save the Children. 2006
- Save the Children. Manual de Atención a niños y niñas víctimas de la violencia de género en el ámbito familiar. 2008. [Disponible en: <http://www.savethechildren.es>]
- Save the Children. En la violencia de género no hay una sola víctima. Atención a los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género. Madrid. 2011
- Sepúlveda García de la Torre, A "La violencia de género como causa de maltrato infantil". Cuad. Med. Forense, 12 (43-44), enero-abril 2006
- Stiles, Melissa M. Witnessing Domestic Violence: The Effect on children. American Family Physician. 2002, Dec, 1;66(11): 2052-2067. [Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2002/1201/p2052.html#afp20021201p2052-t2>].

Cribados

- Plazaola-Castaño, Juncal; Ruiz Perez, Isabel y Hernández-Torres, Elisa. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. Gac San. 2008.
- Plazaola Castaño, Juncal; Ruiz Pérez, Isabel, Escribá-Agüir, Vicenta; Jiménez Martín, JM. Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. OSM, 2006. [Disponible en: http://www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero_vg_01.pdf].
- Ruiz-Pérez, Isabel; Jiménez Rodrigo ML; Bermúdez Tamayo, C; Plazaola Castaño, Juncal. Catálogo de Instrumentos para Cribado y Frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual. OSM, 2006. [Disponible en: http://www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero_vg_01.pdf]
- Delgado, A; Aguar, M; Castellano, M; Luna del Castillo, JD. Validación de una escala para la medición de los malos tratos a mujeres. Atención Primaria. 2006,.
- Abusos sexuales

Bibliografía consultada

- Arkansas commission on child abuse, rape and domestic violence. Healthcare Protocol Manual for Sexual Assault. [Disponible en: http://www.accadv.uams.edu/sexual_assault_manual.pdf]
- Bernardette Butler MB BS, Jan Welch MBBS BSc. Drugs-facilitated sexual assault. Canadian Medical Association or its licensors. CMAJ. March 3. 2009
- Denver Interagency. Child Abuse and Child Sexual Abuse Protocol. Denver Department of Human Services. [Disponible en: <http://www.cdphs.state.co.us/ps/cctf/canmanual/DenverCANProtocols.pdf>]
- Junta de Andalucía. Mujeres con discapacidad y violencia sexual: Guía para profesionales. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Dirección General de Personas con Discapacidad. Sevilla; 2008.
- Junta de Andalucía. Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud. Atención sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos. Dirección General de Asistencia Sanitaria. 2001.
- Junta de Andalucía. Protocolo andaluz de actuación sanitaria desde el ámbito de las urgencias ante la violencia de género. Consejería de Salud. 2012.
- Millán Madera, S. et al. Mujeres con Discapacidad y Violencia Sexual: Guía para Profesionales. Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social. Junta de Andalucía. 2008.
- Sepúlveda, Millán, 1998, 1999 Asociación AMUVI de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales de Andalucía.
- Cruz-Landeira Angelines, Quintela-Jorge Oscar, López-Rivadulla Manuel. Sumisión química: epidemiología y claves para su diagnóstico. Medicina Clínica. 2008; 131 (20):783-9.
- García-Repetto Rosario, Soria M^a Luisa. Consideraciones toxicológicas sobre supuestos casos de sumisión química en delitos de índole sexual en el sur de España entre los años 2010-2012. Revista Española de Medicina Legal. Disponible en www.elsevier.es/mlegal. 2013
- Vega P. (coord.) Instrucciones de actuación en casos de agresión sexual con sospecha de intoxicación. Madrid. Ministerio de Justicia; 2012 (consultado 30 de septiembre de 2014). Disponible en: <http://institutodetoxicologia.justicia.es/>
- Xifró A, Barbería E, Pujol A, Bertomeu A, Montero F, et al. Sumisión química: guía de actuación médico-forense. Rev Esp Med Legal. 2013; 39:32-6.
- Instrucciones de actuación en casos de agresión sexual con sospecha de intoxicación. Ministerio de Justicia. 2012. Disponible en www.mjusticia.es

Protocolos, informes oficiales y guías

- Convenio Europeo sobre la Lucha contra la Trata., Oficina de Derechos Humanos de la Organización para la Seguridad y Cooperación en Europa (OSCE) Directiva Europea 81/2004.
- Cuidados para la salud. Trata de personas. Guías para proveedores de salud. Organización Internacional para las Migraciones. 2012.
- Defensor del Menor de Andalucía. Informe especial. Menores expuestos a violencia de género: Víctimas con identidad propia. 2012
- Defensor del Pueblo. La trata de seres humanos en España: víctimas invisibles Oficina del Defensor del Pueblo. 2012.

- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Colección contra la Violencia de Género. Títulos publicados:
- I Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer, 2007. Anexo: Sistema de Indicadores y variables sobre violencia de género sobre el que construir la base de datos del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer.
- Hombres y Violencia de Género. Más allá de los maltratadores y de los factores de riesgo. Autor: Luis Bonino, 2009.
- Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer 2012.
- El Consejo de Europa y la Violencia de Género. Documentos elaborados en el marco de la Campaña Paneuropea para combatir la violencia contra las mujeres (2006-2008). Autoría: Consejo de Europa.
- Análisis de la Legislación Autonómica sobre Violencia de Género. Autoría: Rafael Cabrera Mercado y María José Carazo Liébana. 2010.
- Violencia de género en los pequeños municipios del Estado español.
- Igualdad y Prevención de la Violencia de Género en la Adolescencia.
- Las cuestiones de género son importantes.
- Actitudes de la población ante la violencia de género.
- Violencia de género hacia las mujeres con discapacidad. Un acercamiento desde diversas perspectivas profesionales.
- Análisis de medidas para mejorar la protección policial y judicial de las víctimas de género.
- Poblaciones mercancía: Tráfico y trata de mujeres en España.
- Generalitat de Catalunya Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya Document operatiu de maltractament a la gent gran. 2010.. Departament de Salut
- Generalitat de Catalunya. Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en. Documento marco.2009.
- Informe de Cáritas. Desigualdad y Derechos Sociales. Análisis y Perspectiva Fundación FOESSA Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013
- Informe sobre las mujeres mayores en España 2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Instituto de la Mujer de la Región de Murcia Protocolo Regional de Prevención y Detección de violencia en la mujer mayor de 65 años. 2010.
- Junta de Andalucía Aproximación a la realidad de mujeres y hombres en Andalucía 2010. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
- Junta de Andalucía. Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes. Consejería de Salud; 2007
- Junta de Andalucía. Pacto por la Igualdad de Género. Consejo de Participación de las Mujeres y Gobierno andaluz. 2013
- Junta de Andalucía. Protocolo andaluz de actuación sanitaria desde el ámbito de las urgencias ante la violencia de género. Consejería de Salud. 2012
- Junta de Andalucía. Protocolo de intervención sanitaria en casos de maltrato infantil Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2014

Bibliografía consultada

- Junta de Andalucía. Guía para mujeres en situación de violencia de género Instituto Andaluz de la Mujer y Dirección General de Servicios Sociales e Inclusión. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. 2006.
- Junta de Andalucía. Mapa de recursos en materia de violencia de género en la Comunidad Autónoma de Andalucía Dirección General de Violencia de Género. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social; 2009.
- Junta de Andalucía. Protocolo para la intervención psicológica grupal con las mujeres víctimas de violencia de género en Andalucía. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social; 2010.
- Junta de Andalucía. Manual para el diseño e implementación de grupos socioeducativos en atención primaria (GRUSE). Consejería de Salud; 2011
- Junta de Andalucía. Argumentario -Grupos socioeducativos en atención primaria (GRUSE). Consejería de Salud; 2011
- Junta de Andalucía. Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud. Atención sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Consejería de Salud. 2001.
- Junta de Andalucía. Los costes sociales y económicos de la violencia contra las mujeres en Andalucía. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería de Igualdad y Bienestar Social 2004.
- Junta de Andalucía. Procedimiento de coordinación para la atención a las mujeres víctimas de malos tratos y agresiones sexuales. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería de Igualdad;1998.
- Junta de Castilla y León. Plan autonómico de Prevención y Protección contra la violencia de género en el medio rural de Castilla y León. 2009
- Junta de Castilla y León Protocolo de actuación profesional para casos de violencia de género en el medio rural de Castilla y León. 2009. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Junta de Castilla y León
- Millán Susinos, Raquel. Intervención Social con mujeres que viven una relación de violencia de su pareja. En: García-Mina Fraile, Ana (coordinadora). Violencia contra las mujeres en la pareja. Madrid: Universidad de Comillas, 2010.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Web de recursos de apoyo y prevención en casos de violencia de género. Área de Igualdad; 2011. Disponible en:http://www.migualdad.es/ss/Satellite?pagename=Recursos/Page/REC_Recursos
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Informes, estudios e investigación 2012
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Informes, estudios e investigación 2012
- OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. 2002,
- OMS. Prevención de la violencia: la evidencia. Organización Panamericana de la Salud. 2012. <http://www.who.int/violenceprevention/publications/en/index.html>
- OMS. Prevención de la Violencia Sexual y Violencia inflingida por la pareja contra las mujeres. Qué hacer y cómo obtener evidencias. 2011
- Valmisa Gómez de Lara E (coord.). II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía: 2008-2012. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla; 2008.
- Tesis doctoral y Máster en Violencia de Género

- Espinar Ruiz, Eva. Violencia de género y procesos de empobrecimiento. Estudio de la violencia contra las mujeres por parte de su pareja o expareja sentimental. Tesis doctoral. Departamento de Sociología II, Psicología, Comunicación y Didáctica. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad de Alicante. 2003.
- Vergel Sastre, Noelia. "LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL MEDIO RURAL", trabajo Fin de Máster en el marco del P.O.P. en "Estudios de Género y Políticas de Igualdad. Máster en Estudios Interdisciplinarios de Género". Facultad de Derecho. Salamanca, 2009.
- Aspectos éticos
- Aretio, Antonia. Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres. Gaceta Sanitaria 2007, Vol. 21(4):273-7.
- Garcia-Moreno, C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. Lancet 2002; 359:1509-1514.

Normativa

- Convenio Europeo sobre la Lucha contra la Trata. Oficina de Derechos Humanos de la Organización para la Seguridad y Cooperación en Europa (OSCE). <http://nadiesinfuturo.org/IMG/pdf/ConveniodeConsejoEuropaTrata.pdf>.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. Convención de las Naciones Unidas contra la delincuencia organizada transnacional y sus protocolos.
- Reglamento (UE) nº 606/2013 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de junio de 2013 relativo al reconocimiento mutuo de medidas de protección en materia civil.
- Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de octubre de 2012 por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos, y por la que se sustituye la Decisión marco 2001/220/JAI del Consejo.
- Decreto 3/2011, de 11 de enero, por el que se crea y regula el modelo de Parte al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 8 (27 de enero de 2011).
- Convenio de colaboración entre la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y la Fiscalía Superior de la Comunidad Autónoma de Andalucía, para el desarrollo del Protocolo Andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género.
- Directiva 2011/36/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de Europa
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. BOE de 28 de diciembre de 2004. [Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>]
- Ley Orgánica 19/1994 de Protección a Testigos y Peritos en causas criminales. (BOE 307, de 24 de diciembre de 1994).
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE n 298 (14 de diciembre de 1999).
- Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 247 (18 de diciembre de 2007).
- Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 247 (18 de diciembre de 2007).

Bibliografía consultada

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE nº 274 (15 noviembre 2002).
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE de 16 de septiembre de 2006. [Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/09/16/pdfs/A32650-32679.pdf>]

Grupos vulnerables

- Barret K et al. Intimate Partner Violence, Health Status, and Health Care access among Women with Disabilities. *Women's Health Issues* 19. 2009.
- Brownridge, Da. Partner Violence against Women with Disabilities: Prevalence, Risk, and Explanations. *Violence Against Women* 2006.
- Carman Copel, Linda. Partner Abuse in Physically Disabled Women: A proposed Model for Understanding Intimate Partner Violence. *Perspectives in Psychiatric Care*. Vol.42, Nº 2, Mayo, 2006.
- OMS Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Disponible en <http://www.who.int/classifications/icf/en/>.
- Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD, 2008). http://www.ine.es/jaxi/menu.do;jsessionid=BBC7C64324FB622FAFB69B0130_F4BA4F.jaxi01?type=pcaxis&path=/t15/p418&file=inebase&L=0
- Del Río Ferres, Eva et al. Gender- based violence against women with visual and physical disabilities. *Psicothema* 2013
- García-Moreno, Claudia. *Violencia contra la mujer: género y equidad en la salud*. Washington, D.C.: OPS, 2000.
- Gielen AC, Ghandour RM, Burke JG, Mahoney P, McDonnell KA, O'Campo P. HIV/AIDS and intimate partner violence: Intersecting women's health issues in the United States. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2007.
- Gielen AC, O'Campo P, Faden RR, Eke A. Women's disclosure of HIV status: experiences of mistreatment and violence in an urban setting. *Women & Health*. 1997;25 (3):19-31
- Gielen AC, Fogarty L, O'Campo P, Anderson J, Keller J, Faden R. Women living with HIV: disclosure, violence and social support.. *J Urban Health*. 2000.
- Gil-González, D; Vives-Cases, Carmen; Álvarez-Dardet, C; Latour-Pérez, J. Alcohol and intimate partner violence: do we have enough information to act? *Eur J Public Health*. 2006.
- Gruskin L, Gange S, Celentano D, Schuman P, Moore JS, Zierler S, et al. Incidence of Violence against HIV-infected and uninfected women: findings from the HIV Epidemiology Research (HER) Study. *J Urban Health*. 2002.
- Luis Camarero, Rosario Sampedro. ¿Por qué se van las mujeres? El continuum de movilidad como hipótesis explicativa de la masculinización rural. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (Reis)*.N.º 124, 2008.
- Ministerio de Trabajo e Inmigración. Guía para profesionales. LA MGF EN ESPAÑA. Prevención e intervención. Unión de Asociaciones Familiares (UNAF). 2011

- Hassouneh- Philips, D. Understanding Abuse of Women With Physical Disabilities. An Overview of the Abuse Pathways Model. *Advances in Nursing Science*. Vol.28, Nº 1,
- Herramienta para la detección de trata de seres humanos. <http://www.fei.gouv.fr/fr/nos-projets/focus-sur/euro-trafguid.html>
- Investigación sobre prostitución y trata de mujeres. Coordinada por Isidro Burgos Parra. Editada por APROSERS. Madrid 2013
- Jones, L et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*, Volume 380, Issue 9845. September 2012.
- Kaplan Marcusan A et al. *Aten Primaria*; 38 (2):122-6. Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria ARTÍCULO ESPECIAL. 2006
- Klein SJ, Tesoriero JM, Leung SJ, Heavner KK, Birkhead GS. Screening persons newly diagnosed with HIV/AIDS for risk of intimate partner violence: early progress in changing practice. *J Public Health Management Practice*. 2008
- Martín, SL, Acara, J., y Pollock, MD. Violencia doméstica durante el embarazo y el puerperio. Harrisburg, PA: VAWnet, un proyecto del Centro Nacional de Recursos sobre Violencia Doméstica. Obtenido en:<http://www.vawnet.org>
- Medley A, García-Moreno C, McGill S, Maman S. Rates. Barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: Implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. *Bull World Health Organ*. 2004.
- Millán Madera, S. et al. Mujeres con Discapacidad y Violencia Sexual: Guía para Profesionales. Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social. Junta de Andalucía. 2008.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recomendaciones de la SPNS/GESIDA/AEP/CEEISCAT/SEMP sobre profilaxis post-exposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños. 2008 [Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PPE_1401-08.pdf]
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Proyecto Eurotrafguid. 2012
- OIM. Cuidados para la Salud y la Trata de personas. Guías para proveedores de salud..2012
- Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones contra la Delincuencia Organizada Transnacional.
- Protocolo contra el tráfico ilícito de migrantes por tierra, mar y aire, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional.
- Protocolo Marco de Protección de las Víctimas de Trata de Seres Humanos
- Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Plan de Atención y Prevención de la violencia de género en población extranjera inmigrante 2009-2012.
- Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad. Plan Integral de Lucha contra la trata con fines de explotación sexual (2009-2012)
- Mitra, M et al. Physical Abuse around the Time of Pregnancy among Women with Disability. *Matern Child Health J*. 2012.

Bibliografía consultada

- New York State Department of Health. Guidelines for Integrating Domestic Violence Screening into HIV Counseling, Testing, Referral & Partner Notification.[Disponible en:<http://www.health.state.ny.us/nysdoh/rfa/hiv/guide.htm>]
- OMS. Mutilación genital femenina y resultados obstétricos: estudio prospectivo en seis países africanos. Grupo de estudio de la OMS sobre la mutilación genital femenina y los resultados obstétricos. 2003.
- Pérez Viejo, Jesús.M., Escobar Cirujano, Ana., editores. Perspectivas de la violencia de género. Madrid: Grupo 5, Intervención social y trabajo con grupos de mujeres. 2011.
- Gobierno de Aragón. Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón 2011
- Generalitat de Catalunya. Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital Femenina. 2007.
- Renés, V. y Corera, C. La exclusión social, nuevo rostro de la pobreza. Folletos nº 3, Suplemento de la revista Cáritas nº 145. Algunas claves de intervención para la incorporación sociolaboral de personas/colectivos desfavorecidas/os. Seminaris, nº 1 Palma de Mallorca. Govern Balear. Conselleria de Treball i Formació, 1999.
- Save the Children España. Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Octubre 2012
- World Health Organization. Gender Dimensions of HIV Status Disclosure to Sexual Partners: Rates, Barriers, Outcomes. A review paper. Geneva; WHO: 2003. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241590734.pdf>
- World Health Organization. Gender Dimensions of HIV Status Disclosure to Sexual Partners: Rates, Barriers, Outcomes. A review paper. Geneva; WHO: 2003. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241590734.pdf>
- Zierler S, Cunningham WE, Andersen R, Shapiro MF, Bozzetter SA, Nakazono T, et al. Violence victimization after HIV infection in a US probability sample of adult patients in Primary Care; Am J Pub Health. 2000 Feb; 90(2): 208-15.

