

GUÍA DE ATENCIÓN SANITARIA

**A LA MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA
DOMÉSTICA**

**EN EL SISTEMA DE
SALUD DE ARAGÓN**

GUÍA DE ATENCIÓN SANITARIA

**A LA MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA
DOMÉSTICA**

**EN EL SISTEMA DE
SALUD DE ARAGÓN**

Edita: © Gobierno de Aragón
Departamento de Salud y Consumo
Dirección General de Planificación y Aseguramiento
www.aragon.es

Depósito Legal: Z-1024/2005
Imprime: ARPIrelieve, S.A.

DIRECCIÓN DEL DOCUMENTO

ROSARIO JAQUOTOT SAENZ DE MIERA

Directora del Servicio Provincial de Salud y Consumo de Zaragoza

GRUPO DE TRABAJO

EVA LAMOTE DE GRIGNON ALIFONSO

Dirección de Atención Primaria
Servicio Aragonés de Salud

CRISTINA GRANIZO MEMBRADO

Dirección General de Salud Pública
Departamento de Salud y Consumo

DOLORES FAUSTINO PELLICER

Subdirección de Salud Pública
Servicio Provincial de Salud y Consumo de Huesca

MARÍA JOSÉ AMORÍN CALZADA

Dirección General de Planificación y Aseguramiento
Departamento de Salud y Consumo

MARÍA DEL CARMEN GRACIA LÓPEZ

Dirección General de Planificación y Aseguramiento
Departamento de Salud y Consumo

DOCUMENTO CONSENSUADO CON

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA – SAMFYC

M^a DOLORES ARIÑO MARTÍN

Centro de salud San Pablo

MARÍA ISABEL ULLATE JIMÉNEZ

Centro de salud San Pablo

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA RURAL Y GENERALISTA – SEMERGEN-ARAGÓN

AMOR MELGUIZO BEJAR

Centro de salud Torrerramona

M^a JOSÉ LAHOZ MUSTIENES

Centro de salud San Pablo

SOCIEDAD ARAGONESA DE MEDICINA GENERAL – SAMG

M^a VICTORIA BURGOS DÍAZ

Centro de salud de Sariñena

RAQUEL MARTÍNEZ SÁNCHEZ

Centro de salud de Grañén

ASOCIACIÓN DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ARAGÓN – ARAPAP

M^a TERESA ARANA NAVARRO

Centro de salud José Ramón Muñoz Fernández

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ARAGÓN, LA RIOJA Y SORIA - SPARS

M^a PILAR LOBERA NAVAZ

Centro de salud de Fraga

ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA DE ARAGÓN

MAGDALENA APARICIO GÓMEZ

Centro de salud Almozara

M^a PILAR CARAZO GUTIERREZ

Centro de salud Valdefierro

ASOCIACIÓN DE MATRONAS

M^a BELÉN VAL LECHUZ

Centro de salud Delicias Sur

M^a JOSÉ RAMÓN DEL CARMEN

Centro de salud Fernando El Católico y Parque Roma

OTROS PROFESIONALES

FELICIDAD BUJEDO RODRÍGUEZ

Trabajadora Social

Centro de salud Casablanca

ELENA GASPAR CALVO

Asociación Española de Fisioterapeutas

Centro de salud Picarraf

INSTITUTO ARAGONÉS DE LA MUJER

LUCÍA HENAR ESERAS

Departamento de Servicios Sociales y Familia

REVISORES EXTERNOS

MARÍA PILAR GALÁN RUBIO

Licenciada en Medicina y Psicología

ALFONSO ALEGRE VILLARIZ

Servicio de Ginecología y Obstetricia

Hospital Universitario Miguel Servet

MARÍA DE LA PEÑA LÓPEZ GALINDO

Servicio de Urgencias

Hospital Royo Villanova

JUAN ANTONIO COBO PLANA

Director del Instituto de Medicina Legal de Aragón

PRESENTACIÓN

La violencia representa una proporción creciente de morbilidad, como así lo ha puesto de manifiesto el “Informe mundial sobre violencia y salud” de la OMS de 2002. En este Informe se destaca que la violencia basada en el género es un problema generalizado que afecta a una de cada tres a cinco mujeres.

Numerosas convenciones, pactos y declaraciones internacionales reconocen la violencia contra la mujer como un tema de salud, pues atenta contra la integridad física y psíquica de la persona, y de derechos humanos; y se exhorta a los gobiernos para que desarrollen acciones específicas. Por ello, en todo el mundo se están destinando importantes recursos a programas de intervención para la erradicación de la violencia contra la mujer y, en especial, de la violencia de pareja.

La erradicación de la violencia contra la mujer requiere la implicación de toda la sociedad y, en especial, de los poderes públicos. En este contexto, la actuación de los profesionales sanitarios representa un elemento clave en la prevención y detección de este grave problema en la sensibilización del conjunto de la sociedad.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud elaboró un “Protocolo de Actuación Sanitaria ante Malos Tratos Domésticos” en 1999, en el que establecía un modelo de informe médico normalizado para todos los profesionales y una serie de actuaciones básicas a seguir.

En el “Plan Integral para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres en Aragón 2004-2007” del Instituto Aragonés de la Mujer, se recogen una serie de acciones que el Departamento de Salud y Consumo deberá desarrollar en cuanto es uno de los organismos gestores del mismo, como son la sensibilización y la detección precoz.

El Departamento de Salud y Consumo es consciente de la trascendencia que el Sistema de Salud tiene en la prevención, detección y atención a las mujeres víctimas de violencia doméstica, de las posibles implicaciones judiciales de la actuación de sus profesionales, de su papel facilitando el acceso a otros recursos y dispositivos no sanitarios, y de la importancia de proteger la intimidad de la víctima.

Para dar respuesta a todas estas inquietudes, el Departamento de Salud y Consumo ha elaborado esta **“Guía de Atención Sanitaria a las Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica”** con la que se pretende asesorar a los profesionales en la detección, atención, cuidados, información y apoyo a la mujer víctima de malos tratos. Se pretende así, ofrecer una atención sanitaria integral y unificar las actuaciones de los profesionales sanitarios del Sistema de Salud de Aragón, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada; además de ser un referente para los profesionales sanitarios que ejercen su profesión en el ámbito de la sanidad privada en la Comunidad Autónoma de Aragón.

Luisa María Noeno Ceamanos
Consejera del Departamento de Salud y Consumo

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 9 |
| OBJETIVOS | 11 |
| CONCEPTOS GENERALES | 13 |
| CONCEPTO DE VIOLENCIA | 13 |
| TIPOS DE VIOLENCIA | 13 |
| VIOLENCIA FÍSICA | 13 |
| VIOLENCIA SEXUAL | 13 |
| VIOLENCIA PSICOLÓGICA | 14 |
| CAUSAS | 15 |
| ANÁLISIS DE SITUACIÓN | 17 |
| MARCO LEGISLATIVO | 19 |
| NORMAS JURÍDICAS | 19 |
| IMPLICACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD | 20 |
| PAPEL DE LOS PROFESIONALES DEL SISTEMA DE SALUD | 21 |
| ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA | 23 |
| SOSPECHA | 23 |
| IDENTIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA | 24 |
| REGISTRO | 25 |
| ACTUACIÓN CON LA PACIENTE: INFORMACIÓN, INTERVENCIÓN, DERIVACIÓN | 27 |
| EVALUACIÓN DEL RIESGO | 28 |
| ACTUACIÓN CON LOS HIJOS | 30 |
| ACTUACIÓN CON EL AGRESOR | 32 |
| ACTUACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS | 33 |
| ACTUACIÓN ASISTENCIAL | 33 |
| INFORMACIÓN Y DERIVACIÓN | 34 |
| ACTUACIÓN LEGAL | 34 |
| ACTUACIÓN ANTE UNA AGRESIÓN SEXUAL | 35 |
| ACTUACIÓN ASISTENCIAL | 35 |
| INFORMACIÓN Y DERIVACIÓN | 38 |
| ACTUACIÓN LEGAL | 38 |
| BIBLIOGRAFIA | 41 |
| ÁRBOLES DE DECISIÓN | 43 |
| ÁRBOL DE DECISIÓN PARA ATENCIÓN PRIMARIA Y CONSULTAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA | 45 |
| ÁRBOL DE DECISIÓN PARA SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS | 47 |

ANEXOS

49

| | |
|---|----|
| ANEXO 1: NOTIFICACIÓN AL JUZGADO Y PARTE DE LESIONES | 51 |
| ANEXO 2: ORDEN DE PROTECCIÓN | 55 |
| ANEXO 3: PREGUNTAS INDAGATORIAS PARA LA DETECCIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA LAS MUJERES | 61 |
| ANEXO 4: PREGUNTAS PARA VALORAR LA SITUACIÓN Y TIPO DE VIOLENCIA | 63 |
| ANEXO 5: MODELO DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR FOTOGRAFÍAS | 65 |
| ANEXO 6: TELÉFONOS DE INFORMACIÓN | 67 |
| ANEXO 7: CENTROS DE INFORMACIÓN Y SERVICIOS PARA LA MUJER EN ARAGÓN | 69 |

INTRODUCCIÓN

La violencia contra las mujeres es una expresión de un orden social basado en la desigualdad entre varones y mujeres, que se traduce en el dominio de un sexo sobre otro. Dicha violencia atenta contra los derechos fundamentales del ser humano y, por lo tanto, no puede considerarse una cuestión privada, aunque se ejerza en el ámbito íntimo de una persona como es el hogar.

La violencia en el ámbito doméstico es muy frecuente y a la vez muy difícil de detectar, ya que este maltrato no siempre es identificado por la víctima como tal y, en muchas ocasiones, ha sido y es aún tolerado por la propia sociedad.

Además de las importantes consecuencias para la salud y el bienestar de las mujeres y del resto de la familia, fundamentalmente los hijos, el maltrato doméstico es un importante problema de salud pública. Por ello, la OMS declaró en 1998 a la violencia doméstica como una prioridad internacional para los servicios de salud.

Las **consecuencias para la mujer** pueden ser muy variadas: **físicas** (cualquier tipo de lesiones: heridas, traumatismos, quemaduras, etc.), enfermedades de transmisión sexual e, incluso, la muerte; **psicológicas** (ansiedad, depresión, somatizaciones, intentos de suicidio, abuso de psicofármacos y otras drogas, disfunciones sexuales, etc.); y **sociales** (aislamiento social, pérdida de empleo, absentismo laboral, etc.). La violencia anula la autonomía de la mujer, y mina su potencial como persona y miembro de la sociedad.

Los **hijos** que crecen en hogares donde existe violencia sufren las **consecuencias psicológicas**, y a veces físicas, de las agresiones. Es frecuente que presenten manifestaciones de miedo, dificultades de aprendizaje, problemas en la socialización, adopción de comportamientos violentos, ansiedad y enfermedades psicosomáticas, e incluso trastornos psicopatológicos. Con frecuencia, no sólo son testigos sino también víctimas de maltrato, y es frecuente que aprendan e interioricen una conducta que les pueda convertir en futuros maltratadores o en víctimas.

También **el agresor sufre las consecuencias de su propia violencia**, que van desde el rechazo familiar y social, a la pérdida de su pareja e hijos, la detención y condena.

Además de las consecuencias para la víctima, la violencia contra la mujer en el ámbito doméstico tiene unos altos costes sociales, sanitarios y económicos. En el sistema sanitario la violencia doméstica se traduce en una mayor demanda de asistencia; en algunos casos relacionada directamente con los propios episodios de violencia; en otros, indirectamente, por las repercusiones en su salud.

OBJETIVOS

La finalidad última de esta “Guía de atención sanitaria a la mujer víctima de violencia doméstica” es ofrecer orientaciones a los profesionales del sistema sanitario para la atención integral –física, psicológica y emocional– a las mujeres que son o han sido víctimas de violencia física, psicológica o sexual por parte de su pareja o expareja, y que acuden a un centro sanitario del Sistema de Salud de Aragón.

Los objetivos específicos que el Departamento de Salud y Consumo pretende alcanzar con esta guía son:

- 1. Sensibilizar a los profesionales del Sistema de Salud de Aragón de la gravedad de la violencia de pareja hacia las mujeres.**
 - Dar a conocer la magnitud del problema.
 - Informar sobre las consecuencias de los malos tratos y la violencia en la salud de la mujer y, en el caso de que existan, de los hijos.
- 2. Facilitar un instrumento para la detección y atención de la violencia de pareja en el marco de los centros y dispositivos sanitarios.**
- 3. Establecer una pauta de actuación normalizada para los profesionales del Sistema de Salud de Aragón.**
- 4. Apoyar a la mujer en el desarrollo de sus derechos legalmente reconocidos.**
 - Establecer un informe médico exhaustivo y común para todos los profesionales del Sistema de Salud de Aragón que pueda servir como instrumento de apoyo a la mujer en un proceso judicial.
 - Dar a conocer y facilitar el acceso a los recursos no sanitarios (sociales, jurídicos, económicos, etc.) a los que tienen derecho las mujeres que son víctimas de violencia de pareja.
- 5. Promover la capacitación de la mujer para el reconocimiento de su situación de maltratada y para la búsqueda de soluciones a este problema.**

CONCEPTOS GENERALES

CONCEPTO DE VIOLENCIA

La Asamblea General de Naciones Unidas definió en la “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer” (1993) la **violencia de género** 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, incluso las amenazas de tales actos, la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como privada”.

La **violencia doméstica** se define como los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas o sexuales, infligidas por personas del medio familiar y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos.

La **violencia de pareja** es aquella que sufre la mujer ejercida por su pareja o expareja y definida como cualquier comportamiento por parte de ésta que cause daño físico, psicológico o sexual en la mujer.

En esta “Guía de atención sanitaria a la mujer víctima de violencia doméstica” se aborda concretamente la violencia que sufre la mujer ejercida por su pareja o expareja.

Sin embargo, delimitar qué es violencia es complicado por diversos motivos como:

- Las posibles dificultades de las víctimas para describir o identificar los abusos, cuando éstos no caen dentro de la definición estereotipada de maltrato.
- La relación de maltrato crea un contexto que desdibuja las distinciones entre perjudicial e inofensivo, y la víctima minimiza o justifica la violencia para preservar otros aspectos de la relación.

TIPOS DE VIOLENCIA

Se presentan a continuación los distintos tipos de violencia, así como las manifestaciones que incluyen, sin pretender que las mismas sean una lista exhaustiva.

Violencia física

Uso intencionado de la fuerza física con la posibilidad de causar muerte, discapacidad, heridas o daño físico. Incluye también arañazos, empujones, mordiscos, sacudidas, estrangulamientos, pinchazos, tirones del pelo, bofetadas, puñetazos, quemaduras, etc.

Violencia sexual

Son todos aquellos actos que con el uso de la fuerza física o mediante intimidación atentan contra la libertad sexual de la mujer con la finalidad de obligarle a entablar una relación sexual contra su voluntad, tanto si se completa como si no, bien sea por vía vaginal, anal o bucal, y/o a prácticas sexuales no deseadas.

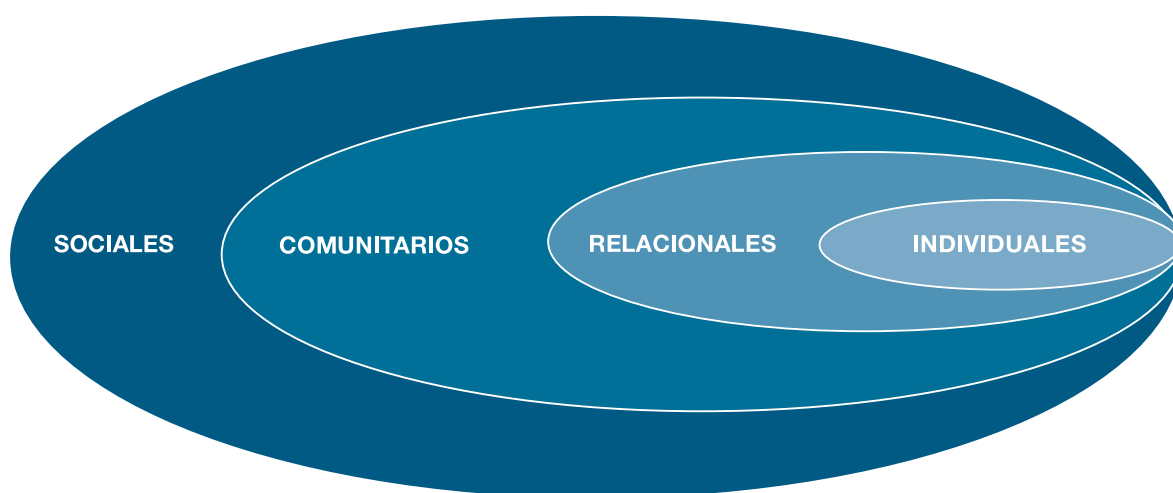
Violencia psicológica

Trauma psíquico causado a la víctima por actos, amenazas o tácticas coercitivas. Incluye humillaciones, críticas exageradas, amenazas, culpabilizaciones, etc. Abarca también el control de lo que la víctima puede hacer, la restricción de acceso a la información, permitir discrepancias, hacer deliberadamente cosas que hagan sentirse a la víctima disminuida o avergonzada, usar el dinero de la víctima, aislarla de la familia y amigos, usar a los niños para controlar sus actividades, amenazarla con perder la custodia de los hijos, destrozar sus pertenencias, negarle dinero o recursos básicos, impedirle el acceso a determinados medicamentos (por ejemplo, anticonceptivos), diseminar información que pueda empañar la reputación de la víctima, etc.

CAUSAS

La violencia doméstica es fruto de la consolidación de un sistema de poder y de relaciones sociales erróneo basados en el dominio del hombre sobre la mujer. Se establece una dinámica de relación de desigualdad entre el agresor y la víctima que perpetúa la subordinación de ésta. **Se da en todos los países, en cualquier grupo de edad y en todos los estamentos sociales y niveles culturales**, de forma que no se puede establecer una población diana en la que desarrollar actividades de prevención, ni establecer perfiles de riesgo para la detección precoz.

La violencia doméstica es el producto de una serie de circunstancias tan complejas e interrelacionadas que para explicar la probabilidad de que ocurran malos tratos Heise y col. propusieron el llamado “Modelo Ecológico”, que considera la violencia un problema multicausal, interviniendo en su génesis factores sociales, económicos, psicológicos, legales, culturales, biológicos, etc.



SOCIALES: normas que otorgan el control del hombre sobre la mujer, aceptación de la violencia para la resolución de los conflictos, roles de género rígidos, el valor del honor, la noción de masculinidad...

COMUNITARIOS: pobreza, desempleo, formar parte de grupos violentos, aislamiento social y familiar de la mujer...

RELACIONALES: conflicto de pareja, control del dinero y toma de decisiones exclusivamente por el hombre...

INDIVIDUALES: violencia familiar previa, padre ausente o rechazo del mismo, consumo de alcohol, interiorización de valores de supremacía del hombre sobre la mujer...

Fuente: Heise, Ellsberg & Gottemoeller, 1999.

La etiología de la violencia de pareja es, pues, compleja y multidimensional. No obstante, se pueden identificar una serie de factores de vulnerabilidad que incrementan la posibilidad de sufrir violencia doméstica aunque no sean causa directa, ya que muchas mujeres son víctimas de maltrato sin presentar factores de vulnerabilidad.

En diversos estudios se han encontrado múltiples factores potenciales de vulnerabilidad, pero entre todos ellos sobresale el haber sido **testigo de violencia familiar** como el factor más claramente relacionado tanto con ser pareja maltratada, en el caso de la mujer, como de ser un maltratador en los varones.

Los factores de vulnerabilidad en la mujer son:

- **Edad < 24 años.** Las mujeres entre 16 y 24 años con pareja presentan un mayor riesgo de sufrir violencia, sobre todo de tipo sexual.
- **Historia anterior de malos tratos.** El maltrato no es una acción aislada, no sólo tiende a repetirse sino a ser más grave.
- **Problemas de salud mental.**
- **Problemas físicos múltiples.**
- **Minusvalías físicas o psíquicas.**
- **Embarazo y postparto.** En algunos estudios se ha puesto de manifiesto que hasta una tercera parte de los malos tratos se inicia durante el embarazo. El embarazo puede suponer una situación de riesgo o de protección dependiendo de cómo lo viva la pareja. En los casos en los que el hombre no desee ese embarazo o lo viva como una situación de amenaza para su dominio, el maltrato se incrementa.
- **Procesos de separación y divorcio.** Muchas veces la violencia es causa o efecto de una separación. La separación o el divorcio aumenta considerablemente el riesgo de agresiones graves en mujeres maltratadas.
- **Inmigración.** Cuando está asociada a aspectos que, en general, están presentes en situaciones de maltrato como son la preeminencia del hombre sobre la mujer, el carecer de apoyo comunitario o social, pertenecer a una comunidad extensa y articulada que se vuelve contra la mujer, condicionantes como el desconocimiento del idioma que dificulta pedir ayuda, el temor a consecuencias legales o administrativas¹ como la repatriación o la pérdida de los hijos, la carencia de recursos económicos, el desconocimiento de los derechos, etc.

Tampoco existe un perfil definido de **hombre maltratador**, aunque ciertos factores o situaciones se han relacionado con un mayor riesgo de ser maltratador. De entre ellos destaca la **experiencia de violencia en la familia de origen**; otros factores identificados son: consumo de alcohol y/u otras drogas, pobreza, el carácter violento, controlador y posesivo, el aislamiento social y una concepción rígida y estereotipada del papel del hombre y la mujer.

¹ El Real Decreto 2393/2004, de 30 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, establece en su artículo 45.4 a) la posibilidad de conceder una autorización de residencia temporal a las víctimas de delitos por conductas violentas ejercidas en el entorno familiar.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

No se dispone de cifras exactas de prevalencia de violencia de pareja contra la mujer por la dificultad en la definición de maltrato y por los obstáculos para la obtención de datos: falta de detección por los profesionales y miedo por parte de las víctimas (no hablan si no se les pregunta directamente). Sin embargo, se han realizado diversos estudios que ponen de manifiesto la importancia, por su magnitud y consecuencias, de esta violencia.

Según el “**Informe Mundial sobre Violencia y Salud**” casi la mitad de las mujeres que mueren por homicidio es asesinada por su pareja actual o anterior. En diversas investigaciones realizadas por todo el mundo, entre un 10% y 69% de las mujeres ha reconocido haber sufrido algún tipo de violencia física por parte de su pareja en algún momento de su vida. Además, la mayoría de las víctimas sufre estos abusos durante largo tiempo y al menos un tercio de las agresiones físicas conlleva abusos sexuales. En estudios realizados en **EE UU** y **Europa**, hasta un 30% de las mujeres ha sufrido malos tratos alguna vez en la vida, y entre un 20-23% de las mujeres que acude a la consulta ha sufrido malos tratos en el último año.

En **España**, cada 5 días es asesinada una mujer por su pareja y un 50% de los agresores tenía condena previa por violencia doméstica (Informe de Amnistía Internacional de 2000). En el 2002 se presentaron 43.313 denuncias por malos tratos producidos por la pareja o expareja; y en 2004, 57.527 denuncias. Sin embargo, esto es sólo una pequeña parte de la realidad, ya que se estima que sólo el 20% de los casos se denuncia. En el “Informe sobre malos tratos a mujeres en España” de la Fundación La Caixa se estima que 1.551.214 mujeres se encontraban en 1999 viviendo situaciones degradadas de pareja: desprecio del hombre a la mujer, sometimiento de ésta y control de su libertad.

Según los resultados de la macroencuesta “Violencia contra las mujeres” (2002), realizada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el 4% de las mujeres entrevistadas se autoclasificaba como maltratadas durante el último año y el 12,4% se consideró técnicamente como mujeres maltratadas (según criterios de maltrato utilizados a través de indicadores).

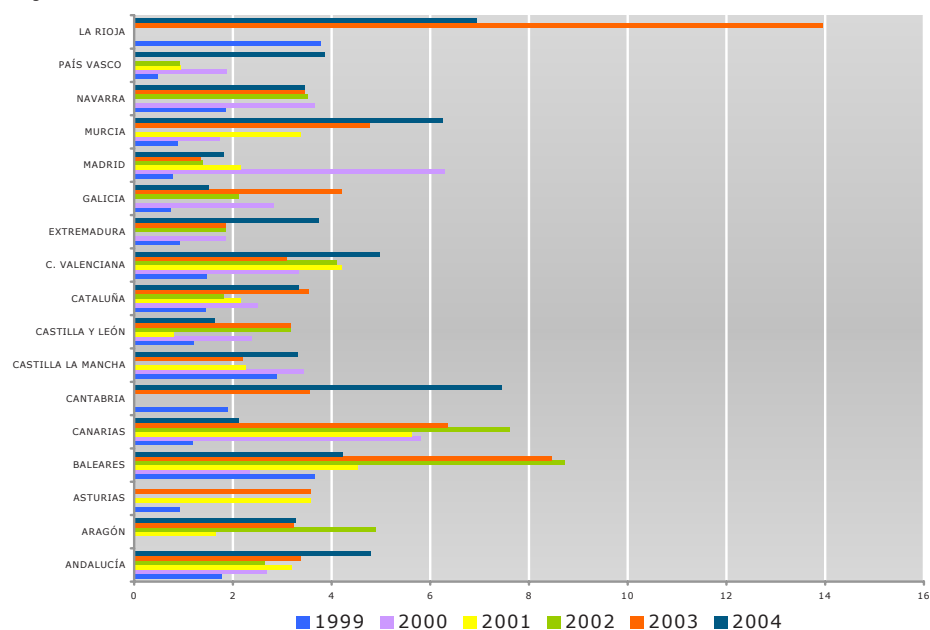
En **Aragón**, la tasa media de asesinatos por violencia de pareja por millón de mujeres desde 1999 a 2004 fue de 2,17; mientras que la media nacional fue de 2,85 (Gráfico 1). En la macroencuesta del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el 2,6% de las mujeres aragonesas se autoclasifica como maltratadas durante el último año y un 7,2% se consideró técnicamente como mujeres maltratadas (datos actualizados a 2002).

Las denuncias presentadas en Aragón desde 1994 reflejan un pequeño aumento anual hasta el año 2000. En el 2002 se produce un incremento espectacular, sobre todo de las denuncias por maltrato físico; y en el 2004 se presentaron 1.265 denuncias (Gráfico 2). Un dato destacable es el número de denuncias por malos tratos que son retiradas por la mujer. Según datos del Consejo General del Poder Judicial, en el primer semestre de 2004 se retiraron un 15,42% de las denuncias presentadas en Aragón; dato superior a la media nacional, que es del 11,8%.

La demanda de información y atención de mujeres víctimas de violencia recibida en el teléfono 24 horas del Instituto Aragonés de la Mujer (IAM) ha

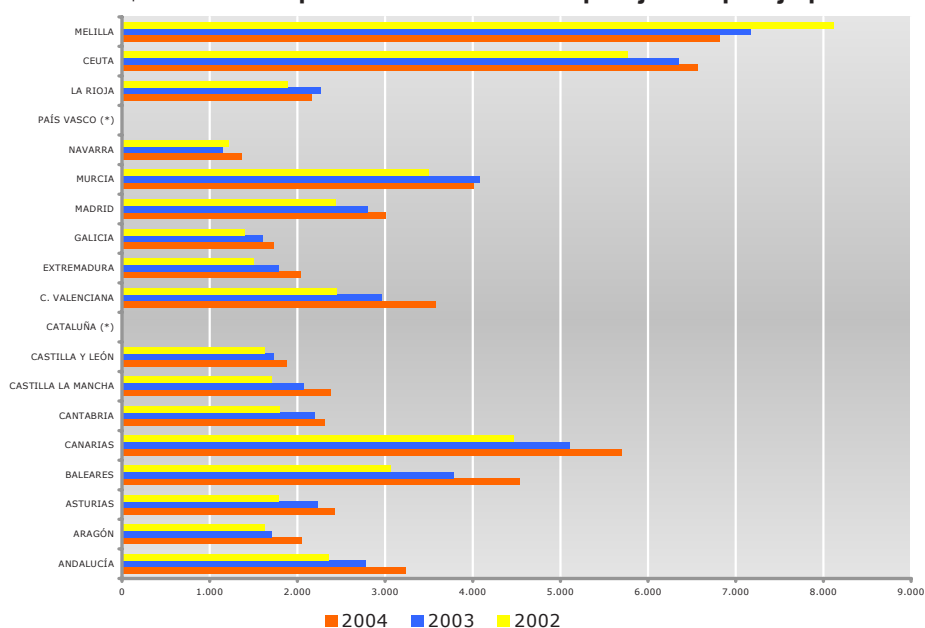
experimentado un crecimiento espectacular: del año 1999 a 2003, fue del 355%. El 22% de las llamadas atendidas no precisó de la actuación de ningún dispositivo. En el 78% restante se procedió a derivar a la mujer a los siguientes dispositivos o profesionales: 47,3% de los casos a un abogado; el 30,8% al propio IAM; el 6,2% a un trabajador social; el 1,2% a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad; y en el 4,5% restante a diversos recursos.

Gráfico 1 | Tasa de muertes por malos tratos de la pareja o expareja por millón de mujeres



Elaboración propia a partir de datos del Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Gráfico 2 | Denuncias por malos tratos de la pareja o expareja por millón de mujeres



Elaboración propia a partir de datos del Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Nota: Sólo se dispone de datos parciales de las comunidades de Cataluña y el País Vasco, por lo que no se han calculado las tasas.

MARCO LEGISLATIVO

NORMAS JURÍDICAS

El principio de igualdad entre hombres y mujeres, así como la expresa prohibición de cualquier tipo de discriminación por razón de sexo, **y el derecho a la integridad física y el respeto a la dignidad de la persona**, están recogidos en diferentes normas jurídicas.

En el ámbito internacional destacan la “Convención de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer” (1979), la “Declaración de Viena sobre la eliminación de la violencia contra la mujer” (1993), y la “Declaración de Beijing” y “Plataforma de Acción” adoptadas en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995).

En el marco de la Unión Europea, la igualdad entre hombres y mujeres se contempla en el artículo 3 del “Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea” (versión consolidada 2002), que insta a los Estados miembros al desarrollo de políticas específicas de prevención y represión de la violencia contra las mujeres.

En la “Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea” (2000) se establece el derecho de toda persona a su integridad física y psíquica, estando prohibidos los tratos inhumanos o degradantes, y a la igualdad entre hombres y mujeres, que será garantizada en todos los ámbitos.

En España, la “Constitución” (1978) establece la igualdad como valor superior del ordenamiento jurídico, siendo incompatibles con los principios que proclama cualquier situación de discriminación en cualquier orden de la vida. Asimismo, expresa el derecho de todas las personas a la vida y a la integridad física y moral, sin que en ningún caso puedan ser sometidas a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes.

Estos derechos vinculan a todos los poderes públicos, que tienen la obligación de adoptar medidas de acción positiva para hacerlos reales y efectivos superando los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud. Ello ha llevado a que en los últimos años se hayan introducido diversas modificaciones en la normativa española. Éstas son:

- **Ley 14/1999, de 9 de junio, de modificación del Código Penal de 1995 en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal**, que introduce las penas de alejamiento y la violencia psíquica ejercida con carácter habitual como delito específico de malos tratos.
- **Ley 38/2002, de 24 de octubre, de reforma parcial de la Ley de Enjuiciamiento Criminal**, que introduce los denominados “juicios rápidos” para, entre otros supuestos, los casos de violencia doméstica.
- **Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de Medidas Concretas en Materia de Seguridad Ciudadana, Violencia Doméstica e Integración Social de los Extranjeros**. Modifica el Código Penal sustancialmente en lo que se refiere a violencia doméstica: por una parte, las agresiones físicas puntuales pasan a constituir delito, así como cualquier menoscabo psíquico; y, por otro, la violencia habitual en el hogar sigue conformando un delito específico y autónomo.

- **Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de la Violencia Doméstica**, introduce la Orden de Protección de las Víctimas de la Violencia Doméstica como un instrumento rápido y sencillo que permite que la víctima obtenga un estatuto integral de protección física, jurídica y social.
- **Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre de 2004, de Medidas de Protección**

educativos, sociales, asistenciales y de atención posterior a las víctimas. Crea los Juzgados de Violencia sobre la Mujer, y otorga a las víctimas de violencia de género unos derechos especiales de diversa índole (sociales, jurídicos, económicos, etc.) e incide sobre la importancia de la información.

Todas estas normas hacen hincapié en la necesidad de la intervención multidisciplinar y coordinada de los distintos profesionales: sanitarios, policiales, judiciales, educativos, de medios de información, etc.

IMPLICACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Las Administraciones Sanitarias tienen la obligación de promover e impulsar las actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género, en particular mediante el desarrollo de programas de sensibilización y formación del personal sanitario (Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre de 2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género).

Esta norma también impone la obligatoriedad de que las Administraciones con competencias sanitarias promuevan la aplicación, permanente actualización y difusión de protocolos que contengan pautas uniformes de actuación sanitaria, tanto en el ámbito público como privado. Estos protocolos, además de referirse a los procedimientos a seguir, harán referencia expresa a las relaciones con la Administración de Justicia en aquellos casos en que exista constatación o sospecha fundada de daños físicos o psíquicos ocasionados por agresiones o abusos.

El profesional sanitario que en el ejercicio de su profesión tenga conocimiento de hechos que pueden ser constitutivos de un delito de violencia de género, tiene la obligación legal de ponerlos en conocimiento de la autoridad judicial (Juzgado de Guardia)². Para ello deberá cumplimentar el **parte de lesiones** y remitirlo al Juzgado de Guardia junto con el “Oficio de Remisión al Juzgado de Guardia” (Anexo 1).

La actuación del profesional sanitario se completará con la información a la mujer de sus derechos legalmente reconocidos, entre los que destacan la posibilidad de solicitar una **Orden de Protección** que le garantiza una protección integral (Anexo 2) y la posibilidad de asistencia jurídica gratuita. El impreso para solicitar esta Orden estará disponible, entre otras, en las instituciones asistenciales dependientes de las Administraciones Públicas. A la mujer que solicite dicha Orden, se le facilitará el contacto con centros especializados (Instituto Aragonés de la Mujer u otros centros de atención a las víctimas), para asistirle en su cumplimentación, tal y como establece el “Protocolo para la implantación de la Orden de Protección” del Ministerio de Justicia.

² Artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

PAPEL DE LOS PROFESIONALES DEL SISTEMA DE SALUD

*El profesional sanitario puede ser la única persona fuera de la familia a la que la mujer le pide ayuda de forma silenciosa.
(American Medical Association)*

Las mujeres maltratadas acuden con más frecuencia que la población general a los servicios sanitarios y, en particular, a Atención Primaria, Servicios de Urgencias y Centros de Salud Mental. En diversas investigaciones se ha evidenciado no sólo un mayor uso de los servicios sanitarios, sino también un mayor consumo de medicamentos –especialmente antidepresivos o ansiolíticos–.

Por lo tanto, el sistema sanitario es uno de los ámbitos donde más oportunidades se presenta para descubrir y abordar el maltrato. En este sentido, todos los profesionales sanitarios, así como los trabajadores sociales de los centros, deben desarrollar un papel fundamental en la detección, atención y seguimiento, y en la prevención de la violencia de pareja; pero, en especial, los profesionales de los siguientes dispositivos:

- Atención Primaria
- Servicios de Urgencia
- Servicios de Ginecología y Obstetricia
- Centros de Salud Mental
- Servicios de Pediatría

La actitud de los profesionales tiene una gran influencia en la capacidad de la mujer para abordar la situación. Sin embargo, el personal sanitario siente con frecuencia que su capacidad de actuación es limitada cuando una mujer reconoce haber sido maltratada.

No es sencillo llegar al diagnóstico de malos tratos, ya que hay una serie de obstáculos, tanto por parte del personal sanitario como por parte de las mujeres víctimas de maltrato, que dificultan su identificación y abordaje.

■ Por parte del personal sanitario

- **Prejuicios.** En los profesionales, al igual que la población general, pueden existir prejuicios e ideas preconcebidas –muchas veces inconscientes– que minimizan los efectos de la violencia de pareja o que culpabilizan a las víctimas. Entre ellos, considerar que es un asunto privado, un problema de sectores marginales, que la mujer es responsable si lo soporta, etc. Un paso importante y previo para una correcta atención y cuidados es deshacerse de estos prejuicios.
- **Miedo a “abrir la caja de Pandora”.** A veces los profesionales no se atreven a preguntar por miedo a ofender a la víctima o poner en peligro la relación médico-paciente. Con frecuencia temen que su intervención pueda desencadenar una escalada de violencia contra la mujer o represalias contra los hijos e, incluso, el suicidio de la propia víctima.

- *Frustración.* En un doble sentido, porque se produce un cierto rechazo al tratamiento de cuestiones cuya solución no está enteramente al alcance del profesional, o por el rechazo de la víctima a afrontar la cuestión.
- *Falta de tiempo.* La mayoría de los profesionales sanitarios entrevistados en diversos estudios piensan que la falta de tiempo es el mayor obstáculo para abordar este problema. Por otro lado, pueden considerar que no es una actuación eficiente por creer que la prevalencia de este problema es muy baja.
- *Falta de conocimientos y habilidades.* La ausencia de formación en este tema, así como la dificultades descritas, hacen que los profesionales sanitarios no se sientan cómodos a la hora de tratar el problema de los malos tratos en la pareja.

■ **Por parte de la víctima**

- *Sentimientos de vergüenza y culpa.* Las víctimas del maltrato admiten con dificultad el maltrato, ya que su autoestima está muy baja y pueden llegar a interiorizar un sentimiento de culpabilidad. Esta circunstancia es aún más llamativa en los casos de violencia sexual.
- *Desconfianza.* Hacia las actitudes de los profesionales sanitarios y su disposición a respetar la confidencialidad.
- *Miedo a represalias por parte del agresor.* Este temor alcanza también a que pueda hacer daño a los hijos.
- *Presión del medio en el que vive.* Si proviene de un medio donde el machismo es uno de sus valores principales, es difícil que sea capaz de tomar conciencia de su situación de víctima por entender la violencia de género como algo normal y cotidiano.

ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

La actuación ante una mujer que sufre maltrato es compleja y requiere interdisciplinariedad para su correcta atención y cuidados. Esto implica coordinación y colaboración del personal sanitario entre sí y con los trabajadores sociales, así como la correcta coordinación y derivación a otros dispositivos específicos de atención a la mujer.

En este apartado de la guía se refleja, fundamentalmente, la actuación de los profesionales sanitarios del ámbito de la Atención Primaria ante situaciones de violencia física o psicológica (las agresiones sexuales deben ser derivadas a un centro hospitalario³). No obstante, **todas las actuaciones reflejadas en este apartado son igualmente válidas para los profesionales de consultas de Atención Especializada como pueden ser las de Obstetricia y Ginecología y de Salud Mental**, así como para los profesionales de los **Servicios de Urgencias** (las peculiaridades de estos últimos serán tratadas en un apartado independiente).

El papel de los profesionales no se ha de limitar a la atención y seguimiento de la paciente: si hay hijos es necesaria la coordinación y cooperación con el pediatra para llevar a cabo la atención necesaria. Además, puede ser adecuada la atención y derivación del agresor a dispositivos especializados, ya que muchas veces comparte médico con la víctima.

El proceso de identificación de una situación de maltrato y su atención se estructura en una serie de fases, que en unos casos serán secuenciales y en otros se superponen. Estas fases son: sospecha, identificación, registro, actuación con la paciente, evaluación del riesgo, actuación con los hijos y actuación con el agresor.

SOSPECHA

Existen una serie de signos y síntomas que pueden hacer pensar que la paciente es víctima de violencia de pareja y que, en general, se presentan entremezclados. Por ello, es importante que el profesional sanitario los conozca y mantenga una actitud de alerta en la consulta ante toda paciente que presente los mismos.

■ Signos y comportamientos que alertan frente a una posible situación de maltrato cuando se aprecian lesiones en la mujer

- ▶ Incoherencia en el relato de los hechos o negativa a explicar el origen de las lesiones.
- ▶ Lapso de tiempo demasiado largo entre el accidente y la consulta.
- ▶ Historia de accidentes frecuentes.
- ▶ Huellas de golpes y/o hematomas en diferentes lugares del cuerpo.
- ▶ Lesiones antiguas, no tratadas, junto a lesiones nuevas.

³ En los casos de consulta telefónica ante una agresión sexual se indicará a la paciente la necesidad de acudir lo antes posible a un hospital y se le darán las siguientes recomendaciones:

- No tocar nada del lugar de los hechos.
- No lavarse ni genitales ni la boca (esto último en caso de felación).
- En el caso de felación escupir sobre alguna prenda limpia (toalla, pañuelo, etc.) que se conservará como prueba judicial.
- No desechar la ropa que llevara durante la agresión y, si es posible, no quitársela.

■ **Signos, actitudes y comportamientos que alertan frente a una posible situación de maltrato sin lesiones aparentes**

⇒ **Signos**

- ▶ Síntomas crónicos vagos que no cuadran con un diagnóstico de enfermedad.
- ▶ Historia de depresión.
- ▶ Intentos de suicidio.
- ▶ Ingesta crónica de tranquilizantes o consumo elevado de alcohol u otras drogas.
- ▶ Síndrome de estrés postraumático.
- ▶ Enfermedades de transmisión sexual.
- ▶ Disfunciones sexuales: vaginismo, dispareunia...
- ▶ Reparos, dificultad o dolor en el examen pélvico.
- ▶ Problemas ginecológicos y obstétricos recurrentes.
- ▶ Envejecimiento prematuro.

⇒ **Actitudes**

- ▶ Agresividad sin causa aparente.
- ▶ Actitud evasiva, mirada huidiza, se manifiesta confundida o temerosa.
- ▶ Actitud apresurada y atemorizada.
- ▶ Mujer dependiente de su pareja, que acude con ella a la consulta, que tiene miedo, que le mira antes de hablar.
- ▶ Actitud ansiosa, deprimida o triste.
- ▶ Desvalorización de sí misma (se califica como torpe e incapaz).

⇒ **Comportamientos**

- ▶ Consultas frecuentes y reiteradas sin justificación lógica aparente.
- ▶ Retraso u olvido de las citas sin justificación lógica aparente.
- ▶ Comienzo tardío de la atención prenatal.

No es infrecuente que la pareja de estas pacientes acompañe a la víctima a la consulta. La actitud que suele adoptar puede ser tanto de excesiva preocupación y control; o, por el contrario, mostrarse despreocupado, despectivo o intentando banalizar los hechos.

IDENTIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA

Cuando el profesional sanitario sospecha que una mujer puede ser víctima de maltrato por parte de su pareja o expareja, el siguiente paso es tratar de confirmar o descartar la situación de violencia. Para ello es preciso realizar una **entrevista clínica de cribado**.

En la entrevista es preciso crear un **clima de confianza recibiendo a la paciente sola y sin prisa**. La mujer debe sentirse acogida (suele tener sentimiento de culpa y desconfianza) y escuchada, y las preguntas deben hacerse de forma clara y directa escuchando el relato de la paciente sin interrupciones ni juicios. En la entrevista deberán relacionarse las preguntas con los motivos de la consulta, ayudando a la paciente a reflexionar sobre su malestar y las causas que lo provocan. El Anexo 3 recoge preguntas tipo que pueden utilizarse para identificar una situación de violencia, y en el Anexo 4 figuran preguntas que ayudan a identificar el tipo de violencia.

Normas para la entrevista clínica a la mujer ante sospecha de maltrato

- ▶ Ver a la mujer sola, asegurando la confidencialidad.
- ▶ Utilizar el tiempo necesario para la entrevista.
- ▶ Observar las actitudes y estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal).
- ▶ Facilitar la expresión de sentimientos.
- ▶ Mantener una actitud empática, que facilite la comunicación, con una escucha activa.
- ▶ Hacer sentir a la mujer que no es culpable de la violencia sufrida.
- ▶ Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.
- ▶ Abordar directamente el tema de la violencia.
- ▶ Creer a la mujer, sin poner en duda la interpretación de los hechos, sin emitir juicios, intentando quitar miedo a la revelación del abuso.
- ▶ Alertar a la mujer de los riesgos y aceptar su elección.
- ▶ Ayudarle a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones.

Fuente: Violencia doméstica semFYC. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.

Es importante que el profesional evite ciertas actitudes durante la entrevista y, en especial, que no trate la situación como un problema privado de pareja. Además, en las situaciones de violencia doméstica, **la terapia de pareja está contraindicada**.

Actitudes a evitar en la entrevista

- ▶ Dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente.
- ▶ Dar falsas esperanzas.
- ▶ Decir que basta con tratar a la pareja para que todo se arregle.
- ▶ Evitar expresiones que pueden crear sensación de culpabilidad en la mujer con frases como: "¿Por qué sigue con él? ; Si usted quisiera acabar, se iría...".
- ▶ Paternalismo.
- ▶ No se deben imponer criterios o decisiones.

Fuente: La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Comunidad de Madrid, 2003.

Una vez identificada la situación y tipo de violencia se debe proceder a realizar una exploración minuciosa de las lesiones y del estado emocional de la paciente –previo su consentimiento–, informándole de las exploraciones que se realizan y de su finalidad.

REGISTRO

■ Historia Clínica

Todas las intervenciones (entrevistas, exploraciones, derivaciones...) que se realicen a una mujer víctima de violencia de pareja –física, sexual o psicológica–, así como los resultados de la anamnesis y de las exploraciones realizadas deben quedar registradas en la historia clínica con el mayor grado de detalle posible, tanto si el maltrato se confirma como si no, ya que la historia clínica puede servir como prueba. En las lesiones físicas se debe identificar su localización, gravedad, estadio y todos aquellos datos que puedan ser relevantes. También se debe especificar la actitud de la paciente y su estado psicológico.

■ Notificación al Juzgado de Guardia y parte de lesiones

En España existe la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la existencia de lesiones o de otros síntomas ante la constatación o sospecha fundada de malos tratos, obligación que se cumple mediante su notificación al Juzgado de Guardia, adjuntando el parte de lesiones (Anexo 1).

El **parte de lesiones** representa el informe médico y es, por lo tanto, un documento fundamental como prueba judicial, de ahí la importancia de su adecuada cumplimentación. En él constarán:

- ▶ Una transcripción literal del relato que hace la mujer de los hechos, características y evolución de los malos tratos, describiendo el tipo de violencia con las propias palabras de la paciente.
- ▶ Antecedentes sanitarios de interés en relación con las lesiones que presenta.
- ▶ Resultados de la exploración física con una descripción detallada de todas las lesiones, localización y posible fecha de las mismas.
- ▶ Descripción del estado emocional y psicológico de la mujer. Es muy importante que en todos los partes de lesiones se haga constar el estado emocional de la víctima, ya que el Código Penal contempla como delito o falta los actos de violencia psicológica.
- ▶ Diagnóstico de las lesiones que presenta la mujer y tratamiento aplicado, especificando si ha requerido hospitalización, y pronóstico.
- ▶ Plan de actuación. Se describirán todas aquellas otras actuaciones realizadas.

La cumplimentación del parte de lesiones se realizará mecanografiado; de no ser posible, con letra clara y con bolígrafo.

Es recomendable acompañar el parte de lesiones con fotografías de la paciente, siempre previo permiso de ésta (Anexo 5). Las fotografías deberán ser en color, con un objeto que dé idea del tamaño de las lesiones, desde diferentes ángulos, incluyendo una del rostro de la víctima. Para que las fotografías puedan ser admitidas como prueba en un procedimiento judicial deberán cumplir los siguientes requisitos:

- Ser realizadas con una cámara de fotos instantánea.
- Especificar, en su cara posterior, el nombre de la víctima y la fecha en la que son tomadas.
- Estar firmadas, en la cara posterior, por el médico que realiza el parte de lesiones.

El **parte de lesiones se cumplimentará por triplicado** (modelo autocopiado), se leerá en voz alta y, después de haber repasado con la paciente las lesiones, se le entregará una copia firmada por el médico y sellada, informándole de que si quiere denunciar los malos tratos es conveniente presentar el parte de lesiones –y testigos si es posible– acudiendo al Juzgado o a la policía. El original se enviará junto con el oficio de remisión al Juzgado de Guardia correspondiente (Anexo 6) con la mayor brevedad posible. La copia restante se guardará, junto con una copia del oficio de remisión, en la historia clínica.

ACTUACIÓN CON LA PACIENTE: INFORMACIÓN, INTERVENCIÓN, DERIVACIÓN

La confirmación de una sospecha de malos tratos a una mujer no pone fin a la actuación de los profesionales sanitarios sino que, a partir de ese momento, éstos deben desarrollar una importante labor de información a la mujer, de intervención y de derivación cuando las características del caso así lo requieran. En todas las situaciones la confidencialidad de la información obtenida en la consulta deberá estar garantizada; incluida la dirección de la casa de acogida en el caso de que la mujer se aloje en este dispositivo, cuya dirección no se facilitará ni a familiares ni amigos.

Si la mujer tiene hijos menores a su cargo, el médico deberá ponerse en contacto con el pediatra o profesional sanitario responsable de la atención sanitaria de los niños, para valorar si los hijos son a su vez víctimas de malos tratos y de las repercusiones de crecer en un ambiente de violencia en el desarrollo del niño.

Es preciso ser cautos en la prescripción de psicofármacos (en particular de benzodiacepinas) en mujeres víctimas de maltrato con trastornos por ansiedad o depresión, ya que pueden mermar su capacidad de reacción y de autodefensa.

La actuación de los profesionales no deberá limitarse a la atención puntual y derivación de la mujer víctima de violencia. En estas pacientes el **seguimiento** que realicen tanto los profesionales sanitarios como el trabajador social es fundamental para la recuperación de su salud física y psicológica. No obstante, la actuación de los profesionales será distinta si la mujer reconoce o no el maltrato.

■ Si la paciente reconoce el maltrato

➤ **Informar acerca del problema del maltrato**

- ▶ Transmitir que el maltrato es un problema frecuente y que ella no es responsable del mismo: el único culpable es el agresor.
- ▶ Analizar con ella las repercusiones para su salud física, mental y emocional.
- ▶ Explicarle que ella no puede cambiar el comportamiento de su pareja y que las disculpas y promesas no pararán la violencia.
- ▶ Explicarle que no debe comentar el contenido de la consulta con su pareja, ya que puede aumentar el riesgo de maltrato.
- ▶ Informarle de que la legislación protege sus derechos e integridad y que si desea puede solicitar una Orden de Protección, cuyo impreso esta disponible en el propio centro.
- ▶ Informarle de la disponibilidad de una red de recursos y dispositivos sociales para la atención a las mujeres víctima de violencia de pareja.

➤ **Trabajar el problema en la consulta**

- ▶ Valorar la situación de riesgo tanto para la mujer como para los hijos, especialmente en el caso de la violencia física y, si es preciso, dar unos consejos básicos de seguridad.
- ▶ Facilitar apoyo psicológico y fomentar un aumento de la autoestima.
- ▶ Realizar un seguimiento de la mujer, citándola para sucesivas visitas.

➤ **Derivar.** Los profesionales sanitarios derivarán a la mujer a los recursos sociales disponibles para la atención a las mujeres víctimas de maltrato, directamente o bien a través del trabajador social del centro sanitario –si dispone del mismo–. Además, a la mujer se le facilitará el teléfono del **centro de atención a la mujer más próximo** (Anexo 7), así como el **teléfono gratuito**

24 horas del IAM: 900 504 405. La derivación a los servicios sociales de atención a la mujer es fundamental, ya que disponen de recursos para la atención psicológica, social y jurídica de las víctimas de malos tratos, así como de casas de acogida.

■ **Si la paciente no reconoce el maltrato**

En estos casos la actitud de los profesionales sanitarios es muy importante; una muestra de interés por la situación de la mujer en futuras visitas contribuye a crear un ambiente de confianza y ayuda a que éstas se reconozcan como mujeres maltratadas.

Es preciso dar a la mujer el tiempo que necesite para tomar sus propias decisiones y mantener siempre un apoyo.

Se le informará de los recursos de ayuda a las mujeres y del **teléfono 24 horas del IAM: 900 504 405**; y, si lo desea, se le facilitará a través del trabajador social información de centros o asociaciones de mujeres donde, mediante el desarrollo de actividades diversas, pueda mejorar su autoestima y autonomía. Puede ser conveniente que sea el profesional sanitario quien realice la indicación, a ser posible por escrito, para que la mujer pueda justificar ante su pareja la necesidad de acudir a estos recursos.

EVALUACIÓN DEL RIESGO

Los profesionales sanitarios, en colaboración con el trabajador social, evaluarán el riesgo de sufrir agresiones más graves y facilitarán a las mujeres unos consejos básicos de seguridad en el caso que decidan continuar viviendo con su pareja. No se debe olvidar que muchas mujeres minimizan el peligro al que están enfrentadas, ya que viven la violencia como un hecho común en su vida cotidiana.

En la evaluación del riesgo se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

- ▶ La información de la historia clínica y de los exámenes clínicos.
- ▶ La historia de violencia de la mujer: años que lleva sufriendo maltrato y la progresión del mismo.
- ▶ Tipo de violencia: violencia física, sexual, psicológica (Anexo 4).
- ▶ El grado de aislamiento social y de autonomía de la mujer. En particular los apoyos familiares y sociales con los que puede contar; sus recursos económicos y si dispone de ayuda profesional.
- ▶ La valoración del riesgo de maltrato en los hijos:
 - Los niños están presentes cuando se producen escenas violentas.
 - Han resultado heridos alguna vez tanto por golpes intencionados como accidentalmente.
 - Su pareja amenaza con hacer daño a los hijos.

Además, es importante recordar que en muchas ocasiones la violencia es mayor (incluido el riesgo de muerte) cuando las mujeres inician un proceso de separación o abandonan el domicilio.

■ Señales de alerta

Existen una serie de situaciones que conllevan un mayor riesgo de lesiones graves, e incluso la muerte, que el profesional sanitario debe saber identificar para alertar a la paciente cuando éstas estén presentes. En esta situación la mujer puede adoptar las siguientes actitudes:

- ▶ No percibe la situación como de alto riesgo para su integridad física.
- ▶ Reconoce el riesgo al que se expone, pero decide retornar a su domicilio; a veces la mujer decide volver porque considera que, de momento, es la situación más segura para ella.
- ▶ Reconoce el riesgo al que se expone y decide abandonar su hogar. El abandono del domicilio por causa razonable, como es temer por su integridad física, no se considera incumplimiento del deber de convivencia conyugal y la mujer no pierde ningún derecho si en el plazo de 30 días presenta una demanda de separación o de divorcio.

En el siguiente cuadro se presentan las señales de alerta sobre las que debe indagar el profesional ante una mujer víctima de malos tratos. La presencia de por lo menos tres de estos factores indica un alto riesgo de muerte.

| Señales de alerta de riesgo de lesión grave en la mujer |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">▶ La mujer declara temer por su vida.▶ Los episodios de violencia contra la mujer se producen también fuera de su domicilio.▶ Su pareja se muestra violento con sus hijos.▶ Su pareja se muestra violento con otras personas.▶ Ha ejercido actos de violencia durante el embarazo.▶ Ha sometido a la mujer a actos de violencia sexual.▶ Amenaza con matarla y/o matar a los hijos y/o suicidarse.▶ La frecuencia y gravedad de los episodios de violencia se intensifican con el paso del tiempo.▶ Abusa de drogas, especialmente de aquéllas que agudizan la agresividad (cocaína, anfetaminas, crack, etc.).▶ La mujer tiene planeado abandonarle o divorciarse en un futuro cercano.▶ La pareja conoce que la mujer ha recurrido a una ayuda exterior para poner fin a la violencia.▶ Su pareja o expareja la sigue o acosa.▶ La mujer ya ha denunciado lesiones graves.▶ La pareja dispone de armas de fuego en casa.▶ La pareja o expareja ha amenazado a amigos o parientes de la mujer. |

Fuente: La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Comunidad de Madrid, 2003.

En estos casos, la actuación de los profesionales sanitarios con la ayuda del trabajador social del centro –si dispone del mismo– debe ser la siguiente:

- ▶ Poner en conocimiento de la mujer la situación de riesgo y recordarle la posibilidad de solicitar una Orden de Protección, cuyo impreso está disponible en el propio centro.
- ▶ Contactar con el Servicio de Protección de Menores (Anexo 6) en el caso que la mujer decida volver al domicilio y tenga a su cargo niños menores de edad.
- ▶ Facilitar a la mujer el acceso a los recursos de seguridad y sociales. Se le facilitará el teléfono 24 horas del Instituto Aragonés de la Mujer: 900 504 405, donde se le ofrece una atención integral y derivación al recurso no sanitario adecuado.
- ▶ Facilitar unos consejos de seguridad a la mujer cuando ésta reconoce la situación de riesgo, pero decide retornar al domicilio.

■ Consejos de seguridad

Cuando la mujer está en una situación de alto riesgo para su seguridad física, es consciente del mismo y aún así decide volver a su domicilio, el personal sanitario en colaboración con el trabajador social y junto con la mujer deberá facilitar unos consejos básicos de seguridad con la finalidad de protegerla mientras permanezca en el domicilio y, a la vez, facilitarle la salida del mismo en situaciones de urgencia. En definitiva, se trata de idear estrategias que reduzcan el riesgo de futuras agresiones graves.

A la hora de facilitar los consejos de seguridad se efectuarán las siguientes valoraciones:

- ▶ Evaluar si la presencia en el domicilio de un amigo o pariente pudiera disuadir al compañero de realizar actos violentos.
- ▶ Facilitar los recursos disponibles en caso de emergencia.
- ▶ Si no tiene acceso al teléfono, valorar si es posible avisar a algún vecino.
- ▶ Analizar qué posibilidades tiene de escapar y qué precauciones puede tomar en una situación de escalada de violencia.
- ▶ Proponerle esconder en lugar de fácil acceso, o en casa de familiares o amigos, los documentos y efectos personales que necesitará en caso de que tenga que abandonar el domicilio de forma urgente.
- ▶ Tener pensado a dónde irá en el caso de que tenga que abandonar el domicilio.

Documentos y efectos personales a preparar en situaciones de riesgo

- ▶ Documentos personales de la mujer y de los hijos: cartilla de la seguridad social, carné de identidad, tarjeta de residencia o pasaporte, libro de familia, permiso de conducir.
- ▶ Documentos importantes, seguro del coche, recibos del alquiler de la vivienda o de la hipoteca, seguros, diplomas escolares...
- ▶ Sentencia de divorcio, denuncias previas u otros documentos legales.
- ▶ Medicamentos en el caso de tratamientos.
- ▶ Números de teléfono y direcciones de familiares, amigos e instituciones de apoyo a la mujer.
- ▶ Ropa y efectos personales para la mujer y los hijos.
- ▶ Llaves de la casa.
- ▶ Libreta de ahorro, talonario de cheques, tarjeta de crédito, dinero en metálico.
- ▶ Fotocopia de nómina reciente de la pareja.

Es muy importante la derivación de la paciente a los centros específicos de atención a la mujer dependientes del IAM o de los Ayuntamientos de las tres capitales de provincia (Anexo 7), ya que ayudarán a completar los consejos de seguridad y facilitarán el acceso a dispositivos de protección.

ACTUACIÓN CON LOS HIJOS

En todos los casos de maltrato a la mujer por parte de su pareja o expareja es preciso conocer si los hijos son también víctimas de violencia y/o las consecuencias de crecer en un ambiente de violencia. La mayor parte de los hijos de mujeres víctimas de violencia de pareja sabe que sus madres están siendo maltratadas, y hasta un 70% de los hijos es, a su vez, víctima de maltrato o abandono. El niño menor de 5 años no acepta el maltrato, se rebela y responde a su vez; pero los niños de 5 a 10 años se

culpabilizan, aceptan el maltrato como un castigo merecido y no son conscientes de ser víctimas.

El médico de Atención Primaria responsable de la atención sanitaria a la mujer deberá ponerse en contacto con el médico responsable de la atención a los hijos, informándole del caso.

La entrevista a los niños debe realizarla el profesional que mejor los conozca y en quien ellos tengan más confianza, que generalmente es el pediatra o la enfermera de pediatría. En todos los casos se debe comprobar si presentan comportamientos autodestructivos, angustia emocional y problemas de conducta. En el caso de sospecha de maltrato al menor, este profesional deberá ponerse en contacto con el **Servicio de Protección de Menores** (Anexo 6).

Las consecuencias psicológicas que produce la violencia en los niños, tanto si son testigos como si son víctimas, son variadas, y destacan:

- ▶ Problemas cognitivos.
- ▶ Síntomas físicos relacionados con el estrés: dolores de cabeza, úlceras, enuresis.
- ▶ Problemas de atención y de lenguaje.
- ▶ Dificultades escolares: falta de concentración, bajo rendimiento, dificultad de relación con sus compañeros, robos, absentismo...
- ▶ Alteraciones emocionales: ansiedad, sentimientos de culpa por no ser capaces de parar el maltrato o por querer al maltratador, miedo a ser abandonados, aislamiento social y dificultad de interactuar con sus compañeros o con las personas adultas, baja autoestima...
- ▶ Agresividad.

El pronóstico a medio y largo plazo está en función de la duración, frecuencia y severidad del maltrato. Ser testigo de malos tratos parece ser un indicador de la posterior aparición del síndrome de estrés postraumático. El efecto acumulativo aumenta el riesgo de los niños de convertirse en adolescentes o adultos maltratadores o víctimas, con trastornos depresivos y/o tendencias suicidas.

Normas para realizar la entrevista a los niños

- ▶ Ayudarles a verbalizar sus emociones: miedo, culpabilidad, cólera, tristeza, ambivalencia.
- ▶ Decirles que no son culpables de los problemas familiares.
- ▶ Evaluar su grado de aislamiento y los apoyos sociales de que disponen.
- ▶ Enseñarles a poner en práctica mecanismos de autoprotección: identificar una situación de riesgo de agresión, instruirles sobre cómo actuar, saber a qué teléfono tienen que llamar, o a quién pedir ayuda y cuándo, etc.

Cada vez es más frecuente que se sospeche maltrato a una mujer a través del pediatra, por la propia actitud de la madre en la consulta y/o del desarrollo psicomotor del niño. En estos casos, el pediatra se deberá poner en contacto con el médico responsable de la atención sanitaria a la mujer, informándole de la sospecha de maltrato, incluida la repercusión sobre la salud de sus hijos.

ACTUACIÓN CON EL AGRESOR

Las actuaciones son diversas, en primer lugar, el agresor, con frecuencia, comparte médico con la víctima y puede ser necesario realizar algún tipo de derivación. Existen programas específicos para los varones violentos. Estos programas de rehabilitación intentan conseguir que asuman la responsabilidad de sus actos y modificar su conducta. En la Comunidad Autónoma de Aragón, el Instituto Aragonés de la Mujer dispone de un servicio de atención psicológica a hombres con problemas de control y violencia en el hogar. Siempre que el paciente se reconozca como maltratador o con problemas de control se puede derivar a este recurso, donde se le facilitará apoyo técnico y el tratamiento necesario.

Es importante recordar que no se debe abordar la violencia doméstica como un problema privado de pareja y que está totalmente contraindicada la terapia de pareja.

Normas para realizar la entrevista al agresor

- ▶ Hablar en tono calmado y seguro, sin juzgar.
- ▶ Identificar comportamientos inaceptables y no dejarse intimidar.
- ▶ Abordar el problema hablando francamente.
- ▶ Ayudarle a reconocer sus comportamientos violentos y hacerse responsable de sus actos.

Se deberá ofrecer el tratamiento y la derivación al dispositivo adecuado cuando el agresor presente problemas de alcoholismo u otras adicciones, trastornos psicológicos o psiquiátricos.

En este tipo de personas no se debe presumir una rehabilitación espontánea, aunque muestre una actitud de arrepentimiento y de vergüenza.

El 30% de las víctimas continúa viviendo con su agresor. Por ello, es importante tratar y hacer un seguimiento del agresor para ayudar a romper el ciclo de violencia en la familia. Si la mujer se encuentra en una casa de acogida nunca se deberá facilitar la dirección al agresor, independientemente de su conducta.

ACTUACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Los profesionales de los Servicios de Urgencias tanto de centros de salud como de los hospitales pueden tener que atender a mujeres víctimas de violencia física o psicológica. En el caso de la violencia física, la mujer presentará una serie de lesiones corporales que harán sospechar que ha sido objeto de violencia. La violencia psicológica no es infrecuente que acabe desembocando en intentos de suicidio en la mujer que la padece. Por ello, se deberá descartar la presencia de violencia psicológica ante un intento de suicidio en una mujer.

En los casos en que se sospeche que la mujer es víctima de malos tratos se realizará una entrevista de cribado (Anexos 3 y 4), en un clima de confianza, recibiendo a la paciente sola en un espacio adecuado para proteger su intimidad. La mujer debe sentirse acogida (suele tener sentimiento de culpa y desconfianza) y escuchada, y las preguntas deben hacerse de forma clara y directa escuchando el relato de la paciente sin interrupciones ni juicios.

No es infrecuente que el agresor acompañe a la víctima con la intención de controlar sus manifestaciones. En estos casos hay que invitarle a salir sin levantar sospechas para proceder a atender a la paciente sola.

Independientemente del tipo de violencia que padezca la mujer, las actuaciones de los profesionales sanitarios serán las siguientes:

ACTUACIÓN ASISTENCIAL

La primera actuación deberá ser atender el estado de salud de la mujer y establecer un diagnóstico y tratamiento adecuado. Se procederá a un examen detallado de la superficie corporal, identificando la localización de las lesiones, su gravedad, estadio y todos aquellos datos que puedan ser de interés.

Se debe realizar una valoración psicológica de la mujer que deberá ser especialmente detallada y, a ser posible, realizada por un profesional especializado (psicólogo o psiquiatra).

El tratamiento de la paciente estará en función de las lesiones presentadas y, en el caso de que no precise ingreso en planta, se deberá valorar la necesidad de apoyo psicológico.

El informe de alta que se facilite a la mujer debe detallar las lesiones que ésta presenta y su estado emocional, pero deberá evitar incluir términos con relación explícita al maltrato, ya que el agresor podría apreciar esta circunstancia y poner en peligro la integridad física de la víctima.

Así mismo, el médico que haya atendido a la mujer **deberá remitir una copia del informe de alta directamente**, no por medio de la paciente, **al médico de Atención Primaria** responsable de la atención sanitaria de la paciente con el fin de que proceda a su seguimiento y a completar las actuaciones que sean precisas desde el ámbito sanitario.

INFORMACIÓN Y DERIVACIÓN

La atención y cuidados asistenciales no ponen fin a la intervención de los profesionales sanitarios de los servicios de urgencia sino que deberán realizar las siguientes actuaciones:

■ Informar a la mujer acerca del maltrato

- ▶ Transmitir a la mujer que el maltrato es un problema frecuente y que ella no es responsable del mismo: el único culpable es el agresor.
- ▶ Analizar con ella las repercusiones para su salud física, mental y emocional.
- ▶ Explicarle que ella no puede cambiar el comportamiento de su pareja y que las disculpas y promesas no pararán la violencia.
- ▶ Explicarle que no debe comentar el contenido de la visita con su pareja, ya que puede aumentar el riesgo de maltrato.
- ▶ Informarle de que la legislación protege sus derechos e integridad, y que si lo desea puede solicitar una Orden de Protección, cuyo impreso está disponible en el propio centro.
- ▶ Informarle de la disponibilidad de una red de recursos y dispositivos sociales para la atención a las mujeres víctimas de violencia de pareja.

- **Derivar.** Los profesionales sanitarios la derivarán a los recursos sociales disponibles para la atención a las mujeres víctimas de maltrato, directamente o bien a través del trabajador social del centro sanitario –si dispone del mismo–. Además, a la mujer se le facilitará el teléfono del **centro de atención a la mujer más próximo** (Anexo 7), así como el **teléfono gratuito 24 horas del IAM: 900 504 405**. La derivación a los servicios sociales de atención a la mujer es fundamental, ya que disponen de recursos para la atención psicológica, social y jurídica de las víctimas de malos tratos, así como de casas de acogida.

No se proporcionarán detalles al supuesto agresor de la situación de la paciente, ya que las mujeres están sometidas a un mayor riesgo si su pareja conoce que han revelado que son objeto de maltrato. En el caso de que requiera ingreso hospitalario sólo se informará y permitirá visitas a las personas que autorice la paciente.

ACTUACIÓN LEGAL

En España existe la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la existencia de lesiones o de otros síntomas ante la constatación o sospecha fundada de malos tratos, obligación que se cumple mediante su notificación al Juzgado de Guardia⁴, adjuntando el parte de lesiones (Anexo 1).

El **parte de lesiones** es un informe médico y, por lo tanto, un documento fundamental como prueba judicial, de ahí la importancia de su adecuada cumplimentación. El contenido del mismo y el procedimiento para su remisión será el mismo que el especificado en el apartado de registro.

⁴ Artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

ACTUACIÓN ANTE UNA AGRESIÓN SEXUAL

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

En el hospital, salvo en el supuesto de gravedad y riesgo vital antes citado, **en el caso de que la mujer decida denunciar la agresión, el ginecólogo llamará al Juzgado de Guardia para solicitar la presencia del médico-forense.** Si la mujer no se encuentra en condiciones de tomar una decisión (estado de inconsciencia, manifiesta dudas u otra situación), el ginecólogo se pondrá en contacto con la autoridad judicial con la finalidad de que se le indique la actuación a seguir desde el punto de vista legal. Si es necesaria la presencia del médico forense se esperará la llegada del mismo, quien, junto al especialista correspondiente, realizará las actuaciones pertinentes. El personal sanitario del hospital realizará su función asistencial y el médico forense procederá a la obtención de las pruebas médico-legales que estime oportunas (valoración de las lesiones, recogida de muestras biológicas y no biológicas...) y a la protección de las pruebas para la Policía Judicial. La coordinación de ambos profesionales es fundamental para una atención integral y correcta a la víctima. El ginecólogo puede ser de gran ayuda al médico-forense en la toma de muestras del aparato genital.

ACTUACIÓN ASISTENCIAL

El ginecólogo actuará en presencia de un testigo femenino, de forma amable, objetiva, sin prejuicios y sin prisas. Debe explicar el protocolo que se va a seguir y su utilidad, y permitir a la mujer participar en las decisiones sobre su cuidado médico, invitándola a preguntar lo que crea oportuno. Es muy importante que el personal sanitario que atienda a la mujer se identifique.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico comprenderá una valoración del estado físico y emocional de la mujer, la exploración ginecológica y la recogida de muestras –tanto con fines judiciales como sanitarios–. Se deberá indagar si la mujer ha sido explorada previamente a su derivación al hospital.

- **Superficie corporal.** Examinar la superficie corporal por si hubiese lesiones físicas. En el caso de haberlas es conveniente la realización de fotografías, previo consentimiento de la mujer (Anexo 5).
- **Exploración ginecológica.** El ginecólogo realizará la exploración ginecológica (sobre sábana de papel, recogiendo esta para su posterior análisis en laboratorio, ya que puede quedar en ella pelo u otro tipo de material o manchas de importancia médico-forense en el caso de que la paciente decida denunciar la agresión) que considere oportuna en relación con la agresión.

- **Recogida de muestras de interés legal⁵.** El médico-forense realizará la exploración y recogida de muestras médico-legales que estime oportunas. Se especifican a continuación las muestras periciales que es habitual recoger en una agresión sexual, en el orden en que debe procederse a su recogida.
 - ▶ Recogida de las ropas que la paciente llevase en el momento de la agresión, colocando cada prenda en bolsa independiente perfectamente identificada.
 - ▶ Recortes de limpieza de uñas (posible piel del agresor).
 - ▶ Peinado púbico de la paciente (posible vello del agresor).
 - ▶ Toma de muestras de manchas de semen, sangre u otros fluidos corporales en superficie corporal mediante hisopo estéril ligeramente humedecido con agua destilada, colocando las muestras en tubo para sellar, rotular y mantenerlo refrigerado (4-8° C).
 - ▶ Tomas vaginales (o anal o bucal) con hisopos secos y estériles para investigación de esperma. Se guardarán en sus fundas sin incluirlos en ningún medio conservante, se mantendrán refrigerados (4-8° C) y se rotularán. Se recomienda hacer la toma con al menos dos hisopos.
 - ▶ Lavado vaginal (o anal o bucal) con 10 cc de suero fisiológico estéril para la recogida de posibles restos de semen. El lavado se recogerá en un tubo estéril apropiado que pueda cerrarse herméticamente y se rotulará. Se mantendrá refrigerado (4-8° C). El lavado vaginal será posterior a la toma de muestras para el cribado de enfermedades de transmisión sexual.

Cuando no sea posible la asistencia del médico-forense, la Autoridad Judicial puede delegar en el ginecólogo la obtención de las pruebas periciales. La rotulación de las muestras se hará con el nombre de la paciente, fecha y firma del médico. Las distintas muestras se introducirán en un sobre con el nombre de la paciente dirigido al Médico-Forense del Juzgado de Guardia.

■ **Otras pruebas de laboratorio**

- ▶ Determinar grupo sanguíneo y Rh de la paciente.
- ▶ Prueba de embarazo (β HCG).
- ▶ Cribado de enfermedades de transmisión sexual⁶. El estudio de enfermedades de transmisión sexual tiene interés sobre todo sanitario, aunque también puede tener importancia legal:
 - Dos tomas vaginales con hisopos estériles de algodón en medio de mantenimiento. Se repetirán a los 15 y 30 días.
 - Dos tomas endocervicales con torundas de algodón estériles en medio de mantenimiento. Se repetirán a los 15 y 30 días.
 - Serología de sífilis, Hepatitis B y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Se repetirán al mes, a los 6 y 12 meses.

⁵ La recogida de muestras médico-legales está basada fundamentalmente en la Orden de 8 de noviembre de 1996, por la que se aprueban las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto de Toxicología, y en el Protocolo sobre agresión sexual elaborado por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

⁶ En la violación anal se realizarán dos tomas con hisopos estériles de algodón en medio de mantenimiento; y en la bucal, toma faríngea.

TRATAMIENTO

Los dos aspectos claves en el tratamiento de una agresión sexual son: el tratamiento de las lesiones que pudiera presentar la paciente junto con la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS), y la prevención de un posible embarazo.

■ Tratamiento y prevención de ETS

- ▶ Tratamiento de las lesiones físicas, incluida la prevención de una posible infección de las heridas.
- ▶ Tratamiento psicológico. En general, la paciente deberá ser valorada por un psicólogo o psiquiatra, ya que las víctimas de este tipo de agresiones presentan sentimientos de ansiedad, culpa, humillación, vergüenza, que precisan ayuda especializada.
- ▶ Prevención de enfermedades de transmisión sexual.
- ▶ La necesidad de profilaxis contra el VIH y/o virus de la Hepatitis B se valorará individualmente.

■ Prevención de un posible embarazo. Se debe dar a elegir a la mujer entre las dos alternativas posibles:

- ▶ Contracepción postcoital hormonal.
- ▶ Esperar a la próxima regla o realizar un test de embarazo a las 2-3 semanas. En esta opción, es preciso informar a la paciente de que, en el caso de confirmarse un embarazo, su interrupción precisaría que la mujer se acogiese a los supuestos legales de interrupción del embarazo; lo que supone la necesidad de recurrir a procedimientos médicos o quirúrgicos.

HISTORIA CLÍNICA

En la historia clínica de la paciente, cuando ésta ha sido ingresada, deberá quedar constancia de la agresión sexual sufrida y de sus características, así como de todas las actuaciones diagnósticas y terapéuticas realizadas. En particular, se especificará:

- ▶ Datos relacionados con la agresión: fecha, hora, lugar y circunstancias de la supuesta agresión. Tipo de agresión sexual, incluidas penetración vaginal, anal u oral.
- ▶ Posible consumo asociado de alcohol y/u otras drogas.
- ▶ Si la mujer, tras la supuesta agresión y antes de la exploración, se bañó, duchó o efectuó irrigación vaginal, orinó, defecó, se cambió de ropa o tomó algún medicamento.
- ▶ Fecha de la última regla o hemorragia vaginal reciente.
- ▶ Uso de anticonceptivos orales o de dispositivos intrauterinos (DIU).
- ▶ Momento de la última relación sexual voluntaria.
- ▶ Pruebas diagnósticas realizadas y sus resultados.
- ▶ Si se ha descartado un embarazo preexistente.
- ▶ Localización detallada e importancia de las lesiones (heridas, contusiones, erosiones, laceraciones), consignando en caso contrario la no existencia de las mismas.
- ▶ Estado emocional de la víctima.

- ▶ Tratamiento realizado y si ha precisado de la intervención de otros profesionales especializados.

El informe de alta que se facilite a la mujer debe detallar las lesiones que la mujer presenta y su estado emocional, así como las pruebas diagnósticas y tratamientos realizados.

Así mismo, el médico que haya atendido a la mujer **deberá remitir un informe directamente**, no por medio de la paciente, **al médico de Atención Primaria** responsable de la atención sanitaria de la paciente con el fin de que proceda a su seguimiento y a completar las actuaciones que sean precisas desde el ámbito sanitario. Dicho informe deberá omitir los datos innecesarios en relación con la agresión sufrida y se especificará la necesidad de evitar, en la medida de lo posible, interrogar a la paciente.

INFORMACIÓN Y DERIVACIÓN

La atención y cuidados asistenciales no ponen fin a la actuación de los profesionales sanitarios ante una agresión sexual sino que deberán realizar las siguientes actuaciones:

- **Informar a la mujer.** Se deberá informar a la mujer acerca de los siguientes aspectos:
 - ▶ La agresión sexual es un delito y como tal tiene derecho a denunciarlo, aunque éste haya sido realizado por su pareja.
 - ▶ Analizar con ella las repercusiones para su salud física, mental y emocional.
 - ▶ Informarle de que la legislación protege sus derechos e integridad y de que si desea puede solicitar una Orden de Protección, cuyo impreso está disponible en el propio centro.
 - ▶ Informarle de la disponibilidad de una red de recursos y dispositivos sociales para la atención a las mujeres víctima de violencia de pareja o expareja.
- **Derivar.** Los profesionales sanitarios derivarán a la mujer a los recursos sociales disponibles para la atención a las mujeres víctimas de maltrato, directamente o bien a través del trabajador social del centro sanitario –si dispone del mismo–. Facilitarán a la mujer el teléfono del **centro de atención a la mujer más próximo** (Anexo 7), así como el **teléfono gratuito 24 horas del IAM: 900 504 405**. La derivación de la mujer a los servicios sociales de atención es fundamental, ya que disponen de recursos para la atención psicológica, social y jurídica de las víctimas de malos tratos, así como de casas de acogidas.

En el caso de que requiera ingreso hospitalario sólo se informará de ello a las personas que especifique la paciente.

ACTUACIÓN LEGAL

El profesional sanitario no tiene obligación legal de realizar un parte de lesiones en una agresión sexual, salvo en el caso que la víctima así lo demande⁷. En este caso, se consignará en el mismo “sospecha de agresión sexual” y se deberá remitir al Juzgado de Guardia junto con el oficio de remisión tal y como ya se ha especificado en el apartado de registro.

⁷ Artículo 191 del Código Penal.

Es importante recalcar la importancia que tiene el parte de lesiones como prueba judicial, de ahí que se deba prestar especial cuidado en su cumplimentación detallada, que incluya los resultados de la exploración ginecológica, física general y psicológica de la paciente, así como todas las actuaciones realizadas.

Si la mujer ha sido atendida por diferentes profesionales, se redactará un único parte de lesiones, en el que cada profesional registrará los apartados que le correspondan, y que firmará el ginecólogo que haya atendido a la paciente.

En aquellas situaciones en las que la Autoridad Judicial haya delegado en el ginecólogo la recogida de muestras, deberá constar en el parte de lesiones el nombre de la persona a la que se entregan las muestras clínicas o de otro tipo para el Juzgado.

Es recomendable acompañar el parte de lesiones de fotografías de la paciente, tomadas con la autorización previa de ésta (Anexo 5), tal y como se ha especificado en el apartado de registro.

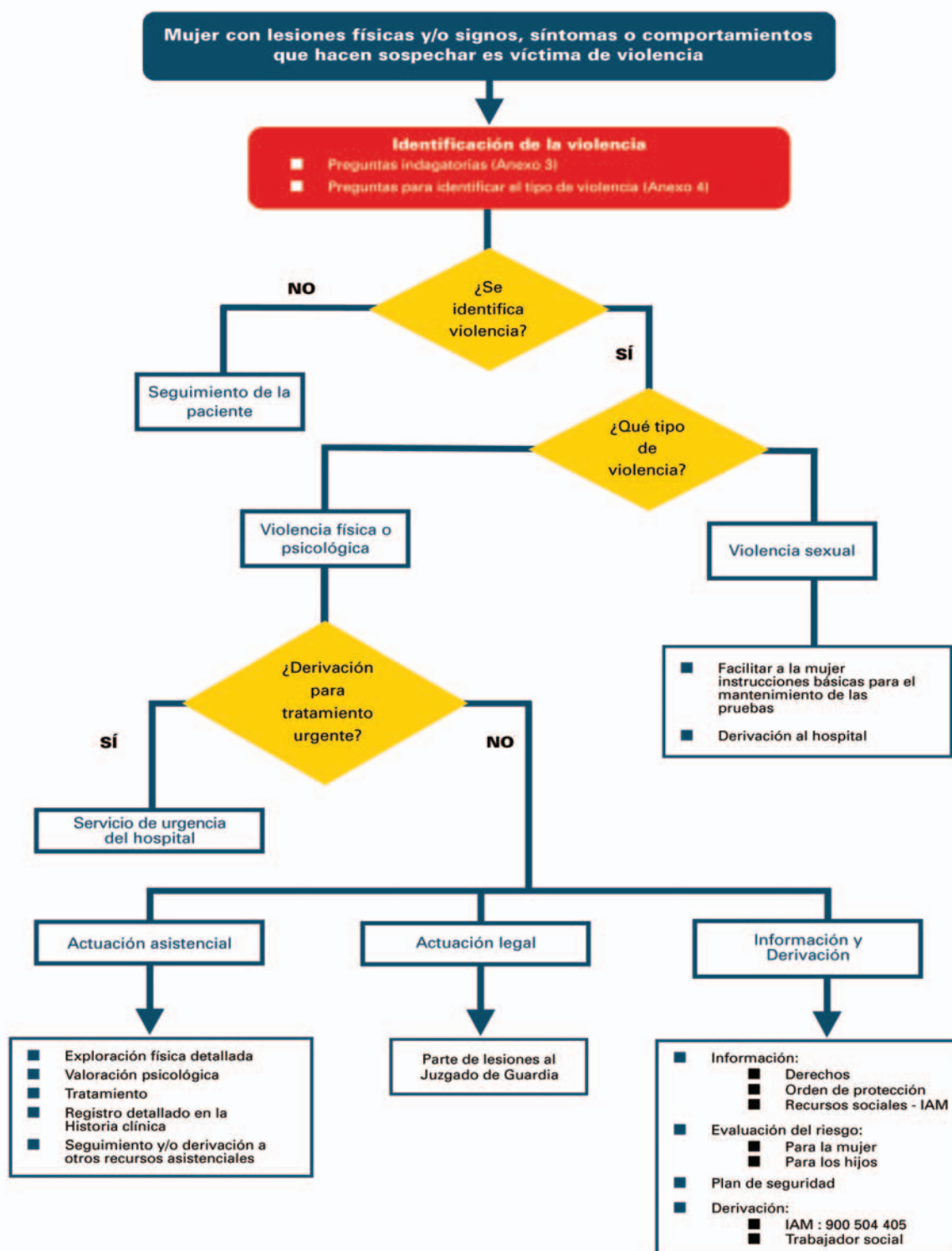
BIBLIOGRAFIA

- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Publicación científica y técnica nº 588. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
- Burge SK. How do you define abuse? Arch. Fam. Med 1998; 7:31-2.
- Harvard Center for Population and Development Studies. Violence against women, gender and health equity. Working Papers. Harvard School of Public Health; 1999.
- Morales Pallares D. Violencia contra la mujer: comprensión y prevención del maltrato. En: III Jornadas sobre Desigualdades Sociales y Salud. "Paro, precariedad laboral y salud". Cádiz, 17 de mayo de 2003 [revisado 14 enero de 2004]. Disponible en: <http://www.fadsp.org>.
- II Plan Integral contra la violencia doméstica 2001-2004. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2002; 40: 125-134.
- Instituto Aragonés de la Mujer; Gobierno de Aragón. Plan Integral para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres en Aragón 2004-2007. Zaragoza (España): Instituto Aragonés de la Mujer; 2004.
- Amnistía Internacional. Está en nuestras manos. No más violencia contra las mujeres [monografía de Internet]. 2ª ed. Amnistía Internacional (EDAI). Madrid; 2004 [revisado 19 de marzo de 2004]. Disponible en: <http://www.amnistiainternacional.org/publica/mujeres/ACT770012004.pdf>.
- Alberdi I, Matas N. La violencia doméstica [monografía de Internet]. Colección de estudios sociales. Barcelona: Fundación La Caixa; 2002 [revisado 5 de marzo de 2004]. Disponible en: http://www.estudios.lacaixa.comunicacions.com/webes/estudis.nsf/wurl/pfes010cos_esp.
- Vives C, Caballero P, Álvarez-Dardet C. Análisis temporal de la mortalidad por violencia del compañero íntimo en España. Gac Sanit 2004; 18(5): 346-350.
- Instituto de la Mujer [sitio en Internet]. Junta de Andalucía [revisado 28 de septiembre de 2003]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer>.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; Instituto de la Mujer. II Plan contra la Violencia Doméstica 2001-2004. 1ª reimpression. Madrid: Instituto de la Mujer; 2002.
- Las mujeres en cifras [base de datos en Internet]. Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales [revisado 20 de febrero de 2005]. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/violencia.html>.
- Kishor S, Johnson K. Profiling domestic violence – A multi-country study. Calverton, Maryland: ORC Macro; 2004.
- Instituto Aragonés de la Mujer; Gobierno de Aragón. Plan Integral para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres en Aragón 2004-2007. Zaragoza (España): Instituto Aragonés de la Mujer; 2004.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; Instituto de la Mujer. II Plan contra la Violencia Doméstica 2001-2004. 1ª reimpression. Madrid: Instituto de la Mujer; 2202.
- Informe de las actuaciones de los Órganos Judiciales sobre Violencia Doméstica 1er semestre 2004 [informe en Internet]. Observatorio contra la violencia doméstica y de género. [revisado 18 de diciembre de 2004]. Disponible en: <http://www.poderjudicial.es>.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género (Boletín Oficial del Estado número 313, de 29-12-2004) y corrección de errores (Boletín Oficial del Estado número 87, de 12-4-2005).
- Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la orden de protección a las víctimas de delitos de violencia doméstica (Boletín Oficial del Estado número 183, de 1-8-2003).
- Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros (Boletín Oficial del Estado número 234, de 30-9-2003).
- Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, de modificación del Código Penal de 1995 en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (Boletín Oficial del Estado número 138, de 10-6-1999).
- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos. Madrid: Instituto de la Mujer; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2000.
- Servicio de Salud del Principado de Asturias; Gobierno del Principado de Asturias. Protocolo de Atención Sanitaria. Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2003.

- Fernández Alonso MC, Herrero Velázquez S, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocron Bentata L, García Campayo J et al. Violencia doméstica semFYC. 1ª ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2003.
- Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco. Protocolo Sanitario ante Malos Tratos Domésticos. Departamento de Sanidad; 2000.
- Amador Demetrio MD, Armas Santana J, Del Valle Álvarez R, Hernández Gallego MR, Saavedra J LM, Suárez Pérez L et al. Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico. 1ª ed. Consejería de Sanidad y Consumo, Gobierno de Canarias; 2003.
- Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario [monografía en Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud [citado el 20 de marzo de 2005]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/Abouthdw.htm>.
- Rodríguez Martín R. Manejo del maltrato en la consulta de atención primaria. 1ª ed. Profármaco. Barcelona; 2005.
- Nelson HD, Nygren P, McInemey Y, Klein J. Screening women and elderly adults for family and partner violence: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2004; 140: 387-404.
- Melguido Béjar, A. Violencia de pareja. En: Martínez Altarriba, C. Formación práctica en habilidades de medicina de familia. Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN). Madrid; 2004.
- Ortiz Fernández MªD, Muñoz Cobos F, Martín Carretero MªL, Río Ruiz, J. Detección de la violencia doméstica en Atención Primaria: ¿qué sabemos de las víctimas? Medicina de Familia 2004; 5: 70-77.
- EMAKUNDE-Instituto Vasco de la Mujer. Acuerdo Interinstitucional para la Mejora de la Atención a Mujeres Víctimas de Maltrato Doméstico y Agresiones Sexuales. Vitoria-Gasteiz; 2001.
- Wagner PJ, Mongan PF. Validating the concept of abuse Arch. Fam. Med 1998; 7:25-9.
- Boyle A. Routinely asking women about domestic violence: inquire may be acceptable in different healthcare environments and to different women. BMJ 2003; 327: 1345.
- Eisenstat SA, Brancroft L. Domestic violence review articles. N Eng J Med 1999; 341: 886-892.
- Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Shan Chung W, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. BMJ 2002; 324: 274-279.
- Rhodes KV, Levinson W. Interventions for intimate partner violence against women. Clinical Applications. JAMA 2003; 289: 601-605.
- Wathen CN, MacMillan HL Interventions for violence against women. Scientific review JAMA 2003; 289:589-599.
- Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. Lancet 2002; 359: 1.423-1429.
- Andrés Domingo O, Balaguer Callejón A, Blanco Pietro P, Casado González R, Chico Ortega V, Lasheras Lozano ML et al. La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documentos Técnicos de Salud Pública nº 86. 1ª ed. Madrid: Instituto de Salud Pública, Comunidad de Madrid; 2003.
- Abarrategui Pastor A, Cáliz Cáliz R, García de Vinuesa Garijo L, Gutiérrez Pascual P, Moreno Roldán A, Pereiro Hernández R et al. Atención sanitaria a las mujeres víctimas de malos tratos. Sevilla: Servicio Andaluz de salud; 2004.
- Saltzman LE, Fanslow JL, McMahon PM, Shelley GA. Intimate partner violence surveillance. Uniform definitions and recommended data elements. 2ª ed. Atlanta (EEUU): Centers for Disease Control and Prevention; 2002.
- Sherin KM et al HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. Fam Med 1998; 30:508-512
- Jasinski JL. Pregnancy and domestic violence. Trauma, violence and abuse 2004; 5: 47-64.

ÁRBOLES DE DECISIÓN

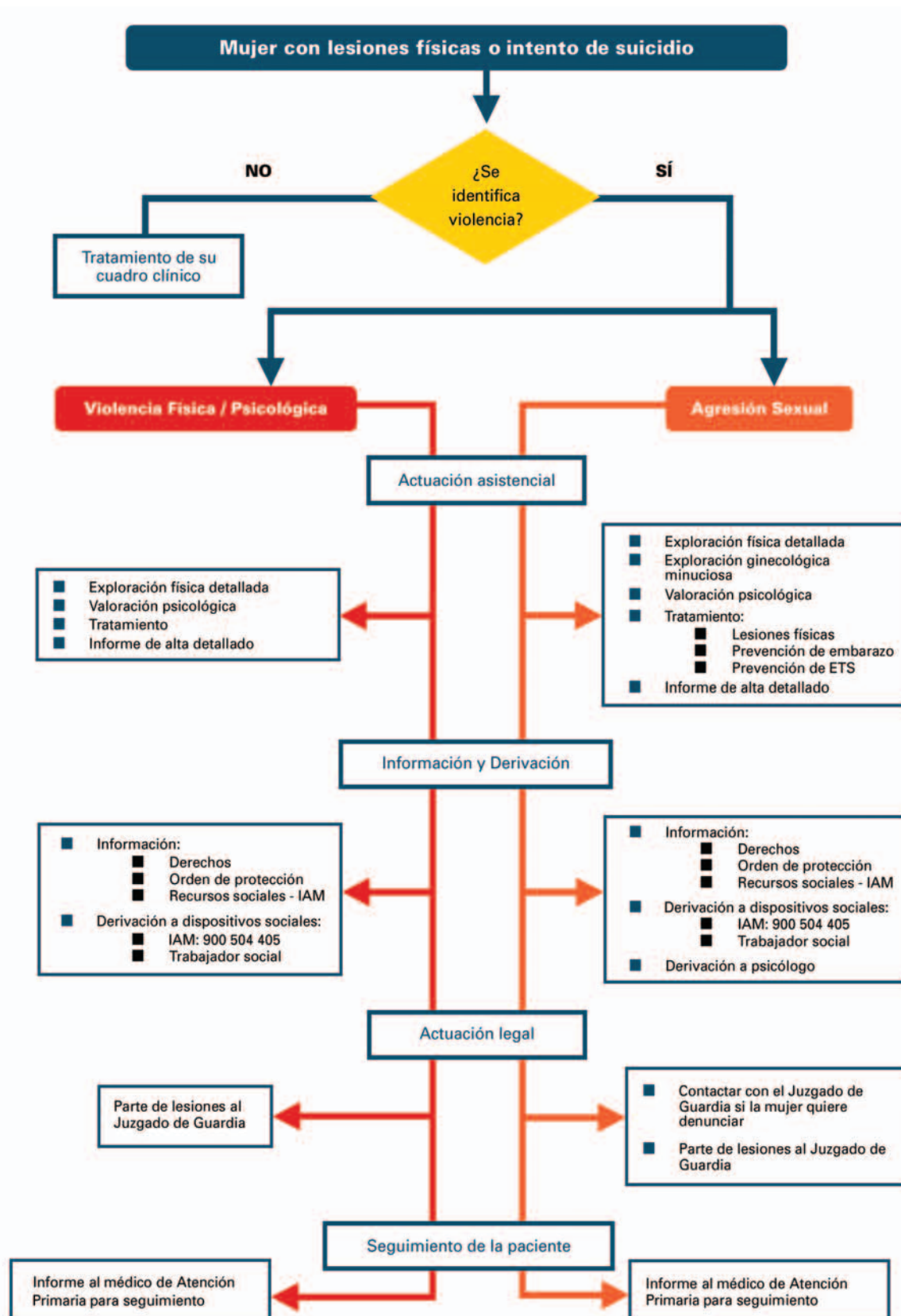
ÁRBOL DE DECISIÓN PARA ATENCIÓN PRIMARIA Y CONSULTAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA



AGRESIÓN SEXUAL

- Facilitar a la mujer instrucciones básicas para el mantenimiento de las pruebas
- Derivación al hospital

ÁRBOL DE DECISIÓN PARA SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS



ANEXOS

ANEXO 1: NOTIFICACIÓN AL JUZGADO Y PARTE DE LESIONES

OFICIO DE REMISIÓN AL JUZGADO DE GUARDIA

D./D.^a, médico
colegiado en con el n.º
con ejercicio profesional en (centro de trabajo)
.....
situado en (calle, avenida...)
de (localidad).....

PARTICIPA A V.I.: que en el día de hoy, a las horas, he prestado
atención sanitaria en (centro sanitario)
.....
a D./D.^a
con D.N.I / N.I.E. / n.º Pasaporte
de años de edad, con domicilio en (calle, avenida...)...
..... n.º código postal
..... en (municipio)
de (provincia)..... con teléfono.....
y le REMITE el parte de lesiones por presuntos malos tratos que se acompaña.

Fecha y firma

JUZGADO DE GUARDIA DE

CUPLIMENTAR EN MAYÚSCULAS

PARTE DE LESIONES

DATOS DE FILIACIÓN DE LA VÍCTIMA

Apellidos

Nombre

D.N.I. /N.I.E./N.º pasaporte.....

Sexo ☐ Mujer ☐ Varón

Fecha de nacimiento día mes año

Estado Civil

Dirección.....

.....

Teléfono

EXPOSICIÓN DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA

(Describir los hechos con la fecha, hora y lugar de la agresión; incluido el tipo de maltrato que se aprecie según declaración de la víctima)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS (en relación con las lesiones)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CUPLIMENTAR CON LETRA CLARA

EXPLORACIÓN FÍSICA (tipo de lesiones, descripción, localización y posible fecha de las lesiones)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

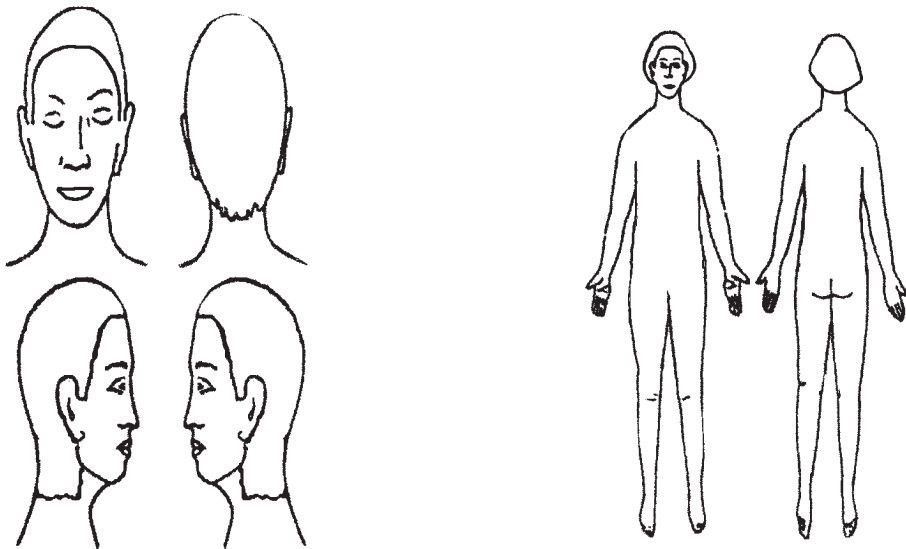
.....

.....

.....

.....

CUPLIMENTAR CON LETRA CLARA



EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA (descripción del estado emocional de la víctima)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS (si se han realizado)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DIAGNÓSTICO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TRATAMIENTO (incluidas medidas profilácticas, derivación a otros especialistas y seguimiento requerido)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PLAN DE ACTUACIÓN Y OBSERVACIONES (derivaciones a servicios sociales, etc.)

.....

.....

.....

.....

.....

Se adjuntan fotografías ☐ Sí ☐ No

Fecha y firma del médico

ANEXO 2: ORDEN DE PROTECCIÓN

MODELO DE SOLICITUD DE ORDEN DE PROTECCIÓN



**GOBIERNO
DE ARAGON**

Departamento de Salud y Consumo

FECHA:

HORA:

ORGANISMO RECEPTOR DE LA SOLICITUD

Nombre del organismo:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

Correo electrónico:

Localidad:

Persona que recibe la solicitud (nombre o número de carnet profesional):

VÍCTIMA

Apellidos:

Nombre:

Lugar / Fecha Nacimiento:

Nacionalidad:

Sexo:

Nombre del padre:

Nombre de la madre:

Domicilio:

Teléfonos contacto:

D.N.I.

N.I.E.

o Pasaporte n.º

8 En caso de que la víctima manifieste su deseo de abandonar el domicilio familiar, no se deberá hacer constar el nuevo domicilio al que se traslade, debiendo indicarse el domicilio actual en el que resida. Asimismo, el domicilio no debe ser necesariamente el propio, sino que puede ser cualquier otro que garantice que la persona pueda ser citada ante la Policía o ante el Juzgado.

9 El teléfono no debe ser necesariamente el propio, sino que puede ser cualquier otro que garantice que la persona pueda ser citada ante la Policía o ante el Juzgado.

SOLICITANTE QUE NO SEA VÍCTIMA

| | | | |
|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|--|
| Apellidos: | | Nombre: | |
| Lugar /Fecha Nacimiento: | | Nacionalidad: | |
| Sexo: | | | |
| Nombre del padre: | Nombre de la madre: | | |
| Domicilio: | | | |
| Teléfonos contacto: | | | |
| D.N.I. | | N.I.E. o Pasaporte nº | |
| Relación que le une con la víctima: | | | |

PERSONA DENUNCIADA

| | | | |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|--|
| Apellidos: | | Nombre: | |
| Lugar /Fecha Nacimiento: | | Nacionalidad: | |
| Sexo: | | | |
| Nombre del padre: | Nombre de la madre: | | |
| Domicilio: | | | |
| Teléfonos contacto: | | | |
| D.N.I. | | N.I.E. o Pasaporte nº | |

RELACIÓN VÍCTIMA- PERSONA DENUNCIADA

| | | | |
|---|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Ha denunciado con anterioridad a la misma persona? | | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo, indique el número de denuncias: | | | |
| ¿Sabe si dicha persona tiene algún procedimiento judicial abierto por delito o falta? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | |
| ¿Qué relación de parentesco u otra tiene con el denunciado? | | | |

SITUACION FAMILIAR**PERSONAS QUE CONVIVEN EN EL DOMICILIO**

| Nombre y apellidos | Fecha Nacimiento | Relación de parentesco |
|--------------------|------------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DESCRIPCIÓN DE HECHOS DENUNCIADOS QUE FUNDAMENTAN LA ORDEN DE PROTECCIÓN¹⁰

(Relación detallada y circunstanciada de los hechos)

¿Qué último hecho le ha impulsado a formular la presente solicitud?

¿Qué actos violentos han ocurrido con anterioridad, hayan sido o no denunciados?

¹⁰ En caso de que la solicitud de orden de protección se presente ante la Policía, este apartado podrá ser sustituido por la toma de declaración de la persona denunciante en el seno del atestado.

¿En qué localidad han ocurrido los hechos?

ATENCIÓN MÉDICA

Caso de haber sido lesionada, ¿ha sido asistida en algún Centro Médico?

Sí ☐ No ☐

¿Aporta la víctima parte facultativo? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, únase una copia del parte como anejo de esta solicitud

ASISTENCIA JURÍDICA

¿Tiene usted un Abogado que le asista? Sí ☐ No ☐

En caso negativo, ¿Desea contactar con el servicio de asistencia jurídica del Colegio de abogados para recibir asesoramiento jurídico?

Sí ☐ No ☐

OTROS DATOS DE INTERÉS PARA LA ADOPCIÓN DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN

- En caso de convivencia en el mismo domicilio de la persona denunciada ¿quiere continuar viviendo en el mencionado domicilio con sus hijos, si los hubiere? Sí ☐ No ☐
- ¿Quiere que la persona denunciada lo abandone para garantizar su seguridad? Sí ☐ No ☐

- ¿Necesita obtener algún tipo de ayuda económica o social?

Sí ☐ No ☐

- ¿Trabaja la víctima? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, indique la cantidad mensual aproximada si la conoce:

- ¿Trabaja la persona denunciada? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, indique la cantidad mensual aproximada si la conoce:

- ¿Existen otros ingresos económicos en la familia? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, indique la cantidad mensual aproximada si la conoce:

JUZGADO AL QUE SE REMITE LA SOLICITUD:

A RELLENAR POR EL ORGANISMO EN EL QUE SE PRESENTA LA SOLICITUD

(Firma solicitante)

INSTRUCCIONES BÁSICAS

1. No es imprescindible contestar todas las preguntas, aunque sí que es importante hacerlo.
2. Una vez cumplimentada esta solicitud, debe entregarse una copia a la persona solicitante, y el original debe ser remitido al Juzgado de guardia de la localidad, quedando otra copia en el organismo que recibe la solicitud.
3. Si la víctima aporta parte médico, denuncias anteriores u otros documentos de interés, serán unidos como anejos de la solicitud.

ANEXO 3: PREGUNTAS INDAGATORIAS PARA LA DETECCIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA LAS MUJERES

A continuación se presenta, con carácter orientativo, un listado de preguntas para indagar si la mujer sufre violencia de pareja. Este listado no implica que todas ellas deban realizarse, y en todo caso se adaptarán a las circunstancias y lenguaje de la paciente. También el profesional sanitario podrá introducir aquellas otras que estime oportunas.

■ Preguntas para relacionar el motivo de consulta con un posible maltrato (estas preguntas están enfocadas especialmente a mujeres con trastornos del sueño o síntomas depresivo-ansioso)

- ▶ Los síntomas que tiene pueden estar relacionados con el estrés, ¿ha estado últimamente sometida a un estrés en particular?
- ▶ ¿Por qué cree que duerme usted mal?
- ▶ ¿A qué atribuye su cansancio?
- ▶ ¿Qué es lo que le hace estar triste?
- ▶ ¿Tiene usted muchos problemas?
- ▶ ¿Alguien le impide dormir o le produce miedo?
- ▶ Muchas mujeres tienen trastornos del sueño debido a dificultades en la relación con su pareja, ¿es éste su caso?
- ▶ A veces, cuando tenemos dificultades en la relación con la pareja, nos sentimos mal y nuestro cuerpo emite señales...

■ Para preguntar a las pacientes sobre sus relaciones de pareja

- ▶ ¿Cómo van las cosas en casa?
- ▶ ¿Está usted contenta en la relación con su pareja?
- ▶ ¿Quién marca las normas en casa? y ¿qué ocurre si usted no las cumple?
- ▶ ¿Tiene usted problemas con su pareja? y ¿cómo resuelven las diferencias?, ¿discuten a menudo?
- ▶ ¿Cuándo usted y su pareja discuten qué pasa?
- ▶ ¿Su pareja se enoja con facilidad o tiene arranques inesperados de furia?

■ Para preguntar directamente sobre un posible maltrato (estas preguntas deben realizarse a continuación de las preguntas anteriores)

- ▶ ¿Alguna vez le ha amenazado o insultado?
- ▶ ¿Tiene miedo a su pareja?
- ▶ ¿Alguna vez le ha empujado o agarrado?
- ▶ ¿Alguna vez ha recibido golpes, empujones, bofetadas o cualquier otra agresión?

ANEXO 4: PREGUNTAS PARA VALORAR LA SITUACIÓN Y TIPO DE VIOLENCIA

A continuación se presenta un listado de preguntas con carácter orientativo para conocer qué tipo de violencia padece la mujer. Este listado no implica que todas las preguntas deban realizarse, y en todo caso se adaptarán a las circunstancias y lenguaje de la paciente. También el profesional sanitario podrá introducir aquellas otras que estime oportunas.

■ **Violencia física**

- ▶ ¿Su pareja le empuja o le 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?

■ **Violencia psicológica**

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

ANEXO 5: MODELO DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR FOTOGRAFÍAS

D/D.^a
con DNI/NIE/n.º de pasaporte..... y domicilio en (calle, avenida ...)
..... n.º
en (municipio)
de (provincia).....con teléfono

AUTORIZA A:

D/D.^a
con ejercicio profesional en (centro de trabajo)
.....
situado en (calle, avenida...)
n.º.....de (municipio).....
a realizar fotografías en el marco de la atención que le dispensa con el único objeto de
que sean remitidas junto con el parte de lesiones que se emite con fecha
.....al Juzgado de Guardia correspondiente.

No se autoriza el uso de estas fotografías para ningún otro fin.

En, a de de 20

Fdo.:.....

DATOS DEL TESTIGO:

Apellidos
Nombre
D.N.I./N.I.E./n.º Pasaporte.....y domicilio en (calle, avenida ...).....
..... n.º
en (municipio)
de (provincia).....con teléfono
Firma del testigo:

ANEXO 6: TELÉFONOS DE INFORMACIÓN

Instituto Aragonés de la Mujer

900 504 405

Teléfono 24 horas gratuito¹¹ que ofrece información general y orientación permanente en relación con consultas sobre violencia contra las mujeres, informando a la víctima de sus derechos, de los trámites a realizar y derivando directamente a la persona hacia el recurso social y/o judicial adecuado. También ofrece atención presencial y profesionalizada gratuita en situaciones de urgencia tanto jurídica como social.

Instituto de la Mujer (Madrid)

900 191 010

El Instituto de la Mujer depende del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y dispone de un teléfono gratuito 24 horas para la atención a las mujeres víctimas de malos tratos.

Teléfono de Emergencias “SOS Aragón”

112

Teléfono de Urgencias Sanitarias “061 Aragón”

061

Juzgado de Guardia

En Zaragoza

976 208 127

En el resto de Aragón se contactará con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

Policía Nacional

091

Teléfono gratuito 24 horas.

Guardia Civil

062

Teléfono gratuito 24 horas.

Policía Local

092

Teléfono gratuito 24 horas.

Servicio de Protección de Menores

Información general en horario de 8 a 20 horas los días laborables.

901 100 110

¹¹ Las llamadas a este teléfono no quedan registradas en la factura telefónica.

ANEXO 7: CENTROS DE INFORMACIÓN Y SERVICIOS PARA LA MUJER EN ARAGÓN

Instituto Aragonés de la Mujer (IAM)

- Organismo autónomo adscrito al Departamento de Servicios Sociales y Familia, responsable de impulsar la igualdad de oportunidades del Gobierno de Aragón.
- El IAM ofrece diversos servicios y asesorías de forma gratuita de ayuda para las mujeres víctimas de violencia de pareja –en su sede de Zaragoza y en las delegaciones de Huesca y Teruel– como:
 - Asesoría Jurídica
 - Asesoría Psicológica
 - Asesoría Laboral
 - Asesoría Social
- Dispone de un servicio de atención psicológica a hombres con problemas de control y violencia en el hogar.
- Dispone de **centros comarcales de información y servicios a la mujer** que proporcionan, entre otros servicios, información y asesoramiento para el ejercicio de sus derechos y en los que también se presta asistencia jurídica y psicológica. Estos centros están constituidos en colaboración con las Entidades Locales en las que se localizan.
- Alojamientos. El IAM gestiona unos alojamientos de carácter temporal para las mujeres y sus hijos, que por situaciones de riesgo como consecuencia de violencia tengan que abandonar su domicilio. En los mismos se da una atención integral por equipos multiprofesionales. Éstos son: un centro de emergencia en la ciudad de Zaragoza y dos casas de acogida (una en Teruel y otra en Zaragoza).

Ayuntamiento de Zaragoza

El Ayuntamiento de Zaragoza centraliza la atención a las mujeres víctimas de malos tratos en la **Casa de la Mujer**, donde ofrece atención integral través de un equipo multidisciplinar formado por trabajadores sociales, psicólogas, abogadas, educadoras sociales y técnicos socioculturales. Se realiza especialmente: atención y acompañamiento en el proceso, asesoría jurídica, psicológica y social, prestaciones económicas y sociales, etc. Además, dispone de una Casa de Acogida para mujeres maltratadas, de pisos tutelados y alojamientos alternativos.

Los Centros Municipales de servicios sociales, lugares de referencia para la atención social de la ciudad, son puntos naturales de derivación a la Casa de la Mujer.

Ayuntamiento de Huesca

A través de la Fundación Municipal de Servicios Sociales lleva a cabo programas específicos para la mujer por un equipo multidisciplinar, incluido un servicio de información y orientación jurídica. Además, dispone de una casa de acogida de la que se informa en dicha fundación municipal.

Ayuntamiento de Teruel

El Centro Municipal de Servicios Sociales de Teruel desarrolla programas específicos para la mujer y gestiona una casa de acogida para mujeres residentes en Teruel.

Servicios Sociales de Base

En la Comunidad Autónoma de Aragón se dispone de 78 servicios sociales de base dependientes de los Ayuntamientos que atienden y derivan a servicios específicos a la mujer víctima de malos tratos que lo demande. Los trabajadores sociales de este dispositivo elaboran el informe social para el acceso a las casas de acogida y a otros recursos específicos.

Policía Nacional

Dispone del **Servicio de Atención a la Mujer (SAM)** en la ciudad de Zaragoza que atiende fundamentalmente a mujeres víctimas de violencia sexual, de lunes a viernes, en horario de 8 a 22 horas. El Centro Municipal de Promoción de la Salud del Ayuntamiento de Zaragoza colabora con el SAM en la atención psicológica de las mujeres víctimas de violencia sexual de edades entre 15 y 29 años; y el IAM, para el resto de edades.

Guardia Civil

A través de los **Equipos de Atención a Mujer y Menores (EMUMES)** formados por guardias civiles mujeres ofrece información y atención específica a las mujeres víctimas de maltrato.

Administración de Justicia

Dispone de **Oficinas de Asistencia a las Víctimas del Delito** en las tres capitales de provincia desde las que se realiza la recepción, información y acompañamiento a la víctima en las diligencias judiciales. Disponen también de servicio de atención psicológica.

A continuación se ofrece un listado exhaustivo de todos los recursos específicos para la atención a las mujeres víctimas de violencia de género disponibles en la Comunidad Autónoma de Aragón.

PROVINCIA DE HUESCA

Instituto Aragonés de la Mujer

Ricardo del Arco, 6

Tel.: 974 293 031 (9 a 14 horas)

Centros Comarcales de Información y Servicios para la Mujer del IAM

- **Sector Sanitario de Huesca**
 - ▶ **Jaca – Comarca de Jacetania**
Avd. de Levante, 10
Tel.: 974 356 735 (9 a 14:30 horas)
 - ▶ **Sabiñánigo – Comarca de Alto Gállego**
Secorún, s/n
Tel.: 974 483 311 (8 a 15 horas)
 - ▶ **Grañén – Comarca de Monegros**
Avd. Ramón y Cajal, 7
Tel.: 974 391 276 (8 a 15 horas)

- ▶ Huesca – Comarca de Hoya de Huesca
Ricardo del Arco, 6
Tel.: 974 293 031 (9 a 14 horas)

■ **Sector Sanitario de Barbastro**

- ▶ Aínsa – Comarca de Sobrarbe
La solana, s/n
Tel.: 974 500 909 699 319 053 (8 a 15 horas)
- ▶ Barbastro – Comarca de Somontano de Barbastro
Pº de la Constitución, 2
Tel.: 974 310 150 (8 a 15 horas)
- ▶ Binéfar – Comarca de La Litera
Dr. Fleming, 1
Tel.: 974 431 022 (8 a 15 horas)
- ▶ Fraga – Comarca de Bajo Cinca
San Quitín, 3
Tel.: 974 474 735 (tardes)
- ▶ Graus – Comarca de Ribagorza
Ángel San Blancat, 6
Tel.: 974 541 186 (8 a 15 horas)
- ▶ Monzón – Comarca de Cinca Medio
Avd. del Pilar, 47
Tel.: 974 403 593 (8 a 15 horas)

Fundación Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Huesca

Plz San Bernando, 3
Tel.: 974 292 143 (8 a 15 horas)

EMUME (Equipo Mujer-Menor)

Unidad Orgánica de la Policía Judicial
Comandancia de la Guardia Civil
Martínez de Velasco, 83
Tel.: 974 210 342 (24 horas)

Oficina de Asistencia a las Víctimas del Delito

Edificio de la Audiencia Provincial
Moya, 4
Tel.: 974 290 141 (8 a 15 horas)

PROVINCIA DE TERUEL

Instituto Aragonés de la Mujer

San Francisco, 1
Tel.: 978 641 050 (9 a 14 horas)

Centros Comarcales de Información y Servicios para la Mujer del IAM

■ **Sector Sanitario de Teruel**

- ▶ Albarracín – Comarca de Sierra de Albarracín
Portal de Molina, 16
Tel.: 978 704 024 (8 a 12 horas)
- ▶ Calamocha – Comarca de Calamocha
Avd. de Valencia, 3
Tel.: 978 731 618 (8 a 15 horas)

- ▶ Mora de Rubielos – Comarca de Gúdar-Javalambre
Plz. de la Villa, 1
Tel.: 978 800 008 (8 a 15 horas)
- ▶ Utrillas – Comarca de Cuencas Mineras
Escucha, s/n
Tel.: 978 756 795 (8:30 a 15 horas)

■ **Sector Sanitario de Alcañiz**

- ▶ Alcañiz – Comarca de Bajo Aragón
Mayor, 2 bajo drch.
Tel.: 978 871 217 (8 a 15 horas)
- ▶ Caspe¹² – Comarca de Bajo Aragón-Caspe
Plz. de España, 1
Tel.: 976 639 078 (8 a 15 horas)
- ▶ Castellote – Comarca del Maestrazgo
Ctra. del Pantano, s/n
Tel.: 978 887 574
- ▶ Valderrobres – Comarca del Matarraña
Avd. Cortes de Aragón, 7
Tel.: 978 890 882 (8 a 15 horas)
- ▶ Andorra – Comarca de Andorra-Sierra de Arcos
Pº de las Minas, esquina Ariño, s/n
Tel.: 978 843 853 (8 a 15 horas)

Centro Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Teruel

Yagüe de Salas, 16
Tel.: 978 606 111 (8 a 15 horas)

EMUME (Equipo Mujer-Menor)

Unidad Orgánica de la Policía Judicial
Comandancia de la Guardia Civil
Plz. Guardia Civil, 1
Tel.: 978 601 300 (24 horas)

Oficina de Asistencia a las Víctimas del Delito

Palacio de Justicia
Plz. San Juan, 6
Tel.: 978 647 543 (9 a 14:30 horas)

PROVINCIA DE ZARAGOZA

Instituto Aragonés de la Mujer

Camino de las Torres, 73
Tel.: 976 716 720 (9 a 14:30 horas)

Centros Comarcales de Información y Servicios para la Mujer del IAM

■ **Sector Sanitario de Calatayud**

- ▶ Calatayud – Comarca de Comunidad de Calatayud
San Juan el Real, 6
Tel.: 976 881 018 (8 a 15 horas)

¹² El municipio de Caspe pertenece a la provincia de Zaragoza.

▶ Daroca – Comarca de Campo de Daroca

Plz. de España, 6 bajos
Tel.: 976 800 713 (8 a 15 horas)

▶ Illueca – Comarca de Aranda

Plz. del Castillo s/n
Tel.: 976 548 090 (8 a 15 horas)

■ **Sector Sanitario de Zaragoza I**

Prácticamente la totalidad de este sector se engloba en la comarca D.C. Zaragoza, por lo que el acceso a los dispositivos de atención a la mujer se puede realizar tanto a través del Ayuntamiento de Zaragoza como del Instituto Aragonés de la Mujer en su sede de Zaragoza. Las zonas de salud que quedan fuera del ámbito de la comarca D.C. Zaragoza son:

Zona de salud de Luna – Comarca de Las Cinco Villas
Zona de salud de Bujaraloz – Comarca de Los Monegros
Zona de salud de Mequinenza – Comarca de Bajo Cinca

■ **Sector Sanitario de Zaragoza II**

▶ Belchite – Comarca de Campo de Belchite

Centro Social La Granja
Ronda de Zaragoza s/n
Tel.: 976 830 186 (9 a 15 horas)

▶ Quinto de Ebro – Comarca de Ribera Baja de Ebro

Plz. de España, 1
Tel.: 976 165 506 (9 a 14 horas)

■ **Sector Sanitario de Zaragoza III**

▶ Alagón – Comarca de Ribera Alta del Ebro

Plz. de España, 1
Tel.: 976 612 329 (martes de 9 a 15 horas)

▶ La Almunia de Doña Godina – Comarca de Valdejalón

Plz. de España, 1
Tel.: 976 811 759 (8 a 15 horas)

▶ Borja – Comarca de Campo de Borja

Mayor, 17
Tel.: 976 852 028 (8 a 15 horas)

▶ Cariñena – Comarca de Campo de Cariñena

Adv. Goya, s/n
Tel.: 976 622 030 (9 a 14 horas)

▶ Ejea de los Caballeros – Comarca de las Cinco Villas

Adv. Cosculluela, 1
Tel.: 976 661 515 (8 a 15 horas)

▶ Tarazona – Comarca de Tarazona y El Moncayo

Adv. de la Paz, 31 bajos
Tel.: 976 641 033 (8 a 15 horas)

Casa de la Mujer del Ayuntamiento de Zaragoza

Don Juan de Aragón, 2
Tel.: 976 391 116 (9 a 14 y de 16 a 20 horas)

EMUME (Equipo Mujer-Menor)

Unidad Orgánica de la Policía Judicial
Comandancia de la Guardia Civil
César Augusto, 8-10
Tel.: 976 711 400 ext. 333 y 341 (24 horas)

SAM (Servicio de Atención a la Mujer)

Jefatura Superior de Policía

Pº María Agustín, 34

Tel.: 976 578 879 976 578 886 (9 a 22 horas)

Oficina de Asistencia a las Víctimas de Delitos

Juzgados

Plz. del Pilar, 2

Tel.: 976 208 459 (9 a 14:30 y de 17 a 19 horas)

