



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid



Curso 2020-2021
Trabajo de Fin de Grado

**Protocolo sanitario ante casos de
violencia de género**

Alberto Álvarez Garrido

Tutor/a: Juan Pablo Torres Andrés

ÍNDICE:

1. RESUMEN:	IV
2. ABSTRACT:	IV
3. INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN:	6
4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS:	8
4.1 HIPÓTESIS:	8
4.2 OBJETIVO GENERAL:	8
4.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	8
5. METODOLOGÍA DE TRABAJO:	9
5.1 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:	9
5.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	9
5.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....	9
5.4 TEXTOS INCLUIDOS:	10
6. DESARROLLO DEL TEMA:	10
6.1 CONCEPTO Y MANIFESTACIONES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO:.....	10
6.2 FASES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO:	12
6.3 FACTORES DE RIESGO:	13
6.4 CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO PARA LA SALUD DE LAS MUJERES:.....	16
6.5 PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ACTUACIÓN SANITARIO ANTE CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO:.....	18
I. <i>Definición:</i>	18
II. <i>Metodología:</i>	19
III. <i>Objetivos:</i>	19
IV. <i>Ámbito de aplicación:</i>	19
V. <i>Población diana:</i>	19
VI. <i>Procedimientos de actuación:</i>	19
7. DISCUSIÓN:	31
8. CONCLUSIONES:	31
9. BIBLIOGRAFÍA:	32
ANEXOS:	36
ANEXO I: GLOSARIO DE TÉRMINOS	36
ANEXO II: FASE DE CAMBIO DE LA MUJER.....	38

ANEXO III: PRINCIPALES INDICADORES DE SOSPECHA DE VIOLENCIA DE GÉNERO.....	41
ANEXO IV: CUESTIONARIO AAS.....	43
ANEXO VI: ESQUEMA DE TRABAJO EN SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y DE URGENCIAS.....	47

1. RESUMEN:

La violencia de género supone un fenómeno global que afecta mayoritariamente a las mujeres degradando su salud y bienestar biopsicosocial, llegando a producirles incluso la muerte (situaciones de suicidio y homicidio). En el modelo social patriarcal actual, del cual los profesionales sanitarios forman parte, la gran mayoría de actos machistas se encuentra completamente normalizados, lo que implica que todos los juicios y actuaciones por parte del personal de salud se pueden ver sesgados por la aceptación de las actitudes y comportamientos machistas como fenómenos de normalidad, afectando directamente a la detección y tratamiento de las víctimas.

La presencia de protocolos estandarizados de actuación para la detección de casos, abordaje y derivación de las víctimas de violencia de género permite que esta visión sesgada de la situación de maltrato no interfiera en la práctica profesional, facilitando a las víctimas mejorar su estado de salud y salir de la situación de violencia en la que se encuentran. La búsqueda de esta objetividad en la práctica profesional es la razón principal para la elaboración de un protocolo de actuación, siendo el uso de sistemas de valoración estandarizados, así como el trabajo empático y libre de juicios las bases del modelo asistencial propuesto.

Palabras clave: Violencia de género, maltrato, personal sanitario, enfermeras.

2. ABSTRACT:

Gender-based violence is a global phenomenon that mostly affects women, downgrading their health and biopsychosocial wellbeing, even causing their death (situations of suicide and homicide). In today's patriarchal society, in which healthcare workers take part, the vast majority of sexist acts are completely normalized. This implies that all judgments and actions performed by health care personnel can be biased by the acceptance of sexist attitudes and acts as norm, directly affecting the detection and treatment of victims.

The elaboration of standardized protocols of action for detecting cases, taking measures and referring the victims of gender-based violence allows avoiding a biased practice, enabling the improvement of the victim's health condition and rising from the violent

situation they find themselves. The presence of objectivity in professional practice is the main reason for the elaboration of this assignment, being the use of standardized assessment systems, as well as empathic and judgment-free professional practices the bases of the proposed health care model.

Key words: Gender-based violence, mistreatment/abuse, healthcare workers, nurses.

3. INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN:

La violencia de género, tal y como fue definida por las Naciones Unidas en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las mujeres se entiende como *“todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.”*(1) En la actualidad también incluye la violencia dirigida hacia ciertos grupos del colectivo LGTBIQ+ en las formas de violencia relacionadas con las normas de género y los conceptos de masculinidad y feminidad (2). Ni las víctimas ni los perpetradores del maltrato presentan un perfil concreto, la violencia de género es un fenómeno universal, pero existen una serie de factores de riesgo que pueden aumentar la vulnerabilidad de las mujeres a este tipo de agresiones, como el escaso poder económico, bajos niveles educativos y el desarrollo de conflictos bélicos, entre muchos otros (3,4). A nivel global, la OMS establece que una de cada tres mujeres en el mundo han sido víctimas de violencia física o sexual por parte de su pareja o un tercero a lo largo de su vida, y que un 38% de los asesinatos de mujeres de forma global son perpetrados por su pareja masculina (5). A nivel nacional, según la macroencuesta de violencia contra la mujer publicada en 2019, la prevalencia de violencia física a manos de la pareja o ex pareja a lo largo de la vida de las mujeres mayores de 16 años es del 11,4%, en la violencia sexual la prevalencia ronda el 9,2% y en el caso de la violencia psicológica esta ronda el 24,2% (6). Entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2020 se registraron 46 mujeres víctimas mortales por violencia de género en España, siendo el número total de casos de víctimas mortales registrado desde el 1 de enero de 2003 de 1081.

La exposición a esta violencia se relaciona directamente con consecuencias para la salud de la mujer a corto y a largo plazo, pudiendo la mujer maltratada presentar una variada y extensa sintomatología física y psicosomática de diverso nivel de gravedad, destacando signos y síntomas como ansiedad, depresión, lesiones físicas diversas, problemas ginecológicos y en el embarazo, intentos autolíticos, consumo de drogas, etc.(7)

En el marco administrativo y legal, la presencia de organizaciones internacionales y su labor en la creación de acuerdos y convenios como instrumento para hacer frente a la

violencia de género ha permitido crear un ambiente adecuado para la protección de los derechos y el bienestar de las mujeres. En este ámbito internacional, es destacable la declaración universal de los derechos humanos, adoptada el 10 de diciembre de 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, como mecanismo para garantizar el derecho a la Igualdad y al disfrute de los derechos y libertades fundamentales sin discriminación por razón de sexo. En este contexto también destaca la III Conferencia Mundial sobre la mujer de 1985 que se compromete a la asistencia a las mujeres víctimas de violencia de género y al aumento de la conciencia pública en el tema. En el ámbito europeo existen numerosas aproximaciones para la eliminación de la violencia contra la mujer, desde el reconocimiento de la igualdad de género como uno de los objetivos presentes en la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, hasta la toma de medidas más recientes, como la aprobación del Convenio sobre prevención y lucha para erradicar la violencia doméstica y contra la mujer del 11 de mayo de 2011, fomentando así que se garantice la seguridad y defensa de los derechos de las mujeres en los países miembros de la Unión Europea (8). A nivel nacional, la Ley Orgánica 1 del 2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, establece una serie de propuestas para la prevención, asistencia, sanción y eliminación de esta forma de violencia en todos los ámbitos competentes. A nivel sanitario, el artículo 15 de la misma establece la necesidad en la promoción de la formación y sensibilización de los profesionales sanitarios para facilitar el diagnóstico precoz, asistencia y la recuperación de las mujeres maltratadas. Todas estas fases asistenciales, tanto en el ámbito de la atención primaria como el de la especializada, están incluidas en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, incluyendo por lo tanto estas medidas en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (9). En el marco administrativo para la protección de las mujeres, sus derechos y salud, en el territorio español existen diferentes administraciones públicas. La variedad en estas reside principalmente en la complejidad del sistema de organización territorial, y las competencias en salud propias de las comunidades autónomas y localidades, siendo de vital importancia la coordinación administrativa de las distintas entidades públicas para la protección de las víctimas y sus derechos (10). Pese a esta complejidad organizativa, en 2007 se publica la primera edición del protocolo de actuación sanitaria ante la violencia de género del sistema nacional de salud, como medida para guiar y unificar la actuación de los profesionales del sector salud ante los casos de violencia de género. Al

igual que los programas de formación y otras guías de actuación, este protocolo presentará variaciones en función de las diferentes comunidades autónomas (9).

Las mujeres víctimas de violencia de género visitan con mayor frecuencia los servicios sanitarios ya que sus necesidades de salud se encuentran aumentadas, siendo los servicios más frecuentados los de urgencias y atención primaria por la naturaleza de sus afecciones (cefaleas, traumatismos, dolores lumbares,...). A pesar de estas características favorables, la infradetección y la falta de abordaje precoz por parte de los profesionales sanitarios representa la realidad actual a nivel del territorio español, y global. Entre las principales causas para explicar este fenómeno podemos encontrar la extensión del enfoque biologicista en el ámbito sanitario, la falta de formación del personal y los prejuicios y experiencias personales de los mismos, así como la elevada carga de trabajo y la invisibilización y estigmatización social de este tipo de violencia (11–15).

Con la elaboración del presente trabajo se busca conocer qué es la violencia de género, sus características, variantes y consecuencias para la salud de las mujeres que la sufren, así como comprender el papel del personal de enfermería en el abordaje de los casos de violencia de género y proponer un protocolo común de actuación basado en la objetividad.

4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS:

4.1 Hipótesis:

Los protocolos sanitarios ante violencia de género disponibles en la actualidad no presentan elementos de valoración objetivos que permitan subsanar el machismo y los juicios de valor de los sanitarios.

4.2 Objetivo general:

- Desarrollar un protocolo de actuación ante los casos de violencia de género incorporando sistemas de valoración y actuación objetivos y validados.

4.3 Objetivos específicos:

- Describir el concepto, gravedad, alcance y manifestaciones de la violencia de género

- Exponer las consecuencias para la salud y bienestar biopsicosocial de las mujeres víctimas de maltrato

5. METODOLOGÍA DE TRABAJO:

En este apartado se describe el proceso llevado a cabo desde diciembre de 2021 hasta mayo de 2022 de búsqueda y análisis de datos para conseguir la documentación necesaria y de mayor rigor científico sobre la que sustentar el trabajo y cumplir con los objetivos fijados previamente.

5.1 Estrategia de búsqueda:

En el desarrollo de este proyecto se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando numerosas fuente de información entre las que cabe destacar: Bases de datos de instituciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU), revistas sanitarias como la Gaceta Sanitaria y Enfermería Global, bases de datos científicas electrónicas como SCIELO, páginas Web: ONU Mujeres, Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género y portales bibliográficos como Dialnet.

Los descriptores más utilizados fueron “violencia de género”, “mujeres”, “salud”, “enfermería” y “protocolo sanitario”.

También cabe destacar el uso de operadores booleanos como AND y OR.

5.2 Criterios de inclusión:

Los documentos seleccionados para la realización de este trabajo han sido redactados en lengua castellana, inglesa, francesa y catalán. Todos ellos se encuentran en su versión más actualizada disponible en la actualidad, presentando accesibilidad completa y gratuita.

Pese a buscar la versión más actualizada de los documentos incluidos, uno de los escritos fue publicado en 1993. El resto de la documentación fue publicada mayoritariamente entre el 2005 y el 2012.

5.3 Criterios de exclusión:

Se excluyeron aquellos textos que se centraban en la atención de las víctimas de

violencia de género fuera del entorno sanitario.

5.4 Textos incluidos:

Tras las primeras búsquedas se seleccionaron 62 escritos, excluyendo 15 tras la lectura de su resumen. De los documentos restantes, tras su lectura completa, 12 fueron eliminados al no ajustarse a los criterios de inclusión y exclusión descritos previamente. Estas referencias se han clasificado en 5 apartados: 1 revisión meta-análisis, 7 artículos de revista, 18 protocolos y 13 textos extraídos de páginas web (páginas web de la Organización Mundial de la Salud (OMS), La delegación del gobierno de España y la Organización de Naciones Unidas (ONU)).

6. DESARROLLO DEL TEMA:

6.1 Concepto y manifestaciones de la violencia de género:

Para poder comprender el impacto de la violencia de género sobre la vida y salud de las mujeres es necesario tener claro el propio concepto de este tipo de violencia (definido en el apartado de introducción), así como sus diversas formas y manifestaciones.

La violencia de género supone una manifestación de violencia física, sexual o psicológica contra las mujeres por el hecho de serlo, incluyendo tanto las amenazas como los actos físicos (1). Entre las principales formas que puede adoptar la violencia de género podemos distinguir: (9,16–18)

- **Violencia física:** Supone cualquier acto en el que se aplica la fuerza física para lesionar o dañar el cuerpo de la mujer. Cualquier forma de violencia física es considerado como violencia psicológica
- **Violencia sexual:** Bajo esta definición se incluye todo acto sexual no consentido o intento de este, los comentarios indeseados en relación a este ámbito, el tráfico sexual o cualquier acción que cargue en contra de la sexualidad de la víctima mediante la coacción por parte del perpetrador, independientemente de su relación con el destinatario de tal agresión y en cualquier entorno, incluyendo el hogar y el trabajo pero sin limitarse a ellos. Estos actos suponen una causa de humillación y denigración para la víctima. Podemos distinguir diferentes manifestaciones de violencia sexual:

- Actos de violencia sexual que no implican contacto corporal: Como el exhibicionismo, proposiciones sexuales indeseadas, gestos y palabras obscenos, entre muchos otros.
- Actos de violencia sexual con contacto corporal: Principalmente la imposición de relaciones sexuales. En este subgrupo se incluye la violación.
- Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres: Incluye cualquier acto que impida a las mujeres disfrutar de su vida sexual de forma libre y segura, así como de ejercer su derecho a la maternidad.
- Otras formas de violencia sexual son la mutilación genital femenina, la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, etc.

La mutilación genital femenina supone la extirpación parcial o completa de los genitales externos femeninos por razones culturales o no terapéuticas. Se pueden distinguir cuatro grados:

- Primer grado: Escisión parcial o total del clítoris.
- Segundo grado: Escisión del clítoris acompañada de escisión total o parcial de los labios menores.
- Tercer grado: Escisión total o parcial de la vulva con estrechamiento de la apertura vaginal.
- Cuarto grado: En este caso se incluyen diversos procedimientos como la realización de piercings o incisiones, estrechamientos y cauterización en el clítoris o los labios, así como la realización de cortes en el orificio vaginal y en la vagina y la introducción de sustancias corrosivas en la vagina para provocar su sangrado y estrechamiento.

Los actos que cargan contra la libertad e integridad sexual están tipificados en el título VIII del Libro II del Código Penal.

- Violencia psicológica: Comportamientos intencionados y prolongados en el tiempo para imponer unas pautas de comportamiento consideradas adecuadas, por un hombre, para el sometimiento y control de la mujer. En el caso de que estos comportamientos sean efectivos se produce un daño contra la integridad psíquica y

emocional de las mujeres, así como contra su dignidad como persona. Algunos ejemplos son las amenazas, insultos y vejaciones.

La violencia psicológica es más difícil de mostrar y detectar, confundiéndola muchas veces la víctima, el entorno e incluso los propios profesionales sanitarios con el carácter propio del agresor.

6.2 Fases de la violencia de género:

Por lo general, y sobre todo en los casos de violencia contra la mujer, el inicio del maltrato se caracteriza con diversas conductas de abuso psicológico, como el ejercer restricciones o un control excesivo sobre la vida de la misma (qué tipo de ropa usar, que personas puede ver, etc.), lo que limita su independencia y fomenta su aislamiento. Esta situación se puede extender a lo largo de un amplio periodo de tiempo, soliendo los comportamientos agresivos presentar un aumento gradual. Para explicar el desarrollo de la mayoría de las relaciones de abuso podemos utilizar la Teoría del Ciclo de la Violencia de Leonor Walker (9p22), que divide la experiencia en tres fases:

- Primera fase o acumulación de estrés: En esta fase la agresividad y tensión por parte de la figura masculina aumenta, presentando periodos aislados de violencia verbal e incluso física. Como la violencia no se presenta de forma continua, la mujer puede presentar la falsa creencia de control de la situación.
- Segunda fase o de explosión/agresión: En esta fase aumenta la violencia, desencadenando en agresiones físicas e incluso sexuales, manteniendo a su vez los comportamientos de abuso psicológico. En esta fase la mujer suele denunciar o pedir ayuda.
- Tercera fase o de reconciliación/luna de miel: El agresor busca evitar la ruptura de la relación mediante conductas de manipulación afectiva (disculpas, promesas, regalos,...), por lo que la mujer puede llegar a creer en la posibilidad de un cambio en la dinámica de la relación. Esta fase suele ser temporal, volviendo a las etapas de tensión y agresión iniciales. En este momento el nivel de violencia se incrementa, siendo mayor el riesgo de muerte a manos del agresor, además de aumentar las posibilidades de denunciar la situación por parte de la mujer.

Pese a que en fases de agresión y pasada la fase de reconciliación las mujeres sean

más propensas a denunciar su situación, solo una minoría suele hacerlo. Esto se debe principalmente a que las víctimas suelen presentar sentimientos de sumisión, miedo, así como una pérdida de esperanza, lo que reafirma las actitudes del agresor y disminuye las posibilidades de la mujer de poner fin a la relación. En caso de que la mujer acuda a los servicios sanitarios a compartir su situación, los profesionales deberán explicarle el ciclo de violencia y cómo es muy probable que esta se incremente con el tiempo, así como las opciones de apoyo con las que puede contar, todo esto en un ambiente empático y libre de ningún tipo de juicio de valor.

En algunas relaciones de abuso el ciclo no se cumple, pudiendo la relación no avanzar de la fase de frustración o darse relaciones con dinámicas de dominación, en las que solo de forma ocasional aparece agresividad física. Ambos casos presentan mayor dificultad en su detección que otras formas más severas de abuso (9,19).

6.3 Factores de riesgo:

Los actos de violencia son fenómenos con causas interfactoriales. Para lograr comprender las interacciones entre los diversos factores desencadenantes la OMS propone el uso de un modelo conceptual ecológico (21p32), mostrando cuatro niveles de riesgo:

- Primer nivel: Factores biológicos y personales. Estos afectan directamente al comportamiento de los individuos. Son las características demográficas (edad, bajo nivel educativo, bajos ingresos, dependencia económica de la pareja,...), los trastornos de personalidad, adicciones (pese a que el consumo de sustancias como el alcohol y las drogas se ha relacionado con el comportamiento agresivo no siempre tiene por que cumplirse esta relación) y antecedentes de comportamientos violentos o maltrato.
- Segundo nivel: Circulo social. Se refiere a la relación mantenida con la familia, amigos y pareja. En el caso de las personas jóvenes estar en un círculo con personas violentas puede aumentar el riesgo de perpetrar o sufrir dichos comportamientos.
- Tercer nivel: Contexto comunitario. Elementos como la densidad de población, los niveles altos de desempleo y la existencia de tráfico de drogas en la zona, entre otros factores, pueden aumentar el riesgo de sufrir algún tipo de violencia.

- Cuarto nivel: Factores sociales. En el caso de la violencia de género, la presencia de estructuras sociales y normas culturales (atributos y roles de género del patriarcado) que reafirman la dominación masculina sobre la femenina (la violencia se ve como un instrumento para garantizar el control sobre la mujer), así como la presencia de políticas sanitarias, educativas y sociales que perpetran la desigualdad entre hombre y mujeres, son los principales factores de riesgo sociales. Por lo tanto el principal factor de riesgo es el hecho de ser mujer.

En la actualidad, tanto en los informes de la OMS como en el protocolo común para la actuación sanitaria en los casos de violencia de género, se reconoce la existencia de situaciones y contextos concretos en los que las mujeres presentan una gran vulnerabilidad a la violencia destacando:

- Embarazo: La gestación es una etapa de vulnerabilidad y riesgo, siendo un periodo en el que en un alto porcentaje aparecen los actos de violencia física y sexual, añadiendo la dificultad de separarse de la pareja al esperar un hijo en común. El maltrato también supone un riesgo gestacional aumentando la morbilidad materna y perinatal, las infecciones, aborto espontáneo y partos pretérmino.
- La presencia de discapacidad física, sensorial o psicológica facilita el desarrollo de la violencia física, sexual y psicológica al presentar estas mujeres mayores barreras para expresar la situación que pueden estar sufriendo, además de la incredulidad general de los hechos por parte de sus principales redes de apoyo, y la dependencia de las víctimas a nivel económico, social y de cuidados.
- En las mujeres inmigrantes el riesgo de violencia de género está más elevado ya que suelen encontrarse en una situación de precariedad económica y social (falta de apoyo familiar, amigos,...), con dificultades a la hora de acceder a los servicios sociosanitarios, afectando al acceso a la información sobre el maltrato y a la comunicación a la hora de compartir su situación más allá de otras barreras como el idioma. En mujeres inmigrantes, dependiendo de su región de procedencia la posibilidad de haber sufrido abusos con anterioridad, ser parte de una red de trata de personas con fines de explotación sexual o víctimas de mutilación genital femenina, es mucho más elevada.

En el caso de las víctimas de explotación sexual las consecuencias de esta violencia

se pueden agravar más, ya que por lo general son separadas de su red familiar mediante falsas promesas de conseguir mejoras en su calidad de vida o como mecanismo para pagar una serie de deudas impuestas por los propios captores o evitar que se cumplan las amenazas dirigidas contra ellas o sus familias, pudiendo experimentar violencia extrema, violaciones, trabajos forzados en condiciones infrahumanas, matrimonios forzados, etc. Todos estos elementos desembocan en graves secuelas físicas y psicológicas, así como para la salud sexual y reproductiva (por ejemplo, rotura de huesos, abortos, enfermedades de transmisión sexual, fobias, dependencia de medicamentos y drogas,...). Por lo general, estas secuelas no reciben un tratamiento adecuado por la dificultad de acceso a servicios sanitarios competentes.

- Las mujeres de edad avanzada pueden haber sido víctimas de la violencia de forma inconsciente, siendo en las últimas etapas de su vida la dependencia económica y social de esta hacia su maltratador prácticamente completa, por lo que es mucho más complicado empezar una vida independiente. Por lo general, estas mujeres no cuentan con una red de apoyo sólida como hijos o amigas, además de soler desempeñar un rol principal en el cuidado de su agresor, por lo que en caso de expresar su situación suelen ser culpabilizadas u obligadas a abandonar la idea de escapar de la misma, ya que por lo general el perpetrador no presenta autonomía ni habilidades para su autocuidado en la vida diaria. Por lo tanto, además del maltrato por parte de su pareja, se puede sumar el maltrato de las supuestas redes de apoyo en caso de que las hubiera.
- Residir en una zona rural puede suponer una barrera para la confesión de su situación de maltrato, ya que los recursos sociosanitarios en estas zonas son menores y dispersos, además de contar con mayores represalias a nivel de la comunidad, al ser más complicado mantener el anonimato.
- Las mujeres en situaciones de exclusión social, como pueden ser los casos de drogodependencia, prostitución, bajo nivel educativo y económico, entre otras situaciones, suelen ser víctimas de juicios de valor por parte de las redes de apoyo sociosanitario y de la comunidad, disminuyendo sus posibilidades de escapar de la situación de violencia.

- Está demostrado que las mujeres con infección por VIH suelen sufrir agresiones de mayor gravedad e intensidad que las mujeres no infectadas tras confesar su estado serológico a sus parejas.
- Las mujeres trans también suponen un grupo de riesgo ante la violencia de género, viéndose expuestas generalmente a actos de violencia física de mayor intensidad que las mujeres cis, así como a diversas formas de violencia psicológica y social, como pueden ser amenazarlas con revelar a sus círculos de apoyo detalles sobre su identidad de género o genitalidad, el uso del nombre anterior de la mujer antes de su transición o pronombres masculinos de forma despectiva, desvaloración de la mujer por su condición de persona transgénero,...

Respecto a las mujeres trans, la ley 3 del 15 de marzo del 2007 establece la valoración y tratamiento de las mismas como víctimas de violencia de género en caso de sufrir una situación de maltrato siempre y cuando existan informes médico-forenses o psicológicos que prueben su identificación con el sexo femenino (20).

Pese a la clasificación de los factores de riesgo, no existe un perfil de maltratador o de víctima de violencia de género, ya que esta forma de violencia se localiza a nivel global y en todos los sectores de la sociedad (9,21).

6.4 Consecuencias de la violencia de género para la salud de las mujeres:

Todas las formas de violencia ejercidas contra las mujeres pueden provocar un deterioro de su salud tanto física, sexual, reproductiva, social y emocional a corto y largo plazo. Evaluar dichas consecuencias es complicado ya que son muy variadas y pueden oscilar desde lesiones físicas leves hasta llegar a terminar con la vida de la víctima (23).

Tabla 1: Principales consecuencias para la salud de la violencia de género

<p>Principales consecuencias físicas:(17,18)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lesiones no mortales (41% a nivel global): La violencia de pareja se relaciona directamente con las lesiones físicas. Las zonas lesionadas más comunes son la cabeza, el cuello y la cara, seguidas de las lesiones musculoesqueléticas y genitales. Las lesiones más comunes incluyen moratones y contusiones, laceraciones, marcas en la piel tras un traumatismo,... • Lesiones mortales y homicidios: Según los datos disponibles desde 1982, la prevalencia media de homicidio de mujeres a manos de su pareja es de un 38% a nivel global. Las zonas con mayor

prevalencia de homicidio en mujeres son las regiones del sudoeste asiático (55%), seguidas de las regiones africanas (40%) y América Latina (38%).

Principales consecuencias sexuales y reproductivas:(18,19)

- Lesiones genitales, principalmente en los labios menores y el himen, destacando el sangrado, la inflamación, abrasión y amaratamiento.
- Contracción de enfermedades de transmisión sexual: Las mujeres expuestas a esta forma de violencia pueden presentar un control limitado sobre el momento y las circunstancias relacionados con el acto sexual, por ejemplo al negociar el uso de condón, o el número de personas implicadas en la relación sexual. Diversos estudios también indican que los hombres con actitudes violentas suelen desempeñar más prácticas de riesgo, como el tener múltiples parejas sexuales o mantener relaciones con trabajadores sexuales, entre otros factores de riesgo. El riesgo de transmisión de VIH y de otras enfermedades de transmisión sexual se multiplica por 1,5 en estos casos.
- Embarazos no deseados y abortos: Se puede considerar como una consecuencia directa de la violencia y coacción sexual, por ejemplo al impedir el uso de métodos contraceptivos, siendo las mujeres en relaciones violentas más propensas a presentar embarazos no deseados y abortos en condiciones inadecuadas (abortos ilegales) o espontáneos, lo que supone un riesgo directo para la salud de las víctimas. El riesgo de aborto inducido se multiplica por dos en situaciones de violencia.
- Prematuridad y bajo peso al nacer: Las mujeres envueltas en un ambiente de violencia e inseguridad mantienen elevados niveles de estrés de forma constante. El estrés crónico durante el embarazo se relaciona directamente con la prematuridad y la restricción del crecimiento uterino. En situaciones de violencia hay un 16% más de probabilidades de nacimiento de bebés con bajo peso al nacer y un 41% de que el bebé sea pretérmino.
- En las mujeres víctimas de violación pueden presentarse alteraciones conductuales a corto (de dos a tres semanas) y largo plazo (a partir de las dos o tres semanas) al desarrollar un síndrome postraumático. Las víctimas pueden presentar reacciones muy emocionales (sensación de indefensión, miedo a otro posible asalto, vergüenza, etc.) las primeras semanas tras el acto traumático, u ocultar sus sentimientos y mostrarse calmadas como medida para enmascarar sus sentimientos. Pasado este periodo inicial, por lo general las víctimas realizan una serie de cambios en su ambiente más cercano (en el ámbito laboral, del hogar, pareja, etc.). En este segundo periodo pueden aparecer problemas sexuales asociados al asalto como aversión sexual y disfunción orgásmica, entre otros. El desarrollo de estrés postraumático es más probable en mujeres que fueron amenazadas con violencia física extrema o con un arma, violadas por un tercero, o si sufrieron lesiones físicas. Como resultado suelen tener pensamientos recurrentes del asalto, aislamiento de su círculo de apoyo y mayor riesgo de consumo de alcohol y drogas entre otros síntomas.

En los casos de mutilación genital femenina aumenta el riesgo de infección y aparición de abscesos y

fistulas en el área genital, la disfunción sexual y la mortalidad perinatal por complicaciones desarrolladas durante el parto.
Principales consecuencias psicológicas: (17,19,24)
<ul style="list-style-type: none"> • Depresión y suicidio: la exposición a la violencia puede provocar estrés, miedo y aislamiento en la víctima, lo que a su vez puede conducir al desarrollo de conductas suicidas y depresión. Para el desarrollo de estas situaciones también hay que tener en cuenta factores propios de la mujer como la presencia de trastornos mentales, haber sufrido violencia de forma previa o en las primeras etapas de su vida, etc. • Consumo de alcohol y drogas: El consumo de estas sustancias se relaciona directamente con la violencia. Las víctimas suele refugiarse en estas sustancias para hacer frente a las secuelas del abuso y lidiar con el mismo. Las víctimas de violencia por parte de personas desconocidas o terceros presentan mayores efectos psicológicos como depresión y ansiedad, además de un mayor riesgo de consumo nocivo de alcohol y drogas. • En los casos de matrimonio infantil, es muy probable que se produzca una situación de aislamiento social, limitación de acceso a la educación y desarrollo de embarazos de riesgo, entre otras muchas complicaciones. • La depresión y el estrés postraumático son los trastornos psicopatológicos de mayor prevalencia en las víctimas de violencia, siendo esta de un 47,6% y de un 63,8% respectivamente.
Los actos de violencia de género también acarrear un coste a nivel económico y social, ya que las mujeres pueden llegar a encontrarse aisladas e incapacitadas para trabajar, perder su sueldo, dejar de participar en actividades cotidianas y en el cuidado de si mismas y de sus hijos, así como acudir con mayor frecuencia a los servicios de salud, aumentando el gasto sanitario (5).

Fuente: Elaboración propia.

6.5 Propuesta de protocolo de actuación sanitario ante casos de violencia de género:

- I. Definición:** La violencia de género, tal y como fue definida por las Naciones Unidas en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las mujeres se entiende como *“todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada* (1). En la actualidad también incluye la

violencia dirigida hacia ciertos grupos del colectivo LGTBIQ+ en las formas de violencia relacionadas con las normas de género y los conceptos de masculinidad y feminidad (2).

II. Metodología:

Para la elaboración de esta guía de actuación ante los casos de violencia de género en el ámbito sanitario se revisaron las propuestas disponibles a nivel nacional (incluyendo al protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género del 2012, así como los protocolos de las diferentes comunidades autónomas) y las recomendaciones para la intervención ofrecidas por la ONU y la OMS, sirviendo el estudio y comparación de estas guías para la elaboración de una propuesta común, que busca homogeneizar y estandarizar las actuaciones de los sanitarios, afianzar un modelo de trabajo multidisciplinar, y facilitar la detección de los posibles casos de violencia contra la mujer en el caso de que se presenten.

III. Objetivos:

Objetivo general: Desarrollar un protocolo de actuación ante los casos de violencia de género, incorporando sistemas de valoración y actuación objetivos y validados.

Objetivos específicos:

- Describir el concepto, gravedad, alcance y manifestaciones de la violencia de género
- Exponer las consecuencias para la salud y bienestar biopsicosocial de las mujeres víctimas de maltrato

IV. Ámbito de aplicación: Servicios sanitarios que traten con víctimas de violencia de género

V. Población diana: Mujeres víctimas de violencia de género que acudan a los servicios sanitarios

VI. Procedimientos de actuación: (9–11,13,18,20,22,25–39)

Medidas para la prevención de la violencia de género:

Generalmente las actuaciones a llevar a cabo con las mujeres víctimas de una situación de maltrato suponen medidas de prevención secundaria y terciaria, es decir el abordaje temprano de los casos (prevención secundaria) o de situaciones de maltrato mantenidas en el tiempo o agresiones (prevención terciaria). Pero debido a las características del sistema sanitario español, que busca la aplicación de medidas de prevención como medio para evitar la aparición de la enfermedad y otras problemáticas también podemos distinguir la presencia de medidas preventivas de la violencia de género o propias de la prevención primaria. Entre las principales medidas de prevención propuestas podemos destacar:

- Atención integral e individualizada de las posibles víctimas:
 - Presencia en los centros hospitalarios de información en forma de carteles y folletos, dando información sobre los recursos disponibles para su abordaje y mostrando la violencia ejercida contra las mujeres como un elemento no justificable.

Es recomendable que esta información esté acompañada de otros recursos más allá de los sanitarios, pudiendo incluir elementos como el teléfono 016 (para la atención psicosocial, acompañamiento inmediato y asesoramiento legal, social, económico y laboral de las víctimas de violencia de género), el teléfono de emergencia 112 (disponible las 24 horas del día, los 365 días del año), los datos de contacto y localización de los servicios policiales y judiciales cercanos, en los que solicitar una orden de protección o presentar una denuncia en el caso que fuera necesario, así como los datos de contacto de las organizaciones provinciales o locales que traten la violencia contra la mujer si las hubiera. En los ámbitos rurales añadir estos datos puede ayudar a que las mujeres se sientan más incluidas y compartan su situación.

- Educación sanitaria en valores, actitudes y actividades que favorezcan el autocuidado y empoderamiento de la mujer, poniendo en un punto de mira los actos machistas y de desigualdad. Cabe destacar:
 - Atención al embarazo y crianza: En los talleres de educación maternal y paternal llevados a cabo principalmente por la matrona. Se

recomienda la participación de los padres y la inclusión de contenido sobre la necesidad de implicación de la figura paterna en el embarazo y la crianza, en las tareas domésticas, así como los básicos sobre el buen trato en las relaciones de pareja.

- Control de la infancia, tanto por el pediatra como por la enfermera, tratando temas como la educación en igualdad y promoción de relaciones de buenos tratos con amigos y familia, prevención del acoso escolar,....

En el caso de los adolescentes se recomienda dar charlas en colaboración con los centros educativos, tratando temas como la igualdad, el modelo social patriarcal, el amor romántico, las relaciones de poder, el acoso por redes sociales, sexualidad, etc.

- Actuaciones comunitarias:

- Realizar sesiones en colaboración con asociaciones o participar en campañas de instituciones u organizaciones sociales (charlas de centros escolares, en reuniones de organizaciones externas, grupos de mujeres supervivientes, etc.), para explicar el papel del personal sanitario, su implicación y las consecuencias de la violencia de género. Podemos destacar:

- Los grupos de mujeres, en los que se busca mejorar el conocimiento sobre la violencia sexista y sus consecuencias para la salud, así como empoderar a las mujeres y que establezcan nuevas relaciones de apoyo, que pueden ser un pilar básico a la hora de afrontar su situación de maltrato.
- En el caso de los hombres que ejerzan algún tipo de maltrato también existen grupos y asociaciones para tratar sus conductas agresivas y de riesgo, así como la promoción de modelos relacionales sanos y libres de violencia.

Actuación en atención primaria:

Las características de accesibilidad, continuidad asistencial y presencia de un

equipo multidisciplinar facilitan la detección y abordaje de los casos de violencia de género en los servicios de atención primaria.

Esta continuidad asistencial facilita el establecimiento de una relación terapéutica y de confianza con las posibles mujeres afectadas por el maltrato, facilitando así que compartan su situación y comience la actuación multidisciplinar. El proceso de actuación en estos casos se divide en una serie de fases:

1. Detección:

La violencia de género supone un problema para todas las esferas de la vida de la mujer que la presenta, por lo que es labor del personal sanitario, como los profesionales de enfermería, valorar de forma global la situación de la paciente, asegurándose de que no existan indicadores de riesgo de violencia de género.

Entre las principales fuentes de información ante un caso de riesgo de maltrato podemos distinguir, la historia clínica (en la que quedan registradas todas las alteraciones y procesos sanitarios llevados a cabo a lo largo de la vida de la paciente), la entrevista con la propia paciente y su exploración física, así como la información procedente de terceros (los acompañantes).

En el caso de la información incluida en la historia clínica de la paciente, será tarea del personal sanitario la revisión minuciosa de esta para localizar, si los hubiera, los posibles indicadores de violencia de género (incluidos en el apartado factores de riesgo y en el anexo III: Principales indicadores de sospecha de violencia de género), permitiendo esta revisión conocer en mayor profundidad la situación de la mujer y guiar nuestras actuaciones según sus características específicas. De forma posterior y en la consulta el personal de salud establecerá una entrevista clínica, siendo deseable cumplir con una serie de recomendaciones durante su desempeño:

- Ver a la mujer sola como medida para asegurar la confidencialidad
- Observar sus actitudes y estado emocional a través de su lenguaje verbal y no verbal.
- Llevar a cabo escucha activa y mantener una actitud empática para facilitar la

comunicación.

- Abordar directamente el tema de la violencia y dejar clara la no justificación de esta en las relaciones humanas.

Durante el tiempo que dure la entrevista, desde esta propuesta de protocolo se insta a los profesionales de salud al uso de cuestionarios estandarizados para excluir la situación de maltrato frente al uso de preguntas modelo. Las principales razones para el uso de estos cuestionarios son la homogeneización de las actuaciones sanitarias, el uso de escalas de valoración objetivas frente a la subjetividad de la valoración por parte de profesionales inmersos en modelos sociales generalmente machistas y la evitación de consecuencias legales hacia los profesionales por las actuaciones y actitudes tomadas ante las posibles afectadas.

Específicamente, en este trabajo se propone el uso del cuestionario Abuse Assessment Screen (presentado a partir de ahora como cuestionario AAS) de forma anual o ante la presencia de indicadores de maltrato, a todas las mujeres mayores de 14 como mecanismo de cribado para la violencia de género desde los servicios sanitarios. El uso de cuestionarios como mecanismo de cribado, según reporta la Task Force americana no supone un elemento de malignidad ni para el usuario ni el entrevistador, pero sí ofrece un beneficio moderado frente a los medios de detección tradicionales.

La aplicación del modelo de cuestionario AAS (modelo disponible en el anexo IV) permite mediante una serie de preguntas definidas, directas y asequibles detectar las situaciones de sospecha e incluso la detección de un posible caso de violencia de género, así como diferenciar la naturaleza de las agresiones (violencia física, sexual y psicológica, principalmente). De forma previa a su uso en la entrevista clínica, los profesionales sanitarios deben dejar claro que se trata de un proceso rutinario ante la elevada incidencia de la violencia de género en la actualidad, naturalizando el proceso y evitando posibles reticencias por parte de la paciente. Las posibles dudas que puedan surgir durante su aplicación deben ser resueltas por parte del sanitario.

El profesional de enfermería, entre otros sanitarios que pueden hacer uso del

cuestionario AAS, debe enunciar las preguntas en el orden establecido en el modelo. En el caso de que la respuesta para la primera pregunta sea negativa, se considera que la mujer niega estar sufriendo una situación de malos tratos, terminado la aplicación del test. En caso de que tanto la primera como alguna de las otras preguntas incluidas en el cuestionario sean afirmativas se considera a la mujer como una posible víctima de violencia.

En aquellos casos en los que el resultado del cuestionario AAS sea positivo, se propone la evaluación del riesgo y seguridad de la posible víctima, utilizando para ello el test Danger Assessment (presentado a partir de ahora como cuestionario DA, disponible en el Anexo V). Este test cuenta con una serie de 20 preguntas ante las que la mujer deberá responder sí o no. Cada una de las preguntas afirmativas supone un punto, considerando que la víctima se encuentra en una situación de peligro extremo al obtener un resultado mayor o igual a cuatro.

2. Valoración:

En el caso de que se den indicadores de sospecha o que la mujer reconozca ser víctima de malos tratos, se debe llevar a cabo una valoración integral tanto de sus lesiones como de su estado emocional y situación social, informando previamente al paciente de las exploraciones a realizar y su finalidad.

- Valoración biopsicosocial: Esta incluye el estudio de las lesiones de la víctima, así como de su situación emocional, familiar, económica (incluyendo el ámbito laboral y ocupacional) y de apoyo social.
- Valoración de la situación de violencia: Se tienen en cuenta aspectos como el tipo de violencia empujado, la duración, frecuencia, intensidad y destinatario(s) de la misma. También se valoran los mecanismos de afrontamiento desarrollado por la víctima y la posible presencia de motivación para salir de la situación de abuso (esta posible motivación se desarrolla en mayor profundidad en el anexo II).
- Valoración de la seguridad y el riesgo: En los casos de violencia de género es de vital importancia descartar las situaciones de peligro extremo, ya que supone un riesgo inminente para la vida de la mujer. Incluye amenazas o uso

de armas, consumo de drogas o alcohol, aumento de la intensidad y frecuencia de la violencia, etc.

Para la evaluación de estos dos últimos puntos, en este trabajo se propone la aplicación del cuestionario DA, referido en el apartado de detección.

3. Intervención:

Una vez valorada la situación, los profesionales sanitarios pueden encontrarse con los siguientes escenarios:

- Mujer que no reconoce la violencia de género y no presenta indicadores de maltrato: En este caso no se precisa ningún tipo de actuación más allá de la prevención primaria de los malos tratos.
- Mujer que no reconoce la violencia de género pero presenta indicadores de maltrato
- Mujer víctima de violencia de género sin peligro extremo
- Mujer víctima de violencia de género con peligro extremo

En todos estos casos se debe valorar la situación de cambio de la mujer y actuar en consecuencia, tomando las medidas necesarias que garanticen la seguridad de la mujer y de las personas a su cargo si las hubiera.

a) Mujer que no reconoce la violencia de género pero presenta indicadores de maltrato

En esta situación, el profesional de enfermería, entre otros sanitarios, busca el aumento del nivel de conciencia sobre la violencia que está sufriendo la víctima. Para ello se recomienda:

- Informar y apoyar a la paciente: Tras la entrevista clínica, la exploración y la valoración se deben comentar las sospechas con la paciente. En caso de que niegue los hechos no se debe emitir ningún tipo de juicio ante su actitud ni la situación en la que podría encontrarse para evitar la doble victimización y el aumento de las resistencias por parte de la mujer. Es recomendable ofrecerle información sobre la violencia de género, sus fases y consecuencias para la salud, las fases de cambio y los recursos

disponibles a nivel sociosanitario y judicial, condenando cualquier forma de violencia y ofreciéndole acudir a consulta siempre que lo necesite (realizar junto con la paciente, siempre que sea posible, un plan de seguimiento para acompañar a la víctima en la toma de decisiones en relación al maltrato).

Siempre que la mujer este de acuerdo se debe ofertar a la misma acudir a una interconsulta con el servicio de trabajo social. En el caso de tener hijos a su cargo se debe comentar la situación con pediatría para su valoración por si fuera necesario activar el Protocolo de Maltrato Infantil.

- Ofrecer asistencia sanitaria para tratar los problemas físicos o psicológicos que presente, colaborando con su médico para que este le derive a otros niveles asistenciales en función de sus necesidades (urgencias, servicios especiales y de hospitalización,...)
- Registrar la sospecha e indicadores encontrados en la historia clínica de la mujer, ya que esta información puede tener un gran peso legal en caso de que la mujer quiera presentar una denuncia y el juzgado puede reclamar esa parte de la historia clínica (no se debe enviar la historia clínica completa ya que incluye información personal de la paciente no relevante durante el procedimiento legal).
- En casos de riesgo para la vida y la seguridad de la paciente se recomienda rellenar el parte de lesiones (comunicándole a la mujer previamente la finalidad y las consecuencias de rellenar dicho documento, dejando claro que no supone una denuncia como tal) para notificar al juzgado y que estudie el caso. En este caso ante la negativa de la mujer a la emisión del parte de lesiones y la notificación al juzgado se genera un conflicto ético, ya que se enfrenta el principio de no maleficencia y de respeto a la intimidad del paciente frente a la protección de la vida y seguridad del mismo. Legalmente, y como medio para evitar cualquier tipo de consecuencia legal para los sanitarios, se debe seguir lo indicado en el art. 262 y 544 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, que establece la obligación legal de poner en conocimiento de la Autoridad Judicial o el

Ministerio Fiscal la existencia de lesiones o de otros síntomas ante la constatación o sospecha fundada de violencia sobre la mujer y sus hijas e hijos.

- Si la mujer precisará algún tipo de recursos de la red de atención a víctimas de violencia de género de su comunidad (recuso habitacional atención psicológica, jurídica, laboral, etc.) se le puede derivar al su CEAs correspondiente.

b) Mujer víctima de violencia de género sin peligro extremo

El objetivo de la intervención es conseguir que la mujer no se sienta sola y sea consciente de su situación para poder iniciar los cambios necesarios en su vida para terminar con el maltrato. Para que esto sea posible se deben llevar a cabo una serie de actuaciones:

- Informar y apoyar a la paciente (tal y como se indica en el apartado mujer que no reconoce la violencia de género pero presenta indicadores de maltrato).
- Seguimiento y elaboración de un plan de seguridad: Los profesionales sanitarios deben acompañar a la mujer durante el proceso de toma de decisiones, validando su experiencia, ya sea en la propia consulta o en actividades externas como la participación en grupos de mujeres supervivientes.

Aunque no se encuentre en una situación de peligro extremo, es recomendable elaborar un plan de huida por si la paciente se viera obligada abandonar el domicilio. Para ello la mujer debe tener preparados elementos de higiene básica, ropa, documentos como la tarjeta sanitaria o el DNI, dinero en efectivo o metálico, un listado telefónico con números que reconozcan que su llamada es un signo de alerta, así como algún juguete o elemento tranquilizador en caso de que tenga que huir con sus hijos o personas a su cargo. El momento idóneo para abandonar el domicilio es cuando el agresor no se encuentre en este. En caso de que la mujer abandone el domicilio familiar es necesario establecer si tiene la posibilidad de quedarse con algún familiar o conocido, o si por el contrario es necesario la derivación de la

misma a centros de emergencia. En ambos casos el agresor no debe conocer donde se encuentra la víctima para evitar posibles nuevas agresiones.

Antes de abandonar el centro el profesional debe facilitar el teléfono de emergencia 112.

- Tratamiento de las lesiones físicas y psíquicas. En función de la gravedad de estas puede ser necesario derivar a la paciente a servicios de urgencias, psiquiatría, hospitalización o servicios especializados.
- Rellenar el parte de lesiones y notificar al juzgado si no se ha hecho previamente.
- Registrar todas las actuaciones en la historia clínica.
- Si la mujer precisará algún tipo de recursos de la red de atención a víctimas de violencia de género de su comunidad (recuso habitacional atención psicológica, jurídica, laboral, etc.) se le puede derivar al su CEAs correspondiente.

c) Mujer víctima de violencia de género con peligro extremo

En situaciones de riesgo para la vida y seguridad de la mujer y de las personas a su cargo las actuaciones se centran en la protección de los mismos. Cabe destacar:

- Dar información y apoyo (tal y como se indica en el apartado mujer que no reconoce la violencia de género pero presenta indicadores de maltrato). En situaciones de alto riesgo de agresión es de vital importancia que la mujer comprenda la situación de riesgo en la que se encuentra tanto ella como las persona a su cargo si las hubiera. También se les debe recordar los distintos recursos como los que cuentan durante el proceso en el que se encuentran y apoyarlas en las decisiones a tomar.

Como principal recurso podemos encontrar el derecho a presentar una denuncia o una orden de protección en el juzgado, el cuartel de la guardia civil o comisaria de policía.

En caso de que la mujer no sea capaz de tomar decisiones por sí misma (ya

sea por circunstancias personales incapacitadoras o por encontrarse en las primeras fases de cambio) el profesional puede valorar el contacto con los recursos judiciales (a través del parte de lesiones).

- Informar al trabajador social y al pediatra de la situación si la mujer tiene hijos a su cargo para poner en marcha el Protocolo de Maltrato Infantil.
- Tratamiento de las lesiones físicas y psíquicas. En función de la gravedad de estas puede ser necesario derivar a la paciente a servicios de urgencias, psiquiatría, hospitalización o especializados. La derivación a cualquier recurso debe ser activa, contactando con ellos en presencia de la mujer, facilitándole la cita y la persona de contacto, siempre que sea posible.
- Establecer un plan de seguridad con la mujer, tal y como se indica en el apartado mujer víctima de violencia de género sin peligro extremo.
- Registro de las actuaciones en la historia clínica.
- Si la mujer precisará algún tipo de recursos de la red de atención a víctimas de violencia de género de su comunidad (recuso habitacional atención psicológica, jurídica, laboral, etc.) se le puede derivar al su CEAs correspondiente.

Actuación en los servicios de urgencias:

Las mujeres víctimas de violencia de género acuden principalmente a los servicios de urgencias y de atención primaria. En el caso de las mujeres que acuden a urgencias, por lo general suelen presentar lesiones y síntomas de mayor gravedad que las que acuden a los servicios de atención primaria. Debido a las propias características del servicio, los profesionales de salud no pueden realizar un seguimiento de la paciente, por lo que actuarán como puente para derivar a la mujer a los servicios de atención primaria, especializada y a los servicios de hospitalización según sus necesidades.

Entre las principales actuaciones a realizar por parte del personal del servicio destacan:

- Valorar el estado físico y psicológico de la mujer, ya que tal como se ha indicado suelen presentar lesiones de gravedad al acudir a este servicio. En

función del daño presentado puede ser necesario derivar a la mujer a los servicios de psiquiatría o de hospitalización.

- Adoptar medidas de protección:
 - Comunicar al personal del servicio que no se debe facilitar la información ni ubicación de la paciente. La mujer se encontrará bajo la vigilancia del personal de enfermería y acompañada de una persona de confianza que ella decida.
 - Acompañar a la mujer en los desplazamientos que tenga que realizar.
 - La Supervisión del Servicio debe ser notificada en caso de que exista una orden de protección o de alejamiento para poder avisar de forma inmediata al personal de seguridad y a la dirección médica del centro. Si el agresor se saltará las medidas judiciales se deberá notificar a los servicios de seguridad del estado.

En caso de que la mujer pidiera ver al agresor se puede negar la petición.

Estas medidas de protección deben quedar recogidas en la historia clínica.

- Valorar la situación biopsicosocial y de seguridad de la mujer. Para ello se pueden aplicar los cuestionarios AAS y DA explicados en el apartado de actuación en los servicios de atención primaria.

Informar sobre los recursos disponibles a nivel sociosanitario y jurídico (órdenes de protección, denuncia,...) y la no justificación de la violencia en ningún tipo de relaciones humanas.

- Comentar a la mujer la finalidad y consecuencias de rellenar el parte de lesiones.
- Al alta, comentar con la mujer, siempre que sea posible, la posibilidad de acudir a los servicios de atención primaria para el seguimiento de su situación de maltrato. Es recomendable registrar las intervenciones realizadas y ponerse en contacto con los profesionales de atención primaria (enviar informe clínico) para garantizar el seguimiento de la situación.

Si no supone un riesgo para su seguridad, dar una copia del informe al alta a la

mujer. En caso de riesgo proponer que se entregue este a algún familiar o persona de confianza.

Todos los procesos descritos en este protocolo se encuentran esquematizados en el anexo VI: Esquema de trabajo en servicios de Atención primaria y de Urgencias.

7. DISCUSIÓN:

En este trabajo se busca resaltar la importancia de los mecanismos de evaluación de la violencia de género para vencer la subjetividad de los propios sanitarios a la hora de valorar la situación de riesgo de la mujer. Para ello se revisaron entre otros documentos los protocolos y recomendaciones de actuación sanitaria disponibles tanto a nivel nacional con internacional, observando que tan solo en cuatro comunidades (Galicia, Castilla y León, País Vasco y Valencia) se apoya la incorporación de sistemas objetivos y estandarizados de evaluación mediante cuestionarios pese a haber sido demostrado por la Task Force Americana el beneficio real del uso de cuestionarios estandarizados de evaluación al permitir establecer un sistema de cribado de periodicidad específica. Este sistema obliga a los profesionales a evaluar la situación siguiendo guías específicas y de forma objetiva, evitando que posibles juicios de valor repercutan en la consideración del posible maltrato. (10,16,22)

Entre las principales debilidades a la hora de elaborar este proyecto cabe destacar el difícil acceso a ciertos protocolos, encontrándose en casos como en la comunidad autónoma de Murcia la posibilidad única de acceder al protocolo de atención primaria contra la violencia de género o la no disponibilidad del propio documento en lenguaje castellano, como en el caso de Cataluña.

La elaboración de este documento también abre la posibilidad a futuras líneas de investigación, como estudios de aplicación del mismo en diversos centros sanitarios para comprobar su verdadera eficacia.

8. CONCLUSIONES:

La violencia de género en todas sus variantes (física, psicológica y sexual) corresponde a un fenómeno nocivo que afecta a la mayoría de las mujeres en todo el mundo

independientemente de sus características personales, alterando directamente su bienestar biopsicosocial y su estado de salud, llegando a provocarles dolencias crónicas e incluso la muerte. Estas alteraciones derivadas del maltrato suponen a su vez una problemática socioeconómica, ya que las mujeres dejan de ser personas productivas tanto social como laboralmente, haciendo a su vez mayor uso de los servicios sanitarios, lo que aumenta el gasto en sanitario.

El uso de protocolos estandarizados, pese a no estar muy extendidos y suponer su uso un fenómeno de eficacia y no maleficencia demostrado, presenta una ventaja frente al uso de preguntas modelo al evitar que posibles juicios de valor entorpezcan la detección de la situación de maltrato por parte de los profesionales sanitarios, al utilizar mecanismos de valoración completamente estandarizados, siendo además un sistema de registro automático de las actuaciones del personal de salud en el ámbito de la violencia de género.

9. BIBLIOGRAFÍA:

1. ACNUDH | Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer [Internet]. Naciones Unidas. 20 de diciembre de 1993 [citado 6 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
2. Preguntas frecuentes: Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas [Internet]. ONU Mujeres. [citado 6 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>
3. Puente-Martínez A, Ubillos-Landa S, Echeburúa E, Páez-Rovira D. Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *Anales de Psicología* [Internet]. Enero de 2016 [citado 6 de febrero de 2022];32(1):295-306. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-97282016000100034&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Bosch-Fiol E, Ferrer-Pérez V. Nuevo mapa de los mitos sobre la violencia de género en el siglo XXI | *Psicothema* .[Internet]. 31 de diciembre de 2012[citado 6 de febrero de 2022];24(4):548-54. Disponible en: <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/9702>
5. Violencia contra la mujer [Internet]. Naciones Unidas 8 de marzo de 2021 [citado 6 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
6. Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019 - Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género [Internet]. [citado 13 de febrero de 2022].341 Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/Macroencuesta2019/home.htm>
7. Blanco P, Ruiz-Jarabo C, García de Vinuesa L, Martín-García M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres [Internet]. *Gac Sanit*. 13 de mayo de 2004. [citado 13 de febrero de 2022];18:182-8.

Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-content-articulo-13062524>

8. La violencia sobre la mujer en el ámbito internacional - Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género [Internet]. [citado 9 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/marcoInternacional/ambitoInternacional/home.htm>
9. Rebollo Vizuite, Elisa González García, José et al. PSanitarioVG2012.pdf- Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género [Internet]. [citado 9 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>
10. Guía del sistema de acción y coordinación en casos de violencia de género en España - Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género [Internet]. [citado 13 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/informacionUtil/guia/home.htm>
11. Rodríguez-Blanes GM, Vives-Cases C, Miralles-Bueno JJ, San Sebastián M, Goicolea I. Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados [Internet]. Gaceta Sanitaria. 1 de septiembre de 2017 [citado 13 de febrero de 2022];31(5):410-5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117300092>
12. Barandela MAL, Alonso ER, María T, Feijó C, Zorelle AP, Montes BO, et al. Conocimiento y actitudes de los profesionales de urgencias sobre la violencia de género [Internet]. Páginas enferurg.com 10. Septiembre 2010 [citado 13 de febrero de 2022] 10(2):36-45. Disponible en: [Páginasenferurg.com_nÂ°07](http://paginasenferurg.com_nÂ°07) (paginasenferurg.com)
13. Calvo González G, Camacho Bejarano R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje [Internet]. eglobal. 1 de enero de 2014 [citado 13 de febrero de 2022];13(1):424-39. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/181941>
14. Goicolea I, Mosquera P, Briones-Vozmediano E, Otero-García L, García-Quinto M, Vives-Cases C. Primary health care attributes and responses to intimate partner violence in Spain [Internet]. Gaceta Sanitaria. 1 de mayo de 2017 [citado 13 de febrero de 2022];31(3):187-93. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117300353>
15. Víctor Pelegrín Hernando, Eva Pelegrín Hernando. Violencia de género en el servicio de urgencias hospitalarias [Internet]. Revista Electrónica de Portales Medicos.com. 5 de agosto de 2020 [citado 9 de febrero de 2022] 15(15)801. Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/violencia-de-genero-en-el-servicio-de-urgencias-hospitalarias/#google_vignette
16. OMS | Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres: resumen [Internet]. WHO. World Health Organization; 2014 [citado 10 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/es/>
17. Claudia García-Moreno, Christina Pallitto, Karen Devries, Heidi Stöckl and Charlotte Watts, et al. Global and regional estimates of violence against women [Internet]. WHO. World Health Organization. 20 de octubre de 2013. [citado 12 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241564625>
18. David Wells, Wendy Taylor, Tanya Smith, Marcellina Mian, Alexandra Welborn, et al. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. [Internet]. WHO. World Health Organization; 2003. [citado 12 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42788>
19. Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children [Internet]. WHO. World Health Organization; 2016 [citado 10 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/global-plan-of-action/en/>

20. Isabel ruiz p rez, Carmen ag iera urbano, Guadalupe pastor moreno, Olivia p rez corral, Amets suess schwend, et al. Protocolo sanitario violencia de género andalucía [Internet]. Conserjería de Salud y Familias de Andalucía. 2020 [citado 13 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2020/comun-2020-protocolo-andaluz-actuacion-sanitaria-vg.pdf
21. Rapport mondial sur la violence et la santé: résumé. [Internet] WHO. World Health Organization. 2002 [citado 13 de abril de 2022]. Disponible en: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67410/a77101_fre.pdf;sequence=1
22. Protocolo sanitario violencia de género país vasco [Internet]. Portal del gobierno vasco. 1 de mayo de 2019 [citado 24 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/guia_violencia_genero/es_def/adjunto/s/guia_rap_viol_genero_es.pdf
23. Claudia García-Moreno, Alessandra Guedes y Wendy Knerr. WHO_RHR_12.35_spa.pdf [Internet]. WHO. World Health Organization.2013 [citado 12 de febrero de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98788/WHO_RHR_12.35_spa.pdf?sequence=1
24. Sonia Martínez Alonso. Efectos de la violencia de género a nivel psicológico [Internet]. Revista digital INESEM. 2019 [citado 13 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://revistadigital.inesem.es/educacion-sociedad/violencia-de-genero/>
25. Protocolo sanitario violencia de género Navarra. [Internet] Instituto Navarro de la Mujer [citado 13 de febrero de 2022]:72. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/C4809194-6312-455C-AA07-07F9394B3522/107517/ProtocoloActuacionINAM1.pdf>
26. Protocolo sanitario violencia de género cataluña [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2009 [citado 24 de abril de 2022]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3515/abordatge.pdf>
27. Protocolo sanitario violencia de género aragón [Internet]. Portal del gobierno de Aragón. 2018 [citado 24 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/protocolo_v5_def.pdf/faf60b97-c1a7-d760-78dc-ba7dd0326566
28. Elvira Muslera Canclini, María Luisa García Menéndez, Marta González Sánchez, Dolores Martín Rodríguez, Julio Bruno Bárcena. Protocolo sanitario violencia de género asturias [Internet]. Portal de Salud del Principado de Asturias. 2016 [citado 24 de abril de 2022]. Disponible en: <https://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/6801/1/Archivo.pdf>
29. M. Carme Vidal Mangas, Rosa Maria Adrover Barceló, M. Eugenia Carandell Jager, et al. Protocolo sanitario violencia de género baleares [Internet].Conserjería de salud y consumo de las islas baleares. 2017 [citado 24 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.ibsalut.es/es/component/easyfolderlistingpro/?view=download&format=raw&data=eNpFkM9qWzAMx1_F-L7ZacfWurfBjoXBBjsax1ESgWMF2e0KYw-0w56iLzbnT9nF6Psk_STZmaoyX8k8GtlSaIDloYi9kaohnxRz3yvG6CnSSAkzsXpl8pAaqZc3tdHVTm_13h4hd2CH6U3JWcvhWH-0E6zw5SkBL_g0W0bqW6o7Qcr_o5-MtHb2JrVbWqMbYJLayHm9xcVGHtDopYkhjC73U3pTpKruXtsMjpHENXjGOiB17Nrrr1u5LQa4cbcFXFyuyuQpkDgjlZRHXCcaEN31XCcC01xcZSRcXPIajU27rguXERnSbZeqsFxczs73A8RSXc9u-dCR4YzwuZz5YGskWIZ__wFtOn4e
30. Protocolo sanitario violencia de género canarias [Internet]. Portal del gobierno de Canarias. 2018 [Citado 24 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/listaImagenes.jsp?idCarpeta=46a3e0a2-75c8-11e2-bc0c-6512fc1bab5e&idDocument=046b7b81-75d6-11e2-bc0c-6512fc1bab5e>
31. Icíar Armentia González, Eva Arroyo Valiente, Ana Estébanez Ortega, et al. Protocolo sanitario

- violencia de género cantabria [Internet]. Conserjería de sanidad y servicios sociales de Cantabria. 2018 [Citado 24 de abril de 2022]. Disponible en: <https://mujerdecantabria.com/wp-content/uploads/2018/04/protocolo-sanitario-violenci-de-genero-cantabria.pdf>
32. Protocolo sanitario violencia de género Castilla la Mancha [Internet] Instituto de la Mujer de Castilla la Mancha. 2009 [citado 24 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en/ssi/violenciaGenero/QueHacer/protocoloActuacion/comunidadAutonoma/docs/CastillaLaMancha_Copy.pdf
 33. M^a del Carmen Fernández Alonso, Lydia Salvador Sánchez, et al. Protocolo sanitario violencia de género Castilla y León [Internet]. Portal de la Junta de Castilla y León. 2019 [citado 24 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/guia-clinica-actuacion-sanitaria-violencia-genero.ficheros/958126-Gu%C3%ADa%20cl%C3%ADnica%20de%20actuaci%C3%B3n%20sanitaria%20ante%20la%20Violencia%20de%20G%C3%A9nero.pdf>
 34. Yolanda Álvarez Gallego, Jesús Miguel García Ortiz, M^a Pilar Guijarro Gonzalo , et al. Protocolo sanitario violencia de género Extremadura [Internet]. Portal de la junta de Extremadura. 2016 [citado 24 de abril de 2022]. Disponible en: http://www.juntaex.es/filescms/comunicacion/uploaded_files/2016/Sanidad_y_Politicas_Sociales/11_Noviembre/Protocolo_VG_Definitivo_07112016.pdf
 35. Victoria Cal Durán, María Teresa Calabuig Martínez, Nuria De Castro-Acuña Iglesias, et al. Protocolo sanitario violencia de género Galicia. [Internet]. Portal de la junta de Galicia. 2020 [citado 24 de abril de 2022]:129. Disponible en: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Violencia_de_x%C3%A9nero_Procedemento_de_cribado_e_actuaci%C3%B3n_en_sa%C3%BAde
 36. Protocolo sanitario violencia de género la Rioja [Internet]. Portal del gobierno de la Rioja. 2018 [Citado 24 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.larioja.org/edu-atend- diversidad/es/protocolos/violencia-genero.ficheros/1071631-Resoluci%C3%B3n%20Protocolo%20Violencia%20de%20G%C3%A9nero.pdf>
 37. Protocolo sanitario violencia de género Valencia [Internet]. Conserjería de Salud pública de Valencia. 2020 [Citado 24 de abril de 2022]. Disponible en: http://www.san.gva.es/documents/7260336/8906787/Protocolo_asistencia_sanitaria_victimas_violencia_genero_urgencias
 38. Cristina Polo Usaola, Isabel Romero Claver, Marisa Pires Alcaide, et al. Protocolo sanitario violencias de género Madrid [Internet]. Portal de la comunidad de Madrid.[Citado 24 de abril de 2022]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017023.pdf>
 39. Marina Tourné García, Mónica Ruiz Hernández, M^a Concepción Escribano Sabater, Amor Gea Serrano, Emilia Salmerón Arjona. Protocolo sanitario violencias de género Murcia [Internet]. Portal del servicio murciano de salud. 2007 [citado 24 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.um.es/documents/4874468/11013123/protocoloviolgeneromurcia-genero.pdf/360dbca2-c485-4d7c-a3f2-4cc596010958>

ANEXOS:

Anexo I: Glosario de términos

- **Género:** Constructo sociocultural más allá de las características biológicas de los individuos que establece las características, normas y comportamientos en relación a la feminidad y la masculinidad. Estas mismas normas de género son las que establecen las relaciones de poder entre hombres y mujeres y el desarrollo de situaciones de desigualdad como el patriarcado, predominante en muchos contextos sociales.
- **Víctima:** En el contexto de este trabajo se refiere a las mujeres que puedan estar expuestas a cualquier tipo de violencia.
- **Mujeres en situación de violencia:** Incluye a todas aquellas mujeres que se encuentren en un ámbito de violencia familiar, laboral, docente, comunitaria e institucional. Esta situación de violencia puede desembocar en situaciones de discriminación, exclusión, y limitación de los propios derechos por construcciones sociales de género.
- **Agresor:** Persona que influye cualquier tipo de violencia contra las mujeres.
- **Violencia en pareja:** Todos aquellos actos de agresividad y control a manos de la pareja desde la constitución de la relación y que causen un daño físico, sexual o psicológico. Este término también se conoce como violencia doméstica. En el caso de presentarse en personas jóvenes con relaciones de duración variable y sin cohabitación se conoce como violencia en citas.
- **Violencia económica:** Supone el control de los recursos económicos por parte del perpetrador del maltrato, impidiendo que la mujer participe de forma activa en la distribución de los recursos y los gastos, generando una relación de dependencia económica en la mujer al tener que pedir permiso para poder hacer uso del patrimonio común o propio para la satisfacción de las necesidades propias o familiares.
- **Violencia ambiental:** Acciones violentas dirigidas al entorno para intimidar a la

víctima. En esta forma de violencia se incluyen actos como romper y golpear objetos que puedan presentar un valor especial, el maltrato a los animales domésticos, etc.

- **Violencia simbólica:** Se basa en las formas de representación de la figura femenina en el arte, los medios de comunicación, la cultura, el lenguaje y la ciencia, relacionado por lo general a las mujeres como objetos pasivos y con amplias connotaciones sexuales. La invisibilización de la figura femenina también supone parte de este tipo de violencia.
- **Violación:** Agresión sexual en la que se introduce el pene o cualquier objeto o miembro corporal por vía vaginal o anal de forma no consentida para la obtención del placer sexual propio o como forma de represalia hacia la persona agredida. También se produce agresión sexual en situaciones en las que no se presenta contacto físico, siempre y cuando se amenace o coaccione a la otra persona a realizar cualquier acto de índole sexual en contra de su voluntad.
- **Acoso sexual:** Conjunto de comportamientos verbales y no verbales de índole sexual, y no deseados que atentan directamente contra la dignidad de la mujer crean un entorno de hostilidad y humillación para esta. El acoso sexual se puede dar en el ámbito laboral, docente, familiar o en cualquier situación en la que exista una relación jerárquica de superioridad frente a la víctima.
- **Igualdad de género:** Igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades en todos los ámbitos de hombre y mujeres independientemente de su sexo.
- **Desigualdad de género:** Incluye toda forma de exclusión o restricción en base al sexo que niega el disfrute de los derechos y libertades políticas, económicas, sociales, culturales y civiles de las mujeres.
- **Feminismo:** Movimiento político y social que surgió en el siglo XVIII y que lucha por el reconocimiento de los derechos y libertades de las mujeres independientemente de su sexo y eliminar la dominación de los varones sobre las mujeres.
- **Patriarcado:** Mecanismo de organización social en la que se atribuye una situación de privilegio, poder, dominancia y supremacía del hombre sobre la mujer, produciendo la opresión de estas tanto en la esfera pública como privada.

- **Machismo:** Conjunto de creencias y prácticas sociales mantenidas en el tiempo que refuerzan las relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres, denigrando todas aquellas actitudes y formas de vida que no cumplan con el estereotipo de poder y supremacía masculina.
- **Misoginia:** Conjunto de creencias, actitudes y comportamientos de odio, repulsión y aversión por parte de un individuo hacia las mujeres, basados en las ideas de sumisión de la mujer a la figura masculina o de poder.
- **Situación de vulnerabilidad:** Características de una persona o grupo y su situación, que influyen en su capacidad de anticipar, lidiar, resistir y recuperarse del impacto de una amenaza. En esta definición la vulnerabilidad se ubica en una dimensión social.
- **Discriminación:** Toda distinción o exclusión basada en aspectos como la nacionalidad, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, religión, o cualquier característica personal que puede impedir el reconocimiento de los derechos y la igualdad entre personas.
- **Estereotipo:** Conjunto de ideas preconcebidas de origen social y cultural que afectan negativamente a los grupos a los que se asocian dichos términos.
- **Frecuencia de la violencia:** Regularidad en la que se presentaron los actos violentos en los últimos 12 meses. Se mide de forma cualitativa y según la percepción de la persona entrevistada.
- **Duración de la violencia:** Tiempo transcurrido desde el inicio de los actos violentos.
- **Empoderamiento:** Proceso por el cual, en este caso, las mujeres, escapan de una situación de opresión, desigualdad e incluso maltrato y limitación de sus derechos al contar con los sistemas de apoyo necesarios para ello. En el ámbito sanitario también incluye el fomento de las actividades de autocuidado en la vida diaria.

Anexo II: Fase de cambio de la mujer

Además de valorar la fase en la que se encuentra la relación víctima-agresor, en la actuación con mujeres maltratadas es importante conocer la capacidad de las mismas para valorar su propia situación, ser conscientes de lo que esta implica e intentar llevar a

cabo un cambio, es decir, la fase de cambio en la que se encuentran. Estas fases suponen un factor determinante a la hora de aplicar cualquier tipo de medida o actuación en cualquier ámbito sociosanitario, siendo ellas mismas la que marcan el tipo y ritmo de las medidas a aplicar en función de su disposición al cambio. Las actuaciones precipitadas y carentes de valoración sobre la disposición al cambio por parte de la mujer suponen un de los principales elementos para la escasa efectividad de las mismas.

En la actualidad podemos distinguir cuatro fases de cambio:

- Fase de precontemplación: La mujer se presenta ajena a la situación de maltrato. Es tarea del personal sociosanitario, como los profesionales de enfermería, informar sobre qué es el maltrato, su gravedad, el ciclo de la violencia, la posible relación de esta situación con sus síntomas, la no tolerancia ni justificación del mismo bajo ninguna circunstancia, los riesgos y peligros que implica, así como informar sobre los diversos recursos disponibles en caso de violencia contra la mujer. En esta fase se recomienda dejar a la mujer una puerta abierta para la atención a no ser que exista un riesgo inminente para la vida de la víctima y sea necesario llevar a cabo una actuación inmediata.
- Fase de contemplación: En esta fase la mujer comienza a tomar consciencia del maltrato. Las actuaciones a realizar se basan en el refuerzo de las medidas especificadas en la etapa anterior, así como identificar las razones por las que la víctima mantiene la relación con su agresor (miedo, dependencia económica, hijos en común, falta de apoyo por parte de su círculo cercano,...). Es recomendable hacerle ver a la mujer la posibilidad de salir de la situación de abuso y tener un futuro, así como proponerle la derivación a otros recursos en función de sus necesidades (trabajador social, psicólogo,...).

En caso de que la víctima se encuentre en una situación de riesgo inminente se debe elaborar un plan de seguridad y huida (esta última si residiera con su agresor), destacando elementos como:

- Disponer de un teléfono móvil y los números de contacto de organismos policiales, asociaciones y personas de confianza, haciéndoles saber que una llamada puede indicar que se está produciendo una situación de riesgo.
- Preparar elementos de higiene básica, ropa, medicamentos, documentación como

el DNI o la tarjeta sanitaria, dinero y tarjetas de crédito, etc.

- En el caso de que tenga hijos u otras personas a su cargo, se debe preparar todo lo que puedan precisar a la hora de la huida, como elementos de higiene básica, ropa o algún elemento tranquilizador como un juguete.
- En casos más extremos se debe plantear presentar una denuncia en los servicios policiales o judiciales, así como la notificación de la situación al juzgado por parte del personal sociosanitario.
- Fase de preparación: La mujer es plenamente consciente de su situación y empieza a tomar decisiones y a elaborar planes de futuro. Los profesionales sociosanitarios deben participar activamente en estos, ofreciendo recursos en la medida de lo posible y valorando las expectativas de la mujer. Como en la etapa anterior se debe tener presente la elaboración de un plan de seguridad y huida.
- Fase de acción: La mujer comienza a aplicar acciones para el cambio, contando con el apoyo de los recursos previamente mencionados, evitando que se sienta sola y reafirmando todo el camino realizado desde la fase de precontemplación, motivándola a continuar con las medidas acordadas. En esta fase el plan de seguridad de protección y seguridad cobra mayor importancia, ya que la liberación de la mujer de la situación de maltrato puede provocar un aumento de la intensidad y frecuencia de las agresiones por parte del agresor.
- Fase de mantenimiento: Esta fase la protagonizan las principales redes de apoyo de la mujer, que mediante su apoyo buscan evitar su recaída en la situación de maltrato anterior. Supone un momento de reconstrucción personal, familiar, social, económico, y laboral. En algunos casos se produce un proceso de duelo al dejar atrás al agresor, debiendo las afectadas identificar este proceso como algo completamente normal para evitar el riesgo de recaída. Las medidas de seguridad y huida siguen tomando un lugar destacado durante esta fase.
- Fase de recaída: La víctima vuelve a una fase anterior en su proceso de cambio. En caso de que se produzca esta situación las principales redes de apoyo de la mujer deben evitar cualquier tipo de juicio hacia sus decisiones y situación como medida para no provocar una victimización secundaria, centrándose en apoyar y reconducir a la mujer a la contemplación de la situación de maltrato y la actuación en

consecuencia.

Anexo III: Principales indicadores de sospecha de violencia de género

Tabla 2: Principales indicadores de sospecha de violencia de género

Antecedentes de violencia:
<ul style="list-style-type: none">• Haber sufrido relaciones de maltrato en la pareja• Haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia, abusos y/o agresiones sexuales.
Problemas gineco-obstétricos:
<ul style="list-style-type: none">• Ausencia de control de la fecundidad (muchos embarazos, embarazos no deseados o no aceptados).• Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos• Dispareunia, dolor pélvico, infecciones ginecológicas de repetición, anorgasmia, dismenorrea.• Historia de abortos repetidos• Hijos con bajo peso al nacer• Retraso en la solicitud de atención prenatal.
Síntomas psicológicos:
<ul style="list-style-type: none">• Insomnio• Depresión• Ansiedad• Trastorno de estrés postraumático• Intentos de suicidio• Baja autoestima• Agotamiento psíquico• Irritabilidad• Trastornos de la conducta alimentaria• Labilidad emocional
Síntomas físicos frecuentes:

- Cefalea
- Cervicalgia
- Dolor crónico en general
- Mareos
- Molestias gastrointestinales
- Molestias pélvicas
- Dificultades respiratorias

Características de las lesiones:

- Retraso en la demanda de asistencia de lesiones físicas
- Incongruencia entre el tipo de lesiones y la explicación de la causa
- Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara/cabeza, brazos o muslos
- Lesiones por defensa (en antebrazos y región dorsal)
- Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de largo tiempo de evolución
- Lesiones en genitales
- Lesión típica: rotura de tímpano

Actitud de la mujer:

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

<p>– Temerosa de las respuestas</p> <p>– Busca constantemente su aprobación</p>
<p>Actitud de la pareja:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Solicita estar presente en toda la visita • Muy controlador, siempre contesta es, o por el contrario, despreocupado, despectivo o intentando banalizar los hechos • Excesivamente preocupado o solícito con ella • A veces colérico u hostil con ella o con el profesional

Fuente: Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad

Anexo IV: Cuestionario AAS

1. ¿En alguna ocasión ha sufrido maltrato emocional, físico o sexual de su marido/pareja?

NO → Fin del cuestionario

SÍ → Continuar cuestionario

¿Qué edad tenía usted?..... (años)

¿Durante cuánto tiempo?..... (años/meses)

¿Quién lo ha hecho?..... *

2. ¿Durante el último año le han gritado; se ha sentido humillada, insultada, menospreciada, amenazada, asustada, controlada o ha sufrido otra forma de malos tratos emocionales?

NO

SÍ

¿Con qué frecuencia?

Algunas veces

Frecuentemente

Muy frecuentemente

3. Durante el último año, ¿ha sufrido empujones, aturdimientos, golpes, patadas u otra forma de malos tratos físicos?

NO

SÍ

¿Quién lo ha hecho?..... *

¿Cuántas veces?.....

4. Durante el último año, ¿se ha visto forzada a mantener relaciones sexuales?

NO

SÍ ¿Quién lo ha hecho?..... *

¿Cuántas veces?

*** Códigos para identificar al agresor:**

1. Marido/Pareja

2. Exmarido/Expareja

3. Padre/Padraastro/Compañero de la madre

4. Hombre conocido del entorno/Familiares

5. Desconocido

6. Otros..... (especificar)

En caso de que la posible víctima de malos tratos estuviera embarazada se añaden al cuestionario una serie de preguntas:

5. Desde que está embarazada, ¿le han gritado; se ha sentido humillada, insultada, menospreciada, amenazada, asustada, controlada o ha sufrido otra forma de malos tratos emocionales?

NO

SÍ ¿Quién lo ha hecho?..... *

Con qué frecuencia?

Algunas veces

Frecuentemente

Muy frecuentemente

6. Desde que está embarazada, ¿ha sufrido empujones, bofetadas, golpes, patadas u otra forma de malos tratos físicos?

NO

SÍ ¿Quién lo ha hecho?..... * ¿Cuántas veces?

Imagen I: Cuestionario AAS. Fuente: Portal del servicio Gallego de Salud.

Resultados:

- En caso de que la paciente no presente indicadores de sospecha y niegue la primera pregunta se debe registrar en la historia clínica como AAS negativo.
- Si niega la primera pregunta pero presenta indicadores de sospecha se debe registrar en la historia clínica como mujer con sospecha de malos tratos.
- En caso de presentar una respuesta positiva en el resto de preguntas se considera a la

paciente como posible víctima de malos tratos.

Anexo V: Cuestionario DA

	SÍ	NO
1. En el último año, ¿ha aumentado la violencia emocional o física en severidad o frecuencia?		
2. ¿Tiene algún arma de fuego?		
3. ¿Está en paro?		
4. ¿Ha amenazado con matarla?		
5. ¿Se ha librado de ser detenido por violencia de género?		
6. ¿La ha forzado a mantener relaciones sexuales?		
7. ¿En alguna ocasión ha intentado estrangularla?		
8. ¿Consume drogas (por ejemplo, estimulantes o anfetaminas, speed, polvo de ángel, cocaína, heroína, drogas de diseño o mezclas)?		
9. ¿Tiene algún problema con el alcohol o es alcohólico?		
10. ¿Se pone celoso de forma violenta? (por ejemplo, dice "si yo no puedo tenerte, nadie te tendrá").		
11. ¿Amenaza con hacer daño a sus hijos o hijas?		
12. ¿Cree que es capaz de matarla?		
13. ¿La persigue o la espía, le deja notas o mensajes amenazantes, rompe sus cosas, o la llama cuando usted no quiere?		
14. ¿En alguna ocasión, ha amenazado o intentado suicidarse?		
15. ¿En alguna ocasión, la ha golpeado cuando estuvo embarazada? NO SÍ NUNCA HE ESTADO EMBARAZADA DE ESE HOMBRE		
16. En el último año, ¿ha dejado a su pareja o expareja después de haber vivido juntos? NO SÍ NUNCA HE VIVIDO CON ESE HOMBRE		

<p>17. ¿Controla la mayoría o todas sus actividades diarias? (por ejemplo, le dice con quién puede hacer amistades, cuándo puede ver a su familia, cuánto dinero puede gastar, o cuándo puede coger el coche, etc.).</p> <p>NO</p> <p>SÍ</p> <p>LO INTENTA PERO NO LE DEJO</p>		
<p>18. En alguna ocasión, ¿ha usado algún arma contra usted o la ha amenazado con ella?</p> <p>NO</p> <p>SÍ</p> <p>¿Fue con arma de fuego? NO</p> <p>SÍ</p>		
19. ¿Tiene usted alguna hija o hijo que no sea de la persona que la agrede?		
20. ¿En alguna ocasión usted ha amenazado con suicidarse o lo ha intentado?		

Imagen II: Cuestionario DA. Fuente: Portal del servicio Gallego de Salud.

Cada respuesta afirmativa supone un punto y cada respuesta negativa cero puntos. En caso de obtener una puntuación mayor o igual a 4 se considera que la mujer se encuentra en peligro extremo de homicidio o suicidio.

Anexo VI: Esquema de trabajo en servicios de atención primaria y de urgencias

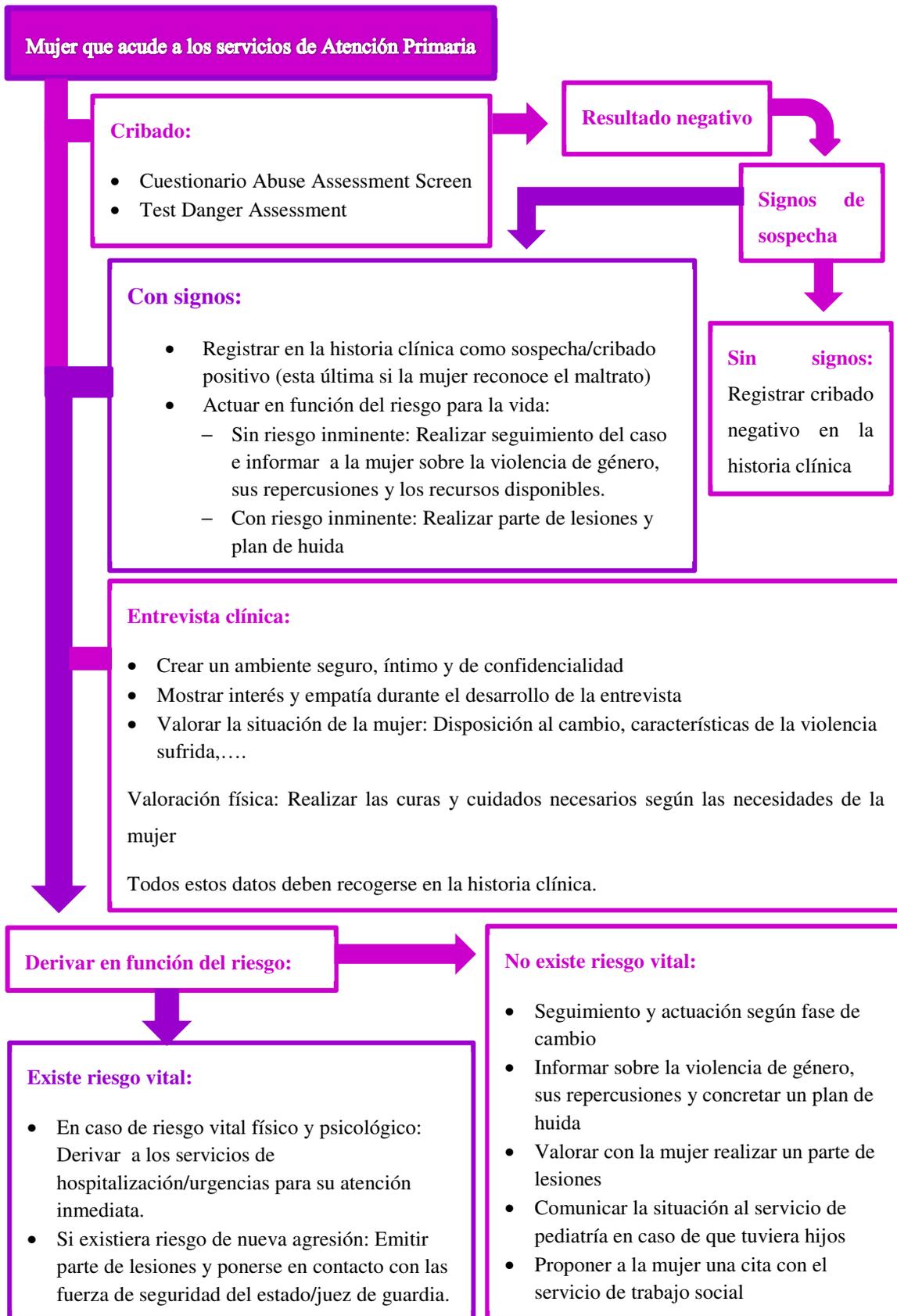


Figura I: Esquema de cribado y atención de violencia de género en atención primaria (diseño propio)

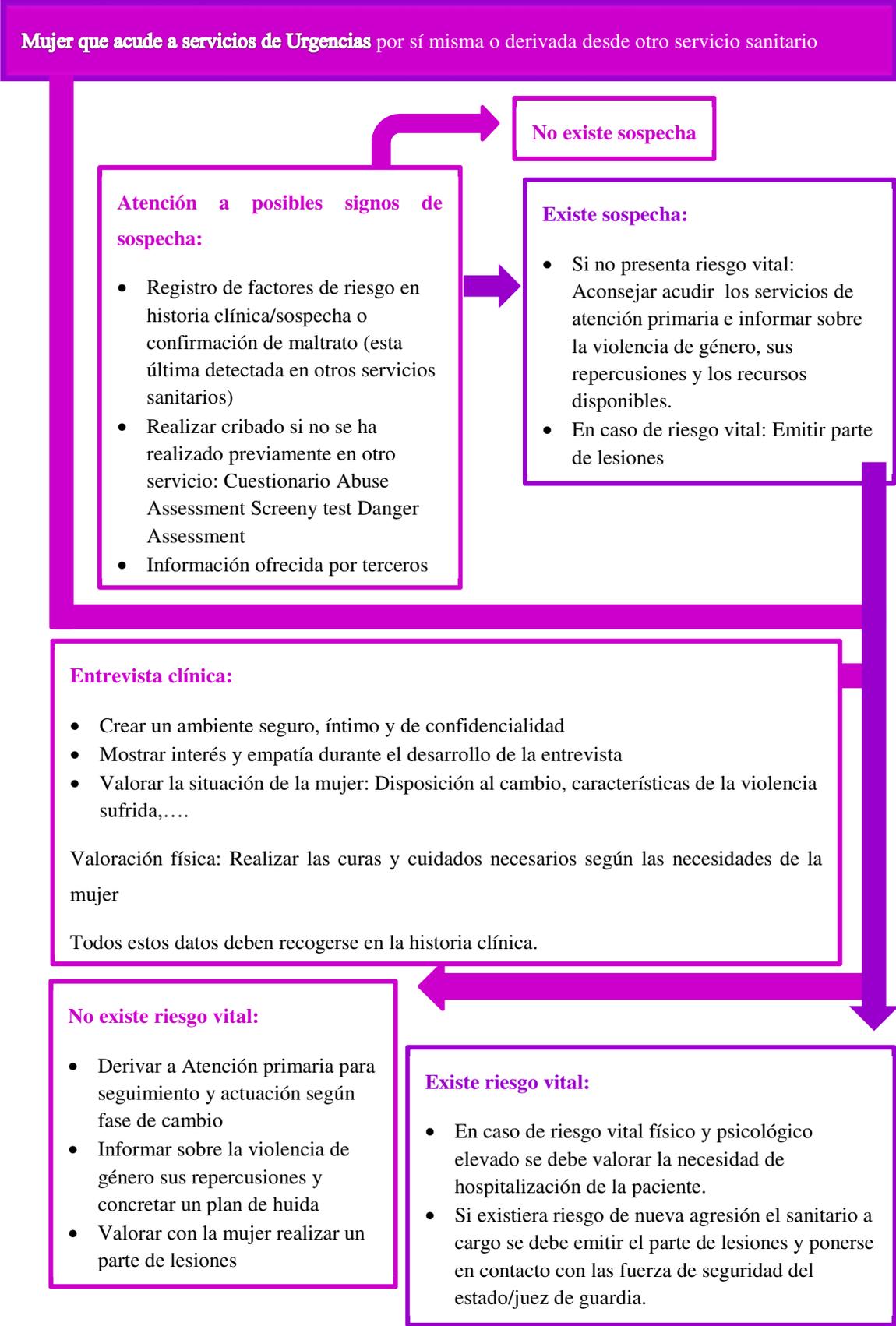


Figura II: Esquema de cribado y atención de violencia de género en urgencias (diseño propio)