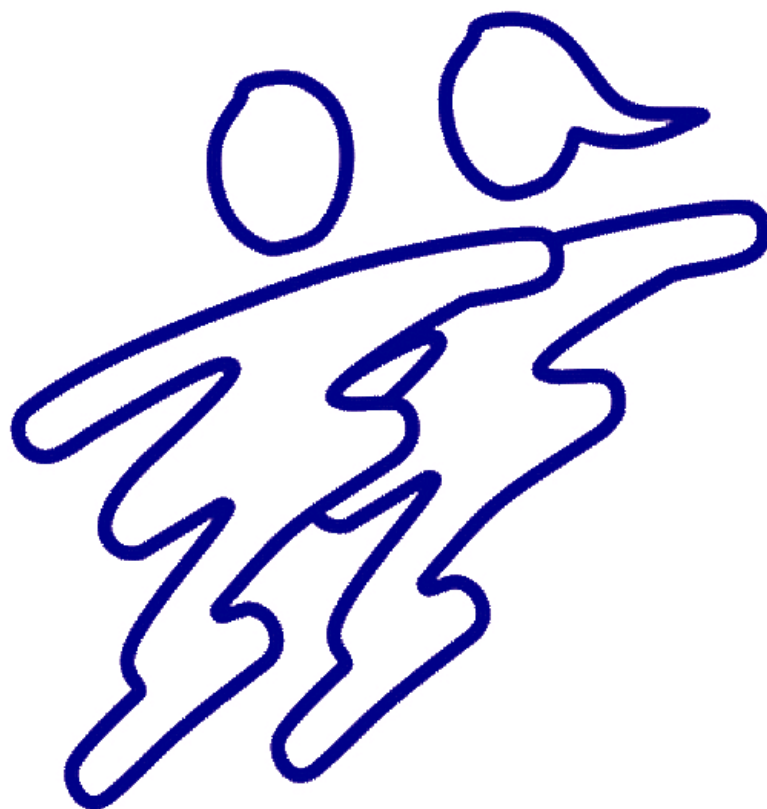




Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia machista en las Illes Balears



G CONSELLERIA
O SALUT
I DIRECCIÓ GENERAL
B SALUT PÚBLICA
/ PARTICIPACIÓ



Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia machista en las Illes Balears



G CONSELLERIA
O SALUT
I DIRECCIÓ GENERAL
B SALUT PÚBLICA
/ I PARTICIPACIÓ

Edición

Dirección General de Salud Pública y Participación

Colaboración

Dirección General del Servicio de Salud de las Islas Baleares
Instituto Balear de la Mujer

Coordinación técnica del documento

Vidal Mangas, M. Carme
Enfermera. Coordinadora de Salud y Género. Dirección General de Salud Pública y Participación

Han participado en la elaboración de este documento:

Adrover Barceló, Rosa Maria
Enfermera de Atención Primaria de Mallorca. Centro de Salud Arquitecto Bennàssar
Carandell Jager, M. Eugenia
Médica de Familia. Gabinete Técnico del Servicio de Salud de las Islas Baleares
Carmona Franco, Alejandra
Psicóloga clínica. Unidad de Salud Mental Cruz Roja. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
Corrionero Soto, Consuelo
Médica de familia. Área de Salud de Ibiza y Formentera
Florit Juaneda, Maria
Enfermera. Área de Salud de Menorca
García Barata, Marian
Matrona. Coordinadora de la estrategia de salud sexual y reproductiva. Dirección General de Salud Pública y Participación
García Sintés, Ángeles
Enfermera. Área de Salud de Menorca
Gibert Castanyer, Maria Josep
Ginecóloga. Médica responsable del Servicio de Ginecología de Son Espases
Mascaró García, Ana
Mediadora intercultural. Atención Primaria de Mallorca
Llobera Cifre, Rosa
Matrona. Atención Primaria de Mallorca
Ortega Merino, Susana
Trabajadora social. Instituto Balear de la Mujer
Pasamón Lara, Eva.
Médica de familia. Área de Salud de Ibiza y Formentera
Pisà Gaià, Marta
Enfermera de Atención Primaria de Mallorca
Salva Salleras, M. Carme
Técnica superior. Instituto Balear de la Mujer
Villafáfila Gomila, Carlos Javier
Enfermero. Subdirector de Cuidados Asistenciales y Atención al Usuario. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Zuabi García, Laila Belén
Médica. Servicio de urgencias del Hospital Son Llàtzer

Revisión:

Bosch Fiol, Esperanza. Profesora Titular de la Universidad de Psicología. Universidad de las Islas Baleares
Esteva Cantó, Magdalena. Gabinete Técnico de Atención Primaria de Mallorca
Ferrer Pérez, Victoria Aurora. Catedrática Universitaria de Psicología Social de Género. Universidad de las Islas Baleares
Madrid Domenech, Ana María. Colegio Oficial de Psicología de las Islas Baleares
Torrents Juanola, Eva. Grupo de Trabajo Social del Área de Salud de Menorca
Vidal Thomàs, Clara. Gabinete Técnico de Atención Primaria de Mallorca
Ayuntamiento de Palma. Área de Educación, Igualdad y Derechos Cívicos
Asociación Balear de Matronas
Asociación Balear de Enfermería Comunitaria
Colegio de Educadoras y Educadores Sociales de las Islas Baleares
Colegio Oficial de Enfermería de las Islas Baleares
Colegio Oficial de Médicos de las Islas Baleares
Colegio Oficial Trabajo Social de las Islas Baleares
Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de las Islas Baleares
Médicos del Mundo Baleares
Sociedad Balear de Medicina Familiar y Comunitaria

Revisión lingüística:

Juana M. Munar Oliver

Impreso en:

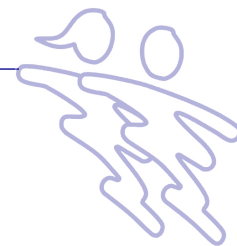
Esment Impremta

DL: PM 1139-2017

TABLA DE CONTENIDOS

PRÓLOGO.....	7
1. INTRODUCCIÓN.....	9
2. CONCEPTOS GENERALES.....	11
3. MAGNITUD DEL PROBLEMA.....	15
4. LA VIOLENCIA MACHISTA EN EL MARCO DE LA PAREJA O EXPAREJA.....	18
4.1 EL PROCESO DE LA VIOLENCIA EN EL MARCO DE LA PAREJA O EXPAREJA.....	18
4.2 MITOS Y ESTEREOTIPOS DE LA VIOLENCIA MACHISTA.....	20
4.3 RAZONES POR LAS QUE LAS MUJERES NO DENUNCIAN.....	22
4.4 DIFICULTADES PARA IDENTIFICAR LA VIOLENCIA MACHISTA.....	23
4.5 MUJERES EN SITUACIONES DE ESPECIAL VULNERABILIDAD.....	24
4.6 HIJAS E HIJOS DE MUJERES QUE SUFREN VIOLENCIA MACHISTA.....	26
4.7 CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA MACHISTA EN LA SALUD.....	28
5. EL PERSONAL SANITARIO ANTE LA VIOLENCIA MACHISTA.....	31
6. OBJETIVOS.....	32
7. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PREVENTIVAS.....	33
8. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LA VIOLENCIA MACHISTA EN EL MARCO DE LA PAREJA O EXPAREJA.....	34
A. DETECCIÓN.....	34
B. VALORACIÓN.....	38
C. PLAN DE ACTUACIÓN SANITARIA.....	42
1. PLAN DE ATENCIÓN A LA MUJER QUE PRESENTA INDICADORES DE SOSPECHA Y NO RECONOCE SUFRIR MALOS TRATOS.....	45
2. PLAN DE ATENCIÓN A LA MUJER QUE RECONOCE SUFRIR MALOS TRATOS Y NO SE PERCIBE PELIGRO.....	46
3. PLAN DE ATENCIÓN A LA MUJER QUE RECONOCE SUFRIR MALOS TRATOS Y SE PERCIBE PELIGRO.....	47
4. PLAN DE ATENCIÓN A LA MUJER QUE NO RECONOCE SUFRIR MALOS TRATOS Y SE PERCIBE PELIGRO.....	48
5. PLAN DE ATENCIÓN A HIJAS E HIJOS EN CASOS DE SUFRIR MALOS TRATOS DIRECTOS O INDIRECTOS.....	49
6. PLAN DE ATENCIÓN DESDE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.....	50
9. ABORDAJE DE LA VIOLENCIA MACHISTA EN EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO EN EL MARCO DE LA PAREJA O EXPAREJA.....	52
10. ABORDAJE DE LA VIOLENCIA MACHISTA EN MUJERES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL MARCO DE LA PAREJA O EXPAREJA.....	60
11. ABORDAJE EN CASOS DE AGRESIONES SEXUALES.....	68
12. TRATA DE MUJERES Y NIÑAS CON FINES DE EXPLOTACIÓN SEXUAL.....	74
13. MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA.....	80
14. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.....	82
15. FIGURA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE VIOLENCIA MACHISTA.....	84
16. COMISIÓN DE SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO.....	85
17. BIBLIOGRAFÍA.....	86

18. ANEXOS.....	92
ANEXO 1. PLAN DE SEGURIDAD.....	92
ANEXO 2. RECURSOS SOCIALES, JURÍDICOS, PSICOLÓGICOS Y DE ACOGIDA.....	93
ANEXO 3. INSTRUCCIONES DERIVACIÓN A RECURSOS SOCIALES, JURÍDICOS, PSICOLÓGICOS Y ACOGIDA	101
ANEXO 4. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE FOLLETOS INFORMATIVOS	105
ANEXO 5. HOJA PARA LA SOLICITUD DE FOLLETOS AL INSTITUTO BALEAR DE LA MUJER.....	106
ANEXO 6. CENTROS SANITARIOS DE REFERENCIA PARA CASOS DE AGRESIONES SEXUALES.....	107
ANEXO 7. FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD	108
ANEXO 8. DECANATOS, FISCALÍA Y JUZGADOS	110
ANEXO 9. RECURSOS COLEGIO DE ABOGADOS DE LAS ISLAS BALEARES	113
ANEXO 10. RECURSOS CRUZ ROJA ESPAÑOLA.....	114
ANEXO 11. AYUDAS ECONÓMICAS	115
ANEXO 12. RECURSOS Y REDES RELACIONADOS CON MUJERES QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN Y/O SON VÍCTIMAS DE TRATA.....	116
ANEXO 13. HOJA DERIVACIÓN ATENCIÓN PSICOLÓGICA MALLORCA IB-DONA.....	118
ANEXO 14. HOJA DERIVACIÓN A LA OFICINA DE LA MUJER DE EIVISSA.....	122
ANEXO 15. HOJA DERIVACIÓN A CENTRO ASESOR DE LA MUJER DE MENORCA.....	123
ANEXO 16. HOJA DERIVACIÓN AL PUNTO DE INFORMACIÓN A LA MUJER DE FORMENTERA.....	124
ANEXO 17. HOJA DE SOLICITUD DE ACOMPAÑAMIENTO PROGRAMADO INSTITUTO BALEAR DE LA MUJER.....	125
ANEXO 18. HOJA DE SOLICITUD DE ALTA AL PROYECTO IRIS.....	126
ANEXO 19. HOJA DE SOLICITUD ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO AYUNTAMIENTO DE PALMA	128
ANEXO 20. HOJA DE SOLICITUD PARA ATENCIÓN A HIJOS E HIJAS. AYUNTAMIENTO DE PALMA	130
ANEXO 21. SOLICITUD PARA ATENCIÓN A PERSONAS AGRESORAS. AYUNTAMIENTO DE PALMA.....	132
ANEXO 22. HOJA DE SOLICITUD PARA EL SERVICIO DE ACOGIDA MUNICIPAL PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO DEL AYUNTAMIENTO DE PALMA.....	133
ANEXO 23. INFORME JUDICIAL DE LESIONES	137
ANEXO 24. ENLACES DE INTERÉS.....	145



PRÓLOGO

La violencia machista es un fenómeno social de múltiples y diferentes dimensiones, considerado como un problema de salud pública de primer orden para las organizaciones internacionales, y declarada por la Organización Mundial de la Salud como una prioridad internacional para los servicios de salud.

La violencia machista es un problema estructural de nuestra sociedad y nuestra cultura, se basa en la desigualdad existente entre hombres y mujeres, y esta desigualdad se refleja en el proceso de socialización.

La Consejería de Salud es consciente de las repercusiones que tiene la violencia sobre la salud física, psicológica, sexual y social de las mujeres que la sufren, y la de sus hijas y sus hijos y del importante papel que tienen las y los profesionales de la salud en la prevención, la detección, el tratamiento y la orientación de este complejo y grave problema, en el cual es imprescindible un abordaje integral y coordinado.

Nuestro objetivo, con este protocolo, es dar una herramienta para ayudar al personal de la salud a ofrecer una atención sanitaria integral y unificar las actuaciones a la hora de detectar, atender, informar y dar apoyo a las mujeres maltratadas, a sus hijos y a sus hijas.

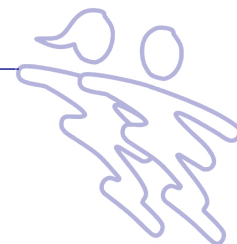
Patricia Gómez Picard
Consejera de Salud

La violencia contra las mujeres, denominada también violencia machista, es la expresión de la desigualdad que pervive entre mujeres y hombres por razones de género. Por eso, la lucha contra la violencia machista no es fácil, y requiere la actuación coordinada desde diferentes sectores: Educación, Servicios Sociales, Interior, Justicia, Salud, y con diferentes herramientas: elaboración y cumplimiento de normativa, sensibilización, educación y formación.

Los y las profesionales de la salud, especialmente los de atención primaria y los de urgencias, están en un lugar clave para la detección de la violencia machista, tanto en las mujeres que la sufren, como a través de sus hijas e hijos. Por eso, la sensibilización y formación de los y las profesionales de la salud en género y en violencia machista es una estrategia esencial, no sólo para detectar los casos, sino también para saber cómo actuar y cómo derivar a las mujeres, hijas e hijos que sufren violencia a los recursos especializados.

Queremos agradecer el esfuerzo de todas las y los profesionales de la salud y del ámbito social que han colaborado en la elaboración de este protocolo, que es el primer paso para desarrollar un programa de formación, que contribuirá a la lucha contra la violencia machista en las Illes Balears.

Maria Ramos Monserrat
Directora General de Salud Pública y Participación



1. INTRODUCCIÓN

Aunque la violencia contra las mujeres es una realidad que ha estado presente en todos los momentos históricos y en todas las sociedades, no fue reconocida como problema de salud pública que atenta contra la integridad y los derechos humanos de las mujeres por la Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta el año 1996, poniendo de manifiesto las graves consecuencias que sobre la salud y el sistema sanitario tiene este enorme problema social (Andrés, et al. 2003).

Cabe hacer una especial referencia al relevante papel que ha ejercido el movimiento organizado de mujeres en este proceso. Gracias al trabajo del movimiento feminista, a partir de los años setenta en los Estados Unidos y en algunos países de Europa, también en el nuestro, se inician, de forma colectiva y organizada, acciones contra la violencia que empiezan a tener un impacto social. Se realizan campañas que hacen visible la extensión y gravedad de la violencia contra las mujeres, animan a las mujeres a que denuncien las agresiones sexuales y los malos tratos, crean las primeras casas de acogida y centros de ayuda, y consiguen que este problema empiece a hacerse público (Blanco y Ruiz-Jarabo, 2004).

Desde entonces, no se han dejado de realizar esfuerzos en todos los países del mundo por intentar visibilizar este tipo de violencia. Dichos esfuerzos se traducen en estudios, investigaciones y grupos de trabajo que desde las diferentes áreas de conocimiento tienen como objeto contribuir a caracterizar el fenómeno (Andrés, et al. 2003).

En 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la CEDAW, Convención sobre la eliminación de toda forma de discriminación contra las mujeres, ratificada por España en el año 1984. Es uno de los tratados internacionales de derechos humanos de Naciones Unidas más importantes para la conquista de la igualdad de oportunidades y de trato entre mujeres y hombres, y recoge toda la normativa precedente respecto a los derechos de las mujeres en varios ámbitos: legales, culturales, reproductivos y económicos.

Su Protocolo Facultativo, ratificado por España en el 2001, permite a personas o asociaciones elevar al Comité CEDAW denuncias por violación de la Convención, cuando no encuentren en su país tutela judicial o administrativa rápida y efectiva, y al Comité iniciar de oficio un procedimiento de investigación por violación grave o sistemática de la Convención.

El punto de referencia común en las políticas activas contra la violencia contra las mujeres fue la IV Conferencia Mundial de las Mujeres celebrada en Beijing en el año 1995, que instó a los gobiernos a tomar medidas conjuntas para prevenir y eliminar este tipo de violencia, y fue donde se definió como una violencia basada en el género, con unos daños que pueden ser físicos, sexuales o psicológicos para las mujeres, incluyendo amenazas, coacción o la privación de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada.

A partir del Tratado de Ámsterdam el 1 de mayo de 1999, la igualdad de mujeres y hombres se integra como un principio fundamental de la Unión Europea.

En España, el artículo 14 de la Constitución proclama el derecho a la igualdad y a la no discriminación por razón de sexo. A partir de aquí, se pusieron en marcha planes de acción sobre violencia contra las mujeres, que culminaron en dos acciones normativas de gran importancia: La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género, y la Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

En 2014 entró en vigor en España el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Convenio de Estambul), que se firmó en Estambul el 11 mayo 2011. Dicho convenio reconoce la violencia contra las mujeres como una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación, considerando responsables a los Estados si no responden de forma adecuada. Se contemplan como delito todas las formas de violencia contra las mujeres: la violencia física, psicológica y sexual, incluida la violación; la mutilación genital femenina, el matrimonio forzado, el acoso, el aborto forzado y la esterilización forzada.



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

Con respecto a la normativa en la comunidad autónoma de las Illes Balears, desde el 5 de agosto de 2016 está vigente la Ley 11/2016, de 28 de julio, de Igualdad de Mujeres y Hombres, cuyo fin es hacer efectivo el derecho a la igualdad real y efectiva de mujeres y hombres. Dicha Ley tiene por objeto establecer y regular los mecanismos y dispositivos, así como medidas y recursos, dirigidos a promover y garantizar la igualdad de oportunidades y la no discriminación por razón de sexo, en cualquiera de los ámbitos, etapas y circunstancias de la vida.

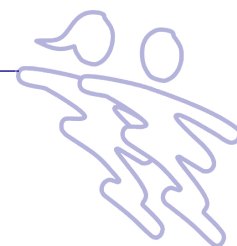
Por otra parte, la Ley 11/2016 en referencia a la coordinación interinstitucional, en su artículo 77, establece que:

El Gobierno de las Islas Baleares, mediante el Instituto Balear de la Mujer, elaborará y desarrollará, junto con el resto de administraciones e instituciones competentes, los protocolos de intervención para la atención a las víctimas de violencia machista, en cualquiera de las fases del proceso en que se encuentre, que incluirán los mapas de procesos, los mapas de servicios y los mapas de cobertura de ratios para evitar la doble victimización de las mujeres y la duplicidad de servicios entre administraciones.”

La misma Ley, en su artículo 47.7, obliga a la Administración sanitaria de las Illes Balears a garantizar las medidas necesarias ante la violencia contra las mujeres mediante el desarrollo de programas de sensibilización y formación continua del personal sanitario, y a mejorar los instrumentos, protocolos y guías para el diagnóstico precoz, la asistencia y rehabilitación de las mujeres maltratadas en las agresiones sexuales ejercidas dentro y fuera del ámbito de la pareja.

Este protocolo, el Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia machista en las Illes Balears, pretende actualizar y ampliar las Recomendaciones para la actuación sanitaria ante de la violencia de género en la comunidad autónoma de las Illes Balears (Carandell, 2009), editado por el Servicio de Salud de las Islas Balears, y que ha sido el punto de partida en su elaboración.

Este Protocolo utiliza el concepto de violencia machista con el fin de dar respuesta al contexto normativo de la comunidad autónoma de las Illes Balears. Al objeto de confusiones es importante aclarar el concepto de violencia machista, teniendo en cuenta que se refiere no sólo a la violencia ejercida en el marco de la pareja o expareja sino a la ejercida contra las mujeres, como manifestación de la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres tanto en la vida pública como en la privada.



2. CONCEPTOS GENERALES

DEFINICIÓN

En la Asamblea General de Naciones Unidas, en la proclamación de la declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres, se definió la violencia contra las mujeres 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 privada. Esta violencia incluye la violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia relacionada con la explotación; la violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, abusos sexuales, hostigamiento e intimidación sexual en el trabajo, instituciones educacionales y otros ámbitos, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada, y la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra” (Resolución 48/104 de la Asamblea General de Naciones Unidas, 1993).

En el Estado español y según la Ley Orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género, al referimos a violencia de género, nos referimos a aquella violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre las mismas por parte de quien sean o hayan sido sus cónyuges o de quien están o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, incluso sin convivencia”.

En nuestra comunidad autónoma para dar más efectividad a la garantía y promoción de la igualdad se dictó la Ley 11/2016, de 28 de julio, de igualdad entre mujeres y hombres, donde se establece una definición más amplia, a través del concepto de violencia machista, y que en su artículo 65 la define de la siguiente forma:

1. A los efectos de esta Ley, se entiende por violencia machista la que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por el hecho mismo de ser mujeres.
2. La violencia a la que se refiere esta Ley comprende cualquier acto de violencia en razón de sexo que tenga como consecuencia, o que pueda tener como consecuencia, un perjuicio o sufrimiento en la salud física, sexual o psicológica, e incluye las amenazas de estos actos, la coerción y privaciones arbitrarias de su libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada.
3. A los efectos de esta Ley, también se consideran víctimas las hijas y los hijos de la madre víctima de violencia.

Todo ello respetando siempre la normativa estatal penal, y respetando las competencias estatales en violencia de género.

TIPOS DE VIOLENCIA MACHISTA

A los efectos de la Ley 11/2016, de 28 de julio, de igualdad de mujeres y hombres, se considera violencia machista:

- a) Violencia física, que incluye cualquier acto de fuerza contra el cuerpo de las mujeres, con resultado o riesgo de producir lesión física o daño, ejercida por quien sea o haya sido su cónyuge o por quien esté o haya estado ligado por una relación de afectividad análoga, incluso sin convivencia. Asimismo, tienen la consideración de actos de violencia física contra las mujeres los que ejercen los hombres en su entorno familiar o en su entorno social o laboral.
- b) Violencia psicológica, que incluye cualquier conducta, verbal o no verbal, que produce en las mujeres



desvalorización o sufrimiento, a través de amenazas, humillaciones o vejaciones, exigencia de obediencia o sumisión, coerción, insultos, control, aislamiento, culpabilización o limitaciones de su ámbito de libertad, ejercida por quien sea o haya sido su cónyuge o por quien esté o haya estado ligado por una relación de afectividad análoga, incluso sin convivencia. Asimismo, tienen la consideración de actos de violencia psicológica contra las mujeres los que ejercen los hombres en su entorno familiar o en su entorno social o laboral.

- c) Violencia económica, que incluye la privación intencionada, y no justificada legalmente, de recursos para el bienestar físico o psicológico de las mujeres y sus hijas y sus hijos o la discriminación en la disposición de los recursos compartidos en el ámbito de la convivencia de pareja.
- d) Violencia sexual, abusos sexuales y agresiones sexuales, que incluyen cualquier acto de naturaleza sexual forzada por el agresor o no consentida por las mujeres; la trata de seres humanos con fines de explotación sexual, la imposición, mediante la fuerza o con intimidación, de relaciones sexuales no consentidas, y el abuso sexual o cualquier acto que impida a las mujeres ejercer libremente la sexualidad, con independencia de que el agresor tenga relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco con la víctima o no.
- e) Violencia simbólica, que incluye los iconos, representaciones, narrativas, imágenes, etc., que reproducen o transmiten relaciones de dominación de los hombres respecto a las mujeres, así como desigualdades de poder entre sexos y de segregación.
- f) Femicidio, asesinato de mujeres por el hecho de ser mujeres, al margen de que haya o haya habido relación de pareja.
- g) Mutilación genital femenina: cualquier procedimiento que implique o pueda implicar una eliminación total o parcial de los genitales femeninos o produzca lesiones, aunque exista consentimiento expreso o tácito de la mujer o niña.

CAUSAS DE LA VIOLENCIA MACHISTA

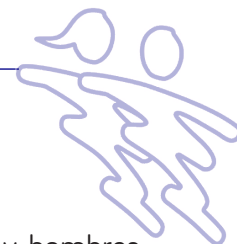
Para entender las causas de la violencia machista, entendida como la violencia ejercida contra las mujeres, es importante tener claro lo que significa y supone clasificar en hombres y mujeres según las características sexuales, y como, a partir de este binomio, se ha construido el género.

El sexo es el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como mujer o como hombre. El sexo viene determinado por la naturaleza, es una construcción natural, con la que se nace.

Se entiende por género la construcción social y cultural que define las diferentes características emocionales, afectivas, intelectuales, así como los comportamientos que cada sociedad asigna como propios y naturales de mujeres o de hombres, y que atribuye a lo que considera “femenino” o “masculino”.

A partir de las diferencias, primero sexuales y después de género, dependiendo del desarrollo de las diferentes culturas, se han originado discriminaciones, especialmente en contra de las mujeres, limitando a lo largo de la historia las oportunidades para su desarrollo personal y desmejorando su calidad de vida en relación con la de los hombres; por ejemplo, a las mujeres se las ha remitido a espacio privado o doméstico, mientras que a los hombres se los ha ubicado tradicionalmente en el espacio público o político.

Las personas, sin embargo, hombres y mujeres, no somos un grupo homogéneo, somos diferentes, y por eso la categoría binaria sexo-género plantea una idea unitaria y excluyente, que sólo representa a las personas heterosexuales y de contextos culturales específicos. A la hora de estructurar la sociedad de forma binaria, clasificando en hombres y mujeres según las características sexuales, también se discrimina a todas aquellas personas cuya identidad de género no se corresponde con la que les asignaron al nacer en función de sus genitales. De este modo, también se discrimina a las personas transexuales e intersexuales, las cuales no se encuentran identificadas dentro de este binarismo de género.



Una vez aclarado que la violencia machista nace a partir de las desigualdades entre mujeres y hombres, catalogando a las personas a partir del binomio “sexo-género”, se entenderá mejor la multicausalidad de la violencia machista, fruto de la sociedad patriarcal y las características de la misma.

La violencia machista es estructural y multicausal. La violencia no se debe a rasgos singulares y patológicos de una serie de individuos, sino que tiene rasgos estructurales de una forma cultural de definir las identidades y relaciones entre hombres y mujeres.

La violencia machista nace de un sistema de relaciones de género anclado en la organización social y cultural, que a lo largo de la historia ha postulado que los hombres son superiores a las mujeres, tienen diferentes cualidades y deben ejercer diferentes roles. Dichos roles estereotipados asignaban la dominación, el poder y el control a los hombres, y la sumisión, la dependencia y la aceptación indiscutible de la autoridad masculina, la obediencia, a las mujeres. En este contexto se toleraba socialmente que los hombres utilizaran la violencia en el interior de la familia para afirmar su autoridad. La educación y socialización de hombres y mujeres tenía como objetivo desarrollar las cualidades y potencialidades necesarias para mantener este orden establecido (Blanco y Ruiz-Jarabo, 2004).

Actualmente, existe una menor tolerancia social hacia la violencia, pero aún así, demasiadas mujeres todavía soportan un alto grado de violencia, tanto en sus relaciones de pareja como fuera de ellas. Esto sucede en todas las edades, clases sociales, religiones y niveles educativos. Por ello, la violencia machista es universal.

La violencia machista es además instrumental. Esta violencia, más que un fin en sí misma, es un instrumento de dominación y control social. Y en este caso, se utiliza como mecanismo de mantenimiento del poder masculino y de reproducción de la sumisión femenina, rasgos básicos del patriarcado (Aretio, et al. 2007).

En la actualidad, se acepta que los modelos más adecuados para explicar las causas de la violencia machista son los modelos explicativos multicausales. Bosch y Ferrer (2013) presentan a un modelo denominado piramidal, fruto de la investigación empírica realizada y utilizando como base los modelos de tipo multicausal, como el formulado por James O’Neil y Michele Harway (1999) y, especialmente, el propuesto por Lori Heise (Heise, 1998).

El modelo que proponen tiene una estructura piramidal y consta de cinco peldaños. La base de esta estructura piramidal sería la sociedad patriarcal. Marcela Lagarde (1997) define patriarcado como orden social genérico de poder, basado en una forma de dominación donde el paradigma es el hombre. Este orden asegura el dominio de los hombres y del masculino sobre la inferiorización previa de las mujeres y el femenino.

El segundo peldaño de este modelo piramidal serían los procesos de socialización diferencial. A partir de la cultura patriarcal se aprenden los modelos normativos de masculinidad y feminidad, es decir, los mandatos de género. Estos mandatos de género tradicionales, adquiridos a lo largo del proceso de socialización condicionan, entre muchas otras cosas, cómo afrontaremos y viviremos nuestra relación de pareja y generan un caldo de cultivo propicio para la violencia contra las mujeres.

El tercer nivel del modelo piramidal estaría constituido por las expectativas de control derivadas de los mandatos de género tradicionales. El concepto de expectativa se refiere a la posibilidad razonable de que algo suceda, es decir, se trata de una suposición más o menos realista. En este caso, los hombres que asumen el mandato de género masculino tradicional esperan mantener el control sobre las mujeres, sobre sus vidas, sus cuerpos, su sexualidad, sus amistades, su economía..., y consideran como legítimas estas pretensiones.

El cuarto peldaño piramidal está constituido por los acontecimientos desencadenantes, es decir, acontecimientos que activan el miedo del maltratador a perder el control sobre las mujeres, que funciona, en definitiva, como excusa para que el maltratador ponga en marcha las estrategias de control (y la violencia) que se considera legitimado a ejercer. Ejemplos de acontecimientos desencadenantes serían el abuso de alcohol u otras sustancias tóxicas, la enfermedad mental, las circunstancias que pueden aumentar el estrés o generar frustración, las situaciones impredecibles, las crisis económicas, los cambios de modelo social o político, etc.



Según la evidencia disponible, estos acontecimientos no constituyen por sí mismos factores causales de la violencia contra las mujeres, sino facilitadores o desinhibidores de ésta.

En el otro extremo de la pirámide encontraríamos el estallido de la violencia, es decir, el maltratador, en su afán de no perder y/o de recuperar el control sobre la mujer que se considera legitimado a ejercer, desplegaría toda una serie de estrategias (incluyendo las diferentes formas de violencia física, psicológica, económica, sexual, etc.), dando origen a las importantes cifras de incidencia y prevalencia de la violencia que conocemos.



Este modelo también contempla la existencia de un mecanismo de filtraje o huida en cada uno de los peldaños. Este mecanismo hace visible la existencia de todos aquellos hombres que, a pesar de haber sido socializados dentro de los mandatos patriarcales (como todos), en algún momento del proceso inician una toma de conciencia que les lleva a renunciar a sus privilegios genéricos en sus relaciones sociales con las mujeres y en sus relaciones afectivas (Bosch i Ferrer 2013).

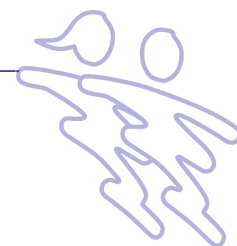
Está teóricamente establecido que uno de los factores que pueden contribuir a favorecer y mantener la violencia machista en la pareja es el modelo de amor (y específicamente el modelo de amor romántico) presente en nuestra cultura y los mitos asociados al mismo (Bosch et al., 2007).

Un mito no es más que una creencia, aunque se encuentra formulada de manera tal que aparece como una verdad y es expresada de forma absoluta y poco flexible. Este tipo de creencias suelen poseer una gran carga emotiva, concentran muchos sentimientos, y suelen contribuir a crear y mantener la ideología del grupo, y por eso suelen ser resistentes al cambio y al razonamiento (Bosch et al., 2007).

En este sentido, y tal y como señala Carlos Yela (2003), podemos considerar que los mitos románticos son el conjunto de creencias socialmente compartidas sobre la "supuesta verdadera naturaleza del amor", e igual que sucede en otros ámbitos, también los mitos románticos suelen ser ficticios, absurdos, engañosos, irracionales e imposibles de cumplir.

Aunque la vida y la identidad de las mujeres ha cambiado en los últimos años, muchas han crecido en este modelo que, al lado de nuevos patrones, todavía se sigue transmitiendo (a través de los medios de comunicación, cine, televisión, cómics, los cuentos, novelas, etc.) y se siguen reproduciendo roles estereotipados de las mujeres y los hombres, y de las relaciones entre ambos. Los estereotipos son un conjunto de creencias en relación a las características de las personas de un grupo determinado que se generaliza a todos los miembros de este grupo. Los estereotipos de género refuerzan y transmiten creencias preexistentes, actuando como un estricto código de comportamiento, marcando los límites de todo aquello que se espera que hagan un hombre y una mujer por el simple hecho de haber nacido como tales (Bosch, et al. 2007).

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



3. MAGNITUD DEL PROBLEMA

La OMS señala que la violencia contra las mujeres, especialmente la ejercida por su pareja, y la violencia sexual constituyen un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres.

Las cifras recientes de la prevalencia mundial indican que alrededor de una de cada tres mujeres en el mundo (35 %) han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. Un 38 % de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja (OMS, 2016).

La Agencia Europea de Derechos Humanos (FRAY), encargada de recoger y difundir información sobre los derechos fundamentales y asesorar a las instituciones comunitarias y a los Estados miembros de la Unión Europea (UE) sobre cómo fomentarlos, en el año 2014 publicó la primera encuesta a nivel de la Unión Europea sobre violencia contra las mujeres. Su estudio calcula que un 33 % de mujeres ha experimentado violencia física y/o sexual desde los 15 años, y un 43 % de las mujeres han experimentado alguna forma de violencia psicológica por parte de su pareja o expareja.

En relación a la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, en los últimos años, se ha hecho un importante esfuerzo para la obtención de datos, tanto a nivel nacional como internacional, que ha tenido como consecuencia un avance en el conocimiento de la trata.

En este sentido, la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, en su informe mundial sobre la trata de personas (UNODC, 2014), que recoge datos relativos a más de 40.000 víctimas de trata de seres humanos identificadas entre 2010 y 2012, la mayoría mujeres y niñas, señala que en cuanto a las formas de explotación la trata con fines de explotación sexual es la más numerosa, con el 53 % de las víctimas identificadas en el periodo de referencia. Mujeres y niñas representan a la gran mayoría de las víctimas detectadas (el 70 %), habiéndose producido una disminución considerable de las víctimas adultas y un aumento importante de las víctimas menores (el 49 % de las víctimas en 2011 son mujeres, frente al 74 % de 2004; y el 21 % son niñas, frente al 10 % de niñas víctimas de la trata de 2004). Representan, además, a la gran mayoría de las víctimas objeto de trata cuando el fin es la explotación sexual.

El mismo informe mundial sobre la trata de personas de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2014), afirma que los flujos de la trata determinan un claro e inequívoco movimiento de los países pobres (origen de las víctimas) a países ricos (destino).

En el ámbito de la Unión Europea, Eurostat (oficina estadística de la Unión Europea), elaboró el segundo informe estadístico en materia de trata de seres humanos (2014), en el cual se contemplan 30.146 víctimas registradas en 28 estados miembros durante el periodo 2010-2012. Según este informe, la mayor parte de las víctimas registradas fueron objeto de trata con fines de explotación sexual (69%), cifra que ha aumentado en relación al informe anterior. El 80 % del total de las víctimas de trata de seres humanos en Europa pertenece al sexo femenino. Además, las mujeres son mayoría en el caso de trata con fines de explotación sexual (el 95 %). La mayor parte de las víctimas procede de la UE (65 %), principalmente de Bulgaria, Rumania, Holanda, Polonia y Hungría. Gran parte de las víctimas de países que no pertenecen a la UE provienen de Nigeria, Brasil, China, Vietnam y Rusia.

La trata de seres humanos constituye en Europa, según EUROPOL (Oficina Europea de Policía), la segunda fuente de ingresos "ilícitos" de la delincuencia, por detrás del tráfico de drogas, aportando anualmente a los tratantes 32.000 millones de euros.

En España, el Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CITCO) en el informe de situación de la trata de seres humanos con fines de explotación sexual correspondiente a 2012, conforme a la información policial recogida en los últimos años y la perspectiva económica que genera la industria del sexo, realiza una estimación del número de mujeres en situación de prostitución en España, señalando que éste es de aproximadamente 45.000 personas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).



Según datos de ONU Mujeres, entidad de Naciones Unidas para la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, a nivel mundial existen más de 700 millones de mujeres que viven actualmente que se casaron siendo niñas (con menos de 18 años). De ellas, más de 1 de cada 3, o bien unas 250 millones, se casaron antes de cumplir los 15 años.

ONU Mujeres estima que 200 millones de niñas y mujeres han sufrido algún tipo de mutilación genital femenina en 30 países, según nuevas estimaciones publicadas en el Día Internacional de las Naciones Unidas de Tolerancia Cero para la Mutilación Genital Femenina en 2016. En buena parte de esos países, la mayoría fueron realizadas antes de los 5 años.

El mismo estudio de ONU Mujeres indica que unos 120 millones de niñas de todo el mundo (un poco más de 1 de cada 10) han sufrido el coito forzado u otro tipo de relaciones sexuales forzadas en algún momento de sus vidas.

Una de cada 10 mujeres de la Unión Europea declara haber sufrido ciberacoso desde los 15 años, lo que incluye haber recibido correos electrónicos o mensajes SMS no deseados, sexualmente explícitos y ofensivos, o bien intentos inapropiados y ofensivos en las redes sociales. El mayor riesgo afecta a mujeres jóvenes de entre 18 y 29 años.

En España, la mayoría de los datos disponibles sobre la violencia sexual perpetrada por personas que no son la pareja proviene de registros judiciales.

Según datos de la memoria de 2015 de la Fiscalía General del Estado, a lo largo de 2014 se incoaron 1.009 delitos contra la libertad sexual, de los que 379 fueron por agresiones sexuales, 135 por violaciones y 177 por abusos sexuales.

Según datos de la memoria de 2015 (ejercicio 2014) de la Fiscalía de las Islas Baleares, en 2014 se incoaron 210 procedimientos por agresiones sexuales; los abusos sexuales motivaron la incoación de 165 procedimientos; por delitos de acoso sexual se incoaron 31 procedimientos, y por exhibicionismo y provocación sexual se incoaron 35 procedimientos.

En relación a la violencia ejercida dentro del marco de la pareja o expareja, en España, según datos de la macroencuesta de violencia contra la mujer, realizada por la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, en el año 2015 un 12,5% de las mujeres residentes en España de 16 o más años sufrió de su pareja o expareja en algún momento de su vida violencia física y/o violencia sexual, un 25,4 % violencia psicológica de control, un 21,9 % violencia psicológica emocional y un 10,8 % violencia económica.

De las mujeres que sufren o han sufrido violencia y que tenían hijos e hijas en el momento en el que se produjeron dichos episodios, el 63,3 % afirma que éstos los presenciaron o los escucharon. El 64,2 % de estos menores sufrieron violencia directamente.

Según datos del Consejo General del Poder Judicial, durante el año 2015, los juzgados de violencia sobre las mujeres recibieron 129.193 denuncias, de éstas, 4.658 fueron interpuestas en las Illes Balears, comunidad autónoma con la tasa más alta de denuncias, 82,48 por cada 10.000 mujeres, siendo la tasa de España un 52,13 por cada 10.000 mujeres. Según los datos del año 2016 del Consejo General del Poder Judicial, las Illes Balears volvieron a ser la comunidad autónoma que registró la mayor tasa del país con 93,31 víctimas por violencia de género por cada 10.000 mujeres, siendo la tasa de España del 56,70 por cada 10.000 mujeres.

Según el Portal estadístico de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016), el teléfono 016 de ayuda contra la violencia de género registró un total de 81.992 llamadas en el año 2015, su máximo histórico desde que se creó este servicio en 2007, y aumentó un 19 % con respecto a la cifra del 2014, según el balance del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. En las Illes Balears en el año 2015 se registró un total de 1.626 llamadas, aumentando un 14,6 % con respecto al número de llamadas del año anterior.



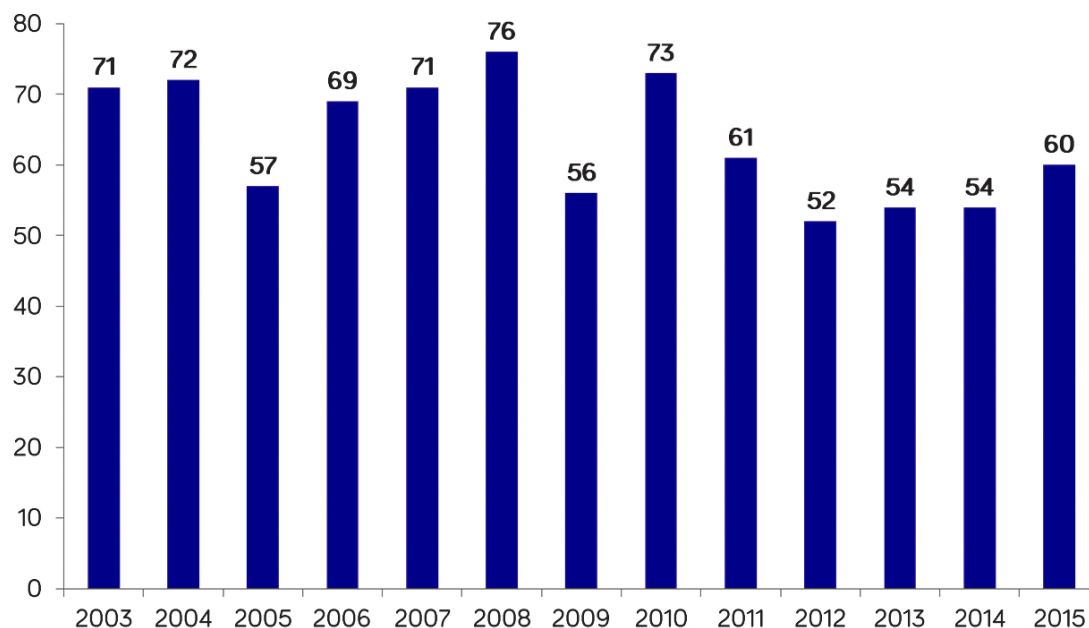
En España, en 2015, 60 mujeres fueron asesinadas a manos de sus parejas o exparejas, dejando a 51 menores huérfanos. Tan sólo 13 (el 21,7 % del total) había denunciado a su agresor y únicamente 4 (6,7%) tenía medidas de protección en vigor cuando se produjeron los hechos. En la comunidad autónoma de las Illes Balears, entre el año 2003 y el 2015, hubo 27 mujeres asesinadas, 3 de ellas habían denunciado a su agresor (11 %). En 2015 hubo una víctima mortal (1,7 %), que no había interpuesto denuncia alguna.

En l año 2016, fueron asesinadas 44 mujeres y un niño menor de 1 año, dejando a 26 menores huérfanos de madre y padre. Seis de las 44 mujeres fueron asesinadas en las Illes Balears, convirtiéndose en la comunidad autónoma con mayor número de víctimas mortales por violencia de género, junto a Castilla y León, Cataluña y Comunidad Valenciana.

Estas cifras sólo muestran la punta del iceberg, la violencia visible. Las y los profesionales de la salud tienen un importante papel a la hora de detectar y hacer visible la violencia machista que soportan en silencio, día tras día, muchas mujeres y las graves consecuencias sobre su salud física, sexual, psicológica y social, y sobre la de sus hijos y sus hijas.

La siguiente tabla (tabla 1), representa el número de mujeres asesinadas por sus parejas o exparejas en España entre los años 2003 y 2015.

Tabla 1. Mujeres asesinadas por sus parejas o exparejas en España entre los años 2003 y 2015



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género



4. LA VIOLENCIA MACHISTA EN EL MARCO DE LA PAREJA O EXPAREJA

De entre las diferentes formas de violencia contra las mujeres, la ejercida en el marco de la pareja o expareja sentimental es la que alcanza tasas más elevadas, tanto a nivel mundial como en nuestro entorno (Bosch, Herrero y Riera, 2006).

4.1 EL PROCESO DE LA VIOLENCIA EN EL MARCO DE LA PAREJA O EXPAREJA

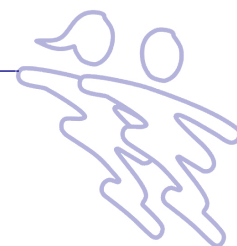
La violencia machista, en el ámbito de la pareja, suele aparecer de forma progresiva. Las conductas restrictivas y controladoras tienen apariencia amorosa (celos, control de la ropa, amistades, actividades, horarios...). La mujer no las percibe como violentas y progresivamente va cediendo autonomía y capacidad de decisión. Se crea un clima emocional de temor y coacción en forma de pequeñas “tiránias” o “micromachismos”, a lo que la mujer se acostumbra y ello hace que no perciba el recrudecimiento de la violencia y no abandone la relación.

Los “micromachismos” son actitudes de dominación “suave” o de “bajísima intensidad”, formas y maneras larvadas de abuso e imposición en la vida cotidiana. Son, específicamente, hábiles artes de dominio, comportamientos sutiles o insidiosos, reiterativos y casi invisibles que los hombres ejecutan permanentemente. Son comportamientos de manipulación que atentan especialmente contra la democratización de las relaciones, ya que se utilizan para mantener la asimetría en las relaciones de género en provecho del hombre, perpetuando los roles tradicionales de género, con el interés, no expresado, de conservar la posición superior y de dominio, intentando mantener más ventajas, comodidades y derechos. Su invisibilidad va produciendo un daño sordo y sostenido en la autonomía de las mujeres que se agrava en el tiempo. Es difícil percibirlos y, por lo tanto, oponer resistencia y adjudicarles efectos, de manera que, cuando éstos se perciben, no suelen reconocerse como producidos por estas trampas de manipulación (Bonino, 1998).

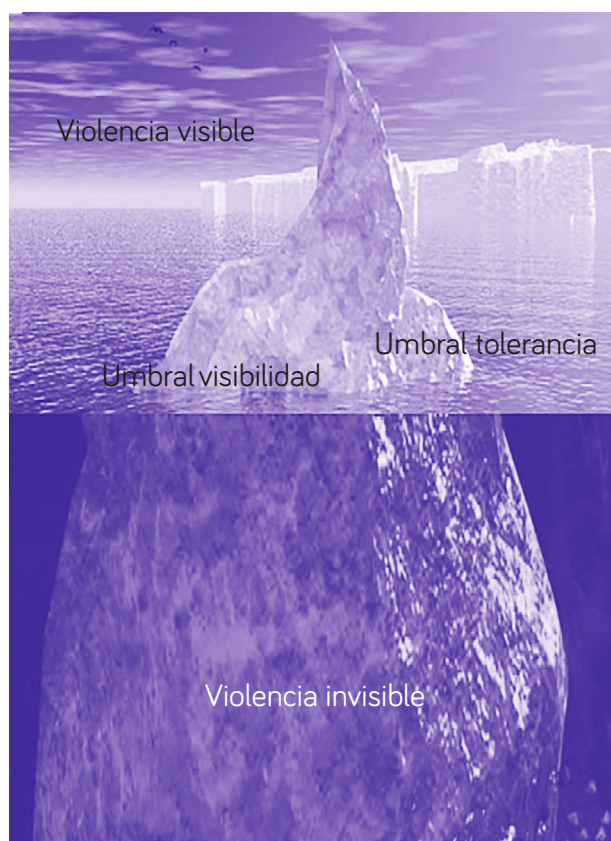
Aunque, socialmente, dentro de la violencia machista en el ámbito de la pareja el maltrato físico es el más impactante, no hay que perder de vista que éste no es más que la punta del iceberg. El maltrato físico es la parte visible de algo muy grande que no se ve.

En la base del iceberg o pirámide de la violencia de género encontramos un verdadero drama, que es el comienzo de la escalada de la violencia, porque sin base, no existe iceberg, porque sin este maltrato invisible, tanto para las mujeres, sus hijos e hijas como para la sociedad y las y los profesionales de la salud, no se llegaría nunca a las cifras alarmantes que esta lacra social que es la violencia machista deja en nuestra sociedad.





El umbral de visibilidad de la violencia de género es individual y lo tenemos tanto las mujeres que la sufren como la sociedad en general, así como las y los profesionales de la salud. El umbral de visibilidad se corresponde con el umbral de tolerancia que cada persona tiene de las diferentes conductas. Por lo tanto, un objetivo terapéutico sería bajar el umbral de visibilidad tanto para las mujeres maltratadas como para las y los profesionales y aumentar el umbral de tolerancia a los efectos de la violencia de género por parte de las mujeres que la sufren.



El ciclo de la violencia machista en el marco de la pareja o expareja

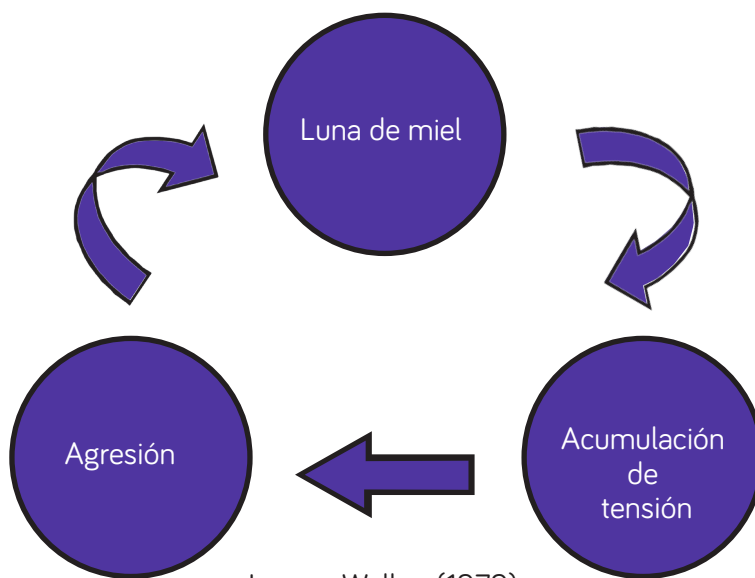
Lenore Walker (1979) define un ciclo compuesto por tres fases:

1. Fase de acumulación o de generación de tensión. Se caracteriza por una escalada gradual de la tensión, que se manifiesta en actos que aumentan la fricción y los conflictos en la pareja. La mujer intenta calmar la situación con la creencia irreal de que ella tiene algún control sobre la agresión.
2. Fase de agresión o descarga de la tensión. Estalla la violencia, del tipo que sea. La mujer denuncia la situación o habla de ella.
3. Fase de “luna de miel” o reconciliación. Parece que el hombre se arrepiente, realiza promesas de cambio. La mujer ve “el lado bueno” de su pareja, intenta engañarse a sí misma, y hace un intento de volver a confiar en él. Las muestras de arrepentimiento de su agresor estimulan sus sentimientos de culpa y, conforme con sus mandatos de género, se ve en la obligación de no fallarle, de volver a intentar de nuevo la relación.

Con la repetición de los ciclos, esta fase suele desaparecer y, en muchos casos, también desaparece la acumulación de tensión, por lo que al final el uso de la violencia es de carácter continuo.



EL CICLO DE LA VIOLENCIA



4.2 MITOS Y ESTEREOTIPOS DE LA VIOLENCIA MACHISTA

El Protocolo común por la actuación sanitaria ante la violencia de género (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012) explica que la violencia machista está llena de mitos, estereotipos y prejuicios sobre los hombres que lo ejercen, las mujeres que la sufren y sobre el proceso en sí mismo. Son ideas preconcebidas y erróneas que han formado parte del imaginario social y de la cultura durante siglos, como creencias y explicaciones sobre los malos tratos, y han sido incorporados muchas veces de forma inconsciente por todas las personas, mujeres y hombres, y, por lo tanto, también por las y los profesionales de la salud al haber sido socializados en esta cultura.

Por lo tanto, estos mitos y estereotipos, que en general restan responsabilidad a los hombres y culpabilizan a las mujeres, predisponen negativamente a las y los profesionales ante las mujeres que sufren violencia machista e impiden actuar de manera efectiva, tanto en la detección precoz como en la intervención sociosanitaria.

En los últimos años, en gran medida a través de los programas de formación, cada vez más profesionales sanitarios identifican estos estereotipos y son conscientes de que, por ejemplo, los malos tratos se producen en todos los niveles socioeconómicos y culturales, que no existe un perfil de mujer maltratada o de hombre violento, por lo que cualquier mujer que acude a consulta, independientemente de su aspecto, su profesión, nivel de estudios o estatus socioeconómico, puede encontrarse en una relación de maltrato.

Sin embargo, todavía siguen presentes algunas ideas erróneas, como que el embarazo es una etapa feliz, en la que no puede producirse violencia o que, incluso en una relación de maltrato, la violencia disminuye durante el embarazo. O como pensar que las hijas e hijos de mujeres en relaciones de violencia, como no están presentes durante las agresiones o no las padecerlas directamente, no sufrirán sus efectos.

Debido a la influencia de los estereotipos en la detección e intervención, es importante que el personal sanitario los conozca, se haga consciente de ellos y formen parte de los programas de formación. En la tabla 2 se detallan los principales mitos y estereotipos de la violencia machista (Bosch et al. 2007 y Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

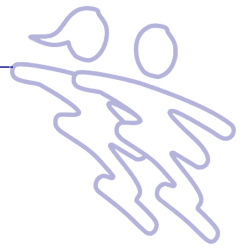


Tabla 2

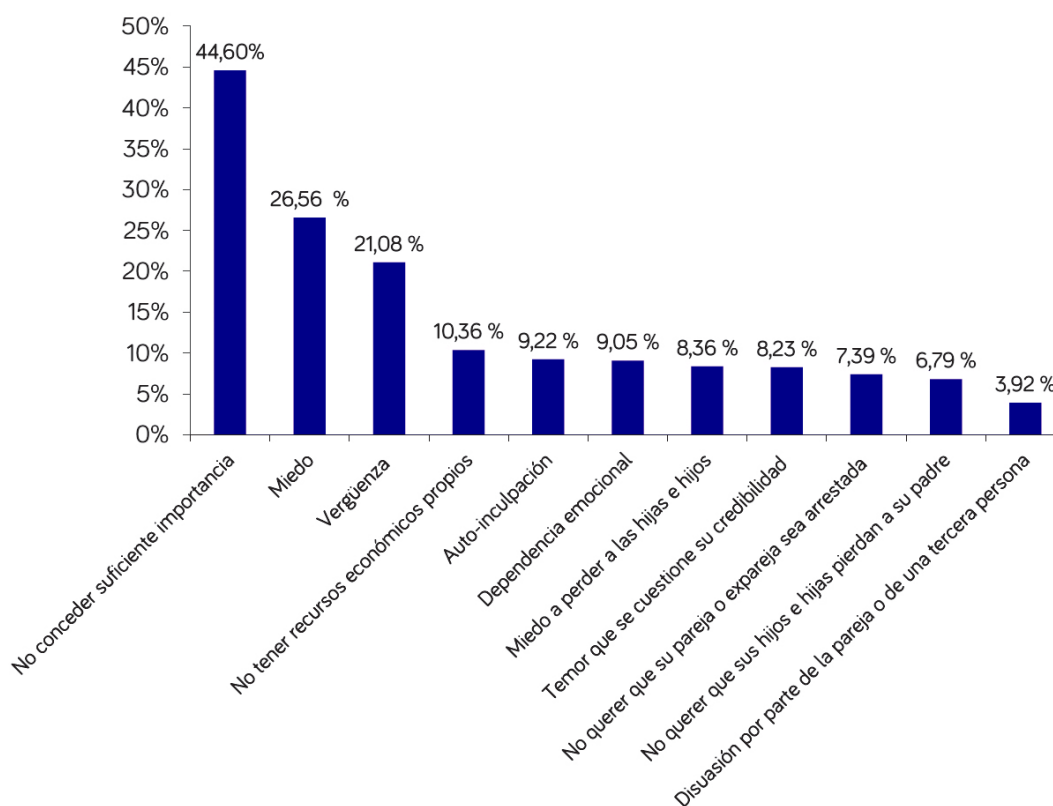
Mitos y estereotipos	Realidad
El maltrato de mujeres sólo ocurre en los países subdesarrollados.	El maltrato de mujeres es universal, ocurre en todos los países, independientemente de su situación económica, social o religiosa.
La violencia machista sólo se da en familias con pocos recursos económicos, de bajo nivel cultural, problemáticas, personas migradas, parejas de hecho...	La violencia contra las mujeres se da en todos los grupos sociales y étnicos, y no está relacionada con la clase social, el nivel cultural, ni la etnia.
Las mujeres maltratan igual que los hombres y, por lo tanto, los hombres maltratados por las mujeres constituyen un problema tan grave como el de las mujeres maltratadas.	De todas las personas adultas maltratadas, una amplia mayoría son mujeres. Puede afirmarse que en los casos de maltrato, lo habitual es que las mujeres sean víctimas, ya que el maltrato surge básicamente como fruto de una relación asimétrica y en el marco de la familia patriarcal.
Los hombres que maltratan a las mujeres han sufrido, en su entorno, maltrato por parte de sus padres (o han sido testigos de maltrato en su familia de origen).	Haber sufrido o haber sido testigo de maltrato en la infancia puede considerarse un factor que predispone, pero no una causa necesaria y suficiente para ser un maltratador.
Los hombres que maltratan a las mujeres son enfermos mentales.	Desde un punto de vista clínico, el porcentaje de hombres violentos con sus parejas que han sido diagnosticados de alguna enfermedad mental es mínimo.
Los hombres que maltratan a las mujeres son alcohólicos (o están bajo los efectos de otras drogas).	El alcohol y las drogas no provocan que las personas no violentas se vuelvan violentas, pueden ser desencadenantes pero no la causa.
Los malos tratos son debidos a los celos.	Los celos no son una causa del maltrato, sino una más de las técnicas que se usan para controlar el comportamiento de las mujeres y sus relaciones sociales. Son indicativos del deseo de posesión.
Las mujeres con unas ciertas características tienen más probabilidades de ser maltratadas.	El maltrato puede ocurrirle a cualquier mujer.
Si las mujeres maltratadas no abandonan la relación por algo será, quizás les gusta (mito del masoquismo).	Las mujeres maltratadas tienen miedo, indefensión, vergüenza, se sienten solas y desesperadas, aspectos que denotan el dolor y sufrimiento que les produce su situación.
El embarazo es una etapa feliz, en la que no se puede producir violencia.	El embarazo puede ser fruto del intento de arreglar una relación. El maltratador, que ve que la mujer le presta menos atención y que es más vulnerable o indefensa debido a su condición de embarazo y menos capaz de tomar represalias o defensa, desencadena el episodio de violencia.
Las hijas e hijos de mujeres en relaciones de violencia, como no están presentes durante las agresiones o no las padecen directamente, no sufrirán sus efectos.	La exposición a la violencia tiene un impacto negativo evidente en la vida, el bienestar y desarrollo de los niños y niñas. Presenciar la violencia ejercida contra sus madres o de crecer en un entorno en el que la desigualdad entre los hombres y las mujeres se expresa de forma violenta les convierte también en víctimas.



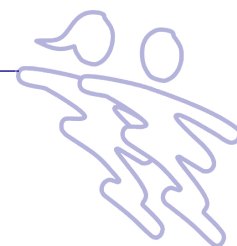
4.3. RAZONES POR LAS QUE LAS MUJERES NO DENUNCIAN

Según datos de la macroencuesta de violencia contra la mujer, realizada por la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género el año 2015 a nivel estatal, los motivos por los que las mujeres que sufren violencia no lo denuncian son diversos, pero cabe destacar tres, principalmente: no conceder suficiente importancia a la violencia de género sufrida (44,6 %), miedo (26,56 %) y vergüenza (21,08 %).

Pero existen otros motivos, aunque con menor incidencia, tales como no tener recursos económicos propios (10,36 %), autoinculpación (9,22 %), dependencia emocional (9,05 %), miedo a perder a las hijas o hijos (8,36 %), temor a que se cuestione su credibilidad (8,23 %) y, no menos importante, no querer que su pareja o expareja sea arrestada (7,39 %) o no querer que sus hijos e hijas pierdan a sus padres (6,79 %). Otro motivo para no denunciar es por disuasión por parte de la propia pareja o de una tercera persona (3,92 %). La tabla 3 representa los motivos por los que las mujeres no denuncian.



Fuente: Macroencuesta de violencia contra la mujer. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género 2015, a nivel estatal



4.4. Dificultades para identificar la violencia machista

Existen múltiples dificultades para reconocer la violencia machista, tanto para las mujeres que la sufren, sus hijos e hijas, como por parte de los y las profesionales del sistema sanitario. Tienen que ver con factores sociales, tales como los mitos y estereotipos creados por la cultura, con factores psicológicos, como el temor a enfrentar los miedos y el dolor emocional, y, además, en los profesionales puede sumarse la falta de formación y/o sensibilización en esta materia.

Las dificultades son todavía mayores en el caso de mujeres con discapacidades que dependen de su pareja incluso para su cuidado, de mujeres migradas en situación administrativa irregular y/o con barreras idiomáticas, o en caso de vivir en el medio rural, donde el acceso a recursos y protección puede estar más limitado; también en las mujeres mayores de 65 años y especialmente las más mayores, en mujeres con enfermedad mental grave, en mujeres que ejercen la prostitución, mujeres drogodependientes y cualquier otra circunstancia que las coloque en situación de exclusión social. En la tabla 3 se detallan las dificultades para identificar la violencia (Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

Tabla 3

Dificultades para identificar la violencia machista
Por parte de las mujeres
Bloqueo emocional por trauma físico y/o psicológico.
Tener incorporadas creencias y valores sexistas.
Percepción del maltrato como una cosa «normal» dentro de la relación.
Minimización de lo que le pasa.
Por parte de hijos e hijas
Considerar la violencia como una forma de conducta normalizada.
Negar la violencia como mecanismo de defensa.
Conflicto de lealtades entre su madre y su padre.
Por parte del personal sanitario
Estar inmersos en el mismo proceso de socialización sexista que el resto de la sociedad.
Haber interiorizado mitos y estereotipos sobre la violencia.
No considerar la violencia como un problema de salud. Creencia de que la violencia no es tan frecuente.
Desconocer que los hijos e hijas también son víctimas de violencia de género. Creer que la situación de maltrato, si no es directa, no está afectando a la salud de los niños y niñas.
En el contexto de la consulta
Falta de privacidad e intimidad, interrupciones durante la consulta. Sobrecarga asistencial.
Acceso de la mujer a la consulta acompañada de su pareja.
En el ámbito sanitario
Falta de conocimientos y coordinación entre los diferentes recursos. Insuficiente trabajo interdisciplinario y de equipo.
Insuficiente desarrollo de mecanismos facilitadores del acceso a los cursos de formación sobre violencia machista al personal sanitario. Escasez de personas traductoras, mediadoras o interculturales para facilitar la comunicación.



4.5 Mujeres en situaciones de especial vulnerabilidad

Según el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012), la vulnerabilidad que presenta una mujer debido a la violencia machista que sufre puede verse agravada por circunstancias personales o sociales que añaden una vulnerabilidad adicional, generando una multidiscriminación que dificulta su acceso a la información y asesoramiento, así como a la atención y servicios disponibles.

Estas circunstancias especialmente difíciles pueden ser la migración, estar en situación de paro o vivir en un medio rural, situaciones psicosociales que conducen a la exclusión social o al ejercicio de la prostitución, etapas vitales como el embarazo y puerperio o avanzada edad; condicionantes de salud como la discapacidad, la enfermedad mental grave o la drogodependencia, que aumentan la vulnerabilidad ante la violencia y, en particular, la probabilidad de sufrir violencia machista.

Mujeres embarazadas

En una relación en la que se sufre violencia machista, el embarazo es una etapa de especial vulnerabilidad y riesgo. Incluso en ocasiones, es en esta etapa cuando la violencia empieza a ser franca y evidente. Así, los malos tratos por parte de la pareja pueden iniciarse en este periodo, incluyendo la violencia física y sexual. Y además, el embarazo añade dificultad a las posibilidades de separarse de la pareja.

Esta violencia puede suponer, además de las graves consecuencias físicas y psicológicas de la violencia de género habituales, graves consecuencias relacionadas con el estado de la mujer.

Así pues, la violencia machista constituye un factor de riesgo gestacional, motivo por el que todo embarazo en una mujer que sufre malos tratos se considera de alto riesgo, ya que supone un aumento de la morbimortalidad materna y perinatal.

El puerperio es otro momento vital de riesgo para sufrir violencia machista, debido a los cambios de roles que implica ser padres y madres, además de la continuidad de los cambios físicos y psicológicos vividos durante este periodo de adaptación.

Es importante que en el proceso de atención sanitaria, desde las fases iniciales del seguimiento del embarazo, encontremos un momento en el que podamos hablar con la mujer sin la presencia de su pareja y/u otras personas de la familia y le preguntemos por la posibilidad de estar sufriendo algún tipo de violencia.

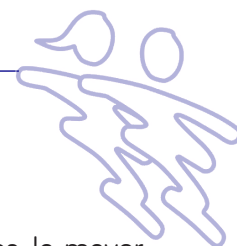
Mujeres con diversidad funcional

Las mujeres con diversidad funcional intelectual, física, sensorial, psíquica o multisensorial se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad a la violencia física, sexual y/o psicológica por tener, con más probabilidad, menor capacidad para defenderse, más dificultad para expresarse, menor credibilidad en su relato, especialmente en mujeres con diversidad funcional intelectual y/o psíquica grave, menor acceso a la información, asesoramiento y a recursos de forma autónoma, mayor dependencia de terceras personas, más dificultades de acceso al trabajo remunerado y a la educación, menor autoestima y menosprecio de su propia imagen y miedo a perder los vínculos de quien le proporciona cuidados.

Las mujeres con discapacidad habitualmente acuden a la consulta acompañadas por su pareja. Por ello, es preciso que tanto en la consulta como en la atención en el domicilio podamos tener un espacio de intimidad sin la presencia de su pareja y valorar la posibilidad de que esté sufriendo malos tratos.

Mujeres en procesos migratorios específicos

Si bien la raíz de la violencia que sufren las mujeres migradas en España no difiere de las nacionales, existen factores y contextos específicos de los procesos migratorios que sitúan a las mujeres en lugares de mayor vulnerabilidad e indefensión ante la violencia. La inseguridad de su situación personal, situaciones administrativas



irregulares y el miedo de ser expulsadas del país, el desconocimiento de sus derechos y recursos, la mayor dificultad de acceso a los recursos sociosanitarios, la falta de redes, la dependencia económica del agresor o las barreras lingüísticas son algunos de los factores sociales que inciden en encontrar dificultades añadidas para escapar de la espiral de la violencia machista.

Cabe tener en cuenta la Ley Orgánica 10/2011, de 27 de julio, que modifica la Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, y la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros y las extranjeras en España y su integración social, que garantiza que la Administración no abrirá un expediente de expulsión a las mujeres en situación irregular que sean víctimas de violencia machista cuando vayan a denunciar estos delitos. Además, amplía la protección a sus hijos e hijas.

Mujeres mayores

En las mujeres mayores pueden confluír factores que aumentan la vulnerabilidad a la violencia machista, que suponen una mayor dependencia y dificultan las posibilidades de poner fin a una relación de malos tratos, incluso pueden haber estado sufriendo malos tratos durante muchos años, a pesar de no ser conscientes, desarrollando sentimientos de indefensión, incapacidad e impotencia que les impiden plantear alternativas a su situación. Su tolerancia a estas situaciones suele ser alta por tener más asumido culturalmente el rol tradicional de la mujer y, aunque son conscientes de la situación de malos tratos que sufren, es mucho más difícil para ellas decidir cambios o la posibilidad de ruptura con la pareja.

En la etapa de la jubilación, el número de horas de convivencia con la pareja aumenta, y algunos hombres intentan tener un mayor control sobre el tiempo, actividades y relaciones de las mujeres, exigiendo, con violencia, su disponibilidad y presencia para acompañarles y atenderles. En esta etapa de la vida, hay mujeres que también pierden el apoyo cotidiano de sus hijos o hijas, lo que las hace vivir una violencia sin testigos ni mediación. Es frecuente, también, la dependencia económica de la pareja y escasos ingresos procedentes de pensiones, lo que impide que las mujeres se planteen como posibilidad la separación de la pareja y el inicio de una vida autónoma e independiente.

Mujeres que viven en el medio rural

Además de las barreras comunes a todas las mujeres en la revelación y denuncia de la situación de malos tratos, vivir en el medio rural añade otras dificultades. Las mujeres que viven en el medio rural se ven sometidas a un mayor control social, ya que es más difícil el anonimato y el hecho de denunciar puede tener repercusiones en las relaciones con la comunidad. Además, cabe añadir que en el medio rural existen mayores dificultades para la protección de las mujeres, ya que en los municipios pequeños las órdenes de alejamiento son difíciles de cumplir.

Mujeres en situación de exclusión social

La feminización de la pobreza conduce a las mujeres a experimentar situaciones de exclusión social. Una parte significativa de mujeres solas con cargas familiares, mujeres que están en la prisión o han salido de ella, mujeres que ejercen la prostitución, mujeres con drogodependencias graves (hay que hacer frente a la doble necesidad de atender tanto a su situación de dependencia como a la violencia que están sufriendo) pueden encontrarse experimentando este tipo de situaciones. Habitualmente acumulan varios factores de desventaja social, que contribuyen no sólo a una mayor vulnerabilidad de sufrir violencia machista, sino a aumentar las dificultades para salir de ella.

A estas situaciones puede añadirse analfabetismo o niveles muy bajos de instrucción social, escasa o nula cualificación laboral, precariedad en la vivienda, graves problemas en la esfera de las relaciones personales y/o familiares, ausencia de redes sociales de apoyo, no tener o tener muy limitada la autonomía económica o tener asociadas otras circunstancias adversas: problemas importantes de salud o discapacidades, baja autoestima, sentimientos de rechazo social, vergüenza, impotencia, desesperanza, falta de habilidades sociales, que disminuyen la capacidad de autodeterminación necesaria para afrontar una separación.



Mujeres con VIH

Se ha demostrado que las mujeres con VIH pueden estar en riesgo de sufrir episodios de violencia, desde insultos hasta agresiones físicas y sexuales después de comunicar su estado serológico a sus parejas. Aunque diferentes estudios indican que los índices de violencia machista que sufren las mujeres con el VIH son similares a los que sufren las mujeres que no están infectadas, su intensidad y gravedad parece ser más severa para las primeras. Por otra parte, en las mujeres que se encuentran en una relación de malos tratos aumenta considerablemente el riesgo de infección por VIH, a causa del miedo de las consecuencias de oponerse a una relación sexual no deseada, del temor al rechazo si intenta negociar relaciones sexuales más seguras, y a la misma coerción y manipulación emocional a la que se ven sometidas.

Mujeres y niñas víctimas de trata con fines de explotación sexual

Las mujeres y las niñas objeto de trata han experimentado una violencia extrema, pueden haber sido raptadas o atraídas con falsas promesas de conseguir unas mejores condiciones de vida en otro país, proceso durante el que han podido ser drogadas, maltratadas, violadas, encerradas, privadas de alimentos o explotadas para trabajar, sobre todo en la prostitución y trabajos forzados.

Debido a la coacción y explotación sexual continuadas, se producen graves secuelas físicas, psicológicas y en la salud sexual y reproductiva. A ello, cabe añadir las dificultades por acceder al sistema sanitario y ser atendidas de forma segura y confidencial. Para una mujer víctima de trata, ponerse en contacto con alguien en el sector de la salud puede ser la primera o la única oportunidad de explicar lo que ha pasado o pedir ayuda.

Entre los riesgos y dificultades que supone salir de esta situación se encuentran el control de sus tratantes a través de supuestas deudas que han sido forzadas a contraer, amenazas de hacer daño a su familia o a ella misma, ser deportadas, quitarle sus documentos de identidad o privándola de tener contacto con el mundo exterior, familia y/o amistades. A veces, también son forzadas a casarse contra su voluntad. En un matrimonio forzado, el marido y su familia pueden ejercer control sobre la vida de ellas, esclavizándolas sexualmente o en el servicio doméstico.

4.6 Hijas e hijos de mujeres que sufren violencia machista

A partir de varios tratados internacionales ratificados en los últimos años por España y, muy especialmente, de la Convención de Derechos del Niño de Naciones Unidas de 20 de noviembre de 1989, ratificada por España en 1990, empieza a surgir la preocupación por dotar a la menor y el menor de un adecuado marco jurídico de protección.

El Consejo de Europa (2010) reconoce que ser testigo de la violencia perpetrada contra su madre es una forma de abuso psicológico contra el niño o niña con consecuencias potencialmente muy graves. Por ello, las niñas y niños en esta situación requieren una acción más específica, puesto que muy a menudo no son reconocidos como víctimas del impacto psicológico de su experiencia, ni como posibles futuras víctimas, ni como elementos de una cadena de reproducción de la violencia.

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género, establece, en su exposición de motivos, que las situaciones de violencia sobre la mujer afectan también a los y las menores que se encuentran en su entorno familiar, víctimas directas o indirectas de esta violencia. La Ley consigna también su protección no sólo para la tutela de los derechos de las niñas y niños menores, sino para garantizar de forma efectiva las medidas de protección adoptadas con respecto a la mujer.

Save the Children (2011), en su informe En la violencia de género no hay una sola víctima, estima que en España 800.000 niños y niñas menores sufren las consecuencias de este tipo de violencia.

La Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito, en su preámbulo ya dispone que también se reconoce la condición de víctima indirecta al cónyuge o persona vinculada a la víctima por una análoga



relación de afectividad, sus hijos y progenitores, parientes directos y personas a cargo de la víctima directa por muerte o desaparición ocasionada por el delito, así como a los titulares de la patria potestad o tutela en relación a la desaparición forzada de las personas a su cargo, cuando eso determine un peligro relevante de victimización secundaria, que se concreta en su artículo 2, donde se determina el ámbito subjetivo de la Ley, y se les reconoce la condición de víctima indirecta en casos de muerte o desaparición como consecuencia de un delito. Exactamente dispone:

b) Como víctima indirecta, en los casos de muerte o desaparición de una persona que haya sido causada directamente por un delito, a menos que se trate de los responsables de los hechos:

1º. A su cónyuge no separado legalmente o de hecho y los hijos de la víctima o del cónyuge no separado legalmente o de hecho que en el momento de la muerte o desaparición de la víctima convivieran con ellos; la persona que hasta el momento de la muerte o desaparición hubiera sido unida a ella por una análoga relación de afectividad y los hijos de esta que en el momento de la muerte o desaparición de la víctima convivieran con ella; a sus progenitores y parientes en línea recta o colateral dentro del tercer grado que se encontraran bajo su guarda y a las personas sujetas a su tutela o curatela o que se encontraran bajo su acogida familiar.

También la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito, en su preámbulo dispone que:

Igualmente se busca visibilizar como víctimas a las y los menores que se encuentran en un entorno de violencia de género o violencia doméstica, para garantizarles el acceso a los servicios de asistencia y apoyo, así como la adopción de medidas de protección, con el objetivo de facilitar su recuperación integral.

Reconocimiento que se concreta en su artículo 10, donde expone que los hijos menores y los menores sujetos a tutela, guarda y custodia de las mujeres víctimas de violencia de género o de personas víctimas de violencia doméstica tendrán derecho a las medidas de asistencia y protección previstas en los títulos I y III de esta Ley.

A los efectos de la Ley 11/2016, de 28 de julio, de igualdad de mujeres y hombres de las Illes Balears, también se consideran víctimas las hijas e hijos de la madre víctima de violencia.

Según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, entre los años 2013 y 2015, en España han sido asesinados 14 niños y niñas como consecuencia de la violencia machista y otros 134 han quedado huérfanos.

Las hijas e hijos de las mujeres que sufren violencia machista son víctimas de la misma, ya sea psicológica, física o sexual, y por lo tanto es una forma más de maltrato infantil. La exposición a la violencia machista tiene un impacto negativo evidente en la vida, el bienestar y desarrollo de los niños y niñas. Presenciar la violencia ejercida contra sus madres o el crecer en un entorno en el que la desigualdad entre el hombre y la mujer se expresa de forma violenta, les convierte también en víctimas. Además, a veces se convierten en los catalizadores de la denuncia de la madre, a partir de la que se suelen ver involucrados en procedimientos administrativos y eventualmente judiciales que en la mayoría de los casos no se encuentran adaptados a sus necesidades.

Es por este motivo que se considera muy recomendable un apoyo y una preparación psicológica de los niños y niñas facilitándoles información adaptada a su grado de madurez sobre cuál es el funcionamiento de los procesos en los que podrían estar presentes (juicios, declaraciones...) y, en su caso, aportar herramientas y estrategias de control emocional para hacer frente de la forma más adaptativa posible a este tipo de situaciones y contextos.

Por lo tanto, en el caso de detección de una situación de violencia machista, si la mujer tiene hijas e hijos, cabe tener presente que requieren una especial atención desde el sistema sanitario, adquiriendo el personal de



pediatría un papel de gran relevancia, así como la coordinación con las y los profesionales de trabajo social dentro del equipo integral de salud. También en las consultas de atención primaria hay que prestar atención a la sintomatología en adolescentes y jóvenes, que puede ser una manifestación de su exposición a la violencia, para actuar en colaboración con el resto de profesionales tanto del equipo de salud de atención primaria como la derivación a atención especializada.

En la atención sanitaria a niñas y niños la sospecha de que la problemática de salud que presentan pueda ser consecuencia de la exposición a la violencia posibilitará también la detección y la intervención de las mujeres en relaciones de malos tratos.

La exposición a la violencia machista origina efectos negativos en la infancia, independientemente de la edad de los niños y niñas que la sufren, que van desde problemas físicos, hasta alteraciones emocionales, alteraciones cognitivas y alteraciones de la conducta. Estos efectos se agravan en aquellos menores que sufren violencia directa. En la tabla 4 se detalla los tipos de exposición y sus principales consecuencias.

Tabla 4

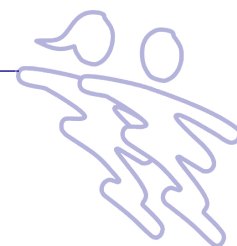
TIPO DE EXPOSICIÓN	PRINCIPALES CONSECUENCIAS
<p>Directa: las y los menores experimentan el mismo tipo de actos violentos que la madre: insultos, amenazas, humillaciones, desvalorización, manipulación emocional, intimidación, maltrato físico activo (bofetadas, patadas, palizas, empujones, tirones de pelo, pellizcos...).</p>	<p>Consecuencias físicas (excepto lesiones): retraso en el crecimiento, alteraciones neuropsicológicas, alteraciones del sueño y alimentación, retraso en desarrollo motor, etc.</p> <p>Alteraciones emocionales: depresión infantojuvenil, ansiedad, baja autoestima, trastorno de estrés postraumático.</p> <p>Problemas cognitivos: retraso en el lenguaje, absentismo escolar, fracaso escolar, déficits de atención y concentración, dificultades en la integración escolar.</p> <p>Problemas de conducta: falta de habilidades sociales, agresividad, inmadurez, delincuencia, toxicomanías, etc.</p>
<p>Indirecta: cuando la agresión se produce en su presencia, y también aunque no estén presentes pero no pueden tomar distancia de sus progenitores porque las secuelas en la madre son evidentes. Viven disputas, golpes, perciben terror y desesperanza.</p>	<p>Incapacidad de las madres para atender las necesidades básicas de las niñas y niños, por la situación física y emocional en la que se encuentran. Puede generar situaciones de negligencia y abandono hacia los niños y niñas.</p> <p>Incapacidad de los agresores de establecer una relación cálida y afectuosa próxima con sus hijas e hijos. Puede generar serios problemas de vinculación afectiva y establecimiento de relaciones de afección.</p>

Fuente: Espinosa, 2004

4.7 Consecuencias de la violencia machista en la salud

Los malos tratos tienen importantes repercusiones en el bienestar y la salud física, emocional, sexual, reproductiva y social, a corto y largo plazo. Poco a poco va socavando su energía y confianza y afectando a la salud física y psicológica de las mujeres y de sus hijas e hijos. Las secuelas en la salud persisten incluso mucho después de que la relación de malos tratos haya acabado (WHO, 2002).

Según el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012) las consecuencias que tiene la violencia machista en la salud son las siguientes:



Consecuencias en la salud de las mujeres

Las repercusiones que puede causar la violencia en la salud de las mujeres pueden ir desde una mayor vulnerabilidad a la enfermedad, consecuencias sobre la salud psicológica (ansiedad, depresión, suicidio, trastorno de estrés postraumático, abuso de alcohol, tranquilizantes y otras drogas), consecuencias en condiciones crónicas de salud, repercusiones sobre la salud física, alteraciones a la salud sexual y reproductiva, y consecuencias en la salud social.

Consecuencias de la violencia en la salud de las mujeres
Consecuencias fatales
Muerte (por homicidio, suicidio, etc.)
Consecuencias en la salud física
Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras, que pueden producir discapacidad. Deterioro funcional. Síntomas físicos inespecíficos (por ejemplo, cefalea...), peor salud...
Consecuencias en condiciones crónicas de salud
Dolor crónico. Síndrome del intestino irritable, otros trastornos gastrointestinales, quejas somáticas.
Consecuencias en salud sexual y reproductiva
<u>Por relaciones sexuales forzadas</u> : pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual incluida la infección por VIH, sangrado y fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infección urinaria, cáncer de útero, embarazo no deseado.
<u>Por maltrato durante el embarazo</u> : embarazo de alto riesgo, mayor mortalidad materna, anemia, hemorragia vaginal, amenaza de aborto, aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer, mayor mortalidad perinatal.
Consecuencias en la salud psicológica
Depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático, trastorno del sueño.
Trastorno de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia), trastornos psicopatológicos, intento de suicidio, autolesiones.
Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos, dependencia psicológica del agresor.
Consecuencias en la salud social
Aislamiento social, pérdida de empleo, absentismo laboral. Disminución del número de días de vida saludable.

Consecuencias en la salud de sus hijas e hijos

Los factores que determinan el alcance del impacto en la salud de las hijas e hijos de mujeres en relaciones de malos tratos son, básicamente, el tipo, la severidad y el tiempo de exposición a la violencia, la edad, su nivel de desarrollo, el contexto familiar o la acumulación de otros factores estresantes, así como la presencia de factores protectores, como la calidad de otros vínculos. Asimismo, a causa de los condicionantes de género, la violencia tendrá un impacto diferencial por el hecho de ser una niña o un niño.

Las alteraciones detectadas afectan diferentes áreas: física, emocional, cognitiva, conductual y social, y pueden tener efectos a corto, medio y largo plazo.

Las niñas y los niños que son testigos de violencia tienen más riesgo de presentar problemas emocionales y de comportamiento, tales como ansiedad, depresión, bajo rendimiento escolar, desobediencia, pesadillas y síntomas físicos. También es más probable que tengan conductas agresivas durante su infancia y adolescencia (Blanco y Ruiz-Jarabo, 2004).



Consecuencias de la violencia en la salud de las hijas e hijos
Consecuencias fatales
Muerte por homicidio o como resultado de interponerse entre el agresor y su madre para intentar frenar la violencia.
Consecuencias en la salud física, emocional y psicológica
Daños y lesiones.
Riesgo de alteración de su desarrollo integral: retraso del crecimiento, disminución de las habilidades motrices, retraso en el lenguaje, síntomas agresivos.
Alteraciones del sueño y la alimentación, mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas.
Trastornos psicopatológicos, ansiedad, depresión, baja autoestima, trastorno de estrés postraumático.
Déficit de atención y concentración, hiperactividad. Dificultades de aprendizaje y socialización, habilidades sociales escasas, bajo rendimiento escolar.
Problemas de conducta social: adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras.
Comportamientos de riesgo, adicciones, inhibición y aislamiento.
Parentalización. Asumen roles de protección de hermanos y hermanas o de su madre.
Consecuencias a largo plazo o violencia transgeneracional
Si no se ha producido un proceso de elaboración de las experiencias vividas a través de una intervención profesional o de otras formas, la evidencia científica disponible señala que existe mayor probabilidad de conductas agresivas de hijos hombres hacia las madres, y conductas y malos tratos a sus parejas en las edades adultas en los hombres.
Mayor tolerancia a los malos tratos en las mujeres.

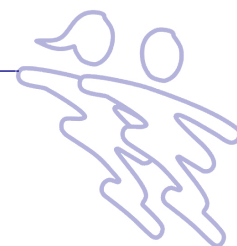
Consecuencias en el entorno relacional de la mujer

El conocer la existencia de una relación de malos tratos afecta también a personas del entorno próximo con las que la mujer mantiene vínculos afectivos, laborales y/o sociales (familiares, amistades, vecindad), teniendo una especial repercusión en personas dependientes de la mujer y/o personas convivientes, experimentando sentimientos de rabia e impotencia. También pueden producirse sentimientos de culpa en familiares por mantener actitudes pasivas o haber aconsejado mantener la relación a pesar de la violencia.

Tener conocimiento de que otra mujer está viviendo una relación de malos tratos afecta también a las mujeres que son o han sido víctimas de violencia machista, pudiendo reexperimentar su situación y/o desarrollar de nuevo sintomatología relacionada con el maltrato.

Consecuencias en el personal sanitario

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



5. EL PERSONAL SANITARIO ANTE LA VIOLENCIA MACHISTA

La Organización Mundial de la Salud (1998), en su informe *Violencia contra las mujeres: un tema de salud prioritario*, recomienda que el personal sanitario pregunte a las mujeres sobre este tema, puesto que la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar los malos tratos cuando se les pregunta de forma directa y no valorativa. En realidad, muchas están esperando silenciosamente que alguien les pregunte. La OMS, además, define las funciones mínimas a desarrollar en este tema desde el sistema sanitario:

- Preguntar con regularidad, cuando sea factible, a todas las mujeres sobre la existencia de violencia como tarea habitual dentro de las actividades preventivas.
- Estar alerta ante posibles signos y síntomas de malos tratos, realizando su seguimiento.
- Ofrecer atención sanitaria integral y registrarla en la historia clínica.
- Ayudar a entender su malestar y problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo.
- Informar y remitir a las mujeres a los recursos disponibles de la comunidad.
- Mantener la privacidad y confidencialidad de la información obtenida.
- Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución.
- Evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras, ya que pueden reforzar su aislamiento, minar su confianza en ellas mismas y restar la probabilidad de que busquen ayuda.
- Establecer una coordinación con otros profesionales e instituciones.
- Colaborar en dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos.

La OMS (2005), a partir de los resultados del estudio *Multipaís sobre la salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer*, recomienda desarrollar una respuesta global del sector salud sobre los efectos de la violencia contra las mujeres.

Muchos y muchas profesionales de la salud ven y tratan (sabiéndolo o no) a millones de mujeres que son víctimas de violencia. Por eso, la OMS considera que es crucial que el sector sanitario desarrolle una respuesta global a los diferentes efectos de la violencia contra las mujeres, aunque también es preciso que los diferentes servicios de atención para la salud adopten medidas específicas.

Respecto a la planificación, recomienda que las autoridades de salud identifiquen las ventajas concretas del sector, en el marco de una respuesta multisectorial más amplia, para fomentar la prevención y prestar servicios dirigidos a las mujeres que han sido víctimas de violencia. Concretamente, considera importante abordar la reticencia mostrada por las mujeres maltratadas a la hora de buscar ayuda. Con respecto a los servicios, las respuestas a la violencia contra las mujeres tienen que integrarse en todos los ámbitos de la atención (servicios de emergencia, servicios de salud reproductiva tales como la atención prenatal, planificación familiar y atención después del aborto, servicios de salud mental y servicios relacionados con el VIH y el sida).

La OMS también recomienda mejorar el acceso a los servicios de salud mental que no estigmaticen a las mujeres y que sean capaces de reconocer los vínculos existentes entre violencia y salud mental, en particular la depresión y los pensamientos suicidas. Estos servicios tienen que proporcionar seguridad a las mujeres que tienen que afrontar la violencia y evitar respuestas médicas excesivas al problema.



Según el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012), la violencia machista es un problema de alta prevalencia y graves consecuencias para la salud, de carácter repetitivo y con un alto coste sanitario y social. Existe una clara preocupación por la baja detección y el retraso en el diagnóstico, tal y como lo constatan la evidencia científica internacional y los numerosos estudios de investigación al respecto.

Los servicios sanitarios, concretamente a través del conjunto de profesionales de la salud de los equipos de atención primaria, el de los programas de atención a la salud sexual y reproductiva y el de las consultas de atención especializada, tales como obstetricia y ginecología, pediatría, salud mental y adicciones, fisioterapia o traumatología, urgencias hospitalarias, entre otros, se encuentran en una situación privilegiada para llevar a cabo la prevención, detección, atención y recuperación de mujeres en situación de violencia machista. Las características de accesibilidad, el contacto directo y continuo con los diversos colectivos de mujeres y el contar con equipos multidisciplinares hacen de las consultas sanitarias un contexto idóneo para detectar a las mujeres en situación de violencia, así como para prevenir y frenar las consecuencias de la violencia en la salud y el bienestar de las mujeres.

En la atención a las mujeres que sufren malos tratos, además de la atención y seguimiento a la mujer, es preciso, si hay hijas o hijos u otras personas dependientes a cargo de la mujer, la coordinación con pediatría y trabajo social. Los y las profesionales de trabajo social también son pieza clave dentro de la cadena interdisciplinar necesaria para abordar eficazmente el problema de la violencia machista.

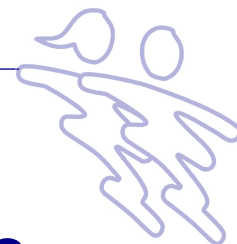
6. OBJETIVOS

Objetivo general

El objetivo general del Protocolo es aportar conocimientos, unificar criterios, ofrecer orientaciones y recursos en casos de violencia machista a las y los profesionales de la salud de las Illes Balears.

Objetivos específicos

1. Sensibilizar y formar al colectivo de profesionales sanitarios sobre la magnitud, gravedad e impacto en salud de la violencia machista.
2. Facilitar al conjunto de profesionales de la salud pautas de actuación para la prevención, detección, atención y recuperación de las mujeres, sus hijas e hijos que han sufrido o sufren malos tratos.
3. Unificar criterios entre las diferentes instituciones implicadas en la atención a las mujeres que han sufrido o sufren violencia o que están en riesgo de sufrirla, así como a hijos e hijas o personas dependientes que puedan convivir con la mujer y son testigos y víctimas, con el fin de actuar de forma conjunta y coordinada.
4. Promover la capacitación de las mujeres que sufren malos tratos para el reconocimiento de su situación e investigación de soluciones.



7. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PREVENTIVAS

El sistema sanitario tiene un importante papel en la prevención de la violencia machista. Las actividades preventivas pueden clasificarse en tres niveles:

1. Prevención primaria. Promoción y educación para la salud

La prevención primaria comprende actuaciones dirigidas a prevenir la violencia antes de que ocurra. En este nivel se incluirían todas aquellas actividades destinadas a disminuir la incidencia de la violencia machista.

El hecho de que la violencia machista sea estructural, y consecuencia de las desigualdades entre ambos sexos, la convierte en un problema complejo y multifactorial. Por eso, la prevención primaria debe orientarse hacia el cambio de valores que han permitido y legitimado la desigualdad entre mujeres y hombres, y tiene que ir dirigida a las personas individualmente, y a las familias, comunidades y la sociedad en general.

La educación para la salud es el mejor instrumento que tiene el personal de la salud para sensibilizar y prevenir. La prevención debe empezar en las primeras etapas de la vida, mediante la educación de los niños y niñas promoviendo las relaciones de respeto y la igualdad de género. Esta educación debe continuar en la adolescencia. A partir de la vida adulta, y sin olvidar la infancia y la juventud, se trabajará la igualdad entre mujeres y hombres en todas las actividades de educación para la salud, introduciendo la perspectiva de género transversalmente en todas las actividades.

2. Prevención secundaria. Detección precoz

La prevención secundaria es imprescindible para detectar precozmente el problema, interviniendo de una forma rápida, coordinada y eficaz. Las herramientas de las que disponemos para hacerlo son:

- Cribado y entrevista clínica.
- Sensibilización y formación de profesionales.
- Carteles y folletos informativos en lugares visibles.

3. Prevención terciaria. Atención y acompañamiento

La prevención terciaria incluiría la intervención ante el caso detectado para reducir los efectos del problema, el acompañamiento de las mujeres en todo el proceso y la recuperación de las secuelas producidas sobre su salud física, psicológica o social.

El sistema sanitario debe colaborar en una atención multidisciplinar orientada a que la víctima recupere el control de su vida.

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN A MUJERES MALTRATADAS

La incorporación de la perspectiva de género en la actividad profesional, especialmente en la intervención con mujeres maltratadas, es estrictamente necesaria, ya que se trata de una herramienta que permitirá dar respuestas más adecuadas y equitativas, analizando las causas que generan desigualdades, evaluando la posibilidad de modificarlas y, fundamentalmente, elaborando propuestas de acción tendentes a modificar dichas desigualdades.

No puede perderse de vista la perspectiva de género a la hora de valorar el impacto de los malos tratos, directos o indirectos, sobre las hijas e hijos. Este impacto no sólo depende de la edad y el nivel de desarrollo desde niños, sino que también depende de que sea una niña o un niño. Todo ello es también fruto de las desigualdades generadas a partir de los estereotipos y mandatos de género.



EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD

El modelo de atención integral a la salud incorpora el concepto de atención interdisciplinar, entendida como una forma de articulación que, a partir del diálogo y puesta en común de varios conocimientos y habilidades, posibilita la construcción de un nuevo conocimiento así como de una experiencia y un lenguaje que es fruto del abordaje compartido de los conflictos y las situaciones problemáticas que afronta la persona. Desde la atención interdisciplinar se intenta romper con el aislamiento de los servicios y profesionales y se fortalece la coordinación, generando interrelación, reciprocidad y el reconocimiento de la riqueza de la diversidad para promover la calidad de la atención.

Los servicios sanitarios cuentan con profesionales de diferentes disciplinas (enfermería, medicina, trabajo social, psicología, matronas, fisioterapeutas, etc.) que existen para coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento de las diversas problemáticas a las que intenta dar respuesta el sistema sanitario, haciendo posible de esta forma intervenir desde un modelo de atención integral a la salud (Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

8. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LA VIOLENCIA MACHISTA EN EL MARCO DE LA PAREJA O EXPAREJA

A. DETECCIÓN

1. CRIBADO

Según la literatura internacional sobre programas universales de cribado en violencia machista perpetrada por la pareja o expareja, la eficacia de estos programas viene avalada por la convergencia de varios factores o procesos: la formación de profesionales, la existencia y accesibilidad a recursos específicos, así como la continuidad en la asistencia.

A partir de la evidencia científica disponible, para detectar precozmente y mejorar la atención a las mujeres que sufren violencia machista, se recomienda preguntar sobre este tema sistemáticamente a todas las mujeres que acuden a la consulta, tanto si es la primera visita (apertura de historia clínica) como si se trata de una consulta habitual y no consta en la historia clínica que se le ha preguntado (Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

Este cribado puede realizarse de dos maneras: utilizando preguntas generales o bien un cuestionario de cribado específico y validado. Dada la alta prevalencia de malos tratos en las mujeres, se recomienda realizar este cribado cada dos años a todas las mujeres mayores de 14 años que acudan a consulta de atención primaria, registrando en la historia clínica que se ha hecho.

Hay que preguntar a las mujeres sobre este tema, siempre y cuando las condiciones de seguridad lo permitan, es decir, sin la presencia de la pareja en la consulta y garantizando las condiciones de confidencialidad.

PREGUNTAS GENERALES

Las preguntas generales que se recomienda realizar, por su sencillez y adaptables a cualquier cultura y/o situación personal serían:

¿Cómo van las cosas por casa?
¿Cómo va la relación con su pareja? (si se tiene conocimiento de que tiene pareja sentimental)



Ejemplos de otras preguntas generales:

Ejemplos de otras preguntas generales
¿A qué cree que es debido su malestar o problema de salud?
La veo preocupada. ¿Le preocupa alguna cosa?
¿Está viviendo alguna situación problemática con su pareja o con alguien de la familia que le haga sentirse así?
Las relaciones de pareja son a veces violentas. ¿Qué pasa cuando tiene una discusión en casa?, ¿cómo son estas discusiones?, ¿se pelean físicamente?
¿Ha vivido o vive violencia psicológica, física o sexual por parte de su pareja?, ¿de qué tipo?, ¿desde cuándo?, ¿con qué frecuencia le ocurre?

Se ha demostrado también que el hecho de contextualizar el porqué se realizan estas preguntas favorece la disposición a responder. A continuación se presentan ejemplos de cómo contextualizar las preguntas.

Contextualización de las preguntas
La violencia en la vida de las mujeres es un problema muy común que puede afectar a la salud. Por ello, de forma rutinaria, pregunto sobre este tema a todas a las mujeres que vienen a la consulta.
Ya sabe que ahora se habla mucho de violencia; es un problema muy común y puede ser muy grave y afectar a la salud de las mujeres. Por esto como profesionales de la salud intentamos ayudar a las mujeres que se encuentran en esta situación.
Muchas mujeres experimentan algún tipo de violencia en su vida, y ésta puede reflejarse en su estado de salud.

Cualquier pregunta relacionada con violencia se realizará cuando la mujer esté sola.

CUESTIONARIO DE CRIBADO

En nuestro medio se ha validado la versión corta en español del Woman Abuse Screening Tool (WAST) como cuestionario de cribado. (Hernández-Torresb, Plazaola-Castañoa y Ruiz-Pérez, 2008).

Versión corta en español del Woman Abuse Screening Toll. Fogarty i Brown (WAST)		
1. En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?		
Mucha tensión	Alguna tensión	Sin tensión
2. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:		
Mucha dificultad	Alguna dificultad	Sin dificultad
Puntuación de 1 a todas las respuestas positivas y puntuación de 0 a todas las respuestas negativas.		
Se considera 2 como resultado positivo.		

2. ACTITUD DE ALERTA Y BÚSQUEDA ACTIVA DE CONDUCTAS, SÍNTOMAS O SIGNOS DE SOSPECHA

A la hora de detectar precozmente una situación de malos tratos, el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012) recomienda estar alerta ante las situaciones, conductas, signos y síntomas que aparecen en las siguientes tablas, que deben hacernos sospechar. Es preciso que el personal sanitario los conozca y mantenga una actitud de alerta en la consulta para identificar los casos.



Situaciones, conductas, signos y síntomas que tienen que alertarnos
Indicadores de sospecha en los antecedentes y características de la mujeres
1. Antecedentes de violencia
Haber vivido otras relaciones de malos tratos en la pareja.
Haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia, abusos y/o agresiones sexuales.
2. Antecedentes personales y de hábitos de vida
Lesiones frecuentes.
Otros problemas de salud frecuentes: dolores, trastornos del sueño y de la alimentación.
Abuso de alcohol, psicofármacos u otras drogas.
3. Problemas gineco-obstétricos
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.
4. Síntomas psicológicos
Insomnio, depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático...
Baja autoestima, irritabilidad, labilidad emocional, trastorno de la conducta alimentaria, intentos de suicidio.
5. Aspectos sociales
Aislamiento, escasas relaciones y actividades fuera de la familia, bajas laborales.
6. Síntomas físicos frecuentes
Cefalea, cervicalgia, dolor crónico, mareos, dificultad respiratoria...
Molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, dolor abdominal).
7. Utilización de servicios sanitarios
Existencia de periodos de hiperfrecuentación y otros de abandono (largas ausencias).
Incumplimiento de citas o tratamientos, uso repetitivo de los servicios de urgencias
Frecuentes hospitalizaciones, acudir con la pareja cuanto antes no lo hacía.
Indicadores de sospecha durante la consulta
1. Características de las lesiones
Retraso en la demanda de asistencia de las lesiones, incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa.
Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara, cabeza, brazos o muslos; o lesión típica: rotura de tímpano.
Lesiones por defensa (en antebrazos y región dorsal).
Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de mucho tiempo de evolución.
Lesiones en genitales, lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas.
2. Actitud de la mujer
Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, se altera por ejemplo al abrirse la puerta.
Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza.
Baja autoestima, sentimientos de culpa, estado de ansiedad o angustia, irritabilidades, estado de shock...
Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil, evita mirar a la cara.
Ropa que puede indicar la intención de ocultar lesiones, falta de cuidado personal.
Justifica sus lesiones o resta importancia a las mismas.
Si está presente su pareja está temerosa en las respuestas, busca constantemente su aprobación.



3. Actitud de la pareja
Solicita estar presente en toda la visita.
Muy controlador, siempre contesta él o, por el contrario, despreocupado, despectivo o intentando banalizar los hechos.
Excesivamente preocupado o solícito con ella y a veces colérico u hostil con ella o con el o la profesional.
Indicadores de sospecha en los hijos e hijas de mujeres en relaciones de violencia machista
Daños o lesiones corporales.
Retraso del crecimiento, retraso o dificultades en cualquier área del desarrollo: psicomotricidad, lenguaje, bajo rendimiento escolar.
Enfermedades psicosomáticas de repetición.
Trastornos del sueño y la alimentación. Trastornos del control de esfínteres. Trastornos del comportamiento.
Accidentes frecuentes.
Dificultades en las relaciones (relaciones violentas con su grupo de iguales, conductas de inhibición y aislamiento).
Depresión, ansiedad, intentos de suicidio, autolesiones...

A continuación se presentan algunos ejemplos de preguntas que se podrían utilizar en cada caso (Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

Preguntas ante sospecha
<p>En el caso de sospecha por información obtenida de los antecedentes y características de la mujer</p> <ul style="list-style-type: none"> - He repasado su historial y he visto algunas cosas que me gustaría comentar con usted. Veo que (relatar hallazgos), ¿a qué cree que se debe su malestar o problema de salud? - La veo intranquila, ¿qué le preocupa?, ¿está viviendo alguna situación problemática que le haga sentirse así?, ¿qué puede decirme de esto?, ¿cree que todo está relacionado? - En muchos casos las mujeres que tienen problemas como los suyos, tales como... (relatar algunos de los identificados, los más significativos), suelen ser debidos a que están recibiendo algún tipo de maltrato por parte de alguien, por ejemplo su pareja, ¿es éste su caso?
<p>En caso de sospecha por antecedentes como dispareunia, dolor pélvico...</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Sus relaciones sexuales le resultan satisfactorias? (en caso de que la respuesta sea negativa) ¿desde cuándo es así?, ¿a qué cree que es debido? - ¿Ha sido forzada alguna vez a tener relaciones o prácticas sexuales cuando no deseaba hacerlo?
<p>En el caso de sospecha por las lesiones físicas que presenta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esta lesión suele aparecer cuando se recibe un empujón, golpe, corte, puñetazo, ¿es eso lo que le ha ocurrido? - ¿Su pareja o alguna otra persona utiliza la fuerza contra usted?, ¿cómo?, ¿desde cuándo? - ¿Alguna vez la han agredido más gravemente? (palizas, uso de armas, agresión sexual)
<p>Sospecha por los síntomas o problemas psicológicos detectados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Me gustaría conocer su opinión sobre esos síntomas que me ha contado (ansiedad, nerviosismo, tristeza, apatía). ¿Desde cuándo se siente usted así?, ¿a qué cree usted que se deben?, ¿los relaciona con algo? - ¿Ha sucedido últimamente algo en su vida que la tenga preocupada o triste?, ¿tiene algún problema quizás con su pareja?, ¿o con sus hijas o hijos?, ¿con alguien de su familia?, ¿en el trabajo? - Parece como si se encontrara en alerta, asustada, ¿a qué teme? - ¿Tiene alguna dificultad para ver a sus amistades o familiares?, ¿qué le impide hacerlo?



También hay que tener en cuenta los casos considerados de especial vulnerabilidad:

En el caso de sospecha en situaciones de especial vulnerabilidad
Es sabido que al estar lejos del país pueden aumentar los problemas en la pareja; ¿cómo va su relación?, ¿se siente sola?
En ocasiones, cuando hay algún tipo de discapacidad se puede ver afectada la relación de pareja ¿cómo van las cosas en casa?
Durante el embarazo, a veces se agudizan los problemas o conflictos de pareja, ¿se encuentra usted en esta situación?, ¿cómo vive su pareja el embarazo?, ¿se siente apoyada por él?
Durante el puerperio, a veces se agudizan los problemas o conflictos de pareja, ¿se encuentra usted en esta situación?, ¿cómo vive su pareja el puerperio?, ¿siente que su pareja la apoya?
Recuerde que se encuentra en una época vital muy importante en la que su salud y seguridad, así como la de su hija o hijo, son primordiales; ¿cree que se dan las condiciones para que así sea?

Con el fin de realizar una entrevista clínica específica, es preciso crear un clima de confianza que facilite la expresión de la mujer. También se exponen algunas propuestas para que ello sea posible.

Recomendaciones para la entrevista clínica a la mujer ante sospecha de malos tratos
Atender a la mujer sola, asegurando la confidencialidad. En caso de que tenga hijos e hijas, velar para que no estén presentes en la entrevista.
Observar las actitudes y el estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal). Facilitar la expresión de sentimientos.
Mantener una actitud empática, que facilite la comunicación, con una escucha activa.
Seguir una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas.
Abordar directamente el tema de la violencia.
Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.
En caso de que reconozca sufrir malos tratos
Hacer sentir a la mujer que no es culpable de la violencia que sufre.
Creer en el relato de la mujer, sin poner en duda la interpretación de los hechos y sin emitir juicios.
Ayudarla a pensar, ordenar sus ideas y tomar decisiones.
Alertar a la mujer de los riesgos y aceptar su elección.
No dar la impresión de que todo se arreglará fácilmente. No dar falsas esperanzas.
No criticar la actitud o ausencia de respuesta de la mujer con frases como “¿por qué sigue con él?; si usted deseara acabar, se iría... “.
No infravalorar la sensación de peligro expresada por la mujer. No recomendar terapia de pareja ni mediación familiar.
No prescribir fármacos que disminuyan la capacidad de reacción de la mujer. Cuando sean necesarios, hacerlo con estricto control médico.
No adoptar una actitud paternalista. No imponer criterios o decisiones.

B. VALORACIÓN

Siguiendo las indicaciones del Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012), la valoración de una situación o sospecha de malos tratos será una valoración integral que incluya una exploración minuciosa de las lesiones, de su estado emocional y su situación social, informando en todo momento de las exploraciones que se realizan y de su fin. Esta valoración podrá registrarse a la historia clínica de la mujer, se haya o no activado el diagnóstico correspondiente de malos tratos.

Según la clasificación internacional de enfermedades (CIE-9-MC i CIE-10-ES), la codificación utilizada en nuestra comunidad es la siguiente:



TIPO DE MALTRATO	CIE-9-MC	CIE-10-ES	
Maltrato psicológico	995.8.2	T74.31XA	T76.31XA
Maltrato sexual	995.8.3	T74.21XA	T76.21XA
Maltrato físico	995.8.1	T74.11XA	T76.11XA
Maltrato no especificado	995.8.0	T74.91XA	T76.91XA
	995.8.5	T74.91XA	T76.91XA
	E967.3	Y07.01	

En primer lugar se valorará si la mujer, sus hijas o sus hijos se encuentran en situación de peligro, entendiendo por peligro la situación actual de sufrir un acontecimiento inminente con riesgo cierto para la vida de la mujer o la de sus hijos o hijas. En la siguiente tabla se describen indicadores que representan un inminente riesgo para la vida de las mujeres, la de sus hijos y sus hijas. Esta valoración se realizará conjuntamente con la mujer.

Indicadores de peligro Inminente riesgo para la vida de la mujer, sus hijas e hijos
Amenazas con armas o uso de éstas.
Amenazas o intentos de homicidio a ella o a sus hijos o hijas.
Amenazas o intentos de suicidio de la mujer.
Malos tratos a hijos o hijas u otros miembros de la familia.
Lesiones graves, requiriendo incluso hospitalización.
Amenazas o acoso a pesar de estar separados.
Aumento de la intensidad y frecuencia de la violencia.
Agresiones durante el embarazo. Abusos sexuales repetidos.
Comportamiento violento fuera del hogar.
Trastornos paranoides, celos extremos, control obsesivo de las actividades diarias, adónde va, con quien está o cuánto dinero tiene.
Aislamiento creciente.
Consumo de alcohol o drogas por parte de él.
Disminución o ausencia de remordimiento expresado por el agresor.

A continuación, se realizará la valoración biopsicosocial y la situación de la violencia.

Valoración a la mujer, sus hijas e hijos
Biopsicosocial
Lesiones y síntomas físicos.
Situación emocional y psicológica.
Situación familiar.
Situación económica, laboral y ocupacional.
Red de apoyo social de la mujer.
De la situación de violencia
Tipo de violencia.
Desde cuándo sufre violencia, frecuencia e intensidad de ésta.
Comportamientos de la persona agresora en el ámbito familiar y social; si ha habido agresiones a otras personas o familiares.
Mecanismo de afrontamiento desarrollado por la mujer.
Fase del proceso de motivación para el cambio en el que se encuentra.



A la hora de valorar la situación y el tipo de violencia se recomienda utilizar el Cuestionario de maltrato (CMT):

SU MARIDO/ PAREJA:	nunca	casi nunca	algunas veces	bastantes veces	casi siempre
1. ¿Respeta sus sentimientos?					
2. ¿La ha insultado, avergonzado o humillado?					
3. ¿Les ha amenazado a usted, a sus hijos o a alguna persona querida?					
4. ¿Ha roto alguna de sus cosas o algún objeto de la casa?					
5. ¿Ha intentado controlar su vida o sus movimientos?					
6. ¿Le ha pegado?					
7. ¿Ha llegado a producirle heridas?					
8. ¿La ha obligado a mantener relaciones sexuales sin querer usted?					
9. ¿La ha amenazado con un arma?					
10. ¿Ha llegado a herirla con un arma u otro objeto?					

Delgado A, Aguar M, Castellano M, Luna del Castillo JD. Validación de una escalera para la medición de los maltratos a mujeres. *Atención Primaria*. 2006; 38 (2): 82-9.

CUALQUIER RESPUESTA EN CASILLA OSCURA DETECTA MALOS TRATOS

A continuación se exponen preguntas que pueden ayudar a la hora de realizar esta valoración.

Preguntas facilitadoras para valorar la situación y tipo de violencia
Violencia física
¿Su pareja la empuja o agarra?
¿Su pareja la golpea, la abofetea o cualquier otra agresión?
Violencia sexual
¿Su pareja la obliga a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad?
¿La fuerza a realizar alguna práctica sexual que usted no desea?
¿Se niega a utilizar preservativo o le impide o controla el método anticonceptivo que quiere utilizar?
Violencia psicológica
¿Amenaza con hacerle daño a usted, a sus hijas o hijos, a otras personas o a los animales domésticos?
¿La insulta, ridiculiza o menosprecia, a solas o delante de otras personas?
¿Se pone celoso sin motivo?
¿Le impide o dificulta ver a su familia o a sus amistades?
¿La culpa de todo lo que sucede?
¿Le controla el dinero y la obliga a rendir cuenta de los gastos?
¿Le impide trabajar fuera de casa o estudiar?
¿La amenaza con quitarle a sus hijos o hijas si le abandona?
¿Ignora sus sentimientos, su presencia, etc.?
¿Golpea las paredes, puertas...?
¿Destruye objetos amados por usted?
Sobre la intensidad, frecuencia y ciclo de la violencia



¿Desde cuándo sufre esta situación?
¿Con qué frecuencia se producen los episodios violentos?
¿Hay momentos en los que él es cariñoso y la trata bien?
¿Después de una agresión le pide perdón, le hace un regalo o se comporta como si nada hubiera pasado?
¿La intensidad, frecuencia, gravedad de la violencia ha ido aumentando en el tiempo?,
En caso de que tenga hijos o hijas
¿Suelen presenciar la violencia?
¿La violencia física, emocional o sexual también se dirige directamente hacia ellos o ellas?
¿Cómo cree que esta violencia les está afectando?
La violència física, emocional o sexual també s'adreça directament cap a elles o ells?
Com pensau que els està afectant aquesta violència?

También es muy importante explorar las expectativas de la mujer y la situación en la que se encuentra en relación a la toma de decisiones de cambios en su vida, teniendo en cuenta en qué fase del proceso de cambio se encuentra la mujer.

	Proceso de cambio de la mujer	Actuación profesional
Precontemplación	Ausencia de conciencia de la situación de violencia o negación de la misma.	Relacionar su sintomatología con la situación de violencia. Ofrecer criterios para que pueda analizar aquello que es mal trato y buen trato.
Contemplación	Empieza a tomar conciencia de la violencia que vive, pero no siente que la situación pueda cambiar o que ella pueda intervenir haciendo cambios.	Facilitar la expresión de emociones, miedos, expectativas, dificultades. Identificar apoyos y fortalezas. Analizar el ciclo de la violencia con ella.
Preparación	Empieza a pensar que no puede seguir viviendo así, pero no sabe cómo cambiar. Analiza pros y contras para un cambio que todavía no se plantea realizar.	Apoyar cada iniciativa de cambio y establecer con ella el plan más adecuado para conseguirlo. Analizar sus dificultades. Motivarla para buscar otros apoyos profesionales y recursos.
Acción	Inicia cambios en su vida y planes para la ruptura, todavía en medio de sentimientos contradictorios como la autoconfianza, la culpa, el miedo a enfrentarse a lo desconocido.	Valorar sus progresos, reforzar sus decisiones, acompañándola con citas frecuentes, coordinación con otros recursos sociosanitarios.
Recaída	El camino de salida de la violencia no es lineal; como todo proceso de cambio puede tener momentos de abandono y retroceso hasta conseguir y mantener su autodeterminación.	Ayudarla a entender que los retrocesos y las inseguridades forman parte del proceso. Analizar con ella los motivos y situaciones que la llevaron al retroceso.
Consolidación del proceso de cambio	Consolidado el proceso de cambio, se plantea nuevos proyectos de vida.	Potenciar su participación en actividades y redes sociales, creación de vínculos saludables, desarrollo de su autoestima y autoconfianza.

Fuente: Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012



C. PLAN DE ACTUACIÓN SANITARIA

La confirmación de una sospecha de maltrato no pone fin a la actuación del personal sanitario, sino que a partir de este momento debe desarrollarse una importante tarea de información, atención y trabajo en la consulta así como derivación cuando las características del caso lo requieran. Todas las intervenciones que se realizarán se harán de manera coordinada, interdisciplinaria e integral. La derivación a recursos externos se realiza con el fin de informar y empoderar a las mujeres para que recuperen la capacidad de toma de decisiones, y durante todo este proceso los y las profesionales de la salud tienen un papel fundamental de acompañamiento psicossocial a las mujeres, sus hijas e hijos.

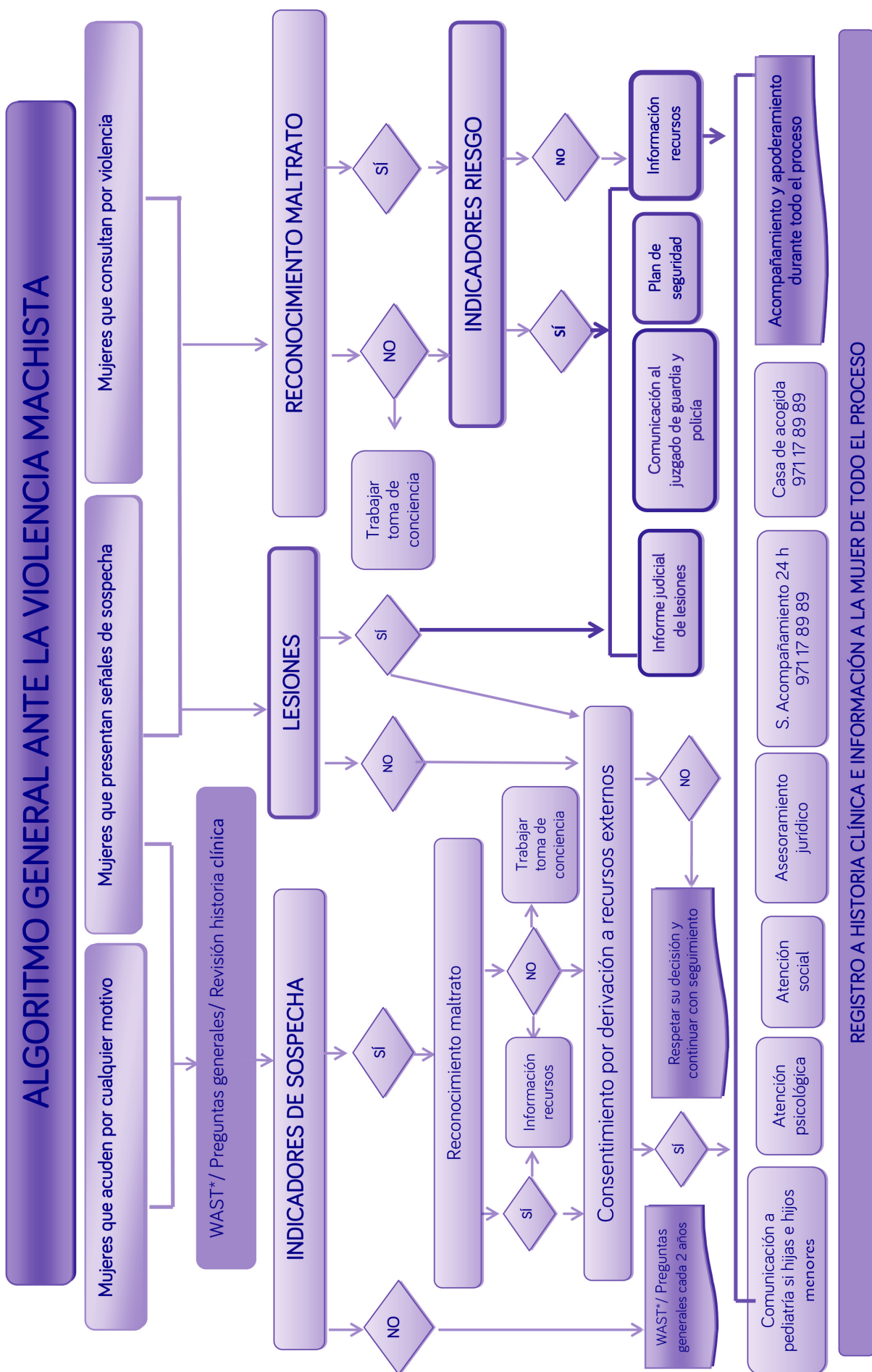
La respuesta de las mujeres ante una situación de violencia machista está condicionada por el grado y las características de la violencia, por el daño producido y el impacto en su salud, por los recursos psicossociales de los que dispone y los apoyos que tiene a su alcance, así como si tiene hijas e hijos y otras personas a su cargo. Es más frecuente el intento de abandono de la situación si las mujeres tienen autonomía económica, apoyo familiar y social y relaciones más igualitarias fuera del ámbito doméstico. Las mujeres que continúan en una relación donde hay malos tratos no lo hacen porque consientan o deseen, sino por muchos otros motivos psicológicos, culturales, de apoyo social, económicos, que les dificultan la ruptura con esta relación.

La actuación del personal sanitario se orientará de manera diferenciada en función de si la mujer reconoce o no los malos tratos, el riesgo y la situación de peligro que corre, así como de la fase del proceso de cambio en el que la mujer se encuentre. Cabe remarcar que este proceso no es lineal, de manera que se pueden esperar tanto avances como retrocesos. Además tenemos que prestar atención al momento de cambio en el que se encuentra cada mujer, para no cometer errores en la intervención (Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

Así, después haber detectado y valorado un caso de malos tratos, se presentan 6 situaciones posibles para las que habrá que plantear pautas de actuación diferentes, siempre teniendo en cuenta y respetando la fase del proceso de cambio en el que la mujer se encuentre:

1. Plan de atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha y no reconoce sufrir malos tratos.
2. Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos y no se percibe peligro.
3. Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos y se percibe peligro.
4. Plan de atención a la mujer que no reconoce sufrir malos tratos y se percibe peligro.
5. Plan de atención a las hijas e hijos en casos de sufrir malos tratos directos o indirectos.
6. Plan de atención desde los servicios de urgencias.

En la siguiente página siguiente se muestra un algoritmo de un plan de actuación general.



*Versió curta en español del Woman Abuse Screening Toll: Fogarty i Brown (WAST). Puntuación de 1 a todas las respuestas positivas y puntuación de 0 a todas las respuestas negativas. 2 se considera resultado positivo. 1. En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja? Mucha tensión Sin tensión Alguna tensión Sin tensión 2. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con: Mucha dificultad Alguna dificultad Sin dificultad / PREGUNTA GENERAL: ¿CÓMO VAN LAS COSAS EN CASA?



Aspectos a la hora de valorar un caso de lesiones o percepción de peligro

El personal de la salud, después de haber realizado una valoración del caso, si detecta lesiones y/o percibe peligro para la mujer, sus hijas e hijos, lo comunicará al juzgado de guardia por teléfono y enviando el informe judicial de lesiones, así como a la policía judicial.

Es muy importante que tanto el personal de la salud como las mujeres que acudan a un centro sanitario por malos tratos conozcan las repercusiones que puedan derivarse de la comunicación de este hecho. El personal de la salud debe valorar si la mujer está preparada o si el hecho de comunicar el caso de maltrato puede ponerla más en peligro, garantizando su seguridad.

Si se hace la comunicación de maltrato por lesiones o por peligro inminente, se comunicará a la mujer que el juez o la jueza, según la gravedad, determinará qué diligencias se practicarán, que pueden ser la declaración inmediata del presunto agresor, declaración de la víctima, declaración de testigos, un juicio rápido, medidas de protección, etc.

Además, se informará a la mujer de los recursos existentes en nuestra comunidad, principalmente los de carácter urgente como puede ser la posibilidad de poder ir a una casa de acogida (no es necesaria la denuncia previa).

En el apartado 14, sobre aspectos éticos y legales, puede encontrarse más información.

TELÉFONOS DE INTERÉS

Juzgado de guardia de las Islas Baleares:

Avda. d'Alemanya, 5. 07003 Palma

971 71 82 24 - 971 71 87 85

Fax 971 72 10 07

Policía Nacional (Palma, Manacor, Ibiza, Ciutadella y Mahón) **091**

Guardia Civil (Resto de población y Formentera) **062**

Policía Local **092**

Emergencias **112**



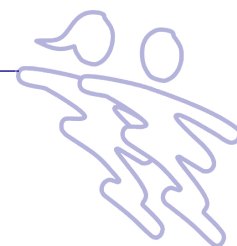
1. Plan de atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha y no reconoce sufrir malos tratos

- Lo primero que debe hacerse es valorar si la mujer, sus hijas o hijos se encuentran en situación de peligro, ya que dependiendo de la existencia de peligro o no se priorizarán las actuaciones a realizar.
- Realizar una atención integral, interdisciplinar de los problemas físicos, psicológicos y sociales detectados.
- Registrar en la historia clínica la sospecha y la actuación realizada, incluida la valoración integral de la mujer, sus hijos e hijas y la valoración de riesgo.
- Informar a la mujer sobre la valoración que se le está realizando y establecer una relación de confianza.
- En caso de seguir sin reconocer la situación de malos tratos, respetar la autonomía de la mujer. En todo el proceso de acompañamiento e intervención sanitaria tiene que respetarse y potenciar su autonomía. Para que las mujeres puedan tomar decisiones y ser protagonistas de su propio proceso de recuperación, tienen que ser informadas de las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, de las probables consecuencias de actuar o no, de los beneficios y riesgos esperados, y también, además, como medida para garantizar su seguridad.
- Informar a la mujer de los recursos de los que dispone nuestra comunidad para ayudar a las mujeres maltratadas, a sus hijas e hijos, y la posibilidad de llamar al 112 en caso de percibir peligro. En el anexo 2 pág. 93 aparecen los recursos.
- En el caso de atención primaria, establecer comunicación verbal con el equipo de pediatría y trabajo social en caso de tener hijas o hijos menores de 14 años o al resto del equipo de salud y de trabajo social cuando existan otras personas convivientes.
- En caso de atención primaria, planificar visitas de seguimiento: acompañar a la mujer en el reconocimiento de la situación de violencia y en la toma de decisiones, de manera empática, trabajando con la mujer la toma de conciencia sobre las relaciones de malos tratos y su impacto en la salud.
- En caso de necesitar asesoramiento, el o la profesional puede llamar al servicio de atención 24 horas del Instituto Balear de la Mujer (971 17 89 89), servicio que también ofrece asesoramiento a profesionales.



2. Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos y no se percibe peligro

- Registrar en la historia clínica el diagnóstico y la actuación realizada, incluyendo la valoración integral de la mujer, sus hijos e hijas y la valoración de riesgo.
- Informar a la mujer de la valoración que se le está realizando y establecer una relación de confianza, respetando siempre su decisión y autonomía.
- Trabajar con la mujer la toma de conciencia del impacto en la salud de la relación de maltrato que está viviendo.
- Realizar una atención integral e interdisciplinar de los problemas físicos, psicológicos y sociales detectados.
- Plantear la elaboración de una estrategia de seguridad ante una posible situación de peligro. Este plan de seguridad siempre debe realizarse con la mujer y deben tenerse en cuenta todos los aspectos biopsicosociales de la mujer, sus hijos e hijas. Es decir, se tienen que tener en cuenta los recursos económicos, sociales y familiares de los que dispone, si tiene hijos e hijas o no, la edad de éstos, si depende económicamente de su pareja, etc. En el anexo 1, pág. 92, podemos encontrar un ejemplo de plan de seguridad.
- Establecer un plan de consultas de seguimiento para plantear y favorecer la toma de decisiones para iniciar cambios en la situación, acompañar a la mujer en el afrontamiento de su situación, empoderar la mujer dándole las herramientas necesarias e incrementar su capacidad para tomar sus propias decisiones y prevenir nuevas situaciones de violencia.
- Informar a la mujer de los recursos de los que dispone nuestra comunidad para ayudar a las mujeres maltratadas, a sus hijas e hijos, y la posibilidad de llamar al 112 en caso de percibir peligro (anexo 2, pág. 93).
- Derivación (si se considera necesario y siempre previo consentimiento de la mujer) a los recursos adecuados a la situación en la que se encuentra la mujer. En el anexo 3, pág. 101, están las instrucciones para la derivación a dichos recursos.
- En el caso de atención primaria, establecer comunicación verbal con el equipo de pediatría y trabajo social en caso de tener hijas o hijos menores de 14 años o al resto del equipo de salud y de trabajo social cuando hay hijos o hijas mayores de 14 años u otras personas convivientes.
- Emitir informe de lesiones cuando sea procedente e informar a la mujer de lo que se está haciendo.
- En caso de necesitar asesoramiento, el o el profesional puede llamar al servicio de atención 24 horas del Instituto Balear de la Mujer (971 17 89 89).



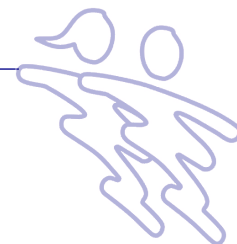
3. Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos y se percibe peligro

- Registrar en la historia clínica el diagnóstico, episodio y actuaciones realizadas en función de la situación de riesgo físico o psicológico, suicidio, etc. Este registro puede servir como prueba en un proceso judicial.
- Respetar la autonomía de la mujer, informando en todo momento de la valoración que se le está haciendo, de la situación de peligro en la que se encuentra, del plan de actuación sanitaria y de las posibles consecuencias de las medidas que se van a tomar.
- Indagar sobre la posibilidad de malos tratos a otros miembros de la familia o personas próximas. Si hay hijos o hijas a su cargo, ponerse en contacto con pediatría para valorar el alcance de los malos tratos.
- Informar a la unidad de trabajo social, en caso de que todavía no haya intervenido.
- Conocer los recursos económicos, familiares y sociales con los que cuenta.
- Informar sobre sus derechos y recursos con los que puede contar: servicio de acompañamiento, casa de acogida para ella y sus hijos e hijas (anexo 2, pág. 93), medidas de protección, ayudas económicas (anexo 11, pág. 115), etc.
- Si no se ha hecho anteriormente, elaborar con ella un plan de seguridad (anexo 1, pág. 92).
- Emitir el informe judicial de lesiones, leérselo a la mujer, llamar y remitirlo al juzgado de guardia con carácter urgente y llamar a la policía judicial (anexo 7, pág. 108). En caso de querer hacer una comunicación de los hechos de forma urgente al juzgado, no es suficiente con enviar telemáticamente el informe judicial de lesiones, sino que se tiene que avisar telefónicamente. En el anexo 8, pág. 110, también se detallan los teléfonos de los decanatos, fiscalía y juzgados.
- Se entregará una copia del informe judicial de lesiones a la mujer, informándole de sus implicaciones.
- Transmitirle que no está sola y que durante todo el proceso estará acompañada por profesionales. Si no tiene personas de apoyo o lo desea, se llamará al servicio de acompañamiento 24 horas del Instituto Balear de la Mujer (971 17 89 89).
- En caso de precisar asesoramiento, el o la profesional puede llamar al servicio de atención 24 horas del Instituto Balear de la Mujer (971 17 89 89).



4. Plan de atención a la mujer que no reconoce sufrir malos tratos y se percibe peligro

- Registrar en la historia clínica el diagnóstico y la actuación realizada, incluida la valoración integral de la mujer, sus hijos e hijas y la valoración de riesgo. Este registro puede servir como prueba en un futuro proceso judicial.
- Ofrecer a la mujer una atención integral e interdisciplinar, trabajando con ella la toma de conciencia de la situación de violencia y el impacto que tiene en su salud, acompañándola en la toma de decisiones, de forma empática.
- En caso de clara constatación de una situación de riesgo para la mujer, sus hijos o hijas, aunque la mujer no lo reconozca, y siempre informando a la mujer de lo que se está haciendo, se comunicará al juzgado de guardia y a la policía judicial para su investigación (anexo 7, pág. 108, y anexo 8, pág. 110).
- Respetar la autonomía de la mujer. Informar de la valoración que se le está haciendo, de la situación de peligro en la que se encuentra, del plan de actuación sanitaria y de las posibles consecuencias de las medidas que se van a tomar. Es importante informar de la obligación legal que tenemos las y los profesionales de la salud al comunicar su situación de riesgo, informando de sus derechos y recursos con los que puede contar (anexo 2, pág. 93): servicio de acompañamiento, casa de acogida para ella y sus hijos e hijas, medidas de protección, ayudas económicas (anexo 11, pág. 115), etc., y que nadie la obligará a hacer o decir nada que ella no quiera.
- Indagar sobre la posibilidad de malos tratos a otros miembros de la familia. Comunicación al equipo de pediatría en caso de tener hijas o hijos menores de 14 años o al resto del equipo de salud cuando existan hijos o hijas mayores de 14 años u otras personas convivientes y con la unidad de trabajo social.
- Si no se ha realizado con anterioridad, y siempre que ella quiera, recomendar elaborar con ella un plan de seguridad (anexo 1, pág. 92). Planificar visitas de seguimiento para acompañar a la mujer en el reconocimiento de la situación de violencia y en la toma de decisiones. Transmitirle que no está sola, intentando no perder la relación de confianza que había depositado en nosotros, y que si lo desea se puede llamar al servicio de acompañamiento 24 horas del Instituto Balear de la Mujer (971 17 89 89).
- En caso de necesitar asesoramiento, el o la profesional puede llamar al servicio de atención de 24 horas del Instituto Balear de la Mujer (971 17 89 89).
- En casos en los que no hay constatación clara como para poder emitir el correspondiente informe de lesiones, la mujer no reconoce los malos tratos o se niega a denunciar y el personal sanitario tenga sospechas de que la mujer, sus hijos o hijas puedan estar en peligro, se comunicará, siempre informando a la mujer, al juzgado y a las fuerzas y cuerpos de seguridad para su investigación. Según establece la Ley de enjuiciamiento criminal, la Fiscalía podrá, previa la acción judicial, ordenar la realización de diligencias preprocesales para recabar más datos e información sobre los hechos denunciados. La Fiscalía decidirá, conforme a los indicios que se puedan aportar o ampliar, cuál es la situación procesal adecuada (anexo 7, pág. 108, y anexo 8 pág. 110).



5. Plan de atención a hijas e hijos en casos de sufrir malos tratos directos o indirectos

Con el fin de identificar la exposición de un niño o una niña a una situación de violencia, es imprescindible garantizarle un espacio donde él o ella sientan que pueden comunicarse y ser escuchados o escuchadas. Es necesario crear un entorno lo más cálido y acogedor que sea posible, y utilizar un lenguaje y preguntas que sean apropiadas para su edad y etapa de desarrollo.

En las niñas y niños hay que valorar la tipología, severidad y frecuencia de la exposición a la violencia machista, así como el impacto en su salud, el riesgo, el grado de protección por parte del entorno más inmediato, la fuerza y calidad del vínculo con la madre y el grado de resiliencia de la propia niña o niño. Es imprescindible la comunicación con todo el equipo interdisciplinar que atiende a la familia.

Cuando el o la profesional de la salud sospecha o detecta un caso de violencia machista donde haya hijas o hijos menores, además de explicar a la mujer cómo pueden vivir los y las menores esta situación de violencia, tiene que comunicarlo al servicio de pediatría para que puedan estar alerta ante cualquier alteración de la salud biopsicosocial del niño o niña relacionada con el maltrato indirecto en el que vive, o incluso el directo sobre él o ella que puede estar sufriendo, y así poder actuar en consecuencia. También se comunicará a la unidad de trabajo social.

Se realizará una tarea de acompañamiento con la mujer en la identificación de aquellas esferas más deterioradas en su rol de madre relacionadas con su historia de violencia machista y se proporcionará a la madre el empoderamiento para que vuelva a recuperar su papel activo en su proceso personal y familiar, y así poder proporcionar protección y seguridad a sus hijas e hijos.

Con el objeto de garantizar el cumplimiento de los derechos y libertades de las niñas y niños menores, y siempre actuando para conseguir el bienestar del menor, en caso de desprotección total y abandono, o cuando la integridad física o psicológica de las hijas o de los hijos menores se encuentre comprometida, o pueda afectar a la salud fetal en caso de embarazo, se comunicará al Registro Unificado de Maltrato Infantil de las Islas Baleares (RUMI), instrumento para alcanzar la coordinación interinstitucional en la intervención en casos de maltrato infantil en Baleares. A la hora de cumplimentar la hoja de notificación, tanto de menores como de la mujer embarazada, consultar el protocolo marco interdisciplinario de actuaciones en casos de maltrato infantil en las Illes Balears. (<http://www.caib.es/sites/M11010312145627202491/f/93233>). En presencia de lesiones, se comunicará la situación al juzgado de guardia.

En caso de necesitar asesoramiento, el o la profesional puede llamar al servicio de atención 24 horas del Instituto Balear de la Mujer (971 17 89 89).



6. Plan de atención desde los servicios de urgencias

La mayoría de las actuaciones planteadas anteriormente podrían ser también recomendadas en el ámbito de urgencias, tanto de atención primaria como hospitalaria, salvo las actuaciones referidas al seguimiento en la consulta, que se realizaría desde atención primaria.

Actuación de detección de violencia

Mantener una actitud de alerta y prestar atención a los signos y síntomas que pueden llevar a pensar que la paciente sufre malos tratos. En los servicios de urgencias es frecuente que las lesiones y síntomas de las pacientes sean más graves. Las mujeres que acuden a urgencias por este problema pueden reconocer haber sufrido o no malos tratos. En los casos en los que se sospeche que así es, realizar una entrevista clínica específica para detectar los malos tratos y atender a la mujer en un adecuado clima de confianza. Seguir las mismas actuaciones planteadas anteriormente.

Actuación asistencial

En primer lugar, hay que tener en cuenta el estado de salud de la mujer, sus hijas e hijos, tanto físico como psicológico, y establecer un diagnóstico y atención adecuados. Si la mujer acudiera sin sus hijos o hijas, indagar sobre la existencia de menores o personas dependientes que también puedan estar sufriendo violencia, por si hubiera que tomar medidas inmediatas.

La atención se realizará en función de las lesiones y síntomas presentados y, en caso de que no necesite ingreso en planta, se valorará la necesidad de una actuación urgente de los profesionales de psicología/psiquiatría y trabajo social. El informe de alta y/o el informe judicial de lesiones que se derive de su atención detallarán las lesiones que ésta presenta y su estado psicológico. Se entregará una copia a la mujer siempre y cuando no comprometa su seguridad.

Valoración de la seguridad

Siempre que se atienda un caso de violencia machista se realizará una valoración de la seguridad en la que se encuentra la mujer. En caso de que se esté atendiendo en el mismo centro a la mujer o a sus hijos o hijas y al presunto agresor, y se valore peligro, se llamará inmediatamente a las fuerzas y cuerpos de seguridad.

Información y derivación

Una vez proporcionada la atención y cuidados asistenciales, se realizarán las oportunas actuaciones de información y derivación en función del caso, teniendo en cuenta las mismas pautas de actuación de los planes de atención, según las diferentes situaciones en que se encuentren la mujer, sus hijos e hijas.

En caso de necesitar asesoramiento, el o la profesional puede llamar al servicio de atención 24 horas del Instituto Balear de la Mujer (971 17 89 89).



Abordaje de la violencia machista en el embarazo y
el puerperio en el marco de la pareja o expareja

Autora: Rosa Llobera Cifre



9. ABORDAJE DE LA VIOLENCIA MACHISTA EN EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO EN EL MARCO DE LA PAREJA O EXPAREJA

INTRODUCCIÓN

El Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012, reconoce la violencia de género como un problema de salud de primera magnitud que afecta a las mujeres a lo largo de todas las etapas de su ciclo de vida, también durante el embarazo y el puerperio. Asimismo hace referencia a que los contenidos del documento, por este motivo, se irán introduciendo de forma transversal en aquellos programas, guías o protocolos de salud que estén relacionados con temas como el seguimiento del embarazo, puerperio, climaterio, salud sexual y reproductiva, etc.

La violencia sufrida durante la gestación es definida por los y las especialistas como aquella violencia o amenaza de violencia física, sexual o psicológica ocasionada a la mujer embarazada (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

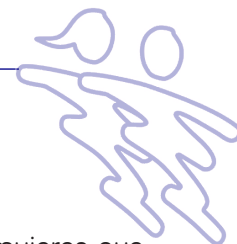
En el contexto de una relación de violencia machista, el embarazo es una etapa de especial vulnerabilidad y riesgo. Incluso a veces, ésta es la etapa en donde la violencia empieza a ser franca y evidente. Asimismo, los malos tratos por parte de la pareja pueden iniciarse en este periodo, incluyendo la violencia física y sexual, y el embarazo añade dificultad a las posibilidades de separarse de la pareja (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

Cabe tener en cuenta que la desigualdad entre el hombre y la mujer tiene un componente estructural, basado en el pensamiento patriarcal, en el que el hombre es reconocido como ser superior y dominante en las relaciones de pareja, generalizado para cualquier mujer y hombre independientemente de su estatus social, económico, laboral, etnia, edad, nivel educativo o cualquier otra circunstancia. Todo ello, sumado al componente individual de vulnerabilidad física y emocional individual de la embarazada —consecuencia de los cambios metabólicos, hormonales, posturales, alimentarios, afectivos, sexuales, laborales, sociales, etc.—, puede llevar a considerar a la mujer embarazada como “víctima perfecta” por parte del agresor (Lorente M., 2012). Por lo tanto, no podemos olvidar que el puerperio es otro momento vital de riesgo para sufrir violencia machista, debido a los cambios de roles que supone, además de la continuidad de los cambios físicos y psicológicos vividos durante este periodo de adaptación.

La violencia machista sufrida durante el embarazo puede suponer, además de las graves consecuencias físicas y psicológicas de la violencia machista habituales, otras consecuencias relacionadas con el estado de la mujer tales como metrorragia, amenaza de aborto, desprendimiento de placenta, ruptura prematura de membranas, ruptura uterina, muerte fetal, fractura pélvica, parto prematuro, bajo peso al nacer (Jones R.F., Hoan D.L., 2002; Kabinerson D., Pollak-Kabinerson N., Glezerman M., 2006; Newberger E.H. [et al.], 1992; Tavera L., [et al.], 2007), y es que las agresiones físicas durante la gestación cambian su distribución corporal, pasando a ser habitualmente en los pechos, abdomen y genitales de la mujer embarazada (Baccus, L.; Bewley, S.; Mezey, G., 2001).

Varios estudios ponen de manifiesto que durante la gestación la violencia machista se inicia o, en caso de existir, tiene tendencia a aumentar (Baccus, L., Bewley, S., Mezey G., 2001; OMS, 2005; Stewart D.E., Cecutti A., 1993).

A pesar de que la prevalencia de la violencia machista sufrida durante el embarazo depende de la población estudiada y de la metodología que se utiliza (Velasco MC, 2008), un metaanálisis de 2013 en el que se revisaron 92 estudios independientes sobre violencia de género sufrida durante la gestación determinaba que la prevalencia de la violencia de género psicológica era del 28,4 %, la física del 13,8 % y el abuso sexual del 8,0 % (James L., Brody D., Hamilton Z., 2013).



Además la Oficina de Publicaciones de la Unión Europea indicó, en 2014, que un 42 % de las mujeres que sufrían violencia de género por parte de sus parejas durante la relación, y que estuvieron embarazadas, la sufrieron también durante la gestación (Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2014).

Así pues, la magnitud del problema es tan grave debido a las consecuencias para la salud de la mujer, pero también a la elevada prevalencia que presenta. De hecho, es más frecuente que determinadas patologías relacionadas con la gestación tales como la diabetes gestacional (1-12 %), el síndrome de Down (0,18 %) o la preeclampsia (2-3 %), para las que sí que se realiza cribado sistemático de detección durante el seguimiento gestacional (Cortés S., Pérez F., Gobernado J.A. y Mora C. 2009; SIEGO, 2010, 2014).

ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS SANITARIOS

El Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género de 2012, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, reconoce, asimismo, que las actuaciones sanitarias durante el periodo de embarazo se convierten en momentos privilegiados para la detección y prevención de la violencia de género, y que el seguimiento del embarazo posibilita el contacto y la relación con las mujeres mensualmente, de manera que tanto los y las matronas como el resto de personal médico que trabaja en la atención obstétrica pueden observar cualquier signo de alarma que la mujer presente, no debiendo dudar al indagar sobre esta situación.

Además, hace referencia a que en el ámbito de la prevención, en los cursos de educación maternal y de preparación al parto pueden abordarse temas como el buen trato en la pareja, la igualdad, la corresponsabilidad, la sexualidad y la violencia.

La OMS en el estudio Multipaís sobre la salud de la mujer y violencia doméstica de 2005, afirmó que las visitas prenatales son una buena oportunidad para identificar a aquellas mujeres que sufren violencia machista, puesto que estas visitas permiten ofrecer atención de una forma periódica y continua durante todo el embarazo, lo que puede facilitar establecer un ambiente en el que explorar dicho aspecto.

Tanto la NICE como la ACOG recomiendan preguntar a todas las mujeres sobre posibles malos tratos en diferentes momentos del embarazo (primera visita prenatal, trimestralmente y en la revisión postparto).

Además, en la Guía de práctica clínica de atención al embarazo y puerperio del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de 2014, se sugiere que los y las profesionales de la salud estén en alerta ante los síntomas y signos de violencia machista durante el embarazo, preguntando a las mujeres por posibles malos tratos en un ambiente en el que se sientan seguras, al menos en la primera visita prenatal, trimestralmente y en la revisión postparto.

PREVENCIÓN

Como indica el Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña de 2010, las estrategias de prevención tienen que impedir la normalización de esta violencia y evitar que se produzca mediante la reducción de factores de riesgo, y realizando acciones con el objeto de sensibilizar a la ciudadanía tales como la formación del conjunto de profesionales de la salud para la atención a mujeres embarazadas en situación de violencia machista, formación del personal docente destinado a la educación para la salud, metodologías de prevención y sensibilización sobre las violencias, sensibilización y concienciación de la ciudadanía y desarrollo del programa de educación maternal, sensible a la violencia machista.

DETECCIÓN

Calendario según visitas de seguimiento

Según las recomendaciones citadas, se propone que el cribado se realice en la primera visita, trimestralmente y en el postparto.

Con el fin de favorecer la confianza de la mujer a la hora de expresarse, se recomienda que éste se realice por el o la profesional de atención primaria de referencia durante la gestación, que en este caso será el o la matrona.



La propuesta es hacer cribado en:

- primera visita de embarazo (lo antes posible)
- visita 16-19 semanas de gestación
- visita 29-31 semanas de gestación
- visita 38-40 semanas de gestación
- visita 6-7 semanas postparto

Asimismo, en caso de presencia de indicadores de sospecha, se realizarán preguntas para favorecer la expresión de la situación de violencia machista en cualquiera de las visitas de seguimiento gestacional o puerperal, ya sea durante la consulta con el o la matrona como con la médica o médico obstetra.

Pautas para la entrevista clínica

Para favorecer la confianza e intimidad de la mujer, se seguirán las pautas indicadas en el Protocolo general.

Además, concretamente en las visitas de seguimiento de la gestación y postparto (en las que en muchas ocasiones acuden con su pareja), se recomienda que al menos una parte de dichas visitas se desarrolle solamente con la mujer. También se tendrá que verificar que el teléfono de contacto que consta en el registro sea el de la mujer, y no el de la pareja.

Indicadores

Respecto a la detección de las situaciones de violencia machista, hay un conjunto de aspectos que pueden ayudar en la identificación de este tipo de situaciones e intervenir, enumerados en el Protocolo general. Pero, además, a continuación se presentan indicadores específicos en relación a las situaciones de violencia y embarazo, parto y puerperio:

Indicadores de ayuda en la detección de situaciones de violencia machista relacionados con la salud sexual y reproductiva que deben tenerse en cuenta durante el embarazo

- Antecedentes de abortos, espontáneos o por traumatismos.
- Embarazos no deseados (antecedentes y actuales).
- Embarazo en la adolescencia.
- Leve o nulo aumento de peso materno.
- Infecciones vaginales y urinarias (antecedentes y actuales).
- Antecedentes de problemas menstruales.
- Disfunciones sexuales: vaginismo, dispareunia, antecedentes de deseo sexual inhibido.
- Infecciones de transmisión sexual (antecedentes y actuales).
- Dolor pélvico inespecífico (antecedentes y actuales).
- Retraso del crecimiento intrauterino
- Quejas emocionales: ansiedad, dificultades para afrontar las nuevas responsabilidades.
- Hemorragias.
- Aborto espontáneo a consecuencia de un traumatismo o una ITS.
- Dinámica uterina (pretérmino).
- Ruptura prematura de bolsa a consecuencia de un traumatismo, caída o ITS.
- Accidentes o lesiones físicas durante el embarazo (zona abdominal y otras partes sin justificación adecuada o minimización de su importancia).

En cuanto a la atención sanitaria:

- Inicio tardío de las visitas de control prenatal.
- Faltar de manera recurrente a las visitas programadas.
- Consulta frecuente por disminución de la percepción del movimiento del bebé.
- Poco o ningún interés en asistir a las clases de preparación para la maternidad y paternidad.



Indicadores específicos en situación de parto

- Ruptura prematura de membranas (pretérmino).
- Partos prematuros.
- Bebé con bajo peso al nacer.
- Lesiones físicas (zona abdominal y otras partes sin adecuada justificación o minimización de su importancia).
- Uso o no de analgesia según la voluntad de la pareja.

Indicadores específicos durante el puerperio

- Mala o lenta recuperación postparto.
- Dehiscencia de cicatriz perineal.
- Petición de anticoncepción por presión de la pareja a reiniciar relaciones sexuales.
- Fracaso de la lactancia materna y aumento de la incidencia de hipogalactia.
- Depresión postparto que no remite.

En cuanto a la atención sanitaria:

- Inicio tardío del seguimiento del puerperio.
- Faltar de manera recurrente a las visitas programadas.
- Poco o ningún interés en asistir a las sesiones de educación para la salud en el postparto y crianza.

Contextualización y preguntas

A los efectos de favorecer la expresión de una situación de violencia machista, se recomienda contextualizar antes de preguntar a la mujer. A continuación se proponen algunos ejemplos para ello.

Contextualización de las preguntas

La violencia en la vida de las mujeres es un problema muy común que puede afectar a la salud. Por ello, de forma rutinaria, pregunto sobre este tema a todas a las mujeres que acuden a la consulta.

Ya sabe que ahora se habla mucho de violencia, es un problema muy común y puede ser muy grave y afectar a la salud de las mujeres. Por ello, como profesionales de la salud intentamos ayudar a las mujeres que se encuentran en esa situación.

Muchas mujeres experimentan algún tipo de violencia en su vida, y ésta puede reflejarse en su estado de salud.

Ejemplos de preguntas generales

¿Cómo van las cosas en casa?, ¿cómo van las cosas con su pareja?

¿A qué cree que es debido su malestar o problema de salud?

La veo preocupada. ¿Le preocupa algo?

¿Está viviendo alguna situación problemática con su pareja o con alguien de la familia que le haga sentir así?

Las relaciones de pareja son a veces violentas. ¿Qué pasa cuando tiene una discusión en casa?, ¿cómo son estas discusiones?, ¿se pelean físicamente?

¿Ha vivido o vive violencia psicológica, física o sexual por parte de su pareja?, ¿de qué tipo?, ¿desde cuándo?, ¿con qué frecuencia le pasa?

Preguntas ante sospecha

Sospecha por información obtenida de los antecedentes y características de la mujer

- He repasado su historial y he visto algunas cosas que me gustaría comentar con usted. Veo que (relatar los hallazgos), ¿a qué cree que se debe su malestar o problema de salud?
- La veo intranquila, ¿qué le preocupa?, ¿está viviendo alguna situación problemática que le haga sentirse así?, ¿qué puede decirme sobre ello?, ¿cree que todo está relacionado?
- En muchos casos las mujeres que tienen problemas como los suyos, tales como... (relatar algunos de los identificados, los más significativos), suelen ser debidos a que están recibiendo algún tipo de maltrato por parte de alguien, por ejemplo su pareja, ¿es éste su caso?



Sospecha por antecedentes como dispareunia, dolor pélvico...

- ¿Sus relaciones sexuales le resultan satisfactorias? (en caso de que la respuesta sea negativa) ¿desde cuándo es así?, ¿a qué cree que es debido?
- ¿Ha sido forzada alguna vez a tener relaciones o prácticas sexuales cuando no deseaba hacerlo?

Sospecha por lesiones físicas que presenta

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

Sospecha por síntomas o problemas psicológicos detectados

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

En el caso de sospecha en situaciones de especial vulnerabilidad

- Es sabido que al estar lejos del país pueden aumentar los problemas en la pareja ¿cómo va su relación?, ¿se siente sola?
- En ocasiones cuando hay algún tipo de discapacidad se puede ver afectada la relación de pareja, ¿cómo van las cosas en casa?

De vegades, quan hi ha algun tipus de discapacitat es pot veure afectada la relació de parella. Com van les coses a casa?

Específicas de embarazo y puerperio

Durante el embarazo, a veces se agudizan los problemas o conflictos de pareja; ¿se encuentra usted en esta situación?, ¿cómo vive su pareja el embarazo?, ¿se siente apoyada por él?

Durante el puerperio, a veces se agudizan los problemas o conflictos de pareja; ¿se encuentra usted en esta situación?, ¿cómo vive su pareja el puerperio?, ¿siente que su pareja la apoya?

Recuerde que se encuentra en una época vital muy importante en la que su salud y seguridad, así como la de su hija o hijo son primordiales. ¿Cree que se dan las condiciones para que así sea?

Plan de actuación

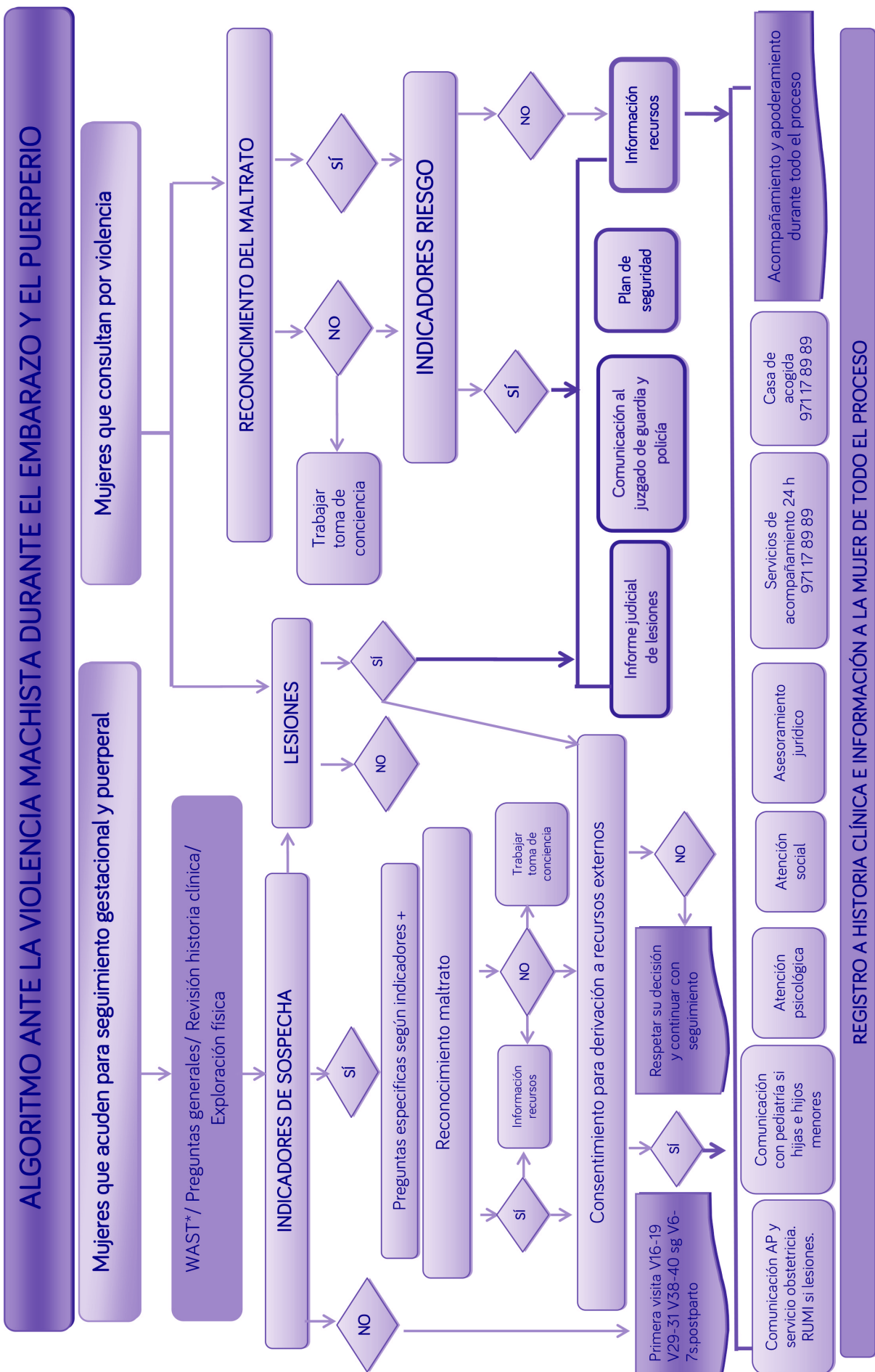
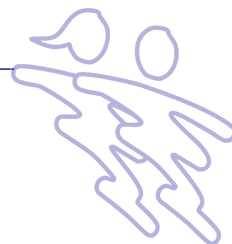
El plan de actuación en el caso de violencia machista durante el embarazo y/o puerperio se basará en la actuación propuesta en el Protocolo general pero, además, es necesario tener en cuenta:

- Se realizará cribado sistemático en las visitas propuestas específicamente y en caso de sospecha en cualquiera de las visitas.

- El hecho de sufrir violencia machista durante la gestación la convierte en gestación de riesgo, por lo que es necesaria la comunicación con los servicios de atención primaria y hospitalaria así como el aumento del número de ecografías y controles con el o la matrona correspondiente.

- Si existe sospecha de que el feto pueda quedar afectado por la posible violencia que sufra la mujer, es preciso realizar las correspondientes pruebas y confirmar o descartar la afectación fetal. Tanto en el caso de sospecha como de confirmación de violencia hacia la mujer embarazada, se notificará al Registro Unificado de Maltrato Infantil de las Islas Baleares (RUMI) para poder realizar el posterior seguimiento.

A continuación se presenta un algoritmo de actuación ante la violencia machista durante el embarazo y el puerperio en el que aparecen las recomendaciones de actuación en cada caso.



*Versión corta en español del Woman Abuse Screening Tool: Fogarty i Brown (WAST). Puntuación de 1 a todas las respuestas positivas y puntuación de 0 a todas las respuestas negativas. 2 se considera resultado positivo. 1. En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja? Mucha tensión Alguna tensión Sin tensión 2. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con: Mucha dificultad Alguna dificultad Sin dificultad / **PREGUNTA GENERAL: ¿CÓMO VAN LAS COSAS EN CASA?**



Abordaje de la violencia machista en mujeres
con trastorno mental grave en el marco
de la pareja o expareja

Autora: Alejandra Carmona



10. ABORDAJE DE LA VIOLENCIA MACHISTA EN MUJERES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN EL MARCO DE LA PAREJA O EXPAREJA

INTRODUCCIÓN

Según estudios realizados, puede observarse que las mujeres con un trastorno mental grave sufren 4 veces más violencia por parte de su pareja o expareja que las mujeres que no lo sufren.

Todas las investigaciones ponen de manifiesto la magnitud de la violencia que sufren las mujeres con trastorno mental grave en el ámbito doméstico, apuntando que la prevalencia de la violencia en los doce meses previos a la entrevista es del 40,3 % y del 74,1 % a lo largo de la vida.

En el caso de las mujeres con trastorno mental grave, a la hora de realizar estudios y/o investigaciones y tener, por lo tanto, resultados, nos encontramos con el problema de la definición de trastorno mental grave (TMG). En la actualidad se utiliza el término de trastorno mental severo (TMS) para referirse a los trastornos mentales graves (TMG) de duración prolongada y que suponen un grado variable de discapacidad y disfunción social. No obstante, no se han establecido criterios consistentes y homogéneos que definan el TMS y que puedan ser utilizados para determinar su morbilidad y prevalencia. La definición más representativa y con mayor consenso es la que emitió el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU en 1987, y que valora tres dimensiones:

1. Diagnóstico: incluye los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos), y algunos trastornos de la personalidad.
2. Duración de la enfermedad y del tratamiento. Tiempo superior a dos años.
3. Presencia de discapacidad. Se determina por la existencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global, a nivel laboral, social y familiar.

Estos estudios implican además otros sesgos que tienen que ver con los factores de riesgo en esta población de mujeres. Entre los factores de riesgo que aumentan dicha situación se encuentran:

- La mayor dependencia de asistencia por parte de otras personas (a menudo la pareja).
- La menor credibilidad que se da a su relato cuando acuden a algún profesional.
- Las mayores dificultades de acceso a la información y servicios, en parte relacionadas con su enfermedad y el estigma asociado a la misma.
- El menor grado de autoestima y reconocimiento personal, secundario, y a veces la discriminación social secundaria a su patología.

Así, los estudios muestran resultados con importantes discrepancias debido a:

- Los factores de riesgo asociados a esta población.
- Las diferencias conceptuales sobre lo que se considera violencia de pareja, la gran heterogeneidad en las definiciones de malos tratos y en los instrumentos para su uso.
- Las diferentes patologías que pueden incluirse como enfermedad mental grave.
- El hecho de que frecuentemente falta información para saber si la violencia recibida es previa o posterior a la enfermedad.



No obstante, estos estudios también ponen de manifiesto que las agresiones coinciden en la mitad de los casos con descompensaciones o agravamiento de la enfermedad mental de la mujer, y que el ingreso hospitalario se podría considerar como un elemento protector de agresiones hacia las mujeres que sufren maltrato cuando están inestables psiquiátricamente. Se pone de manifiesto que en los dispositivos de salud mental y rehabilitación, la detección de una situación de malos tratos por parte de los y las profesionales consigue entre el 50 % cuando se trata de maltrato en el último año, y el 60 % cuando se trata de maltrato a lo largo de la vida; que la mitad de las mujeres atendidas en salud mental no comentan su situación de malos tratos con nadie ni acuden a ningún recurso o servicio de atención, y las que sí lo hacen mayoritariamente es a la policía o a los servicios de salud mental, y el 60 % de las mujeres que han sufrido malos tratos a lo largo de la vida refieren que no estaban en tratamiento en salud mental cuando se iniciaron las agresiones. Por lo tanto, los servicios de salud mental se pueden considerar en la primera línea de actuación y detección.

Es fundamental que las mujeres que consultan en la red de salud mental y drogodependencias sean consideradas población de riesgo de estar sufriendo violencia machista, siendo frecuente que no tengan conciencia de su situación de malos tratos, minimizándola u ocultándola por varios motivos. Si no se pregunta específicamente, el relato sobre la violencia sufrida se puede retrasar meses, por lo que se recomienda preguntar sistemáticamente a todas las mujeres que consulten en los servicios de salud mental para detectar precozmente y mejorar la atención, evitando la revictimización, la cronificación y la iatrogenia.

En el ámbito profesional de la salud mental, lo más importante es tener conocimiento sobre el fenómeno de la violencia machista y sus consecuencias, así como una actitud de alerta en la práctica diaria. Es aconsejable el contacto frecuente con la mujer para crear un clima de confianza en la relación terapéutica y facilitar la detección de los malos tratos. Abordar directamente el tema de la violencia puede resultar incómodo para el personal de salud mental y para la mujer con trastorno mental grave, pero debe considerarse como un factor que puede ser determinante en su proceso de recuperación. Es esencial no realizar un abordaje crítico de la violencia machista y tener una actitud de apoyo en las diferentes fases que la mujer vivió en su relación con los malos tratos. Actuar de forma cauta, siguiendo el momento de la mujer, escuchando, acompañando y apoyando sus decisiones favorece que la mujer pueda ir dando más información que puede ayudarnos a ver cómo y en qué podemos colaborar con ella.

Por otra parte, actuar de forma precipitada o una sobreimplicación por parte del personal de la salud puede contribuir también a poner a la mujer en mayor peligro, e incluso retraumatizar, por lo que es necesaria la coordinación entre todo el equipo así como con el resto de dispositivos de la red asistencial de salud mental donde la mujer esté siendo atendida. Sobre todo, la premisa es tener presente que no intervenir es permitir que la violencia continúe y que la salud de las mujeres con TMG empeore, incrementando probablemente el número de ingresos, una mayor gravedad en el trastorno o el riesgo de suicidio.

CONSECUENCIAS DE LOS MALOS TRATOS PARA LA SALUD MENTAL DE LA MUJER

Se han publicado numerosos trabajos sobre las consecuencias que produce la violencia machista en la salud mental de las mujeres.

No existe un perfil psicológico de mujer que desencadene malos tratos por parte de su pareja, pero de los malos tratos sí se derivan numerosos síntomas y/o síndromes relacionados con la salud mental. Además, existen factores de vulnerabilidad que aumentan la probabilidad de mantener relaciones de pareja perjudiciales para la mujer. En el caso de mujeres con TMG, la duda que se plantea muchas veces es si fue antes la violencia que provocó las consecuencias en la salud mental o si la enfermedad mental ya estaba presente cuando empezó la violencia, aunque los estudios reflejan que la mayoría de las mujeres (62,1 %) que han sufrido malos tratos a lo largo de su vida no estaban en tratamiento en salud mental cuando se iniciaron las agresiones.

Las consecuencias de la violencia para la salud mental y psicológica abarcan un amplio rango. La reacción principal y estructurante de la respuesta de las mujeres a la situación de malos tratos es el miedo y, en consecuencia, los síndromes de clasificación diagnóstica más frecuentes son la reacción por estrés agudo, el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y los trastornos de adaptación, junto con los trastornos por ansiedad, fobias, somatizaciones y los problemas de imagen corporal, siendo común la sintomatología concomitante de tipo depresivo.



El síndrome de estrés postraumático define bien la sintomatología de las mujeres, sobre todo cuando se trata de una relación de abuso de larga duración. Entre el 45 % y el 85 % de las mujeres maltratadas sufre TEPT, y en la mitad de los casos se cronifica. Cuando las amenazas y otras actitudes violentas son intensas y persistentes, la mujer con frecuencia incorpora el sistema de creencias del agresor como una forma defensiva, frente a la potencial amenaza que implicaría diferenciarse, y este hecho puede producir alteraciones en su identidad y provocar cambios emocionales y conductuales que podrían confundirse con trastornos de personalidad.

En las investigaciones sobre consumo de drogas y malos tratos se pone de manifiesto la frecuencia de ideación suicida y consumo de sustancias, considerándose que las dependencias podrían ser una forma de reducir la intensidad de algunos síntomas de cualquiera de los síndromes de estrés postraumático. Además, entre la población de mujeres maltratadas existe una proporción cuatro veces mayor de trastornos de la conducta alimentaria que en la población general, y son frecuentes las disfunciones sexuales que constituyen una secuela, a pesar de haber cesado la relación de malos tratos.

Los síntomas de reexperimentación de los acontecimientos traumáticos, flashback, pesadillas y otros mantienen actualizado el miedo y, por lo tanto, la mujer permanece en una situación de alerta, continuando el sufrimiento en su máxima intensidad. Los síntomas de evitación o constricción provocan rechazo a recordar situaciones y/o acontecimientos traumáticos dando lugar a una desconexión consigo misma y con su alrededor, responsables de la aparente pasividad de la mujer, que puede llegar a producir síntomas disociativos.

Los síntomas de hiperactivación fisiológica alteran el sueño e impiden recuperarse. Todo esto da lugar a que la mujer se comporte de manera paradójica, dada la desesperanza derivada de la indefensión aprendida, con una apariencia trastornada. Esta desesperanza es una consecuencia especialmente importante, tanto para la vida en general como para la capacidad de afrontar la situación de sufrimiento que padece y, sin embargo, es muy frecuente la disminución de la autoestima, las cuales, unidas, derivan en una pérdida de la capacidad y de poder para gobernar la misma vida que está siendo gobernada por el maltratador.

Las repercusiones psicopatológicas más frecuentes
- El trastorno por estrés postraumático (TEPT).
- La reacción por estrés agudo.
- Los trastornos adaptativos con síntomas depresivos y ansiosos.
- Las fobias.
- Las somatizaciones.
- Problemas de la imagen corporal.
- Alteraciones en la identidad.
- Cambios emocionales y conductuales.
- Ideación suicida.
- Abuso de alcohol y drogas.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Disfunciones sexuales.
- Síntomas disociativos.
- Baja autoestima.
Signos y comportamientos que alertan ante una posible situación de malos tratos a mujeres con TMG
- Falta e incumplimientos de citas.
- Negativa o respuestas concisas al hablar de sus relaciones familiares.
- Información poco veraz, incoherencia.
- Acentuación de la sintomatología psicopatológica.



- Aislamiento social exagerado, con pérdida de contactos sociales y evitación o negativa a establecer nuevas relaciones.
- Contactos inusualmente escasos o nulos con su familia.
- Comentarios de la mujer sobre su deseo de abandonar el hogar, ingresar en una unidad de hospitalización, mini-residencia, etc.
- Propensión a los “accidentes”.
- Control excesivo del dinero por parte de familiares sin indicios de que la mujer no tenga capacidad para su manejo autónomo.
- Vestir ropa inadecuada para la época del año con el objeto de ocultar lesiones.
- Actitud evasiva, de temor, agresiva, culpabilizadora, resistente a ciertas preguntas, etc.
- La mujer define a su pareja como una persona colérica, celosa o agresiva.
- Actitud sospechosa de la pareja (por solicitar estar siempre presente, controlador, siempre contesta él, interrumpe a la mujer, excesivamente preocupado o solícito con ella, a veces hostil con la mujer o con el o la profesional, tendencia a minimizar los síntomas o quejas de la mujer).
- La pareja o la familia hace comentarios críticos y/u hostiles hacia la mujer.
- La mujer no participa en la vida familiar, en la toma de decisiones, en las actividades de ocio, etc.
- Acude sola a urgencias o no recibe visitas cuando está ingresada en una unidad de hospitalización.
- Ante la presencia de lesiones físicas, intenta explicar la lesión de forma incoherente, deja un lapso de tiempo demasiado largo entre el accidente y la consulta u oculta el origen de las lesiones, tiene historia de alta accidentalidad, rastro de golpes y/o hematomas en diferentes partes del cuerpo, etc.

SUPUESTOS DE ACTUACIÓN DESDE SALUD MENTAL

Se pueden dar 3 supuestos una vez detectada una situación de malos tratos en los servicios de salud mental:

1. La mujer no tiene otra psicopatología asociada susceptible de tratamiento en salud mental.

Se derivará a los recursos externos para el abordaje psicológico si se considera oportuno.

2. La mujer presenta otra psicopatología asociada a los malos tratos susceptible de tratamiento en salud mental.

Las intervenciones se orientarán al tratamiento de los síntomas, sin olvidar la dimensión psicológica y social implicada. La intervención se diseñará teniendo en cuenta la fragilidad infrapsíquica de la mujer. Una vez establecida la alianza terapéutica, se valorará si procede derivar a los recursos externos de apoyo psicológico que puedan ayudar a la mujer a abordar las cuestiones relacionadas con los malos tratos, manteniendo las visitas de seguimiento en el recurso de salud mental, donde se abordará la psicopatología asociada, pasada y presente, e integrar el malestar sufrido por la mujer en su globalidad.

3. La mujer presenta un trastorno mental grave, u otra patología susceptible de abordaje desde salud mental y presenta una gran fragilidad infrapsíquica y/o está en un momento de descompensación de los síntomas psicopatológicos.

En estos casos se recomienda realizar el abordaje íntegramente desde los dispositivos de salud mental.

RECOMENDACIONES GENERALES EN SALUD MENTAL

- En la entrevista de evaluación inicial, incluir de forma sistemática con todas las mujeres una primera exploración general sobre posibles situaciones de maltrato.
- Se preguntará a la mujer a solas, favoreciendo la intimidad. Si bien es frecuente que en la valoración inicial en salud mental se solicite la presencia de algún familiar para recabar información, también debe favorecerse la entrevista a solas con la mujer para abordar estos temas.

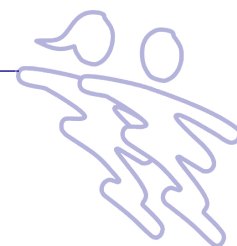


- Si la mujer ya es paciente del centro antes de la puesta en marcha del cribado, se explorará con preguntas sencillas y directas en las citas de seguimiento.
- Si se constata una situación de malos tratos, anotar textualmente palabras o expresiones en la historia clínica entrecomillándolas, y recoger todos los datos significativos hallados durante la detección y evaluación de los malos tratos.
- En caso de cribado positivo, profundizar en la valoración del tipo de violencia, determinando el diagnóstico psicopatológico derivado.
- Se realizará el diagnóstico utilizando el oportuno sistema de clasificación.
- El que se diagnostique una situación de malos tratos no invalida que pueda existir otra psicopatología asociada, debiendo realizarse una exploración exhaustiva.
- Se recomienda informar al equipo de atención primaria.
- No desconfiar del relato de la mujer. Es importante no desvalorizar las opiniones, sentimientos o hechos que puedan relatarnos en relación a los malos tratos.
- Es importante que la valoración de un posible maltrato a una mujer con trastorno mental grave sea realizada por el o la profesional con quien exista una mayor relación de confianza y proximidad, que no tiene por qué ser el personal de psiquiatría o psicología de referencia. Será fundamental establecer previamente una relación terapéutica para ayudar a la mujer a hablar de los malos tratos.
- Acompañar los tiempos de la mujer favoreciendo un espacio de confianza, respetando su ritmo y decisiones. No “forzar” la evaluación de los malos tratos, siendo capaces de posponer la entrevista al momento que ella desee.
- Se recomienda que el personal terapeuta considere la perspectiva de género, preguntando sobre su propia historia, de su familia y de sus creencias respecto al género.
- Realizar una valoración sistemática del riesgo de suicidio, valorando los signos de alarma.
- En caso de constatar riesgo vital, no se minimizará y se realizará un plan de seguridad en coordinación con otros profesionales y servicios que atiendan a la mujer.
- Sólo cuando se valore que la mujer está en riesgo vital, niegue la situación desde el terror, la disocie o empeore su psicopatología comórbida (por ejemplo descompensación psicótica), será necesario plantear una intervención más activa para su protección.
- Si es preciso, se derivará a la mujer a los servicios de emergencia para mujeres maltratadas, coordinándonos con estos dispositivos y realizando un acompañamiento.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL

En los casos en los que se realice un abordaje integral desde salud mental se tendrá en cuenta:

- Previo al abordaje es fundamental establecer una relación de confianza mediante la escucha activa, el acompañamiento, la acogida y poniendo orden en el relato de la experiencia vivida.
- Establecer citas frecuentes para trabajar conjuntamente el afrontamiento de esta situación, como fuente importante de estrés que la pone en riesgo de recaída.



- Es la mujer quien decidirá cuándo quiere exponerse a la experiencia traumática, y no suele estar indicado en las entrevistas iniciales, a no ser que lo exprese espontáneamente.
- La intervención se diseñará conforme a la gravedad del trastorno y la fase de cambio en la que la mujer se encuentre en aquel momento, teniendo en cuenta la conciencia de malos tratos y su actitud respecto a la relación.
- Poner en relación los síntomas psicológicos con los malos tratos. Los síntomas cobrarán un significado diferente cuando la mujer entienda que son secundarios a la vivencia de malos tratos. Hay que tratar los sentimientos de culpa, autoengaño, tristeza, vergüenza y desconfianza generalizada, frecuentes en estos casos.
- Hay que tener presente que la reexposición puede hacer que experimente un periodo depresivo, de manera que siempre hay que volver a evaluar la presencia de ideación suicida y otros factores de riesgo como abuso de sustancias, episodio depresivo mayor, etc.
- Se establecerá un nivel razonable de seguridad. Conviene revisar en todas las sesiones los apoyos emocionales, de protección y de ayuda práctica, ya que el grado de peligrosidad puede variar de una sesión a otra.
- Conviene considerar las creencias erróneas sobre identidad y rol femenino, la autonomía y desarrollo ante la figura masculina, la facilitación de redes de apoyo social y derivación a recursos de mujeres, a los efectos de recuperar una vida social deteriorada o perdida.
- De forma transversal, a lo largo de las sesiones se trabajarán los temas relacionados con los malos tratos, y a partir del relato de la mujer, se irá dando información sobre los derechos de las personas, situaciones de riesgo, ciclo de la violencia, estrategias habituales de los hombres violentos. Otras intervenciones psicoeducativas que se irán introduciendo según el momento del proceso terapéutico son la indefensión aprendida, el síndrome postraumático, indicadores de violencia, la victimización secundaria, el amor romántico, estereotipos y diferencias de género, dinámica de las relaciones violentas, maltratadores y proceso de maltrato, mitos y creencias, repercusiones de la violencia en los hijos e hijas, familia de origen, etc.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO DE LA PSICOPATOLOGÍA MÁS FRECUENTE

- La mayoría de los casos cursan con síntomas que podrían configurar el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático (TEPT) y el tratamiento viene determinado por las recomendaciones previamente validadas por las guías de práctica clínica, donde se indica como tratamiento de elección la terapia cognitiva conductual focalizada en el trauma (TCC-ft) o también la terapia EMDR.
 ○ En aquellos casos con dificultad para relatar el trauma, se dedicarán sesiones para establecer una alianza terapéutica y permitir la estabilización emocional antes de centrarse en el trauma.
- Cuando exista presencia de TEPT y depresión se recomienda tratar primero el TEPT, ya que la depresión mejorará frecuentemente al tratar con éxito el TEPT.
- En los casos donde las mujeres están severamente deprimidas, el tratamiento psicológico inicial del TEPT es muy difícil (por ejemplo, evidenciado por una extrema falta de energía y concentración, inactividad o alto riesgo de suicidio) y por eso se recomienda tratar primero la depresión.
- En el caso de depresión con ideación suicida, es recomendable utilizar con precaución los ansiolíticos y antidepresivos. El uso de estos fármacos en mujeres maltratadas puede aumentar el riesgo de que la violencia se agrave. En estos casos, el foco del tratamiento tiene que ser resolver la situación de malos tratos, ya que los síntomas psicopatológicos suelen ser consecuencia de los malos tratos.
- Para el TEPT en la evaluación se identifica un alto riesgo de suicidio o daño a terceros, recomendándose centrarse primero en el manejo del riesgo.



- Para el TEPT asociado a dependencia de alcohol o drogas en los que el uso de drogas o alcohol puede interferir de forma significativa en el tratamiento efectivo, se recomienda tratar primero el problema de alcohol o drogas.
- Cuando se ofrecen intervenciones psicológicas centradas en el trauma para el TEPT con trastorno de personalidad comórbido, se recomienda considerar el aumento de la duración del tratamiento.
- Si existe riesgo para la mujer, sus hijos e hijas o personas adultas vulnerables de la familia, el o la profesional informará de todos los recursos disponibles para las mujeres maltratadas, aparte del resto de actuaciones clínicas ya señaladas.



Abordaje en casos de agresiones sexuales



11. ABORDAJE EN CASOS DE AGRESIONES SEXUALES

En el caso de agresiones sexuales y tipo de violencia sexual, la atención y actuación sanitaria es específica, dadas las medidas e implicaciones médico-forenses y legales que implica, por lo que se trata en un capítulo referido a ellas.

La Organización Mundial de la Salud define la violencia sexual como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otra forma la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo” (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Se considera violencia sexual todo comportamiento de naturaleza sexual realizado sin el consentimiento de la otra persona. Incluye conductas como el exhibicionismo, palabras obscenas, tocamientos, violación, acoso sexual, mutilación genital femenina, prostitución forzosa... Afecta a todas las edades y a ambos sexos, pero las mujeres son las víctimas mayoritarias (más del 95 % de los casos).

El Código Penal define la agresión sexual como un atentado contra la libertad sexual de una persona usando la violencia o intimidación. Considera los abusos sexuales todos aquellos actos que se ejecuten sobre personas menores de 16 años, o que se encuentren privadas de sentido o de cuyo trastorno mental se abuse, así como los que se cometan anulando la voluntad de la víctima mediante el uso de fármacos, drogas o cualquier otra sustancia natural o química idónea a tal efecto.

Se pueden distinguir tres tipos de violencia sexual

- La agresión sexual. Es cualquier acto a la libertad sexual de la otra persona utilizando la violencia o intimidación. La forma más grave de agresión sexual es la violación. La violación se define como la introducción del pene por vía vaginal, anal u oral, así como la penetración digital y la introducción de objetos por las dos primeras vías.
- El abuso sexual. Es un atentado a la libertad sexual de la persona en el que no se utiliza la violencia o intimidación pero sí el engaño, la coacción o sorpresa. Puede incluir caricias, proposiciones verbales explícitas, la penetración oral, anal, vaginal y digital. Se incluyen en este apartado los abusos contra las personas que no pueden prestar su consentimiento válido por tener limitada su capacidad volitiva o intelectual (menores de 16 años, personas con enfermedades psíquicas, personas con discapacidades intelectuales, sospecha de una agresión sexual facilitada por drogas).
- El acoso sexual. Es la exigencia de favores de carácter sexual, donde el acosador aprovecha una situación de superioridad, que puede ser laboral, docente o similar. La no aceptación supone castigos y amenazas para la víctima.

La violencia sexual contra las mujeres puede ser ejercida dentro de las relaciones de pareja, por personas del entorno social o laboral, o ejercida por personas desconocidas. En general las mujeres consultan cuando el agresor no es la pareja, siendo poco frecuente que lo hagan por agresión sexual dentro de la pareja. Es en estos casos cuando la violencia sexual suele permanecer oculta y resulta difícil detectarla.

Consecuencias en la salud de las mujeres

Las mujeres que sufren una agresión sexual no sólo sufren una agresión de su integridad física y psicológica sino que además han violado su intimidad y su dignidad. Los efectos de la violencia sexual sobre la salud son numerosos, pueden prolongarse en el tiempo y causar graves daños psicológicos.



No sólo hay que tener en cuenta las lesiones físicas y las consecuencias sobre la salud sexual y reproductiva, como son las disfunciones sexuales, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual o el VIH. Los efectos sobre la salud mental pueden ser graves y de larga duración, tales como trastornos por estrés postraumático, depresiones, tentativas de suicidio, consumo de sustancias tóxicas, angustia, ansiedad, baja autoestima, aislamiento, problemas para dormir, reincidencia de sueños o recuerdos invasivos. Tampoco pueden olvidarse los sentimientos de culpa, miedo, odio, vergüenza o desconfianza que pueden sentir las mujeres que han sufrido una agresión sexual (Organización Mundial de la Salud, 2013).

También se evaluará el impacto de la situación de la agresión sexual a las hijas e hijos de la mujer u otros miembros del núcleo familiar.

OBJETIVO

El objetivo de este documento es dotar a las y los profesionales de la salud de una herramienta que garantice la atención sanitaria integral a las mujeres que han sufrido una agresión sexual, preservando su seguridad y su protección legal.

ACTUACIÓN ANTE AGRESIONES SEXUALES

El Protocolo a seguir en caso de mujeres que han sufrido una agresión sexual se ha redactado siguiendo los acuerdos de la Comisión de seguimiento del Protocolo de coordinación en caso de delitos de agresión sexual firmado el 8 de marzo de 2007 (Audiencia Provincial de Palma de Mallorca, 2007), el Protocolo interinstitucional de detección, prevención y atención de la violencia machista y en casos de ataques sexuales de las Illes Balears (Instituto de la Mujer, 2010), y con la revisión actual de la dirección del Instituto de Medicina Legal de Balears.

Centros sanitarios de referencia

Para la exploración física y obtención de muestras biológicas se establecen como centros de referencia:

- a) Mallorca: Hospital Son Espases, Hospital Son Llàtzer, Hospital Comarcal de Inca y Hospital de Manacor.
- b) Menorca: Hospital Mateu Orfila.
- c) Ibiza: Hospital Can Misses.
- d) Formentera: Hospital de Formentera.

La actuación profesional se dará dentro de un clima positivo, teniendo en cuenta la comunicación verbal y no verbal. La actitud profesional será de discreción, respeto y sensibilidad, evitando dramatización y victimización, y siempre respetando la autonomía de la mujer.

Teniendo en cuenta el estado en el que puede encontrarse la mujer agredida sexualmente puede acudir a cualquier lugar. Dependiendo de dónde se persone la mujer, se llevarán a cabo unas actuaciones u otras, que a continuación se detallan.

Cuando la mujer agredida sexualmente sea atendida en atención primaria o en un centro sanitario no de referencia (incluidos los centros sanitarios privados)

- Informar inmediatamente a la unidad de la policía judicial de la Guardia Civil (062) sobre los hechos para que adopten las diligencias de investigación procedentes y coordinen las actuaciones a seguir.

- Hay que derivarla, previa información y consentimiento de la mujer, al centro sanitario de referencia más próximo (en el anexo 6, pág. 107, se detalla los teléfonos y direcciones), sin perjuicio de prestarle la asistencia médica necesaria y evitar eliminar huellas o vestigios que permitan la investigación del delito. Sólo se atenderán aquellas lesiones que por su gravedad puedan comprometer su vida. Se evitarán exploraciones, lavados y cambios de ropa, ingesta de líquidos o alimentos antes del reconocimiento en el hospital, con el fin de no perder pruebas biológicas.



El traslado al centro sanitario de referencia en ambulancia es necesario cuando:

- La mujer se encuentra en un estado hemodinámicamente inestable.
- El estado emocional de la mujer dificulte su traslado.
- La mujer no puede desplazarse por sus propios medios o bien no dispone de nadie que la acompañe.

Si la mujer lo desea y da su consentimiento, se puede llamar al servicio de acompañamiento 24 horas del Instituto Balear de la Mujer para realizar este acompañamiento (971 17 89 89).

Si la mujer acepta desplazarse por su propia cuenta es recomendable que asista acompañada de una persona de confianza.

En cualquiera de los casos, el personal sanitario de atención primaria se pondrá en contacto con el hospital donde se trasladará para informar de la situación y facilitar la llegada de la mujer (anexo 6, pág. 107).

- Elaborar un informe de derivación a atención hospitalaria y registrar las actuaciones en la historia clínica. Hacer constar en el informe la información espontánea que pueda recabarse de lo que diga y exprese la mujer, sin necesidad de explorar, a través de una entrevista clínica. En caso de que la mujer no quiera ir a hospital de referencia, se registrará en la historia este hecho y se rellenará el informe judicial de lesiones, informando a la mujer de la obligación legal de hacerlo y su comunicación al juzgado de guardia (anexo 8, pág. 110) y a la policía judicial de la Guardia Civil (062), si no se ha hecho antes.

Cuando la mujer agredida sexualmente sea atendida en el centro hospitalario de referencia

- En la atención de la mujer y a la espera de la llegada de la médica o médico forense se propiciará un entorno que fomente la comunicación y confidencialidad, garantizando la intimidad, seguridad y protección, evitando todas las actuaciones que puedan interferir en la posterior toma de muestras de interés legal. Por ello, cada centro sanitario dispondrá de un lugar privado donde la mujer agredida sexualmente pueda ser atendida o esperar a ser atendida.

- Se informará inmediatamente a la unidad de la policía judicial de la Guardia Civil (062) sobre los hechos para que se presenten en el centro hospitalario y adopten las diligencias de investigación procedentes y coordinen las actuaciones a seguir.

- Se informará al juzgado de guardia, sin perjuicio de la actuación estrictamente médica de los facultativos y facultativas que asistan a la víctima. Para ello es necesario avisar por teléfono (971 71 82 24) de que se enviará un fax (971 72 10 07) donde se indiquen las circunstancias esenciales y conocidas de la agresión para que la autoridad judicial valore lo que sea procedente sobre la apertura de diligencias judiciales y adopte las oportunas medidas.

- **El juez o jueza decidirá** si considera conveniente a los efectos de la investigación que el médico o médica forense se presente inmediatamente en el centro hospitalario para la exploración física de la víctima y la obtención de muestras biológicas con la colaboración del ginecólogo o ginecóloga o bien el facultativo o facultativa de guardia.

- La ginecóloga o el ginecólogo informará a la mujer de que en caso de no haber formalizado la denuncia, y no encontrarse en condiciones de hacerlo en aquel momento, siempre que dé su consentimiento, se le realizará la exploración y se tomarán las muestras de interés legal, que serán pruebas que demuestren que ha sido agredida sexualmente.

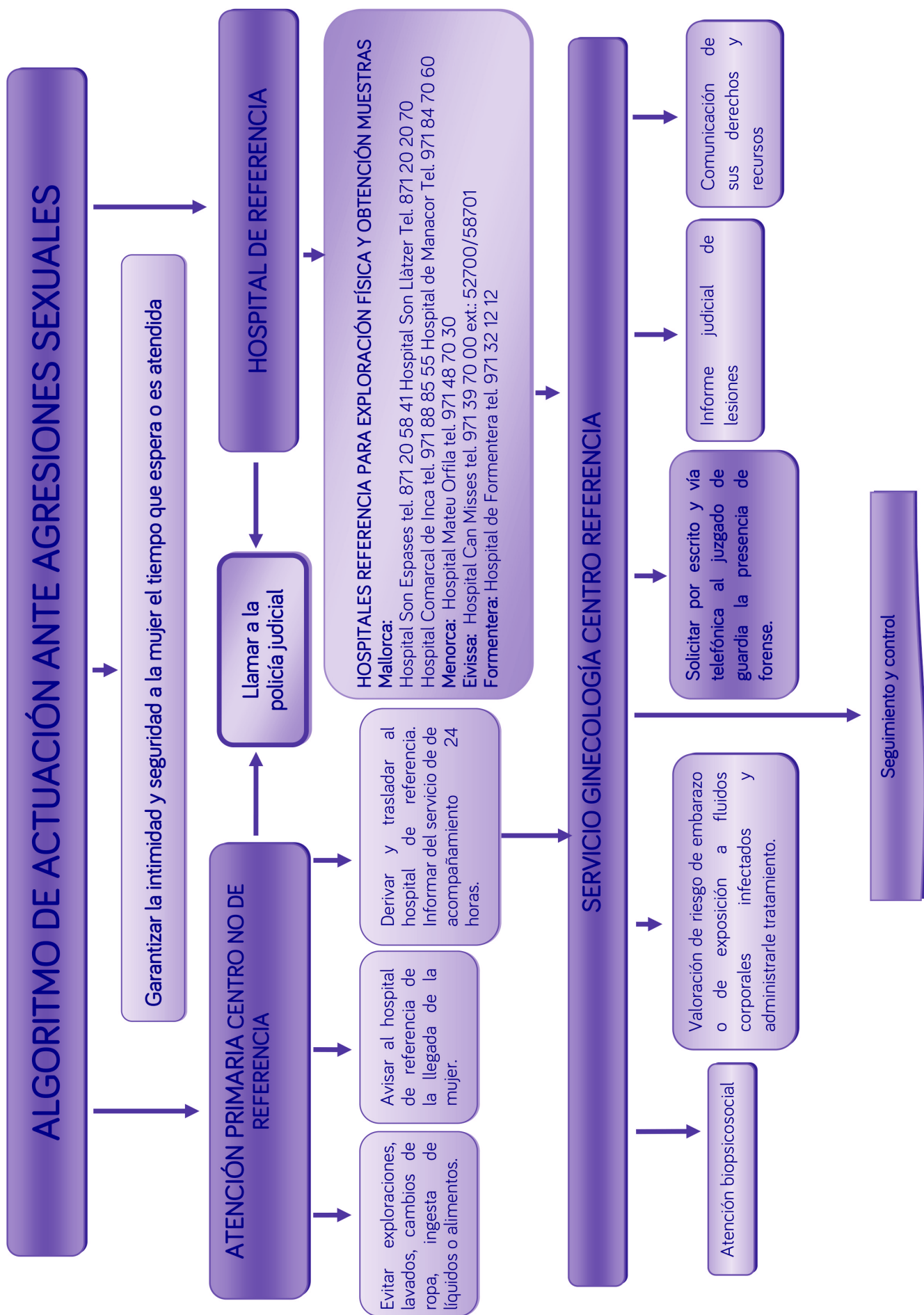
- Informar a la mujer de las actuaciones sanitarias que se realizarán.

- La médica o médico forense, una vez en el centro sanitario de referencia, con la colaboración del ginecólogo o ginecóloga o bien el facultativo o facultativa de guardia, explorará a la mujer, obtendrá las muestras necesarias y garantizará la custodia y traslado de las mismas. Paralelamente, la policía judicial iniciará su tarea de investigación y realizará desde ese momento las primeras indagaciones.



- Después de su oportuna comunicación, si debido a las exigencias del servicio de guardia resultase imposible que se presentara inmediatamente al centro de referencia el médico o médica forense, la autoridad judicial podrá acordar que el facultativo o facultativa de guardia realice la exploración y obtención de muestras biológicas. Para una mejor coordinación, comunicará por teléfono esta circunstancia al centro hospitalario de referencia y de forma que quede constancia. El centro hospitalario de referencia asumirá la custodia de las muestras durante un tiempo no superior a 48 horas. Se seguirá el protocolo de cadena de custodia de muestras biológicas en los centros hospitalarios, que está en proceso de elaboración (Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forense de las Islas Baleares, Tribunal Superior de Justicia de las Islas Baleares y Servicio de Salud de las Islas Baleares).
- En cualquier caso, tanto si el juzgado competente adopta medidas que requieran la colaboración del centro hospitalario de referencia como si no las considera procedentes, se comunicará de manera que quede constancia.
- Rellenar el informe judicial de lesiones.
- Garantizar a la mujer en los casos necesarios el tratamiento de las lesiones corporales, y una valoración del riesgo de exposición a fluidos corporales contaminados, administrar el tratamiento preventivo de infecciones de transmisión sexual y de gestación, tratamiento psicológico y control y seguimiento de su proceso. Ante presencia de embarazo, informar a la mujer de los supuestos legales de interrupción del mismo.
- Cuando la mujer quede ingresada o su estado físico o psicológico no le permita personarse en la dependencia correspondiente para formalizar la denuncia, la policía judicial podrá tomar declaración a la mujer en el centro sanitario.
 - Derivación, previa información y con su consentimiento, a atención psicológica específica del Instituto Balear de la Mujer u otros servicios que sean necesarios para la recuperación de su salud integral. También se informará a la mujer sobre la red asistencial de recursos sociales a su disposición (anexo 2, pág. 93).
- Los centros hospitalarios de referencia contarán con un listado de teléfonos y direcciones de centros o entidades con recursos específicos para prestar asistencia integral a la víctima desde el primer momento (anexo 2, pág. 93).
- Cuando la víctima (si tiene capacidad legal y aptitud) manifieste su determinación firme de no denunciar los hechos y su clara negativa a someterse a la exploración médico-legal y a la obtención de muestras biológicas, el o la profesional de la salud comunicará los hechos al juzgado de guardia (971 71 82 24), con el objeto de que pueda incoar el procedimiento judicial en el que disponga las medidas de investigación y aseguramiento necesarias por si el resto de personas legitimadas, o la propia mujer en el futuro, desearan ejercer la acción penal.
- Hay que reflejar esta circunstancia en la historia clínica.
- El centro asistencial informará a la mujer sobre la red asistencial de recursos sociales a su disposición.
- En caso de ser menor de edad, estar en situación de incapacitación o tratarse de una persona desvalida y que, por cualquier circunstancia, la persona que la representa legalmente no denunciara los hechos o se suscitaran dudas sobre su intención de hacerlo, el centro hospitalario de referencia informará al Ministerio Fiscal para formular una denuncia.

A continuación se presenta un algoritmo de actuación ante agresiones sexuales.





Trata de mujeres y niñas
con fines de explotación sexual



12. TRATA DE MUJERES Y NIÑAS CON FINES DE EXPLOTACIÓN SEXUAL

La prostitución plantea un importante dilema ético y político. La prostitución, entendida como resultado de la relación de desigualdad basada en la sumisión y la explotación sexual de las mujeres, es una forma más de violencia machista. Se paga para tener acceso libre al cuerpo de las mujeres, muchas veces justificada por la supuesta “libertad” a elegir por parte de éstas. Además, en muchas ocasiones, son víctimas de trata de seres humanos. Si no hubiera hombres dispuestos a pagar por utilizar sexualmente a mujeres, no existiría la prostitución y tampoco la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual.

Según el Plan Integral de Lucha contra la Trata de Mujeres y Niñas con Fines de Explotación Sexual 2015-2018 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015), la trata de seres humanos es la esclavitud de nuestro tiempo y, lamentablemente, una realidad en Europa y en nuestro país. Supone una grave violación de los derechos humanos, la dignidad y libertad de la persona, y constituye una forma de delincuencia grave que en la mayoría de las ocasiones implica a organizaciones delictivas a las que proporciona importantes beneficios basados en la utilización de personas con diferentes fines de explotación. Tiene lugar en todas las regiones del mundo y muchos países se ven afectados, ya sea como países de origen, de tráfico o destino. Es, junto con el tráfico de drogas y de armas, unos de los negocios ilícitos más lucrativos del mundo.

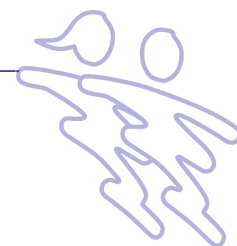
Es difícil obtener datos fidedignos sobre la trata por su naturaleza ilegal y a menudo invisible. Según cifras de Naciones Unidas se estima que cada año entran en Europa alrededor de 70.000 personas en situación de trata de seres humanos. En España, casi 2.000 víctimas son identificadas cada año por las fuerzas de seguridad y son muchas más las que siguen ocultas. La mayor parte de las víctimas en España son mujeres extranjeras que son explotadas sexualmente, pero también se han documentado casos de menores de edad, y de mujeres y hombres explotados en el servicio doméstico, la agricultura, la construcción, la hostelería y en matrimonios forzados. La trata de personas no siempre implica transnacionalidad, es decir, en muchas ocasiones no se produce un cruce ilegal de fronteras, y las víctimas no siempre son personas extranjeras en situación irregular.

La trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual nunca es consentida y, de haber consentimiento inicial, éste se ha producido mediante coacción, engaño o abuso (de una situación de vulnerabilidad). Algunas han sido obligadas por la fuerza a entrar en el país, pero la mayoría están forzadas a su “trabajo” a través de un sistema de deuda. Esta deuda, adquirida de manera “voluntaria”, les ha permitido llegar a Europa para iniciar un proyecto migratorio. No obstante, una vez que llegan es cuando descubren las condiciones para saldar esta deuda, que no les deja otra opción que ser explotadas por las personas con las que han adquirido la deuda.

Las mujeres y niñas muchas veces no se consideran víctimas del delito, y ello dificulta la identificación por parte de los profesionales y el que ellas colaboren con la denuncia con las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado. Otras se encuentran atemorizadas, desconocen el contexto y el idioma, y tienen miedo de las posibles represalias de la policía y autoridades. Piensan que las meterán en prisión o las devolverán a su país, lo que les imposibilitaría saldar su deuda, y si no pagan tendrán que enfrentarse a represalias contra ellas y sus familias (Plan Integral de Lucha contra la Trata de Mujeres y Niñas con Fines de Explotación Sexual 2015-2018. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

Por primera vez, en el año 2000 el Protocolo de Palermo, protocolo de las Naciones Unidas para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niñas, recogió la primera definición sobre la trata de personas consensuada internacionalmente y que se asienta en el marco legal comúnmente aceptado. España lo firmó y ratificó, entrando en vigor el 25 de diciembre de 2003. El artículo 3 del Protocolo de Palermo dispone:

- a) Por “trata de personas” se entiende la captación, transporte, traslado, acogida o recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, raptó, engaño, abuso de poder o d una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios por obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. Esta explotación incluirá, como



mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos.

- b) El consentimiento dado por la víctima de la trata de personas a toda forma de explotación que se tenga la intención de realizar descrita en el apartado *a* de este artículo no se tendrá en cuenta cuando se haya recurrido a cualquiera de los medios pronunciados en dicho apartado.
- c) La captación, el transporte, traslado, acogida o recepción de un niño o niña con fines de explotación se considerará “trata de personas” incluso cuando no se recurra a ninguno de los medios pronunciados en el apartado *a* del presente artículo.

España, a partir del compromiso asumido desde la ratificación del Protocolo de Palermo, elaboró el Plan Integral de Lucha contra la Trata de Mujeres y Niñas con Fines de Explotación Sexual 2015-2018, con el fin de realizar un abordaje integral y multidisciplinar, situando la promoción de los derechos humanos y la protección de las víctimas como su objetivo central. Así, el Plan se construye desde una perspectiva centrada en la protección y promoción de los derechos humanos, colocando a la posible víctima en el centro de todas las actuaciones, por encima de otros intereses u objetivos. A partir de este Plan Integral, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad elabora el protocolo común de actuación sanitaria ante la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual.

La trata con fines de explotación sexual es una forma de violencia contra las mujeres.

La trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual es una manifestación de la situación de desigualdad en la que se encuentran las mujeres en muchos sitios del mundo —también en nuestra comunidad— y constituye una clara expresión de la violencia machista.

Mujeres y niñas se encuentran en una clara situación de vulnerabilidad frente a la captación para ser sometidas a esta cruel forma de violencia machista basada en la desigualdad, la discriminación y subordinación de las mujeres respecto a la posición de poder de los hombres.

Según el análisis de los datos sobre la situación de la trata a nivel mundial realizado por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, la explotación sexual es el fin de explotación más numerosa; dos de cada tres víctimas de trata de seres humanos son mujeres (entre un 15 % y un 20 % niñas) y, en el caso de la trata para la explotación sexual, el porcentaje de mujeres víctimas aumenta exponencialmente.

Además, la exposición de motivos de la Directiva 2011/36/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 de abril de 2011, relativa a la prevención y lucha contra la trata de seres humanos y a la protección de las víctimas, reconoce la especificidad de la trata en función del sexo, señalando que la trata de seres humanos afecta de manera diferente a mujeres y hombres.

Por lo tanto, cabe afirmar que la trata de seres humanos afecta de forma desproporcionada a mujeres y niñas, y que éstas suelen ser sometidas a las formas de trata más graves (trata con fines de explotación sexual), lo que se produce como consecuencia de su mayor vulnerabilidad (Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2014).

Plan Policial contra la trata

La Policía Nacional puso en marcha en abril de 2013 el Plan Policial contra la Trata de Seres Humanos con Fines de Explotación Sexual. Desde entonces mantiene activos dos canales para posibilitar tanto la colaboración ciudadana como la denuncia de las víctimas: el teléfono gratuito 900 10 50 90, atendido durante las 24 horas por policías especializados de la Brigada Central contra la trata de seres humanos, y el correo electrónico trata@policia.es.

Derechos de las mujeres y niñas víctimas de trata con fines de explotación sexual

Cuando una víctima es identificada por las fuerzas de seguridad, se le ofrece la posibilidad de acogerse a un periodo de restablecimiento y reflexión de como mínimo 90 días (la LO 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, en su disposición final segunda modifica el apartado



2 de la LO 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, estableciendo que el periodo de restablecimiento y reflexión tendrá una duración de, al menos, 90 días, y tendrá que ser suficiente para que la víctima pueda decidir si quiere cooperar con las autoridades en la investigación del delito y, en su caso, en el procedimiento penal). El sentido de este tiempo es que las víctimas puedan recuperarse y tomar una decisión informada sobre si quieren colaborar con la justicia, fuera del control y la influencia de sus explotadores.

Si aceptaran cooperar en la investigación policial y el proceso judicial podrían optar a un permiso de residencia y trabajo por colaboración con las autoridades y ser consideradas testigos protegidos, o bien podrían optar a un retorno voluntario y asistido en las mejores condiciones de seguridad a su país de origen.

También existe la posibilidad de que la víctima opte a un permiso de residencia y trabajo en atención a su situación personal, siempre y cuando se presenten informes de aquellas entidades que hayan trabajado con la víctima en su recuperación e integración social. El estado de salud de las víctimas está dentro de los supuestos para solicitar la residencia y trabajo por situación personal.

El Real Decreto 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, establece que tendrán atención sanitaria las personas víctimas de trata de seres humanos que se encuentran en el denominado “periodo de restablecimiento y reflexión”.

Consecuencias en la salud

Según la OMS (2013), hay escasos estudios realizados sobre el gran número y la gravedad de los riesgos para la salud y las consecuencias en las mujeres y niñas víctimas de trata con fines de explotación sexual. Muchos de ellos dependen de datos de registros de casos de servicios que prestan atención a niñas y mujeres repatriadas que han sido objeto de trata por trabajo sexual.

Un estudio realizado por el Instituto Andaluz de la Mujer (2011) sobre las mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual deja de manifiesto que las consecuencias de la explotación sexual son devastadoras, los efectos en los ámbitos físicos, mentales, psicológicos y emocionales son, por descontado, muy graves y causan daños de larga duración e incluso irreversibles.

Aparte de las patologías derivadas del shock postraumático, las alteraciones de la salud mental y psicológica son un predominante y persistente efecto de salud adverso asociado con la trata de personas. Entre las consecuencias psicológicas figuran desórdenes cognitivos y de memoria a causa del estado de control y violencia al que están sometidas, depresión, ansiedad, ideas suicidas, trastornos somáticos, incapacidad para recordar partes de los sucesos traumáticos o dolorosos...

Entre las patologías derivadas del ejercicio forzado de la prostitución, de las condiciones del viaje y de los abusos y violencia ejercidos contra ellas, destacan las consecuencias físicas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, de las que cabe mencionar el alto riesgo de infecciones de transmisión sexual, VIH, enfermedades pélvicas inflamatorias, riesgo de embarazos y abortos forzados, lesiones vaginales y anales y mayor riesgo de cáncer de útero; además también existen otras consecuencias físicas como las cicatrices y politraumatismos, anemia ferropénica y disfunciones gástricas.

El uso forzado u obligado de drogas y alcohol es frecuente en la trata con fines de explotación sexual. Las drogas y el alcohol pueden ser utilizados para controlar a las personas y aumentar las ganancias o usados por las mujeres para afrontar su difícil situación.

El aislamiento social impuesto, por ejemplo la prevención del contacto con la familia o la restricción de los movimientos de la persona, se utiliza para mantener el dominio sobre las personas en situación de trata, al igual que se utiliza la manipulación emocional mediante amenazas y promesas falsas.

La explotación económica y la inseguridad jurídica también son factores que influyen negativamente en la



salud de las mujeres y niñas. Las personas objeto de trata pocas veces pueden tomar decisiones sobre lo que ganan, e incluso muchas veces les cobran la vivienda, ropa, alimentos o transporte por “trabajo sexual”. Además, es muy frecuente que las personas traficantes les confisquen los documentos de identidad o les suministren información falsa sobre sus derechos, incluido el de acceso a los servicios de salud. Eso no sólo puede limitar el uso de los servicios médicos para las víctimas de trata sino también conducir a su deportación o encarcelamiento injustos. Las personas objeto de trata pueden no ser reconocidas como víctimas de un delito sino consideradas infractoras de leyes de inmigración y ser retenidas en centros de detención o encarceladas como personas migradas ilegales.

El papel de los y las profesionales de la salud en la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual

Las y los profesionales de la salud muchas veces son las únicas personas, fuera del entorno de explotación, con las que las víctimas tienen la oportunidad de hablar. Por eso es muy importante poder identificar a estas mujeres.

Debido a la dificultad de acceso al sistema de salud, los servicios a los que mayoritariamente acceden son urgencias hospitalarias, aunque en ocasiones también pueden acceder a los servicios de atención primaria. Principalmente son mujeres y niñas extranjeras, pero también podemos encontrarnos con mujeres y niñas españolas. El Protocolo de Palermo señala que la asistencia sanitaria es una de las vías para la detección de víctimas de este delito.

Indicadores de sospecha en consulta
La acompaña alguien que parece que ejerce cierto control sobre ella.
Nerviosismo generalizado, sobre todo si van acompañadas por alguien de la red que actúa como “persona traductora”.
Presenta signos físicos de violencia o abuso.
Se muestra con incapacidad de hablar en español, teniendo una estancia prolongada en el país, o se niega a hablar.
Su residencia en la ciudad o el país es reciente y se muestra incapaz de proporcionar detalles de su dirección.
Falta de pasaporte y/o documentación sanitaria, o presenta documentación falsa.
Ausencia, escasez o no control de dinero. Manifiesta no tener recursos sociales ni familiares.
Presenta signos de miedo, sumisión o depresión.
Acude al hospital o al profesional como último recurso.
Apariencia descuidada y/o abandono de su salud.
Presenta infecciones de transmisión sexual o acude por cuestiones de salud sexual y reproductiva (embarazos no deseados, interrupciones del embarazo mal practicadas, etc.).
Tatuajes que las vinculan a una red u organización criminal.

Fuente: Plan Integral de Lucha contra la Trata de Mujeres y Niñas con Fines de Explotación Sexual 2015-2018. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015

Atención sanitaria a mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual

El hecho de que sea una atención tan específica, dadas las medidas e implicaciones policiales y legales que supone, y la necesidad de una buena coordinación interdisciplinar e interinstitucional, no puede establecerse en este Protocolo general un protocolo de actuación en casos de mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual. Para ello sería necesario elaborar un protocolo específico en cooperación con todas las instituciones implicadas en esta lacra social.

En todo el proceso de atención a la mujer víctima de trata con fines de explotación sexual debe hacerse un acompañamiento respetuoso, trabajando el empoderamiento de la mujer desde un clima de confianza,



respeto, empatía y escucha activa, ayudando a superar la situación de aislamiento que vive y liberándola del sentimiento de culpabilidad que pueda sentir, además de trabajar su autoestima.

Es muy importante informar a la mujer de todos los derechos y recursos que tiene, y hacerle entender que no está sola en este proceso y velar por su seguridad. El hecho de que las mujeres expliquen su situación puede hacer peligrar su vida, la de su familia o la de las otras mujeres que están en su misma situación. Si no se realiza una asistencia basada en la confianza, la mujer no volverá por desconfianza en el sistema sanitario.

La atención sanitaria será integral e interdisciplinar, evitando atenderlas delante de las personas acompañantes. Se facilitará la derivación, en caso de necesidad, a determinados servicios: otras especialidades sanitarias, interrupción voluntaria del embarazo, servicio de atención psicológica, tramitación de tarjeta sanitaria, cuerpos de seguridad, etc.

Si la mujer decide denunciar su situación, se la ayudará a contactar con la Policía Nacional en el teléfono gratuito durante las 24 horas, 900 10 50 90 para que se ponga en marcha el proceso de la investigación.

Con el fin de prestar una adecuada atención sanitaria a mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual, es necesario tener formación específica en el tema y garantizar siempre la seguridad de las mujeres y niñas, ya que se puede poner a estas mujeres y a sus familias en una situación de peligro grave.

Centro de Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (CAITS)

El Centro de Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (CAITS) de la Consejería de Salud del Gobierno de las Islas Baleares es un centro especializado de diagnóstico, tratamiento y prevención de infecciones de transmisión sexual. Es un servicio anónimo y gratuito, que no requiere cita previa ni tarjeta sanitaria. Está situado en el Ambulatorio del Carmen, 3r piso, consultas 30, 31 y 32, calle del Carmen, 18, Palma 07003, tel. 971 17 57 29, y el horario es de lunes a viernes, de 14.30 a 20.30 horas.

El CAITS es un centro donde se atiende a cualquier persona, pero es un servicio muy utilizado por mujeres que ejercen la prostitución, derivadas por algunas ONG que trabajan activamente con estos grupos de mujeres, o a demanda de las propias mujeres porque se lo comunican entre ellas.

El CAITS por su carácter anónimo, gratuito, sin cita previa, ni tarjeta sanitaria es un lugar privilegiado para la detección de posibles víctimas de trata con fines de explotación sexual, pero no es el único lugar donde pueden detectarse, ya que pueden acudir a cualquier servicio de urgencias del sistema sanitario por cualquier problema de salud.

La gran dificultad que tienen estas mujeres a la hora de solicitar la tarjeta sanitaria es que no tienen ningún tipo de documentación que acredite su identidad y domicilio. El acceso al derecho a atención sanitaria gratuita a las personas extranjeras irregulares dependerá de las situaciones políticas del momento.

En el anexo 12 de la página 116 se recogen los recursos y redes relacionados con mujeres que ejercen la prostitución y/o son víctimas de trata.



Mutilación genital femenina



13. MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

La mutilación genital femenina (MGF) es un tipo de violencia machista que supone una vulneración de los derechos humanos y un desamparo de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y niñas que la sufren, reconocida por organismos internacionales, africanos, europeos, estatales y autonómicos.

La MGF va más allá de países y religiones. Es practicada por personas musulmanas, cristianas, tradicionalistas y múltiples etnias sin ningún vínculo religioso. El tipo de mutilación, la edad en la que se realiza y la forma como se practica varía de un país a otro, de una etnia a otra, e incluso dentro de una misma etnia, de una familia a otra, y también cambia en función de si se efectúa en una zona urbana o rural.

La MGF, según la última clasificación de la OMS, comprende todos los procedimientos consistentes en la ablación parcial o total de los órganos genitales externos o cualquier daño en los genitales femeninos, causados por razones culturales u otras y no con fines terapéuticos.

La MGF se clasifica en cuatro tipos principales:

- Tipo I o clitoridectomía: resección parcial o total del clítoris y/o del prepucio (pliegue de piel que rodea el clítoris).

Tipo I a: resección del prepucio.

Tipo I b: resección del clítoris y del prepucio.

- Tipo II o escisión: resección de los labios menores con resección parcial o total del clítoris o sin, y con escisión de los labios mayores o sin.

Tipo II a: resección de los labios menores.

Tipo II b: resección parcial o total del clítoris y de los labios menores.

Tipo II c: resección parcial o total del clítoris, de los labios menores y de los labios mayores.

- Tipo III o infibulación: estrechamiento de la apertura vaginal con la creación de un sello mediante el corte y la recolocación de los labios menores y/o mayores, con escisión del clítoris o sin.

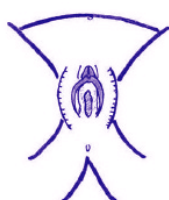
Tipo III a: resección y recolocación de los labios menores.

Tipo III b: resección y recolocación de los labios mayores.

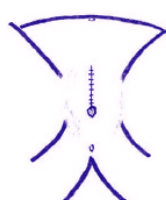
- Tipo IV: amplio abanico de prácticas variadas e inclasificables. Todos los otros procedimientos lesivos de los genitales externos con finalidades no médicas, como la perforación, incisión, raspadura o cauterización de la zona genital. Se incluye la cirugía estética de rejuvenecimiento vaginal, decoloración de genitales, reconstrucción de himen y los pírsines, todo ello aceptado y promovido en muchos lugares del mundo.



Tipo I



Tipo II



Tipo III



Tipo IV



Los tipos I y II representan el 90% de los casos y predominan en los países del África Subsahariana Occidental.

La mutilación tipo III representa el 10 % de los casos y predomina en África Oriental, principalmente en Sudán, Somalia, Eritrea y algunas zonas de Etiopía. En Yibuti, Eritrea, Níger, Senegal y Somalia afecta a una de cada cinco niñas y es conocida como la circuncisión faraónica, que consiste en el corte y cosido de los genitales.

La tipo IV se practica en muchos países del mundo en los que las mujeres son consumidoras de cirugía estética. Se publicita para conseguir unos cánones de belleza propios de niñas púberes. En el 2015 el 5 % de las intervenciones estéticas en España fueron de cirugía íntima o ginecoestética, y el consumo aumenta.

El hecho que la MGF sea una práctica tradicional desconocida en nuestro entorno hasta hace poco, sobre todo en el abordaje integral, y que además las razones que sustentan su realización tengan una gran carga social y cultural, ha dado lugar a la elaboración de un protocolo específico por parte de la Dirección General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud de las Islas Baleares —con la participación de la Dirección General del Servicio de Salud de las Islas Baleares, la Dirección General de Planificación y Servicios Sociales, la Dirección General de Menores y Familia, la Dirección General de Innovación y Comunidad Educativa y el Instituto Balear de la Mujer—: Protocolo de prevención y atención a las mujeres y las niñas ante la mutilación genital femenina en las Illes Balears, elaborado paralelamente con este Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia machista de las Illes Balears y amparados ambos por la Ley de igualdad entre hombres y mujeres de Balears. Por eso, las actuaciones a seguir en prevención y atención de la MGF seguirán las del Protocolo de prevención y atención a las mujeres y las niñas ante la mutilación genital femenina en las Illes Balears, que se encuentra en la página web de la Consejería de Salud: <<http://salutigenere.caib.es>>.



14. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Informe judicial de lesiones

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

El informe judicial de lesiones se leerá a la mujer previamente a su redacción definitiva, y se le entregará siempre que no comprometa su seguridad (puede venir acompañada por el presunto agresor o puede ser que al llegar a casa el agresor lo descubra). En este caso, se le puede indicar que si tiene miedo de llevar la copia consigo, se la puede entregar a algún familiar o persona de su confianza.

Al analizar la situación de los informes judiciales de lesiones que se estaban enviando desde los centros sanitarios a los juzgados de las Illes Balears, se ha visto la necesidad de elaborar un nuevo informe judicial consensuado para cualquier tipo de lesión, único para todos los servicios sanitarios de atención primaria y hospitalaria del Servicio de Salud de las Islas Baleares, y que tuviera perspectiva de género, donde se pudieran describir con más facilidad las lesiones por violencia machista. Este informe ha seguido las recomendaciones del Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

El informe judicial de lesiones se rellenará de manera informática desde la historia clínica y, una vez firmado éste, de forma telemática se enviará al Ministerio de Justicia, mediante la aplicación Hermes a través de la red SARA del Ministerio de Justicia, independientemente de que sea por violencia machista o no.

En caso de peligro para la mujer, sus hijas e hijos, se llamará al juzgado de guardia y a la policía judicial (anexo 7, pág. 108, y anexo 8, pág. 110).

Se adjunta modelo del informe judicial de lesiones único para todos los centros sanitarios del Servicio de Salud de las Islas Baleares en el anexo 22, pág. 133.

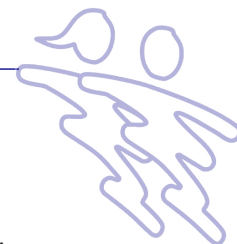
Protección a la privacidad

Es obligación de la Administración, y en concreto de las y los profesionales de la salud, del trabajo social y de admisión, y de cualquier persona que tenga acceso a los datos personales, proteger, en todo caso, la intimidad y privacidad de la información sobre las mujeres víctimas de violencia de género, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, en su artículo 10 sobre el deber de secreto, especifica que la persona responsable del fichero y las que intervengan en cualquier fase del tratamiento de los datos de carácter personal están obligadas al secreto profesional respecto a los datos y al deber de guardarlos, obligaciones que subsisten incluso después de finalizar sus relaciones con el o la titular del fichero o, en su caso, con la persona responsable.

El Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, en su artículo 81, sobre la aplicación de los niveles de seguridad, expone::

1. Todos los ficheros o tratamientos de datos de carácter personal tienen que adoptar las medidas de seguridad calificadas de nivel básico.
2. Se implantarán, además de las medidas de seguridad de nivel básico, las medidas de



nivel medio, en los siguientes ficheros o tratamientos de datos de carácter personal:
[...]

3. Además de las medidas de nivel básico y medio, las medidas de nivel alto se aplicarán en los siguientes ficheros o tratamientos de datos de carácter personal:
 - a) Los que se refieran a datos de ideología, afiliación sindical, religión, creencias, origen racial, salud o vida sexual.
 - b) Los que contengan o se refieran a datos obtenidos para fines policiales sin consentimiento de las personas afectadas.
 - c) Los que contengan datos derivados de actos de violencia de género.

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género, en su artículo 63, sobre la protección de datos y las limitaciones a la publicidad, establece que en las actuaciones y procedimientos relacionados con la violencia de género se protegerá la intimidad de las víctimas; en especial los datos personales, las de sus descendientes y las de cualquier otra persona que esté bajo su guarda o custodia.

En caso de que la mujer, sus hijos e hijas vayan a una casa de acogida, para tramitar su tarjeta sanitaria o pedir asistencia al centro sanitario que corresponda por zona, no dará el domicilio de la casa de acogida ni su teléfono. El domicilio y teléfono de la mujer serán el que corresponde a la institución a la que pertenece la casa de acogida. La institución (Instituto Balear de la Mujer, Ayuntamiento de Palma, consejos insulares...) expedirá un certificado que indique dicha dirección y teléfono para que conste en el centro sanitario. En caso de que el presunto agresor tenga el derecho de conocer la residencia de sus hijos o hijas menores, se darán la dirección y teléfono de la institución.



15. FIGURA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE VIOLENCIA MACHISTA

La o el profesional responsable del protocolo de violencia machista, además de ser una persona sensibilizada y formada en el tema, es una figura muy importante para garantizar que el Protocolo de actuación se aplique en su centro sanitario, ya sea de atención primaria como de atención hospitalaria. Entre las funciones más importantes a destacar de la persona responsable del protocolo de violencia machista se encuentran:

1. Conocer el Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia machista en las Illes Balears.
2. Promover en los equipos multidisciplinares del centro sanitario la presencia de este Protocolo, ya sea en su formato telemático o en papel.
3. Garantizar que la detección y atención a las mujeres maltratadas, sus hijas e hijos esté incluida en la cartera de servicios de su centro sanitario.
4. Comunicar en su centro sanitario los cambios o actualizaciones del Protocolo.
5. Fomentar sesiones clínicas y/o informativas entre el equipo interdisciplinar: aclaración de dudas, casos prácticos de pediatría, educación, servicios sociales, etc.
6. Promover la formación de los equipos de su centro en sensibilización, formación básica, formación avanzada y/o específica, según sea su especialidad.
7. Garantizar la presencia en lugares visibles para todas las personas de carteles y folletos institucionales (Ayuntamiento, Consejo Insular, Instituto Balear de la Mujer), relacionados con información, recursos y consejos sobre la violencia machista, ya sea en el centro sanitario o en los lugares donde el equipo de salud pueda realizar actividades de promoción y educación para la salud (centros educativos, residencias, juventud...).
8. Solicitar folletos informativos a las instituciones públicas. En el caso del Instituto Balear de la Mujer se detalla el procedimiento a seguir en el anexo 4, página 105.
9. Ser la persona referente para que el resto de compañeros y compañeras puedan compartir dudas a la hora de atender a mujeres que sufren violencia machista.
10. Formar parte de la mesa local de coordinación contra la violencia machista en el municipio al que pertenece su centro sanitario.



16. COMISIÓN DE SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO

Para el adecuado seguimiento de este Protocolo y de su implementación, así como para posibles modificaciones debidas a su adaptación a los cambios y fruto de una revisión continua, se configurará una Comisión de Seguimiento, formada por todos los organismos que se considere preciso, que se reunirá presencialmente como mínimo una vez al año, y cuántas veces más sea necesario.

Composición de la Comisión de Seguimiento

Parece razonable acordar que la Comisión de Seguimiento se componga por seis integrantes, no sólo por razones de reparto en el trabajo, sino también con el fin de garantizar su continuidad en caso de ausencia de cualquiera de las personas que lo integran, por la causa que sea.

Con respecto a la concreta composición, por razones de operatividad parece razonable que la Comisión de Seguimiento se constituya por:

- Cinco personas en representación de Salud:
- Una persona representante del Servicio de Salud de las Islas Baleares.
- Una persona representante de la Dirección General de Salud Pública y Participación.
- Una persona representante de Atención Primaria de Mallorca.
- Una persona representante de la Gerencia de Menorca.
- Una persona representante de la Gerencia de Eivissa y Formentera.
- Una persona en representación del instituto Balear de la Mujer.

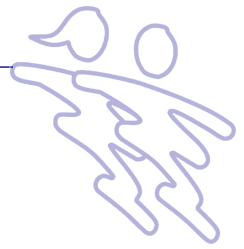
Competencias de la Comisión de Seguimiento

- 1) Recibir y resolver todas las consultas y cuestiones que puedan plantearse y poder pedir a tal fin los informes que se estimen oportunos.
- 2) Desarrollar las actuaciones que sean necesarias para hacer posible la correcta cooperación con otras administraciones públicas, sindicatos, organismos y/o entidades de carácter público o privado, si eso resultara preciso para el correcto ejercicio de las funciones que tiene atribuidas.
- 3) Evaluar anualmente la aplicación práctica del Protocolo, pudiendo realizar las propuestas de mejora que se consideren necesarias o convenientes, teniendo en cuenta, a tal fin, las propuestas que reciban.
- 4) Impulsar y garantizar la efectiva realización de las actividades formativas e informativas, y de las campañas de difusión y/o sensibilización que se estimen necesarias o convenientes para cumplir los objetivos incluidos en el Protocolo.
- 5) Convocar, al menos anualmente, reuniones con las personas de referencia en los centros de salud y centros hospitalarios para la puesta en común de buenas prácticas, homogeneizar criterios de actuación y resolver todas las cuestiones que puedan plantearse.
- 6) Recibir y analizar las estadísticas de forma anual, el registro ordenado de éstas, y elaborar, a partir de las mismas, una estadística anual a la que se dará la adecuada difusión.
- 7) También asumirá las competencias que se le deleguen para garantizar el efectivo cumplimiento de los derechos que salvaguarda el presente Protocolo.



17. BIBLIOGRAFÍA

- AGENCIA EUROPEA DE DERECHOS FUNDAMENTALES (FRAY) (2014). Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la UE.
- AGUILAR, L.; ESCUDERO, A.; LÓPEZ, M.; POLO, C. (2005a). “La persuasión coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género I: Las estrategias de la violencia”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 25 (95), 85-117; 25 (96), 59-91.
- ALBERDI, I.; MATAS, N. (2002). La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a las mujeres en España. Fundación la Caixa.
- ANDRÉS, P., BALAGUER, A.; BLANCO, P. [et al.]. (2003). “La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública”. Madrid: Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública.
- ANONYMOUS (2012). American Congress of Obstetricians Gynecologists. Committee Opinion N. 518: Intimate partner violence. *Obstet Gynecol* 119 (2 Pt 1):412-417.
- ARETIO, M.A.; COLOMER, C.; DEL VALLE, R. [et al.]. (2007). Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ASOCIACIÓN PARA LA PREVENCIÓN, REINSERCIÓN Y ATENCIÓN DE LA MUJER PROSTITUIDA (APRAMP). Guia d'intervenció amb víctimes de tràfic per a professionals de la salut.
- AUDIENCIA PROVINCIAL DE PALMA DE MALLORCA (2007). Protocol de coordinació en cas de delictes d'agressió sexual, firmado el 8 de marzo de 2007.
- BACCUS, L.; BEWLEY, S.; MEZEY, G. (2001). “Domestic Violence and Pregnancy”. *The Obstetrician & Gynaecologist*, vol. 3, núm. 2, p.: 56-59.
- BLANCO, P.; RUIZ-JARABO, C. (2004). La violencia contra las Mujeres. Prevención y detección. Madrid: Díaz de Santos.
- BOE. Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo del 2011. (BOE núm. 137, de 6 de junio de 2014).
- Instrumento de ratificación del Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la delincuencia organizada transnacional, hecho en Nueva York el 15 de noviembre de 2000. (BOE núm. 296, de 11 de diciembre de 2003).
- BONINO, L. (1998). “Micromachismos: La violencia invisible en la pareja”. Madrid. (Artículo de la versión corregida y ampliada de los artículos publicados en las actas de las Jornadas de la Federación de Sociedades Españolas de Terapia Familiar (1993), de la Dirección de la Mujer de Valencia/España (1996) sobre violencia de género, y en CORSI, J. (1995): La violencia masculina en la pareja. Madrid: Paidós).
- BOSCH, E. [comp.]; CAPELLÀ, M.; FERRER, V.; FORTEZA, M.D. [et al.]. (2007). La violencia de género: algunas cuestiones básicas. Jaén: Formación Alcalá.
- BOSCH, E.; FERRER, V. (2013). “Nuevo modelo explicativo para la violencia contra las mujeres en la pareja: el modelo piramidal y el proceso de filtraje”. *Asparkia*, 24, 54-67.
- BOSCH, E.; FERRER, V.; RIERA, T. (2006). “Las dificultades en la cuantificación de la violencia contra las mujeres en la pareja: análisis psicosocial”. *Intervención Psicosocial*, 15 (2).



- CARANDELL, E. (2009). Recomanacions per a l'actuació sanitària enfront de la violència de gènere a la Comunitat Autònoma de les Illes Balears. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Atención Primaria de Mallorca.
- COMMITTEE ON THE ELIMINATION OF DISCRIMINATION AGAINST WOMEN (CEDAW). Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Adoptado por la Asamblea General en su resolución A/54/4 de 6 octubre 1999.
- CONSEJO DE EUROPA (2010). Resolución 1714. "Children who witness domestic violence".
- CONSEJERÍA DE SALUD DE LAS ISLAS BALEARES. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN. Protocolo de prevención y atención a las mujeres y las niñas sobre la mutilación genital femenina en las Illes Balears. Palma, 2017.
- CORTÉS, S.; PÉREZ, F.; GOBERNADO, J.A; MORA, C. (2009). "Epidemiología de los estados hipertensivos del embarazo". *Clin Invest Gin Obst*; Vol. 36, núm. 4.: 132-9.
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA LA VIOLENCIA DE GÉNERO. Macroencuesta violencia contra la mujer. (2016). Portal estadístico.
- DELGADO, A.; AGUAR, M.; CASTELLANO, M.; LUNA DEL CASTILLO, J.D. (2006) Validació d'una escala per al mesurament dels maltractaments a dones. *Atención Primaria*. 2006; 38 (2): 82-9.
- DIARIO OFICIAL DE LA UNIÓN EUROPEA. Directiva 2012/29/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de octubre de 2012, por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos.
- ESPINOSA, M.A (2004). "Las Hijas e Hijos de Mujeres Maltratadas: consecuencias para su desarrollo e integración escolar". Emakunde. Instituto Vasco de la Mujer.
- EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS (FRAY). (2014). Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la UE. Resumen de las conclusiones.
- EUROSTAT (2014). Informe estadístico en materia de trata de seres humanos.
- FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO. Memoria de la Fiscalía General del Estado. 2015 (Ejercicio 2014).
- FISCALÍA DE LAS ILLES BALEARS. Memoria 2015 (Ejercicio 2014).
- GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENTO DE SALUD. Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña. Documento marco. Barcelona 2009.
- Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña. Documento operativo de violencia sexual. Barcelona 2010.
 - Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña. Documento operativo de embarazo. Barcelona 2010
- GONZÁLEZ, F.; GONZÁLEZ, J.C.; LÓPEZ, M.L. [et al.]. (2013). "Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastorno mental grave". *Norte de salud mental*, 2013, vol. XI, núm. 45: 23-32.
- GONZÁLEZ, F.; GONZALEZ, J.C.; LÓPEZ, M.L. [et al.]. (2010). Guía de atención a mujeres maltratadas con trastorno mental grave. Servei Madrileny de Salut. Comunitat de Madrid.
- GONZÁLEZ, J. (2011). Violencia en la pareja hacia mujeres con trastorno mental grave (tesi doctoral). Alcalá de Henares: Departamento de especialidades médicas. Universidad de Alcalá de Henares.



HARWAY, M.; O'NEIL, J. (1999). Preliminary Multivariate Model Explaining the Causes of Men's Violence against Women. SAGE Publications.

HEISE, L. (1998). Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence against Women* 1998; 4: 262-290.

HERNÁNDEZ-TORRES, E.; PLAZAOLA-CASTAÑO, J.; RUIZ-PÉREZ, I. (2008). "Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España". *Gaceta Sanitaria* 22(5):415-20.

INSTITUTO BALEAR DE LA MUJER (2010). Protocolo interinstitucional de detección, prevención y atención de la violencia machista y en casos de ataques sexuales de las Illes Balears.

INSTITUTO CANARIO DE IGUALDAD (2012). Guía de Intervención con menores víctimas de violencia de género.

INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER (2011). Estudio sobre las mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual en Andalucía.

JAMES, L.; BRODY, D.; HAMILTON, Z. (2013). "Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review". *Violence Vict.*, vol. 23, núm. 3: 359-80.

JONES, R.F.; HOEAN, D.L. (2002). "The American College of Obstetricians and Gynecologists: responding to violence against women". *Int J Gynaecol Obstet.*, vol. 78. Suppl 1: 75-77.

KABINERSON, D.; POLLAK-KABINERSON, N.; GLEZEMAN, M. (2006) "Domestic violence against women and the role of obstetrician/gynecologist". *Harefuah*. Vol. 145, núm. 10: 753-7.

LAGARDE, M. (1997). *Género y Feminismo. Desarrollo humano y democracia*. Madrid: Ed. Horas y Horas, p. 52.

LORENTE, M. (2012). "La construcción social del embarazo. Dependencia, vulnerabilidad y violencia. Mujer y Género". Asociación Española de Matronas.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2015). Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015.

— (2012). Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género.

— (2014). Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio.

— (2016). Víctimas mortales por violencia de género.

— (2015). Plan integral de lucha contra la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual (2015-2018).

NACIONES UNIDAS (1989). Convención sobre los Derechos del Niño.

— (1993). Resolución 48/104 de 20 de diciembre de la Asamblea General de Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer.

— (2000). Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niñas que complementa la convención, de las Naciones Unidas contra la delincuencia organizada transnacional (Protocolo de Palermo).

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (2008) Public health guidance 11: Improving the nutrition of pregnant and breastfeeding mothers and children in low-income households. Londres (Reino Unido).

NEWBERGER, E.H.; BARKAN, S.E.; LIEBERMAN, E.S. [et al.] (1992). "Abuse of Pregnant Women and Adverse Birth Outcome. Current knowledge and implications for practice". *Journal of the American Medical Association*. Vol. 267.



- OFICINA DE NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (UNODC) (2014). Informe mundial sobre la trata de personas.
- OFICINA DE PUBLICACIONES DE LA UNIÓN EUROPEA (2014). Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la UE. Resumen de las conclusiones. Luxemburgo 2014.
- ONU MUJERES. <http://www.unwomen.org/es>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1998). Informe violencia contra las mujeres: un tema de salud prioritario.
- (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud.
 - (2005). Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, acontecimientos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a esta violencia: resumen del informe.
 - (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Trata de personas. Washington, DC:OPS.
 - (2016). Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva N.º 239.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2003). La violencia doméstica durante el embarazo Programa Mujer, Salud y Desarrollo.
- SAVE THE CHILDREN (2011). “En la violencia de género no hay una sola víctima. Atención a los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género”.
- SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD. (2010) Guía de actuación en Atención Especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Dirección General de Hospitales. Comunidad de Madrid.
- SERVICIO MURCIANO DE SALUD (2010). Guía de práctica clínica: Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (2014). Asistencia en la gestante diabética.
- (2010). Diagnóstico prenatal de los defectos congénitos.
- STEWART, D.E., CECUTTI, A. (1993). “Physical abuse in pregnancy”. CAN MED ASSOC J, vol. 149, núm. 9, p.: 1257-63.
- TAVARA, L. [et al.] (2007). “Repercusiones maternas y perinatales de la violencia basada en el género”. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, vol. 53, núm. 1.:10-17.
- VELASCO, M.C. (2008). “Recomendaciones para la detección precoz de la violencia en el embarazo”. *Matronas Prof.*, vol. 9, núm. 3.: 32-7.
- WALKER, L.E. (1979). *The Battered Women*. Nueva York. Harper and Row publishers.
- YELA, C. (2003): “La otra cara del amor: mitos, paradojas y problemas”. *Encuentros en Psicología Social*, 1(2), 263-267.



ANEXOS



18. ANEXOS

Anexo 1. Plan de seguridad

PLAN DE SEGURIDAD
Retire armas u objetos que puedan usarse como tales.
Memorice teléfonos urgentes (112, 061).
Concierte una señal con vecinos o familiares en caso de peligro.
Enseñe a sus hijos e hijas a buscar ayuda y protegerse. Enseñe señales en caso de peligro.
Evite estar sola en todo lo posible.
Si percibe próxima una agresión, no se aleje de la puerta de salida.
Si el ataque es inevitable, protéjase la cabeza y la cara con los brazos.
Tenga precaución: asegúrese que el agresor no esté en el momento de abandonar el domicilio, no le explique sus planes, no tome tranquilizantes, acuda a las personas y a los lugares que había contactado previamente.
Tenga preparada en un lugar seguro una bolsa con este material por si tuviera que abandonar el domicilio de forma urgente: <ul style="list-style-type: none"> - Llaves: copia adicional de la casa y del coche. - Teléfonos: de familiares, amistades, colegios, 112, 016, 061, Instituto Balear de la Mujer (24 horas) 971 17 89 89. - Documentación propia y de sus hijos e hijas: DNI, pasaporte, permiso de conducir, tarjeta sanitaria, etc. En caso de orden de alejamiento, el documento de la orden. - Ropa, medicamentos y/o prescripciones y algún objeto significativo para cada hijo o hija. - Dinero: abra una cuenta y vaya ingresando lo que pueda y disponga de dinero en metálico.



Anexo 2. Recursos sociales, jurídicos, psicológicos y de acogida

Mallorca

INSTITUTO BALEAR DE LA MUJER			
C/ de Aragón 26, 1º E. 07006 Palma. Tel. 971 17 89 89 Fax: 971 17 89 24 ibdona@ibdona.caib.es			
PALMA. CENTRO DE INFORMACIÓN A LA MUJER (CID)			
C/ Aragón, 26, 1º E. 07006 Palma. Tel. 971 17 89 89 Fax: 971 17 89 24 ibdona@ibdona.caib.es			
Asesoramiento jurídico Atención social Orientación laboral Atención a la violencia machista	Cita previa telefónica 971 17 89 89	C/ Aragón 26, 1º E. 07006 Palma ibdona@ibdona.caib.es	
Se pueden realizar consultas telefónicas, por correo electrónico o de forma presencial			
PUNTO DE INFORMACIÓN JURÍDICA PART FORANA (Cita previa telefónica)			
Asesoramiento jurídico a mujeres: derecho civil, penal, administrativo, laboral, justicia gratuita, etc. Asesoramiento en temas de violencia machista.			
Inca	606 29 61 14	Cita previa telefónica	Plaza Sant Domingo, 3. infojuridicadones@ibdona.caib.es
Manacor	606 29 61 14	Cita previa telefónica	Calle Tià de sa Real, s/n infojuridicadones@ibdona.caib.es
SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA A LA MUJER SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA A HIJAS E HIJOS DE PART FORANA (Hoja de derivación y cita previa)			
Atención psicológica a mujeres y a sus hijos e hijas, que sufren o han sufrido violencia de género (individual y/o grupal).			
	Teléfono	Fax	Dirección
Palma	971 22 74 08	971 72 02 79	C/ Sant Miquel, 39, 2º D 07002 Palma atenciopsicologica@fundacioires.org
Inca	971 22 74 08	971 72 02 79	Plaza Santo Domingo, 3 07300 Inca atenciopsicologica@fundacioires.org
Manacor	971 22 74 08	971 72 02 79	Calle Tià de sa Real, s/n 07500 Manacor atenciopsicologica@fundacioires.org



SERVICIO DE ATENCIÓN SOCIAL Y TELEFÓNICA 24 HORAS 971 17 89 89

Se atienden consultas tanto de profesionales que atienden a mujeres víctimas, población en general y a las propias mujeres víctimas de violencia de género. Se realiza atención, asesoramiento, acompañamiento y en su caso derivación a recursos.

SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO 24 HORAS 971 17 89 89

Se realiza acompañamiento a las mujeres y sus hijas e hijos que se encuentran en situación de violencia y que por circunstancias especiales requieren acompañamiento.

Se activa a partir de la llamada. En las islas de Mallorca, Menorca y Eivissa.

SOLICITUD DE ACOMPAÑAMIENTO PROGRAMADO 647 34 82 57

(Hoja de derivación y cita previa)

Servicio de acompañamiento a mujeres y a sus hijas e hijos para aquellos casos en los que se pueda prever de forma anticipada el acompañamiento.

PROYECTO IRIS 971 17 89 89

Proyecto IRIS (activación número teléfono al 112). Base de datos del 112, donde la mujer de forma voluntaria puede inscribirse. Sus datos constarán como víctima de violencia de género, y si se realiza una llamada al 112 desde sus teléfonos, sin necesidad de decir el motivo por el que llama, se activará protocolo por violencia machista.

SOLICITUD CASA DE ACOGIDA 971 17 89 89

Se puede solicitar las 24 horas del día. Para ingreso en casa de acogida no es necesaria denuncia previa. Se realiza valoración conjunta de cada caso.

OFICINAS DE ASISTENCIA A LAS VÍCTIMAS DE DELITOS VIOLENTOS Y CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL. MALLORCA

Servicio público y gratuito implantado por el Ministerio de Justicia, y que presta los siguientes servicios:

- Orientación jurídica general de la víctima para evitar la victimización secundaria.
- Orientación jurídica específica en el caso de las víctimas de violencia de género.
- Asistencia psicológica y social de las víctimas.

Vía Alemany, 5 07003 Palma
Tel. 971 67 86 11 Fax. 971 72 55 50
E-mail: victimas.mallorca@justicia.es

Horario de atención al público y cita previa: de lunes a viernes de 9.00 h a 14.00 h.



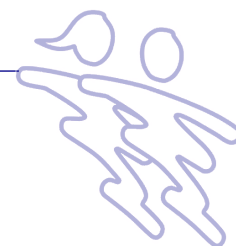
AYUNTAMIENTO DE PALMA	
PROGRAMA DE ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO DEL MUNICIPIO DE PALMA	
Tel. 971 22 74 00 Fax. 971 77 54 79	C. Ferreria, 10, 3r piso. 07002 Palma violenciagenere@a-palma.es
Su finalidad es garantizar la atención social de víctimas de violencia de género del municipio de Palma, desde una perspectiva integral y en red desde los diferentes servicios de atención personal. Este servicio ofrece información, orientación, asesoramiento a víctimas de violencia de género y a las y los profesionales que las atienden, en temas de violencia de género. También ofrece servicio de acompañamiento personalizado a las víctimas en las gestiones vinculadas a su situación y a su seguimiento.	
Horario de atención: de lunes a viernes de 9 a 14 h y martes de 16 a 18.30 h	
Forma de acceso: directamente o por derivación de algún profesional.	
PROGRAMA DE ATENCIÓN PARA HIJOS E HIJAS DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO DEL MUNICIPIO DE PALMA	
Tel. 971 72 28 56 Fax 971 72 02 79 mentoriesbalears@funacioires.org	C. Sant Miquel, 39, 2º D 07002 Palma (A. individual) C. Ferreria, 10, 3º piso. 07002 Palma (A. grupal)
Es un programa dirigido a niños y niñas de entre 4 y 18 años que han sufrido violencia de género en el ámbito familiar. Se ofrece apoyo y acompañamiento, y se trabaja la prevención en la vida adulta de los niños y niñas.	
Horario de atención: de lunes a jueves mañana y tarde; el viernes mañana.	
Forma de acceso: directamente o por derivación de un profesional.	
PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS AGRESORAS DEL MUNICIPIO DE PALMA	
Tel. 971 72 28 56 / 654 06 26 02 Fax 971 72 02 79	C. Sant Miquel, 39, 2º D 07002 Palma sapm@fundacioires.org
Es un programa dirigido a hombres de Palma, mayores de 16 años que ejercen o han ejercido violencia contra su pareja. También podrán acceder hombres de otros municipios si el servicio tiene plazas disponibles.	
Horario de atención: de lunes a viernes de 9 a 14 h. Martes y jueves de 16 a 21 h	
Forma de acceso: directamente la persona interesada, solicitando cita previa.	
SERVICIO DE ACOGIDA MUNICIPAL PALMA	
Dar acogida y promoción social y laboral a las mujeres de Palma que sufren violencia de género, mayores de 18 años, solas o con hijas e hijos, que no tienen domicilio o tienen que abandonarlo por razones de seguridad.	
Horario de atención 24 horas todos los días del año. Teléfono 971 46 58 09 reyes.gonzalez@intress.org, samvvg@intress.org	
POLICÍA LOCAL DE PALMA. ASISTENCIA A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO	
Avda. Sant Ferran, s/n. 07011 Palma. Tel. 971 22 55 00 Fax 971 28 40 10 policia@a-palma.es, victimes@pol.a-palma.es	
Denuncias, emergencias e información sobre derechos de los que pueden disponer. Atención psicológica inmediata las 24 horas del día, y derivación a atención psicológica posterior (si se precisa). Asignación de policía tutor en caso de orden de protección. Activación Proyecto Iris	



Menorca

CENTRO ASESOR DE LA MUJER. CONSEJO INSULAR DE MENORCA INSTITUTO BALEAR DE LA MUJER			
	Teléfono	Fax	Dirección
Mahón	971 35 70 24	971 35 22 51	C/ Vasallo, 33 , 07703 Mahón dona@cime.es
Ciudadella	971 48 02 01	971 38 56 65	C/ República Argentina, 96. 07760 Ciudadella dona@cime.es
Assessorament jurídic Atenció social Atenció psicològica (dones, filles i fills)			Casa d'acollida Atenció a la violència masclista
Pueden realizarse consultas tanto telefónicas como de forma presencial.			
SERVICIO DE ATENCIÓN SOCIAL Y TELEFÓNICA 24 HORAS 971 17 89 89 Se atienden consultas tanto de profesionales que atienden a mujeres víctimas como a población en general y a las propias mujeres víctimas de violencia de género. Se realiza atención, asesoramiento, acompañamiento y en su caso derivación a recursos.			
SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO 971 17 89 89 De lunes a viernes. De 9.00 h a 21.00 h Se realiza acompañamiento a las mujeres y sus hijas e hijos que se encuentran en situación de violencia y que por circunstancias especiales requieren acompañamiento. Se activa a partir de la llamada. En las islas de Mallorca, Menorca y Eivissa.			
SOLICITUD DE ACOMPAÑAMIENTO PROGRAMADO 647 34 82 57 (Hoja de derivación y cita previa) Servicio de acompañamiento a mujeres a sus hijas e hijos para aquellos casos en los que se puede prever de forma anticipada el acompañamiento.			
PROYECTO IRIS (activación número teléfono al 112) 971 35 70 24 Base de datos del 112, donde la mujer de forma voluntaria puede inscribirse. Sus datos constarán como víctima de violencia de género, y si se realiza una llamada al 112 desde sus teléfonos, sin necesidad de decir el motivo por el que llama, se activará protocolo por violencia de género.			
SOLICITUD CASA DE ACOGIDA 971 35 70 24 Se puede solicitar las 24 horas del día. Para ingreso en casa de acogida no es necesaria denuncia previa. Se realiza valoración conjunta de cada caso.			

OFICINAS DE ASISTENCIA A LAS VÍCTIMAS DE DELITOS VIOLENTOS Y CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL. MENORCA	
Servicio público y gratuito implantado por el Ministerio de Justicia, y que presta los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> - Orientación jurídica general de la víctima para evitar la victimización secundaria. - Orientación jurídica específica en el caso de las víctimas de violencia de género. - Asistencia psicosocial de las víctimas. 	
Antoni Juan Alemany, 2 07701 Mahón Tel. 971 36 85 01 Fax: 971 36 48 29 Email: victimas.mahon@justicia.es	Horario de atención al público y cita previa: de lunes a viernes de 8.30 a 14.30 h



Eivissa

OFICINA DE LA MUJER. CONSEJO INSULAR DE IBIZA INSTITUTO BALEAR DE LA MUJER	
Oficina de la Mujer Cas Serres. C/ de Cosme Vidal Llàser, s/n 07800 Ibiza Tel. 971 19 56 07 Fax. 971 19 56 31 dona@conselldeivissa.es	
Asesoramiento jurídico Atención social Atención psicológica(mujeres, hijas e hijos)	Casa de acogida Atención a la violencia machista
Se pueden realizar consultas tanto telefónicas, como de forma presencial	
SERVICIO DE ATENCIÓN SOCIAL Y TELEFÓNICA 24 HORAS 971 17 89 89 Se atienden consultas tanto de profesionales que atienden a mujeres víctimas, población en general y a las propias mujeres víctimas de violencia de género. Se realiza atención, asesoramiento, acompañamiento y en su caso derivación a recursos.	
SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO 24 HORAS 971 17 89 89 Se realiza acompañamiento a las mujeres y sus hijas e hijos, que se encuentran en situación de violencia y que por circunstancias especiales requieren acompañamiento. Se activa a partir de la llamada. En las islas de Mallorca, Menorca e Ibiza.	
SOLICITUD DE ACOMPAÑAMIENTO PROGRAMADO 647 34 82 57 (Hoja de derivación y cita previa) Servicio de acompañamiento a mujeres y a sus hijas e hijos, para aquellos casos en que se pueden prever de forma anticipada el acompañamiento.	
PROYECTO IRIS (activación número teléfono al 112) 971 19 56 07 Base de datos del 112, donde la mujer de forma voluntaria se puede inscribir. Sus datos constarán como víctima de violencia de género, y si se realiza una llamada al 112 desde sus teléfonos, sin necesidad de decir el motivo por el cual llama, se activará protocolo por violencia de género.	
SOLICITUD CASA DE ACOGIDA 971 19 56 07 Para solicitar el ingreso programado contactar con la Oficina de la Mujer de 8.00 h a 15.00 h de lunes a viernes. Los ingresos urgentes se hacen mediante la Policía Nacional o la Guardia Civil.	

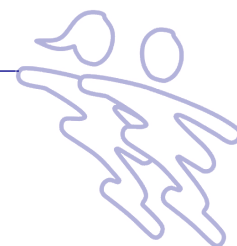
OFICINAS DE ASISTENCIA A LAS VÍCTIMAS DE DELITOS VIOLENTOS Y CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL. EIVISSA	
Servicio público y gratuito implantado por el Ministerio de Justicia, y que presta los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> - Orientación jurídica general de la víctima para evitar la victimización secundaria. - Orientación jurídica específica en el caso de las víctimas de violencia de género. - Asistencia psicosocial de las víctimas. 	
Avda. Isidor Macabich, 4 07800 Eivissa. Tel. 971 19 50 44 Fax: 971 31 69 25	Horario de atención al público y cita previa: de lunes a viernes de 9.00 h a 13.00 h. E-mail: victimas.ibiza@justicia.es



Formentera

PUNTO DE INFORMACIÓN A LA MUJER. FORMENTERA. INSTITUTO BALEAR DE LA MUJER	
Punto de Información a la Mujer. Venda des Brolls, 53. Sant Francesc 07860 Formentera. Tel. 971 321 271 violenciagenere@conselldeformentera.cat	
Atención social Atención psicológica (mujeres hijas e hijos)	Casa de acogida Atención a la violencia machista
Se pueden realizar consultas tanto telefónicas como de forma presencial.	
SERVICIO DE ATENCIÓN SOCIAL Y TELEFÓNICA 24 HORAS 971178989 Se atienden consultas tanto de profesionales que atienden a mujeres víctimas, a población en general y a las propias mujeres víctimas de violencia de género. Se realiza atención, asesoramiento, acompañamiento y en su caso derivación a recursos.	
SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO 24 HORAS 630 08 30 42 Se realiza acompañamiento a las mujeres, a sus hijas e hijos, que se encuentran en situación de violencia y que por circunstancias especiales requieren acompañamiento en Formentera. Se activa a partir de la llamada.	
SOLICITUD DE ACOMPAÑAMIENTO PROGRAMADO 647 34 82 57 (Hoja de derivación y cita previa) Servicio de acompañamiento a mujeres y sus hijas e hijos, para aquellos casos en que se pueden prever de forma anticipada el acompañamiento en la isla de Ibiza.	
PROYECTO IRIS (activación número teléfono al 112) 971 32 12 71 Base de datos del 112, donde la mujer de forma voluntaria se puede inscribir. Sus datos constarán como víctima de violencia de género, y si se realiza una llamada al 112 desde sus teléfonos, sin necesidad de decir el motivo por el cual llama, se activará protocolo por violencia de género.	
SOLICITUD CASA DE ACOGIDA 971 32 12 71 Contactar con el Punto de Información a la Mujer (Tel. 971 321 271) y en caso de urgencia contactar con la Policía Nacional o la Guardia Civil.	

OFICINAS DE ASISTENCIA A LAS VÍCTIMAS DE DELITOS VIOLENTOS Y CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL. FORMENTERA	
Servicio público y gratuito implantado por el Ministerio de Justicia, y que mujer los siguientes servicios: - Orientación jurídica general de la víctima para evitar la victimización secundaria. - Orientación jurídica específica en el caso de las víctimas de violencia de género. - Asistencia psicosocial de las víctimas.	
Avda. Isidor Macabich, 4 07800 Eivissa. Tel. 971 19 50 44 Fax: 971 31 69 25	Horario de atención al público y cita previa: de lunes a viernes de 9.00h a 13.00 h E-mail: victimas.ibiza@justicia.es



ÁMBITO ESTATAL

Aplicación para móviles “LIBRES”. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

A través de un menú principal compuesto por seis apartados, la persona puede:

- Tomar conciencia de su situación como víctima de violencia machista.
- Informarse sobre los pasos a seguir ante una situación de violencia.
- Conocer los recursos telefónicos y presenciales que están a su alcance para asesorarse y denunciar.
- Conocer las medidas de autoprotección que puede y tiene que tomar para salvaguardar su seguridad y la de sus hijos e hijas.
- Puede sentir que toda la sociedad está en su lado, que otras mujeres han pasado por su misma situación y han conseguido salir y empezar una nueva vida alejada de la violencia, mediante unos vídeos testimoniales que se pueden ver a través de esta aplicación.

Descarga: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/informacionUtil/recursos/appLibres/home.htm>

016 Atención telefónica de asesoramiento jurídico, psicológico y/o social

Atención gratuita, profesional y confidencial. No sale en la factura del teléfono, pero sí que **es necesario borrar el historial de llamadas**, porque queda registrado el número marcado en el aparato.

Servicios ofrecidos:

- Atención telefónica y en línea. Gratuita y profesional.
- Atención las 24 horas del día los 365 días del año.
- Atención consultas procedentes de todo el territorio.
- En caso de ser una emergencia se deriva la llamada al 112 de la comunidad donde corresponda.
- Coordinación con servicios similares de las comunidades autónomas.
- Información a las mujeres víctimas de violencia machista y a su entorno sobre el cual hacer en caso de maltrato.
- Información sobre recursos y derechos de las víctimas en materia de empleo, servicios sociales, ayudas económicas, recursos de información, de asistencia y de acogida para víctimas de este tipo de violencia.
- Asesoramiento jurídico.



Atención telefónica en 52 idiomas: castellano, catalán, vasco, gallego, inglés, francés, alemán, portugués, chino mandarín, ruso, árabe, rumano, búlgaro, tamazight y otros 38 idiomas a través de un servicio de tele-traducción

Derivación de llamadas realizadas por menores de edad al teléfono ANAR de Ayuda a niños y adolescentes: 900 20 20 10.

Derivación de llamadas relacionadas con el tráfico de mujeres y niñas con fines de explotación sexual al teléfono del Ministerio del Interior: 900 10 50 90

Comunicación con personas con discapacidad auditiva y/o del habla mediante teléfono de texto (DTS) a través del número 900 11 60 16.



BRITISH CONSULATE PALMA DE MALLORCA

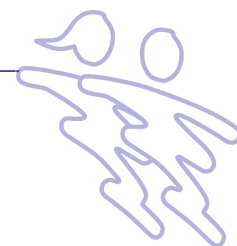
British Consulate Services Spain
 Tel: 93 366 62 00
 Ae: spain.consulate@fco.gov.uk

Convent des Caputxins, 4,
 Edificio Orisba B, 4t D,
 07002 Palma

El personal del Consulado británico facilita asistencia consular en la comisaría de policía, en el centro sanitario o ante otras autoridades. El personal del Consulado también ofrece información sobre la ayuda profesional disponible en España así como en el Reino Unido. El consulado ofrece sus servicios a todas las Illes Balears.

En caso de agresión sexual, el Consulado británico:

- Acompaña a la víctima al centro sanitario, a las dependencias policiales, al juzgado, etc., incluso fuera del horario habitual del Consulado (depende de las circunstancias, y de la edad y vulnerabilidad de la víctima).
- Acompaña a la víctima a una ONG u otro organismo estatal especializado en la facilitación de ayuda y asesoramiento a las víctimas.
- Facilita información sobre ayuda disponible en el Reino Unido o en otro país, si la víctima tiene la intención de volver al Reino Unido o a un tercer país.
- Traduce o interpreta de manera oficiosa en las dependencias policiales, hospital, etc., pero no en el juzgado.
- Ayuda a la víctima, si ésta lo desea, a localizar a un abogado o abogada del ámbito privado de habla inglesa, o facilita información sobre cómo solicitar la asistencia jurídica gratuita (aunque ésta podrá no ser de habla inglesa).
- Actúa de enlace entre la víctima, la abogacía, la policía, el juzgado, la ONG, etc., sobre todo si la víctima vuelve a Reino Unido.



Anexo 3. Instrucciones derivación a recursos sociales, jurídicos, psicológicos y acogida

La derivación desde los centros sanitarios a los servicios de **atención psicológica** para víctimas de violencia de género se realizará mediante informe de derivación y se enviará a cada uno de los servicios telemáticamente. En los casos donde no es posible hacer esta derivación telemáticamente, se hará mediante un correo electrónico cifrado.

DERIVACIÓN ATENCIÓN PSICOLÓGICA		
Palma Tel.971 22 74 08 Fax 971 72 02 79	C/ Sant Miquel, 39, 2º D 07002 Palma atenciopsicologica@fundacioires.org	Mujeres de Palma
Inca Tel. 971 22 74 08 Fax 971 72 02 79	Plaza Sant Domingo, 3 07300 Inca atenciopsicologica@fundacioires.org	Mujeres del sector Inca. Hijas e hijos
Manacor Tel. 971 22 74 08 Fax 971 72 02 79	C/ d'en Tià de sa Real, s/n 07500 Manacor atenciopsicologica@fundacioires.org	Mujeres del sector Manacor. Hijas e hijos
Ayto. Palma Tel. 971 72 28 56 Fax 971 77 54 79	C/ Sant Miquel, 39, 2º D 07002 Palma C/ Ferreria, 10, 3º piso. 07002 Palma mentoriesbalears@fundacioires.org	Hijas e hijos de Palma
Ciudadella Tel.971 48 02 01 Fax 971 38 56 65	Centro Asesor de la Mujer C/ República Argentina, 96 07760 Ciudadella dona@cime.es	Mujeres, hijas e hijos
Mahón Tel. 971 35 70 24 Fax. 971 35 22 51	Centro Asesor de la Mujer C/ Vasallo, 33, 07703 Mahón dona@cime.es	Mujeres, hijas e hijos
Eivissa Tel. 971 19 56 07 Fax 971 19 56 31	Oficina de la Mujer de Eivissa C/ Cosme Vidal Llàser, s/n 07800 Eivissa dona@conselldeivissa.es	Mujeres, hijas e hijos
Formentera Tel. 971 32 12 71	Punto de Información de la Mujer C/ Venda des Broll, 53 Sant Francesc 07860 Formentera rmi@conselldeformentera.cat	Mujeres, hijas e hijos

La cita para el servicio de atención psicológica a víctimas de violencia de género de Palma, Inca y Manacor del Instituto Balear de la Mujer, la solicitará la mujer al número 971 22 74 08, tras la derivación, sin perjuicio de que si la mujer no dispone de teléfono, se lo controlan sin que ella sepa borrar el historial de llamadas o que su estado psicológico no le permita realizar por sí misma la llamada, pueda ser el o la profesional quien llame al servicio delante de la mujer, siempre y cuando ella haya manifestado el deseo de pedir esta cita y no sea decisión profesional. La hoja de solicitud se encuentra en el anexo 13 de la página 118.

El Servicio de Atención Psicológica informará a la o el profesional que ha realizado la derivación si la mujer ha contactado para pedir cita o no mediante el mismo correo que se ha utilizado para hacer la derivación. Si la mujer inicia el tratamiento terapéutico, el o la terapeuta lo comunicará al profesional que ha realizado la derivación. En el caso de que el o la terapeuta valore que la mujer no es perfil del servicio o no puede continuar el tratamiento por cualquier motivo, también lo comunicará al profesional sanitario. Si el o la profesional del



ámbito sanitario quiere conocer la evolución de la mujer, contactará con atención psicológica respondiendo al mismo correo que ha recibido para comunicarle que la mujer ha iniciado el tratamiento.

En caso de haber detectado la necesidad de atención psicológica de las hijas o hijos de las mujeres que no pertenezcan al municipio de Palma, se realizará la derivación en nombre de ésta, dado que el tratamiento terapéutico de los y las menores siempre irá vinculado al de la madre. El Servicio de Atención Psicológica, una vez valorado el caso, será quien derive a sus hijas e hijos a terapia psicológica específica.

En caso de haber detectado la necesidad de atención psicológica de las hijas o hijos de las mujeres que pertenezcan al municipio de Palma, también se realizará la derivación en nombre de ésta, pero enviando la derivación a mentoriesbalears@fundacioires.org y llamando para pedir cita al número 971 72 28 56.

Para acceder al servicio de atención psicológica de **Formentera**, una vez se haya mandado la hoja de derivación al Punto de Información a la Mujer, el Punto la citará y la mujer será valorada integralmente por personal de trabajo social que, en su caso, realizará la derivación al servicio de atención psicológica.

Para solicitar la cita al servicio de atención psicológica a víctimas de violencia de género de **Menorca**, será el Centro Asesor de la Mujer, que una vez haya recibido la solicitud, contactará con la mujer para darle la cita.

Para solicitar cita a la Oficina de la Mujer de **Eivissa**, una vez haya recibido la solicitud de interconsulta, será la Oficina que contactará con la mujer para darle cita y prestarle atención social y psicológica.

En el anexo 14, pág. 122, encontramos la hoja de derivación a la Oficina de la Mujer de Eivissa, en el anexo 15, pág. 123, el de derivación al Centro Asesor de la Mujer de Menorca y en el anexo 16, pág. 124, el del Punto de Información a la Mujer de Formentera.

Oficina de asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual

La cita para la oficina de asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual, de atención psicológica y/o asesoramiento jurídico, se dará telefónicamente, sin hoja de derivación.

OFICINA DE ASISTENCIA A LAS VÍCTIMAS DE DELITOS VIOLENTOS Y CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL	
Palma. Avda. Alemanya, 5 07003 Tel. 971 67 86 11 Fax. 971 72 55 50 victimas.mallorca@justicia.es	Horario de atención al público y cita previa: de lunes a viernes de 9.00 h a 14.00 h
Eivissa. Avda. Isidor Macabich, 4 07800 Tel. 971 19 50 44 Fax: 971 31 69 25 victimas.ibiza@justicia.es	Horario de atención al público y cita previa: de lunes a viernes de 9.00 h a 13.00 h
Formentera. Avda. d'Isidor Macabich, 4 07800 Eivissa Tel. 971 19 50 44 Fax: 971 31 69 25 victimas.ibiza@justicia.es	Horario de atención al público y cita previa: de lunes a viernes de 9.00 h a 13.00 h
Mahón. C/ Antoni Juan Alemany, 2 07701 Tel. 971 36 85 01 Fax: 971 36 48 29 victimas.mahon@justicia.es	Horario de atención al público y cita previa: de lunes a viernes de 8.30 h a 14.30 h



Proyecto IRIS

El Proyecto Iris consiste en una base de datos confidencial sobre víctimas de violencia machista para garantizar una protección más eficaz a las mujeres maltratadas, así como una intervención inmediata de los agentes que intervienen en las situaciones de emergencia en estos casos: fuerzas y cuerpos de seguridad, servicios de salud, agentes específicos, etc.

Esta base de datos incluye los números de teléfono de las víctimas de violencia que, voluntariamente, les quieran facilitar con la finalidad que el Servicio 112 pueda detectar rápidamente las llamadas procedentes de estas personas y así ayudarlas de una manera más rápida y eficiente. El objetivo es proporcionarles un mecanismo de autoprotección ante futuros episodios de violencia.

La activación del Proyecto Iris se realizará mediante la correspondiente hoja de solicitud (anexo 18, pág. 126). Si esta solicitud se realiza desde el centro sanitario, la mujer interesada firmará la solicitud y desde el centro sanitario se enviará original por correo interno. En caso de percibir urgencia a la hora de incluir el número de teléfono en la base de datos del 112, se contactará telefónicamente con el centro receptor para comunicarle que se enviará la solicitud por fax o correo electrónico, y es necesario también el envío de la solicitud original por correo interno.

PROYECTO IRIS	
Mallorca Instituto Balear de la Mujer, C/ Aragó 26, 1º E. 07006 Palma. Tel. 971 17 89 89 Fax 971 17 89 24 ibdona@ibdona.caib.es Policía Local de Palma. Avda. Sant Ferran, s/n. 07011 Palma. Tel. 971 22 55 00 Fax 971 28 40 10 policia@a-palma.es victimes@pol.a-palma.es	
Eivissa. C/ Cosme Vidal Llàser, s/n 07800 Eivissa. Tel. 971 19 56 07 Fax. 971 19 56 31 dona@conselldeivissa.es	
Formentera. Venda des Brolls, 53. Sant Francesc 07860 Formentera. Tel. 971 32 12 71 violenciagenere@conselldeformentera.cat	
Menorca: C / Vasallo, 33, 07703 Mahón. Tel. 971361212 Fax. 971352251 dona@cime.es	

Asesoramiento jurídico y/o social a cualquier servicio externo

Se pedirá cita telefónica sin necesidad de cumplimentar hoja de derivación.

ASESORAMIENTO JURÍDICO Y/O SOCIA	
Palma (CID) Tel. 971 17 89 89	C/ Aragón 26, 1º E. 07006 Palma ibdona@ibdona.caib.es
Inca (sólo jurídico) Tel. 606 29 61 14	Plaza Sant Domingo, 3. 07300 Inca infojuridicadones@ibdona.caib.es
Manacor (sólo jurídico) Tel. 606 29 61 14	C/ Tià de sa Real, s/n 07500 Manacor infojuridicadones@ibdona.caib.es
Ciudadella Tel. 971 48 02 01	Centro Asesor de la Mujer C/ República Argentina, 96, 07760 Ciudadella dona@cime.es

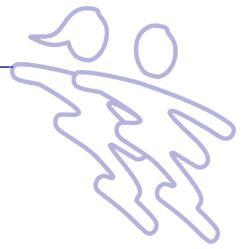


Mahón Tel. 971 35 70 24	Centro Asesor de la Mujer C/ Vasallo, 33, 07703 Mahón dona@cime.es
Eivissa Tel. 971 19 56 07	Oficina de la Mujer de Eivissa C/ Cosme Vidal Llàser, s/n 07800 Eivissa dona@conselldeivissa.es
Formentera (no jurídico) Tel. 971 32 12 71	Punto de Información de la Mujer C/ Venda des Broll, 53. Sant Francesc 07860 Formentera rmi@conselldeformentera.cat

Programas Ayuntamiento de Palma

Para realizar la derivación a los diferentes programas del Ayuntamiento de Palma se cumplimentará la hoja de derivación del programa y se enviará al correo electrónico del programa específico. Llamar para pedir cita.

DERIVACIÓN A LOS RECURSOS DEL AYUNTAMIENTO DE PALMA
Atención a mujeres víctimas de violencia de género (anexo 19, pág. 128) violenciagenere@a-palma.es tel. 971 22 74 00
Atención para hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género (anexo 20, pág. 130). mentoriesbalears@fundacioires.org tel. 971 72 28 56
Programa para personas agresoras (anexo 21, pág. 132) samp@fundacioires.org tel. 971 77 34 78
Servicio de acogida municipal (anexo 22, pág. 133) Horario de atención: 24 horas todos los días del año reyes.gonzalez@intress.org, samvvg@intress.org Tel. 971 46 58 09



Anexo 4. Procedimiento para la solicitud de folletos informativos

SOLICITUD DE FOLLETOS PARA CENTROS SANITARIOS

Las personas responsables del programa de violencia de género en los centros de salud y/o hospitales realizarán la solicitud por escrito al Instituto Balear de la Mujer, a través del correo electrónico ibona@ibдона.caib.es con el asunto “Reposición de folletos en el centro sanitario de.....”, indicando:

- Número de folletos que necesitan (se puede hacer un encargo concreto de folletos, por ejemplo asistencia psicológica, o bien de folleto en general).
- Nombre de la persona que los solicita, número de teléfono y correo electrónico.
- Centro de salud y/o hospital al que van destinados.

El Instituto Balear de la Mujer preparará 25 ejemplares de cada folletón solicitado, o bien de cada uno de los que se dispongan. En caso de no disponer, se informará a la persona que los haya solicitado).

El paquete se llevará al Servicio de Salud de las Islas Baleares, calle Reina Esclaramunda, 9. 3r piso, 07003 de Palma, y se entregará al personal de secretaría de la Dirección Asistencial del Servicio de Salud, desde donde se enviarán por correo interno a los hospitales o centros de salud que los hayan pedido.



Anexo 5. Hoja para la solicitud de folletos al Instituto Balear de la Mujer



G CONSELLERIA
O PRESIDÈNCIA
I INSTITUT
B BALEAR DONA
/

Servicio de Salud de las Islas Baleares
Calle de Reina Esclaramunda, 9, 3r piso
07003 Palma

FOLLETOS IBDONA

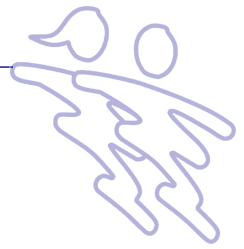
Fecha:

A la atención de: Secretaría de Dirección Asistencial

REMITIR A:

Centro de salud/Hospital:

Persona de referencia:



Anexo 6. Centros sanitarios de referencia para casos de agresiones sexuales.

Centros sanitarios de referencia para la exploración física y la obtención de muestras biológicas en casos de agresiones sexuales			
	TELÉFONO	FAX	DIRECCIÓN
Hospital Son Espases	871 20 50 00		Ctra. de Valldemosa, 79 07120 Palma
Urgencias	871 20 58 41	871 20 64 25	
Ginecología-obstetricia	871 20 56 48		
Hospital Son Llàtzer	871 20 20 00		Ctra. de Manacor, Km. 4 07198 Palma
Urgencias	871 20 20 70	871 20 22 10	
Pediatría	871 20 23 25		
Ginecología-obstetricia	871 20 20 66 871 20 22 74	871 20 22 59	
Hospital de Manacor	971 84 70 00	971 84 70 35	Ctra. Manacor-Alcúdia, s/n 07500 Manacor
Urgencias	971 84 70 60	971 84 70 35	
Ginecología-obstetricia	971 84 71 11	971 84 70 35	
Hospital de Inca	971 88 85 00	971 88 86 00	Ctra. Vella de Llubí, s/n 07300 Inca
Urgencias	971 88 85 55	971 88 85 97	
Ginecología-obstetricia	971 88 85 52 Ext. 4133	971 88 85 85	
Hospital Mateu Orfila Menorca	971 48 70 00	971 48 72 12	Ronda de Malburguer, 1 07703 Mahón
Urgencias	971 48 70 30	971 48 70 45	
Ginecología-obstetricia	971 48 74 70		
Hospital Can Misses Eivissa	971 39 70 00	971 39 72 44	Calle Corona, s/n 07800 Eivissa
Urgencias	Ext.: 52700/58701		
Urgencias ginecología	971 39 72 22		
Hospital Formentera	971 32 12 12	971 32 12 25	Venda des Brolls, s/n 07860 Sant Francesc Formentera
Urgencias	971 32 12 12		



Anexo 7. Fuerzas y cuerpos de seguridad

FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD			
EMERGENCIAS	112	GUARDIA CIVIL	062
POLICÍA NACIONAL	091	POLICÍA LOCAL	092
MALLORCA			
PALMA* y MANACOR** POLICÍA NACIONAL 091			
Policía Nacional Palma	971 22 52 00	C/ Simó Ballester, 8 07011 Palma	
Unidad Atención a Familia y Mujer (UFAM) Policía Nacional Palma	971 22 52 63 971 22 53 87	C/ Simó Ballester, 8 07011 Palma	
Policía Nacional Manacor	971 82 30 03	C/ Rei Jaume I, 8 07500 Manacor	
Unidad Atención a Familia y Mujer (UFAM) Policía Nacional Manacor	971 82 30 76	C/ Rei Jaume I, 8 07500 Manacor	
RESTO DE POBLACIÓN MALLORCA GUARDIA CIVIL 062			
Guardia Civil	062	Centro Operativo Complejo (COC)	
Guardia Civil	971 77 41 00	C/ Manuel Azaña, 10 07006 Palma	
Guardia Civil Equipo de la Mujer y el Menor (EMUME)	971 77 41 00 Ext. 251	C/ Manuel Azaña, 10 07006 Palma	

*Poblaciones de Palma: Platja de Palma, Son Sardina, la Vileta, Son Rapinya, Establiments, Son Espanyol, Gènova, sa Indiotaria, es Pil·larí, Sant Agustí, Sant Jordi, s'Aranjassa, Can Pastilla, es Coll d'en Rabassa, Son Ferriol, Casa Blanca, es Secar de la Real.

** Poblaciones de Manacor: Porto Cristo, s'Illot, Cala Morlanda, Cales de Mallorca, Son Macià, Cala Murada, Cala Anguila, Cala Mendia y s'Estany d'en Mas.



EIVISSA		
EIVISSA MUNICIPIO POLICÍA NACIONAL 091		
Policía Nacional Eivissa	971 39 88 31	Avda. Pau, s/n 07800 Eivissa
Unidad Atención a Familia y Mujer (UFAM) Protección a la víctima	971 39 88 00	Avda. Pau, s/n 07800 Eivissa
Unidad Atención a Familia y Mujer (UFAM). Investigación	971 39 84 70	
RESTO POBLACIÓN EIVISSA GUARDIA CIVIL 062		
Guardia Civil	062	Centro Operativo Complejo (COC)
Guardia Civil	971 30 11 00	Ctra. Aeropuerto km 2,2 07800 Ibiza
FORMENTERA GUARDIA CIVIL 062		
Guardia Civil	062	Centro Operativo Complejo (COC)
Guardia Civil	971 32 20 22	C/ Venda des Brolls, Parcela 7177 07860 Sant Francesc Xavier

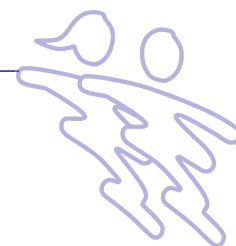
MENORCA		
CIUTADELLA Y MAHÓN POLICÍA NACIONAL 091		
Policía Nacional Ciutadella	971 38 10 95	C/ República Argentina, 4 07760 Ciutadella
Unidad Atención a Familia y Mujer (UFAM). Ciutadella	971 48 07 49	C/ República Argentina, 4 07760 Ciutadella
Policía Nacional Mahón	971 36 37 16	C/ Concepció, 1 07701 Mahón
RESTO POBLACIÓN DE MENORCA GUARDIA CIVIL 062		
Unidad Atención a Familia y Mujer (UFAM) Mahón	971 35 64 39	C/ Concepció, 1 07701 Mahón
Guardia Civil	062	Centro Operativo Complejo (COC)
Guardia Civil	971 36 32 97	C/ Josep Anselm Clave, 32 07702 Mahón



Anexo 8. Decanatos, fiscalía y juzgados

DECANATOS		
Mallorca		
Decanato Palma	971 71 05 42	Avenida Alemany, 5 07003 Palma
Decanato Inca	971 71 05 42	C/ Pureza, 72 07300 Inca
Decanato Manacor	971 55 57 21	Plaza Creu Font i Roig, s/n 07500 Manacor
Menorca		
Decanato Ciutadella	971 38 45 09	C/ República Argentina, s/n 07760 Ciutadella
Decanato Mahón	971 35 08 24	C/ Antoni Joan Alemany, 2 07701 Mahón
Eivissa		
Decanato Eivissa	971 31 65 56	C/ Isidor Macabich, 4 07800 Eivissa

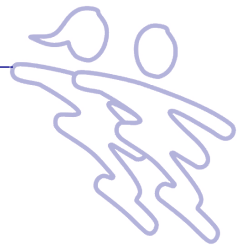
FISCALÍA			
	Teléfono	Fax	Dirección
Mallorca			
Fiscalía de las Illes Balears	971 21 92 00	971 21 92 01	Plaza Bisbe Berenguer de Palou, 10 07003 Palma
Fiscalía de Manacor	971 84 30 63		Plaza Convent, 10 1ª 07500 Manacor
Fiscalía de Menores	971 21 94 43	971 21 94 82	Travessa d'en Ballester, Edificio Sa Gerreria 07002 Palma
Menorca			
Fiscalía del área de Menorca	971 35 24 19		C/ Antoni Juan Alemany, 2 07701 Mahón
Eivissa			
Fiscalía del área de Eivissa	971 39 96 00	971 39 94 72	Av. Pau, s/n 07800 Eivissa



JUZGADOS DE LAS ILLES BALEARS		
El único juzgado que tiene una sede y un teléfono fijo de guardia en Balears es el de Palma		
JUZGADO DE GUARDIA	TELÉFONO	DIRECCIÓN
Juzgado de guardia de Palma	971 71 82 24 971 71 87 85 Fax 971 72 10 07	Avenida Alemany, 5 07003 Palma
El resto de partidos judiciales son juzgados que rotan, cada uno con su teléfono:		
JUZGADO VIOLENCIA SOBRE LA MUJER PALMA		
Juzgado Violencia sobre la Mujer nº. 1	971 16 94 51	Avenida Alemany, 5 07003 Palma
Juzgado Violencia sobre la Mujer nº. 2	971 72 26 04	Avenida de Alemany,5 07003 Palma
JUZGADOS DE PALMA		
Juzgado de Instrucción nº. 1	971 72 17 48 971 71 98 68	Avenida Alemany, 5 07003 Palma
Juzgado de Instrucción nº. 2	971 72 66 46 971 71 96 45	
Juzgado de Instrucción nº. 3	971 72 36 56 971 71 96 20	
Juzgado de Instrucción nº. 4	971 71 35 21 971 71 95 72	
Juzgado de Instrucción nº. 5	971 72 53 48 971 72 48 52	
Juzgado de Instrucción nº. 6	971 71 84 88 971 72 91 97	
Juzgado de Instrucción nº. 7	971 72 22 16 971 71 56 58	
Juzgado de Instrucción nº. 8	971 72 65 36 971 71 13 62	
Juzgado de Instrucción nº. 9	971 72 57 50 971 71 55 78	
Juzgado de Instrucción nº. 10	971 72 78 48 971 72 17 49	
Juzgado de Instrucción nº. 11	971 71 11 12 971 72 90 25	
Juzgado de Instrucción nº. 12	971 71 54 25 971 71 95 98	



JUZGADOS DE MANACOR		
Juzgado de Instrucción nº. 1	971 55 19 65	C/ Rei Jaume II, 26 07500 Manacor
Juzgado de Instrucción nº. 2	971 55 62 39 971 84 40 01	
Juzgado de Instrucción nº. 3	971 55 09 95 971 55 18 31	
JUZGADOS DE INCA		
Juzgado de Instrucción nº. 1	971 50 03 60 971 50 02 93	C / Pureza, 72 07300 Inca
Juzgado de Instrucción nº. 2	971 88 03 09 971 88 02 43	
Juzgado de Instrucción nº. 3	971 50 36 59 971 50 26 31	Pl. Font Vella, 3, 07300 Inca
JUZGADOS DE EIVISSA		
Juzgado de Instrucción nº. 1	971 31 49 62 971 31 49 07	Avda. Isidor Macabich, 4 07800 Eivissa
Juzgado de Instrucción nº. 2	971 31 39 13 971 31 36 03	
Juzgado de Instrucción nº. 3	971 31 46 62 971 31 47 17	
Juzgado de Instrucción nº. 4	971 31 73 72 971 31 55 63	
Juzgado Violencia de la Mujer nº. 1	971 19 50 40 971 19 50 51	
JUZGADOS DE MAHÓN		
Juzgado de Primera Instancia e Instrucción nº. 1	971 36 31 40 971 36 31 40	Av. Fort de l'Eau, 46 07701 Mahón
Juzgado de Primera Instancia e Instrucción nº. 2	971 36 27 56 971 36 24 72	
Juzgado de Instrucción nº. 3	971 35 75 57 971 35 75 58	
JUZGADOS DE CIUTADELLA		
Juzgado de primera instancia e Instrucción nº. 1	971 48 12 94 971 48 14 19	C/ República Argentina 07760 Ciutadella
Juzgado de Primera Instancia e Instrucción nº. 2	971 48 29 23 971 48 29 15	

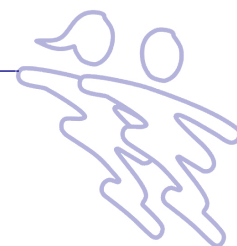


Anexo 9. Recursos Colegio de Abogados de las Islas Baleares

COLEGIO DE ABOGADOS DE LAS ISLAS BALEARES		
Asistencia jurídica gratuita		
<p>Con el objeto de atender inmediatamente a las mujeres que sufren malos tratos, serán los Colegios de Abogados los que den respuesta a la solicitud de una atención profesional, tramitando la solicitud de asistencia jurídica gratuita y designando a un abogado o abogada de oficio, en su caso.</p> <p>Por eso, cada Colegio de Abogados tiene un Servicio de Orientación Jurídica que facilita asesoramiento previo a las personas peticionarias de asistencia, les informa sobre los requisitos necesarios para el reconocimiento del derecho y les orienta en relación a los formularios normalizados.</p>		
<p>Forma de acceso: Solicitud en línea: <www.justiciagratis.es> Procedimiento tradicional: descargando el formulario que se facilita en la página <www.justiciagratis.es> que se inscribirá ante el Colegio de Abogados o bien dirigiéndose directamente.</p>		
Servicio de Orientación Jurídica Civil	971 17 94 00 ext. 2400	Travessa d'en Ballester, s/n 07002 Palma
Servicio de Orientación Jurídica Penal	971 17 94 00 ext.2200	Avenida Alemanya, 5 07003 Palma
Colegio de Abogados de las Islas Baleares. Palma	971 17 94 00 secretaria@icaib.org	Rambles, 10 07003 Palma
Colegio de Abogados de las Islas Baleares. Manacor	971 17 94 05 manacor@icaib.org	Muntaner, 11 07500 Manacor
Colegio de Abogados de las Islas Baleares. Inca	971 17 94 03 inca@icaib.org	Pius XII, 3, 1ª 07300 Inca
Colegio de Abogados de las Islas Baleares. Menorca	971 17 94 07 menorca@icaib.org	Camí des Castell, 269 07702 Mahón
Colegio de Abogados de las Islas Baleares. Eivissa	971 17 94 08 eivissa@icaib.org	Aragó, 67 4º 7ª 07800 Eivissa

**Anexo 10. Recursos Cruz Roja Española**

CRUZ ROJA ESPAÑOLA	
Servicio de Teleasistencia Móvil	
Este servicio es una modalidad que, con la tecnología adecuada, ofrece a las víctimas de violencia de género que cuentan con orden de protección y/o alejamiento una atención inmediata y a distancia, asegurando una respuesta rápida a las eventualidades que les puedan surgir las 24 horas del día, los 365 días del año, en cualquier lugar donde estén.	
Forma de acceso: solicitud a través de los Servicios Sociales de su municipio, después de haber obtenido una orden judicial de protección.	
Tel. 971 29 50 00 Fax 971 75 26 89	Avda. Gaspar Bennàzar, Arquitecte, 73 07004 Palma baleares@cruzroja.es mogebo@cruzroja.es www.cruzroja.es
Horario de atención: de lunes a viernes de 8 a 15 h	
Programa Incorpora	
Servicio para mujeres víctimas de violencia de género y que están en buenas condiciones para empezar el proceso de búsqueda activa de trabajo, en el que se realiza una orientación laboral a través de talleres grupales y/o atención individualizada.	
Tel. 971 29 50 00 Fax 971 75 26 89	Avda. Gaspar Bennàzar, Arquitecte, 73 07004 Palma piolto@cruzroja.es
Horario de atención: de lunes a viernes de 8 a 15 h	
Programa Violencia cero	
Talleres grupales y posterior seguimiento individualizado con el objetivo de conseguir el empoderamiento, mejora de la autoestima y mejora del nivel de empleabilidad. Destinado a mujeres sobre las que se hayan trabajado anteriormente otros aspectos de su proceso.	
Forma de acceso: derivación a través de técnicos de servicios sociales	
Tel. 971 29 50 00 Fax 971 75 26 89	Avda. Gaspar Bennàzar, Arquitecte, 73 07004 Palma piolto@cruzroja.es
Horario de atención: de lunes a viernes de 8 a 15 h	



Anexo 11. Ayudas económicas

AYUDAS ECONÓMICAS	
Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales, Sección de Igualdad (IMAS)*	
Ayuda económica en un único pago Art. 27 de la LO 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género	
El IMAS da apoyo a la hora de rellenar la solicitud, tramitar y abonar la ayuda.	
<p>Los requisitos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tener rentas que en cómputo mensual no superen los 484 €. - Sufrir dificultades especiales para obtener un trabajo por edad, falta de preparación general o especializada o por sus circunstancias sociales, lo que se justificará con un informe emitido por el Servicio Público de Empleo (SOIB). - Acreditar la condición de víctima de violencia de género mediante orden de protección o, excepcionalmente, mediante informe del Ministerio Fiscal. - No percibir a la vez la renta activa de inserción (RAI). 	
La ayuda se abona en un único pago. La cuantía varía según se den y se acumulen situaciones de discapacidad y/o número de miembros de la unidad familiar. Según estas circunstancias los importes de la ayuda para el año 2013 fueron 2.556 €, 5.112 €, 7.668 € o 10.224 €.	
Tel. 971 17 35 00 (ext. 9789/9790) Fax 971 76 12 31	C. del Palau Reial, 1 07001 Palma caamengual@imas.conselldemallorca.net
Horario de atención: de lunes a viernes de 9 a 14 h	
Servicio de Empleo de las Islas Baleares (SOIB)	
Renta activa de inserción	
Prestación económica, de duración y cuantía determinada (426 € mensuales), que se actualiza anualmente. Las víctimas de violencia de género tienen derecho a una ayuda suplementaria de 1.278 € cuando por esta razón se vean obligadas a cambiar su residencia.	
<p>Requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estar parada e inscrita como solicitante de trabajo y suscribir el compromiso de actividad. - Ser menor de 65 años. - No tener ingresos propios superiores a 483,98 € mensuales. - Que la suma de los ingresos mensuales obtenidos por todos los miembros de su unidad familiar (no se tienen en cuenta las rentas de su agresor), dividida por el número de miembros que la integran no supere los 483,98 € mensuales. - No haber sido beneficiario de tres programas de renta activa de inserción anteriores. - Acreditar la condición de víctima de violencia de género mediante el certificado de los servicios sociales de la administración competente o del centro de acogida, por resolución judicial, orden de protección, o informe del Ministerio Fiscal. 	
Forma de acceso: oficina del SOIB correspondiente	

*En los casos de tramitación y el abono, en un pago único y por anticipado, de la ayuda establecida en el artículo 27 de la Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de las mujeres víctimas de violencia de género que residan y estén empadronadas en los municipios de los consejos insulares que no hayan habilitado los mecanismos para hacer efectiva la tramitación y la concesión de esta ayuda, el Instituto Balear de la Mujer, en la condición de organismo autónomo de igualdad, asume, excepcionalmente y de manera transitoria, la tramitación y el abono de esta ayuda.



Anexo 12. Recursos y redes relacionados con mujeres que ejercen la prostitución y/o son víctimas de trata

RECURSOS RELACIONADOS CON MUJERES QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN Y/O SON VÍCTIMAS DE TRATA	
<p>CAITS</p> <p>Ambulatorio del Carme, 3º piso, consultas 30, 31 y 32 C/ Carme, 18 07003 Palma Tel. 971 17 57 29 Horario: de lunes a viernes, de 14.30 a 20.30 horas</p>	<p>El Centro de Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (CAITS) de la Consejería de Salud del Gobierno de las Islas Baleares es un centro especializado de diagnóstico, tratamiento y prevención de infecciones de transmisión sexual. Es un servicio anónimo y gratuito, que no requiere cita previa ni tarjeta sanitaria.</p>
<p>Instituciones no gubernamentales que prestan asistencia a mujeres que se encuentran en contextos de prostitución y/o exclusión social</p>	
<p>Casal Petit de las Hermanas Oblatas</p> <p>Tel. 971 72 27 07/638 98 36 85/677 76 58 86 casalpetit@telefonica.net https://casalpetit.wordpress.com/</p>	<p>Es un centro de atención, orientación, asesoramiento y acogida a mujeres que se encuentran en situación de prostitución y/o son víctimas de trata con fines de explotación sexual. La atención es individual y/o grupal. El ámbito de intervención es social, laboral, formativo, informativo, de acogida y psicológico. Se ofrece formación prelaboral: clases de castellano, informática, etc. La acogida se realiza en un piso financiado por el Instituto Balear de la Mujer.</p>
<p>Fundación de solidaridad Amaranta</p> <p>Tel. 971 73 03 35 palma@fundacionamaranta.org http://www.fundacionamaranta.org</p>	<p>Es un programa de apoyo social a mujeres y adolescentes en contextos de prostitución y/o víctimas de trata con fines de explotación sexual.</p> <p>Esta fundación acoge a la mujer víctima de trata durante el tiempo que duren las declaraciones o ratificaciones. Durante este periodo de tiempo se facilita un entorno protector y atienden sus necesidades básicas. Después, en función de los deseos de la mujer, o bien es derivada a otra delegación de la Fundación de Solidaridad Amaranta (en otras CA) o se facilita su traslado al lugar de origen. El ámbito de intervención es social, informativo y de acogida. Ofrece un piso de acogida.</p>
<p>Cruz Roja</p> <p>971 75 26 89 mogebo@cruzroja.es http://www.cruzroja.es/principal/web/illesbalears</p>	<p>Se presta atención psicosocial en el mismo lugar donde se ejerce la prostitución en ambientes cerrados (no calle). Se proporciona un servicio de asesoramiento y acompañamiento individual y grupal. El ámbito de intervención es social, laboral, formativo, informativo y psicológico. No de acogida.</p>



<p>Médicos del Mundo</p> <p>Mallorca: C/ Ricard Ankerman, 1 bajos 07006 Palma 971 20 43 59 629 63 82 82</p> <p>Eivissa: C/ Galicia, 9-11, local 10 entrada por galerías calle Lisboa 07800 Ibiza 971 30 11 89 628 46 73 78 illesbalears@medicosdelmundo.org http://www.medicosdelmundo.org</p>	<p>Servicio de atención a personas en situación de prostitución, tanto en la calle como en otros puntos cerrados en Mallorca y Eivissa. Ofrece talleres de educación para la salud, acceso a la tarjeta sanitaria, recursos sociales y legislación en los sitios de ejercicio de la prostitución y en los centros fijos. Dispensación de material preventivo de sexo más seguro. Centro de atención fijo para la atención psicosocial y sanitaria básica de orientación a recursos generales y específicos de la comunidad, así como oferta de pruebas rápidas de VIH, sífilis y planificación familiar. Formación de educadoras de iguales como agentes de salud. Información y orientación sobre la mutilación genital femenina. Empoderamiento de las mujeres mediante información y formación en género y derechos humanos. Información sobre la reforma sanitaria y cómo obtener acceso a los servicios normalizados. Espacio de calor y café en los centros fijos en horarios determinados.</p>
--	---

<p>REDES Y GRUPOS DE ESTUDIOS</p>	
<p>GEPIB Grupo de estudio de la prostitución de las Islas Balears</p>	<p>Formado por la mayoría de las entidades que trabajan con la prostitución en las Illes Balears. Su principal labor es la de sensibilizar a la sociedad sobre la realidad que viven las personas que ejercen la prostitución (PEP) a la vez que trabaja para la formación y capacitación tanto de las PEP como de los diversos profesionales que desde su ámbito puedan tener alguna relación con la prostitución. El GEPIB se caracteriza por ser un grupo heterogéneo que funciona como un seminario permanente coordinado por todos los miembros y donde se deciden las acciones a realizar mediante reuniones rotatorias. Está integrado por representantes de entidades y organizaciones sociales.</p>
<p>XADPEP Red de Atención a Personas que ejercen la Prostitución en Palma</p>	<p>Fue constituida en 2009 y mantiene una dinámica de reuniones mensuales de coordinación, la secretaría recae en la Concejalía de Igualdad del Ayuntamiento de Palma, donde se regulan las líneas de trabajo que se han desarrollado a lo largo de los años. Participan: Casal Petit, Cruz Roja, Médicos del Mundo, Fundación Amaranta, además del Servicio de Salud, el Instituto Balear de la Mujer, Policía Local, Delegación contra la Violencia sobre la Mujer, UCRIF, y la Concejalía de Igualdad del Ayuntamiento de Palma.</p>



Anexo 13. Hoja derivación atención psicológica Mallorca IB-Dona



G CONSELLERIA
O PRESIDÈNCIA
I INSTITUT
B BALEAR DONA
/



INFORME DE DERIVACIÓ

FECHA DERIVACIÓN:

En el caso de servicios del IBD o dependientes, indicar el nº exp. de Ariadna:

SERVICIO PROFESIONAL DE REFERENCIA

Nombre del servicio:

Nombre del o de la profesional:

Profesión:

Dirección:

Código postal:

Teléfono: Fax:

Correo electrónico:

DATOS PERSONA USUARIA PRINCIPAL

Nombre y apellidos:

Fecha nacimiento:

Nacionalidad: Española Otras

Domicilio habitual:

Teléfono:

Situación laboral: Paro Activa

Estado civil:

Hijos e hijas: Edades: , , , ,

SITUACIÓN DE VIOLENCIA

Tipo de violencia detectada:

Violencia física

Violencia psicológica

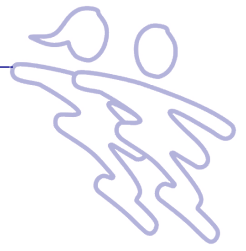
Violencia económica

Violencia sexual

Violencia social

Quando la mujer refiera haber sufrido una agresión sexual será citada de forma

URGENTE

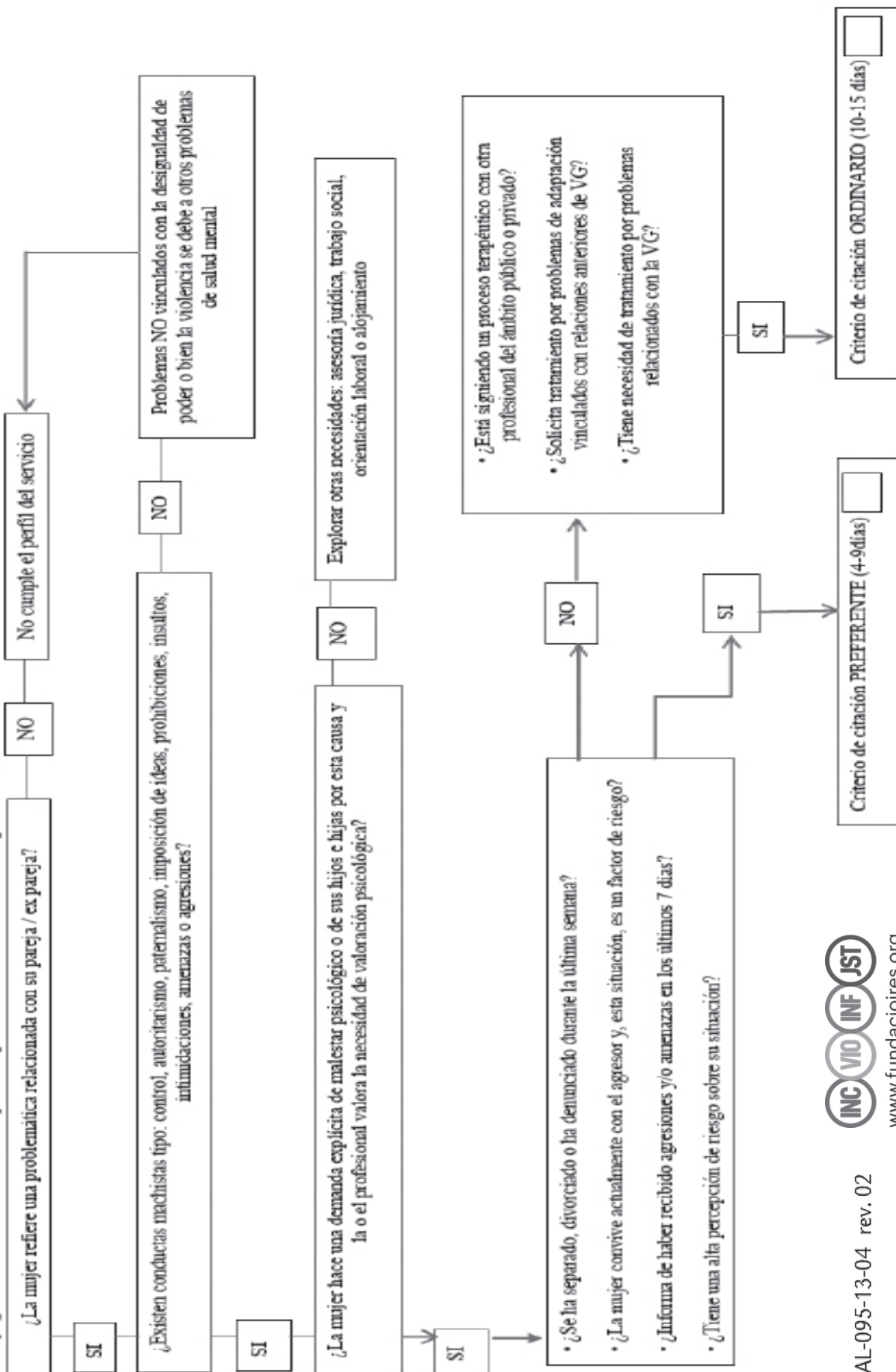


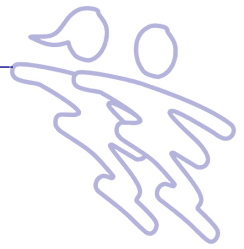
MOTIVO DE DEMANDA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y/O INFORMACIÓN DESTACABLE:

PL-BAL-095-13-04 rev. 02



Flujograma de decisión (Marque la opción final con una cruz, por favor)





GENOGRAMA

¿QUÉ INTERVENCIÓN HA REALIZADO EL SERVICIO DERIVADO?

Área social:

Área laboral:

Área jurídica:

Otras, especificar:

Observaciones:

¿Se ha informado a la usuaria de que tiene que llamar para pedir cita? Horario: 9.00-13.00 h.

SÍ/NO

¿QUÉ PLAN DE TRABAJO CONTINUARÁ EL SERVICIO DERIVADO CON LA MUJER?



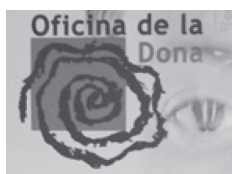
Anexo 14. Hoja derivación a la Oficina de la Mujer de Eivissa



G CONSELLERIA
O PRESIDÈNCIA
I INSTITUT
B BALEAR DONA
/



G CONSELLERIA
O SALUT
I ÀREA SALUT
B EIVISSA I FORMENTERA
/



**Comisión de
Violencia de
Género y
Protección al menor**

Interconsulta Oficina de la Mujer de Eivissa

Datos personales

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

NIP:

Teléfono:

Móvil:

Motivo de consulta, antecedentes sanitarios, sociales, etc.

Informe judicial de lesiones: Sí/No

Centro de salud:

Profesional que realiza la interconsulta:

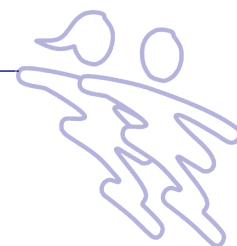
Nombre y apellidos:

Profesión:

Consentimiento y firma

Consiento que se envíe esta hoja a la Oficina de la Mujer y que se informe de mi evolución al o a la profesional que me atiende.

Consentimiento (Poner una x si es que sí)



Anexo 15. Hoja derivación a Centro Asesor de la Mujer de Menorca



G CONSELLERIA
O PRESIDÈNCIA
I INSTITUT
B BALEAR DONA
/



G CONSELLERIA
O SALUT
I ÀREA SALUT
B MENORCA
/



CONSELL INSULAR
DE MENORCA

Interconsulta Centro Asesor de la Mujer de Menorca

Datos personales

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

NIP:

Teléfono:

Móvil:

Motivo de consulta, antecedentes sanitarios, sociales, etc.

Informe judicial de lesiones: Sí/No

Centro de salud:

Profesional que realiza la interconsulta:

Nombre y apellidos:

Profesión:

Consentimiento y firma

Consiento que se envíe esta hoja a la Oficina de la Mujer y que se informe de mi evolución al o a la profesional que me atiende.

Consentimiento (Poner una x si es que sí)



Anexo 16. Hoja derivación al Punto de Información a la Mujer de Formentera.



G CONSELLERIA
O PRESIDÈNCIA
I INSTITUT
B BALEAR DONA
/



G CONSELLERIA
O SALUT
I ÀREA SALUT
B EMISSA I FORMENTERA
/



Consell Insular
de Formentera

Interconsulta al Punto de Información a la Mujer de Formentera

Datos personales

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

NIP:

Teléfono:

Móvil:

Motivo de consulta, antecedentes sanitarios, sociales, etc.

Informe judicial de lesiones: Sí/No

Centro de salud:

Profesional que realiza la interconsulta:

Nombre y apellidos:

Profesión:

Consentimiento y firma

Consiento que se envíe esta hoja al Punto de Información de la Mujer y que se informe de mi evolución al o a la profesional que me atiende.

Consentimiento (Poner una x si es que sí)



Anexo 17. Hoja de solicitud de acompañamiento programado Instituto Balear de la Mujer



G CONSELLERIA
O PRESIDÈNCIA
I INSTITUT
B BALEAR DONA
/



SOLICITUD ACTIVACIÓN DE ACOMPAÑAMIENTO PROGRAMADO

FECHA:

INFORMACIÓN DEL SERVICIO SOLICITANTE DE ACOMPAÑAMIENTO:

Servicio:

Profesional de referencia:

Teléfono de contacto:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA USUARIA

Nombre y apellidos:

Edad:

Teléfono:

Dirección:

Isla y municipio de residencia:

Hijos o hijas menores, personas dependientes a su cargo: *(informar sobre las edades y si tienen discapacidad motora o enfermedad)*

Estado de salud física y/o mental: *(destacar aquella información relevante a la hora de efectuar el desplazamiento, como dificultades motoras, dificultades de comprensión fruto de discapacidad, etc.)*

SITUACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO QUE MOTIVA LA SOLICITUD DE ACOMPAÑAMIENTO

Situación económica: *(si dispone de algún tipo de ingreso económico y/o bono de transporte)*

Nivel de apoyo familiar/social/profesional: *(destacar la familia, amistades o profesionales de apoyo implicados en el caso)*

Nivel de autonomía personal: *(posibles indicadores que pueden ayudar a valorar el grado de autonomía de la mujer en el momento de la emergencia y/o solicitud de activación de acompañamiento: comunicación difusa y dificultades en el reconocimiento de la situación de violencia de género, dificultades para concentrarse en lo que está ocurriendo, dificultades en la toma de decisiones, dificultades de comprensión del proceso iniciado una vez ha sido informada y asesorada, manifiesta miedo acerca de lo que le pueda ocurrir al acompañamiento, se queda paralizada por miedo hacia su pareja/expareja)*

Situación jurídica: *(destacar la información más relevante, si tiene OP/AP vigente, si ha interpuesto denuncia por violencia de género, en qué situación del procedimiento se encuentra en el momento de la demanda)*

Formas de manifestarse la violencia de género y valoración de riesgo: *(tipo de violencia de género que sufre, intensidad y frecuencia de las agresiones)*

¿Desea ser acompañada? *(confirmar con la usuaria que desea ser acompañada por un o una profesional)*

PROPUESTA DE LA NECESIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO

Explicar por qué se solicita el acompañamiento, en qué puede repercutir en la usuaria y dónde se prevé que se la tendrá que acompañar.



Anexo 18. Hoja de solicitud de alta al Proyecto Iris



G CONSELLERIA
O HISENDA
I I ADMINISTRACIONS
B PÚBLIQUES
/ DIRECCIÓ GENERAL
EMERGÈNCIES
I INTERIOR



DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE RIESGO (DVR) PROYECTO IRIS

Solicitud de:

- Alta
- Modificación
- Baja

* Todos los campos señalados con asterisco son obligatorios, de no cumplimentar estos campos no podrá ser tramitada la solicitud.

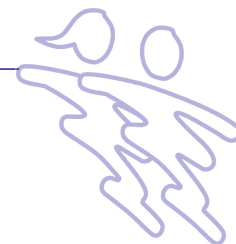
Datos de la persona solicitante	
Nombre y apellidos	
DNI o pasaporte*	

TIENE ORDEN DE PROTECCIÓN **SÍ** **NO**

Domicilio habitual	
Calle, número, escalera, piso, puerta *	
Código Postal*	Municipio*
Isla*	
Teléfono asociado*	
Otro domicilio que desea hacer constar	
Calle, número, escalera, piso, puerta *	
Código postal*	Municipio*
Isla*	
Teléfono asociado*	
Otros teléfonos que desea hacer constar	

Dependencia u organismo que recoge la solicitud

SELLO



La persona solicitante esté informada de:

- a. Que el ámbito de actuación del fichero DVR es el territorio de la comunidad autónoma de las Illes Balears, de manera que sólo las llamadas efectuadas desde su ámbito territorial pueden ser contrastadas con el contenido del fichero.
- b. Que sólo las llamadas efectuadas desde un teléfono fijo facilitado como “teléfono de localización” podrán permitir la localización inmediata de la comunicante.
- c. Las llamadas efectuadas desde otros teléfonos o de los teléfonos móviles no permitirán la localización inmediata de la comunicante y será preciso que informe de su localización.
- d. Que el uso de esta facilidad se limitará a casos de emergencia.
- e. Que la solicitante está obligada a comunicar al SEIB-112 los cambios que se produzcan en los datos facilitados. De no hacerlo, podría perjudicar la eficacia del servicio.
- f. Que sus datos serán incorporados al fichero DVR del que es responsable el SEIB-112, Dirección General de Emergencias de Balears, cuyo fin es contribuir a la eficaz prevención, asistencia y persecución de los actos de violencia de género mediante la rápida identificación de situaciones de riesgo y, con ello, la salvaguarda de la vida e integridad física de los que manifiesten encontrarse en situación de riesgo cuando sean objeto de acto de violencia de género. La interesada puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo SEIB-112, en la dirección que figura al pie de página.
- g. Que, en caso de producirse la emergencia, los datos personales consignados en este formulario podrán ser comunicados a las fuerzas y cuerpos de seguridad, servicios de salud y jueces y tribunales.

La persona solicitante declara que la información facilitada es veraz y actualizada, y se compromete a comunicar cualquier modificación de sus datos, especialmente, con respecto al teléfono de localización y su domicilio habitual.

Fecha	Firma de la persona solicitante
--------------	--



Anexo 19. Hoja de solicitud atención a la violencia de género Ayuntamiento de Palma.



www.fundacioires.org



SAIVG: SERVICIO MUNICIPAL DE PALMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

INFORME DE DERIVACIÓN

FECHA DERIVACIÓN:

SERVICIO Y PROFESIONAL DE REFERENCIA

Nombre del servicio:

Nombre profesional:

Profesión:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

DATOS PERSONA USUARIA PRINCIPAL

Nombre y apellidos:

Fecha nacimiento:

Edad:

Nacionalidad:

Española

Otras

Domicilio habitual:

Teléfono:

Situación laboral:

Paro

Activa

Estado civil:

Patología grave:

NO

Sí: _____

Hábitos tóxicos:

NO

Sí: _____

DATOS PAREJA/EXPAREJA

Nombre y apellidos:

Fecha nacimiento:

Edad:

Nacionalidad:

Española

Otras

Domicilio habitual:

Teléfono:

Convivencia

NO

Sí

DATOS HIJOS E HIJAS (ampliar según el número de hijos o hijas)

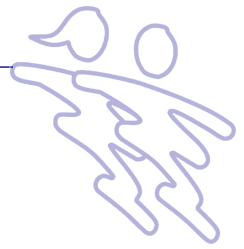
Nombre y apellidos:

Fecha y lugar de nacimiento:

Nacionalidad:

Domicilio habitual:

GENOGRAMA



BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO

SITUACIÓN DE VIOLENCIA

Tipo de violencia detectada:

Violencia física

Violencia psicológica

Violencia económica

Violencia sexual

Violencia social

Denuncia: Sí

NO

Medida judicial de protección:

Sí

NO

Nivel de concienciación detectado a la persona usuaria principal (marcar con una x)

Bajo: no reconoce la situación de malestar como una situación de violencia.

Medio: reconoce algunas conductas como violencia de género, pero no todas.

Alto: reconoce la situación de violencia.



Anexo 20. Hoja de solicitud para atención a hijos e hijas. Ayuntamiento de Palma



www.fundacioires.org

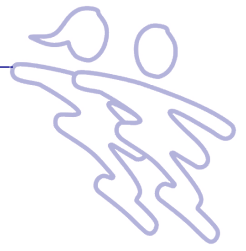


MENTORÍAS: PROGRAMA DE ATENCIÓN A HIJOS E HIJAS DE MUJERES VG

Situación de violencia vivida por el niño o la niña (episodios vividos de forma directa y/o indirecta)

Impacto en el niño o niña (a nivel cognitivo, emocional, relacional y conductual)

Factores de protección existentes (del propio niño o niña y de su entorno)



PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

¿Qué se pide/propone al programa?

¿Qué intervención seguiría asumiendo el servicio derivado? (plan de trabajo)



Anexo 21. Solicitud para atención a personas agresoras. Ayuntamiento de Palma



www.fundacioires.org



PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS AGRESORAS DEL AYUNTAMIENTO DE PALMA

Descripción de los episodios de violencia más relevantes

Actitudes hacia las situaciones de violencia (justificación, negación, minimización, etc.).

Motivación al cambio (influenciado por factores internos o externos: juicio, pareja, hijos, hijas...).

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

¿Qué se pide/propone al programa?

¿Qué intervención seguiría asumiendo el servicio derivado? (plan de trabajo)



Anexo 22. Hoja de solicitud para el servicio de acogida municipal para víctimas de violencia de género del Ayuntamiento de Palma



Ficha de derivación a Servicio de Acogida Municipal para víctimas de Violencia de Género del Ayuntamiento de Palma. SAMVVG

FECHA:

URGENTE: SÍ NO

MOTIVO DE LA DEMANDA:

1. DATOS PERSONALES MUJER:

Nombre y apellidos:

DNI/PASS/NIE:

Fecha y lugar de nacimiento:

Nacionalidad:

Estado civil:

Teléfono personal:

Otros miembros de la unidad familiar

Nombre	Fecha nacimiento	Escuela	Parentesco



DATOS DEL SERVICIO DERIVANTE

Servicio derivante:

Profesional de referencia (nombre y cargo):

Teléfono:

Correo electrónico:

Relación entre el agresor y la víctima:

¿Ha sufrido agresiones con anterioridad?

SÍ NO

En caso afirmativo:

¿Cuándo?

¿Ha interpuesto denuncias previas?

SÍ NO

En caso afirmativo:

¿Cuándo? (adjuntar copia)

¿Hay informes de lesiones?

SÍ NO

En caso afirmativo:

¿Cuándo? (adjuntar copia)

¿Tiene orden de protección?

SÍ NO

En caso afirmativo:

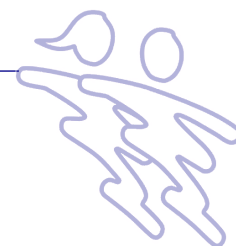
Medidas de protección acordadas: (adjuntar copia)

SITUACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL

(Recoger el máximo de datos familiares)

Genograma

Relaciones familiares y vínculos sociales.



Recursos sociales (expediente abierto, en alguna ocasión, en algún recurso social, estancias en centros de menores u otros recursos residenciales, albergues, centros de acogida, etc.).

Observacionse:

SITUACIÓN DE SALUD: FÍSICA / PSÍQUICA

(De todos los miembros familiares a los que se quiere derivar)

Autonomía de la/s persona/s

SÍ NO

En caso afirmativo, especificar:

Tipo de discapacidad reconocida:

¿Utiliza alguna ayuda técnica? Especificar cuál (silla de ruedas...)

Problemas de salud física y/o sensorial

SÍ NO

En caso afirmativo, especificar:

Problemas de salud psíquica

SÍ NO

En caso afirmativo, especificar:

¿Está actualmente en tratamiento?

SÍ NO

En caso afirmativo:

Recurso y profesional:

Medicación que toma:

Antecedentes e ingresos psiquiátricos:

¿Consume alcohol, drogas y/o juega?

SÍ NO A veces



En caso de contestar Sí o A veces:

¿De qué tipo?:

Tiempo de abstinencia:

¿Está actualmente en tratamiento? Sí

NO

Recurso y profesional:

Medicación que toma (incluir metadona):

Observaciones:

SITUACIÓN LABORAL

Experiencia laboral (por sectores)

Situación laboral (activa, paro con o sin subsidio, incapacidad laboral...).

Duración de tiempo en paro.

Investigación laboral. ¿Qué recursos utiliza?

¿Está en algún proceso de orientación laboral? Entidad y profesional.

Observaciones:

INGRESOS ECONÓMICOS

¿Cobra alguna prestación económica? (RAI, orfandad, viudedad, PNC, incapacidad laboral, etc.)

Sí

NO

En caso afirmativo:

Cuál:

Temporalidad:

Observaciones:

RESOLUCIÓN DE LA DERIVACIÓN

¿Ha entrado dentro del SAMVVG?

Sí

NO

DENEGACIÓN

NO PRESENTADO

Motivo de la denegación



Anexo 23. Informe judicial de lesiones



G CONSELLERIA
O SALUT
I
B
/

INFORME JUDICIAL DE LESIONES

1. Datos relativos al o la profesional:

- a) Nombre y apellidos (AUTO)
- b) Nº colegiado/a (AUTO)
- c) Nombre y dirección centro asistencial (AUTO)
- d) Teléfono de contacto (AUTO)

2. Datos relativos a la persona atendida

- a) Nombre y apellidos (AUTO)
- b) Sexo: hombre/mujer (CHECKBOX)
- c) Fecha de nacimiento (AUTO) Edad (Cálculo automático)
- d) Documento de identidad (AUTO tipo de documento y número (número y letras). Opciones: DNI, NIE, pasaporte, tarjeta de residencia, no posee)
- e) Día de la asistencia (AUTO)
- f) Hora de la asistencia (AUTO)
- g) Lugar de la asistencia (AUTO) (Centro en el que se ha atendido a la persona)
- h) Nacionalidad (AUTO O DESPLEGABLE)
- i) En caso de mujer: manifiesta embarazo sí/no (CHECKBOX) (esta opción sólo aparecerá si se trata de una mujer)
- k) Dirección (AUTO) (Deberá comprobarse esta información, retocarla si es necesario e informar a la persona atendida de que en caso de agresión esta información podrá ser utilizada por la administración competente para ponerse en contacto con él o con ella).
- l) Teléfono: (número de 10 dígitos) (OBLIGATORIO) Otro teléfono de contacto: (número 10 dígitos)
- m) La persona atendida viene acompañada: Sí/no (CHECKBOX). En caso de agresión, viene acompañada de la persona presuntamente agresora: Sí/no (CHECKBOX).
- n) Profesión: (DESPLEGABLE). Opciones: Profesiones asociadas a titulación universitaria, profesiones no asociadas a titulación universitaria, trabajo por cuenta propia, trabajo no cualificado, otras.
- ñ) Situación laboral: (DESPLEGABLE). Opciones: trabajo activo, desempleo, pensionista, dependencia económica de otras personas, otras.
- o) Diversidad funcional: Sí/No (CHECKBOX DE SELECCIÓN MÚLTIPLE). Opciones: visual, auditiva, motora o física, intelectual.

3. Anamnesis (AUTO O TEXTO LIBRE)

4. Causa presumible de las lesiones (CHECKBOX selección múltiple). Opciones:

Accidente: doméstico, escolar, laboral, tráfico (incluido atropellos) otros (especificar) (CHECKBOX)

Violencia de género: física, psicológica, sexual (CHECKBOX selección múltiple)

Maltrato a otras personas: menores de edad, personas ancianas, dependientes, con discapacidad (física, psíquica o mental, sensorial) (CHECKBOX)

Agresión: física, sexual, psicológica, otras (especificar) (CHECKBOX)



5. Lesiones (CHECKBOX DE SELECCIÓN MÚLTIPLE). (La opción seleccionada se considerará como orientación diagnóstica siempre y cuando no existan pruebas registradas en la historia clínica que lo verifiquen). (En caso afirmativo CHECKBOX multiselección, se mostrará sólo el primer nivel, una vez seleccionada la opción de primer nivel, deben aparecer las opciones de segundo nivel, por ejemplo si se selecciona HERIDAS aparecerán los detalles).

Lesión 1:

1. EQUIMOSIS (Sólo si se selecciona aparecerán las opciones de abajo)

1.1 Número: 1, 2, 3, 4, 5, 6, más (especificar) (CHECKBOX) (aparecerán igual número de forma, tamaño, coloración... como número de lesiones se hayan marcado, Lesión 2, Lesión 3, Lesión 4, Más de 4 (especificar)

1.2 Localización: Figura humana y texto libre

Lesión 1:

1.3 Forma (DESPLEGABLE en blanco por defecto). Opciones: redonda, alargada, cuadrangular, digitada (presión con los dedos).

Tamaño: (DESPLEGABLE en blanco por defecto). Opciones: menor de 2 cm, mayor de 2 cm. (TEXTO LIBRE PARA ESPECIFICAR CM. Numérico)

1.4 Coloración: (DESPLEGABLE en blanco por defecto). Opciones: (negro/azul oscuro, rojo/violeta, rojo púrpura, verdoso, amarillento).

Observaciones: (Espacio libre no obligatorio para ampliar descripción)

2. HERIDAS (Sólo si se selecciona aparecerán las opciones de abajo).

2.1 Número: 1, 2, 3, 4, 5, 6, más (especificar) (CHECKBOX) (aparecerán igual número de forma, tamaño, coloración... como número de lesiones se hayan marcado, Lesión 2, Lesión 3, Lesión 4, Más de 4 (especificar)

2.2 Localización: Figura humana y texto libre

Lesión 1:

2.3 Tipo: (DESPLEGABLE en blanco por defecto). Opciones: incisa, contusa, punzante, por arrancamiento o avulsión, por aplastamiento, abrasión, por mordedura humana, por mordedura animal.

2.4 Tamaño: (DESPLEGABLE en blanco por defecto). Opciones: menor de 2 cm, mayor de 2 cm. (TEXTO LIBRE PARA ESPECIFICAR CM. Numérico)

Observaciones: (Espacio libre no obligatorio para ampliar descripción)

3. EXCORIACIONES

3.1 Número: 1, 2, 3, 4, 5, 6, otro (más) (CHECKBOX) (aparecerán igual número de forma, tamaño, coloración... como número de lesiones se hayan marcado, Lesión 2, Lesión 3, Lesión 4, Más de 4 (especificar)

2.2 Localización: Figura humana y texto libre

Lesión 1:

3.3 Tipo: (DESPLEGABLE en blanco por defecto). Opciones: estigmas ungueales (arañazos), erosiones.

3.4 Tamaño: (DESPLEGABLE en blanco por defecto). Opciones: menor de 2 cm, mayor de 2 cm. (TEXTO LIBRE PARA ESPECIFICAR CM. Numérico)

Observaciones: (Espacio libre no obligatorio para ampliar descripción)

4. ESGUINCES (Sólo si se selecciona aparecerán las opciones de abajo)

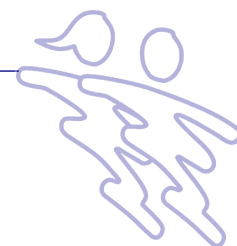
4.1 Número: 1, 2, 3, 4, 5, 6, más (especificar) (CHECKBOX) (aparecerán igual número de forma, tamaño, coloración... como número de lesiones se hayan marcado, Lesión 2, Lesión 3, Lesión 4, Más de 4 (especificar)

4.2 Localización: Figura humana y texto libre

Lesión 1

4.3 Tipo: (DESPLEGABLE en blanco por defecto). Opciones: 1º grado, 2º grado, 3º grado).

Observaciones: (Espacio libre no obligatorio para ampliar descripción)



5. **SUBLUXACIONES** (Sólo si se selecciona aparecerán las opciones de abajo)
- 5.1 Número: 1, 2, 3, 4, 5, 6, más (especificar) (CHECKBOX) (aparecerán igual número de forma, tamaño, coloración... como número de lesiones se hayan marcado, Lesión 2, Lesión 3, Lesión 4, Más de 4 (especificar)
- 5.2 Localización: Figura humana y texto libre
 Lesión 1
- 5.3 **Tipo:** (DESPLEGABLE en blanco por defecto). Opciones: traumáticas, complicadas, patológica, congénita, recidivante)
Observaciones: (Espacio libre no obligatorio para ampliar descripción)
6. **LUXACIONES** (Sólo si se selecciona aparecerán las opciones de abajo)
- 6.1 Número: 1, 2, 3, 4, 5, 6, más (especificar) (CHECKBOX) (aparecerán igual número de forma, tamaño, coloración,... como número de lesiones se hayan marcado, Lesión 2, Lesión 3, Lesión 4, Más de 4 (especificar)
- 6.2 Localización: Figura humana y texto libre
 Lesión 1
- 6.3 **Tipo:** (DESPLEGABLE en blanco por defecto). Opciones: traumáticas, complicadas, patológica, congénita, recidivante)
Observaciones: (Espacio libre no obligatorio para ampliar descripción)
7. **FRACTURAS** (Sólo si se selecciona aparecerán las opciones de abajo)
- 7.1 Número: 1, 2, 3, 4, 5, 6, más (especificar) (CHECKBOX) (aparecerán igual número de forma, tamaño, coloración... como número de lesiones se hayan marcado, Lesión 2, Lesión 3, Lesión 4, Más de 4 (especificar)
- 7.2 Localización: Figura humana y texto libre
 Lesión 1
- 7.2 **Tipo** (DESPLEGABLE en blanco por defecto). Opciones: abierta o cerrada.
Observaciones: (Espacio libre no obligatorio para ampliar descripción)
8. **LESIONES VISCERALES** (Sólo si se selecciona aparecerán las opciones de abajo)
- 8.1 Número: 1, 2, 3, 4, 5, 6, más (especificar) (CHECKBOX)
- 8.2 Localización: Figura humana y texto libre
Observaciones: (Espacio libre no obligatorio para ampliar descripción)
9. **LESIONES NEUROLÓGICAS** (Sólo si se selecciona aparecerán las opciones de abajo)
- 9.1 Número: 1, 2, 3, 4, 5, 6, más (especificar) (CHECKBOX)
- 9.2 **Localización:** (TEXTO LIBRE OBLIGATORIO). Figura humana
Observaciones: (Espacio libre no obligatorio para ampliar descripción)
10. **LESIONES VASCULARES** (Sólo si se selecciona aparecerán las opciones de abajo)
- 10.1 Número: 1, 2, 3, 4, 5, 6, más (especificar) (CHECKBOX)
- 10.2 **Localización:** (TEXTO LIBRE OBLIGATORIO). Figura humana
Observaciones: (Espacio libre no obligatorio para ampliar descripción)

Descripción de otras lesiones: (TEXTO LIBRE)

6. **Fecha de producción de las lesiones, lugar y circunstancias según manifiesta la persona atendida:**
TEXTO LIBRE.
- 7.1 Fecha y hora (TEXTO LIBRE) (Con formato fecha)
- 7.2 Lugar (TEXTO LIBRE)
- 7.3 Circunstancias (TEXTO LIBRE)



7. Mecanismo de agresión según manifiesta la persona atendida. (CHECKBOX)

(Se mostrará sólo el primer nivel, una vez seleccionada la opción de primer nivel, deben aparecer las opciones de segundo nivel. Cuando se elija el número de personas agresoras según manifiesta la persona atendida, el contenido debe repetirse tantas veces como cantidad se haya definido).

En cada desplegable aparecerá en el ítem persona agresora según manifiesta la persona atendida:

- Número: (DESPLEGABLE). Opciones: 1, 2, 3, 4... Dependiendo del número de agresores se abren casillas para rellenar de cada uno:

- Sexo (CHECKBOX). Opciones: hombre o mujer.

- Relación con persona atendida (DESPLEGABLE). Opciones: pareja actual, expareja, madre, padre, hermano, hermana, tío, tía, abuelo, abuela, suegro, suegra, yerno, nuera, cuñado, cuñada, compañero de trabajo, compañera de trabajo, superior trabajo (mujer), superior trabajo (hombre), amigo, amiga, persona desconocida, otras.

- Convivencia con persona atendida: Sí/no (CHECKBOX). (No aparecerá en caso de persona desconocida).

7.1. AGRESIÓN FÍSICA. (Sólo si se selecciona aparecerán las opciones de abajo)

Persona agresora según manifiesta la persona atendida:

a) Número: (DESPLEGABLE)

b) Sexo (CHECKBOX).

c) Relación con persona atendida (DESPLEGABLE).

d) Convivencia con persona atendida (CHECKBOX).

7.2. AGRESIÓN SEXUAL. (Sólo si se selecciona aparecerán las opciones de abajo)

Persona agresora según manifiesta la persona atendida:

a) Número: (DESPLEGABLE)

b) Sexo (CHECKBOX).

c) Relación con persona atendida (DESPLEGABLE).

d) Convivencia con persona atendida (CHECKBOX).

Ante casos de agresión sexual derivar a hospital de referencia y activar protocolo específico

7.3. AGRESIÓN PSICOLÓGICA (Sólo si se selecciona aparecerán las opciones de abajo)

Persona agresora según manifiesta la persona atendida:

a) Número: (DESPLEGABLE)

b) Sexo (CHECKBOX).

c) Relación con persona atendida (DESPLEGABLE).

d) Convivencia con persona atendida (CHECKBOX).

e) Agresión psicológica directa (insultos, vejaciones, amenazas, humillaciones...) o agresión psicológica indirecta (manipulación, control, coerción...) (CHECKBOX).

7.4. ACCIDENTE DE TRÁFICO (Sólo si se selecciona aparecerán las opciones de abajo)

a) Accidente de tráfico terrestre

Tipo: CHECKBOX: atropello, colisión (DESPLEGABLE en blanco por defecto, si Otros añadir descripción)

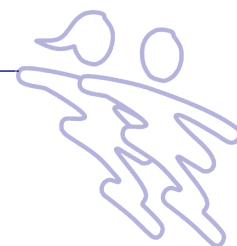
b) Accidente de transporte aéreo

c) Accidente de transporte náutico

Tipo: Atropello náutico, colisión náutica u otros (DESPLEGABLE en blanco por defecto, si Otros añadir descripción)

7.5. CAIDA EN VÍA PÚBLICA (Sólo si se selecciona aparecerán las opciones de abajo)

Tipo: fortuita, provocada, defectos de la vía, otros (DESPLEGABLE en blanco por defecto, si Otros añadir descripción)

**7.6 PERSONA PRECIPITADA** (Sólo si se selecciona aparecerán las opciones de abajo)

Tipo: (CHECKBOX) fortuito, voluntario o agresión.

En caso de agresión. **Persona agresora según manifiesta la persona atendida:**

- a) Número: (DESPLEGABLE)
- b) Sexo (CHECKBOX).
- c) Relación con persona atendida (DESPLEGABLE).
- d) Convivencia con persona atendida (CHECKBOX).

7.7. LESIONES POR ARMA BLANCA (Sólo si se selecciona aparecerán las opciones de abajo)

Tipo: (CHECKBOX) fortuito, voluntario o agresión.

En caso de agresión. **Persona agresora según manifiesta la persona atendida:**

- a) Número: (DESPLEGABLE)
- b) Sexo (CHECKBOX).
- c) Relación con persona atendida (DESPLEGABLE).
- d) Convivencia con persona atendida (CHECKBOX).

7.8. LESIONES POR ARMA DE FUEGO. (Sólo si se selecciona aparecerán las opciones de abajo)

Tipo: (CHECKBOX) fortuito, voluntario o agresión.

En caso de agresión. **Persona agresora según manifiesta la persona atendida:**

- a) Número: (DESPLEGABLE)
- b) Sexo (CHECKBOX).
- c) Relación con persona atendida (DESPLEGABLE).
- d) Convivencia con persona atendida (CHECKBOX).

7.9. LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS

(Sólo si se selecciona aparecerán las opciones de abajo)

Tipo: (CHECKBOX) fortuito, voluntario o agresión.

En caso de agresión. **Persona agresora según manifiesta la persona atendida:**

- a) Número: (DESPLEGABLE)
- b) Sexo (CHECKBOX).
- c) Relación con persona atendida (DESPLEGABLE).
- d) Convivencia con persona atendida (CHECKBOX).

7.10. LESIONES POR AGENTES FÍSICOS (Sólo si se selecciona aparecerán las opciones de abajo)

Agente físico: (DESPLEGABLE en blanco por defecto) lesiones por quemaduras, lesiones producidas por el frío, lesiones por aire comprimido, lesiones por descompresión brusca, accidentes eléctricos, radiodermatitis, quemaduras diatérmicas, otras.

Tipo: (CHECKBOX) fortuito, voluntario o agresión.

En caso de agresión. **Persona agresora según manifiesta la persona atendida:**

- a) Número: (DESPLEGABLE)
- b) Sexo (CHECKBOX).
- c) Relación con persona atendida (DESPLEGABLE).
- d) Convivencia con persona atendida (CHECKBOX).

7.11. LESIONES POR AGENTES QUÍMICOS: (Sólo si se selecciona aparecerán las opciones de abajo)

Agente físico: (DESPLEGABLE en blanco por defecto) calor, frío, aire comprimido, descompresión brusca, electricidad, radiaciones, otras.

Tipo: (CHECKBOX) fortuito, voluntario o agresión.

En caso de agresión. **Persona agresora según manifiesta la persona atendida:**

- a) Número: (DESPLEGABLE)
- b) Sexo (CHECKBOX).
- c) Relación con persona atendida (DESPLEGABLE).
- d) Convivencia con persona atendida (CHECKBOX).



7.12. LESIONES POR AGENTES BIOLÓGICOS (Sólo si se selecciona aparecerán las opciones de abajo)

Agente biológico: (CHECKBOX) picadura insecto (Si se selecciona esta opción abrir campo de TEXTO LIBRE para descripción), contacto con planta venenosa (Si se selecciona esta opción abrir campo de TEXTO LIBRE para descripción), contacto con animal venenoso (Si se selecciona esta opción abrir campo de TEXTO LIBRE para descripción).

Tipo: (CHECKBOX) fortuito, voluntario o agresión.

En caso de agresión. **Persona agresora según manifiesta la persona atendida:**

- a) Número: (DESPLEGABLE)
- b) Sexo (CHECKBOX).
- c) Relación con persona atendida (DESPLEGABLE).
- d) Convivencia con persona atendida (CHECKBOX).

7.13. ASFIXIA MECÁNICA (Sólo si se selecciona aparecerán las opciones de abajo)

Tipo de asfixia: ahorcadora, estrangulación, sofocación, sumersión, otros (DESPLEGABLE en blanco por defecto, si se elige Otros aparecerá un campo de texto libre para describir)

Tipo: (CHECKBOX) fortuito, voluntario o agresión.

En caso de agresión. **Persona agresora según manifiesta la persona atendida:**

- a) Número: (DESPLEGABLE)
- b) Sexo (CHECKBOX).
- c) Relación con persona atendida (DESPLEGABLE).
- d) Convivencia con persona atendida (CHECKBOX).

7.14. INTOXICACIÓN (Sólo si se selecciona aparecerán las opciones de abajo)

Agente tóxico: alcohol, monóxido de carbono, medicamentos, otras drogas, alimentos contaminados, veneno, plaguicidas, otros (DESPLEGABLE en blanco por defecto, si se elige Otros aparecerá un campo de texto libre para describir)

Tipo: (CHECKBOX) fortuito, voluntario o agresión.

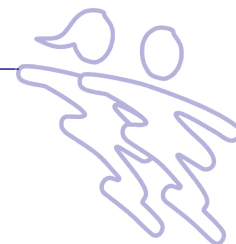
En caso de agresión. **Persona agresora según manifiesta la persona atendida:**

- a) Número: (DESPLEGABLE)
- b) Sexo (CHECKBOX).
- c) Relación con persona atendida (DESPLEGABLE).
- d) Convivencia con persona atendida (CHECKBOX).

7.15 GESTO AUTOLÍTICO (TEXTO LIBRE)

8. VIOLENCIA DE GÉNERO (El desplegable sólo aparecerá si se marca esta opción)

- a) Tipo de violencia (CHECKBOX MULTISELECCIÓN). Opciones: física, sexual, psicológica
- b) Agresiones anteriores (CHECKBOX): sí, no, no aporta información.
- c) Convivencia con persona atendida. Sí/no. (CHECKBOX).
- d) Hijos e hijas menores convivientes: número y edad (CHECKBOX con una sola opción seleccionable, en blanco por defecto).
- e) Otras personas dependientes convivientes: número (CHECKBOX con una sola opción seleccionable, en blanco por defecto).
- f) Duración del maltrato: < 1 año, 1-4 años, 5-9 años + de 10 años (CHECKBOX con una sola opción seleccionable, en blanco por defecto).
- g) Red social o familiar de apoyo. Sí/no. (CHECKBOX).
- h) Denuncias previas. Sí/no. (CHECKBOX).
- i) Existencia de peligro inminente. Sí/No (CHECKBOX).
(DESPLEGABLE en blanco por defecto)
Desplegable sólo en caso de seleccionar ayuda



9. Estado emocional de la persona atendida (describir los síntomas emocionales y la actitud de la persona) (CHECKBOX multiselección, por defecto vacío). Opciones: llanto, tristeza, ansiedad, miedo, shock emocional, otros (especificar).

10. Pruebas complementarias realizadas: Sí/NO (especificar)

11. Se adjuntan fotografías de las lesiones previa firma del consentimiento informado
Sí/No (CHECKBOX)

12. Recogida de muestras según protocolo: Sí/No (esta opción sólo aparecerá si se trata de una agresión sexual, CHECKBOX con una sola opción seleccionable, blanco por defecto) (en caso afirmativo, tipo de muestra, método de recogida y profesionales responsables de la recogida. TEXTO LIBRE para descripción si procede)

13. Tratamiento (CHECKBOX multiselección): tratamiento quirúrgico (incluye puntos de sutura), tratamiento farmacológico, curas locales, reposo, inmovilizaciones, rehabilitación, precisa tratamiento más allá de esta primera asistencia, no precisa tratamiento, otros (especificar)
Observaciones: TEXTO LIBRE para descripción

14. Pronóstico salvo complicaciones: CHECKBOX leve, moderado, grave, muy grave, reservado (en blanco por defecto).

15. Destino de la persona atendida CHECKBOX. Opciones: domicilio habitual, urgencia hospitalaria, ingreso hospitalario, traslado a otro centro- *casilla blanca, especificar si procede*, otros

16. Se ha realizado comunicación telefónica a (CHECKBOX multiselección) juzgado, policía judicial, no se ha realizado, otros (especificar)

17. Se ha informado a la persona atendida la cumplimentación y posterior destinación al juzgado de guardia. Sí/No (CHECKBOX).

18. Destino del parte:

JUZGADO DE GUARDIA

Documento de consentimiento informado para fotografiar lesiones

....., con DNI, en su caso,

....., su representante legal, con DNI....., en calidad de

....., con domicilio en

DECLARO:

1. Que el /la profesional del centro sanitario..... me ha explicado la conveniencia de realizar fotos de las lesiones que presento, para que sean facilitadas al juzgado correspondiente, acompañando al informe judicial de lesiones, y puedan servir de prueba en las actuaciones legales pertinentes.



2. Que, salvo consentimiento expreso, dichas fotos no podrán ser utilizadas para otros fines.

3. Que he comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el personal facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

4. Que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello,

Otorgo mi consentimiento para la realización de fotografías de las lesiones que presento con el fin de ser facilitadas al juzgado correspondiente.

....., dede 2

[rúbrica] [rúbrica del profesional] [rúbrica del representante legal, en su caso]

En caso de revocación:

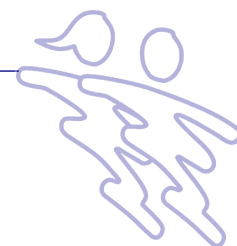
....., con DNI, en su caso,
....., representante legal, con DNI....., en calidad de
....., con domicilio en

Revoco el consentimiento prestado en fecha / /

....., de..... de 20.....

[rúbrica] [rúbrica del profesional] [rúbrica del representante legal, en su caso]

JUZGADO DE GUARDIA



Anexo 24. Enlaces de interés

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
<http://www.msssi.gob.es>

Equidad, salud y género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02.htm>

Para una sociedad libre de violencia de género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
<http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/home.htm>

Aplicación LIBRES. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
<http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/informacionUtil/recursos/apLibres/home.htm>

Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades
<http://www.inmujer.es/>

Observatorio de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
<http://www.inmujer.gob.es/observatorios/observIgualdad/home.htm>

Observatorio de la imagen de las mujeres. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
<http://www.inmujer.gob.es/observatorios/observImg/home.htm>

Banco de buenas prácticas para la prevención de la violencia de género
https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/BBPP_2015.htm
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/buscadorBBPPVG.do>

Organismos de igualdad de todas las comunidades autónomas
<http://www.inmujer.es/servRecursos/organismos/ambitoEstatl/home.htm>

Observatorio contra la violencia de género del Consejo General del Poder Judicial
<http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia-domestica-y-de-genero/El-Observatorio-contra-la-violencia-domestica-y-de-genero/>

Salud y Género. Consejería de Salud del Gobierno de las Islas Baleares
<http://salutigenere.caib.es>

Instituto Balear de la Mujer. Consejería de Presidencia del Gobierno de las Islas Baleares
<http://ibdona.caib.es/>

Ley 11/2016, de 28 de julio, de igualdad de mujeres y hombres
<http://www.caib.es/eboibfront/es/2016/10531/583693/ley-11-2016-de-28-de-julio-de-igualdad-de-mujeres->

Oficina de la Mujer. Consejo Insular de Ibiza
http://www.conselldeivissa.es/portal/p_20_contenedor1.jsp?codbusqueda=181&codResi=1&codMenu=518&seccion=s_fdes_d4_v2.jsp&language=ca

Espacio Mujeres Formentera. Asociación Mujeres Formentera
http://www.consellinsulardeformentera.cat/index.php?option=com_content&view=article&id=1209%3Aespai-dones-formentera&catid=317%3AAllistat-dentitats&lang=ca

Dirección Insular de Atención a la Mujer, Infancia, Juventud e Inmigración. Consejo Insular de Menorca
<http://www.cime.es/OrgansGovern/DirInsular.aspx?ID=1015>



Ayuntamiento de Palma. Guía de recursos para la atención de la violencia de género en Palma
http://www.palma.cat/portal/PALMA/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/13_75153_1.pdf

Colegio de Educadoras y Educadores Sociales de las Islas Baleares
<http://www.ceesib.org/>

Colegio Oficial Trabajo Social de las Islas Baleares
<http://www.treballsocialib.com/web/>

Colegio Oficial de Enfermería de las Islas Baleares
<https://www.infermeriabaleaer.com/>

Colegio Oficial de Médicos de las Islas Baleares
<http://www.comib.com/>

Colegio Oficial de Fisioterapeutas de las Islas Baleares
<http://www.colfisiobaleaer.org/>

Colegio Oficial de Psicología de las Islas Baleares
http://www.copib.es/view_category.asp?action=category&cat=4

Colegio Oficial Trabajo Social de las Islas Baleares
<http://www.treballsocialib.com/web/>

Colegio de Abogados de las Islas Baleares
<http://www.icaib.org/ca/>

Asociación de Mujeres de las Islas Baleares para la Salud
<http://adibs-feminista.org/mujer-sana-3/>

Lobby de mujeres de Mallorca
<http://www.nodo50.org/mujeresred/violencia-lobby.htm>

Oficina para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres
<http://oficinaigualtat.uib.cat/es/>

Asociación Balear de Matronas
<http://www.comaresdebalears.es/>

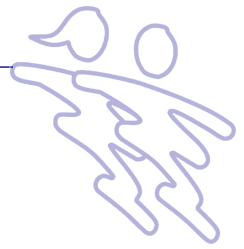
Sociedad Balear de Medicina Familiar y Comunitaria
<http://www.ibamfic.org/>

Asociación Balear de Enfermería Comunitaria
<http://www.abic.cat/>

Federación estatal de organizaciones feministas
<http://www.feministas.org/>

Federación de Asociaciones de Mujeres Separadas y Divorciadas
<http://www.separadasydivorciadas.org/wordpress/>

Mujeres en Red (Periódico feminista)
<http://www.mujeresenred.net/>



Red feminista

<http://www.redfeminista.org/>

Fundación Mujeres

<http://www.fundacionmujeres.es>

Asociación de Mujeres Juristas. THEMIS

<http://www.mujeresjuristasthemis.org/>

Federación de Mujeres Progresistas

<http://www.fmujeresprogresistas.org/es/>

Asociación de Asistencia a Mujeres Víctimas de Agresiones Sexuales (AMUVI)

<http://www.amuvi.org>

Asociación de Hombres por la Igualdad

<http://www.ahige.org/>

Directorio de recursos educativos para la igualdad y la prevención de la violencia de género

<http://www.educarenigualdad.org/>

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer

<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW)

<http://www.ohchr.org/en/hrbodies/cedaw/pages/cedawindex.aspx>

Plataforma CEDAW SOMBRA

<https://cedawsombraesp.wordpress.com/organizaciones-firmantes-informe-sombra/>

Campaña “Corazón Azul”. Iniciativa de sensibilización para luchar contra la trata de personas y su impacto en la sociedad

<https://www.unodc.org/blueheart/es/about-us.html>

ONU Mujeres

<http://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/take-action/commit/government-commitments>

Médicos del Mundo Baleares

<http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.sedes/mem.detalle/id.23/relcategoria.631/relmenu.113/link.3>

Casal Petit

<https://casalpetit.wordpress.com/>

Cruz Roja Baleares

<http://www.cruzroja.es/principal/web/illesbalears>

Fundación Amaranta

<http://www.fundacionamaranta.org/category/sedes/palma-de-mallorca/>

Unión de Asociaciones Familiares (UNAF)

<http://unaf.org/>

