



**RECOMENDACIONES
PARA LA ACTUACIÓN
SANITARIA ANTE LA
VIOLENCIA DE GÉNERO
EN LA COMUNIDAD
AUTÓNOMA DE LAS
ILLES BALEARS**

Edita:

**Servei de Salut de les Illes Balears
Atenció Primària de Mallorca**

Autora

Eugenia Carandell Jäger, médica de familia
Gabinete técnico de la Gerencia de Atención Primaria, Mallorca. Ibsalut.

Revisión del documento:

M^a del Carmen Fernández Alonso, médica de familia
*Coordinadora del grupo de Salud mental del PAPPS de SemFYC.
Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid. Sacl.*

Sebastià March Llull, sociòleg
Gabinete técnico de la Gerencia de Atención Primaria, Mallorca. Ibsalut.

Alejandra Carmona Franco, psicóloga clínica
Unidad de Salud Mental Cruz Roja. Gerencia de Atención Primaria. Mallorca. Ibsalut.

Teresa Pou Navarro, enfermera
Coordinadora Autonómica de Salud i Gènere. Conselleria de Salut i Consum. Govern Balear.

María de Lluch Bennasar Matesanz, médica de familia
Gabinete técnico de la Gerencia de Atención Primaria Mallorca. Ibsalut.

Magdalena Esteva Cantó, médica técnica de Salud
Gabinete técnico de la Gerencia de Atención Primaria, Mallorca. Ibsalut.

Margalida Ordinas Vaquer, enfermera
Dirección General de Salud Pública y Participación. Conselleria de Salut i Consum. Govern Balear.

José Luis Frau Monterrubio, trabajador social
Institut Balear de la Dona. Govern Balear.

Elena Muñoz Seco, médica de familia
Grupo de comunicación de la Societat Balear de Medicina Familiar i Comunitària (Sbmfic). Unitat Sanitària de Es Castell. Centre de Salut Verge del Toro. Gerencia de área Menorca. Ibsalut.

Mercedes Gutiérrez García, médica de familia
Centro de Salud Sant Agustí, Gerencia de Atención Primaria Mallorca. Ibsalut.

Catalina Núñez Jiménez, médica
Centro de Salud Trencadors. Gerencia de Atención Primaria Mallorca. Ibsalut.

Marian García Baratas, matrona
Centro de Salud Son Pisà. Gerencia de Atención Primaria Mallorca Ibsalut.

M^a del Carmen García Paz, médica
Subdirectora médica. Gerencia de Atención Primaria, Mallorca. Ibsalut.

Joan Pou Bordoy, médico de familia
Director asistencial del Servei de Salut. Ibsalut.

Atanasio García Pineda, médico de familia
Gerente de Atención Primaria, Gerencia de Atención Primaria Mallorca. Ibsalut.

Consuelo Corrión Soto, médica de familia
Centro de salud Vila. Área de Salud de Eivissa y Formentera. Ibsalut.

Isabel Sánchez Clemente, trabajadora social
Centro de Salud Camp Redo. Gerencia de Atención Primaria Mallorca. Ibsalut.

Aina Masçaró García, psicóloga
*Coordinadora de mediadores/as interculturales del ámbito sanitario.
Centro de Salud de Escola Graduada y Son Gotleu. Gerencia de Atención Primaria Mallorca. Ibsalut.*

Marisa Pires Alcaide, pedagoga
Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Servicio de promoción de la Salud. Comunidad de Madrid.

Luisa Lasheras Lozano, médica
Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Servicio de promoción de la Salud. Comunidad de Madrid.

Mar Rodríguez Gimena, médica de familia
Servicio de Atención rural. Área 5. Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid.

Carmen Baena Salamanca, médica forense.
Sala de lo Penal y Juzgado Central de Vigilancia Penitenciaria y Menores de la Audiencia Nacional.

Instituciones y organismos revisores:

Sociedad Balear de Medicina Familiar y Comunitaria (SBMFic)
Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFYC)
Associació Balear d' Infermeria Comunitària (ABIC)
Col·legi Oficial de Metges de les Illes Balears
Col·legi Oficial d'infermeria de les Illes Balears
Col·legi Oficial de Psicòlegs de les Illes Balears
Ajuntament de Palma. Àrea d'educació, Igualtat i Drets Cívics
Institut de Treball Social i Serveis Socials (INTRESS)
EULEN sociosanitari
Metges del Món. Illes Balears
Col·legi d'Educadores i Educadors Socials de I. Balears (CEESIB)
Oficina para la igualdad de la Universidad de les Illes Balears (UIB)
Secretariat de la Dona del Sindicat de Treballadors i Treballadors-Intersindical de les Illes Balears (STEL-i)

Introducción	05
---------------------------	----

Primera parte: Conceptos generales

Definición de violencia	13
Clasificación de la violencia.	13
Violencia contra las mujeres-Violencia de género (VG)..	14
Factores estructurales	15
Factores complementarios	17
Tipos de violencia contra las mujeres.	17
Proceso de instauración y mantenimiento de la violencia.	19
Consecuencias en la salud de la mujer	22
Consecuencias para las hijas e hijos	24
La VG y los servicios sanitarios	24

Segunda parte: Plan de intervención

Papel del sistema sanitario en la prevención de la VG.	31
Visión general del plan de ayuda	31
1. Detección de la situación de VG	34
a) Apertura de historia clínica	34
b) Indicadores de sospecha en ausencia de lesiones	34
c) Indicadores de sospecha en presencia de lesiones	36
2. Valoración de la violencia	37
3. Confirmación diagnóstica	39
4. Valoración biopsicosocial de la mujer	39
a) Lesiones y síntomas físicos	39
b) Situación emocional	40
c) Situación familiar	40
d) Situación económica y laboral	40
e) Red de apoyo social	40
5. Valoración de la seguridad e intervención urgente	41
a) situaciones de alto riesgo	41
b) Intervención en situaciones de alto riesgo	41
c) preparación del plan de seguridad y huida	42
6. Intervención programada	43
a) Objetivo de las intervenciones.	43
b) Evaluación de la motivación para el cambio	43
c) Consideraciones previas antes de iniciar las entrevistas	44
d) Intervenciones según la fase de cambio	45
Intervención en fase precontemplativa	46
Intervención en fase contemplativa	47
Intervención en fase de preparación.	48
Intervención en fase de acción	49
Intervención en fase de Mantenimiento	50
Intervención en fase de Recaída	51

Anexo 1. Principios de entrevista motivacional

Anexo 2. Conducta ante el maltratador

Anexo 3. Aspectos éticos y legales

Anexo 4 Organización asistencial y recursos en la CAIB

Bibliografía

Páginas web de interés



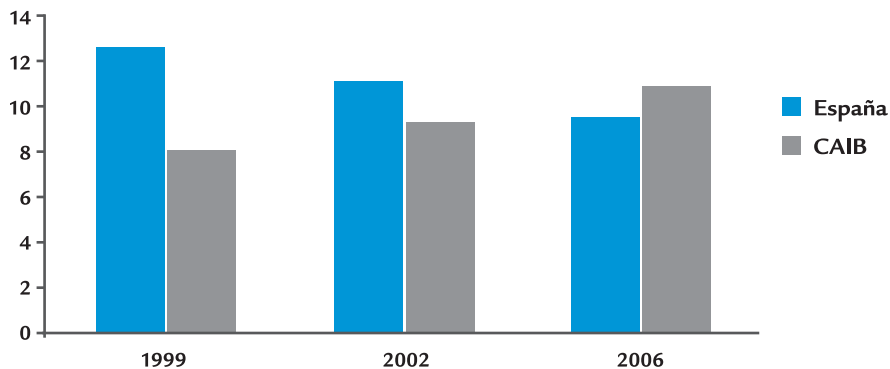
INTRODUCCIÓN

La violencia de género (VG) es la principal causa de violencia que padecen las mujeres y su primera causa de muerte en la edad fértil en el mundo.

Un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 10 países, pone de manifiesto que la VG es un fenómeno universal, aunque la prevalencia de violencia física y sexual infligida por la pareja durante la vida de la mujer varía considerablemente en los distintos países (desde el 71% en Etiopía al 15% en Japón).

En nuestro medio, el Instituto de la Mujer ha realizado 3 encuestas en 1999, 2002 y 2006 sobre VG padecida en el último año entre mujeres mayores de 18 años. Mientras que, en esos años, disminuye la prevalencia en España con cifras del 12,4%, 11,1% y 9,6% respectivamente, aumenta en la Comunidad Autónoma de las Illes Balears (CAIB) pasando, en los mismos periodos, de 7,9% a 9,2% y 10,8%, tal como ilustra la figura 1.

Figura 1: Porcentaje de mujeres que han padecido VG en el último año en las Illes Balears y España (Fuente: Macroencuesta 2006)

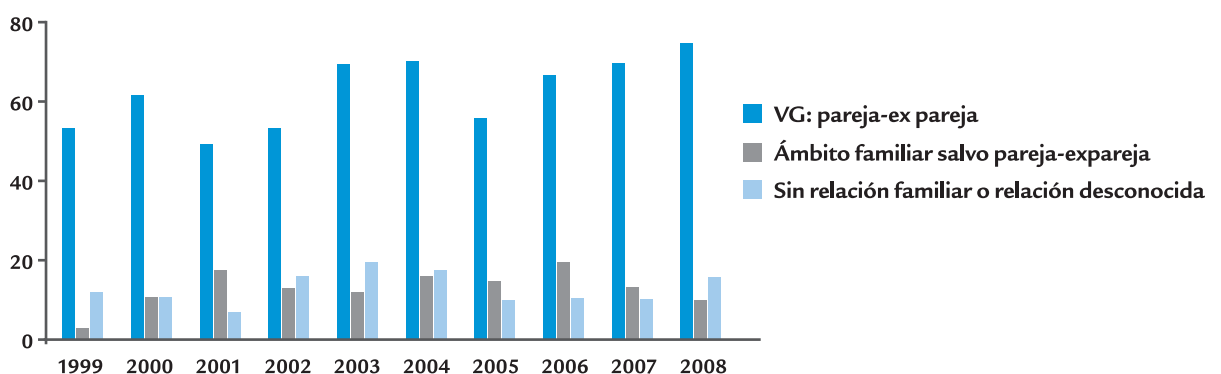


En cuanto a la morbilidad, puede estimarse indirectamente a través de número de denuncias, que alcanza las 268.418 en el periodo 2007-2008, con grandes variaciones entre Comunidades Autónomas. En la CAIB, en la que vive el 2,3% de las mujeres mayores de 15 años residentes en España, se presentaron 8600 denuncias en dicho periodo, lo que corresponde al 3,2% del total nacional.

Las denuncias se han incrementado notablemente en los últimos años (por ejemplo, en la CAIB han aumentado un 86% entre 2002 y 2006), lo que refleja las decisiones que toman las mujeres según las respuestas sociales existentes.

En cuanto a la mortalidad, la VG es la principal causa de muerte violenta en las mujeres tal como ilustra la figura 2.

Figura 2: Número de mujeres fallecidas por violencia en España en los últimos años según la relación con la persona agresora. Fuente: Instituto de la mujer



Al igual que en las denuncias, se observan diferencias entre Comunidades Autónomas y la CAIB ostenta la tasa más alta de España, con una cifra cercana a 1,6 víctimas mortales por 100 000 habitantes en el periodo 2002-2008.

A estos fallecimientos hay que añadir, además, los de las víctimas colaterales (hijos e hijas y otras personas).

RESPUESTA SOCIAL FRENTE A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Las grandes diferencias de prevalencia en el mundo ilustran hasta qué punto la VG no es una derivación espontánea de la naturaleza sino que, siguiendo a I. Alberdi, se trata de una construcción social vinculada al desequilibrio de poder social, económico, religioso y político entre ambos sexos.

De hecho, ha habido que esperar a la conquista de espacios democráticos por las mujeres a finales del siglo XX, para que el fenómeno salga del ámbito privado para entrar en el debate político y se considere una violación de los derechos humanos que no puede ampararse en ninguna cultura o religión.

El primer organismo internacional que adopta una iniciativa al respecto es la ONU, que aprueba la **Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer** en 1979 y la **Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres y niñas** en 1993.

Por su parte, la Unión Europea ha desarrollado distintas iniciativas, entre ellas el **Informe de julio de 1997 del Parlamento Europeo** sobre la necesidad de realizar, en toda la Unión Europea, una campaña de tolerancia cero ante la violencia contra las mujeres.

En España, la principal iniciativa legislativa relativa a la violencia de género es la **Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género**, que abarca aspectos preventivos, educativos, sociales, asistenciales y de atención posterior a las mujeres víctimas de la VG en la pareja. También hay que citar la **Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres**, que, al combatir la discriminación subyacente a la violencia, contribuye a prevenirla.

En cuanto a la Comunidad Autónoma de les Illes Balears, destacan, las siguientes iniciativas:

- **La Llei 5/2000 de 20 d'abril de l'Institut Balear de la Dona (IBD)** que crea el organismo encargado de elaborar y ejecutar las medidas necesarias para hacer efectivos los principios de igualdad entre hombres y mujeres. El IBD ha desarrollado, desde su inicio, medidas y programas de atención a mujeres víctimas de violencia a través del III Plan de actuación para la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres 2002-2005 y del documento de **Estrategias de prevención contra la violencia doméstica**.
- La aprobación de la **Llei 12/2006, de 20 de setembre per la dona** establece, en su capítulo VI, una serie de medidas contra la VG en el marco de sus competencias legislativas, entre las que destaca el desarrollo de protocolos coordinados de actuación entre las diferentes administraciones. Además, establece la obligación de los centros y servicios sanitarios de informar al IBD sobre los hechos y circunstancias que permitan presumir la existencia de VG.
- En la actualidad, se está ultimando el **Protocol interinstitucional de detecció, prevenció y atenció de la violència masclista i en casos d'atacs sexuals de les Illes Balears** que nace con la intención de facilitar un abordaje integral del fenómeno. Se pretende mejorar la coordinación y establecer pautas de actuación homogéneas entre las instituciones y entidades implicadas en la protección y asistencia a las mujeres que padecen VG.
- Por último, cabe mencionar las numerosas iniciativas municipales que establecen programas específicos de actuación frente a la VG.

EL SECTOR SANITARIO FRENTE A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La VG constituye, en primera instancia, *un atentado contra la salud física y psicológica de las mujeres*, por lo que el sector sanitario tiene un papel relevante en el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer.

La propia OMS postula en su **“Informe mundial sobre la violencia y la salud”** que el sector sanitario, además de tratar las consecuencias de la violencia, debe intervenir en su prevención, como hace en otros muchos problemas sanitarios medioambientales o relacionados con el comportamiento.

Ello requiere fomentar actividades en todos los escalones de la prevención:

- Actividades de prevención primaria, dirigidas a prevenir la violencia antes de que ocurra.
- Actividades de prevención secundaria que faciliten la detección precoz.
- Actividades de prevención terciaria orientadas a la atención ante el hecho confirmado y a la rehabilitación y reintegración a largo plazo.

Además, la OMS señala que el personal sanitario suele tener un contacto precoz con las víctimas y una posición en la comunidad que le permite participar activamente en un objetivo crucial: cuestionar el secretismo, los tabúes y los sentimientos de fatalismo que rodean al comportamiento violento.

Conscientes de su protagonismo en la lucha contra la VG, la Ley 1/2004 y el **Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género** de diciembre de 2006, prevén el desarrollo de planes de sensibilización y de formación continuada para el personal sanitario, así como la creación de herramientas que armonicen las pautas de actuación y la coordinación asistencial ante este problema, como el vigente **Protocolo común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género**.

Con esta misma intención, la **Conselleria de Salut i Consum** y el **Servei de Salut de les Illes Balears** han impulsado la elaboración de estas **Recomendaciones para la actuación sanitaria ante la violencia de género en la Comunidad Autónoma de les Illes Balears** que tienen los siguientes objetivos generales:

- Contribuir a la formación profesional sobre las características de las diferentes manifestaciones de la VG, los obstáculos para su reconocimiento y las posibilidades de actuación desde los servicios sanitarios.
- Establecer unas pautas comunes de detección, valoración, actuación y seguimiento de la VG, adaptando el Protocolo común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género a las características asistenciales del Servei de Salut de les Illes Balears.
- Favorecer el conocimiento y la utilización de los recursos disponibles en la CAIB.

ESTRUCTURA GENERAL DE LAS RECOMENDACIONES

Este documento se destina al *personal* asistencial del Servei de Salut de les Illes Balears *no especializado en la atención a víctimas de violencia*: profesionales de la medicina, enfermería, obstetricia y trabajo social de todos los ámbitos asistenciales, incluyendo las urgencias.

Propone un plan de detección y ayuda dirigido a cualquier mujer en situación de VG sin perjuicio de que, en el futuro, puedan desarrollarse recomendaciones para algunas mujeres en situaciones específicas (adolescencia, embarazo, migración, discapacidad, etc.).

Consta de una primera parte teórica en la que se revisan conceptos generales: la definición, las causas y tipos de VG, el proceso de instauración y mantenimiento de la relación de violencia así como sus repercusiones sobre la salud. Se analizan también las dificultades para la detección de la VG en el medio sanitario.

En la segunda parte, se formulan recomendaciones para la detección así como pautas de actuación ante la VG según la urgencia de la situación y el grado de conciencia que la mujer tiene sobre el maltrato que sufre.


El grueso de este capítulo proviene de la **Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres** cuya reproducción se nos ha autorizado amablemente.

La actuación específica ante agresiones sexuales se trata en un capítulo aparte.

En cuanto a los anexos, comprenden un capítulo sobre la entrevista motivacional como herramienta para la entrevista con las mujeres víctimas de VG y otros dedicados a las actuaciones ante el maltratador, a los aspectos éticos y legales así como a la coordinación asistencial y los recursos disponibles en la CAIB.

Finalmente, se cita la bibliografía empleada por orden alfabético y se sugieren algunas páginas web para las personas interesadas.

El texto se presenta en formato de carpeta con anillas para facilitar la actualización continua de la documentación y el manejo en la práctica clínica.



PRIMERA PARTE

CONCEPTOS

GENERALES

“Los servicios de salud deben ser lugares donde las mujeres se sientan seguras, tratadas con respeto y no estigmatizadas, y donde reciban información y apoyo de calidad.”

Es preciso que el sector de la salud articule una respuesta integral ante este problema, abordando en particular la resistencia de las mujeres maltratadas a buscar ayuda.”

LEE Jong-Wook Director General de la Organización Mundial de la Salud. 2005

DEFINICIÓN DE VIOLENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, de una persona contra sí misma, contra otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

La violencia es responsable de 1,6 millones de muertes anuales y de graves consecuencias a corto y largo plazo para las personas, las familias y las comunidades, lo que constituye un grave problema de salud pública.

CLASIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA

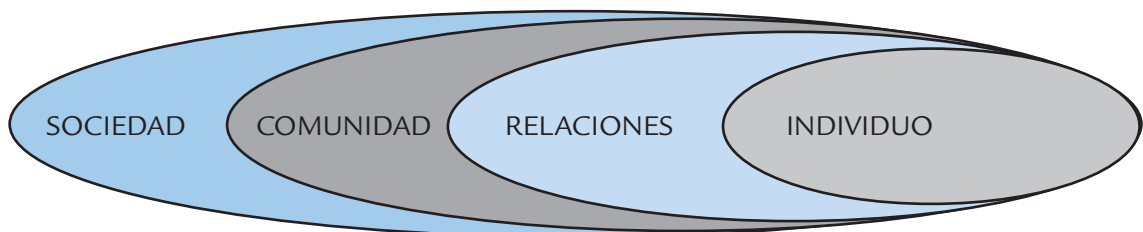
La violencia es un fenómeno sumamente complejo, que hunde sus raíces en la interacción de muchos factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos.

El modelo ecológico pretende explicar las influencias recíprocas entre 4 niveles:

- El nivel individual, en el que entran en juego los factores biológicos y la historia personal.
- El nivel de relaciones cercanas, constituido por la familia y las amistades.
- El contexto comunitario constituido por escuelas, lugares de trabajo y vecindario.
- Por último, los factores de carácter general relativos a la estructura de la sociedad, especialmente las normas sociales y culturales que contribuyen a crear un clima en el que se alienta o se inhibe la violencia.

En la figura 3 se ilustra cómo los factores interactúan entre sí e influyen en la probabilidad de padecer o infligir violencia y cómo es necesario actuar sobre todos los niveles para prevenirla.

Figura 3: Modelo ecológico para comprender la violencia (Fuente: Informe mundial sobre la violencia y la salud OMS 2002)



La violencia se clasifica en tres grandes categorías:

- Violencia que una persona se inflige a sí misma.
- Violencia interpersonal (infligida por otra persona o grupo pequeño de personas) que puede ser:
 - Intrafamiliar o de pareja: suele acontecer en el hogar, aunque no exclusivamente.
 - Comunitaria: se produce entre individuos no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no; acontece generalmente fuera del hogar.
- Violencia colectiva (infligida por grupos más grandes, como los Estados, grupos políticos organizados, etc.).

Con frecuencia, la violencia se dirige selectivamente contra ciertas víctimas, como sucede en la violencia racial o en la violencia específicamente dirigida contra las mujeres que es objeto de este documento.

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES O VIOLENCIA DE GÉNERO

La Organización de Naciones Unidas (ONU) la define como “Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que causa, o es susceptible de causar a las mujeres, daño o sufrimiento físico, psicológico y sexual e incluso las amenazas de tales actos y la restricción o privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como privada.”

Para explicar el fundamento de esta violencia, es necesario distinguir los conceptos de sexo y género:

- El **sexo** está determinado biológicamente.
- El **género** es un conjunto de características asignadas a través del proceso de socialización. Las personas, desde la infancia, aprenden normas para relacionarse en sociedad y van interiorizando actitudes, maneras de pensar, sentir y actuar, de acuerdo con pautas socialmente impuestas dependiendo del sexo.

De esta forma, cada cultura asigna de forma diferenciada a hombres y mujeres características, funciones, normas, valores, ideas, actitudes, temores, gustos, expectativas, etc.

La cultura patriarcal es un sistema familiar, social, ideológico y político en el que los hombres determinan qué funciones pueden o no desempeñar las mujeres (por la fuerza, por medio de símbolos, ritos, tradiciones, leyes, educación, división sexual del trabajo etc.). Establece una diferenciación jerarquizada de los espacios, de las funciones sociales, del control de recursos materiales y no materiales en favor del hombre y distintas normas de conducta (singularmente, la doble moral sexual).

La violencia de los hombres contra las mujeres por el hecho de serlo se denomina violencia de género o violencia machista porque se fundamenta en la creencia de la superioridad de los hombres sobre las mujeres en función de los diferentes roles y posición social condicionados por el género.

FACTORES ESTRUCTURALES

La VG es una violencia **estructural**: los varones que la ejercen **se sienten autorizados** a emplearla en el contexto de una cultura patriarcal, cuya idea central es la representación de la masculinidad a través del dominio sobre la mujer y que admite la violencia como método para resolver los conflictos.

Además, la VG es una violencia instrumental ya que constituye un mecanismo aprendido por los hombres para **mantener** el poder y la superioridad masculinos y **castigar** cualquier trasgresión del rol femenino tradicional.

En este sentido, tal como refleja un informe de la ONU de 2009, la VG no es un incidente aislado dirigido contra una mujer vulnerable sino que constituye una **herramienta sistemática de control** destinada a mantener a las mujeres en una posición subordinada.

Como ya se ha dicho, la socialización tradicional, que se expone modificada de Nogueiras et al. en las tablas 1 y 2, alimenta y perpetúa estos factores.

TABLA 1: SOCIALIZACIÓN FEMENINA

Tradicionalmente se han potenciado en la mujer las cualidades necesarias para ser esposas y madres:

- Cultivo de la belleza, capacidad de seducción, saber agradecer y complacer.
- Cualidades de sacrificio y abnegación.
- Sobrevaloración del modelo fusional de pareja (amor femenino como renuncia personal, olvido de sí misma, amor sin reciprocidad, entrega total y, por tanto, desaparición de la autonomía personal).
- Sobrevaloración del matrimonio y la maternidad.
- Responsabilidad de mantener la armonía en la pareja y la familia.
- Miedo a los peligros del mundo exterior y refugio en el hogar.

Aunque la vida de las mujeres ha cambiado, persisten las antiguas expectativas sociales y se espera que, a pesar de una mayor autonomía personal, las mujeres sigan cumpliendo con los papeles tradicionales.

La interiorización de los roles femeninos tradicionales potencia comportamientos de dependencia y sumisión al varón.

TABLA 2: SOCIALIZACIÓN MASCULINA

Tradicionalmente, ser “un hombre” significa :

- Ser autosuficiente e importante y, por tanto, tener más derechos para definir las reglas de juego de las relaciones.
- Ser racional y no emocional: las mujeres son quienes estimulan en los varones su “naturaleza animal” (sexo y violencia).
- Tener derecho a usar la violencia como forma de dominar, conquistar y defenderse de quienes atacan el cuerpo, el orgullo o la virilidad. La violencia se convierte en una cualidad a expensas de la palabra y la negociación.
- Tener autoridad sobre las mujeres y poder exigir su disponibilidad como objetos sexuales o su atención y cuidado.

En los hombres que interiorizan ese mandato, son frecuentes ciertos rasgos de carácter:

- Canalización de las emociones a través de la ira que es una expresión legitimada en los varones. Es frecuente que, a través de ella, se expresen un conjunto de emociones que la socialización masculina obliga a reprimir (especialmente el dolor psicológico y los sentimientos de inseguridad).
- Habilidad disminuida para la empatía con dificultad para comprender el dolor ajeno (distancia emocional).
- Amor propio basado en el autodomínio y el control sobre lo externo.
- Placer de dominio relevante.
- Predominio de la acción.

En sus relaciones con las mujeres, estos hombres:

- Establecen relaciones basadas en la autoridad y estrategias para colocar a las mujeres en “su” lugar de culpables y sometidas (micromachismos, maltrato).
- Justifican el maltrato como una acción viril destinada a defender el derecho masculino a ciertos privilegios.
- Viven las relaciones de igualdad como un intento de ser dominados por las mujeres, al no plantearse alternativas a ganar o perder. Si la mujer no acepta una posición subordinada, pueden vivirlo como un atentado a su masculinidad (ya que la virilidad es poder y control sobre la mujer), especialmente si la pareja quiere separarse.

A mayor sometimiento a los mandatos de la masculinidad, mayor probabilidad de que el varón emplee la violencia como método habitual de dominación.

FACTORES COMPLEMENTARIOS

Puesto que el fundamento de la VG es ideológico, no existe un “perfil” tipo de maltratador. Algunos estudios han descrito características individuales en los varones que ejercen violencia física contra las mujeres, pero se han llevado a cabo en hombres denunciados o en rehabilitación, por lo que se trata de poblaciones sesgadas que no permiten generalizaciones. Entre estas características complementarias figuran:

- Carácter celoso, posesivo, con baja autoestima, se irrita fácilmente cuando le ponen límites, no controla sus impulsos, comete actos de violencia y rompe cosas cuando se enfada, experimenta cambios bruscos de humor, culpa a los demás de sus problemas.
- Riesgo incrementado en los testigos de VG en la familia de origen, aunque muchos de los varones activistas contra la violencia de género tienen esa misma experiencia.
- Asociación con el abuso de alcohol, aunque la evidencia científica es de baja calidad.
- No se ha demostrado una relación causal entre la VG y el bajo nivel educativo o de ingresos económicos.

Por otra parte, la VG afecta a mujeres de cualquier edad y clase social, pero las mujeres de alto nivel socioeconómico suelen buscar ayuda en sus redes sociales y familiares, por lo que los casos se detectan menos. En cualquier caso, debe prestarse mucha atención a las situaciones de mayor vulnerabilidad:

- Bajo nivel cultural y socioeconómico
- Aislamiento psicológico
- Aislamiento social
- Baja autoestima
- Discapacidad física, psíquica o sensorial
- Sumisión y dependencia
- Embarazo
- Desequilibrio de poder en la pareja
- Consumo de alcohol o drogas

TIPOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

La VG, se da en todos los países y ámbitos, en la vida de pareja y en la vida comunitaria, contra mujeres de cualquier edad y condición social.

En la tabla 3 se resumen las principales formas de VG.

TABLA 3 TIPOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Violencia física:

Cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, desde un empujón o bofetada hasta el homicidio.

Violencia sexual:

Imposición a la mujer de actos sexuales contra su voluntad por parte de su pareja o por otras personas.

Violencia psicológica:

Conducta intencionada y reiterada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona, y que persigue el sometimiento y control de la víctima para imponerle las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener su pareja.

Comprende las amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social, la culpabilización, la privación de libertad, el control económico, el chantaje emocional, el rechazo o el abandono.

Luis Bonino explica que deben incluirse en este grupo otras formas de dominación manipulativa, como el usufructo despreocupado de las ventajas de género. Esta forma de violencia (es decir, de abuso de poder estructural) se observa en la falta de implicación en las labores domésticas o en la delegación de las tareas de trabajo emocional: el varón atribuye a la mujer la responsabilidad exclusiva del cuidado de la vitalidad de la pareja, del desarrollo médico-educativo de los hijos e hijas, de los vínculos con la familia o del cuidado de animales y plantas como forma de retener privilegios de género y de mejorar su calidad de vida a expensas de la salud psicofísica y del tiempo libre o profesional de la mujer.

La violencia psicológica no es tan visible como la física o la sexual, es más difícil de demostrar, y en muchas ocasiones no es identificada por la víctima como tal sino como una manifestación propia del carácter del agresor. Esta violencia va minando la salud psicológica de la mujer que, por efecto de la socialización tradicional, la “naturaliza” y no la identifica como tal, por lo que va creciendo en intensidad y sirve de caldo de cultivo para las formas de violencia más graves.

A este respecto, hay que recordar que cada persona (mujer, hombre, profesional, paciente) tiene un **umbral de tolerancia**, llamado también **umbral de visibilidad** hacia lo que considera comportamientos aceptables e inaceptables. Como se verá posteriormente, bajar el umbral de visibilidad de víctimas y profesionales ante esta violencia resulta clave en el abordaje del problema.

PROCESO DE INSTAURACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA VIOLENCIA

La violencia en la pareja no es un incidente aislado, sino un proceso paulatino orientado a obtener el total control y sometimiento de la mujer. Algunas características ayudan a explicar cómo surge y evoluciona el maltrato, y cómo se genera el deterioro psicológico de la mujer y su dificultad para abandonar la relación.

1) Mandatos de género:

Es necesario insistir en el papel *crucial* de los mandatos de género, impuestos por la socialización, y que son *previos a la constitución de la pareja*. Hay expectativas sociales acerca de los comportamientos considerados apropiados para las personas según su sexo: la virilidad entendida como dominio o la responsabilidad femenina en la armonía de la pareja, por ejemplo.

2) La escalada de la violencia:

Como se ha dicho, los malos tratos suelen aparecer de forma progresiva. Al principio, las conductas restrictivas y controladoras tienen apariencia amorosa (celos, control sobre la ropa, amistades, actividades, horarios) por lo que la mujer no las percibe como violentas, las admite y, progresivamente, va cediendo autonomía y capacidad de decisión. Se crea un clima emocional de temor y de coacción en forma de pequeñas tiranías o “micromachismos” al que la mujer se acostumbra, lo que le impide percibir el agravamiento de la violencia y abandonar una relación que la expone a graves secuelas para su salud física y psicológica.

Estas formas leves de abuso son la base de una pirámide de conductas de violencia creciente y su principal caldo de cultivo (véase figura 4).

3) El ciclo de la violencia:

Aunque no siempre sigue este patrón, la VG puede producirse de manera cíclica y repetitiva con las siguientes fases descritas por Walker en 1979.

a) Fase de acumulación de la tensión

Esta fase suele caracterizarse por un incremento de la tensión e irritabilidad del maltratador y por cambios súbitos del estado de ánimo con tirantez e incidentes menores (miradas, actitud hostil, gestos amenazadores). Normalmente, la mujer intenta no hacer aquello que pueda molestar, en la creencia irreal de que podrá evitar la agresión.

b) Fase de explosión de la violencia

Se produce una descarga a través de conductas de violencia física, psicológica o sexual. Es una fase de máximo peligro para la víctima y, en general, es breve. Suele ser el momento en que la mujer denuncia o busca ayuda.

c) Fase de arrepentimiento o “luna de miel”

El agresor se disculpa o justifica la violencia por una pérdida de control que no se volverá a repetir. Puede llamar a familiares para que intercedan ante la mujer, se muestra dispuesto a hacer algún tipo de terapia, se vuelve afectuoso en un intento de evitar la ruptura.

Esta actitud facilita que la mujer mantenga la esperanza de que la relación pueda cambiar, considere “el lado bueno” de su pareja y le de otra oportunidad (retirando las denuncias, por ejemplo) lo que constituye un refuerzo positivo para la percepción de impunidad y de dominio del maltratador que alimenta la espiral de violencia.

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.

En la tabla 4 se esquematizan algunos datos del proceso de la violencia.

Figura 4 Pirámide de la violencia

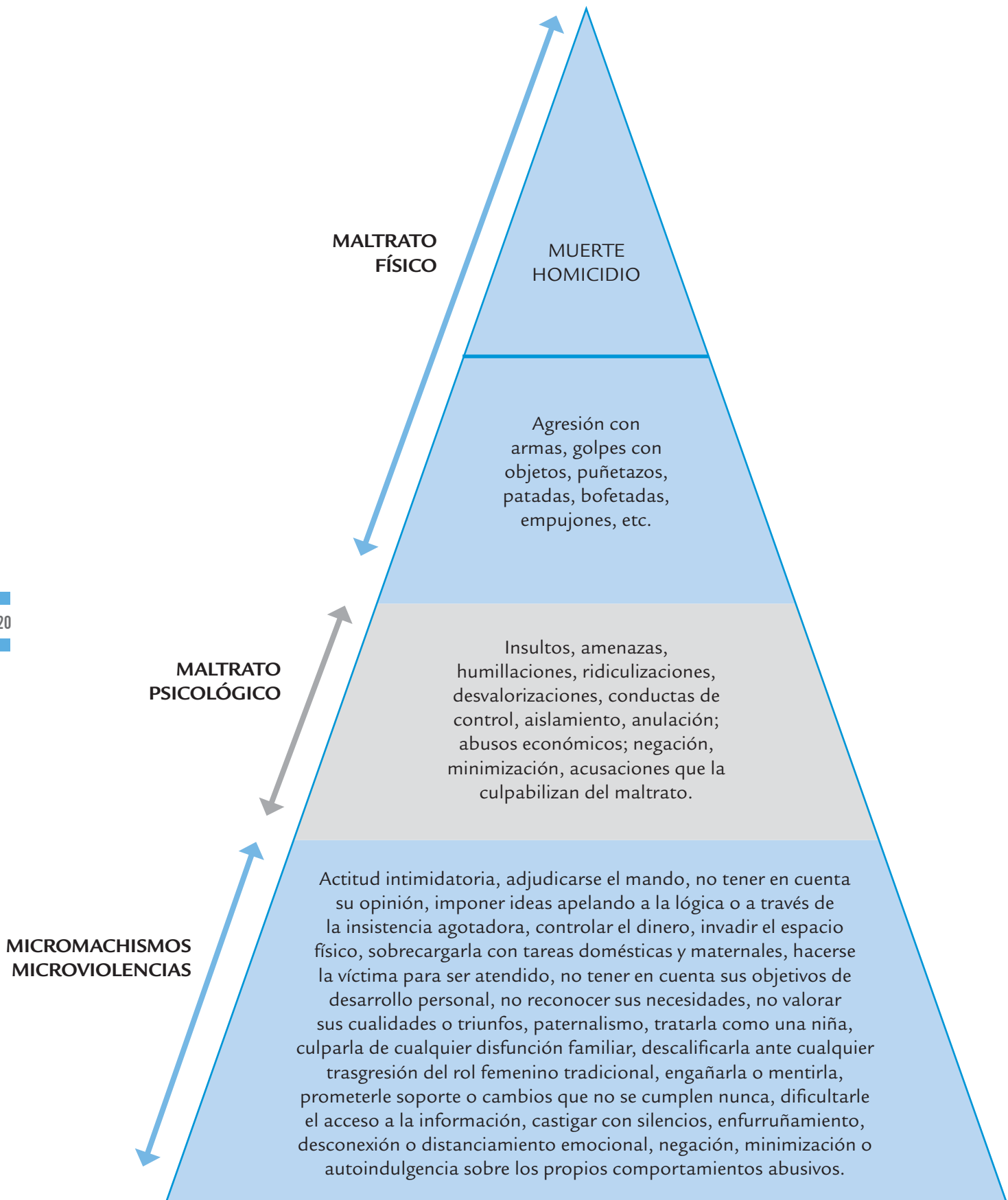


TABLA 4 EL PROCESO DE LA VIOLENCIA

Socialización y mandatos de género.	
<p>Socialización masculina tradicional.</p> <p>Ideal femenino: mezcla de desvalorización y de exigencia. El rol masculino tiene mayor valor. Aprendizaje de la violencia como forma de control.</p>	<p>Socialización femenina tradicional.</p> <p>Sobrevaloración del amor: todopoderoso, objetivo de la vida, auto-negación. Responsabilidad en el mantenimiento de la armonía en la pareja.</p>
Escalada de violencia.	
<p>La mujer no es el ideal deseado: descontento fundado en un derecho moral. Intento de ajustar la mujer a su ideal: reproches, “micromachismos”.</p>	<p>Juicio del propio valor personal cifrado en el éxito o fracaso de su relación, sensación de culpa, disminución progresiva de la autoestima.</p>
<p>Estrategias de aislamiento progresivo de la mujer para aumentar su dependencia: opiniones negativas sobre familiares y amistades, celos...</p>	<p>Intento de salvar la relación mediante respuestas adaptativas: puede llegar a abandonar el trabajo, reduce su círculo social y familiar, se recluye en el domicilio. Aumenta su dependencia emocional y la vulnerabilidad.</p>
Ciclos de violencia.	
<pre> graph TD A["Maltratador: Acumulación de tensión Mujer: Conductas evitativas"] --> B["Maltratador: Arrepentimiento, luna de miel Mujer: Ambivalencia, esperanza, reconciliación, retirada de denuncias."] B --> C["Maltratador: Estallido de violencia Mujer: Miedo, impotencia, soledad, toma de decisiones, búsqueda de ayuda."] C --> A </pre>	

4) Dificultades para el abandono de la relación de violencia:

Entre las dificultades cabe citar:

-El estado emocional que produce la violencia (pérdida de autoestima, depresión, miedo, sentimientos de incapacidad).

-Las dificultades relacionadas con la dependencia económica o la ausencia de redes sociales de apoyo.

-La esperanza de que la situación cambie.

-La vergüenza de reconocer su situación.

-Una vez más, los mandatos de género: como explica Inmaculada Romero *“El duelo que establecen (...) es especialmente difícil, puesto que, además de la pérdida de su seguridad y su dignidad, de la pérdida de su pareja y su ideal de familia, no solo se sienten fracasadas en el cometido impuesto por mandato de género, sino que incluso pueden tener a su objeto de amor como (...) lo único que les otorga identidad y valor.*

Dónde sino, inscribir lo que tantas veces escuchamos a estas mujeres refiriéndose a su verdugo: “¿qué voy a hacer yo sin él?, yo no soy nada sin él, sólo le tengo a él”.

Confundiendo el sometimiento y la necesidad afectiva con el amor, nadie las entiende cuando afirman que aún les quieren y que desean volver con ellos...”.

CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE LA MUJER

Las consecuencias de la VG en la salud de la mujer se resumen en la tabla 5. Puede haber lesiones francas pero, en muchos casos, se manifiestan como síntomas físicos y psíquicos difusos e inespecíficos y los estereotipos sobre las dolencias “típicas de las mujeres” dificultan asociarlos a situaciones de violencia crónica. Los estudios disponibles señalan que estos síntomas (mala salud mental o física, cansancio, dolores de espalda, dolores pélvicos...) son significativamente más frecuentes en mujeres que padecen VG que en mujeres que no la padecen.

TABLA 5: CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE LA MUJER

CONSECUENCIAS FATALES

Muerte (por homicidio, suicidio, etc.).

CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA

Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras,... que pueden producir discapacidad.

Deterioro funcional.

Síntomas físicos inespecíficos (por ejemplo cefaleas).

Peor salud.

CONSECUENCIAS EN CONDICIONES CRÓNICAS DE SALUD

Dolor crónico, fibromialgia.

Síndrome del intestino irritable.

Otros trastornos gastrointestinales.

Quejas somáticas.

CONSECUENCIAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Por relaciones sexuales forzadas: pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, sangrado y fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infección urinaria, embarazo no deseado

Por maltrato durante el embarazo: hemorragia vaginal, amenaza de aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer.

CONSECUENCIAS EN LA SALUD PSÍQUICA

Depresión.

Ansiedad.

Trastorno del sueño.

Trastorno por estrés postraumático.

Dependencia emocional.

Trastornos de la conducta alimentaria.

Intento de suicidio.

Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos.

CONSECUENCIAS EN LA SALUD SOCIAL

Aislamiento social y familiar.

Pérdida de empleo.

Absentismo laboral.

Disminución del número de días de vida saludable.

CONSECUENCIAS PARA LAS HIJAS E HIJOS

La VG les afecta siempre, ya sea de forma directa si sufren malos tratos físicos o emocionales o indirecta, como testigos de la violencia y víctimas del abandono por las personas adultas (tabla 6).

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

TABLA 6: CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE LAS HIJAS E HIJOS

Riesgo de alteración de su desarrollo integral.

Sentimientos de amenaza.

Dificultades de aprendizaje y socialización.

Adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras.

Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas.

Es frecuente el maltrato directo.

Violencia transgeneracional con alta tolerancia a situaciones de violencia.

LA VG Y LOS SERVICIOS SANITARIOS

Los servicios sanitarios tienen un papel crucial en la ayuda a las mujeres que padecen VG, ya que la mayoría de ellas entra en contacto con el sistema sanitario en algún momento de su vida (embarazo, parto, cuidado de las personas a su cargo). Además, la VG tiene consecuencias destructivas para la salud de las víctimas por lo que consultan más (en particular a los servicios de Atención Primaria, Urgencias, Ginecología y Salud mental).

En nuestro medio, se estima una prevalencia de maltrato presente o pasado del 32% en las consultas de Atención Primaria. Asimismo, un 20% de las mujeres atendidas en urgencias hospitalarias por motivos diferentes del maltrato, refieren antecedentes de VG a lo largo de su vida, el 16% el último año; 13% refiere haber padecido VG durante el embarazo y 7% de las embarazadas refiere VG.

Sin embargo, el problema no se detecta fácilmente porque las mujeres no suelen manifestarlo espontáneamente y el personal de los servicios sanitarios tiene dificultades de diversa índole para identificar la VG en ausencia de lesiones físicas.

A continuación, se resumen las principales dificultades.

DIFICULTADES DE LA MUJER PARA REVELAR SU SITUACIÓN:

La mujer no suele revelar el maltrato por las causas esquematizadas en la tabla 7

TABLA 7: DIFICULTADES DE LA MUJER PARA REVELAR LA SITUACIÓN DE VG

Miedos: a la respuesta de su pareja, a no ser entendida y a ser culpabilizada, a que no se respete la confidencialidad, a no ser capaz de iniciar una nueva vida, a las dificultades económicas, judiciales, sociales, a lo que ocurra con los hijos e hijas...

Aislamiento: falta de apoyo social y familiar, discapacidad, inmigración, mundo rural, situaciones de exclusión social.

Reacción al trauma físico y psíquico: paralización, desconcierto, baja autoestima, culpabilización, vergüenza, humillación.

Dificultades económicas, situación fuera del mercado laboral.

Valores y creencias culturales.

Costumbre de ocultarlo.

Resistencia a reconocer lo que está pasando, minimización.

Deseo de proteger a la pareja.

Si la mujer consulta abiertamente, suele ser por dos motivos:

- por un asunto definido como, por ejemplo, las secuelas físicas del maltrato o cuando busca pruebas para una actuación judicial.
- porque elige a una persona concreta y le hace una confidencia. En este caso no pretende hacer una denuncia sino encontrar empatía ante su problema

DIFICULTADES PROFESIONALES PARA LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN

Como se ha dicho, las dificultades son de diversa índole y cabe citar:

- **Factores socioculturales:**

Los y las profesionales sanitarios están inmersos en el mismo proceso de socialización que el resto de la sociedad. De hecho, en un amplio estudio cualitativo sobre la actitud del personal sanitario frente a la VG llevado a cabo por Seoane et al., se observa que la interpretación del fenómeno depende mucho del sexo y de la conformación de la identidad de género de cada persona (es decir, de la adscripción a modelos de masculinidad o feminidad más o menos tradicionales).

En este sentido, la formación específica y la profesionalidad permiten hacer frente a algunas ideas preconcebidas que pueden dificultar la visión del fenómeno.

En la tabla 8 se recogen de Bonino algunos prejuicios sobre la VG

TABLA 8: ALGUNOS PREJUICIOS FRECUENTES SOBRE LA VG

Los varones violentos no pueden controlarse

Se atribuye la violencia masculina al alcohol, a las drogas, a los factores socioeconómicos, a la pérdida de control por ira o celos, al amor pasional, a la baja autoestima, etc. cuando la realidad es que se trata de una violencia *selectiva* que se expresa exclusivamente en relaciones donde el varón tiene más poder y cuando el contexto lo permite. La mayoría de los hombres puede contener la violencia si les puede acarrear prejuicios.

La culpa es de las mujeres

Se responsabiliza a la mujer (violentada por algo de lo que no es responsable: ser mujer) de la violencia que padece, lo que constituye una segunda victimización. Se arguyen las “provocaciones” femeninas, el masoquismo o la conveniencia de la mujer, la incapacidad de decir no, y la madre como socializadora exclusiva de los varones en el uso de la violencia.

Esta explicación responsabiliza a las mujeres del comportamiento de los hombres, ya que supone que pueden hacer que un hombre cambie con comprensión y paciencia. Con frecuencia, las mujeres interiorizan esa culpabilidad, y tienden a pensar que, si no hubieran adoptado una conducta determinada, podrían haber evitado la violencia.

La realidad es que el maltratador puede ver una actitud provocadora en cualquier trasgresión del rol femenino tradicional de atención y cuidado a su persona, en cualquier cosa que perciba como un ataque a su estatus o su virilidad.

Los varones también son maltratados

La mayoría de los varones maltratados, lo son a manos de otros varones.

En cuanto a la violencia ejercida por las mujeres, suele darse en el contexto de una agresión de la pareja y está, habitualmente, motivada por la autodefensa o el miedo, a diferencia de los motivos de control en que se basa la violencia de sus compañeros.

La violencia de pareja es un asunto de mujeres

Habitualmente se habla de la mujer maltratada pero no del maltratador por lo que el problema se define como de las mujeres. Es necesario nombrar a los varones como los principales autores de esta violencia para responsabilizarlos y hacerlos sujetos posibles de prevención y rehabilitación, y también para comprometerlos activamente en la lucha contra la violencia.

La violencia no es tan frecuente y es fácilmente reconocible

La VG no es fácilmente reconocible debido a un conjunto de operaciones simbólicas cuya finalidad es ocultarla para que se pueda admitir: la naturalización, la invisibilización, la legitimación, la insensibilización y la banalización.

En la tabla 9 se mencionan algunas reacciones del personal sanitario que dificultan la empatía ante la confianza de la mujer

TABLA 9: ALGUNAS REACCIONES QUE DIFICULTAN LA EMPATÍA ANTE LA CONFIDENCIA DE LA MUJER

-Interpretar la confianza de la mujer como una acusación que es necesario verificar con la otra parte, lo que puede ser muy peligroso.

-Mostrar irritación (empatía negativa): considerar a la maltratada como un modelo de mujer superado, débil, dependiente, incapaz de tomar decisiones.

-Derivar inmediatamente sin esperar a una adecuada maduración de las decisiones por parte de la mujer, con lo que no se atiende a su expectativa de empatía, sino que se la coloca en un papel de enferma o marginal, victimizándola doblemente.

- **Falta de formación**

A la falta de conocimientos específicos en VG, se añade una formación académica que resulta con frecuencia exclusivamente biologicista. Lo demuestra, por ejemplo, el enfoque habitual de multitud de síndromes mal definidos sin causa orgánica demostrable, que se acaban tratando uniformemente con antidepresivos sin prestar atención a la esfera psicosocial. Estos síndromes son mucho más frecuentes en las mujeres y las investigaciones los relacionan cada vez más con condicionantes de género, como las situaciones de violencia crónica, hasta el punto de que se ha propuesto denominarlos conjuntamente como “Síndromes del malestar de las mujeres”.

- **Miedo a abrir la caja de Pandora**

Los y las profesionales sienten temor a no saber manejar la situación, a ser injustos con el otro miembro de la pareja al que también conocen, frustración por no poder controlar el comportamiento de las víctimas: la confianza pesa, sobre todo si la víctima no quiere tomar decisiones activas frente al maltrato.


En algunos casos, se produce una identificación con la víctima que puede llevar a la sobreimplicación.

- **Falta de tiempo y recursos**

La persona comprometida tiene la impresión de que el sistema se beneficia de su buena voluntad a título personal y de que faltan tiempo y recursos (sobrecarga asistencial, escaso conocimiento y coordinación de los recursos, falta de privacidad en urgencias, dificultades idiomáticas y culturales en el caso de mujeres inmigrantes...)

- **Dilema ético y legal**

La víctima solicita con frecuencia que no se rellene el parte de lesiones: la obligación legal -con matices, como se verá más tarde- de romper la confidencialidad dificulta enormemente la detección de las mujeres que sufren maltrato por el sistema sanitario.



SEGUNDA PARTE

PLAN DE

INTERVENCIÓN

“No tenga miedo a preguntar. Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta de forma directa y no valorativa. En realidad, muchas están esperando silenciosamente a que se les pregunte”.

Violencia contra las mujeres: un problema de salud prioritario OMS 1997

PAPEL DEL SISTEMA SANITARIO EN LA PREVENCIÓN DE LA VG

Como se ha señalado en la introducción, la OMS considera que el sector sanitario debe intervenir en la prevención de la violencia y sus consecuencias.

La **prevención primaria** comprende actuaciones dirigidas a prevenir la violencia antes de que ocurra. Este problema estructural requiere sobre todo intervenciones en la familia, el sistema educativo y los medios de comunicación, pero el medio sanitario puede contribuir con algunas medidas, como por ejemplo:

- El fomento, a través de la relación con la paciente, de actitudes, valores y actividades que favorezcan la autonomía personal de la mujer y el ejercicio de sus derechos.
- La inclusión de contenidos de sensibilización y prevención de la violencia contra las mujeres en las actividades de educación para la salud durante el embarazo, en adolescentes y en otros grupos.
- La participación en actividades comunitarias en las que se explique la importancia que tienen para la salud las relaciones igualitarias y pacíficas y el papel del personal sanitario ante la VG.

En la **prevención secundaria** el papel del sistema sanitario consiste en:

- La detección precoz de los casos ofreciendo una respuesta inmediata y coordinada. Debe prestarse especial atención a las personas con mayor vulnerabilidad (entorno rural, discapacidad, exclusión social, etc.) y a la identificación de situaciones de riesgo como las que alteran la dinámica familiar (pérdida de empleo, problemas económicos, embarazo, conflictos, pérdidas o fracasos separación, discapacidad, migración, etc.).

Además, la detección precoz de conductas de control o de maltrato de baja intensidad en parejas que inician su relación, permite una intervención más efectiva que cuando la situación de maltrato está consolidada.

- La información a las mujeres, mediante carteles y folletos en lugares visibles, de que la VG es un tema de interés sanitario y que se les puede ofrecer ayuda.

En la **prevención terciaria**, el sistema sanitario debe colaborar en una atención multidisciplinaria orientada a que la víctima recupere el control de su vida.

VISIÓN GENERAL DEL PLAN DE AYUDA

En el algoritmo de la figura 5, se resumen las diversas actuaciones que se desarrollarán posteriormente en el documento.

De forma esquemática, se pueden establecer dos escenarios habituales:

Escenario 1: Sospecha de VG tras una consulta por cualquier motivo

Se puede establecer la sospecha de VG, bien porque al abrir la historia clínica se pregunte rutinariamente por la situación de pareja, bien porque se observe algún indicador de sospecha en el curso de la entrevista en la consulta o en urgencias. A este respecto, hay que recalcar que la mayoría de las víctimas de VG que acuden a los servicios de urgencias consulta por secuelas de violencia psicológica (cefaleas, dolores, crisis de ansiedad...) y, con menor frecuencia, por traumatismos y heridas.

Si se sospecha VG, debe realizarse una valoración global de la situación: del tipo de violencia, de las circunstancias de la mujer y de la existencia o no de indicadores de peligro inminente (riesgo vital).

A continuación se ofertarán los recursos disponibles (ver Anexo 4) y se valorará emitir un parte judicial pero, si la mujer no desea una derivación y solicita mantener la confidencialidad, se puede posponer la comunicación a la autoridad judicial, siempre y cuando no existan indicadores de peligro inminente (para ella y las personas dependientes a su cargo), y se anoten en la historia todas las intervenciones que se realizan y el plan de ayuda propuesto.

La actuación posterior dependerá del ámbito asistencial: en caso de no poder asegurarse el seguimiento (urgencias, consultas hospitalarias, equipos de pediatría), se recomienda contactar con el o la profesional de Atención Primaria en quien la mujer tenga más confianza.

El seguimiento consistirá en una labor de acompañamiento, respetando el tiempo que la víctima requiere para analizar su situación, revisar sus prejuicios y tomar decisiones y ofertando, en todo momento, los recursos disponibles.

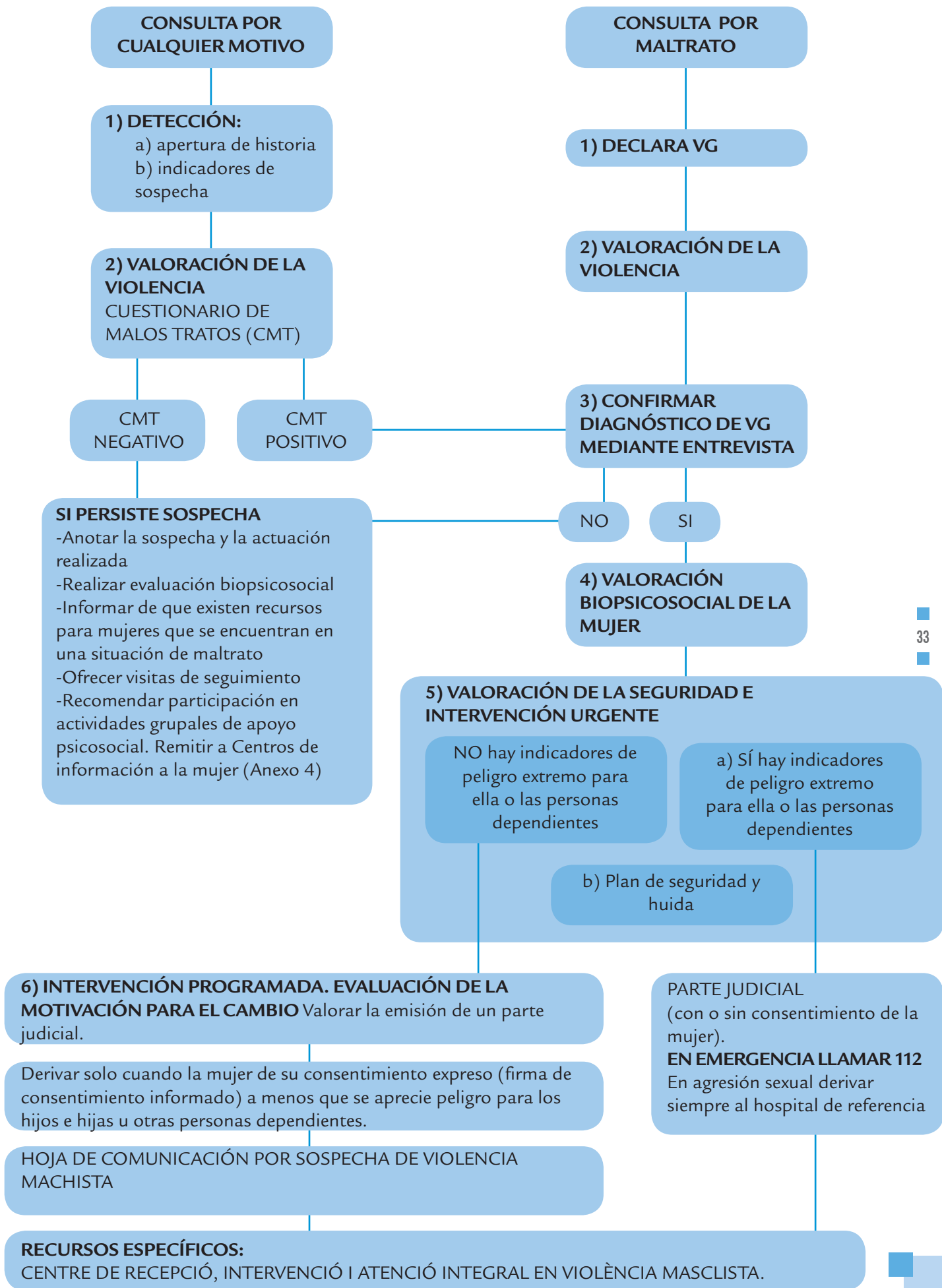
Escenario 2: Consulta por maltrato

En este caso, la prioridad consistirá en la atención médica y en los aspectos de seguridad de la mujer y su familia. Se deberá asegurar en todo momento la continuidad asistencial.

En caso de agresión sexual, se derivará siempre a los hospitales de referencia para toma de muestras.

En este escenario, la Ley obliga a informar **siempre** a la autoridad judicial mediante la emisión de un parte judicial **aunque la mujer no de su consentimiento**. Tal como se explica en el Anexo 4, esta información llegará también al correspondiente Centre de Recepció, Intervenció i Atenció Integral en Violència Masclista.

Figura 5: VISIÓN GENERAL DEL PLAN DE AYUDA



1) DETECCIÓN DE LA SITUACIÓN DE VG

Es muy importante que la entrevista se realice a solas, en un clima de confidencialidad y respeto, preguntando sin juzgar. Si la mujer está acompañada, es preferible citar en otro momento o alejar a la persona acompañante pretextando la necesidad de realizar pruebas complementarias, motivos de asepsia, etc.

Preguntar contribuye a dar nombre al problema, a romper el silencio, a validar los sentimientos de las víctimas y a poner la primera piedra para facilitar decisiones posteriores.

a) Apertura de historia clínica

Hasta el presente, las revisiones sistemáticas realizadas concluyen que no hay evidencia científica suficiente que sustente el cribado universal de la VG, a pesar de su prevalencia y morbimortalidad. El tema es muy controvertido, ya que es difícil aplicar el patrón de cribado biomédico (detección de una enfermedad o un factor de riesgo desconocido en un individuo asintomático, con el fin de disminuir la morbimortalidad) a la detección de un problema psicosocial: ni las mujeres están asintomáticas, ni la confidencia es el resultado de un test objetivo, ni la mortalidad es el único resultado a valorar, ya que se debe evaluar también la disminución de la morbilidad secundaria de la mujer y su familia, los efectos en la discapacidad y el absentismo laboral, la posible disminución de la hiperfrecuentación a los servicios sanitarios o de la yatrogenia por diagnósticos erróneos, etc.

Por estos motivos y, siguiendo la Mesa del PAPPs 2008, se formula la siguiente recomendación:

Se recomienda preguntar rutinariamente por la situación de pareja o familiar, como forma de evaluación psicosocial en la apertura de la historia clínica. *

Ejemplos de preguntas generales:

¿Cómo están las cosas en casa? ¿Algún problema con su pareja o hijos? ¿Cómo va la relación con su pareja? ¿La considera satisfactoria?

** En nuestro medio se ha validado la versión corta del Woman Abuse Screening Tool (WAST corto) como cuestionario de cribado, si bien presenta falsos positivos que obligan a confirmar la VG con otros métodos.*

b) Indicadores de sospecha en ausencia de lesiones

POR LA CONSULTA O LAS CIRCUNSTANCIAS DE LA MUJER:

Se debe investigar VG en las circunstancias en las que la mayor vulnerabilidad de la mujer aumenta el riesgo y en presencia de determinados indicios: síntomas crónicos vagos, actitudes disfuncionales en el uso de servicios sanitarios y otras situaciones como las recogidas en la tabla 10.

TABLA 10: INDICADORES DE SOSPECHA DE VG EN LA MUJER Y SITUACIONES DE ESPECIAL VULNERABILIDAD

Síntomas y signos:

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

Comportamientos

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

Actitudes

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

Situaciones de especial vulnerabilidad

- Embarazo.
- Aumento de dependencia: discapacidad, causas económicas, migración.

Exclusión social

- Antecedentes de haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia.

POR LA ACTITUD DEL COMPAÑERO:

Se debe sospechar ante un compañero que protagoniza la entrevista con la mujer (tabla 11).

TABLA 11 : INDICADORES DE SOSPECHA DE VG ANTE ACTITUDES DEL COMPAÑERO

- Responde a las preguntas por ella.
- Se muestra excesivamente solícito.
- Se muestra hostil y agresivo.
- Tiene una actitud despectiva.
- Establece barreras a la comunicación con la paciente.

POR LAS REPERCUSIONES EN LOS HIJOS/HIJAS

Con frecuencia, la situación de VG se detecta en pediatría por repercusiones del caso como las que se muestran en la tabla 12. Es importante recordar que puede tratarse del único contacto que la madre tiene con el mundo sanitario, por lo que siempre se debe ofrecer ayuda.

TABLA 12: INDICADORES DE SOSPECHA EN MENORES

- Detención o retraso del crecimiento.
- Enfermedades psicósomáticas de repetición.
- Accidentes frecuentes.
- Dificultades o retraso en cualquier área del desarrollo (psicomotricidad, lenguaje, inteligencia, social).
- Trastornos del comportamiento: dificultades en control de impulsos, alternancia de agresividad-pasividad ,inhibición.
- Trastornos del sueño y de la alimentación.
- Trastornos del control de esfínteres.
- Dificultades escolares: falta de concentración ,bajo rendimiento, dificultad de relación con sus iguales.
- Depresión e intentos de suicidio.

Existe acuerdo generalizado en que hay investigar siempre una posible VG en presencia de indicadores de sospecha, o en situaciones de especial vulnerabilidad.

Se recomienda formular alguna pregunta general sobre las relaciones de pareja precedida de una frase introductoria como lo que se ilustra a continuación:

“Se ha visto que los problemas en las relaciones de pareja pueden repercutir en la salud y por eso le hago estas preguntas.

¿Cómo van las cosas en casa? ¿Tiene usted algún conflicto con su pareja? Si lo tiene, ¿cómo lo manejan?”

Se puede contextualizar la pregunta en caso de embarazo, migración, discapacidad.

Si niega pero persiste sospecha: *¿Ha sentido alguna vez miedo de su pareja?*

Si responde negativamente pero persiste la sospecha se hará seguimiento en consulta y valoración biopsicosocial (véase algoritmo).

Ejemplos de preguntas a formular en adolescentes:

“Se ha visto que los problemas en la familia pueden repercutir en la salud y por eso te hago estas preguntas: ¿Cómo van las cosas en casa? ¿Cómo se llevan tus padres?”

c) Indicadores de sospecha en presencia de lesiones

En la tabla 13 se resumen las características de las lesiones que deben hacer sospechar VG

TABLA 13 : INDICADORES DE SOSPECHA EN CASO DE LESIONES

- Lesiones con un patrón central.
- Contusiones o lesiones en la cabeza, cuello o pecho.
- Lesiones que sugieran una postura defensiva.
- Lesiones antiguas no tratadas junto a lesiones nuevas (¡Violencia reiterada!).
- Incoherencia en el relato de los hechos o negativa a explicar el origen de las lesiones.
- Lapso de tiempo prolongado entre accidente y consulta.
- Lesiones durante el embarazo.
- Patrón de consultas repetidas al servicio de urgencias.
- Historia de accidentes frecuentes.
- Evidencia de abuso de alcohol u otras drogas.
- Consulta por intento de autolisis.
- Consulta en los servicios de urgencias después de una violación.
- Comportamiento evasivo, vergüenza, falta de preocupación por las lesiones.
- Presencia de un compañero que desea controlar la entrevista.

En presencia de una mujer con lesiones siempre se debe sospechar VG.

Se recomienda formular alguna pregunta como las que se ilustran a continuación:

-A veces, estas lesiones son debidas a golpes producidos por alguien. ¿Es su caso?

-¿Cómo le ha sucedido? La violencia es algo tan frecuente que he empezado a preguntar a todos mis pacientes si la padecen.

-Me preocupa que sus síntomas puedan deberse a que alguien la maltrata.

- No sé si es su caso, pero muchas de las pacientes que veo sufren situaciones de malos tratos. Algunas mujeres están demasiado asustadas o avergonzadas para comentarlo directamente, así que he empezado a preguntarlo de manera rutinaria.

Es importante tranquilizarla respecto a la confidencialidad e infundir confianza respecto a su futuro y al de los hijos e hijas.

También es importante dejar la puerta abierta a que pueda desvelar su situación o buscar ayuda en otro momento.

“Me parece que le cuesta contestar: lo comprendo porque resulta difícil hablar de temas relacionados con problemas de la familia. Si quiere, aplazamos el tema hasta que usted quiera...”

2) VALORACIÓN DE LA VIOLENCIA

Se debe valorar:

a) El tipo de violencia (psicológica, física y sexual)

En nuestro medio, se ha validado el Cuestionario de Malos Tratos (CMT) como instrumento para detectar VG en Atención Primaria. Adapta preguntas de otros cuestionarios (Index of Spouse Abuse, Conflicts Tactics Scale, Ambuel) y evalúa diversos tipos de VG: comprende 5 preguntas que recogen los comportamientos más habituales de abuso psíquico dirigidos a mantener el control sobre la persona agredida, 4 preguntas de maltrato físico de diferente forma y gravedad y 1 pregunta de abuso sexual. Utiliza una escala tipo Likert (con 5 respuestas, de nunca a casi siempre). En la tabla 14 se presenta una adaptación del cuestionario en forma de tabla, de forma que una sola respuesta en una casilla oscura permite detectar VG.

b) El tiempo de evolución

c) La intensidad y la frecuencia

d) La fase del proceso de la violencia

e) Los mecanismos adaptativos desarrollados por la mujer

f) El comportamiento social y familiar del agresor ¿Ha agredido a otras personas?

Se recomienda emplear el Cuestionario de Malos Tratos (CMT) para la valoración de la sospecha de violencia en todos los ámbitos de actuación profesional del Ibsalut no especializados en atención a las víctimas de violencia.

Este instrumento se empleará también para derivar el caso a los recursos específicos mediante la HOJA DE COMUNICACIÓN POR SOSPECHA DE VIOLENCIA MACHISTA (ver Anexo 4).

Si no fuera posible realizar el CMT (servicios de urgencias, falta de tiempo, presencia de testigos en la entrevista, etc.) se anotará VG como orientación diagnóstica y se citará de manera programada o se remitirá a la consulta de atención primaria para seguimiento.

TABLA 14 :CUESTIONARIO DE MALOS TRATOS (CMT)⁽¹⁾

Preguntas

Su marido/pareja

1. ¿Respeto 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. ¿La 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 hierirla con un arma o con otro objeto?

nunca	casi nunca	algunas veces	bastantes veces	casi siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Interpretación:

Cualquier respuesta en casilla gris detecta VG

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

3) CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA

En todos los casos, la confirmación diagnóstica se hará mediante la entrevista clínica.

Se anotará VG como diagnóstico y sus códigos relacionados:

CIE 9: 995.80 y diagnósticos relacionados

995-81 físico

995-82 psicológico

995-83 sexual

995-85 múltiples formas

Autor: E 967.3 Apaleamiento y otros malos tratos por cónyuge, pareja (incluye ex cónyuge, ex pareja)

Hay que recalcar que la anotación en la historia de una **confirmación diagnóstica** de VG no equivale a una calificación legal del caso, que compete al ámbito judicial. Es decir, no se está acusando ni juzgando al posible agresor, sino evaluando clínicamente a la mujer. Cuando proceda, se derivará el caso **por presunción** de VG (ver Anexo 4).

4) VALORACIÓN BIOPSIICOSOCIAL DE LA MUJER

Comprende una evaluación integral de la situación física, emocional, familiar y social de la mujer. A continuación, se reproduce con alguna modificación, la valoración recomendada en el Protocolo de actuación en atención primaria para mujeres víctimas de malos tratos de Castilla La Mancha.

a) Lesiones y síntomas físicos

Se hará una evaluación y descripción detallada de las lesiones físicas en el parte de lesiones. Si es posible, se harán fotografías de las zonas con lesión, previo consentimiento de la mujer.

a) Naturaleza :

Contusión, hematoma, erosión, herida, excoriación, mordedura, quemadura

b) Órganos afectados:

Piel, afectación músculo-esquelética, ocular, auditiva, genital.

Si hay sospecha de lesión interna (abdominal, torácica y/o cerebral), se anotará la información como sospecha hasta la realización de pruebas complementarias de confirmación en medio hospitalario.

c) Localización anatómica:

Se prestará atención a las lesiones de defensa (en antebrazos, manos y uñas) y a las lesiones en zonas no visibles o de distribución bilateral.

d) Forma y longitud.

e) Color: facilitará conocer su posible fecha de producción (tabla 15). Hay que **prestar especial atención a las lesiones en diversos estadios** (violencia reiterada).

TABLA 15 COLORACIÓN DE LAS LESIONES EN FUNCIÓN DEL TIEMPO DE EVOLUCIÓN

Color..	Tiempo de evolución
Negro-azul oscuro	Inmediato < 1 día
Rojo-violáceo	1-5 días
Rojo púrpura..	5-7 días
Verdoso	7-10 días
Amarillento	>2 semanas

b) Situación emocional

Se debe valorar el daño psíquico explorando la respuesta psíquica inmediata o tardía, en función del momento en que se evalúe a la paciente (tabla16).

TABLA 16 : RESPUESTA PSÍQUICA EN FUNCIÓN DE LA TEMPORALIDAD

RESPUESTA PSÍQUICA INMEDIATA	RESPUESTA PSIQUICA TARDÍA
(va perdiendo intensidad con la desaparición del hecho puntual). Shock emocional. Negación de lo sucedido. Confusión. Abatimiento. Temor a una nueva agresión. Sensación de culpabilidad y vergüenza.	(se relaciona con la vulnerabilidad de la víctima). Síntomas psicossomáticos. Molestias inespecíficas. Trastornos del sueño. Depresión-Ansiedad. Baja autoestima. Trastorno por estrés postraumático.

La situación variará en función de las circunstancias, los posibles agravantes de la vivencia (uso de armas, ensañamiento) y la valoración subjetiva de la mujer.

Se preguntará abiertamente por la existencia de ideas autolíticas y, en su caso, de planes concretos así como la posesión de armas.

La evaluación del riesgo suicida incluye los antecedentes familiares y personales, las enfermedades previas, los malos tratos en la infancia, la impulsividad, etc.

En la tabla 17 se exponen los signos de alarma de riesgo suicida

TABLA 17 : SIGNOS DE ALARMA DE RIESGO SUICIDA

Euforia tras un periodo de desesperanza. Audacia temeraria o accidentes múltiples. Existencia de remordimientos. Autocrítica exagerada. Desesperanza. Discurso con contenidos suicidas. Elaboración de testamento o regalo de pertenencias.

c) Situación familiar

Se debe interrogar por el tipo de vivienda, el número de convivientes, hijos e hijas y otras personas dependientes.

Evaluar las relaciones que mantiene con otros familiares y los posibles apoyos que podrían brindarle.

d) Situación económica, laboral y existencia de algún tipo de cualificación que le permita acceder al mercado laboral.

e) Red de apoyo social

Apoyo de amistades y vecindario, sitio alternativo en el que vivir.

5) VALORACIÓN DE LA SEGURIDAD E INTERVENCIÓN URGENTE

En todos los casos de atención sanitaria ante la VG, sobre todo en presencia de un estallido de violencia, será necesario determinar, conjuntamente con la mujer, si existe o no un peligro extremo (riesgo de evento inminente con amenaza para la vida de la mujer, los hijos e hijas y otras personas) y tener preparado un plan de seguridad y huída.

a) Situaciones de alto riesgo: Se prestará especial atención a las situaciones recogidas en la tabla 18.

TABLA 18 SITUACIONES DE ALTO RIESGO

La mujer declara temer por su vida.

El compañero:

- Dispone de armas en casa.
- Abusa de drogas, especialmente alcohol, cocaína.

El compañero profiere amenazas:

- Suicidarse, matarla o matar a los hijos.
- A amistades o parientes de la mujer.
- La sigue o la acosa, tiene celos extremos y un control obsesivo de sus actividades.

Los episodios de violencia:

- Se producen también fuera del domicilio.
- Afectan directamente a hijos e hijas.
- Afectan a otras personas.
- Ha sometido a la mujer a actos de violencia sexual repetidos.
- Han aumentado en frecuencia y gravedad.
- Se producen durante el embarazo.

En determinadas situaciones, en que la mujer:

- Ha planeado la separación en un futuro cercano.
- Ha denunciado lesiones graves.
- Ha recurrido a ayuda exterior para poner fin a la violencia y el compañero lo sabe.

b) Intervención en situaciones de alto riesgo

Si se detectan situaciones de alto riesgo, se debe garantizar la seguridad por encima de cualquier otra consideración. En caso de evaluarse una situación de peligro extremo **se contactará inmediatamente con el 112.**

• **Informar del peligro y plantear estrategias.**

-Preparar un plan de seguridad y huida (véase c)

-En situaciones de peligro extremo:

-**Domicilio:** explicarle que, si regresa al domicilio su vida corre peligro. Si quiere salir del domicilio, contactar con 112 por si fuera necesario gestionar centro de emergencia.

-**Seguridad de las personas dependientes:** ¿Están sus hijos /as seguros? ¿Dónde está ahora el agresor?.

-**Red de apoyos:** ¿Lo saben sus amistades y familiares? ¿La ayudarían?.

• **Registrar minuciosamente en historia.**

• **Evaluar las lesiones y derivar si procede.**

• **Parte de lesiones:**

Emitir el parte de lesiones y leérselo.

Entregar copia: si hay peligro de que el agresor vea la copia, valorar con la mujer la entrega a familiares o personas de confianza.

Informarla de las implicaciones del parte (será citada por el juzgado aunque no formule denuncia).

• **Evitar en todo momento que la mujer quede sola.** Si hay que derivar, garantizar el acompañamiento.

En el estallido de violencia es trascendental **cuidar la entrevista clínica**. Suele tratarse de una consulta urgente y es frecuente que se descuide la escucha por la presión asistencial y porque la mujer suele estar aturdida y le es difícil relatar los hechos. Sin embargo, puede ser la primera ocasión para detectar el caso y **favorecer una crisis** de la mujer que aumente las posibilidades de intervención.

c) Preparación de un plan de seguridad y huída

Es conveniente entregar una hoja escrita con información sobre el plan de protección y huída (figura 6).

FIGURA 6: HOJA DE INFORMACIÓN: PLAN DE PROTECCIÓN Y HUÍDA

Precauciones si permanece en el domicilio.

- Retire armas u objetos que puedan usarse como tales.
- Memorice teléfonos urgentes (policía...).
- Concierte una señal con vecinos o familiares en caso de peligro.
- Enseñe a sus hijos a buscar ayuda y protegerse.
- Evite estar sola en lo posible.
- Si ve próxima la agresión, no se aleje de la puerta de salida.
- Si el ataque es inevitable proteja la cabeza y la cara con los brazos.

Tenga preparada en lugar seguro una bolsa o maleta con este material por si tuviera que abandonar la casa de forma urgente.

- Llaves: copia adicional de la casa y del coche.
- Teléfonos: de familiares, colegios, médicos y otros teléfonos de lugares donde pueda alojarse.
- Documentación propia y de sus hijos/as: certificado de nacimiento, tarjeta sanitaria, carnet de conducir, pasaporte, DNI o permiso de residencia y de trabajo, pólizas de seguros, escrituras, informes médicos de lesiones...
- Ropa, medicamentos y algún objeto significativo para cada hijo/a.
- Dinero: abra una cuenta corriente o libreta que sólo usted conozca, y vaya ingresando lo que pueda; disponga de algo en metálico.
- Tenga precauciones: asegúrese de 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 lugares que había contactado previamente.

Teléfonos importantes

Emergencias	112
Policía Nacional	091
Policía local.. . . .	092
Guardia Civil	062
Urgencias sanitarias	061
Atención mujeres maltratadas 24 horas	016
Atención social urgente 24 h Institut Balear de la Dona	971 775 116
Familiares o amigos en cuya casa pueda alojarse	
.....	
Colegios.	
.....	
Otros teléfonos importantes	
.....	
.....	

6) INTERVENCIÓN PROGRAMADA

a) Objetivo de las intervenciones

El objetivo último de las intervenciones es procurar que la persona **vuelva a asumir el control de su vida**, lo que supone un proceso largo en el que, con frecuencia, se requerirán recursos especializados.

Sin embargo, es frecuente que la víctima no solicite ayuda o la rechace por los motivos que se han ido analizando previamente: miedo, aislamiento, paralización ante el trauma, creencias culturales, naturaleza dinámica de la VG con fases de calma y de violencia que pueden provocar ambivalencia en la víctima, etc.

Por tanto, es fundamental **identificar el grado de conciencia de maltrato y la motivación para cambiar la situación** que tiene la mujer en cada momento y adaptar la actuación profesional a dicha fase. En este sentido, toda la intervención programada que se propone sigue las indicaciones de la ya mencionada **Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres** (en adelante GAVPM).

b) Evaluación de la motivación para el cambio

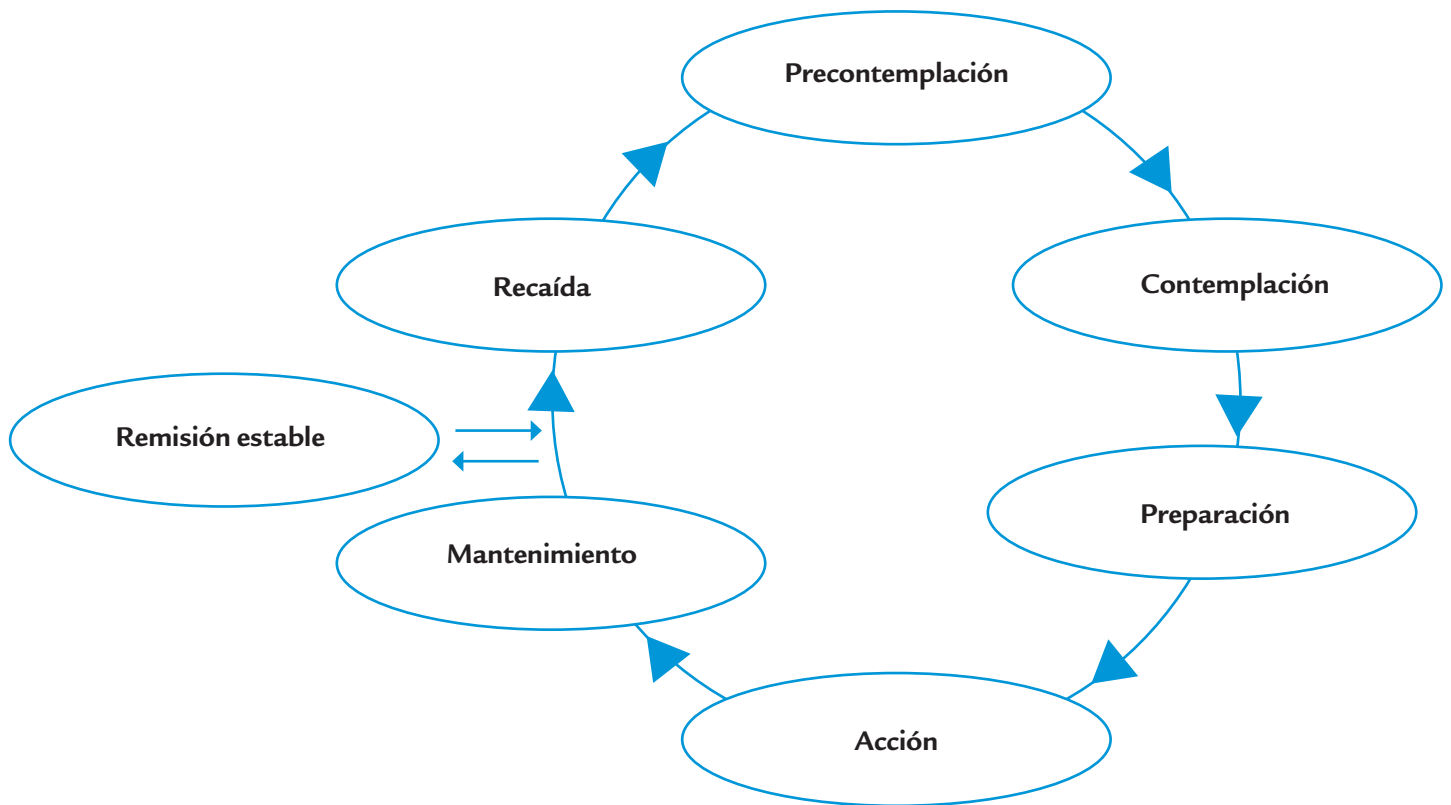
Para esta evaluación, se propone usar el modelo de Prochaska y Di Clemente que define el cambio como un proceso dinámico, con diversas fases por las que pasa la persona con respecto al problema que padece, tal como se ilustra en la figura 7.

En la VG, los estadios pueden definirse de la siguiente manera:

- **Fase de precontemplación:** en esta etapa la mujer no tiene conciencia del problema (lo niega, lo minimiza, defiende al maltratador, culpabiliza a terceros o a ella misma).
- **Fase de contemplación:** es consciente de que hay una relación abusiva o problemática aunque no adopta acciones concretas. Puede ocultar el maltrato o disponerse a hablar de él.
- **Fase de preparación:** sabe que debe hacer algo para resolver el problema. Comienza con pequeños cambios: amplía su red social, desarrolla actividades. Se muestra ambivalente con respecto a su relación y a la decisión de separarse.
- **Fase de acción:** La víctima establece alianzas y busca recursos para romper la relación con el maltratador y ejecutar su proyecto de independencia: busca ayuda para el proceso de separación, busca trabajo si no lo tiene, participa en grupos de apoyo.
- **Fase de mantenimiento:** mantiene los cambios que ha hecho y permanece alejada del agresor aunque pueden reaparecer sentimientos de ambivalencia.
- **Fase de recaída:** vuelve a establecer contactos con el maltratador y a vivir en situación de violencia. Es necesario reevaluar el proceso.
- **Fase de remisión estable:** mantiene los cambios propios de la fase de acción que permitieron su autonomía personal a lo largo del tiempo.

Hay que tener en cuenta que las fases de cambio no son equiparables al ciclo de la violencia. Por ejemplo, una explosión de violencia es un momento propicio para que la mujer tome decisiones, pero ella puede encontrarse en fase precontemplativa en ese momento.

Figura 7: Modelo de la motivación para el cambio de Prochaska y DiClemente



Si no existe una situación de riesgo inminente, se recomienda adaptar la actuación profesional al grado de conciencia de maltrato y a la motivación para cambiar su situación que tenga la mujer en ese momento, siguiendo el modelo de Prochaska y Di Clemente.

Se trata de hacer una labor de acompañamiento, informando sobre la violencia a la mujer que la padece, respetando su voluntad y sus tiempos, ayudándola a elaborar planes adaptados a su situación y apoyando sus esfuerzos para tomar decisiones autónomas y recuperar el control de su vida.

Siempre se proporcionará información acerca de recursos específicos de apoyo y se tendrá planeado un plan de seguridad.

c) Consideraciones previas antes de iniciar las entrevistas:

En la tabla 19 se resumen algunas consideraciones sobre las entrevistas

TABLA 19: CONSIDERACIONES SOBRE LAS ENTREVISTAS PROGRAMADAS

Quién:

Las intervenciones las realizará preferiblemente la persona a quien la mujer haya hecho la confianza, sin perjuicio de la coordinación profesional y de las derivaciones que resulten pertinentes.

En líneas generales, es más probable que la intervención se lleve a cabo en atención primaria, por la mayor proximidad y longitudinalidad de la atención.

La intervención debe organizarse para evitar que la mujer tenga que empezar de cero cada vez que cambie de profesional. Se debe calibrar el alcance de las propias intervenciones: evaluar la propia capacidad profesional, lo que se le puede ofertar, el tiempo necesario, la capacidad de seguimiento y los recursos disponibles.

Cuándo:

Las intervenciones se realizarán en sucesivas citas concertadas.

Cómo:

Es importante cuidar el entorno y procurar un clima de confianza, respeto y comprensión.

La información sobre la VG es, en sí misma, una intervención terapéutica.

A la hora de elegir el foco hay que dar prioridad a lo que preocupe a la mujer en ese momento y adaptarse a ello (por ejemplo, si hay un juicio inminente no se debe insistir en hablar de otra cosa).

Hay que tener en cuenta la fase dentro del ciclo de la violencia: es difícil trabajar en fase de luna de miel.

Evitar:

Intervenciones poco cuidadosas que puedan retraumatizar o dañar a la víctima.

Desmontar las defensas que está poniendo en marcha hasta que no esté preparada.

Meterse en áreas de conflicto (hay que saber leer entre líneas).

Juzgar, ordenar, sermonear, desaprobar, interrogar, ironizar e interpretar (véase anexo sobre la entrevista motivacional).

d) Intervenciones según la fase de cambio

Las páginas que siguen reproducen, de forma prácticamente literal, las pautas de entrevista propuestas por la GAVPM según la fase en la que se encuentra la mujer.

TABLA20: INTERVENCIÓN EN FASE PRECONTEMPLATIVA (PRE-INTENCIÓN)

No reconoce la violencia como un problema: niega, minimiza, defiende al maltratador, culpabiliza a terceros o a ella misma.

Objetivo

- Fomentar la reflexión de la mujer respecto a su situación.
- Aumentar la percepción del riesgo al que está sometida.
- Fomentar su autoeficacia (creencia de que es capaz de cambiar la situación).

Intervención

- Entrevista muy breve, de unos 5 minutos, ya que puede haber un alto nivel de resistencia, rechazo, nerviosismo o incluso llanto que no permita una intervención larga y detallada.
- Hacer una devolución a la mujer sobre su estado de salud relacionando el motivo de consulta con la situación de violencia.

Ejemplo: *“Veo que está sufriendo por alguna situación que está influyendo en su insomnio. En otras mujeres con este problema he podido detectar que puede haber algún problema en casa.”*

- Mantener una actitud empática.
- Insistir en que la violencia nunca está justificada (ante excusas o minimizaciones de la violencia).
- Fomentar la auto-eficacia.

Ejemplo: *“Todas las personas podemos hacer cambios poco a poco. Por lo que me ha contado (por ejemplo si ha referido que tiene trabajo fuera de casa o cuida de sus hijas e hijos) en esta situación difícil usted está saliendo adelante...”*

A tener en cuenta...

- La confidencialidad es imprescindible.
- Salvo grave peligro para la mujer, no se debe proponer la derivación como primera medida en respuesta a la confidencia de la mujer.
- Evitar: ordenar, sermonear, desaprobar, interrogar, ironizar e interpretar.
- Dejar la puerta abierta para retomar el tema en un futuro y proponer una nueva cita.
- La elaboración de un plan de seguridad según las circunstancias (ejemplo: agresión física grave, riesgo de suicidio) puede servir como excusa para aumentar la toma de conciencia.
- Proporcionar información acerca del derecho al buen trato (vinculada a información general de salud).

TABLA 21: INTERVENCIÓN EN FASE CONTEMPLATIVA (INTENCIÓN)

Empieza a tomar conciencia de que existe una relación abusiva y/o problemática. No hay acciones concretas.

Objetivo

- Favorecer la inclinación de la balanza hacia el cambio de situación.
- Aumentar la toma de conciencia de la existencia real de un proceso de VG.

Intervención

Los siguientes aspectos se abordarán en sucesivas citas concertadas de 15 a 30 minutos, utilizando la escucha reflexiva:

- Iniciar la entrevista recalcando nuestro respeto a las decisiones que tome a lo largo de su proceso.
- Verbalizar (es decir, hacer visible) lo que está ocurriendo, sin culparla, relacionándolo con los hallazgos de la valoración.

Ejemplo: “Alguna vez me ha comentado que su pareja la pone en evidencia delante de su familia. ¿A qué situaciones en concreto se refiere?... ¿Me podría explicar lo que ocurre con más detalles?”

- *Analizar con ella el ciclo de la violencia (Tensión, Explosión, Arrepentimiento)* Reflexionar sobre 3 episodios de violencia: el primero, el más grave y el último.

Proponerle que sitúe estos episodios en un gráfico y los valore de 0 (no tensión ni peligro) a 10 (máxima tensión y peligro).

Prestar especial atención al reconocimiento de la tensión y la agresión.

Señalar la importancia de la fase de arrepentimiento como refuerzo positivo para continuar con la relación.

- Enfatizar la importancia del propio bienestar y del autocuidado, frente al mantenimiento de una relación nociva.

Ejemplo: “Todo lo que me ha contado influye directamente en su salud y dificulta que se pueda cuidar”.

- Demostrar la existencia real de una situación de violencia.

Ejemplo: “El hecho de que la ponga en evidencia continuamente, como hemos estado hablando, se corresponde con violencia psicológica según los estudios existentes”.

- Indagar acerca de los recursos personales y sociales: familiar, de amistades y laboral.
- Identificar razones para seguir o no en esa relación. Puede ser un trabajo que ella traiga por escrito en la siguiente cita.
- Analizar los miedos a un posible cambio.
- Elaborar un plan de seguridad según las circunstancias (Ejemplo: agresión física grave, riesgo de suicidio).
- Apoyar y dar valor a su decisión.
- Advertir sobre el riesgo que supone compartir esta información con su pareja.

A tener en cuenta...

Para la entrevista es preciso utilizar la información obtenida en la/s visita/s de valoración de la situación de violencia.

En la fase contemplativa, la mujer va a empezar a asustarse y necesitará mucha ayuda.

- Fijar los objetivos sabiendo qué se va a hacer en cada entrevista, respetando el proceso de cada mujer: NO precipitarse, lo más probable es que sean necesarias varias entrevistas.
- Enfatizar lo contraproducente de intentar convencer a su pareja o de negociar con ella, ya que no es útil y puede ser peligroso.
- Es conveniente tener previsto un plan de seguridad por si surge una contingencia.
- En esta fase, la pregunta que nos debemos hacer NO es:

¿Por qué no le deja? SINO: ¿Por qué no puede dejarle? o

¿Por qué el hombre que la maltrata no le permite dejarle?.

TABLA 22: INTERVENCIÓN EN FASE DE PREPARACIÓN (DECISIÓN)

La mujer va realizando pequeños cambios

Objetivo

- Apoyar y ayudar a la mujer a elaborar la mejor estrategia para conseguir el cambio.

Intervención

Entrevista motivacional mediante escucha reflexiva en entrevistas concertadas de 15-30 minutos.

- Escuchar los planes de la mujer y expresar la importancia de los esfuerzos que está realizando.
- Analizar objetivamente con ella la situación actual y lo ocurrido en los anteriores intentos de cambio.
- Valorar qué problemas anticipa para hacer un cambio en la actualidad.

Es relevante insistir en que esta fase y la siguiente (acción) son de un riesgo especial, ya que el maltratador, cuando observa que la situación empieza a escapar a su control, puede aumentar la intensidad y frecuencia de la violencia. Por lo tanto, es conveniente revisar el **plan de seguridad** con ella.

Negociar el plan de cambio.

- Es imprescindible, en esta etapa, valorar y consensuar con la mujer la derivación a los recursos específicos (ver Anexo 4).

A tener en cuenta...

La mujer se encuentra con frecuencia ambivalente. La ambivalencia es un estado de conflicto en el que la persona tiene sentimientos contrarios de forma simultánea, en este caso “querer y no querer dejar a la pareja que la maltrata”. Comprender que la ambivalencia es algo habitual, aceptable y comprensible en un proceso de cambio, facilitará que no se produzcan resistencias a la escucha por parte de la mujer.

Trabajar la ambivalencia supone:

- **Evitar “ponerse persuasivo”**. Ejemplo: “Creo que lo mejor que puedes hacer es dejarle porque ya sabes lo que pasa con estas relaciones y si no todo va a ir a peor, piénsalo”.

- **Evitar explicar demasiado pronto los riesgos de la relación de maltrato**.

Ejemplo: “Si sigues en esta situación puedes llegar a ser una de las mujeres que salen en la televisión porque las han matado”.

- **Manifiestar a la mujer la conveniencia de tomar una decisión**. Ejemplo: “Nos hemos visto varias veces ahora creo que es conveniente ir perfilando las decisiones que quieres tomar, el camino a seguir, cómo lo vas a hacer...”

- **Considerar que los valores y las expectativas sobre los cambios**, pueden ser radicalmente diferentes para cada mujer. Es muy relevante comprender los valores, sentimientos y creencias de la mujer.

- **Considerar el contexto** familiar, social, de la comunidad a la que pertenece la mujer ya que éste puede contribuir de forma positiva al cambio o interferir en él.

ATENCIÓN

A partir de esta fase, y en adelante, es imprescindible priorizar la seguridad y protección de la mujer.

TABLA 23 : INTERVENCIÓN EN FASE DE ACCIÓN

La mujer actúa (acción interna y externa)

Objetivo

- Acompañar a la mujer para que no se sienta sola y reafirmar su proceso.
- Garantizar y extremar la seguridad.

Intervención

- Aprovechar la entrevista motivacional para generar afirmaciones automotivadoras que, partiendo del proceso de reflexión de la mujer, estén relacionadas con:
 - El reconocimiento del problema.
Ejemplo: “Me está diciendo que la ansiedad que sufre puede tener que ver con los problemas en casa”.
 - Expresión de preocupación.
 - Intención de cambiar.
 - Optimismo sobre el cambio.
 - El balance de pros y contras de la decisión a tomar.
- Para ayudar a la generación de estas afirmaciones, podemos:
 - Preguntar por un episodio concreto para recoger información
Ejemplo: “¿Cómo fue el día que la insultó?”.
 - Utilizar situaciones extremas.
Ejemplos:
“Cuáles son los peores miedos o consecuencias si no cambia la situación? o ¿Qué cosas peores podrían ocurrir si sigue la escalada de violencia?”.
 - Mirar hacia atrás.
Ejemplo: “Antes me decía que no salía apenas de casa”.
 - Mirar hacia delante.
Ejemplo: “Si toda la situación cambiara ¿cómo se sentiría?”.
 - Replantear los objetivos.
Ejemplo: “En las primeras entrevistas me decía que quería estar mejor, que no podía más y lo que quería hacer. Ahora ¿cómo lo ve?”.
 - Utilizar la paradoja.
Ejemplo: “Por lo que me dices sigue dejándote en ridículo ¿eso es bueno para ti?”.
- Asegurarse de que cuenta con el apoyo de los recursos específicos, en especial el apoyo psicológico.
- Concertar llamadas periódicas para valorar su seguridad.
- Revisar el plan de seguridad con ella.

A tener en cuenta...

- Es importante recordar a la mujer que existe un riesgo especial y preparar los recursos necesarios para salir de la situación en que se encuentra.
- Ante la inminencia del cambio, puede haber un aumento de ambivalencia.

TABLA 24: INTERVENCIÓN EN FASE DE MANTENIMIENTO

La mujer mantiene los cambios que ha hecho

Objetivo

- Ayudar a identificar y utilizar estrategias para prevenir recaídas.
- Mantener la vigilancia del riesgo.

Intervención

- Animar a la mujer a participar en algún grupo de mujeres.
- Preparar con la mujer una posible derivación si no se ha hecho antes.

A tener en cuenta...

- Analizar de nuevo con ella el ciclo de la violencia. Se incidirá en que la fase de “luna de miel” o reconciliación es un momento especialmente vulnerable para volver a la situación anterior.
- Mantener la seguridad y protección de la mujer. No debemos olvidar repasar el plan de seguridad y el escenario de protección para ella y sus hijos e hijas.
- Revalorizar todas las facetas de la vida saludable.
- Los grupos de educación para la salud en los que participan mujeres (madurez, etapas vitales, preparación al parto, cuidadoras, relajación, autoestima) son recursos que evitan el aislamiento y favorecen la adquisición de capacidades para afrontar las relaciones de poder y cambiarlas (proceso de “empoderamiento”).

Es importante que, en estos grupos, se incluya la perspectiva de género. Esta perspectiva analiza las relaciones jerárquicas y desiguales entre hombres y mujeres como resultado de la distinta socialización, y no de las diferencias biológicas.

TABLA 25: INTERVENCIÓN EN FASE DE RECAÍDA / RUPTURA EVOLUTIVA

Los cambios no se estabilizan y la mujer vuelve con su pareja, reinstaurándose la violencia

Objetivo

- Ayudar a la mujer a renovar el proceso de contemplación, determinación y acción sin que aparezcan bloqueos o desmoralización por la recaída.

Intervención

- Volver a mostrar nuestra empatía y cercanía.
- Evitar caer en el desánimo o en sentimientos de fracaso. Poner en positivo todo lo conseguido hasta el momento y recordarlo. No culpabilizar.

Ejemplos: “Usted no es la única. Esto le ocurre a muchas mujeres”. “Usted no tiene la culpa”.


En la entrevista motivacional se trabajará con la mujer:

Su historia de maltrato haciéndole una devolución. *Ejemplo: “¿Se acuerda cuando me decía que no la dejaba salir?”.*

El sentimiento de culpa que aparece en la mujer. *Ejemplo: “¿La culpa de todo lo que sucede?”.*

A tener en cuenta...

- Recordar el ciclo de la violencia: “fase de luna de miel”.
- Revalorizar todas las facetas de la vida saludable.
- Tener presente que el maltrato es un proceso en el que se produce desvalorización y baja autoestima de las mujeres que lo sufren.
- Identificar nuestra frustración e incompreensión para evitar dirigir nuestra agresividad hacia la mujer.
- Las mujeres maltratadas hacen una media de 7 a 8 intentos antes de conseguir separarse completamente de sus parejas.
- A pesar de que vuelva con la pareja y se reinstaure el maltrato, es posible que la crisis personal de la mujer y la intervención profesional, le hayan ayudado progresar y no vuelva exactamente al punto de partida.



ANEXO 1

PRINCIPIOS DE LA

ENTREVISTA

MOTIVACIONAL*

** Se reproduce íntegramente el capítulo de la GAVPM.*

PRINCIPIOS GENERALES

La característica fundamental de la entrevista motivacional es que no se basa en la confrontación, sino en la colaboración con el/la paciente. Muchas personas están familiarizadas con su empleo en el tratamiento de hábitos no saludables y adicciones, aunque es posible adaptarla para abordar la VG.

Durante la entrevista conviene:

- **Informar** sobre las características de la entrevista que se va a realizar buscando, con la mujer, una definición de temas a tratar y objetivos a conseguir.
- **Ayudar a ordenar las ideas** para que la mujer constata la discrepancia entre la realidad en que vive y sus objetivos. Para lograrlo es importante que vaya tomando conciencia de las consecuencias que el maltrato ha tenido en su vida. (por ejemplo, a través de devoluciones de lo que relata).
- **Evitar la confrontación directa y los juicios de valor** ante el relato de la mujer o los argumentos que ella plantea.
- **Trabajar las resistencias:** Se entiende por “resistencia” cualquier aspecto de la actividad del o la paciente que surge durante el proceso terapéutico y que pensamos que obstruye su curso.

En el caso de entrevistas con mujeres maltratadas, es habitual que surjan resistencias al principio, relacionadas con miedo a la “retraumatización”, sentimientos de vergüenza y humillación, o con determinadas actitudes o acciones profesionales (estilos confrontativos, por ejemplo).

Es importante identificar y utilizar la información que dan las resistencias para usarlas, de forma conjunta con la mujer, como un elemento útil para el cambio. En la tabla A 1.1 se muestran algunos ejemplos de resistencias y las posibles respuestas profesionales: cambio en el ritmo de la entrevista o planteamiento de temas alternativos, mostrando siempre disponibilidad y respeto a sus decisiones.

TABLA A1.1 : ACTITUD PROFESIONAL ANTE LAS RESISTENCIAS

CONDUCTAS DE RESISTENCIA

Pone a prueba los conocimientos y habilidades profesionales, reta, desvaloriza y expresa hostilidad.

Interrumpe de manera defensiva: discute y corta el diálogo.

Niega: No reconoce la existencia del problema, no acepta su parte de responsabilidad, se excusa, minimiza el riesgo y manifiesta reticencias ante las propuestas de cambios.

Muestra señales de ignorar al profesional: desvía la dirección de la conversación, mostrando falta de atención y de respuesta

ACTITUD PROFESIONAL

Evitar la discusión y desviar a otro tema.

Proponer que la mujer exprese su deseo sobre el discurrir de la entrevista y sobre la mejor forma de ayudarla.

Mostrar disponibilidad y respeto a sus decisiones.

Elegir con ella un episodio concreto de violencia y analizarlo en profundidad. Verbalizar que se van a respetar las decisiones que adopte.

Utilizar el lenguaje no verbal y verbalizar lo que está ocurriendo. *Ejemplo: tender una mano hacia ella o tocarle el hombro y decir: “¿Hay algo que no va bien? Noto que se está interrumpiendo nuestra comunicación”.*

- **Fomentar la autoeficacia.** Ayudarle a detectar y potenciar estrategias y recursos propios que le sirvan para conseguir sus objetivos. Por ejemplo: ayudarle a recordar otros momentos difíciles y los mecanismos que utilizó para afrontarlos; detectar elementos de resistencia a la adversidad y áreas de fortaleza personal; ayudarle a exponer razones que le motivan para realizar un cambio; animar a definir y realizar pequeños cambios que ella plantee como deseables.
- **Evitar situaciones** como las que se presentan en la tabla A1.2

TABLA A1.2 SITUACIÓN A EVITAR EN LA ENTREVISTA CLÍNICA Y POSIBLES ALTERNATIVAS

<p>Situación preguntas /respuesta</p> <p>En una entrevista que transcurre como un interrogatorio, la mujer asume un rol pasivo. Esto impide que analice su situación y elabore un discurso propio que fomente la motivación.</p>	<p>Realizar preguntas abiertas, como norma no más de 3 seguidas. Cuando la mujer responda, realizar una escucha activa y reflexiva y no otra pregunta. Evitar asumir el rol de experto/a.</p>
<p>Confrontación/negación</p> <p>Suele ser la situación más frecuente. Si desde el principio se habla en términos de “gravedad” es posible que la mujer se sitúe en el extremo opuesto (“esto que me pasa a mí no es tan grave”) por hacer contrapeso y por su propia ambivalencia.</p>	<p>La escucha activa permite ayudar a la mujer a definir su problema. Enconveniente facilitar la verbalización de frases automotivadoras (veáse Fase de acción).</p>
<p>Estigmatización</p> <p>Abordar la situación con una visión estereotipada desde el principio, atribuyéndolo todo directamente al maltrato sin dar oportunidades para el cambio.</p>	<p>Para facilitar el cambio, lo importante es poner en relación el motivo de consulta con la situación de violencia evitando que la experiencia de maltrato se convierta en un estigma.</p>
<p>Énfasis prematuro</p> <p>Suele ocurrir cuando la intervención se centra sobre lo que el/la profesional considera como problema, en lugar de abordar la situación desde el punto de vista de la mujer.</p>	<p>La relación empática y la escucha activa harán aflorar la problemática, por lo que no hay que forzar a la mujer a hablar de lo que no quiere en ese momento.</p>
<p>Culpabilización</p> <p>Es frecuente que la mujer en la situación de maltrato tienda a culparse, a disculparse o a atribuir sus responsabilidades a otras personas.</p>	<p>Transmitir: -Que lo importante es cómo se actuará de ahora en adelante. -Que el único responsable del maltrato es el agresor.</p>

Citamos algunas estrategias usadas en la entrevista motivacional

• **Preguntas abiertas:**

No inducen respuestas cortas y pueden dar pie a una comunicación más fluida. Por ejemplo: ¿Querría hablarme de lo que le preocupa?

• **Escucha reflexiva:** el/la profesional no se limita a escuchar, sino que ayuda a la mujer a interiorizar algunos elementos significativos de su propio discurso mediante comentarios o clarificaciones. Pueden repetirse frases o ideas de la mujer, señalar sentimientos asociados, etc. También es importante saber tolerar el silencio evitando la utilización de frases hechas.

• **La recapitulación o resumen:** es útil finalizar la entrevista con un resumen de los temas tratados. Además, se puede enriquecer con otro tipo de información (señalar las mejorías evidentes y/u observables, los comentarios positivos de la familia, etc.).

Ejemplo:

- *¿Qué es lo que le preocupa?*
- *Me preocupa que mis hijos están viendo todos los días que mi (marido, pareja,...) me grita y me desprecia delante de ellos diciendo que no valgo para nada.*
- *¿Quiere decir que le insulta y que su hijos están delante y eso le produce malestar? (comprobar)*
- *Por lo que me dice, entiendo que no le gusta lo que pasa en casa (deducir).*
- *Debe haber sido muy difícil para usted dar el paso de venir a la consulta (reafirmar)*
- *Ha dado un paso muy importante haciéndolo. (apoyar)*

NEGOCIACIÓN DEL PLAN DE CAMBIO

Esta técnica de la entrevista motivacional se puede utilizar a partir de la fase de preparación (tabla A1.3)

TABLA A1.3 NEGOCIACIÓN DEL PLAN DE CAMBIO

1. Establecer los objetivos:

- ¿Cómo le gustaría cambiar las cosas?.
- ¿Qué es lo primero que va a cambiar?.
- ¿Cuál cree que es el primer paso?.

2. Considerar las opciones de cambio: hacer un balance de las diferentes decisiones a tomar, resolver dudas y anticipar que pueden existir problemas o recaídas.

3. Acordar un plan. Para ello se le dará a la mujer una hoja de recogida de información para que la cumplimente.

PLAN DE CAMBIO


LAS RAZONES MÁS IMPORTANTES PARA CAMBIAR SON:

LO PRIMERO QUE VOY A HACER ES:

OTRAS COSAS QUE HARÉ DESPUÉS SERÁN:

¿CON QUÉ PERSONAS VOY A CONTAR PARA QUE ME ECHEN UNA MANO?

LO QUE VOY A CONSEGUIR CON MI PLAN ES:



ANEXO 2
CONDUCTA ANTE
EL MALTRATADOR

Es frecuente que el personal sanitario conozca al maltratador, sobre todo en Atención Primaria. En la tabla A.2 se esquematizan las principales situaciones a evitar y las alternativas propuestas.

Como se ha comentado, la mediación puede ser peligrosa y es recomendable abstenerse.

TABLA A2 : SITUACIONES A EVITAR EN LA ENTREVISTA CON EL MALTRATADOR Y POSIBLES ALTERNATIVAS

NO HACER NUNCA	ADOPTAR
<p>Explicarle que conocemos el problema tras la confidencia de la mujer.</p> <p><i>No dar nunca la dirección</i> de la mujer aunque se muestre avergonzado.</p> <p>Emitir juicios.</p> <p>Legitimar la violencia (ni bajo los efectos de alguna adicción).</p>	<p>Escucha activa.</p> <p>Señalar la responsabilidad de cada persona sobre sus actos.</p> <p>Si pide ayuda, clarificar la demanda (puede haber deseo de obtener ganancia secundaria) y derivar a salud mental, o en su caso, a recursos específicos para la atención a maltratadores.</p> <p>Identificar y valorar factores que puedan añadir riesgo (alcohol, drogas, celotipia).</p>

En cuanto a la rehabilitación del maltratador Luis Bonino señala que “la posibilidad de cambio en procesos de rehabilitación hacia comportamientos igualitarios y pacíficos está en relación a variados factores tales como la edad, la rigidez de sus esquemas mentales, la responsabilización por el ejercicio y efectos de su proceder violento, la motivación para el cambio y la renuncia al abuso de poder, la antigüedad y la sistematicidad en el uso de las estrategias de dominación, el tipo de violencia ejercida predominante, el tipo y número de víctimas, la psicopatología acompañante, los rasgos de personalidad predominantes, los recursos de apoyo afectivo y sociales, la sanción social – y judicial- efectiva a sus comportamientos, y la experiencia específica en el tema de los profesionales actuantes”.



ANEXO 3
ASPECTOS ÉTICOS
Y LEGALES

Es frecuente que se plantee un conflicto entre la obligación legal de denunciar la sospecha de un delito* y los principios éticos profesionales de respeto a la autonomía de la mujer para tomar decisiones.

Tal es el caso de la mujer que solicita que no se informe al Juzgado:

la emisión de un parte contra su voluntad no respeta su autonomía e incluso puede conculcar el principio de no maleficencia si, como consecuencia del informe, la pareja incrementa su violencia. Además, supone una ruptura de la relación con el o la profesional, lo que dificulta la ayuda posterior.

En estas situaciones, será necesario examinar cada caso de forma individual:

evaluar si concurren circunstancias que justifiquen no respetar la libre decisión de la mujer (gravedad del riesgo para ella o las personas dependientes, incompetencia para tomar decisiones) y sopesar cuidadosamente las consecuencias antes incluso que privilegiar el cumplimiento de una norma.

En líneas generales, puede establecerse la siguiente orientación:

- a) En cualquiera de las situaciones en que exista riesgo vital inmediato, o peligro extremo para la vida de la mujer, se debe realizar el parte de lesiones, aún sin el consentimiento de la mujer, al prevalecer el derecho a la vida sobre los demás derechos. Para evitar que se incremente el riesgo al desvelarse el problema, se debe informar a la mujer de su realización, de las consecuencias de la emisión del parte y del itinerario que sigue (será citada por el juzgado aunque no formule denuncia).
- b) En los casos en que no haya una situación de riesgo vital inmediato, tras informar a la mujer, se valorará individualmente cada situación, y, en general, se respetará y apoyará su decisión. Cuando el estado mental de la persona limite su capacidad de decisión, minimice la percepción de riesgo o le impida las actuaciones de protección básicas, se decidirá la actuación que se crea más beneficiosa para la mujer en ese contexto.

* El artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento criminal establece que “los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, están obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al Juzgado de instrucción y, en su defecto, a la comisaría más próxima al sitio, si se tratare de un delito flagrante. Los que no cumplieren esta obligación incurrirán en multa señalada en el artículo 259 que se impondrá disciplinariamente. Si la omisión en dar parte fuere de un profesional de la Medicina, Cirugía o Farmacia y tuviese relación con el ejercicio de sus actividades profesionales, la multa no podrá ser inferior a 125 pesetas ni superior a 250”.

PARTE DE LESIONES E INFORME MÉDICO

(Protocolo común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género)

DATOS DEL PERSONAL FACULTATIVO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA:

- Hospital/Centro de Salud/ Consultorio.
- Datos de la/el profesional que lo emite: Nombre y apellidos, CNP.

DATOS DE FILIACIÓN DE LA VÍCTIMA:

- Nombre y Apellidos.
- DNI ó NIE (Nº de identificación de extranjería).
- Fecha de nacimiento, Edad.
- País origen.
- Estado Civil.
- Dirección, Municipio (código postal ó código INE).
- Teléfono.

LESIONES PRESUMIBLEMENTE PRODUCIDAS EN LA AGRESIÓN Y TIPO:

- Tipo de violencia ejercida.
- Uso de objetos en la agresión.
- Estado psíquico y emocional.

(Describir los síntomas emocionales y la actitud de la mujer). El maltrato psicológico puede reflejarse en síntomas de depresión, ansiedad, tendencias suicidas, somatizaciones, síndrome de estrés posttraumático). El estado emocional de cualquier persona que presente una lesión se encuentra alterado, pero su actitud difiere. Ésta puede ser un buen indicador de lo sucedido, por ejemplo: una mujer maltratada puede sentirse confusa, huidiza, inquieta, temerosa, agresiva, hipervigilante, apática, inexpresiva... Esta información es necesaria para aproximarnos al estado psíquico de la paciente.

- Lesiones físicas que presenta:

Es importante que las lesiones (cutáneas, músculo-esqueléticas, oculares, auditivas, genitales, internas, etc.) se describan de manera detallada en cuanto a tipo, forma, dimensión, color y localización, con lo cual se facilitará su data o posible fecha de producción. Con esta finalidad, se prestará especial atención a las lesiones más antiguas o en distinto estadio evolutivo, como prueba de habitualidad o reiteración. Se recomienda hacer fotografías (preferiblemente en color) de las zonas con lesión, previo consentimiento de la mujer.

- Cuando exista la posibilidad de alguna lesión interna tras la valoración clínica (abdominal, torácica y/o cerebral), dicha información se recogerá como sospecha, pues sólo tras la realización de pruebas diagnósticas, a nivel hospitalario, se confirmarán las mismas.

OTROS DATOS CLÍNICOS

- Pruebas complementarias realizadas.
- Medidas terapéuticas (incluir medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, curas locales, tratamiento quirúrgico, etc.).
- Pronóstico clínico.

DATOS RELACIONADOS CON LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA:

En este apartado se reflejará cómo han ocurrido los hechos, utilizando y entrecomillando, cuando sea posible, las mismas palabras de la mujer.

Además se recogerán :

- Dirección, lugar de la agresión, fecha y hora del incidente.
- Fecha /hora de la atención.
- Origen que refiere la mujer acerca de las lesiones: Física, psíquica, sexual.
- Sospecha que la causa de las lesiones sea diferente a la que refiere la mujer.

ANTECEDENTES

- Acude sola o acompañada de (nombre y parentesco/relación).
- Agresión puntual, primera vez ó reiteración de malos tratos.
- Si las agresiones se vienen sufriendo desde hace tiempo, indicar desde cuando y describir las características de estas agresiones, el tipo, la frecuencia (a diario, semanal, mensual...), si la intensidad de la violencia es cada vez mayor, si se ha realizado previamente alguna denuncia, etc. y la evolución de las mismas.
- Otras personas que han sufrido malos tratos en el mismo incidente o en otras ocasiones (Si la mujer tiene menores u otras personas dependientes a su cargo y además son víctimas de malos tratos esto ha de ser notificado a pediatría y trabajo social del centro. Si se estima conveniente, al Servicio de Protección de Menores correspondiente).
- Testigos: Personas conocidas (vecindario, amistades), menores u otras personas dependientes a su cargo.

DATOS DEL SUPUESTO AGRESOR:

- Nombre y apellidos.
- Relación/parentesco con la persona agresora.
- Dirección ó teléfono supuesto.

PLAN DE ACTUACIÓN

En su caso, incluir el alta o la derivación a otras especialidades y recursos, el ingreso hospitalario si ha sido necesario, y el seguimiento requerido.

OTROS DATOS

Relacionados con aquellas situaciones que no estén recogidas en los apartados anteriores y precisen ser comunicadas al juzgado, como por ejemplo:


- Si se ha puesto o no en conocimiento del Juzgado telefónicamente. y si se ha hecho, especificar cuando.
- Aspectos de seguridad y riesgo percibido por la mujer.
- Actitud de la mujer hacia la presentación de denuncia.

OBSERVACIONES

En este apartado se recogerán aquellos datos que no han sido descritos anteriormente y que se consideren oportunos. Si bien los delitos relativos al maltrato son delitos públicos que serán perseguidos de oficio, se debe hacer constar en este apartado si la mujer ha manifestado que no quiere presentar denuncia y la causa (miedo al agresor, a perder la custodia de los hijos, a las reacciones familiares, dependencia económica, etc), con el objeto de ofrecer al órgano judicial información sobre las circunstancias en las que se encuentra la mujer, que podrían ser de utilidad para el abordaje del caso concreto.

Si se tiene constancia de lesiones anteriores que pudieran apuntar al convencimiento o la sospecha fundada de que la mujer sufre malos tratos habituales, es importante reflejarlo en el parte de lesiones, porque éste es otro delito distinto del de lesiones.

Se reflejará también la existencia de otras amenazas del agresor (verbales, anuncio de que utilizará en el futuro algún otro instrumento de agresión, etc.).



ANEXO 4
ORGANIZACIÓN
ASISTENCIAL Y
RECURSOS DE LA CAIB

1) ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL ACTUAL

Como se ha dicho en la introducción, se está ultimando un protocolo interinstitucional que permitirá brindar una atención coordinada e integral a las mujeres víctimas de la VG así como a sus hijos e hijas dependientes, cualquiera que sea su nacionalidad, situación administrativa u otra circunstancia personal o social.

A la espera de la entrada en vigor del Protocolo Interinstitucional de detección, prevención y atención de la violencia masculista i en casos d'atacs sexuals de les Illes Balears, se recomienda derivar a la mujer a las oficinas de información de la mujer de las respectivas islas.

En caso de urgencia o de peligro extremo se contactará con el 112.

Los partes judiciales se remitirán a los juzgados por la vía habitual.

2) DESCRIPCIÓN DE LOS RECURSOS DISPONIBLES

a) INFORMACIÓN GENERAL

Los centros de información ofrecen orientación y asesoramiento jurídico, familiar y educativo e información sobre salud laboral.

b) SERVICIO DE TELETRADUCCIÓN

Facilita la comunicación entre profesionales y personas que no hablan los idiomas oficiales de la CAIB mediante un servicio de intérpretes a través de un teléfono móvil y un auricular exclusivo conectado a la central de llamadas de la empresa. El sistema permite llamadas a tres y multiconferencias.

Dispone de teletraducción inmediata y permanente (24 horas 365 días del año) en inglés, francés, alemán, chino, árabe y rumano.

Además, ofrece teletraducción a otros idiomas de lunes a viernes de 8 a 18 horas.

c) APOYO PSICOLÓGICO

Los servicios especializados en la atención a las víctimas de VG ofrecen sesiones de apoyo a la mujer y a sus hijos e hijas.

La intervención pretende reducir la sintomatología postraumática y hacer visible la violencia mediante un trabajo específico (con metodología grupal o individual) sobre las creencias erróneas, los roles de género, los aspectos emocionales, las habilidades de capacitación, las redes de apoyo y la reconexión social y familiar, fomentando la conciencia que la mujer tiene de sí misma y los vínculos con otras personas.

d) OFICINAS DE ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DEL DELITO

Brindan una atención integral a las personas víctimas de un delito: información y orientación jurídica, asistencia social y psicológica.

e) PROTECCIÓN A MENORES

Los programas se basan en el tratamiento y rehabilitación de menores que han sufrido malos tratos.

f) SERVICIO 24 HORAS

Permite complementar otros servicios profesionales y ofrece atención social especializada en violencia de género (asesoramiento y activación de recursos) a las mujeres en situación de emergencia, mediante:

- Atención telefónica 24 horas
- Acompañamiento presencial a la mujer de lunes a viernes de 8 h a 18 h

Los servicios sanitarios pueden llamar al 647348257 o al 971 77 51 16.

g) CASAS DE ACOGIDA

Es un servicio de acogida temporal con alojamiento y manutención de las mujeres y de sus hijos e hijas. Se ofrece a quienes sufren violencia de género o graves conflictos de convivencia y tienen problemas de alojamiento o carecen de un medio familiar adecuado.

Durante la estancia se realiza una intervención psicosocial y educativa (asesoramiento jurídico, orientación en la búsqueda de trabajo y de alojamiento...) para promover la autonomía personal de la mujer y ayudarla a normalizar su situación.

Se accede a través de los servicios sociales de atención primaria o de atención especializada, de los servicios específicos de atención a la mujer y de los servicios de urgencia: fuerzas de seguridad, servicios sanitarios a través del 112, etc.

h) SERVICIO DE TELEASISTENCIA

Este servicio se dirige a mujeres que no conviven con el maltratador y tienen concedida una orden de alejamiento. No se puede activar desde los servicios sanitarios.

El sistema consta de un aparato con GPS (similar a un teléfono móvil pero con tres teclas operativas (encendido/ apagado, contacto con el centro de atención, y emergencia) mediante el cual la víctima está localizada.

El contacto entre el centro de atención y la mujer puede realizarse en situación de emergencia pero también de forma periódica para seguimiento, actualización de datos personales y comprobación del sistema.

i) DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS DE PROXIMIDAD

Se trata de pulseras GPS que garantizan el cumplimiento de las órdenes de alejamiento. No se puede activar desde los servicios sanitarios.

j) ATENCIÓN A MALTRATADORES

Se trata de un servicio de atención psicosocial a hombres que ejercen o han ejercido violencia contra su pareja. La intervención se realiza de forma individual y grupal. Actualmente se ofrece en Palma y se está valorando su generalización.

Se puede derivar a través del Ayuntamiento de Palma, teléfono 654 06 26 02.

3) DIRECTORIO

En este apartado, se reseñan los principales recursos públicos disponibles en cada isla. Para una información más completa sobre recursos locales, asociaciones privadas y ONG, se puede consultar la Guía de recursos per a les dones a les Illes Balears.

DIRECTORIO

Institut Balear de la Dona (IBD)

C/ d'Aragó, 26, 1r E • 07006 Palma de lunes a viernes, de 8 h a 18 h

Tel. 971 17 89 89 • Fax 971 77 49 38

A/e ibdona@caib.es

<http://ibdona.caib.es>

TELÉFONOS DE URGENCIAS (24 horas, 365 días)

Servicio 24 h	971 775 116
(Atención social en casos de urgencia por violencia de género 24 h)	647 348 257
Teléfono de atención 24 horas	016
Emergencias per a todas las Islas	112
Urgencias sanitarias para todas las Islas	061
Policía Nacional	091
Policía local	092
Guardia Civil	062
Teléfono de la Esperanza	971 461 112
Teléfono de emergencia para la mujer que padece maltrato	900 100 009

TELÉFONOS DE INTERÉS

Información del IBD	971 178 989
Teléfono de información del Instituto de la Mujer	900 191 010
(Ministerio de Igualdad)	
Información para mujeres sordas Instituto de la Mujer	900 152 152
(Ministerio de Igualdad)	
Infosex	901 500 101
Información VIH/sida (ALAS)	971 715 566
Atención a drogodependencias CRIDA	902 075 727
Servicio de teletraducción Dualia	902 540 160

a) RECURSOS EN MALLORCA

INFORMACIÓN

Centro de información de la Mujer (Centre d'informació de la Dona)

C/ d'Aragó, 26, 1r E • 07006 Palma de lunes a viernes , de 9 h a 18 h
Tel. 971 17 89 79 • Fax 971 17 89 86
A/e infordona@caib.es
<http://ibdona.caib.es>

PUNTOS DE INFORMACIÓN JURÍDICA A LAS MUJERES

(son puntos de atención de ámbito supramunicipal)

Capdepera (Vi, de 10 h a 12.30 h)	971 564 459
C/ del Col·legi, 18	647 348 245
Manacor (Mi, de 14 h a 17 h)	971 849 118
Pl. del Convent, s/n	647 348 245
Petra (Lu, de 10 h a 13 h)	971 830 441
C/ de l'Hospital, 28	609 709 006
Binissalem (Mi, de 9.30 h a 12.30 h).	971 870 409
C/ de l'Esc. Graduada, 13	647 348 245
Alcúdia (rotación semanal con Pollença) (Ju , de 10 h a 13 h)..	971 549 195
Placeta dels Pins, 1	609 709 006
Pollença (rotación semanal con Alcúdia) (Ju , de 10 h a 13 h)..	971 531 430
C/ de Sant Jordi, 19	609 709 006
Llucmajor (Ma, de 9.30 h a 12.30 h).	971 660 493
Pl. d'Espanya, 60	609 709 006
Sóller (Ju, de 13 h a 15 h)	971 634 836
C/ de l'Hospici, 2	647 348 245

ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS

OFICINAS DE AYUDA A LAS VÍCTIMAS DEL DELITO

Palma Policía Local (Lu, Mi y Vi, de 9.30 h a 13.30 h) 971 452 583
Av. de Sant Ferran, s/n. 07013 Palma

Juzgados (Lu-Vi, de 9 h a 14 h). 971 714 668
Av. d'Alemanya, 5, 2n. 07003 Palma

Sa Gerreria (Lu, Mi y Vi de 9.30 h a 13.30 h) 971 722 797
Travessa d'en Ballester, 20. 07002 Palma

Inca (Lu y Ju, de 9 h a 14 h) 971 884 163
Juzgados C/ de la Puresa, 72. 07300 Inca

Manacor (Lu y Ju , de 9 h a 14 h) 971 847 360
C/ de Muntaner, 11. 07500 Manacor

Calvià (Mi y Ju, de 15 h a 20 h) 971 003 300/ 971 134 291
(Lu y Ma , de 9 h a 14 h) 971 134 291
C/ d'Alacant, 36. 07180 Calvià

Muro (Lu y Ju de 15 h a 20 h /Ma y Mi, de 9 h a 14 h) 971 891 664
Av. de l'Albufera, 33. 07440 Platja de Muro

SERVICIO DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA PARA MUJERES QUE PADECEN VIOLENCIA

Hay puntos de atención en Palma, Inca y Manacor

Palma (Lu - Vi, de 9 h a 14 h y de 16 h a 18 h) 971 227 408
C/ de Velázquez, 7, entl. 4t 07002 Palma
Fax 971 22 74 08 A/e dona@eulen.com

MALTRATADORES

Programa Municipal de Asistencia Psicológica a Maltratadores para la Erradicación de la Violencia de Género

Ajuntament de Palma

de Lu-Vi, de 10 h a 14 h, Lu, Ma y Mi , de 16.30 h a 19.30 h 654 062 602

TELEASISTENCIA

Programa de Teleasistencia Móvil para Mujeres Víctimas de Violencia de Género

de Lu-Vi , de 8 h a 15 h 971 295 000

Teléfono de urgencia 24 horas.. 900 222 292

Av. de Gaspar Bennàzar, Arquitecte, 73 07004 Palma

Fax 971 75 26 89 A/e mallorca@cruzroja.es <http://www.cruzroja.es>

Teléfono móvil con sistema GPS para garantizar una atención inmediata y adecuada ante situaciones de emergencia y soporte psicológico

SERVICIOS DE ACOGIDA

Casal de Llevant (Dirección confidencial 24 h) 971 829 157

Fax 971 83 54 31 A/e casaldellevant@ibdona.caib.es

Casal Ses Ufanes (Dirección confidencial 24 h) 971 505 156

Fax 971 50 79 82 A/e casalsesufanes@ibdona.caib.es

Servicio de Acogida a Mujeres y Familia (Dirección confidencial 24 h). 971 719 404

(Servei d'Acollida a Dones i Famílies SADIF)

Fax 971 71 49 33 A/e sadif@caritasmallorca.org

PROTECCIÓN A MENORES

Servicio de Protección al Menor y

Atención a la familia (de Lu-Vi , de 8 h a 15 h) 971 763 325

C/ del General Riera, 113 - 07010 Palma - Fax 971 17 36 74

Sección de Infancia y Familia (SIF) A/e lmadrover@conselldemallorca.net

Programas de tratamiento psicoterapéutico de problemas de violencia, malos tratos y abusos a la infancia y sus familias. El Servicio de Protección al Menor y Atención a la familia es quien deriva a las personas usuarias.

a) RECURSOS EN MENORCA

INFORMACIÓN

Centro asesor de la Mujer (Centre Assessor de la dona, Consell Insular)

Información y orientación sobre recursos sociales, de salud y distintos tipos de ayuda para mujeres:

- Asesoramiento jurídico civil y penal
- Asistencia psicológica: soporte psicológico individual o grupal dirigido a mujeres que son o han sido víctimas de malos tratos físicos, psíquicos o sexuales.
- Mediación en procesos de separación
- Valoración de situaciones de riesgo en mujeres víctimas de violencia de género para ingreso en piso de acogida; ingresos de urgencias y de emergencias.
- Educación y Sensibilización de la población

Maó (Lu-Vi, de 8 h a 15 h, y Mi, de 16 h a 20 h). 971 357 024
 Av. de Vives Llull, 154 - 07703 Maó
 Fax 971 35 22 51 A/e jpl.cass-dona@cime.es

Ciudadella (De Lu-Vi, de 8 h a 15 h). 971 480 201
 C/ de la República Argentina, 96 07760 Ciudadella
 Fax 971 38 56 65 A/e cpo.cass-dona@cime.es

ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS

Atención integral a las personas víctimas de un delito: información y orientación jurídica, asistencia social y psicológica.

Ca sa Milionària (Lu, Ma y Ju, de 15 h a 20 h; Mi, de 9 h a 14 h). 971 484 830
 C. de Maó, 102. 07760 Ciudadella

TELEASISTENCIA

Programa de Teleasistencia Móvil para Mujeres Víctimas de Violencia de Género

(de Lu-Vi de 8 h a 15 h) 971 361 180
 Teléfono de urgencia 24 horas. 900 222 292
 c/ Anselm Clavé 162 - 07703 Maó
 Fax 971356321 <http://www.cruzroja.es>

PISO DE ACOGIDA

Piso de Acogida de Menorca (Dirección confidencial 24 h.)... .. 971 357 024

PROTECCIÓN A MENORES

Servicio Insular de familia

(Servei insular de familia) (de Lu-Vi de 8 h a 15 h) 971 361 212

C/ de Ciutadella, 89 - 07701 Maó

Fax 971 35 00 03 A/e menors.cime@silme.es <http://www.cime.es>

a) RECURSOS EN EIVISSA Y FORMENTERA

INFORMACIÓN

Asesoramiento y atención a la mujer:

- Atención y tratamiento psicológico a víctimas de malos tratos , violencia familiar y abusos sexuales y de parejas inmersas en el ciclo de la violencia.
- Hogares de acogida para mujeres víctimas de violencia y sus hijos e hijas (alojamiento de emergencia y de media estancia).
- Servicio de Punto de Encuentro.
- Servei de Mediación Familiar.

Oficina de la Dona (de Lu - Vi , de 8 h a 15 h)971 195 607
 C/ de Cosme Vidal Llàser, s/n (Cas Serra) - 07800 Eivissa
 Fax 971 19 56 31 dona@conselldeivissa.es

ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS

Eivissa (Ma y Sa de 9 h a 14 h, Mi de 16 h a 21 h, Ju de 15 h a 20 h)971 395 122
 Edificio Municipal de Sant Josep a Sant Jordi
 C/ dels Pirineus, 7-9. 07817 Sant Jordi / Ses Salines.

Formentera (Lu y Ma, de 16 h a 20 h, Ju, de 10 h a 15 h y de 16 h a 20 h) . . .971 321 210
 C/ de Porto Saler, 21. 07860 Sant Francesc

TELEASISTENCIA

Programa de Teleasistencia Móvil para Mujeres Víctimas de Violencia de Género
 de Lu-Vi , de 8 h a 15 h 971390 303
 Teléfono de urgencia 24 horas..900 222 292
 C/ Avenida España 51 - 07800 Ibiza
 Fax 971 393323 A/e eivissa@cuzroja.es <http://www.cuzroja.es>

PISO DE ACOGIDA

Piso de Acogida de Eivissa (Dirección confidencial 24 h.)971 195 607
 Fax 971 19 56 31 dona@conselldeivissa.es

PROTECCIÓN A MENORES

Servei de Salut mental infantil i juvenil (Lu-Vi 8h-15h)971 195 612
 C/ de Cosme Vidal Llàser, s/n (Cas Serra) - 07800 Eivissa
 Fax 971 39 90 94

Atención de los problemas de salud mental en menores de 18 anys residentes en de Eivissa y Formentera.

4) ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL TRAS LA ENTRADA EN VIGOR DEL PROTOCOLO INTERINSTITUCIONAL

El **Protocolo interinstitucional de detección, prevención y atención de la violencia masculista i en casos d'atacs sexuals de les Illes Balears** prevé la creación de las siguientes estructuras:

a) Centres de Recepció, Intervenció i Atenció Integral en Violència Masclista (en adelante, Centro Municipal o Insular)

Estos centros tendrán labores de intervención y seguimiento de los casos, (incluidas las órdenes de protección).

Brindarán información sobre derechos y recursos disponibles, gestionarán sus recursos propios y las derivaciones que procedan.

Además, acompañarán a la mujer cuando sea necesario.

Asimismo, ofrecerán asesoramiento al personal sanitario que lo solicite.

En la CAIB se prevén 5 centros: 1 municipal (que recae en el Ayuntamiento de Palma) y 4 insulares (Pueblos de Mallorca, Menorca, Eivissa y Formentera).

b) Centre suprainsular de Recepció, Evaluació y Seguiment en Violència Masclista (en adelante, Centro Suprainsular)

El Instituto Balear de la Dona velará por el cumplimiento del Protocolo y el seguimiento de los casos, elaborará estadísticas, garantizará la formación profesional, editará manuales así como guías de recursos y de pautas de actuación frente a la violencia machista y se coordinará con los organismos estatales involucrados en la atención a la VG.

Tal como muestra el algoritmo de la figura A4, la derivación al correspondiente Centro Municipal o Insular podrá realizarse por dos vías:

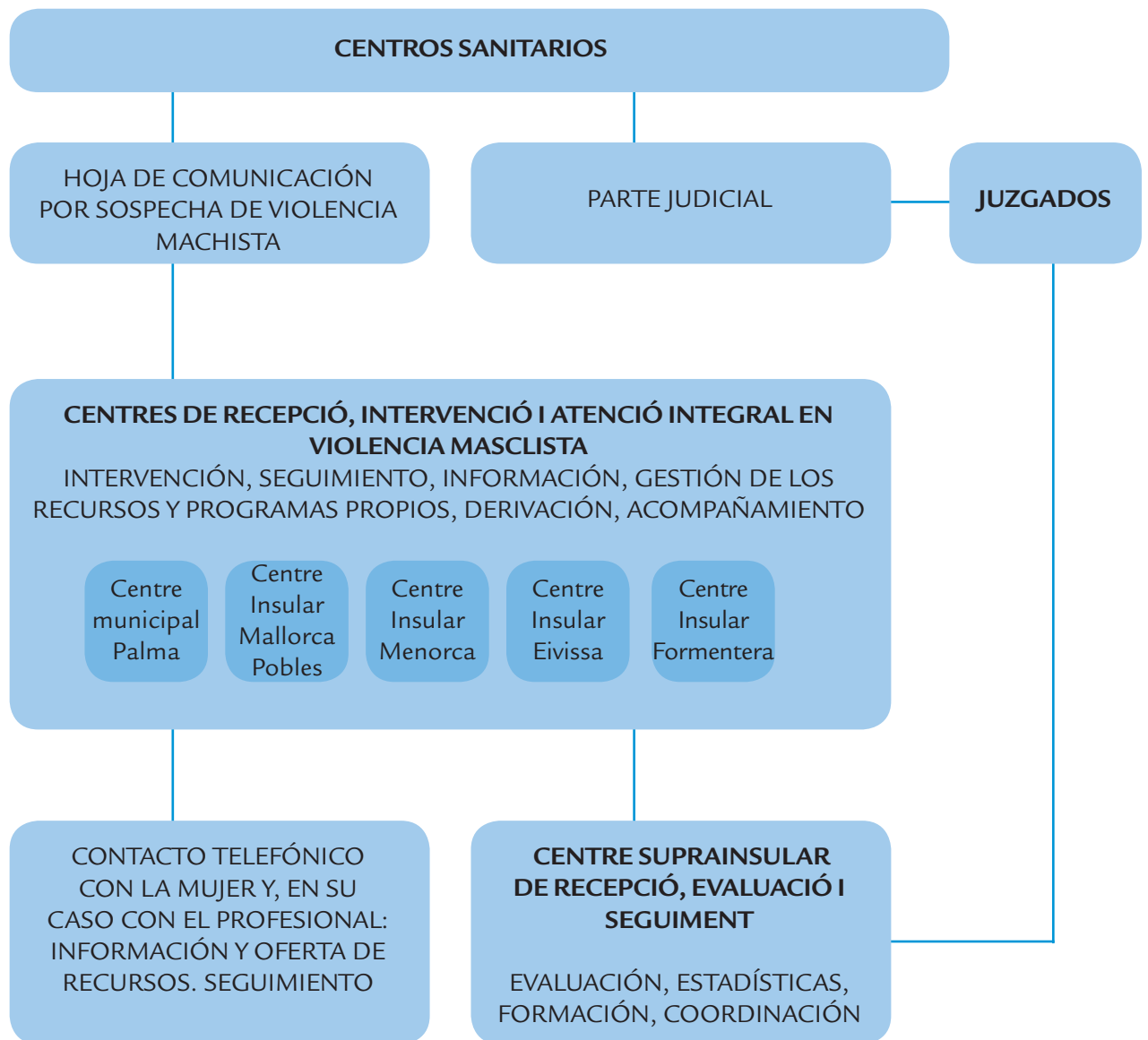
a) Una vía directa, a través de la Hoja de Comunicación por sospecha de violencia machista. Esta derivación se realizará con el consentimiento de la mujer expresado mediante la firma de la hoja consentimiento informado (ver más adelante).

b) Una vía indirecta, que se activará tras la llegada de un parte judicial a los juzgados, con o sin consentimiento de la mujer. Los juzgados comunicarán el caso al Centre Suprainsular quien avisará al Centro Municipal o Insular correspondiente.

En ambos casos, el Centro Municipal o Insular se pondrá en contacto telefónico con la mujer para ofrecerle información y recursos. En su caso, contactará también con la persona que ha realizado la derivación.

El sistema de envío de la Hoja de comunicación y del parte judicial (fax, sistema informatizado, etc.) se determinará cuando entren en vigor las estructuras previstas por el protocolo.

Figura A4: PROTOCOLO INTERINSTITUCIONAL: ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA CAIB



HOJA DE COMUNICACIÓN POR SOSPECHA DE VIOLENCIA MACHISTA

DATOS DEL CENTRO

Nombre del centro:
 Profesional de referencia:
 Nombre y apellidos:
 Núm. de colegiación:
 Cargo:

DATOS DE LA MUJER

Nombre y apellidos:
 Nacida en:
 Fecha de nacimiento:
 Teléfonos:
 Nacionalidad:
 Situación regularizada sí no
 Estado civil y otras situaciones:
 soltera casada separada divorciada
 unión de hecho madre soltera viuda
 en trámites de separación otras

DATOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

Nombre y apellidos	Edad	Sexo	Fecha Nacimiento	Curso Escolar	Centro Escolar

¿Hay visitas con el padre? (en caso de separación) Si No
 En caso afirmativo, ¿se dan con supervisión? Si No
 ¿Hay sospechas de que han sufrido violencia directamente? Si No
 ¿Hay sospechas de que han presenciado maltratos hacia la madre? Si No

Observaciones.....

DATOS DE OTRAS PERSONAS DEPENDIENTES

Nombre y apellidos	Fecha Nacimiento	Parentesco /vínculo

DATOS DEL PRESUNTO AGRESOR

Nombre y apellidos:

Relación con la víctima:

marido exmarido unión de hecho excompañero superior otros

Tiempo de convivencia: < 1 año de 1 a 2 años > 3 años

Hijos / hijas en común: sí no

HECHOS Y CIRCUNSTANCIAS QUE PERMITEN SOSPECHAR DE LA EXISTENCIA DE VIOLENCIA MACHISTA

Cuestionario de malos tratos (CTM)⁽¹⁾

Preguntas

Su marido/pareja

1. ¿Respeto 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. ¿La ha pegado?
7. ¿Ha llegado a producirlle heridas?
8. ¿La ha obligado a mantener relaciones sexuales sin querer usted?
9. ¿La ha amenazado con un arma?
10. ¿Ha llegado a herirla con un arma o con otro objeto?

nunca	casi nunca	algunas veces	bastantes veces	casi siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Interpretación:
Cualquier respuesta en casilla gris detecta VG

* Incluye el control continuado del tiempo, el control del dinero, del tiempo libre, de la forma de vestir.
 (1) Modificado de: Delgado A, Aguar M, Castellano M, Luna del Castillo JD. Validación de una escala para la medición de los malos tratos a mujeres. Atención Primaria. 2006; 38(2): 82-9.

MANIFESTACIÓN O RELATO DE LOS HECHOS POR PARTE DE LA MUJER

OTROS DATOS DE INTERÉS

Ha denunciado los hechos sí no

Tiene intención de denunciar: sí no

Ha denunciado anteriormente sí no

Quando (años):

Dónde:

Ha retirado denuncias anteriormente: sí no

Motivo:

Plan de actuación (si se tiene plan de trabajo, entrevistas previas, seguimiento del caso, derivación a otros servicios...)

..... de..... de 20.....

(Firma)

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA COMUNICACIÓN

De acuerdo con el Protocolo interinstitucional de detección, prevención y atención de la violencia machista y en casos de ataques sexuales de las Illes Balears he sido informada de la obligatoriedad que tienen los centros y servicios sanitarios, sociales y escolares de las Illes Balears de comunicar a los Centros Insulares o al Centro Municipal de Recepción, Intervención y Atención Integral en Violencia machista los hechos que puedan suponer la existencia de situaciones de violencia o riesgo de violencia. También he sido informada de que la finalidad de la comunicación tiene por objeto prevenir situaciones de violencia machista.

De acuerdo con la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, le informamos que los datos personales recogidos se incorporarán y se tratarán en un fichero del Instituto Balear de la Mujer. Estos datos únicamente pueden ser cedidos en los casos que establece esta Ley. Si desea hacer uso del derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición de sus datos, dirija un escrito al Instituto Balear de la Mujer C/ Aragón 26, 1º E, 07006, de Palma o al fax 971 178 924.

De acuerdo con la mencionada Ley, he sido informada previamente y declaro la exactitud y veracidad de los datos recogidos y su uso para la coordinación y el trabajo conjunto entre los diferentes servicios y recursos de atención sociales, sanitarios y educativos. Estos datos no se pueden recoger para finalidades diferentes de aquellas para las cuales han sido obtenidos.

El/la profesional

La usuaria

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

..... de..... de 20.....



BIBLIOGRAFÍA

Alberdi I, Rojas Marcos L. Violencia: tolerancia cero. Barcelona: Obra social La Caixa; 2005.

Alonso M, Bedoya JM, Cayuela A, Dorado M, Gómez M, Hidalgo D. Violencia contra la mujer: Resultados de una encuesta hospitalaria. *Progresos en Obstetricia y Ginecología*. 2004; 47:511-20.

Aretio Romero A. Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres. *Gac Sanit*. 2007; 21(4): 273-7.

Asamblea General de Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer: 20 de diciembre de 1993: Resolución A/RES/48/104. [monografía en Internet]. New York: ONU; 1994 [acceso 4 de septiembre de 2009]. Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1286.pdf>

Banco de buenas prácticas [sede Web]. Madrid: Fundación Mujeres; 2007. [acceso 7 de septiembre de 2009]. Informe anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer [1 pantalla]. Disponible en: http://www.observatorioviolencia.org/bbpb-proyecto.php?id_proyecto=95

Blanco P, Ruiz-Jarabo C, García de Vinuesa L et al. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit*. [revista en Internet] Mayo 2004 [acceso 4 de septiembre de 2009]; 18(S1): 182-188. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400029&lng=es&nrm=iso

Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Detecció del maltractament intrafamiliar a la dona (MID) [monografía en Internet]. Barcelona: l'autor; 2001 [acceso 4 de septiembre de 2009]. Disponible en: <http://www.comb.cat/cat/comb/publicacions/bonapraxi/quadern13/praxi13.pdf>

Coll-Vinent Puig B. Violencia y maltrato de género (II): Una aproximación desde urgencias. *Emergencias*. 2008; 20: 269-275.

Comisión contra la Violencia de Género, Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolo común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [acceso 7 de septiembre de 2009]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>

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

Echeburúa Odriozola E, et al. Violencia doméstica: ¿es el agresor un enfermo? *FMC*. 2004; 11(6): 293-9.

Ertürk Y. 15 years of the United Nations Special Rapporteur on Violence against Women, its Causes and Consequences (1994-2009): A critical review [monografía en Internet]. New York: Office of the United Nations High Commissionare for Human Rights; 2008 [acceso 4 de septiembre de 2009]. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/english/issues/women/rapporteur/docs/15YearReviewofVAWMandate.pdf>

Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe. [monografía en Internet]. Nueva York: OMS, [s.d.] [acceso 7 de septiembre de 2009]. Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter1/es/index.html

Fernández Alonso M.C. MESA PAPPS: Violencia de género: Retos, controversias y propuestas de actuación para los servicios de salud. *Aten Primaria*. 2008; 40(Supl 1): 11-62.

Fernández Alonso MC, Herrero Velázquez S. Guía de actuación ante los malos tratos contra la mujer. Valladolid: SocalemFYC, 2005.

Fernández Alonso M^a C, Herrero Velásquez S, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocron Bentata L, García Campayo J, et al. Violencia en la pareja: papel del médico de familia. *Aten Primaria*. 2003; 32(7): 425-33.

Gil-González D, Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, Latour-Pérez J. Alcohol and intimate partner violence: do we have enough information to act?. *European Journal of Public Health*. 2006; 16(3); 278-284.

Guía de recursos per a les dones a les Illes Balears [monografía en internet]. Palma de Mallorca: Institut Balear de la Dona; 2008 [acceso 7 de septiembre de 2009]. Disponible en:
<http://www.caib.es/fitxer/get?codi=182251>

Hombres por la igualdad [sede web]. Jerez de la Frontera: Ayuntamiento. Departamento de igualdad y salud; [s.d.] [acceso 4 de septiembre de 2009]. Luis Bonino (autor) Obstáculos a la comprensión e intervenciones sobre la violencia (masculina) contra las mujeres [1p.]. Disponible en:
<http://www.hombresigualdad.com/obstaculos-bonino.htm>

Informe sobre víctimas mortales por violencia doméstica y violencia de género en el año 2008. Madrid: Consejo General del Poder Judicial; 2009.

Informe del grupo de especialistas para combatir la violencia contra las mujeres. Estrasburgo: Consejo de Europa; 1997.

Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet*. 2002; 359(20): 1423-1427.

Krug E, Dahlberg L, Mercy J, et al. World report on violence and health [monografía en internet]. Geneva: World Health Organization, 2002 [acceso 7 de septiembre de 2009]. Disponible en:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *Disponible en:* <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>

Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2007/03/23/pdfs/A12611-12645.pdf>

La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres. Madrid: Instituto de la Mujer; 2001.

Observatorio de la violencia de género [sede Web]. Madrid: Fundación Mujeres; 2006. [acceso 7 de septiembre de 2009]. III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.observatorioviolencia.org/documentos.php?id=100>

Patró Hernández R. Guía sobre la violencia contra la dona. [s.l.]: Caja Mediterráneo. Obra Social; 2007.

Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Hernández-Torres E. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España [artículo en Internet]. *Gac Sanit*. 2008 [acceso 7 de septiembre de 2009]; 22(5): 415-420. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112008000500005&script=sci_arttext

Protocolo de actuación en Atención Primaria para mujeres víctimas de malos tratos [Monografía en Internet]. Castilla-La Mancha: Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública y participación; [s.d.] [acceso 7 de septiembre de 2009]. Disponible en:
<http://www.jccm.es/sanidad/salud/promosalud/pdf/violencia.pdf>

Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence: systematic review. *British Medical Journal*. 2002; 325: 314-326.

Raya Ortega L, Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Brun López-Abisad S, Rueda Lozano D, García de Vinuesa L et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Aten Primaria*. 2004; 34: 117-27.

Rodríguez Gimena M, Pérez Alonso E, Moratilla Monzó L, Pires Alcaide M, Escortell Mayor E, Lasheras Lozano M et. al. Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. [monografía en Internet]. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad; 2008 [acceso 4 de septiembre de 2009]. Disponible en: <http://www.publicaciones-isp.org/productos/d123.pdf>

Romero I. Desvelar la violencia: una intervención para la prevención y el cambio. *Papeles del Psicólogo* [revista en Internet] 2004 [acceso 4 de septiembre de 2009]; 25(088):19-25. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1156>

Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño I, Álvarez-Kindelán M, Palomo-Pinto M, Arnalte-Barrera M, Bonet-Pla A et. al. Sociodemographic Associations of Physical, Emotional, and Sexual Intimate Partner Violence in Spanish Women. *Ann Epidemiol*. 2006; 16(5): 357-63.

Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco Prieto P, González-Barranco JM, Ayuso P, Montero Piñar I. La violencia contra la mujer en la pareja: Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gac Sanit* [revista en Internet] 2006 [acceso 4 de septiembre de 2009]; 20(3): 202-8. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v20n3/original6.pdf>

Sadowski L. Intimate partner violence towards women. *Clinical Evidence*. 2009; 02:1013.

Seoane Pascual L. La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud: Informe del estudio cualitativo. Documento técnico 92 [monografía en Internet]. Madrid: Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid; 2004 [acceso 4 de septiembre de 2009]. Disponible en: <http://www.publicaciones-isp.org/productos/d092n.pdf>

Sepúlveda García de la Torre A. La Violencia de Género como causa de maltrato infantil. *Cuad Med Forense* [revista en Internet] 2006 [acceso 4 de septiembre de 2009]; 12(43-44): 149-164. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062006000100011&lng=es&nrm=iso

Swan S, Gambone L, Caldwell J, Sullivan T, Snow D. A Review of Research on Women's Use of Violence With Male Intimate Partners. *Violence and Victims*. 2008; 23(3): 301-314.

Velasco Arias S. Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. [monografía en Internet]. Madrid: Instituto de la Mujer; 2006 [acceso 4 de septiembre de 2009]. Disponible en: <http://www.migualdad.es/mujer/publicaciones/docs/Atencion%20biopsic%20malestar.pdf>

Vives-Cases C, Carrasco-Portiño M, Álvarez-Dardeta C. La epidemia por violencia del compañero íntimo contra las mujeres en España: Evolución temporal y edad de las víctimas. *Gac Sanit* [revista en Internet] 2007 [acceso 4 de septiembre de 2009]; 21(4): 298-305. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000600006&lng=es&nrm=iso

Vives-Cases C, Gil-González D, Carrasco-Portiño M, Álvarez-Dardet C. Detección temprana de la violencia del compañero íntimo en el sector sanitario: ¿Una intervención basada en la evidencia?. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126(3): 101-4.

Vives-Cases C, Gil-González D, Carrasco-Portiño M, Álvarez-Dardet C. Revisión sistemática de los estudios sobre el nivel socioeconómico de los hombres que maltratan a sus parejas. *Gac Sanit*. 2007; 21(5): 425-30.

Voces de hombres por la igualdad [sede web]. [s.l.]: Chema Espada; [s.d.] [acceso 4 de septiembre de 2009]. Luis Bonino (autor): Micromachismos: El poder masculino en la pareja “moderna” [21 p.]. Disponible en: <http://vocesdehombres.wordpress.com/35/>

Wathen CN, MacMillan HL. Interventions for violence against women: scientific review. Journal of the American Medical Association. 2003; 289(5): 589-600.

World Health Organization [sede web]. New York: OMS; 1998 [acceso 4 de septiembre de 2009]. Violencia contra la mujer: Un tema de salud prioritario [45 pag]. Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/en/violencia_infopack1.pdf

Walker LE. Battered woman syndrome: empirical findings. Ann NY Acad Sci. 2006; Nov(1087): 142-57.

Zink T, Elder N, Jacobson J, Klostermann B. Medical management of intimate partner violence considering the stage of change: pre-contemplation and contemplation. Ann Fam Med. 2004; 2(3):231-239.



PÁGINAS WEB DE INTERÉS

Figueiras Ruiz, Iván. Asociación Clara Campoamor [sede Web]. [s.l.]: el autor; 2009 [acceso 7 de septiembre de 2009]. Disponible en: <http://www.claracampoamor.com/>

Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio de la Violencia. Centro Reina Sofia [sede Web]. [Valencia]: el autor; [s.d.] [acceso 7 de septiembre de 2009]. Disponible en: <http://www.centroreinasofia.es>

Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres [sede Web]. [s.l.]: el autor; [s.d.] [acceso 7 de septiembre de 2009]. Disponible en: <http://www.malostratos.org>

Ministerio de Igualdad. Instituto de la Mujer. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género [sede Web]. [Madrid]: el autor, [s.d.] [acceso 7 de septiembre de 2009]. http://www.inmujer.migualdad.es/violencia-mujer/Index_Delegacion.html

Observatorio de la violencia de género. [sede Web]. [Madrid]: Fundación Mujeres, 2006 [acceso 7 de septiembre de 2009]. Disponible en: <http://www.observatorioviolencia.org/>

Consejo General del Poder Judicial. Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género [sede Web]. [Madrid]: el autor, [s.d.] [acceso 7 de septiembre de 2009]. Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/eversuite/GetRecords?Template=cgpj/cgpj/principal.htm>

Themis: Asociación de mujeres juristas. [sede Web]. [Madrid]: el autor, [s.d.] [acceso 7 de septiembre de 2009]. Disponible en: <http://www.mujeresjuristasthemis.org/>

Lozoya JA, Bedoya JM. Voces de hombres por la igualdad [sede Web]. [s.l.]: Chema Espada; [s.d.] [acceso 7 de septiembre de 2009]. Disponible en: <http://vocesdehombres.wordpress.com/>

Ayuntamiento de Jerez de la Frontera. Hombres por la igualdad. [sede Web]. Jerez de la Frontera: el autor; 2000 [acceso 7 de septiembre de 2009]. Disponible en: <http://www.hombresigualdad.com/>