Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico

GOBIERNO DE CANARIAS
CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO

Servicio
Canario de la Salud

COORDINACIÓN:
Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación.
Mercedes Cueto Serrano

GRUPO DE TRABAJO:
María Dolores Amador Demetrio
Josefa Armas Santana
Rosa Del Valle Álvarez
María Regla Hernández Gallego
Luisa María Saavedra Jiménez
Lourdes Suárez Pérez
Rafael Valcárcel López

COLABORADOR TEMÁTICO:
Vicente Santana González

MECANOGRAFÍA Y COMPOSICIÓN GRÁFICA:
Silvia Ramos Arozamena

EDICIÓN:
Gobierno de Canarias, 2003
Consejería de Sanidad y Consumo
Servicio Canario de la Salud
Dirección General de Programas Asistenciales

REALIZACIÓN:
Daute Diseño, S.L.

DEPÓSITO LEGAL:
G.C. 138-2003

I.S.B.N.:
84-89454-41-8

Presentación

La violencia contra las mujeres constituye uno de los principales problemas que siguen estando presentes en nuestra comunidad y su reconocimiento como un problema de Salud Pública, proclamado por la OMS, evidencia el importante impacto que dicho fenómeno provoca tanto de forma directa sobre la propia víctima como en su familia y en su entorno.

Si bien la envergadura y trascendencia del problema necesita de la sensibilización e implicación de sectores tales como el judicial, social, educativo…no podemos obviar que el sistema sanitario juega un importante papel en su abordaje, ocupando además un lugar privilegiado para prevenir y reconocer precozmente a las víctimas de violencia, al ser responsable de la atención de los problemas de salud derivados de estas situaciones.

Por todo ello, la violencia contra las mujeres se plantea como objetivo prioritario de atención por parte del Servicio Canario de la Salud.

El ***Protocolo de Actuación ante la Violencia de Género en el Ámbito Doméstico***, que ahora se les presenta, nace como una guía práctica que facilitará la intervención sobre este problema a los profesionales de la Atención Primaria de la Salud y que, asimismo, nos permitirá realizar estudios epidemiológicos para conocer el impacto de este fenómeno en la salud. Se enmarca en la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias y entre las actuaciones previstas en el Programa Canario para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (2002-2006).

Animo a la participación activa de los distintos profesionales de los Equipos de Atención Primaria, la que, unida a la experiencia y práctica profesional, mejorará la calidad de vida de un amplio sector de nuestra población.

DIRECTOR DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD

Alberto Talavera Déniz

Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico

GOBIERNO DE CANARIAS
CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO

Servicio
Canario de la Salud

Índice

Página

Introducción 11

ASPECTOS PRELIMINARES

- Definiciones y conceptos 17
- Importancia del papel de los/as profesionales de la Salud 24
- Funciones generales de los/as profesionales de la Salud 24
- Obstáculos para identificar y/o intervenir en casos de violencia doméstica 26
- El cuidado de los y las profesionales sanitarios frente a la violencia doméstica 28
- Recomendaciones para la sensibilización y prevención 30

PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN

- Protocolo de detección y valoración:
- Algoritmo: Actuación General 35
- Indicadores de sospecha (Tablas IA y IB) 36
- ¿Por qué preguntar? (Tabla II) 39
- ¿Cómo preguntar? (Tabla III) 39
- Ejemplos de preguntas (Tablas IVA y IVB) 40
- Valoración biopsicosocial (Tabla V) 43
- Valoración de la Seguridad (Tabla VI) 45

INTERVENCIÓN

- Consideraciones previas 49
- Plan de intervención en una mujer sin riesgo actual de violencia doméstica (Tabla VII) 51
- Plan de intervención en una mujer con sospecha de violencia doméstica (Tabla VIII) 52

• Plan de intervención en una mujer que reconoce ser víctima de violencia doméstica, pero actualmente no corre peligro extremo (Tabla IX) 55
• Plan de intervención en una mujer que reconoce ser víctima de violencia doméstica y que se encuentra en peligro extremo (Tabla X) 58

PROTOCOLO ANTE CASOS AGUDOS

• Algoritmo: Actuaciones ante casos agudos y generalidades. 65

RECURSOS

• Consideraciones previas 73

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

• Aspectos éticos y legales 79

BIBLIOGRAFÍA. 83

Prólogo

Muchas mujeres víctimas de la **violencia doméstica** acuden a los servicios sanitarios con lesiones importantes e incluso en algunos casos con consecuencias fatales. Sin embargo, muchas otras mujeres acuden a las consultas con síntomas diversos y pueden incluso estar recibiendo tratamiento, sin que su malestar haya sido relacionado con situaciones de violencia o sin que ellas se atrevan a expresar los verdaderos motivos que están generando sus problemas de salud.

Los Equipos de Atención Primaria, debido al contacto continuado con las pacientes, están en una situación privilegiada para la detección precoz y la prevención de los casos de violencia contra las mujeres, así como para su abordaje y seguimiento.

Este protocolo surge con el objetivo de facilitar y orientar nuestras actuaciones, así como ayudar a dimensionar el problema. Es el resultado de un largo proceso del que han formado parte profesionales de diferentes perfiles y grados de responsabilidad. A todos ellos, nuestro agradecimiento por su dedicación y la calidad y el rigor de las aportaciones realizadas.

DIRECCION GENERAL
DE PROGRAMAS ASISTENCIALES

José M. Marrero Pérez

Introducción

La violencia que se ejerce contra las mujeres ha sido denominada en los últimos años **violencia de género**. Se produce en una sociedad, que mantiene un sistema de relaciones de género que ha considerado la superioridad de los varones sobre las mujeres, y que asigna diferentes cualidades, roles y espacios en función del sexo.

La OMS la considera como un grave problema de Salud Pública en todo el mundo y la identifica como factor crucial en el deterioro de la salud, tanto por su magnitud, como por sus consecuencias. Se produce en todos los países y ámbitos, tanto en el mundo doméstico como en el público y se ejerce contra mujeres de cualquier edad, raza o condición social. (OMS, 1998).

Cuando la **violencia de género** tiene lugar en el ámbito familiar o doméstico se habla de **violencia doméstica**. Este tipo de violencia es una de las que mayor sensibilidad social está generando en los últimos años, debido fundamentalmente a la magnitud del fenómeno (una media de 70 mujeres víctimas mortales al año en España) y al hecho de que se lleva a cabo con total impunidad, en el espacio de la privacidad.

Los estudios realizados en nuestro entorno, (Portugal, Irlanda, Alemania, Reino Unido, etc.) indican que de un 20 a un 30% de las mujeres, son víctimas de violencia doméstica (Comunidad Europea 1997; OMS, 1998)

Aunque en España no existen apenas datos sobre la violencia física, psíquica y sexual, cada año se cursan entre 16.000 y 18.000 denuncias por este concepto. Los expertos consideran que estas denuncias son solo la punta del iceberg y que representan del 5 al 10% de los casos reales de malos tratos que se dan en todo el territorio nacional. Infiriendo los datos, se puede asegurar que todos los años, entre 160.000 y 180.000 españolas son víctimas de la violencia doméstica.

Según la macroencuesta realizada por SIGMA II para el Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) en 1999, cuatro de cada

cien mujeres españolas mayores de edad declaran haber sido maltratadas durante el último año, lo que eleva la cifra a un total de 1.865.000 mujeres. Existe un alto número (640.000) que, aunque no se considera mujer maltratada, admite que frecuentemente, o a veces, ha sufrido agresiones como insultos o amenazas, e incluso golpes.

En nuestra Comunidad Autónoma las llamadas recibidas en el Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia del 112, confirman el aumento de las alertas en los últimos tiempos, habiéndose pasado de un promedio de 5 a 16 llamadas diarias del año 1999 al 2002.

Según datos del Ministerio del Interior, el número de denuncias por malos tratos contra mujeres en el ámbito familiar en el año 2000 en Canarias, asciende a 2.599, con un incremento anual de más de 150 denuncias, lo que representa, en proporción al volumen de población, ocupar el 2º lugar a nivel nacional.

La repercusión de la violencia sobre la salud de las mujeres es casi inmediata presentando síntomas, tanto a nivel físico como psíquico, o agudizando los ya existentes, por lo que acuden a los centros de salud de forma habitual. La dificultad para detectar estos casos estriba, en gran parte, en que las mujeres no presentan lesiones manifiestas, no se reconocen como víctimas (por vergüenza, miedo, culpa), y los síntomas aparecen desligados de la situación vital que padecen, tanto para los/las profesionales, como para la propia mujer. Todo ello unido a una falta de entrenamiento, formación y tiempo por parte del personal sanitario hace que estos pasen desapercibidos, tratándose en muchas ocasiones como somatizaciones; por lo que es necesario aprender a reconocer y tratar la violencia doméstica como un diagnóstico diferencial más.

Como en cualquier otro problema de salud, los Equipos de Atención Primaria, están en un lugar privilegiado siendo un dispositivo crucial para la prevención, detección precoz, captación e intervención con las mujeres víctimas de violencia.

Esta **guía** se ha elaborado con un enfoque eminentemente práctico, estableciendo las pautas de actuación de los distintos profesionales ante una víctima de violencia doméstica que acuda a consulta de un centro sanitario.

En un **primer bloque**, se pretende sensibilizar y acercar a los profesionales al fenómeno de la violencia, destacando la importancia del papel que se desempeña desde el ámbito sanitario y la relevancia que adopta, en este tema, la actitud profesional y personal que permita una adecuada asistencia. Además contempla recomendaciones para la sensibilización y la prevención.

En un **segundo bloque**, se plantean los protocolos de actuación tanto para la detección y valoración como para los casos agudos. Los mismos desarrollan desde el abordaje inicial, valoraciones, actuaciones según el nivel de riesgo encontrado y el seguimiento.

Asimismo, la guía ofrece información sobre los recursos específicos y generales de atención y cuenta con un apartado de los aspectos éticos y legales mas relevantes..

La violencia contra las mujeres es un problema de una progresiva y preocupante incidencia. No hay respuestas fáciles. El sector salud no es el único responsable, pero la sensibilización, compromiso y adecuada formación y competencia en este campo puede empezar a marcar la diferencia.

Aspectos preliminares

Definiciones y conceptos

Género:

Conjunto de características asignadas de forma diferenciada a cada sexo, de acuerdo con las actitudes, valores, comportamientos y roles establecidos culturalmente e incorporados en el proceso de socialización.

Violencia de género:

> "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 incluye las amenazas de tales actos y la restricción o privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como privada". (Art.1 de la "Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer" de las Naciones Unidas, 1993).

Tipos de violencia de genero:

Adopta múltiples formas, pudiéndose producir tanto en el ámbito privado como en el público. Se pueden citar entre éstas: la **violencia doméstica**, las agresiones y abusos sexuales, el incesto, la violación, el acoso sexual en el trabajo, las mutilaciones sexuales, la prostitución, el tráfico de niñas y mujeres, el turismo sexual, las violaciones masivas como arma de guerra,….

Se aborda aquí, dado el objetivo de este Protocolo, la **Violencia de género** que se produce en el **ámbito doméstico**, conocida popularmente como **malos tratos**.

Esta forma de violencia, definida por **el vínculo** entre agresor y víctima y, en la mayoría de los casos, por **el espacio** en el que se produce, integra, o puede integrar, todas las formas de violencia que se describen a continuación:

Violencia Psicológica:

Hace referencia a aquellas conductas que atentan contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y, fundamentalmente, contra su dignidad

como persona. (Follingstad et al, 1990). Son manifestaciones de este tipo de violencia: 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, el abandono. Este tipo de violencia no es tan visible como la física, es más difícilmente demostrable y, en muchas ocasiones, no se identifica por la víctima como tal violencia sino como manifestaciones propias del carácter del agresor.

Cuando se produce la violencia física y sexual, también aparece la violencia psicológica

Violencia Fisica:

Cualquier conducta que implique el uso deliberado de la fuerza en el cuerpo de la mujer, con la intención de ocasionar lesión física, daño, o dolor. Son manifestaciones de esta conducta los empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, quemaduras, golpes con objetos…pudiendo llegar a producir hematomas, fracturas, quemaduras, heridas, cortes, lesiones de órganos internos y/o lesiones irreversibles. (Dutton, M.A. 1992).

Violencia Sexual:

Constituye violencia sexual cualquier intimidad sexual forzada cometida con violencia, coacción, amenaza o sorpresa (Douglas, 1987). Se incluye aquí cualquier comportamiento sexual impuesto contra la voluntad de una persona, se produzca por parte de su pareja sexual o por otras personas.

Distinguiremos, tres grandes categorías basándonos en:

- *Agresiones sexuales que no implican contacto corporal*: exhibicionismo, forzar a ver material pornográfico, mensajes por correo o por teléfono (incluidas las modernas formas de comunicación), gestos, observaciones y palabras obscenas, insultos sexistas, acoso, proposiciones sexuales indeseadas, voyerismo.
- *Agresiones sexuales con contacto corporal*: tocamientos, caricias, masturbación del agresor, obligación de adoptar posturas que la mujer considera degradantes,…
- *Agresiones sexuales con violación (o tentativa de)*: penetración (o tentativa de) sexual (genital, anal o bucal) sea con órgano sexual, con los dedos o cualquier objeto

El agresor:

Se trata de individuos varones que usan la violencia de modo habitual en el seno de sus relaciones familiares, como forma de comunicarse, resolver conflictos, imponer su criterio o expresar sus emociones…

Existen en todos los grupos sociales, niveles educativos, religiones, ideologías, países o culturas. Son varones que tienen fuertemente interiorizados los valores tradicionales de la superioridad masculina .

Factores tales como el alcohol, las drogas y/o situaciones como el desempleo, el estrés laboral, problemas mentales.... se atribuyen frecuentemente como justificación a los actos violentos; si bien estos influyen en el comportamiento, no pueden considerarse causas directas de este tipo de violencia.

En contra de estas creencias, hay que atender a los estudios científicos sobre este fenómeno, que indican que estos hombres no están fuera de sí, ni han perdido el control, ni están locos o enfermos, sino que "han aprendido" que la violencia es una forma efectiva de conseguir control sobre sus parejas, dominar e infundir temor.

En muchos casos, se trata de hombres que gozan de buena reputación y estima entre la vecindad y que presentan conductas normales fuera del hogar

Pueden presentar entre otras, las siguientes pautas de conducta comunes:

- Utilizan la agresividad (fundamentalmente con sus parejas), la mentira, la cólera, culpan a los demás de sus errores, esperan la satisfacción de todos sus deseos.
- Se muestran celosos, celos basados en el miedo a perder el objeto de su dominación: la mujer.
- Muchos son hijos de agresores y tienden a reproducir ese patrón de conducta con sus parejas.
- Atribuyen el problema a la conducta de la víctima, a la familia, el trabajo, la situación socioeconómica.
- Suelen esconder o negar su violencia, y cuando la reconocen racionalizan sus conductas, las justifican, las minimizan o las proyectan.

La mujer agredida:

No responde a un perfil en cuanto a clase social, nivel educativo, religión, ideología, país o cultura; tampoco responde a una determinada edad,

estado civil, orientación sexual… Cualquier mujer puede convertirse en víctima.

Reconocerse como mujer maltratada es muy doloroso. Se sienten responsables de no haber sido capaces de evitar la violencia, pararla, o cambiar el comportamiento de su pareja.

Las mujeres maltratadas desarrollan toda una serie de mecanismos de defensa y supervivencia al estar inmersas en una situación de violencia que muchas veces se cronifica. Son reacciones de miedo, vergüenza, sentimientos de culpa, y de quitar importancia a lo que ocurre, que les dificulta el reconocer y/o asumir que son víctimas de malos tratos y por tanto, pedir ayuda.

- ***Miedo:*** Por haber sufrido amenazas contra ella o sus hijos e hijas. Por temer las represalias o a que aumente la violencia si dice algo o denuncia.
- ***Vergüenza****:* cree que solo le pasa a ella, y que ha fracasado en su proyecto más importante: la pareja y la familia. También puede sentir vergüenza por no ser capaz de dejarle, a pesar de que lo haya pensado en otras ocasiones.
- ***Distorsión / Falta de conciencia / Minimización*:** la mujer puede no reconocer o no ser consciente de la gravedad y peligrosidad de su situación; quita importancia y se agarra a fuertes convicciones ("estoy exagerando, no es para preocuparse tanto…", "estoy segura de que nunca me mataría, aunque lo diga", "a los niños no es capaz de hacerles daño…"; son más deseos que realidades y responden a la necesidad de creer que esto es así, al no poder enfrentar cognitivamente la realidad que están viviendo.
- ***Justificación/Resistencia****:* a reconocer lo que está pasando. La mujer justifica, comprende y disculpa a su agresor: "perdió los nervios", "está pasando una mala racha", "en el fondo me quiere"…
- ***Culpabilización*** Creen ser merecedoras de lo que les ocurre. Asumen la responsabilidad de lo que les pasa, reforzada en muchas ocasiones por lo que su compañero le ha repetido: "él tiene razón, soy un desastre, no tengo las cosas como él quiere".

  La vivencia de una agresión continuada va a desarrollar en la mujer un **estado de indefensión** (Seligman, 1975) caracterizado por "la per-

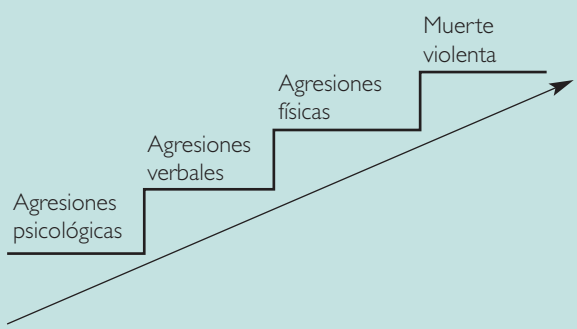
cepción de que, sea cual sea su actitud, es incapaz de manejar o resolver la situación por la que atraviesa". Esta indefensión la suele conducir a un estado depresivo y de pérdida progresiva de autoestima, incapacitándola para el abandono de la situación de violencia en la que vive.

El deterioro en su salud, tanto física como emocional y psíquica, producto de la violencia sufrida, les hace sentir incapaces de iniciar una nueva vida.

El proceso de la violencia:

La violencia se desarrolla siempre siguiendo unas pautas concretas. Conocer como se genera y se mantiene, así como, sus efectos y consecuencias, es fundamental para entender el comportamiento y sentimientos de una mujer víctima, para poder detectar las señales de estar sufriendo maltrato y ofrecerle ayuda y alternativas.

Escalada de la violencia.

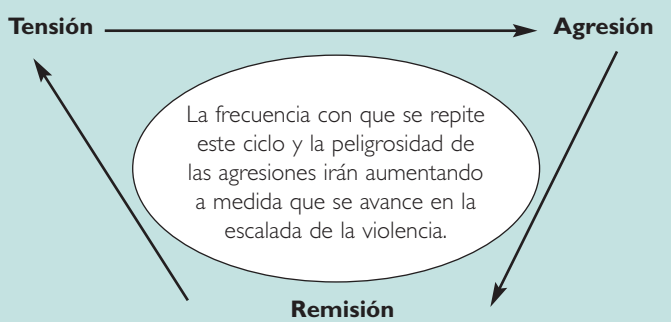


El maltrato suele comenzar con conductas de abuso psicológico más difíciles de percibir por su apariencia amorosa. Son conductas restrictivas y controladoras (agresiones psicológicas y verbales) que van minando la propia capacidad de decisión y autonomía, a la vez que van produciendo dependencia y aislamiento. Ejemplo de ello son los celos, el control y censura sobre la ropa, las amistades, las actividades, los hora-

rios y las salidas de casa. En muchos casos, estas conductas no son percibidas como agresivas, por lo que, aquellas mujeres que las admiten y minimizan van desarrollando una situación de indefensión y vulnerabilidad. Frecuentemente, esto representa la etapa anterior a la agresión física.

El aumento progresivo de la violencia puede extenderse a lo largo de un prolongado periodo de tiempo, de manera que es difícil para la víctima darse cuenta del proceso en el que esta inmersa. A menudo, sólo con el paso del tiempo, la víctima constata que existe esta escalada que puede conducirle hasta la muerte. Es importante que la mujer sea consciente del peligro que corre y de la necesidad de protegerse a sí misma y a sus hijos/as, así como de su imposibilidad para controlar y corregir la conducta del agresor.

Ciclo de la violencia.



1. **Tensión:** las tensiones se construyen.
2. **Agresión:** la violencia estalla.
3. **Remisión:** fase de calma o de "interludio amoroso".

Según L. Walker (1984) el ciclo consta de tres fases:

1. ***Tensión:*** (acumulación)
   Se caracteriza por una escalada gradual de tensión, donde la irritabilidad del hombre va en aumento sin motivo comprensible y aparente para la mujer. Se intensifican las discusiones por cuestiones intranscendentes y la violencia verbal, dándose esporádicos ademanes de agresión física premonitorios de lo que va a suceder en fechas próximas. Se presentan como episodios aislados que la mujer

cree, irrealmente, poder controlar. La tensión seguirá aumentando gradualmente (acumulándose) y se producirá la siguiente fase.

2. ***Agresión:***
   Estalla la violencia y se producen las agresiones físicas, psíquicas y/o sexuales. Es en esta fase, dónde la mujer suele denunciar o pedir ayuda.
3. ***Calma o Remisión:*** (Luna de miel)
   Desaparece la violencia y la tensión. El agresor utiliza estrategias de manipulación afectiva (regalos, promesas, actitudes cariñosas, disculpas) con el fin de que la mujer permanezca junto a él y no le abandone, argumentando un arrepentimiento que pueda parecer sincero. Este momento supone un refuerzo positivo para que la mujer continúe la relación, llegando a creer que cambiará; todo esto hace difícil que se mantenga en su decisión de romper con la situación de violencia. Esta fase cada vez durará menos tiempo, hasta que se vuelva inexistente, aumentando las anteriores en frecuencia e intensidad.

Cuando una mujer víctima de violencia hace una petición de ayuda, ha dado varias vueltas al ciclo. Cada vez que cierra uno, pierde confianza en sí misma. Por todo ello, es esencial que las víctimas reciban apoyos concretos y refuerzos en todas las ocasiones en que, tras la fase de agresión, decida dar pasos encaminados a mejorar su situación. Si ésta no se produce, llegada la fase de calma, será mucho más difícil que tome decisiones.

Importancia del papel de los/as profesionales de la Salud

Los y las profesionales de la Atención Primaria, por el acercamiento y contacto continuado, conocen a sus pacientes, familiares y amigos, oyen comentarios sobre la existencia de violencia sobre alguna paciente y pueden sospechar o advertir pruebas cuando la mujer se hace atender por otras razones.

Los Servicios de Urgencias (hospitalarios y extrahospitalarios) pueden ser los primeros en examinar a una mujer víctima de violencia.

Para muchas mujeres que han sido maltratadas, los y las trabajadores de la salud son el principal o único punto de contacto con los servicios públicos que pueden ofrecerles apoyo e información.

Funciones generales de los/as profesionales de la Salud

El problema de la violencia doméstica requiere de la implicación activa de todos los y las profesionales del Equipo de Atención Primaria (médicos/as, enfermeros/as, matronas/es y trabajadores/as sociales), en su detección precoz (investigar la existencia de violencia) y en la intervención en cada caso, de manera integral e integrada.

En muchos casos, se requiere de intervenciones multidisciplinares, por lo que la coordinación entre los miembros del equipo es fundamental para garantizar el plan de intervención y las medidas más eficaces en cada caso.

Según la OMS (1998) las funciones mínimas a desarrollar son las siguientes:

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

Obstáculos para identificar y/o intervenir en casos de violencia doméstica

De los profesionales

- No considerar la violencia como un problema de salud ni introducirlo en nuestra práctica habitual como un diagnóstico diferencial más.
- Mitos, creencias y estereotipos adquiridos en el propio proceso de socialización:

  - *"La violencia doméstica pertenece al ámbito privado. No debo intervenir".*
  - *"No ocurre entre la población de mis pacientes".*
  - *"Responde a perfiles determinados".*
  - *"Es responsabilidad de otros profesionales".*

- Experiencias personales respecto a la violencia doméstica.
- Miedo a ofender a las pacientes.
- Sensación de impotencia y/o frustración.
- Desconocimiento de estrategias para el manejo de estas situaciones por falta de formación y entrenamiento.
- No comprender por qué las víctimas no abandonan a su agresor.
- Miedo a empeorar la situación, a las posibles crisis de llanto, emocionales…, e incluso miedo por la seguridad de la mujer.
- Miedo por la propia integridad.

De las mujeres

- Muchas mujeres víctimas de violencia no manifiestan su situación por múltiples razones, tales como:

  - Distorsión, falta de conciencia/minimización.
  - Miedo a represalias.
  - Vergüenza.
  - Culpabilización.
  - Justifica, comprende y disculpa a su agresor.
  - Cree que los sanitarios no intervienen en esta situación, están muy ocupados, en la consulta no le preguntan…

- La mujer no es consciente de la gravedad y peligrosidad de su situación, quita importancia y se agarra a fuertes convicciones.

En el contexto de la consulta

- Falta de privacidad (sobre todo en las urgencias).

  - Falta de espacios reservados.
  - Dificultad en la comunicación (idioma…).
  - Su pareja la acompaña.

- La escasez de tiempo disponible para la atención.

El cuidado de los y las profesionales sanitarios frente a la violencia doméstica

El trabajo relacionado con mujeres maltratadas, al igual que otras problemáticas que se atienden en consulta, es duro para los y las profesionales por la complejidad de los distintos casos, porque puede suponer una gran implicación emocional y porque puede afectar física y psíquicamente.

Algunos riesgos a tener en cuenta son:

- **Contaminación psíquica:** se refiere al exceso de implicación emocional que el profesional tiene con respecto a la persona que atiende. En el caso de mujeres víctimas de violencia doméstica es inevitable cierto grado de implicación emocional. Sin embargo, se debe evitar intervenir sólo desde la "buena voluntad", estableciendo la adecuada distancia terapéutica y adquiriendo los conocimientos y habilidades necesarios para una atención eficiente.
- **Sobre-identificación:** se refiere a un grado de identificación con la mujer víctima, que supone que el profesional toma decisiones por ella o intenta que ella las acepte, aunque no se vea capaz de llevarlas adelante (sobre todo si ve muy claro lo que habría que hacer si fuera él la víctima). Para evitarlo, es necesaria, además de lo comentado en el punto anterior, una actitud de respeto de la propia evolución de la mujer, apoyándola a lo largo de todo el proceso en sus decisiones, como forma de obtener resultados.
- **Fracaso**: la ausencia de resultados en muchos de los casos de violencia doméstica, a pesar del tiempo y esfuerzo dedicado, crea una sensación de frustración en el profesional, que puede llevarle a intervenir desde el escepticismo, restando efectividad a cualquier intervención.

Para evitarlo o minimizarlo es necesario que el profesional realice una definición realista de los objetivos y metas a alcanzar y asuma que su papel en la violencia doméstica forma parte de una estrategia mucho más amplia de intervención, con muchos otros sectores y profesionales implicados.

- **Quemarse (burn-out):** aparece como consecuencia de todo lo anterior, cuando se desequilibran las expectativas individuales del profesional y la realidad del trabajo diario, junto con un inadecuado afrontamiento del conflicto. La solución más eficaz para prevenir este síndrome pasaría por el desarrollo de habilidades de afrontamiento por los profesionales, que les permitan eliminar o mitigar la fuente de estrés o neutralizar las consecuencias negativas de esa experiencia.

- Es aconsejable realizar sesiones clínicas con compañeros/as del EAP.
- Debatir y compartir la información con profesionales fuera del equipo y/o de diferentes instituciones.
- Se debe atender a la profesionalidad y formación continuada, al conocimiento de los propios límites y dificultades, y al establecimiento óptimo de la variable empatía - distancia.
- La actitud es muy importante y va a influir de manera decisiva sobre el comportamiento. Asimismo, se debe ser consciente de la sensibilidad y límites para saber hasta dónde se puede trabajar con la otra persona, sin que interfieran los propios conflictos y limitaciones.

Recomendaciones para la sensibilización y la prevención

Las actividades de sensibilización - prevención se plantean a tres niveles:

1.- Área profesional.
2.- La atención a la salud integral de las mujeres.
3.- Trabajo en la comunidad.

1.- Área profesional:

Aumentar la sensibilización y formación del personal sanitario frente a este problema favorecerá la prevención y la detección precoz, disminuirá la incertidumbre e impotencia ante el abordaje y conducirá a unos planes de intervención más eficaces.

Para favorecer esta sensibilización-formación se proponen las siguientes actividades a realizar de forma periódica en los propios Equipos:

- La inclusión en la formación continuada de los EAP, de aspectos sobre prevención, detección precoz, tratamiento, recursos y actividades.
- Realización de sesiones clínicas multidisciplinarias sobre casos reales que hayan tenido en el equipo.
- Realización de sesiones con otros profesionales y/o con otras instituciones. Debatir y compartir información entre profesionales favorecerá la mejora en las intervenciones.
- Desarrollo de un censo de casos para favorecer la investigación sobre la violencia y sus consecuencias, factores de riesgo, así como formas complementarias de intervención.

2.- La atención a la salud integral de las mujeres:

- Ofrecer información colocando carteles y folletos en lugares visibles que indiquen a las mujeres que la violencia es un tema objeto de atención sanitaria en el centro y en el que se puede ofrecer ayuda.
- En la relación profesional/paciente es importante fomentar actitudes, valores y actividades en las que se favorezcan:
  - La autonomía personal.
  - La valoración, disfrute y cuidado del propio cuerpo.
  - La transmisión de mensajes que favorezcan el ejercicio de sus derechos personales, derechos sexuales, derechos en la relación de pareja.
  - La participación en actividades sociales y de desarrollo personal, formación, cultura, relaciones interpersonales, ocio y disfrute del tiempo propio.
  - El trabajo en grupos.

3.- Trabajo en la comunidad:

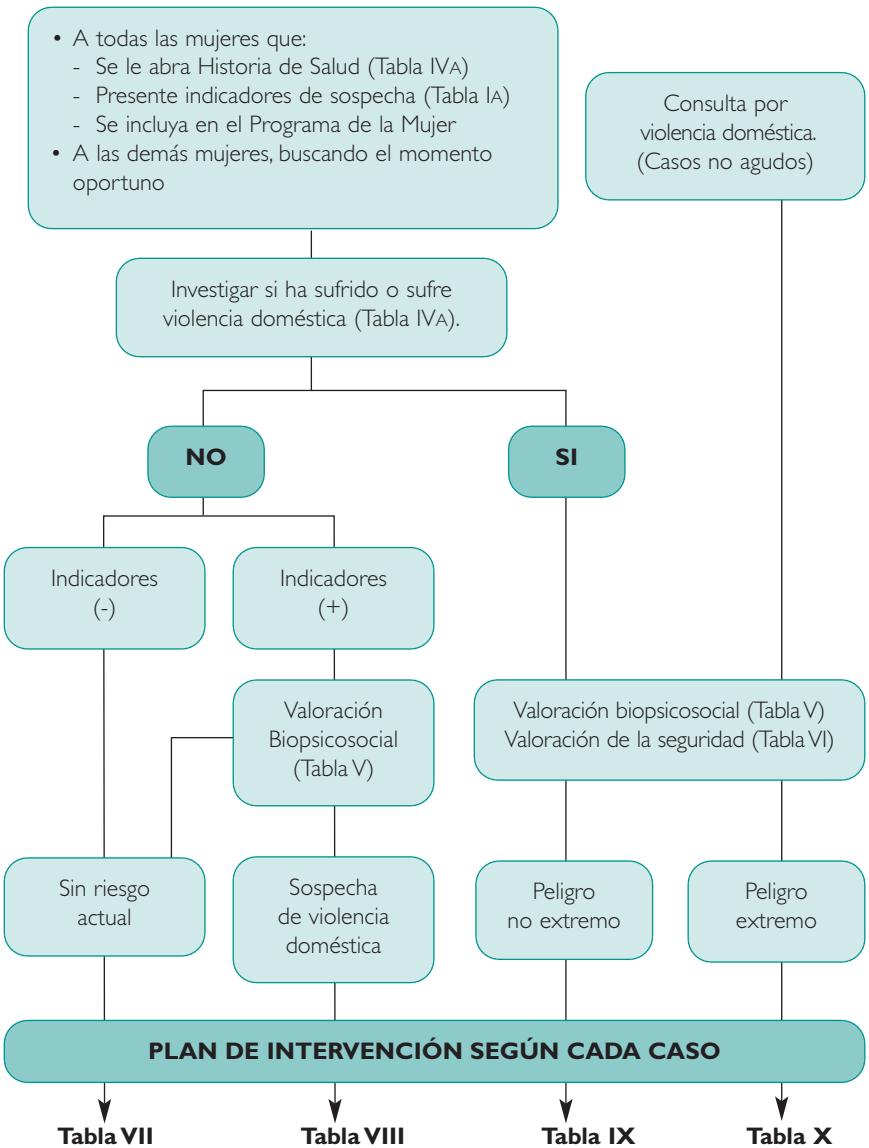
En el ámbito comunitario se puede intervenir tanto a través de los grupos de Educación para la Salud generados en los propios centros como colaborando en iniciativas de otras entidades sociales y/o institucionales.

- Promover e incluir en las actividades de EpS y en los grupos de educación maternal, contenidos de sensibilización y prevención de la violencia contra las mujeres, así como la difusión de los recursos de apoyo. Para ello se puede utilizar el material coeditado por el SCS y el ICM (*).
- Colaborar con asociaciones comunitarias a través de talleres, jornadas y charlas sobre la violencia, transmitiendo su impacto en la vida y la salud, las formas de prevenirlo, divulgando el papel de los profesionales sanitarios.
- Colaborar con los centros educativos en actividades de sensibilización y prevención sobre violencia dirigidas a la comunidad educativa.
- Incluir actividades de sensibilización y prevención de la VD en las participaciones con los medios de comunicación locales (radios, periódicos, revistas).
- Proponer o participar en acciones, campañas, jornadas sobre la violencia o colaborar con las que estén realizando las instituciones y organizaciones sociales.

(*) Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, Instituto Canario de la Mujer: "*La Violencia de género y la Salud: Manual y unidades didácticas para la sensibilización y la prevención*". Consejería de Sanidad y Consumo. Consejería de Empleo y Asuntos Sociales. Gobierno de Canarias. 2001

Protocolo de detección y valoración

Algoritmo de actuación general



Indicadores de sospecha

Taba I A. Indicadores de sospecha entre los antecedentes de la paciente.

No existen evidencias científicas que demuestren que los indicadores de sospecha que se presentan sean los únicos, que tengan más peso unos que otros o que su gravedad venga dada por la asociación de más de uno de ellos. Será la formación, el conocimiento de cada caso concreto y la práctica clínica, lo que permitirá al profesional detectar a través de ellos la situación de violencia.

1. **Antecedentes de haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia:** (Tienen mayor probabilidad de aceptar la violencia como parte normal de la relación de pareja). Interrogar sobre este aspecto, si no se ha hecho antes.

2. **Antecedentes personales y hábitos de vida:**
   - Conductas de huida o evasión como alcoholismo y/o drogadicción.
   - Abuso de medicamentos, sobre todo psicofármacos.
   - Trastornos de la conducta alimentaria.
   - Propensión a los "accidentes".
   - Depresión.
   - Intentos de suicidio.

3. **Antecedentes gineco-obstétricos:**
   - Ausencia de control de la fecundidad (muchos embarazos, embarazos no deseados y/o no aceptados).
   - Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos.
   - Dispareunia, dolor pélvico, infecciones ginecológicas de repetición.
   - Historia de abortos repetidos.
   - Hijos con bajo peso al nacer.
   - Retraso en la solicitud de atención prenatal.

Taba I A. (Continuación). Indicadores de sospecha entre los antecedentes...

4. Motivos de consulta o quejas frecuentes:

- Quejas somáticas repetitivas: cefalea, cervicalgia, dolor crónico en general, mareo, molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, dolor abdominal), molestias pélvicas, dificultades respiratorias.
- Síntomas psicológicos frecuentes: insomnio, depresión, ansiedad, baja autoestima, agotamiento psíquico, irritabilidad.

5. Utilización de los servicios sanitarios:

- Existencia de períodos de hiperfrecuentación y otros de abandono (largas ausencias).
- Incumplimiento de citas y/o tratamientos.
- Uso repetitivo de los servicios de urgencias.
- Frecuentes hospitalizaciones.

6. Información de familiares, amigos de la paciente o de otros profesionales e instituciones.

Taba I B . Indicadores de sospecha durante la consulta.

1. Si presenta lesiones físicas:

- Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación del motivo.
- Retraso entre la asistencia y la fecha de las lesiones.
- Distribución central de las lesiones.
- Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara/cabeza (lesiones nasales, orbitarias, malares, labios, cuello), en la cara interna de brazos o muslos.
- Lesiones "por defensa": cardenales en la cara interna de antebrazos
- Presencia de lesiones en distintos estadios de curación: violencia a lo largo del tiempo.
- Lesiones durante el embarazo.

2. Actitud y/o estado de la paciente:

- Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, se altera, por ejemplo, al abrirse la puerta…
- Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza. Autoestima baja. Sentimientos de culpa.
- Falta de relaciones con otras personas. (Aislamiento).
- Estado de ansiedad o angustia, indignación fuera de contexto, irritabilidad.
- Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil, evitar mirar a la cara.
- Ropas inapropiadas para la época (puede indicar la intención de ocultar lesiones).
- Falta de cuidado personal.
- Justifica sus lesiones o quita importancia a las mismas.
  - Si está presente su pareja:
    - Temerosa en las respuestas.
    - Busca constantemente su aprobación.

3. Actitud de la pareja:

- Solicita estar presente en toda la visita.
- Muy controlador, siempre contesta él.
- La interrumpe para rectificar, precisar o decir a su manera el relato de ella.
- Excesivamente preocupado o solícito con ella.
- A veces colérico u hostil con ella o con el profesional.

¿Por qué preguntar?

Taba II. ¿Por qué preguntar?.

- La violencia de género tiene lugar con una frecuencia elevada y es más común que otros problemas de salud para los que existen actividades de detección ya establecidas.
- Investigar sobre el maltrato sólo cuando hay signos obvios de lesiones no es suficiente. Son más las mujeres que presentan síntomas diversos para los que están siendo tratadas sin que su malestar sea relacionado con situaciones de violencia.
- No existen "perfiles" que puedan predecir con suficiente fiabilidad quién es una probable víctima de maltrato ni un posible agresor.
- La mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta de forma directa y no valorativa.
- El simple hecho de preguntar y registrarlo rutinariamente supone para el y la profesional que con el tiempo lo realice con mayor soltura y las preguntas sean esperadas y recibidas con naturalidad por las mujeres.
- Preguntar a todas las mujeres sobre violencia permite además de prevenir y/o detectar precozmente, transmitir que es un problema que afecta a la salud y que como sanitarios debemos abordarlo.

¿Cómo preguntar?

Taba III. ¿Cómo preguntar?.

- **Condiciones necesarias:**
  - Clima de intimidad, confidencialidad, respeto y ACEPTACION.
  - Calidez y empatía (comprender y transmitir comprensión).
  - Escucha atenta, reflexiva, favoreciendo su verbalización.
  - Evitar juicios de valor (interpretar, opinar, culpabilizar...).

- **Secuencia lógica:** de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas.

Ejemplos de preguntas

Taba IV A. Ejemplos de preguntas generales.

El protocolo plantea que a todas las mujeres se les vaya preguntando sobre **violencia doméstica,** como sobre cualquier otro problema de salud, de forma natural y progresiva buscando los momentos adecuados para cada caso y priorizando ante:

- Apertura de historia de salud.
- Indicadores de sospecha.
- Inclusión en el Programa de la Mujer.

A continuación se sugieren una serie de preguntas generales y otras más dirigidas, así como ejemplos de preguntas ante sospecha. Cada profesional utilizará aquellas que les faciliten llegar a un diagnóstico.

Según el conocimiento que se tenga de la paciente y el clima de confianza que exista entre el profesional y la misma, puede ser necesario **contextualizar** previamente las preguntas, hacer una introducción:

- *"La violencia en la vida de la mujer es un problema muy común y puede ser muy grave. Por eso, de forma rutinaria pregunto a todas mis pacientes si están recibiendo algún tipo de violencia por parte de su compañero".*
- *"Ya sabe que ahora se habla mucho de malos tratos, es un problema muy común y puede ser muy grave. ¿ha sufrido usted una situación así?".*
- *"Muchas mujeres experimentan algún tipo de maltrato en su vida, ¿le ha ocurrido a usted alguna vez?".*

Posteriormente, es conveniente **seguir** por aspectos generales a través de **preguntas más dirigidas:**

- *"¿A qué cree que se debe su malestar / problema de salud?".*
- *"¿Está viviendo alguna situación problemática que le haga sentirse así?".*
- *"La encuentro algo intranquila, ¿le preocupa algo?".*
- *"¿Qué opina su compañero de su malestar?".*
- *"¿Cómo van las cosas en casa?".*
- *"Cuando discuten, ¿cómo resuelven el tema?".*
- *"Las relaciones de pareja son a veces violentas, ¿qué ocurre cuando tiene una pelea en casa?, ¿cómo son esas peleas?, ¿pelean a veces físicamente?".*
- *"¿Siente miedo de su pareja?, ¿se siente segura con su pareja?" .*
- *"¿La insulta o la amenaza?".*

Taba IV B. Ejemplos de preguntas ante sospecha.

- **En el caso de sospecha por información obtenida de los antecedentes de la paciente:**
  - *"Mire, doña …, he repasado su historial y encuentro algunas cosas que me gustaría comentar con usted. Veo que…(relatar los hallazgos), ¿a que cree que se debe?, ¿qué me puede decir a esto? ¿cree que todo está relacionado?, ¿relaciona todo esto con algo?".*
  - *"En muchos casos las mujeres que tienen problemas como los suyos, como…..(relatar algunos de los identificados, los más significativos), suelen ser a causa de que están recibiendo algún tipo de maltrato por parte de alguien, por ejemplo su pareja, ¿es éste su caso?".*
  - *En caso de sospecha por antecedentes como dispareunia, dolor pélvico….. Preguntar "¿Ha sido forzada alguna vez a tener relaciones o prácticas sexuales cuando no quería hacerlo?".*
  - *Si la paciente refiere algún aborto espontaneo. Haga la pregunta "¿Hubo alguna causa física para su aborto?".*

- **En el caso de sospecha por las lesiones físicas que presenta:**
  - *"Esta lesión suele aparecer cuando se recibe un golpe/corte/puñetazo… ¿es eso lo que le ha ocurrido?".*
  - *"¿Su pareja utiliza la fuerza contra usted?", "¿cómo? (agarrones, empujones, patadas…), ¿desde cuando?".*
  - *"¿Alguna vez la ha agredido más gravemente? (palizas, uso de armas, agresión sexual)".*
  - *"¿Su marido bebe o consume drogas? (si dice que sí), ¿cómo se porta con usted en esa situación?".*

- **En el caso de sospecha por los síntomas o problemas psíquicos encontrados:**
  - *"Me gustaría conocer su opinión sobre esos síntomas que me ha contado (ansiedad, nerviosismo, tristeza, apatía…): ¿Desde cuando se siente usted así?, ¿A qué cree usted que se deben?, ¿Los relaciona con algo?, ¿tiene alguna razón que los justifique?".*
  - *"¿Ha sucedido últimamente algo en su vida que le tenga preocupada o triste?, ¿Tiene algún problema quizá con su pareja?, ¿O con sus hijos?, ¿Con alguien de su familia?, ¿en el trabajo?".*
  - *"¿Usted y su marido suelen hablar de sus problemas?, ¿Cómo los resuelven?"*

Taba IV B. (Continuación). Ejemplos de preguntas ante sospecha.

- *"¿Qué opina su pareja de lo que le pasa?, ¿Qué explicación le da él?, ¿Le ayuda o no le da importancia?, ¿La hace responsable de que su relación no funcione bien? ¿qué opina usted de lo que dice su marido?".*
- *"Parece como si se encontrara alerta, asustada, ¿Qué teme?".*
- *"Su marido ¿ Suele tener algún problema con la bebida o toma algún tipo de drogas?, ¿Cómo se comporta cuando lo hace?, ¿Cree que su marido lo hace porque bebe o toma drogas, o porque es violento?, "¿Cree usted que la situación puede cambiar?".*
- *"¿Tiene alguna dificultad para ver a sus amigos o familiares?, ¿Qué le impide hacerlo?" .*

Valoración biopsicosocial

Taba V. Valoración biopsicosocial.

1. Valoración física:

- **Exploración física completa,** buscando lesiones traumáticas, recientes o antiguas.
  - Si existen lesiones y la mujer no las relaciona con maltrato, valorar indicadores de sospecha.
- **Localización:**
  - Múltiple, habitualmente con distribución central: cabeza, cuello, espalda, muslos.
  - Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara/cabeza (nariz, zonas orbitarias o malares, labios, cuello) y/o en la cara interna de brazos o muslos.
- **Características de las lesiones:**
  - Erosiones, contusiones, heridas, quemaduras, mordeduras, fracturas (típicas las de huesos nasales, dientes y mandíbula)...
  - Lesiones en distintos estadíos de curación: violencia a lo largo del tiempo.
  - Signos de defensa o lucha:
    - Lesiones en brazos, antebrazos, muñecas y/o cara palmar de dedos.
  - Lesiones por agresión sexual:
    - Lesiones en cara interior de muslos, monte de venus, vulva y/o mamas
    - Sangrado anal y/o genital
    - Fisuras anales
    - Dolor en genitales
  - Secuelas Físicas: cicatrices, limitaciones funcionales, minusvalías
- **Posibles mecanismos de agresión:**
  - Puño, objeto romo (barra de madera, hierro…), arma blanca o de fuego.
  - Lesiones contusivas violentas: empujones seguidos de caídas.
  - Lesiones de máxima violencia: empujones por escaleras y lanzamientos al vacío.
  - Lesiones traumáticas en "forcejeo": "agarramientos forzados de cuello, estrangulamiento/intento de
  - Frecuencia con que se producen y gravedad en otras ocasiones.

Taba V. (Continuación). Valoración biopsicosocial.

2. Valoración psicológica:

- **Exploración de la esfera psicológica incluyendo**:
  - **Respuestas Psíquicas Inmediatas:** reacciones de shock, negación, confusión, temor o abatimiento, que va perdiendo intensidad con la desaparición del hecho puntual.
  - **Trastornos psicológicos reactivos:**
    - Somatizaciones.
    - Ansiedad, fobias, trastorno por estrés postraumático.
    - Síntomas depresivos: anhedonia, baja autoestima, autoinculpación, dificultad para tomar decisiones, desesperanza, aislamiento.
    - Abuso de sustancias sedantes, ansiolíticos, alcohol y en algún caso otras drogas.
    - Trastornos de la conducta alimentaria.
    - Trastornos del sueño (insomnio, pesadillas).
    - Ideas y/o intentos de suicidio.
    - Comportamiento disociado.

3. Valoración social:

- **Exploración social general, que incluye:**
  - **Situación familiar:** genograma.
  - **Situación laboral y ocupacional.** Historia formativa y laboral de la mujer
  - **Situación económica**. Recursos familiares. Vivienda.
  - **Apoyo social.** Formal e informal (material, emocional, informativo)
  - **Estrategias personales de afrontamiento.** Recursos personales para afrontar situaciones de estrés o cambios vitales.

Durante la misma, se debe prestar **especial atención** a la presencia de **aspectos sociales** que con frecuencia se vinculan a la existencia de violencia doméstica, como son:

- Antecedentes familiares de violencia doméstica..
- Presencia de autoritarismo, rigidez de normas u organización jerárquica, al explorar el funcionamiento familiar/convivencial y ver como se toman las decisiones, se hacen cumplir normas y se definen los roles.
- Presencia de aislamiento social, al valorar los contactos de la mujer con las distintas fuentes de apoyo, tanto de la comunidad, como de la familia y amigos, además de su percepción de las mismas.
- Dependencia económica. Valorando los recursos que tiene la mujer para el acceso al empleo.
- Existencia de otras posibles víctimas en la familia: menores, discapacitadas o personas mayores con dependencia.

Valoración de la seguridad

Taba VI. Valoración de la seguridad.

Una vez se tenga el reconocimiento explícito por parte de la paciente de que está sufriendo violencia doméstica, los esfuerzos deberán dirigirse a **valorar conjuntamente** la situación de **peligro** en la que se encuentran ella y sus hijos/as.

Se entiende por **peligro extremo** la situación actual de sufrir un evento inminente con riesgo cierto para la vida de la mujer o la de sus hijos/as.

Por **peligro no extremo** se entiende la situación actual de violencia doméstica cuyas manifestaciones no indican riesgo inminente para la vida de la mujer o la de sus hijos/as.

A continuación se ofrece una serie de **indicadores** útiles para la **valoración**.

- **Percepción de la mujer de peligro para su vida o integridad física y/o la de sus hijos/as.** Ante la presencia de este indicador, la situación queda definida directamente como de peligro extremo.
- Lesiones graves, requiriendo incluso de hospitalización.
- Amenazas o acoso a pesar de estar separados (el asesinato tras la decisión de ruptura de la mujer es seis veces más frecuente).
- Repetición del ciclo de la violencia de forma continuada.
- Aumento de la intensidad y frecuencia de la violencia.
- Agresiones durante un embarazo.
- Agresiones sexuales repetidas.
- Amenazas con armas o uso de las mismas.
- Amenazas o intentos de homicidio a ella y/o sus hijos.
- Amenazas o intentos de suicidio de la paciente a causa de los problemas en la relación (hasta cinco veces más frecuente).
- Malos tratos a hijos u otros miembros de la familia.
- Comportamiento violento fuera del hogar.
- Celos extremos, control obsesivo de sus actividades diarias, de dónde va, con quién está o cuánto dinero tiene.

Taba VI. (Continuación). Valoración de la seguridad.

- Aislamiento creciente.
- Consumo de alcohol/drogas por parte del cónyuge.
- Disminución o ausencia de remordimiento expresado por el agresor.

El uso de estos indicadores no debe sustituir al criterio del profesional (fundamentado en la entrevista y la valoración biopsicosocial realizada). Incluso **si la paciente siente que está en peligro, ese tendría que ser el factor determinante.**

Si se detecta una situación de peligro preguntar:

- *¿Se siente segura en su casa?, ¿Puede ir a casa ahora?.*
- *¿Están sus hijos seguros?, ¿Dónde está ahora el agresor?.*
- *¿Lo saben sus amigos o familiares?, ¿Le ayudarían?.*

Intervención

Consideraciones previas

Cuando se detecta un caso de violencia doméstica, recordar que se forma parte de un equipo multidisciplinar, que no se trabaja solo o sola y que existen otros recursos con los que se deberá estar coordinados.

Evitar:

- Racionalizar, banalizar o justificar la violencia del agresor.
- Adoptar una actitud de excesivo dramatismo, con la que la mujer se podría sentir presionada para tomar una decisión.
- Criticar la actitud o ausencia de respuesta de la mujer.
- Infravalorar la sensación de peligro de la mujer.
- Citar al agresor. Puede delatar a la víctima, romper el clima de confianza y de confidencialidad entre el profesional y la mujer, provocar un aumento en la gravedad de las lesiones y poner en peligro la propia integridad.
- Recomendar terapia familiar, sobre todo en situaciones de crisis de violencia doméstica.
- Prescribir fármacos que disminuyan sus capacidad de reacción, siempre que sea posible. Pueden disminuir su capacidad de respuesta ante nuevas agresiones.

Mensajes a transmitir:

- "Los malos tratos constituyen un delito".
- "Nada justifica los malos tratos. Nadie merece ser golpeado o maltratado en ninguna circunstancia. No es culpa suya".
- "Su sensación de derrota es consecuencia de los malos tratos, pero esta situación puede cambiar".
- "Podemos asesorarla y apoyarla en su toma de decisiones".

No olvidar:

- Es la mujer la que debe tomar las decisiones, pero transmitiéndole que no está sola.
- Respetar el proceso de cada mujer. Dejar una relación violenta es un proceso que lleva su tiempo, a veces años, en el que va tomando las decisiones que es capaz de afrontar. Comprender las dificultades a las que se enfrenta.
- Conocer e informarle de los recursos disponibles en la zona: sanitarios, sociales y legales. Establecer contacto con los mismos. Actualizar los recursos con regularidad.
- Ofrecer apoyo continuado y consultas de seguimiento. En cada consulta reconsiderar los factores de riesgo y recordar el ciclo de la violencia. Valorar la seguridad (tabla VI), establecer y revisar un plan de seguridad (Tabla X).

Plan de intervención en una mujer sin riesgo actual de violencia doméstica

Taba VII.

1. **Informar a la mujer de la situación en que se encuentra (sin riesgo)** y hacer invitación **a que venga a consulta** si tuviera algún problema.

2. **Registro específico de la actividad en la Historia de Salud** de la paciente:
   - En la hoja de problemas fundamentales indicar la situación encontrada (*Sin riesgo actual de violencia doméstica*) junto a la fecha de su realización.
   - En las hojas de seguimiento: la información recogida y el plan de intervención en cada momento.

3. **Seguimiento:**

- **Intervención Mínima:**
  - Investigar si la mujer sufre algún tipo de violencia doméstica.
  - Identificar indicadores de sospecha.
  - Dejar la puerta abierta para cualquier consulta, si no hay riesgo.
- Se realizará con una **periodicidad anual o siempre que se sospeche.**

Esta intervención podrá ser llevada a cabo por **cualquiera de los profesionales del EAP** responsables de la atención a la paciente (médico, enfermera, matrona y trabajadora social).

Plan de intervención en una mujer con sospecha de violencia doméstica

Mujer con sospecha de violencia doméstica

1. Informar a la mujer de la situación.
2. Tratar los problemas físicos.
3. Tratar los problemas psíquicos.
4. Intervenir sobre situaciones de riesgo social.
5. Fomentar la asistencia a actividades de Educación para la Salud.

Registro en la Historia de Salud

Establecer plan de consultas de seguimiento.

Durante el seguimiento:

- Acompañar en el proceso de toma de decisiones, con actitud empática.
- Si sospecha, intentar reconocimiento, sin presionar ni obligar.

Taba VIII. Plan de intervención en una mujer con sospecha de violencia doméstica.

1. Descartadas otras causas explicativas, **informar a la mujer de la situación encontrada** (la que nos hace sospechar de la existencia de violencia doméstica) **y preguntar de nuevo a la paciente** (Tabla IVB), relacionando los indicadores detectados y los hallazgos de la valoración con la posible existencia de violencia doméstica.
   - Si la paciente confirma la situación de **violencia doméstica** se hará la Valoración de la Seguridad (Tabla VI) y se seguirá el Plan de Intervención que proceda (Tabla IX o Tabla X).
   - Si no la confirma, se seguirá el siguiente plan de actuación:

2. **Tratamiento de los problemas físicos que presente la paciente.**

3. **Tratamiento de los problemas psíquicos y adicciones encontradas.**

4. **Intervención en las situaciones de riesgo psicosocial detectadas. Además:**
   - Reforzar las situaciones que favorezcan la sensación de poseer el control sobre su vida. Apoyar su proceso de toma de decisiones.
   - Atención a la problemática social relacionada con la mujer y/o familia que dificulte la mejora de la situación (paro, absentismo escolar de los hijos, precariedad económica, delincuencia, drogadicción,…).
   - Poner en contacto con los recursos que sean necesarios. Derivación si procede.

5. **Fomentar que la mujer asista a actividades de EpS,** del EAP o externas, con el fin de romper su aislamiento, fomentar la comunicación con otras mujeres y la reflexión sobre actitudes y comportamientos saludables (autoestima, relajación, ejercicio físico, sexualidad, polimedicación y/o abuso de drogas…).

Taba VIII. (Continuación) Plan de intervención en una mujer con sospecha...

6. **Registro específico de la actividad en la Historia de Salud** de la paciente:
   - En la hoja de problemas fundamentales, indicar la situación encontrada (*sospecha de* violencia doméstica) junto a la fecha de su realización
   - En las hojas de seguimiento: la información recogida y el plan de intervención en cada momento.
7. Establecer un plan de **consultas de seguimiento para los problemas encontrados**, ofreciendo además la posibilidad de volver a la consulta siempre que lo necesite (El no-reconocimiento puede tener que ver con el miedo o con la falta de apoyo).

Recomendaciones al profesional

- **Acompañar en el proceso** de definición del problema y en la toma de decisiones, creando un adecuado clima de apoyo emocional (escuchar, comprender).
- **Conseguir el reconocimiento de la situación de violencia doméstica**, en el que caso de sospecha. Este debe ser un objetivo a lo largo de la intervención (que en algún momento lo verbalice), sin presionar ni obligar a la mujer a reconocerlo. Una vez obtenido, se estará en condiciones de intervenir más directamente sobre el problema.
- **Si tiene hijos/as contactar con el pediatra.**

Plan de intervención en una mujer que reconoce ser víctima de violencia doméstica, pero actualmente no corre peligro extremo

Mujer víctima sin peligro extremo

1. Informar a la mujer de la situación.
2. Tratar los problemas físicos.
3. Tratar los problemas psíquicos.
4. Intervenir sobre situaciones de riesgo psico-social.

Emitir parte de lesiones.

- Plantear y favorecer la toma de decisiones.
- Plantear una estrategia de seguridad.

Establecer plan de consultas de seguimiento

- Previniendo nuevos episodios de violencia.
- Valorando el peligro si se producen nuevos episodios.
- Atendiendo otros problemas encontrados.

Registro de la actividad en la Historia de Salud

Taba IX. Plan de intervención en una mujer que reconoce ser vícitima de violencia doméstica, pero actualmente no corre peligro extremo.

1. **Informar** a la mujer de las repercusiones que sobre su salud está teniendo la situación en la que se encuentra, **transmitirle** mensajes de apoyo (ver pág 49) y **explicarle** el comportamiento de la violencia doméstica (frecuencia, el agresor, la víctima, ciclo, consecuencias,…).

2. **Tratamiento de las lesiones físicas si las hubiera.**

3. **Tratamiento de los trastornos psicológicos y adicciones.**

4. **Intervención en las situaciones de riesgo psicosocial detectadas. Además:**

   - Reforzar las situaciones que favorezcan la sensación de poseer el control sobre su vida. Apoyar su proceso de toma de decisiones.
   - Atención a la problemática social relacionada con la mujer y/o familia que dificulte la mejora de la situación (paro, absentismo escolar de los hijos, precariedad económica, delincuencia, drogadicción,…).
   - Poner en contacto con los recursos existentes, internos y externos al sistema sanitario, según proceda.
   - Realizar derivación activa. Gestionando la cita del servicio al que se deriva y coordinando la actuación.

5. **Plantear y favorecer la toma de decisiones para iniciar cambios en su situación.**

Taba IX. (Continuación). Plan de intervención en una mujer que reconoce ser vícitima de violencia doméstica, pero actualmente no corre peligro extremo.

6. **Plantear la elaboración de una estrategia ante una posible situación extrema.** Debe incluir:
   - Lista de números de teléfono importantes y de lugares donde poder quedarse.
   - Informarle sobre el D.E.M.A. y su teléfono de contacto (112).
   - Juego adicional de llaves de la casa y del coche.
   - Listado de teléfonos de familiares, colegios, médicos.
   - Abrir una cuenta en un banco que sólo ella conozca e ir ingresando lo que pueda. Hacer provisión de dinero en metálico, tarjetas de crédito y/o talonario de cheques.
   - Documentos legales, como certificados de nacimiento, tarjeta sanitaria, carnet de conducir, pólizas de seguro. Así como informes médicos, denuncias, fotos de lesiones.
   - Preparar un bolso con ropa, medicamentos y algún objeto significativo para cada niño y niña (manta, libro, juguete).
   - Si procede explicarle el escenario de protección.

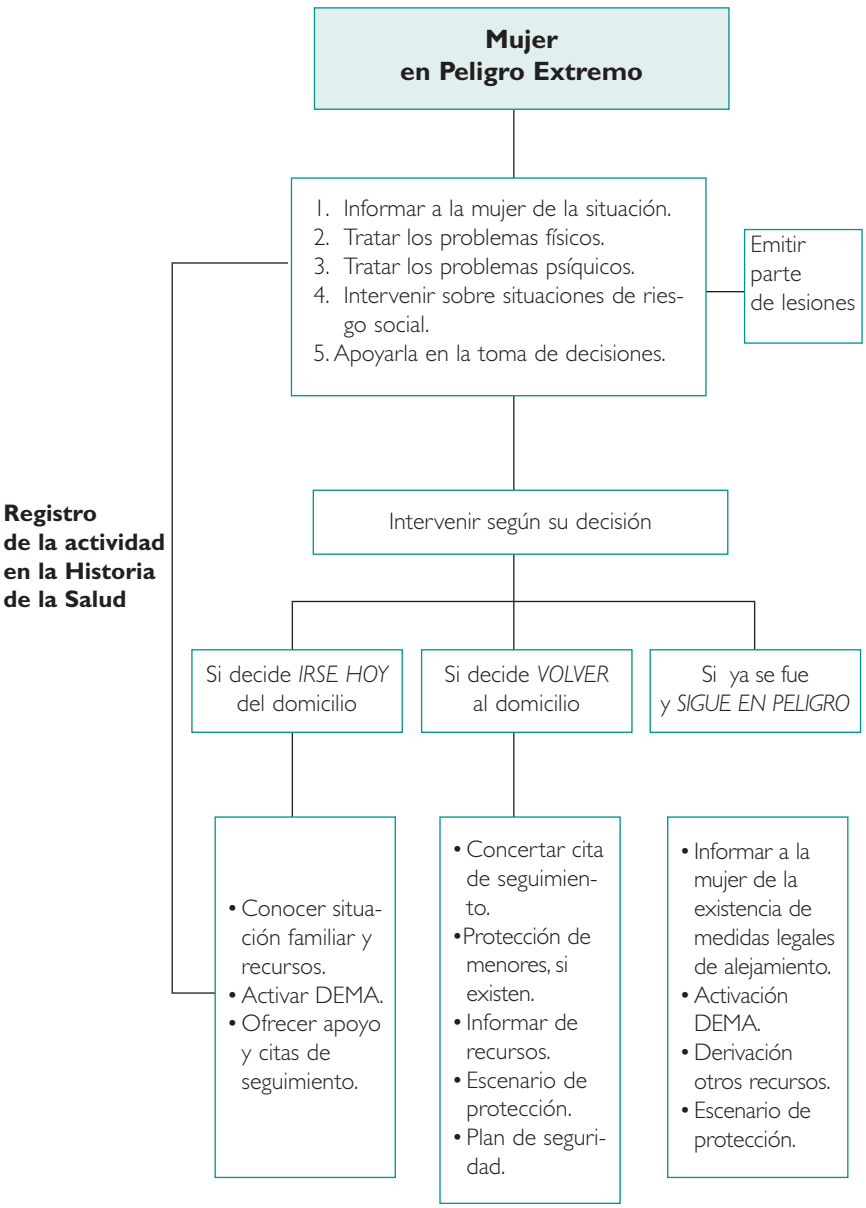
7. **Registro específico de la actividad en la Historia de Salud** de la paciente:
   - En la hoja de problemas fundamentales indicar la situación encontrada (*Víctima de violencia doméstica, pero no corre peligro extremo*) junto a la fecha de su realización.
   - En las hojas de seguimiento: la información recogida y el plan de intervención en cada momento.

8. **Seguimiento de las intervenciones: establecer un plan de consultas.**
   - Previniendo nuevos episodios de violencia.
   - Valorando el peligro si se producen nuevos episodios de violencia.
   - Atendiendo otros problemas encontrados.

9. **Si tiene hijos/as, poner en conocimiento del pediatra.**

10. **Emitir parte de lesiones ante violencia física y/o psíquica.**

Plan de intervención en una mujer que reconoce ser víctima de violencia (no de forma aguda) y que se encuentra en peligro extremo



Taba X. Plan de intervención en una mujer que reconoce ser vícitima de violencia doméstica (no de forma aguda) y que se encuentra en peligro extremo.

1. **Informar** a la mujer de la situación en que se encuentra, haciéndola **consciente del peligro** y planteando las posibles estrategias a seguir.

2. **Apoyarla en la toma de decisiones:** transmitirle que está en peligro pero que no está sola.

3. **Tratamiento de las lesiones físicas si las hubiera.**

4. **Tratamiento de los trastornos psicológicos y adicciones.**

5. **Intervención en las situaciones planteadas.** Poner en contacto con los recursos que sean necesarios (sociales, psicológicos, legales, psicosociales…). Derivación activa.

6. **Intervención según su decisión** (a, b y c).
   a) Si decide irse del domicilio familiar hoy.
   b) Si decide volver al domicilio.
   c) Si ya se fué del domicilio y sigue en peligro extremo.

7. **Registro específico de la actividad en la Historia de Salud** de la paciente:
   - En la hoja de problemas fundamentales indicar la situación encontrada (*víctima de* violencia doméstica *en peligro extremo*) junto a la fecha de su realización
   - En las hojas de seguimiento: la información recogida y el plan de intervención en cada momento.

8. **Establecer un plan de seguimiento**, adaptado a la decisión de la mujer.

9. **Si tiene hijos/as, poner en conocimiento del pediatra.**

10. **Emitir parte de lesiones ante violencia física y/o psíquica.**

Taba X. (Continuación) Plan de intervención en una mujer que reconoce ser vícitima de violencia doméstica (no de forma aguda) y que se encuentra en peligro...

a) Si decide irse del domicilio familiar hoy

- Conocer la situación familiar y los recursos con los que cuenta la mujer.
  - Situación de sus hijos: dónde están y cómo están.
  - Personas de apoyo con las que cuenta (familiares, amigos,…)
  - Documentación y dinero que lleva encima.
- Marcar el 112 para activar el D.E.M.A.
- Ofrecer apoyo y seguimiento (interés por volver a verla o saber de ella).

b) Si decide volver al domicilio

- Concertar una cita de seguimiento para continuar la intervención que en lo sucesivo irá encaminada a fortalecer aquellas áreas que le dificulten la toma de decisiones.
- Poner en marcha los mecanismos necesarios para la protección de los menores si existen.
- Informar de la existencia de otros recursos de apoyo tales como centros de información y asesoramiento a la mujer.
- Hablar con ella sobre la necesidad de estar alerta y crearse un escenario de protección para ella y sus hijos/as, así como las medidas a tener en cuenta por si tuviera que abandonar el hogar de forma urgente. Por tanto establecer con ella:

- Escenario de protección para ella y sus hijos:

- Conocer el 112 para activar el D.E.M.A. Podrá marcarlo y pedir ayuda.
- Concertar señal con vecinos y/o familiares.
- Enseñar a sus hijos/as a conseguir ayuda y protegerse.
- Si ve próxima la agresión, no alejarse de la puerta de salida.
- Hacer todo el ruido que pueda.
- Si el ataque es inevitable, procurar ser el blanco más pequeño posible (protegerse con los brazos la cabeza y cara).

- Plan de seguridad si tuviera que abandonar la casa de forma urgente:

- Procurar que el agresor no esté en la casa en el momento de abandonarla.
- No dar información ni indicios de sus planes.
- No tomar tranquilizantes. Ha de estar alerta si decide irse.
- Acudir a las personas y a los lugares con las que había contactado previ-

Taba X. (Continuación) Plan de intervención en una mujer que reconoce ser víctima de violencia doméstica (no de forma aguda) y que se encuentra en peligro...

amente.

- Recordarle tener preparado:
  - Juego adicional de llaves de la casa y del coche.
  - Listado de teléfonos de familiares, colegios, médicos.
  - Abrir una cuenta en un banco que sólo ella conozca e ir ingresando lo que pueda. Hacer provisión de dinero en metálico, tarjetas de crédito y/o talonario de cheques.
  - Documentos legales, como certificados de nacimiento, tarjeta sanitaria, carnet de conducir, pólizas de seguro. Así como informes médicos, denuncias, fotos de lesiones.
  - Preparar un bolso con ropa, medicamentos y algún objeto significativo para cada niño y niña (manta, libro, juguete).
  - Lista de números de teléfono importantes y de lugares donde poder quedarse.

c) Si ya se fue del domicilio y sigue en peligro extremo

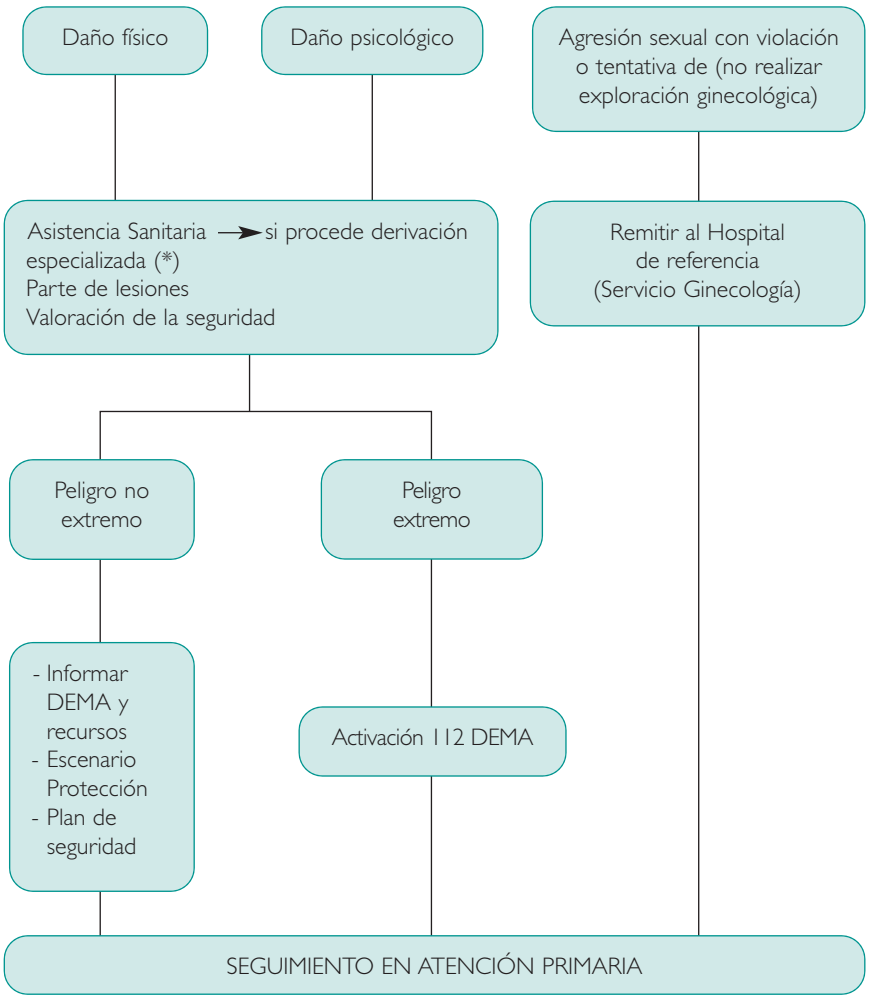
- Informar a la mujer de la existencia de medidas legales de alejamiento del agresor y si ya las ha solicitado, y no están siendo respetadas, recomendar que lo comunique a la autoridad competente (denuncia). Siempre que sea posible, realizar informe relatando los hechos para ponerlo en conocimiento de la autoridad.
- Activación del DEMA (112) si procede.
- Poner en contacto con otros recursos (Centros de Información…) derivación activa.

- Escenario de protección para ella y sus hijos:

- Conocer el 112 para activar el D.E.M.A. Podrá marcarlo y pedir ayuda.
- Concertar señal con vecinos y/o familiares.
- Enseñar a sus hijos/as a conseguir ayuda y protegerse.
- No aceptación de ningún tipo de comunicación con su acosador/agresor.
- Procurar no estar sola (si es posible) tanto en su domicilio como fuera de él.

Protocolo ante casos agudos

Algoritmo de actuación ante casos agudos



(*) En estos casos de urgencia vital, el parte de lesiones y la valoración de la seguridad se realizará en el hospital de referencia.

A la Atención Primaria de Salud pueden acudir mujeres víctimas de violencia doméstica que necesitan atención urgente por haber recibido daño físico, psicológico y/o sexual. El Algoritmo de Actuación ante casos agudos pretende mostrar los pasos a dar en cualquiera de ellos:

Ante daño Físico y/o Psicológico:

- Prestar la correspondiente **asistencia** sanitaria.
- Emitir en todos los casos el **parte de lesiones** y entregar copia a la mujer, siempre que en ese momento no se comprometa su seguridad (puede venir acompañada por el agresor).
- **Valorar la seguridad** de la víctima. Indicará si corre peligro extremo o no. Se debe utilizar la tabla VI, del protocolo, recordando que si la percepción por parte de la mujer es de peligro para su vida y/o integridad física o la de sus hijos e hijas estaríamos ante una situación de peligro extremo.

En el caso de que sea necesario su traslado por urgencia vital al nivel hospitalario será allí donde se emita el Parte de Lesiones por el facultativo que atienda a la mujer y donde, antes del alta hospitalaria, se valorará el peligro que corre para activar los recursos necesarios. Se debe garantizar el traslado de la víctima.

Si la situación es de Peligro no extremo debe proporcionársele la siguiente información:

- Derecho a presentar **denuncia** de los hechos en el Juzgado de Guardia, Comisaría de Policía o Cuartel de la Guardia Civil.
- Recordarle que debe **adjuntar el parte de lesiones**.
- Recursos y medios para salir de la situación de violencia. Puede acudir al centro de salud donde se le prestará el apoyo necesario y donde se le informara de otros recursos de la comunidad.
- DEMA y cómo activarlo en caso de necesidad. El dispositivo de emergencia para mujeres agredidas (D.E.M.A.) se activa a través del teléfono único de urgencias 112, funciona las 24 horas del día y todos los días del año.

- Finalidad: salvaguardar la vida de las mujeres que han sufrido una agresión o que están en riego cierto de sufrirla y cuya vida se encuentra en peligro.

- Funciones:
    - Desplazamiento hasta el lugar donde se encuentra la mujer.
    - Acompañamiento al reconocimiento médico inmediato en los servicios sanitarios adecuados, si fuera necesario.
    - Acompañar y asistir a la mujer para que ésta realice todos los trámites que en ese momento sean precisos para una correcta actuación judicial y policial.
    - Alojamiento, si procede, en un Centro de acogida inmediata (C.A.I.)

- Informar de la necesidad de estar alerta y crearse un escenario de protección para ella y sus hijos/as, así como las medidas a tener en cuenta por si tuviera que abandonar el hogar de forma urgente.

Escenario de Protección:

- Conocer el 112 para activar el D.E.M.A.. Podrá marcarlo y pedir ayuda.
- Concertar señal con vecinos y/o familiares.
- Enseñar a sus hijos/as a conseguir ayuda y protegerse.
- Si ve próxima la agresión, no alejarse de la puerta de salida.
- Hacer todo el ruido que pueda.
- Si el ataque es inevitable, procurar ser el blanco más pequeño posible (protegerse con los brazos la cabeza y cara).

Plan de seguridad: (si tuviera que abandonar la casa de forma urgente)

- Procurar que el agresor no esté en la casa en el momento de abandonarla.
- No dar información ni indicios de sus planes.
- No tomar tranquilizantes. Ha de estar alerta si decide irse.
- Acudir a las personas y a los lugares con los que había contactado previamente.
- Recordarle tener preparado:
    - Juego adicional de llaves de la casa y del coche.
    - Listado de teléfonos de familiares, colegios, médicos.
    - Abrir una cuenta en un banco que solo ella conozca e ir ingresando lo que pueda. Hacer provisión de dinero en metálico, tarjetas de crédito y/o talonario de cheques.

- Documentos legales, como certificados de nacimiento, tarjeta sanitaria, carnet de conducir, pólizas de seguros. Así como informes médicos, denuncias, fotos de lesiones.
- Preparar un bolso con ropa, medicamentos y algún objeto significativo para cada niño/a (manta, libro, juguete).
- Lista de números de teléfono importantes y de sitios donde poder quedarse.

- Garantizar el seguimiento del caso en Atención Primaria, comunicándolo al médico de cabecera.

Si la situación es de peligro extremo:

• Activar el D.E.M.A a través del teléfono único de urgencias 112. Funciona las 24 horas del día y todos los días del año.

- Finalidad: salvaguardar la vida de las mujeres que han sufrido una agresión o que están en riego cierto de sufrirla y cuya vida se encuentra en peligro.

- Funciones:
  • Desplazamiento hasta el lugar donde se encuentra la mujer.
  • Acompañar y asistir a la mujer para que ésta realice todos los trámites que en ese momento sean precisos para una correcta actuación judicial y policial.
  • Alojamiento, si procede, en un Centro de acogida inmediata (C.A.I.)

• Garantizar seguimiento del caso en Atención Primaria, comunicándolo al médico de cabecera.

Agresiones Sexuales:

- ***Las agresiones sexuales con violación*** (o tentativa de) deben remitirse al hospital de referencia . No realizar la exploración ginecológica ya que esta, así como la recogida de muestras se realizarán en ese nivel.
  - El parte de lesiones y la valoración de la seguridad así mismo se realizarán en el hospital.
  - Se debe garantizar el traslado de la mujer hasta el hospital.

- ***Las agresiones sexuales sin violación*** pueden ser atendidas en Atención Primaria sin necesidad de derivar obligatoriamente al hospital, a menos que las lesiones que presente la mujer lo requieran.
  - Se le prestará la asistencia sanitaria oportuna.
  - Se emitirá parte de lesiones y se entregará copia a la paciente, siempre que en ese momento no se comprometa su seguridad (puede venir acompañada por el agresor).
  - Se valorará su seguridad e informará de los recursos existentes.
  - Se informará de su derecho a poner **denuncia** en el Juzgado de Guardia, comisaría de policía o cuartel de la guardia civil. **Adjuntar parte de lesiones.**

Recursos

Consideraciones previas

1. La utilización de un recurso no debe ser considerada como fin de la actuación, sino como un medio que permite la consecución de los objetivos propuestos.
2. La información sobre los recursos debe ser veraz, conociendo sus funciones y cometidos específicos y el sistema de acceso, siendo fundamental que su uso forme parte de un plan de actuación. En los casos de peligro extremo, la activación del dispositivo de emergencia supone la actividad prioritaria del plan de actuación.
3. La oportunidad de la utilización de un recurso viene dada por el momento en el que se encuentra la mujer y la valoración que el/la profesional realice de la situación.
4. La derivación conlleva compartir la responsabilidad ante la situación planteada. Para ello se hace necesario establecer los circuitos de coordinación.
5. Un instrumento importante para un correcto abordaje de este fenómeno es disponer de una **Guía de Recursos** específica en cada Zona Básica de Salud que facilite el conocimiento de las características de dichos recursos.

Red canaria de recursos para las mujeres victimas de violencia de género

Está constituida por el conjunto de recursos sociales, sanitarios, jurídicos y policiales que las diferentes administraciones (municipal, insular, autonómica y estatal), junto con las entidades sociales, ofrecen a la mujer víctima de violencia de género para dar respuesta a la situación en que están inmersas. Estos recursos responden a un amplio rango de situaciones que van desde salvaguardar la vida de las mujeres, a través de los dispositivos de emergencia, a la atención integral de las mismas, proporcionando el apoyo y asesoramiento que precisen.

Recursos especificos

A. Recursos de emergencia

Dispositivo de Emergencia para mujeres Agredidas (D.E.M.A)

- ***Acceso***: puede ser activado a través del Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia en el teléfono único de urgencias 112 por cualquier persona.
- ***Finalidad:*** Salvaguardar la vida de las mujeres mayores de edad o en situación jurídica asimilable que han sufrido una agresión o que están en riesgo cierto de sufrirla y cuya vida se encuentra en peligro.
- ***Horario:*** 24 horas, todos los días del año,
- ***Funciones:***
  - Desplazamiento hasta el lugar donde se encuentra la mujer.
  - Acompañamiento al reconocimiento médico inmediato en los servicios sanitarios adecuados, si fuera necesario
  - Acompañar y asistir a la mujer para que ésta realice todos los trámites que en ese momento sean precisos para una correcta actuación judicial y policial.
  - Alojamiento, si procede, en un Centro de Acogida Inmediata (C.A.I.).

Centro de Acogida Inmediata (C.A.I.)

- ***Acceso.*** Se realiza a través del D.E.M.A.
- ***Finalidad.*** Alojamiento y manutención temporal para la mujer y los hijos/as menores de 18 años.
- ***Funciones:***

  Durante la permanencia en él le prestará:

  a) Asesoramiento jurídico.

  b) Apoyo psicológico.

  c) Realización de gestiones para el acogimiento en otros centros.

  d) Asesoramiento laboral y de prestaciones sociales.

B. Recursos de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

- ***Acceso.*** Directo de cualquier persona.
- ***Finalidad.*** Recepción de denuncias e intervención en relación con la seguridad de la persona.

- ***Horario.*** 24 horas.
- ***Lugar.*** Comisarías de Policía o Cuarteles de la Guardia Civil.

Servicios especializados:

No existen en todas las comisarias y/o cuarteles, ni en todos los municipios.

- ***S.A.F (Servicio de Atención a la Familia)*** de la Policía Nacional.
- ***E.MU.ME. (Equipo de Mujer y Menores)*** de la Guardia Civil.
- ***S.E.A.M.M. (Servicio de Atención a Mujeres y Menores)*** de la Policía Local.
- ***Finalidad.*** Recepción de denuncias, intervención en relación con la seguridad y asesoramiento específico en materia de violencia de género.

C. Recursos de acogida

Casa de acogida:

- ***Finalidad***: salvaguardar la vida de las mujeres y la de los hijos/as menores a su cargo, ofreciendo alojamiento por un periodo limitado y con un programa de apoyo social y psicológico paralelo para que puedan restablecer las condiciones de autonomía.
- ***Acceso.*** A través de la derivación de un recurso de emergencia o de la oficina de información de la mujer de cada Cabildo u ONG (según la dependencia del centro) y tras la valoración de la situación de la mujer por la trabajadora social de referencia.
- ***Funciones:***
  - Asistencia integral.
  - Apoyo psicológico.
  - Apoyo educativo y formativo (para la mujer y los hijos/as).
  - Asesoramiento jurídico.
  - Orientación para la búsqueda de empleo.
  - Alojamiento y manutención temporal.
  - Gestiones con otros centros o servicios de las administraciones públicas competentes para la prestación y utilización de los servicios de guardería, asistencia sanitaria, enseñanza, etc.

Pisos Tutelados

- ***Finalidad:*** Ofrecer un alojamiento de transición hasta que las mujeres alcancen el nivel de autonomía.
- ***Acceso:*** A través de la derivación de otros recursos.

Recursos generales de atención a la mujer

Centros de Información a la Mujer: (existen en múltiples municipios, se deben recoger en la Guía Local de recursos de cada centro).

- ***Finalidad***: Atención integral a la mujer**.**
- ***Funciones***:
  - Asesoramiento socio-laboral
  - Asesoramiento jurídico.
  - Apoyo psicológico.
  - Actividades grupales de crecimiento personal, habilidades sociales,…
- ***Personal:***
  Equipo multiprofesional formado por: psicólogos/as, trabajadores sociales, abogados/as …
- ***Acceso:*** Puede acudir la mujer directamente o por derivación en horario de mañana y/o tarde dependiendo de la organización del recurso.

Servicios Sociales Municipales

Ofrecen con carácter general los siguientes servicios: los de información, valoración y orientación (I.V.O.); los de alojamiento y convivencia y los de apoyo a la unidad convivencial. Están dirigidos a toda la población.

Existen ayuntamientos que desarrollan además otros servicios y actividades dirigidas a las mujeres en general como son:

- Cursos específicos para mujeres.
- Programas de inserción laboral para mujeres.
- Fortalecimiento del asociacionismo en mujeres.
- Gestión de prestaciones sociales.

- ***Acceso:***

Puede acudir la mujer directamente o por derivación en horario de mañana y/o tarde dependiendo del ayuntamiento.

Aspectos éticos y legales

Aspectos éticos y legales

El Código de Deontología (art.30.3) dice que: "*el médico que conociere que cualquier persona y, más aún si es menor o incapacitado, para cuya atención ha sido requerido, es objeto de malos tratos deberá poner los medios necesarios para protegerlos, poniéndolo en conocimiento de la autoridad competente*"

Toda lesión sea leve o grave, si proviene de un maltrato, es punible en nuestro país.

En la actualidad, la violencia doméstica dispone de un tratamiento sustantivo específico en el Código Penal (art. 153) tras las modificaciones producidas en el año 1995 y 1999. Este art. 153 recoge como novedoso, la **habitualidad** en la violencia (número de actos de violencia acreditados, proximidad temporal de los mismos e independencia de que dicha violencia se haya ejercido sobre la misma o diferentes víctimas de las comprendidas en dicho artículo), lo cual la convierte en delito y no en falta.

Se contempla la violencia **física y psíquica** y abarca tanto a quien sea o haya sido su cónyuge o persona que esté o haya estado ligada a él de forma estable por análoga relación de afectividad, o a los hijos propios o del cónyuge o conviviente, pupilos, ascendientes o incapaces que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho de uno u otro.

En España existe la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la existencia de lesiones que presumiblemente provengan de malos tratos, remitiendo el correspondiente parte de lesiones.

La Ley de Enjuiciamiento Criminal, Artículo 262: "*Los que por razón de su profesión, cargo u oficio tuvieren noticia de algún delito, están obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio fiscal, Juez instructor*".

Considera como agravante no denunciar un delito, en el caso de ciertos profesionales, como médicos, cirujanos y farmacéuticos.

La Ley de Enjuiciamiento Criminal, Artículo 355: "*Si el hecho criminal que motivare la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los*

médicos que asistieren al herido estarán obligados a dar parte de su estado…".

La forma en la que el parte de lesiones se cumplimente tiene una importancia fundamental en la tramitación de la causa, ya que puede ser que el médico forense tarde en examinar a la víctima, y, en ese momento, ya no tenga todos los elementos que el médico ha podido apreciar en el momento de la asistencia.

La determinación en el parte de las lesiones principales, naturaleza y características, así como, cualquier otra que pueda observarse en ese momento, esté en la fase que sea, puede servir para dilucidar si el maltrato es puntual o reiterado, lo cual tiene una enorme transcendencia jurídica, habida cuenta de la situación legal en nuestro país, que para la tipificación penal tendrá en cuenta, no solo la gravedad, sino también la reiteración del maltrato. Es preciso señalar si para su sanación se precisa una única cura o requiere posterior tratamiento médico o quirúrgico.

Secreto profesional

Una de las grandes preocupaciones y dudas que se les presenta a los profesionales de la salud es el mantenimiento del secreto profesional frente a la sospecha o constancia de presuntos delitos por violencia.

El derecho del paciente al secreto profesional en el ámbito sanitario viene recogido en todos los códigos deontológicos como *un derecho del paciente,* extensible a todos los profesionales que participan en la atención del enfermo, es decir, atañe a todos los miembros del equipo asistencial (médico/as, enfermeros/as trabajadores sociales, etc).

Constituye por otro lado una obligación social: sin garantía de secreto, los pacientes no tendrían la confianza suficiente para transmitir al profesional sanitario toda la información necesaria para un diagnóstico y tratamiento adecuado.

Es además un mandamiento constitucional (art. 18,20,36) desarrollado en la Ley Orgánica 1/1982 de Protección Civil al Derecho al Honor, la Intimidad Personal y Familiar. Determinado, asimismo, el la Ley General de Sanidad, (art. 10.3 y 61) y por otras normativas.

Podríamos deducir que la salvaguarda de la confidencialidad es una obligación absoluta. Pero no es así. La misma voluntad de prevenir un prejuicio social que fundamenta la existencia del secreto profesional, *el riesgo fundado*

de daño a terceras personas o al propio paciente, pueden justificar su revelación. Así, la ley establece y especifica los casos en que debe revelarse el secreto médico, como son ante la sospecha de un delito, al ser llamados a declarar en un proceso judicial y la declaración de las EDOs.

Secreto profesional: marco legal de referencia	Secreto profesional: obligación de revelar
Derecho Civil - Constitución española: art., 18,20 y 36 - Ley Orgánica 1/1982 de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad personal y familiar y a la propia imagen - Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. Art. 10.3 y 61 - Ley Orgánica 5/1992 de 29 de octubre sobre la regulación del tratamiento automatizado de datos de carácter personal, y el RD de 20 de junio de 1994 que establece la necesidad de comunicar la existencia de ficheros de carácter personal a la Agencia de Protección de Datos **Derecho Penal** - Nuevo Código Penal. Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre: art.199	**Conocimiento o sospecha de un delito** - Artículo 259 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (LEC) - Artículo 355 de la LEC.

Bibliografía

PRESIDENCIA DEL GOBIERNO. "*Ley 11/1994, de 26 de Julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias*". BOC nº 96, pág 5.

SERVICIO CANARIO DE SALUD (SCS). *"Plan de Salud de Canarias 1997-2001: Documento 4*". Consejería de Sanidad y Consumo. Gobierno de Canarias. 1997.

ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS: "*Declaración Sobre Eliminación de la Violencia Contra la Mujer*". ONU. Diciembre 1993.A/RES/48/104, 1994.OMS/FRH/WHD (1997).

CUARTA CONFERENCIA MUNDIAL: "*Violence against women: A Public Health Priority*". Beijing. Septiembre 1995.

PRIETO RODRÍGUEZ, MA., MARCH CERDÁ, JC., ARGENTE DEL CASTILLO, A.: "*Violencia y sexismo en los dibujos animados en la programación infantil de televisión. Análisis de contenido*". Atención Primaria 1996; 17 (6): 382-389.

WHA49.25: "*Prevención de la Violencia: Una prioridad en Salud Pública*". OMS/WHD. Mayo. 1996

GILCHRIST, VJ., STROUSE GRAHAM, M.: "*Malos tratos en el medio familiar*". En: Robert B. Taylor. Fundamentos de Medicina de Familia: Springer-Verlag Ibérica; Barcelona.1997. 60-64

UNITED NATIONS, Economic and Social Council, Report the *"Especial Rapporteur on Violence againt women, its causes and consequences"*, 12 Febrero 1997, E/CN.4/1997/47

INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER: "*Procedimiento de Coordinación para la Atención a las mujeres víctimas de malos tratos y agresiones sexuales*". Instituto Andaluz de la Mujer; Sevilla. 1998

RODRÍGUEZ PATA, N., RIZO MARTÍNEZ, S., ARRIBAS BLANCO, JM.: "*Agresiones sexuales. Manejo por el médico de familia (I). Conducta general en adultos*". Jano 1998; 54 (1256): 45-49.

RODRÍGUEZ PATA, N., RIZO MARTÍNEZ, S., ARRIBAS BLANCO, JM.: "*Agresiones sexuales. Manejo por el médico de familia (II). Actuación en niños*". Jano 1998; 54 (1257): 45-50.

CANCELO-HIDALGO, MJ., MONTE-MERCADO, JC., Viuda de la García, E., et al. "*Agresión sexual: evaluación y seguimiento*". Atención Primaria 1998; 21 (7): 467-470.

SEMFYC. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. "Guía de Actuación en Atención Primaria" Barcelona. 1998.

Generalitat de Cataluña. "*Protocolo de actuación en los casos de violencia doméstica. Propuestas de colaboración entre los organismos implicados*". Generalitat de Cataluña. Gerona. 1998.

CONSEJO INTERTERRITORIAL. SISTEMA NACIONAL DE SALUD: "*Protocolo Sanitario ante los malo tratos domésticos*". Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer; 1999.

VOCES GARCÍA, D., REAL PÉREZ, MA., BARAJAS GUTIÉRREZ, MA.: "*Atención a la mujer maltratada*". Atención Primaria 1999; 6 (2): 87-95.

"*MUJERES MALTRATADAS*" [editorial]. Jano 1999; 56 (1290): 5-6.

CRUZ Y HERMIDA, J.: "*Violencia doméstica femenina, aspectos médicos y sociales*". EMI [en línea] 4 Noviembre 1999 [fecha de acceso, 22 de mayo de 2001]. Disponible en: http://www.medynet.com/elmedico/informes/informe/violenciamujer.htm

INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER: "*Violencia contra las Mujeres. Ambito Social*". Instituto Andaluz de la Mujer. Junta de Andalucía. Sevilla. 1999.

CRUZ Y HERMIDA, J.: *"Violencia doméstica femenina: aspectos médicos y sociales".* El Médico.1999; 73[40-54]

VALLS LLOBET, C.: "*La Atención de Género en la Atención Primaria".* Quaderm CAPS. 1999:27[46-52]

ARCOS, E., MOLINA, I., REPOSSI FASOLA, A., ET AL: "*Detección de Violencia doméstica en Mujeres Embarazadas*" [en línea] 1999 [fecha de acceso 8 de octubre de 2001]. Disponible en: http://www.hsph.harvard.edu/grhf/_Spanish/gender/docs/deteccion.html

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD: "*Estudio de Prevalencia de la Violencia doméstica en tres municipios*". OPS [en línea] 25 noviembre 1999 [fecha de acceso 8 de octubre de 2001]. Disponible en: http://www.ops.org.bo/musade/violencia/index.htm

DEFENSOR DEL PUEBLO. INFORME SOBRE: *"La violencia doméstica contra las mujeres*". MyS [en línea] 1999 [fecha de acceso 8 de octubre de 2001]. Disponible en: http://may.matriz.net/mys03/especial/especial_003_01.html

SECRETARÍA SECTORIAL DE LA MUJER Y DE LA JUVENTUD.: *"Protocolo Sanitario ante los malos tratos domésticos*". Consejería de Presidencia. Murcia. 2000.

LÓPEZ MÉNDEZ, I., SIERRA LEGUINA, B.: "*Integrando el Análisis de Género en el Desarrollo".* Manual para Técnicos de Cooperación. Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación. AECI. 2000

"*MUJER MALTRATADA: Intervención médico-forense y nueva legislación".* A.P. DOYMA:26; 04: septiembre 2000.[127-136]

SALBER, PR., TALLAFERRO, E.: "*Reconocimiento y Prevención de la Violencia doméstica en el Ámbito Sanitario*". Cedecs Editorial, S.L. Barcelona. 2000

"*LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES*". Index de Enfermería. Otoño 2000; 30: 80.

CARMONA MARTÍNEZ, LL., JIMÉNEZ ORDÓÑEZ, ML.: "*Malos tratos a mujeres*". Jano 2000; 58 (1335): 61-63.

RUIZ SANMARTÍN, A., COMA SOLÉ, M., BONCOMPTE VILANOVA, P., ET AL: "*El médico de familia y el síndrome de los malos tratos a los ancianos*". Atención Primaria 2000; 26 (9): 641-646.

DOMINGO I SALVANY, F.: "*La violencia intrafamiliar*". FMC 2000; 7 (4): 205-208.

ROHLFS, I., BORRELL, C., DO, C., FONSECA, M.: "*Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos*". Gaceta Sanitaria 2000; 14 (Supl 3): 60-71.

AGUAR FERNÁNDEZ, M.: "*Los médicos d e A.P. ante la* violencia doméstica". EMI [en línea] 28 Septiembre 2000 [fecha de acceso 22 de mayo de 2001]. Disponible en: http://www.medynet.com/elmedico/informes/informe/violencia-mujer.htm

INSTITUTO DE LA MUJER. "*La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres*". Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid 2000.

FERRER PÉREZ, VA., BOSCH FIOL, E.: "*Violencia de género y misoginia: Reflexiones psicosociales sobre un posible factor explicativo*". PdP [en línea] 2000 [fecha de acceso 8 de octubre de 2001]; (75):13-19. Disponible en: http://www.nodo50.org/ mujeresred/violencia-bosc-ferrer-2.html

APONTE DÍAZ, MI., CORSINO OSORIO, Y., GONZÁLEZ SANTIAGO, AI., MALDONADO BROWN, B.: "*La salud de las mujeres víctimas de violencia doméstica que reciben servicios de albergues en Puerto Rico*". UPR-MSC [en línea] 2000 [fecha de acceso 8 de octubre de 2001]. Disponible en: http://www.rcm.ups.edu/2k1whc/ boletin2d.htm

CULAY PÉREZ, A., SANTANA SUÁREZ, F., RODRIGUEZ FERRA, R., PÉREZ ALONSO, C.: "*Mujer y violencia: ¿Un problema de salud comunitario*?". Rev Cubana Med Gen Integr [en línea] 2000 [fecha de acceso 8 de octubre de 2001]; 16 (5): 450-454. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_5_00/mgi05500.htm

BONINO MÉNDEZ, L.: "*Violencia de género y prevención. El problema de la violencia masculina*". EuroWRC [en línea] 2000 [fecha de acceso 8 de octubre de 2001]. Disponible en: http://www.eurowrc.org/01.eurowrc/05.eurowrc _es/19.es_ ewrc.htm

CENTRO REINA SOFÍA PARA EL ESTUDIO DE LA VIOLENCIA: "*Violencia doméstica: Un llamamiento a la acción*". Faro mundial de mujeres contra la violencia. Valencia, 2000.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS: "*La sociedad andaluza de Medicina de Familia pretende involucrar a la Atención Primaria en la investigación sobre la detección de los malos tratos*". El Médico Interactivo Diario Electrónico de la Sanidad, nº 321-30 de Mayo de 2000 [fecha de acceso 22-05-2001]. Disponible en: http://www.medynet. com/elmedico/omc/2000/11/22/soc3.htm

PÉREZ CARRACEDO, L.: "*Maltrato. Del miedo a la denuncia*". OeNeGe [en línea] 2000 [fecha de acceso 8 de octubre de 2001]. Disponible en: http://www.nodo50.org/mujeresred/violencia-oenege.html

LÓPEZ MONDÉJAR, L.: "*Una patología del vínculo amoroso: el maltrato a la mujer*". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2001; 23 (77): 7-26.

LUCINO, DINYS, SALEM-RAMÍREZ, A.: *"Violencia de género, Salud y Derechos en la Américas. Informe Final"*. Simposio.Junio 4-7.2001. Cancún.Méjico. UNIFEM, UNIEF, FNUAP, OPS/OMS, PNUD, CIM/OEA, ACDI, RSMLAC.

CONSEJO GENERAL DEL PODER JUDICIAL: *"Violencia doméstica: Guía Práctica de Actuación contra la Violencia doméstica". Acuerdo del Pleno del Poder Judicial de 21 de marzo del 2001. Madrid*

DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS ASISTENCIALES DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD, INSTITUTO CANARIO DE LA MUJER: "*La Violencia de género y la Salud: Manual y Unidades Didácticas para la sensibilización y la Prevención*". Consejería de Sanidad y Consumo. Consejería de Empleo y Asuntos Sociales. Gobierno de Canarias. 2001

INTERNACIONAL: "*Los Equipos de Atención Primaria carecen de preparación para la identificación y prevención de la violencia doméstica*". El Médico Interactivo Diario Electrónico de la Sanidad, nº 539-22-Mayo-2001 [fecha de acceso 22-05-2001]. Disponible en: http://www.medynet.com/elmedico/noticias/1999/07/ 29/i3.htm

INTERNACIONAL: "*Los médicos deben tener una mayor conciencia del problema de la violencia doméstica en el contexto de su práctica profesional*". El Médico Interactivo Diario Electrónico de la Sanidad, nº 539-22-Mayo-2001 [fecha de acceso 22-05-2001]. Disponible en: http://www.medynet.com/elmedico/noticias/2000/03/01/il.htm

MUÑOZ COBOS, F., MARTÍN CARRETERO, ML., VIVANCOS ESCOBAR, D., BLANCA BARBA, F., RODRÍGUEZ CARRIÓN, T., RUIZ RAMOS, M.: "*Mejora de la atención prestada a víctimas de violencia doméstica. Impacto de una intervención priorizada*". Aten Primaria 2001; 28 (4): 65-74.

NACIONAL: "*Un cuatro por ciento de la población femenina adulta sufre malos tratos de forma habitual*". El Médico Interactivo Diaria Electrónico de la Sanidad, nº 539-29-Mayo-2001 [fecha de acceso 22-05-2001]. Disponible en: http://www.medynet.com/elmedico/noticias/2000/06/06/n7bis.htm

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: "*Violencia contra la mujer. Estudio multicéntrico sobre la eliminación de la violencia en contra de la mujer*" (workshop report). Unidad de Salud de la Mujer de la OMS (WHD).

CORSI, J.: "*La violencia hacia la mujer en el contexto doméstico*" [en línea] [fecha de acceso 8 de octubre de 2001]. Disponible en: http://www.corsi.com.ar/violendomes.htm

PAIRA, M.: "*Violencia Familiar*". RTS [en línea] Abril 2001 [fecha de acceso 8 de octubre de 2001]; cuadernillo temático nº 21. Disponible en: http://www.margen.org/desdeelfondo/num21/paira.html

SANTUY MARTÍNEZ, FJ.: *"¿Violencia doméstica o Problema de Género?. Segunda parte"*. Recol [en línea] [fecha de acceso 31 de julio de 2001]. Disponible en: http://www.recol.es

GARRIDO GENOVÉS. V.: "*Amores que matan: Acoso y violencia contra las mujeres"*. Editorial Algar, 2ª edición .Alzira. 2001.

EDITORIAL: "*Reflexiones sobre el maltrato en la mujer*". Med Integral, 2002; 39 (2): 47-8.

OSTABAL ARTIGAS, M.I., LOBATO GARCÍA, I.M.: "*La mujer maltratada*". Med Integral, 2002; 39 (2): 49-55.

SHEEHAN BERLINGER, RN.: "*Violencia doméstica. Cómo puede marcar la diferencia*". Nursing 2002; 20 (3): 9-12.

"LA ACTUACIÓN POLICIAL EN CASOS DE MALOS TRATOS". [en línea] [fecha de acceso 16-04-2002]. Disponible en: http://malostratos.com/contenido /legal/espana/policia.htm

OSTABAL ARTIGAS, MI., LOBATO GARCÍA, IM.: "*La mujer maltratada*". Med Integral 2002; 39 (2): 49-55.

"*PROGRAMA CANARIO PARA PREVENIR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES (2002-2006)*". Instituto Canario de la Mujer. Consejería de Empleo y Asuntos Sociales. Gobierno de Canarias.

"*REFLEXIONES SOBRE EL MALTRATO A LA MUJER*" [editorial]. Med Integral 2002; 39 (2); 47-48.

MALDONADO Y AIBAR, MD., ESCALERA RAPELA, MM.: "*No se golpea, no se lesiona. ¡Jamás! Cuidados de urgencias en el maltrato a mujeres*". Maphre Medicina 2002; 13 (2): 99-109.

"MALOS TRATOS EN EL CÓDIGO PENAL" [en línea] [fecha de acceso 16-04-2002]. Disponible en: http://malostratos.com/contenido/legal/españa/codigopenaes.htm *"VIOLENCIA SEXUAL"* [en línea] [fecha de acceso 17-04-2002]. Disponible en: http://ismp.org.ar/violencia/images/hechos/v.sexual.html

ALBERDI, I, MATAS, N: *La violencia doméstica: Informe sobre malos tratos a mujeres en España.* Colección Estudios Sociales nº 10. Fundación "La Caixa". 2002.

Nos gustaría dar las gracias a todas y todos los profesionales de EAP que sacaron tiempo de sus ocupadas agendas para revisar y realizar comentarios útiles al documento.

Gran Canaria:

Vicente Aguiar Moreno (médico). C. S. Jinámar.
María Teresa Alcalde Ibañez (médica). C. S. Gáldar.
Luisa Celedón Díaz (matrona). C. S. Escaleritas.
Miguel Díaz Barreiros (médico). C. S. Vecindario.
Esther García Almeida (trabajadora social). Coordinación de Trabajo Social.
Laura García Miranda (médica). C. S. Vecindario.
Fernando Gómez Pamo-Guerra del Río (médico). C. S. Las Remudas.
Rosario Guerra Rodríguez (trabajadora social). C. S. Arguineguín.
Elena Jiménez Capel (matrona). C. S. San Gregorio.
Javier López Cavero (médico). C. S. San José.
Dolores Montesdeoca Navarro (médica). C. S. Valsequillo.
Guillermo Monzón Monzón (enfermero). C. S. Agüimes.
José Gilberto Moreno García (enfermero). C. S. Arucas.
Angeles Ochoa Talavera (médica). C. S. Barrio Atlántico.
María Dolores Quesada Medina (médica). C. S. Lomo Blanco.
Juana María Romero Hernández (trabajadora social). C. S. José.
Pilar Valerón Domínguez (médica). C.S. Santa Brígida.
Gabriela Válido Socorro (médica). C. S. Tamaraceite.
Lourdes Vega Torres (médica). C. S. Miller Bajo.

Fuerteventura:

Manuel Castillo del Toro (médico). C. S. Gran Tarajal.
Rocío Gil Jiménez (enfermera). C. S. Corralejo.
María del Carmen Martín Morillo (médica). C. S. Puerto del Rosario.
Mercedes Román Barbero (médica). C. S. Puerto del Rosario.
Inmaculada Torres Cabrera (matrona). C. S. Gran Tarajal.
Estrella Trujillo Pérez (trabajadora social). C. S. Gran Tarajal.

Lanzarote:

Carmen Arbelo Gopar (matrona). C. S. Arrecife II.
María Martín González (trabajadora social). C. S. Arrecife I.

Teresa Ortíz Martínez (matrona). C. S. Arrecife I.
Cándido Pérez Blanco (enfermero). Servicio Normal de Urgencias Arrecife.
María Jesús Pérez Díaz (médica). C. S. San Bartolomé.
Margarita Pérez Peñate (médica). C. L. Playa Honda.

Tenerife:

Aurora Asensio Fraile (médica). Servicio Normal de Urgencias La Laguna.
Elisa Baena Espinosa (matrona). C. S. Los Gladiolos.
Juan Carlos Ballesteros Martín (médico). C. S. Barranco Grande.
María Dolores Bello Izquierdo (médica). C. S. Barrio de la Salud.
Alvaro Crespo Gómez (enfermero). C. S. La Victoria.
Angeles Díaz Domínguez (trabajadora social). C. S. Icod.
María del Carmen Fuertes Valencia (enfermera). C. S. Toscal.
Fátima Gimeno Hernández (médica). C. S. Granadilla.
Blasina González Cairós (enfermera). C. S. Laguna Mercedes.
Célida González González (matrona). C. S. Tejina.
Nieves González Medina (trabajadora social). C. S. Anaga.
María Asunción González Ramos (matrona). C. S. Tegueste.
M. Angel Gutiérrez Almarza (médico). C. S. La Victoria.
Carmen Herrera Valladolid (médica). C. S. Laguna Geneto.
Zenaida Herrera Valladolid (médica). Ambulatorio Puerto de la Cruz.
Cristina Jiménez Rubio (enfermera). C. S. Añaza.
Josefa Limiñana de la Fe (matrona). C.O.F. Príncipe Felipe.
Francisco Lorenzo Rodríguez (enfermero). C. S. Los Silos.
Fernando Morales Navarro (médica). C. S. Arona-Norte.
María Soledad Muñoz Paredes (trabajadora social). C. S. Tacoronte.
Ernesto Real Valcárcel (médico). C. S. Taco.

La Palma:

María Mercedes Arteaga Rodríguez (trabajadora social). Comarca Este. Santa Cruz de La Palma.
Gloria Rodríguez Brito (enfermera). C. S. Santa Cruz de La Palma.
Esther Rodríguez Fernández (médica). C. S. Los Llanos.
Fernando Rubio Sevillano (médico). C. S. Breñas.
Esther Urquiza Arrieta (enfermera). C. S. San Andrés y Sauces.

La Gomera:

Emilia Llanos Ceballos (médica). C. S. Vallehermoso.
Guadalupe Pérez Mejías (enfermera). C. S. San Sebastián.

El Hierro:

Reyes Rivero González (enfermera). Directora de Enfermería de Área.
Angel María Sánchez González (médico). C. S. Frontera.