

Violencia de género

Fecha de la última revisión: **02/05/2014**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se sospecha de violencia de género en la consulta?](#)
3. [Qué hacer. Intervención en consulta](#)
4. [Indicadores de riesgo extremo](#)
5. [Plan de seguridad: parte de lesiones. Denuncia.](#)
6. [Bibliografía](#)
7. [Más en la red](#)
8. [Autoras](#)

¿De qué hablamos?

La ONU (ONU, 1993) define la violencia de género como "todo acto que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada".

Si atendemos al enfoque de género podríamos decir que es la ejercida por el hombre por el simple hecho de serlo y por el lugar que ocupa ante la mujer en la sociedad (Vives-Cases C, 2007), utilizada como instrumento para mantener la discriminación y la desigualdad, así como las relaciones de poder.

La violencia de género es la principal causa de muerte entre las mujeres de entre 15 y 44 años en todo el mundo, por delante de la suma de las muertes provocadas por el cáncer, la malaria, los accidentes de tráfico y las guerras, según datos de la Organización Mundial de la Salud. En una revisión de 48 encuestas de base poblacional realizadas en todo el mundo, entre el 10% y el 69% de las mujeres confesaron haber sido asaltadas físicamente por su pareja en algún momento en sus vidas (Heise LL, 1999).

En nuestro país desde el año 2003 al 2013, 712 mujeres han fallecido por esta causa (documento "Información estadística de violencia de género" del Ministerio de Sanidad). Se ha visto que el 32% de las mujeres que consultan en atención primaria pueden haber sufrido algún tipo de violencia y que las mujeres que vivieron situaciones previas de violencia, suelen recaer (Ruiz-Pérez I, 2006). Esto sitúa este fenómeno como un problema de salud pública de primer orden y a los servicios sanitarios en una posición privilegiada para su abordaje.

El impacto de la violencia de género también se manifiesta en los sistemas sanitarios [ingresos frecuentes, más pruebas diagnósticas, más medicación (Lo Fo Wong S, 2007), fundamentalmente analgésicos, ansiolíticos, antidepresivos, etc.] y un alto coste económico-social (pérdidas de trabajo, absentismo laboral, etc.). A pesar de su elevada incidencia, la detección es muy escasa o nula, suele estar invisible, y pasa desapercibida en la consulta enmascarada por múltiples quejas somáticas (Samelius S, 2007) o tras lo que en ocasiones llamamos "pacientes difíciles". Sólo en las últimas fases, cuando aparece la violencia física, es más fácil su detección.

Tipos de violencia (Kramer A, 2004)

- **Violencia psicológica** (Mouton CP, 2010). Se caracteriza por abuso verbal (Orte Socías C, 2010) abierto (insultos, ira) o encubierto (comentarios sutiles), humillaciones, desvalorizaciones en público imprevisibles, ridiculizaciones, no atención en mujeres dependientes, control de las llamadas, del móvil, de internet. Boicotear la relaciones con la familia, con las amistades, etc. Todo abocado a conseguir que la mujer abandone sus relaciones sociales y al aislamiento. Generalmente suele aumentar en intensidad, frecuencia y variedad.
- **Violencia económica** (Postmus JL, 2012). El objetivo es que la mujer acabe dependiendo económicamente de su pareja, privándola del acceso a las cuentas, abandono del trabajo o apropiación de su patrimonio.
- **Violencia ambiental**. Hacer daño a la mujer a través de objetos que tengan especial importancia para ella (regalos con algún significado, fotos, etc.) o hacer daño a mascotas o a personas queridas a su cargo: niños, ancianos, etc.
- **Violencia sexual**. Obligar a la mujer a mantener una relación sexual sin su consentimiento, o a mantener prácticas sexuales no deseadas que se definen como violaciones.
- **Violencia física**. Golpes, empujones, puñetazos. Quemaduras, heridas por diversos objetos, arma blanca, etc. Hasta en última instancia, el asesinato.

Todos estos tipos de violencia ejercidos sobre la mujer tienen una serie de consecuencias en su salud (Hegarty K, 2008); la mujer sometida a violencia crónica enferma más. En un estudio multicéntrico elaborado por la OMS se han obtenido los siguientes datos con asociaciones estadísticamente significativas entre la experiencia del maltrato y la mala salud: (odds ratio 1,6 [IC del 95% 1.5 a 1.8]), y, con problemas de salud específicos en las últimas 4 semanas: dificultad para caminar (1,6 [1.5 a 1.8]), dificultad con las actividades diarias (1,6 [1.5 a 1.8]), dolor (1,6 [1.5-1.7]), pérdida de memoria (1,8 [1,6-2,0]), mareos (1,7 [01.06 a 01.08]), y flujo vaginal (1,8 [1,7-2,0]). Para todos los valores combinados, las mujeres que sufrieron violencia de pareja al menos una vez en su vida presentaron significativamente más angustia emocional, pensamientos suicidas (2.9 [2.7 a 3.2]), e intentos de suicidio (3.8 [3.3 a 4.5]), que las mujeres no maltratadas (Ellsberg M, 2008).

Todos estos problemas de salud determinan que la mujer acuda con más frecuencia a consulta (tabla 1) y es ahí donde contactará con los servicios sanitarios. Sin embargo se ha visto en un estudio que las mujeres también sufren injerencia en el cuidado de su salud, faltando con frecuencia a las citas. El 17% vio interferidas sus visitas en comparación con el 2% no sometidas a maltrato (McCloskey LA, 2007). Con mayor frecuencia acuden a urgencias antes que a otros servicios sanitarios para evitar la creación de lazos terapéuticos.

Tabla 1. Consecuencias en la salud de la violencia de género.

Físicas	Consecuencias sexuales y reproductivas	Consecuencias psicológicas	Mortalidad
Hematomas, contusiones, fracturas, heridas	Enfermedades de transmisión	Depresión (RR 3,26) y ansiedad (RR 2,73),	Homicidio

	sexual (SIDA) (RR 3,15)	insomnio, baja autoestima	(1ª causa)
Trastornos gastrointestinales (RR 1,76), dolores inespecíficos, fibromialgia, etc.	Embarazos no deseados y abortos	Alcoholismo y drogadicción (RR 5,89)	Suicidio (2ª causa)
Cefaleas (RR 1,57)	Complicaciones en el embarazo	Trastornos de pánico y trastorno por estrés postraumático	
Descompensación y mal control de enfermedades crónicas	Enfermedad pélvica inflamatoria	Fobias	
Obesidad	Dispareunia (RR 1,84), disfunción sexual	Conductas suicidas	
Somatizaciones	Heridas y desgarros vaginales	Trastornos alimentarios	
* (RR= mujeres maltratadas/mujeres no maltratadas) (Bonomi AE, 2009; Coker AL, 2002).			

La violencia de género repercute en los hijos, manifestando con más frecuencia problemas escolares, síndrome de estrés postraumático, conductas regresivas (enuresis, encopresis), alteraciones en el desarrollo afectivo, aislamiento; en otras ocasiones, niños hipermaduros y en algunos casos, la muerte. Hay estudios que indican que haber estado expuesto a situaciones de violencia de género en la infancia, produce una merma en la salud en el adulto (Dube SR, 2002).

El ciclo de la violencia. ¿Por qué la mujer no puede irse?

Entender por qué una mujer sometida durante años a una situación de violencia no abandone dicha relación, es lo más difícil para los profesionales; así como saber esperar y acompañar a la mujer en sus decisiones. La violencia en la relación no aparece bruscamente. Es un proceso que comienza de forma larvada, con el cortejo, y poco a poco se va instaurando la violencia psicológica reforzando el control y el aislamiento de la mujer para terminar en la violencia física que siempre es la más evidente y la última fase del proceso. Leonore Walker en 1979 emitió una teoría para explicar por qué estas situaciones llegan a cronificarse, que se conoce como el “ciclo de la violencia”:

- **Fase uno:** acumulación de tensiones. Esta fase se caracteriza por violencia de tipo psicológico que poco a poco va minando la autoestima de la mujer favoreciendo conductas que complazcan a su pareja con la finalidad de evitar el conflicto. Ej: “si yo sé que le gusta cenar a las nueve, tengo la cena preparada a las nueve”. Por mucho que se esfuerce la mujer, siempre habrá algún fallo que ocasionará la discusión; esto genera ansiedad y mina su autoestima, llegando el momento en que se produce la siguiente fase.
- **Fase dos:** explosión o incidente agudo. Aquí es cuando puede ocurrir la agresión verbal y física. Es en esta fase cuando, con mayor frecuencia, las mujeres se acercan al servicio sanitario y es cuando es más fácil que tome decisión de distanciamiento o separación.
- **Fase tres:** reconciliación o “luna de miel”. El maltratador manifiesta conductas de arrepentimiento, vuelve el cortejo, el perdón y vuelta a la convivencia, generando en la mujer falsas expectativas de cambio. Esta fase al principio es larga; pero, posteriormente, cada vez se acorta más para quedar solo, con el tiempo, en fase de acumulación de la tensión y en fase de explosión.

La dificultad para abandonar la relación, aparte de estar explicada por el modelo del ciclo de la violencia, se sustenta en lo que consideramos el “aguantar” (Muñoz Cobos F, 2009), basado en el ideal de la familia y los valores de la sociedad, el miedo al fracaso, el amor, la dependencia, la falta de apoyos, la escasez de recursos económicos y otros miedos: miedo a la muerte, etc. El salir del ciclo se relaciona más con el hartazgo, la intervención de los hijos, la pérdida del miedo, el apoyo social, las crisis (fase explosiva), etc. También se relaciona con el mayor nivel de estudios, menor número de hijos y la posibilidad de encontrar un trabajo. En general, las mujeres recurren poco a las asociaciones de mujeres maltratadas, quizá por desconocimiento. Ha aumentado el número de denuncias sobre todo entre los niveles sociales más bajos, buscando quizá el apoyo que falta en la red social (Ruíz-Pérez I, 2006).

¿Cómo se sospecha de violencia de género en la consulta?

La detección de la violencia de género en las fases iniciales es muy importante porque las consecuencias, tanto físicas como psicológicas serán menores y la mujer tendrá más capacidad de recuperación, y es el médico de atención primaria, en ocasiones, el único profesional que tiene acceso a una víctima de maltrato. Los signos de sospecha se detallan en la tabla 2. Debemos estar alerta ellos y pensar en un posible caso de violencia.

Tabla 2. Signos de sospecha de violencia de género.	
Signos de sospecha de violencia de género en la consulta de atención primaria	
Mujer que consulta sola	Mujer que consulta con su pareja
Mujer que siempre llega tarde, que se retrasa en las citas o se va antes de la atención	Siempre acompañada por su pareja. Dificultad para hablar a solas con la mujer
Aspecto envejecido	Es la pareja el que explica la enfermedad de la mujer y toma decisiones por ella. Excesivamente solícito
Mirada huidiza	Es la pareja el que sabe el tratamiento que lleva y el que controla la medicación
Actitud de desvalorización de sí misma	Desvalorizaciones de las capacidades de la mujer
Quejas somáticas múltiples (múltiples interconsultas, múltiples pruebas, etc.).	Increpar al médico para solicitar rápida atención para la mujer, agresivo
Dificultad para el abordaje como paciente: agresividad, “paciente difícil”	Control de la documentación de la mujer
Aislamiento social, no tiene amigas, alejamiento de la familia	Mira a su pareja antes de hablar
Ropa inadecuada a la época del año para ocultar lesiones	

Signos de sospecha de violencia de género en la consulta ginecobstétrica	
Lesiones genitales (desgarros, hematomas)	Preocupación frecuente por el movimiento del bebé
Dificultad en la exploración	Lesiones abdominales
Mal uso de anticonceptivos orales o rechazo de aquellos que requieran cooperación de la pareja	Abortos
Demanda frecuente de anticoncepción de emergencia	Desgarro de episiotomía
Enfermedades de transmisión sexual	Depresión post-parto
	Fracaso de la lactancia
Signos de sospecha de violencia de género en urgencias	
Tardanza entre las lesiones y la consulta médica	
Relato incoherente del mecanismo lesivo	
Lesiones en diferente estadio evolutivo	
Alta frecuencia de accidentes	
Crisis de ansiedad	
Patrón central de las lesiones	
Contusiones y lesiones en cabeza, cuello y tórax	
Intento autolítico	
Violación	
Actitud evasiva o de vergüenza por la paciente sin preocuparse por las lesiones	

El primer paso para la intervención es crear en la consulta un ambiente de confidencialidad. Garantizar a la mujer que lo que cuente en la consulta va a ser absolutamente privado es fundamental para ganarse su confianza. Debemos pensar en que cualquier mujer es susceptible de estar sometida a un proceso de violencia, independientemente de su clase social, su estatus económico, su nivel de estudios, etc., aunque las más vulnerables y susceptibles al riesgo son:

- Las mujeres embarazadas (Gazmararian JA, 1996), entre el 7 y el 20% de los embarazos. El riesgo de homicidio/intento se incrementa por tres respecto a mujeres no maltratadas (McFarlane J, 2002).
- Las discapacitadas (Hughes K, 2012).
- Las adolescentes (March Cerdá JC, 2013). Se realizó una encuesta a 90.000 adolescentes en Estados Unidos, en el año escolar 1994-95, en la cual un 32% de los que contestaron afirmó haber sufrido algún tipo de violencia. Uno de cada cinco habló de violencia psicológica y la frecuencia fue similar para ambos sexos.
- Las inmigrantes (Raj A, 2003) presentando más riesgo si carecen de apoyo familiar y las indocumentadas.

Qué hacer. Intervención en consulta

Para detectar hay que preguntar. Existen recomendaciones en función de la evidencia de la efectividad del cribado:

- Según la guía NICE 2008 sobre cuidados prenatales, todos los profesionales deben estar alerta ante posibles signos de violencia de género en gestantes y facilitar la oportunidad para revelar una posible situación de violencia, aunque no hay pruebas de efectividad.
- Sin embargo, no hay pruebas suficientes para justificar el cribado universal, según una revisión sistemática Cochrane 2013.
- Según el PAPS no se recomienda el cribado poblacional pero sí postura activa y pautas básicas de actuación.
- El servicio murciano de salud recomienda cribado poblacional en mujeres que acuden a salud mental para evitar la cronificación, revictimización y la yatrogenia (grado de recomendación C).
- Una revisión sistemática de la Task Force indica que el cribado en mujeres en edad fértil con pareja, para luego derivar a servicios de intervención (nivel de evidencia B), produce beneficios con mínimos efectos adversos (Moyer VA, 2013).

La detección es probablemente coste-efectiva si incluye formación del personal, uso de instrumentos validados y posterior derivación a recursos psicosociales y jurídico-legales especializados (Norman R, 2010) y supone un beneficio económico y ganancia en calidad de vida (Devine A, 2012).

Existen escalas de detección que pueden ser aplicables a nuestra población (Escuela Andaluza de Salud Pública) (García Esteve L, 2011; Plazaola-Castaño J, 2008):

- El Woman Abuse Screening Tool: la escala corta consta de dos preguntas adaptadas a la población española que permiten detectar de forma rápida la violencia de fácil comprensión, útil para el escaso tiempo de las consultas (tabla 3).
- La versión española de Index of Spouse Abuse (ISA): mide violencia física, sexual y emocional, conductas de control y aislamiento y la gravedad de la violencia contra la mujer. Es útil para el abordaje de este problema y para realizar estudios de investigación (tabla 4).
- El PMWI-SF, diseñado para maltrato psicológico.
- Existen estudios en los que se demuestra que la mujer prefiere para la detección las encuestas autoadministradas a la entrevista personal (MacMillan HL, 2006).
- Es importante detectar el maltrato en determinadas situaciones clínicas, sobre todo en urgencias, donde se vio que la administración de un protocolo de cribado aumentaba la detección de un 5,6% a un 30% (McLeer SV, 1989). Aunque la investigación es escasa en relación al beneficio que pueda producir, debido a la alta carga de sufrimiento que genera, los profesionales debemos preguntar de forma rutinaria a todas las mujeres adultas y adolescentes (Anglin D, 2003).

Tabla 3. Preguntas de la escala corta adaptadas a la población española.

En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?		
Mucha tensión	Alguna tensión	Sin tensión
Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:		
Mucha dificultad	Alguna dificultad	Sin dificultad

Versión corta en español del Woman Abuse Screening Tool.

Tabla 4. Versión española del Index of Spouse Abuse y del Woman Abuse Screening Tool.
Mi pareja: 1. Me hace sentirme inferior (por ejemplo me dice que no valgo para nada o que no hago nada bien). 2. Me exige obediencia ante sus caprichos. 3. Se enfada y se pone intratable cuando le digo que está bebiendo demasiado. 4. Me hace realizar actos sexuales que no me gustan o con los cuales no disfruto. 5. Le molesta mucho que la cena, las tareas de la casa o la colada no estén hechas para cuando él piensa que deberían estarlo. 6. Tiene celos y sospechas de mis amigos u otras personas cercanas (por ejemplo, vecinos o compañeros de trabajo). 7. Me da puñetazos. 8. Me dice que soy fea y poco atractiva. 9. Me dice que no podría arreglármelas o cuidar de mí misma sin él. 10. Actúa como si yo fuera su criada personal. 11. Me insulta o me avergüenza delante de los demás. 12. Se enfada mucho si no estoy de acuerdo con él. 13. Me amenaza con un objeto o arma (por ejemplo, un cuchillo). 14. Es tacaño a la hora de darme dinero para los asuntos de la casa. 15. Controla lo que gasto y a menudo se queja de que gasto demasiado (ropa, teléfono, etc.) 16. No me valora intelectualmente (por ejemplo, me dice que no sé nada, que me calle, que soy tonta, etc.) 17. Exige que me quede en casa cuidando de los niños. 18. Me pega tan fuerte que debo buscar asistencia médica. 19. Cree que no debería trabajar o estudiar. 20. No es una persona amable. 21. No quiere que me relacione con mis amigos u otras personas cercanas (por ejemplo, mi familia, vecinas/os o compañeras/os de trabajo). 22. Exige que tengamos relaciones sexuales sin tener en cuenta si yo quiero o no. 23. Me chilla y me grita por cualquier motivo. 24. Me da bofetadas en la cara y la cabeza. 25. Se pone agresivo conmigo cuando bebe. 26. Es un mandón y me da órdenes constantemente. 27. No respeta mis sentimientos, decisiones y opiniones. 28. Me asusta y me da miedo. 29. Me trata como si fuera idiota. 30. Actúa como si quisiera matarme.

Cada uno debemos buscar nuestra forma personal de abordar la situación en la consulta. No existe un patrón oro. Existen preguntas tipo que nos pueden servir de ayuda para facilitar la expresión emocional de la mujer, como por ejemplo:

- ¿Qué tal van las cosas por casa?...
- A veces, durante el embarazo, las relaciones de pareja se resienten...
- A veces, al estar lejos de su país, las relaciones con la pareja no van bien...
- ¿Qué tal las cosas con tu pareja?

A partir de ahí puede ocurrir que la mujer rompa su sentimiento de vergüenza y revele que realmente está en un proceso de violencia de pareja, que se confirme la sospecha, o que se descarte dicho proceso y la mujer esté sometida a sobrecarga por otros factores estresantes (tabla 5). En ocasiones la intervención breve ha demostrada cierta efectividad en la reducción de los niveles de violencia (Ernst AA, 2011).

Tabla 5. Fases del cambio/intervención*.	
Fase precontemplativa	Intervención
La mujer no reconoce el problema.	Entrevista breve donde dejemos constancia de nuestra disposición a ayudarla si lo precisa. Revisar seguridad.
Fase contemplativa	Intervención
Comienza a tomar conciencia de su relación abusiva.	Entrevista motivacional; escucha reflexiva: visibilizar y poner nombre a su situación. Revisar seguridad.
Fase de preparación	Intervención
Pequeños cambios.	Entrevista motivacional; plan de cambio; escucha y seguridad.

Ambivalencia (mantener o romper la relación).	
Fase de acción	Intervención
La mujer toma decisiones.	Importancia extrema de la seguridad; entrevistas motivacionales; siempre recordar dónde estaba antes y reafirmar sus logros; valorar derivación.
Fase de mantenimiento	Intervención
Prevenir recaídas.	Mantener los cambios; animar a participar en grupos de apoyo; reevaluar sus avances; seguridad.
Fase de recaída	Intervención
Según la fase del cambio en la que vuelve.	Acompañamiento.
*Fases del cambio según modelo de Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC (1994).	

Entrevista

Una vez detectado y confirmado el caso iniciamos el abordaje:

1. Asegurar tiempo y espacio donde se garantice la escucha y la confidencialidad, evitando las interrupciones. Garantizar que en ningún momento la pareja sepa que la mujer ha revelado su situación. Evitar preguntarle a la pareja; esto situaría a la mujer en peligro extremo.
2. Creer a la mujer. Preguntar si tiene miedo. No minimizar riesgo vital.
3. Manifestar respeto y escucha activa transmitiendo empatía. La mujer se debe sentir comprendida y no juzgada.
4. Es importante cuidar la comunicación no verbal (mirar a los ojos, inclinarse hacia la paciente, etc.).
5. Facilitar a la mujer la elaboración de su proceso en ocasiones concretando las preguntas, ayudando a reflexionar y a tomar conciencia de su situación.
6. Garantizar el derecho de autonomía (Espuga M, 2008) de la paciente a la hora de tomar sus decisiones, evitando actitudes paternalistas y favoreciendo que sea ella la que tome las riendas de su vida, salvo que detectemos riesgo vital o que su estado mental impida tomar medidas de protección básica.

Toda la información se debe registrar en las historias clínicas de forma precisa. Cuando trabajamos con un programa informático se puede guardar la información, siempre teniendo en cuenta que el episodio quede registrado como “visible no imprimible” o “privado” (se supone que todos los programas de HC informatizada de las distintas CCAA lo permiten). La información de la historia clínica tiene valor jurídico y muchas veces es la única fuente con la que cuentan las mujeres para demostrar que la violencia no es un hecho puntual si no algo reiterado.

La intervención se debe adecuar a la fase del cambio y al momento del ciclo de la violencia en que se encuentre la mujer. Ej: si la mujer está en fase precontemplativa (no reconoce la violencia) nuestra intervención debe ser breve, limitándose a decir que, si precisa ayuda, nosotros estamos ahí; nunca justificar la violencia, dejando nuestras puertas abiertas.

En un estudio de intervención grupal en mujeres maltratadas en Corea en el que: se evaluaba el trauma, se identificaban los problemas, se intentaba entender uno mismo, identificar las características del agresor, manejar el estrés, desarrollar planes de acción y promover el empoderamiento, se observó franca mejoría en el nivel de ansiedad, aunque no hubo diferencias en autoestima y depresión (Kim S, 2001).

Debemos informar a la mujer de los recursos de los que dispone en nuestro medio. Las derivaciones siempre se harán de acuerdo con ella y si es posible contactando primero con los recursos a los que se deriva para explicar el problema de la mujer y no revictimizarla permanentemente.

Datos básicos para valorar un caso (Rodríguez Jimena M, 2008).

1. Tipo de violencia al que está sometida. Ej: psicológica (¿te controla el móvil?, ¿controla tus amistades?, ¿controla tu ropa?); económica (¿quién controla el dinero en casa?); sexual (¿alguna vez has tenido relaciones que no deseabas?), etc.
2. Tiempo de evolución. Ej: ¿cuánto tiempo lleva la pareja?¿cuándo empezaron los problemas de relación? Cuanto mayor es, peor será la recuperación posterior.
3. Impacto en salud. Ej: ¿daños físicos?¿trastornos depresivos?¿descompensación de enfermedades crónicas?
4. Afectación a otros miembros de la familia: hijos convivientes, ancianos.
5. Fase del cambio-ciclo de la violencia.
6. Red social. Si la mujer cuenta con apoyos por parte de la familia o sociales.
7. Recursos económicos.
8. Riesgo vital.

Indicadores de riesgo extremo

(Argüelles Vázquez R, 2012)

Se dispone de un estudio multicéntrico de casos y controles (Campbell JC, 2003) en el que se vieron factores relacionados con mayor riesgo de homicidio como son la presencia de armas en casa, la separación (sobre todo de una pareja controladora), el inicio de convivencia con otra pareja; también el acoso, el sexo forzado y la violencia durante el embarazo. Otros factores:

1. La mujer declara temer por su vida: peligro extremo.
2. Episodios de violencia que aumentan en frecuencia y gravedad.
3. Maltrato a los hijos o a otros miembros de la familia.
4. Intentos o amenazas de homicidio de ella o de sus hijos.
5. Violencia fuera del ámbito del hogar.
6. Violencia sexual.
7. Violencia durante el embarazo.
8. Abuso de drogas: alcohol, cocaína, etc.
9. Presencia de armas en el hogar o pertenencia del agresor a un cuerpo de seguridad.
10. El agresor conoce que la mujer ha solicitado ayuda.

11. La mujer planea divorciarse en un futuro cercano. El máximo riesgo se sitúa en torno a la separación (Koss MP, 1994).
12. Intentos de suicidios previos de la mujer.
13. El maltratador amenaza con matarla a ella, a sus hijos y suicidarse.

Siempre que la mujer nos diga que tiene miedo, o que se encuentra en situación de riesgo vital, no debemos subestimarlos y tendremos que adoptar las medidas adecuadas de protección y/o gestionar la salida inmediata del domicilio. En ocasiones, a pesar de todo, la mujer decide continuar conviviendo con el maltratador. El siguiente paso es la elaboración de un plan de seguridad.

Plan de seguridad: parte de lesiones. Denuncia.

Si la mujer acude a la consulta con lesiones refiriendo agresión por violencia de género lo prioritario es:

- La atención médica de estas lesiones.
- Curarla y explicarle bien los cuidados posteriores.

Toda la información debe de quedar reflejada en la historia de forma clara, legible y concisa detallando todas las lesiones, lo que la mujer cuenta entrecomillándolo y todo el proceso asistencial.

Es necesaria la elaboración de un parte de lesiones (García Minguito L, 2012). Existe un modelo diseñado a tal fin, que se remitirá al juzgado de guardia. Éste desempeña una importante labor para abordar judicialmente el problema de maltrato y para tomar decisiones y establecer medidas de prevención efectivas:

- Debe reflejar una imagen perfecta de la situación física y psicológica de la mujer en ese momento.
- Describir exhaustivamente todas las lesiones y si es necesario, con la autorización de la mujer, realizar fotografías para que quede constancia de ellas.
- Debemos describir el estado psicológico atendiendo a los síntomas sin establecer diagnósticos (llanto fácil, palpitaciones, sudoración, etc). Indicar si la víctima acudía sola o acompañada, si existían antecedentes previos de maltrato (para demostrar que es un proceso).
- Describir los hematomas, las erosiones y también las zonas de dolor a la palpación y si existen lesiones en diferentes estadios evolutivos.
- Dejar constancia de la fecha y hora del incidente, así como de testigos presenciales de las curas.

En el caso de una agresión sexual:

- Debemos insistir a la mujer en que no se lave ni cambie de ropa, para evitar pérdida de pruebas periciales.
- La mujer deber ser derivada en ambulancia avisando al hospital de referencia.

En ocasiones se plantea el conflicto ético entre la obligación legal de denunciar y hacer un parte de lesiones y el principio de autonomía de la mujer. Cada caso debe examinarse de forma individual:

- En caso de riesgo vital: cuando hagamos un parte de lesiones, debemos explicarle a la mujer lo que va a ocurrir: que en 72 horas su pareja será llamada a declarar y será citada en el juzgado, aunque no formule la denuncia. Se le debe entregar una copia del parte de lesiones; si existe riesgo de que el agresor lo vea, puede dársele a un familiar de confianza. Podemos dejar constancia en el parte de lesiones que la mujer no desea denunciar y un teléfono seguro de contacto que ella nos proporcione. En caso de que desee regresar al domicilio, le explicaremos las normas básicas de seguridad (tabla 6).
- Si no hay riesgo vital inmediato: hay que respetar las decisiones de la mujer, realizando un acompañamiento y registrándolo todo en la historia clínica y cuando la mujer se decida a denunciar elaborar el parte de lesiones.

Tabla 6. Escenario de protección.	
Teléfono de emergencias: 112, 016	
Si tuviera que abandonar su casa de forma urgente, preparar toda la documentación necesaria (DNI, carné de conducir, informes médicos, cartillas del banco, etc.).	
Tener a mano una bolsa con lo elemental: ropa, documentación, juegos adicionales de llaves, números de teléfonos de quien pueda ayudarla.	
Si puede, abrir una cuenta donde ingresar dinero.	
No tomar tranquilizantes, para estar alerta.	
Recoger el juguete favorito de sus hijos, si los tuviere.	
Si permanece en el edificio y espera la vuelta del agresor, debe retirar todos los objetos peligrosos de la casa: cuchillos, armas de fuego si las hubiera, etc.	
Si tiene amistades, concertar con los vecinos una señal que alerte de una posibilidad de un ataque inminente.	
Enseñar a los hijos a pedir ayuda y protegerse.	
Hacer todo el ruido que pueda.	
Quedarse lo más cerca posible de la salida del domicilio.	
Y si se produce la agresión, ser el blanco más pequeño: protegerse cráneo y cara con brazos.	

Existe otra opción: en caso de violencia de género no confirmada sin lesiones físicas, notificarlo a la fiscalía que investigará el caso. Las distintas comunidades autónomas y organismos públicos disponen en España de ayuda a las mujeres, mediante teléfono para información y solicitud de ayudas sociales, jurídicas y de acogimiento, si es preciso, por la gravedad de los hechos.

Bibliografía

- Anglin D, Sachs C. Preventive care in the emergency department: screening for domestic violence in the emergency department. Acad Emerg Med. 2003;10(10):1118-27. PubMed [PMID: 14525748](#). [Texto completo](#)
- Argüelles Vázquez R y Lorente Montalvo P. Puntos clave para el manejo en urgencias de casos de violencia de género. FMC Form Med Contin Aten Prim. 2012;19(1):10-5.
- Bonomi AE, Anderson ML, Reid RJ, Rivara FP, Carrell D, Thompson RS. Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence. Arch Intern Med. 2009;169(18):1692-7. PubMed [PMID: 19822826](#). [Texto completo](#)
- Campbell JC, Webster D, Koziol-McLain J, Block C, Campbell D, Curry MA, et al. Risk factors for femicide in abusive relationships: results from a multisite case control study. Am J Public Health. 2003;93(7):1089-97. PubMed [PMID: 12835191](#). [Texto completo](#)
- Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. Am J Prev Med. 2002;23(4):260-8. PubMed [PMID: 12406480](#)
- Devine A, Spencer A, Eldridge S, Norman R, Feder G. Cost-effectiveness of Identification and Referral to Improve Safety (IRIS), a domestic violence training and support programme for primary care: a modelling study based on a randomised controlled trial. BMJ Open. 2012;2(3).pii: e001008. PubMed [PMID: 22730555](#). [Texto completo](#)
- Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Williamson DF. Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. Violence Vict. 2002;17(1):3-17. PubMed [PMID: 11991154](#)
- Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C; WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. Lancet. 2008;371(9619):1165-72. PubMed [PMID: 18395577](#)
- Ernst AA, Weiss SJ, Hopley K, Medoro I, Baker JJ, Kanter J. Brief intervention for perpetration of intimate partner violence (IPV): simulation versus instruction alone. South Med J. 2011;104(6):446-55. PubMed [PMID: 21886035](#)
- Espuga M. Violencia de género. Aproximación desde la ética. FMC. Form Med Contin Aten Prim. 2008;15(10):658-60.
- García-Esteve L, Torres A, Navarro P, Ascaso C, Imaz ML, Herreras Z, et al. Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario. Med Clin (Barc). 2011;137(9):390-7. PubMed [PMID: 21757210](#)
- García Minguito L, Casas Sánchez J de D, Rodríguez Albarran MS. Propuesta de baremo (de escala) para analizar la calidad de los partes de lesiones en casos de violencia de género. Gac Sanit. 2012;26(3):256-60. PubMed [PMID: 22115544](#). [Texto completo](#)
- Garriga Puerto A, Martín García-Sancho JC. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja. Guía de práctica clínica. Servicio Murciano de Salud. 2010. [Texto completo](#)
- Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women. JAMA. 1996;275(24):1915-20. PubMed [PMID: 8648873](#)
- Hegarty K, Gunn J, Chondros P, Taft A. Physical and social predictors of partner abuse in women attending general practice: a cross-sectional study. Br J Gen Pract. 2008;58(552):484-7. PubMed [PMID: 18611314](#). [Texto completo](#)
- Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Population Reports, Series L, No. 11. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program; 1999. [Texto completo](#)
- Hughes K, Bellis MA, Jones L, Wood S, Bates G, Eckley L, et al. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Lancet. 2012;379(9826):1621-9. PubMed [PMID: 22377290](#)
- Jahanfar S, Janssen PA, Howard LM, Dowswell T. Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. Cochrane Database Syst Rev. 2013;2:CD009414. PubMed [PMID: 23450603](#). [Texto completo](#)
- Kim S, Kim J. The effects of group intervention for battered women in Korea. Arch Psychiatr Nurs. 2001;15(6):257-64. PubMed [PMID: 11735076](#)
- Koss MP. No safe haven: male violence against women at home, at work, and in the community. Washington: American Psychological Association; 1994.
- Kramer A, Lorenzon D, Mueller G. Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. Womens Health Issues. 2004;14(1):19-29. PubMed [PMID: 15001185](#)
- Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römkens R, Lagro-Janssen T. Utilisation of health care by women who have suffered abuse: a descriptive study on medical records in family practice. Br J Gen Pract. 2007;57(538):396-400. PubMed [PMID: 17504591](#). [Texto completo](#)
- MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle M, McNutt LA, Worster A, et al.; McMaster Violence Against Women Research Group. Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. JAMA. 2006;296(5):530-6. PubMed [PMID: 16882959](#). [Texto completo](#)
- March Cerdá JC. Violencia física y psicológica en parejas adolescentes: más común de lo que parece.Biblioteca Cochrane Plus, 2013 Número 3. [Texto completo](#)
- McCloskey LA, Williams CM, Lichter E, Gerber M, Ganz ML, Sege R. Abused women disclose partner interference with health care: an unrecognized form of battering. J Gen Intern Med. 2007;22(8):1067-72. PubMed [PMID: 17530312](#). [Texto completo](#)
- McFarlane J, Campbell JC, Sharps P, Watson K. Abuse during pregnancy and femicide: urgent implications for women's health. Obstet Gynecol. 2002;100(1):27-36. PubMed [PMID: 12100800](#)
- McLeer SV, Anwar R. A study of battered women presenting in an emergency department. Am J Public Health. 1989;79(1):65-6. PubMed [PMID: 2909183](#). [Texto completo](#)
- Fernández-Alonso MC, Buitrago-Ramírez F, Ciurana-Misol R, Chocrón-Bentata L, García-Campayo J, Montón-Franco C, et al.; Grupo de Prevención de Salud Mental del PAPPS. Prevención de los trastornos de la salud mental. PAPPS Actualización 2009. [Texto completo](#)
- Mouton CP, Rodabough RJ, Rovi SL, Brzyski RG, Katerndahl DA. Psychosocial effects of physical and verbal abuse in postmenopausal women. Ann Fam Med. 2010;8(3):206-13. PubMed [PMID: 20458103](#). [Texto completo](#)
- Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. Ann Intern Med. 2013;158(6):478-86. PubMed [PMID: 23338828](#). [Texto completo](#)
- Muñoz Cobos F, Burgos Varo ML, Carrasco Rodríguez A, Martín Carretero ML, Río Ruiz J, Ortega Fraile I, et al. El torbellino de la violencia. Relatos biográficos de mujeres que sufren maltrato. Aten Primaria. 2009;41(9):493-500. PubMed [PMID: 19446925](#). [Texto completo](#)
- Norman R, Spencer A, Eldridge S, Feder G. Cost-effectiveness of a programme to detect and provide better care for female victims of intimate partner violence. J Health Serv Res Policy. 2010;15(3):143-9. PubMed [PMID: 20308226](#)
- Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas 48/104 del 20 de diciembre de 1993. [Texto completo](#)
- Orte Socías C. El abuso verbal. FMC. Form Med Contin Aten Prim. 2006;13:574-86.
- Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Hernández-Torres E. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. Gac Sanit. 2008;22(5):415-20. [Texto completo](#)
- Postmus JL, Plummer SB, McMahon S, Murshid NS, Kim MS. Understanding economic abuse in the lives of survivors. J Interpers Violence. 2012;27(3):411-30. PubMed [PMID: 21987509](#)
- Raj A, Silverman JG. Immigrant South Asian women at greater risk for injury from intimate partner violence. Am J Public Health. 2003;93(3):435-7. PubMed [PMID: 12604489](#). [Texto completo](#)
- Rodríguez Jimena M, Pérez Alonso E, Moratilla Monzó L, Pires Alcaide M, Escortell Mayor E, Lasheras Lozano L, et al. Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad. 1ª ed. Marzo 2008. [Texto completo](#)
- Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, del Río-Lozano M; Gender Violence Study Group. How do women in Spain deal with an abusive relationship? J Epidemiol Community Health. 2006;60(8):706-11. PubMed [PMID: 16840761](#). [Texto completo](#)

- Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco-Prieto P, González-Barranco JM, Ayuso-Martín P, Montero-Piñar MI. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. Gac Sanit. 2006;20(3):202-8. PubMed **PMID: 16756858**. **Texto completo**
- Samelius L, Wijma B, Wingren G, Wijma K. Somatization in abused women. J Womens Health (Larchmt). 2007;16(6):909-18. PubMed **PMID: 17678462**
- Taft A, O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson L, Feder G. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. Cochrane Database Syst Rev. 2013;4:CD007007. PubMed **PMID: 23633338**. **Texto completo**
- Unidad de Apoyo a la Investigación. Escuela Andaluza de Salud Pública. Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. **Texto completo**
- Vives-Cases C, Alvarez-Dardet C, Carrasco-Portiño M, Torrubiano-Domínguez J. El impacto de la desigualdad de género en la violencia del compañero íntimo en España. Gac Sanit. 2007;21(3):242-6. PubMed **PMID: 17565900**. **Texto completo**

Más en la red

- Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Violencia de Género. Disponible en: **http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/export/Violencia_Genero/HTML/Documentacion/documentacion.html**
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012. Disponible en: **http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf**
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Violencia de Género y Trata de Mujeres. Portal Estadístico. Disponible en: **<http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portalEstadistico/home.htm>**
- The Mental Elf. Domestic violence. Disponible en: **<http://www.thementalelf.net/tag/domestic-violence/>**
- Weil A. Intimate partner violence: Diagnosis and screening. UptoDate [Internet]. Walthman (MA): UpToDate; 2014. Disponible en: **<http://www.uptodate.com>**
- World Health Organization: Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. 2013. Disponible en: **<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>**
- World Health Organization: Violence against women. Disponible en: **<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/en/index.html>**

Autoras

▪ Ana Isabel Menéndez Fernández	Médico Especialista en Medicina de Familia (1)
▪ Pilar Elipe Rebollo	Diplomado Universitario en Enfermería (2)
▪ Elena Fernández Pérez	Médico Especialista en Medicina de Familia (3)

(1) Centro de salud Valle Inclán. Madrid. España.
(2) Centro de especialidades Pedro González Bueno. Madrid. España.
(3) Centro de salud Berruguete. Madrid. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la **[Página de cookies](#)**.

[Términos y condiciones](#) - **[Política de Privacidad](#)** |

