

GUÍAS RÁPIDAS

Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género

2015

GUÍAS RÁPIDAS

Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género

Edición 2015

Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública
Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

PROTOCOLO andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género [Recurso electrónico] : guías rápidas / autoría, Amalia Suárez Ramos (coordinación) ... [et al.]. -- [Sevilla] : Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2015

Texto electrónico (pdf), 55 p.

"Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública"

1. Violencia contra la mujer 2. Atención a la salud
3. Guía de práctica clínica 4. Andalucía I. Suárez Ramos, Amalia II. Andalucía. Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública III. Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales
WA 309

Autoría

Amalia Suárez Ramos (coordinación)

Syra Borrás Pruneda

Ifigenia Frías Oncina

M^a Victoria Llamas Martínez

Elisa Vizquete Rebollo

Revisión

Carmen Agüera Urbano

Autora del Protocolo Andaluz de Actuación Sanitaria desde el ámbito de las Urgencias ante la violencia de género
Médica del Hospital Costa del Sol

M^a Dolores Barrios Regordán

Trabajadora Social
Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla

Adela Abarrategui Pastor

Jefa de Gabinete de Estudios y Programas
Instituto Andaluz de la Mujer

María Flor Torres Porras

Fiscal Delegada de Andalucía contra la Violencia a la Mujer

Nieves Montero de Espinosa Rodríguez

Fiscal Delegada de Sevilla contra la Violencia a la Mujer

José Díaz-Borrego Horcajo

Subdirección de Gestión y Evaluación de Resultados en Salud
Servicio Andaluz de Salud

María Luisa García Gestoso

Pediatra de Atención Primaria
Unidad de Gestión Clínica Puerta Este
Dr. Vallina Sevilla



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2015.

ÍNDICE



ÍNDICE

PRESENTACIÓN	6
ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	10
MENORES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO	21
INTERVENCIONES ESPECÍFICAS CON MUJERES VULNERABLES	30
ACTUACIÓN SANITARIA CON MUJERES EN SITUACIONES ESPECIALES	36
ACTUACIÓN CON MUJERES VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES	52

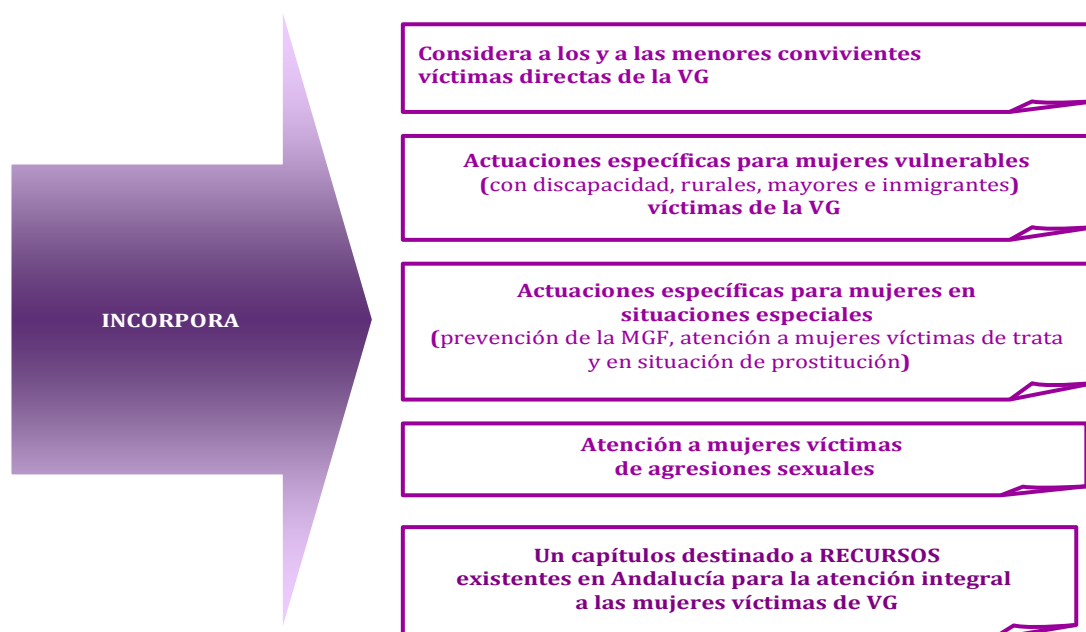
PRESENTACIÓN



Este documento se refiere a la violencia de género como a cualquier forma de violencia y malos tratos ejercida contra las mujeres, de acuerdo con la Ley andaluza 13/2007, de 26 de noviembre de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género, aunque las actuaciones que se proponen están más centradas en la violencia ejercida por la pareja o expareja, por entender que es la violencia más frecuente y al mismo tiempo invisibilizada en nuestros entornos.

“Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.

Incorpora, fruto de la experiencia acumulada desde el año 2004 (L.O. 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género), la evidencia disponible, la experiencia acumulada en Andalucía y en otras CCAA y la normativa en vigor, nuevos contenidos:



Debido a ello se estructura en una actuación común a todas las mujeres y e intervenciones específicas para mujeres vulnerables (con discapacidad, del medio rural, mayores e inmigrantes), en situaciones especiales (prevención de la MGF y con mujeres en situación de trata y prostitución), y actuación con mujeres víctimas de agresiones sexuales.

Consecuencias de la violencia de género sobre la salud

1.- Consecuencias en la salud de las mujeres

SOBRE LA SALUD FÍSICA	SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	SOBRE LA SALUD PSÍQUICA	SOBRE LA SALUD SOCIAL
-Muerte -Lesiones -Deterioro funcional -Síntomas inespecíficos -Peor salud -Agravamiento de situaciones crónicas -Trastornos del sueño -Discapacidades	-Relaciones sexuales forzadas -Trastornos menstruales -ITS -Sangrado y fibrosis vaginal, dispareunia. -Infección urinaria -Embarazo no deseado -Maltrato durante el embarazo	-Depresión y ansiedad -TCA * -TEPT -Trastornos psicopatológicos -Intento de suicidio, autolesiones -Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos	-Aislamiento familiar y social -Dificultades económicas -Absentismo laboral -Disminución del nº de días de vida saludable -Cambio de domicilio y/o ciudad para protegerse.

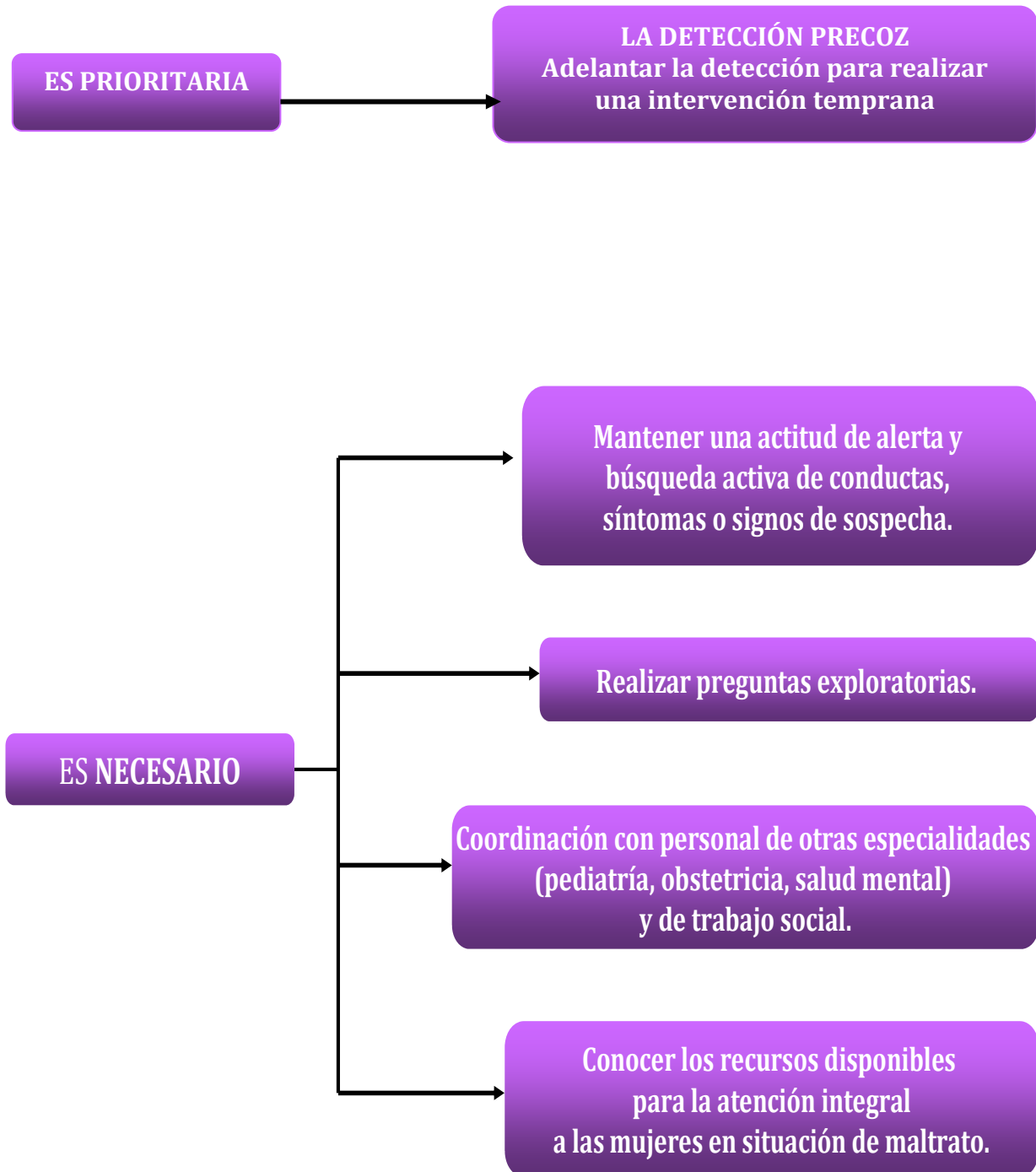
2.- Consecuencias en la salud de sus hijas e hijos

SALUD FÍSICA DE LOS HIJOS E HIJAS	SALUD PSÍQUICA DE LOS HIJOS E HIJAS	A LARGO PLAZO O TRANSGENERACIONAL EN LOS HIJOS E HIJAS	DEPENDIENDO DE LA EDAD
-Muerte -Daños y lesiones -Riesgo de alteración de su desarrollo integral (retraso del crecimiento, disminución de las habilidades motoras, retardo en el lenguaje, síntomas regresivos) -Alteraciones del sueño y la alimentación -Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas	-Ansiedad, depresión, baja autoestima -TEP -TDAH -Dificultades aprendizaje y socialización, habilidades sociales escasas, bajo rendimiento escolar -Problemas de conducta social (comportamientos de sumisión o violencia). -Comportamientos de riesgo -Adicciones -Asunción de roles de protección. -Trastornos psicopatológicos	-Conductas agresivas aprendidas hacia las madres por los hijos varones. -Mayor probabilidad de desarrollar actos agresivos y violentos y reproducir la conducta en relaciones de pareja. -Mayor tolerancia al maltrato en las mujeres. -Embarazos para sentir que alguien las quiere -Embarazos no deseados -Relaciones de pareja en las que sufren maltrato.	-0 - 2 años: Retraso en el crecimiento y desarrollo de habilidades motoras y de lenguaje, bajo peso, alteraciones en el sueño y la alimentación, síntomas psicosomáticos, llanto inconsolable, irritabilidad, mayor riesgo de maltrato. -2 - 5 años: Alteraciones en la alimentación y el sueño, en el control de esfínteres, regresiones, agresividad, irritabilidad, problemas de aprendizaje y conducta, hiperactividad, miedos, sentimientos de culpabilidad. Ansiedad y tristeza. -6 - 12 años: Agresividad, ansiedad, miedos, alteraciones en el rendimiento escolar, depresión, baja autoestima, aislamiento, trastorno de estrés postraumático. -> 12 años: TCA, ansiedad, depresión, apatía, ira, dificultad para expresar sentimientos, pocas habilidades sociales, relaciones conflictivas, comportamientos de riesgo y de evasión, comportamientos violentos, absentismo escolar, drogodependencia, intentos de suicidio, autolesiones, psicopatologías. Asumen el rol de cuidado de hermanas y hermanos y/o la madre.

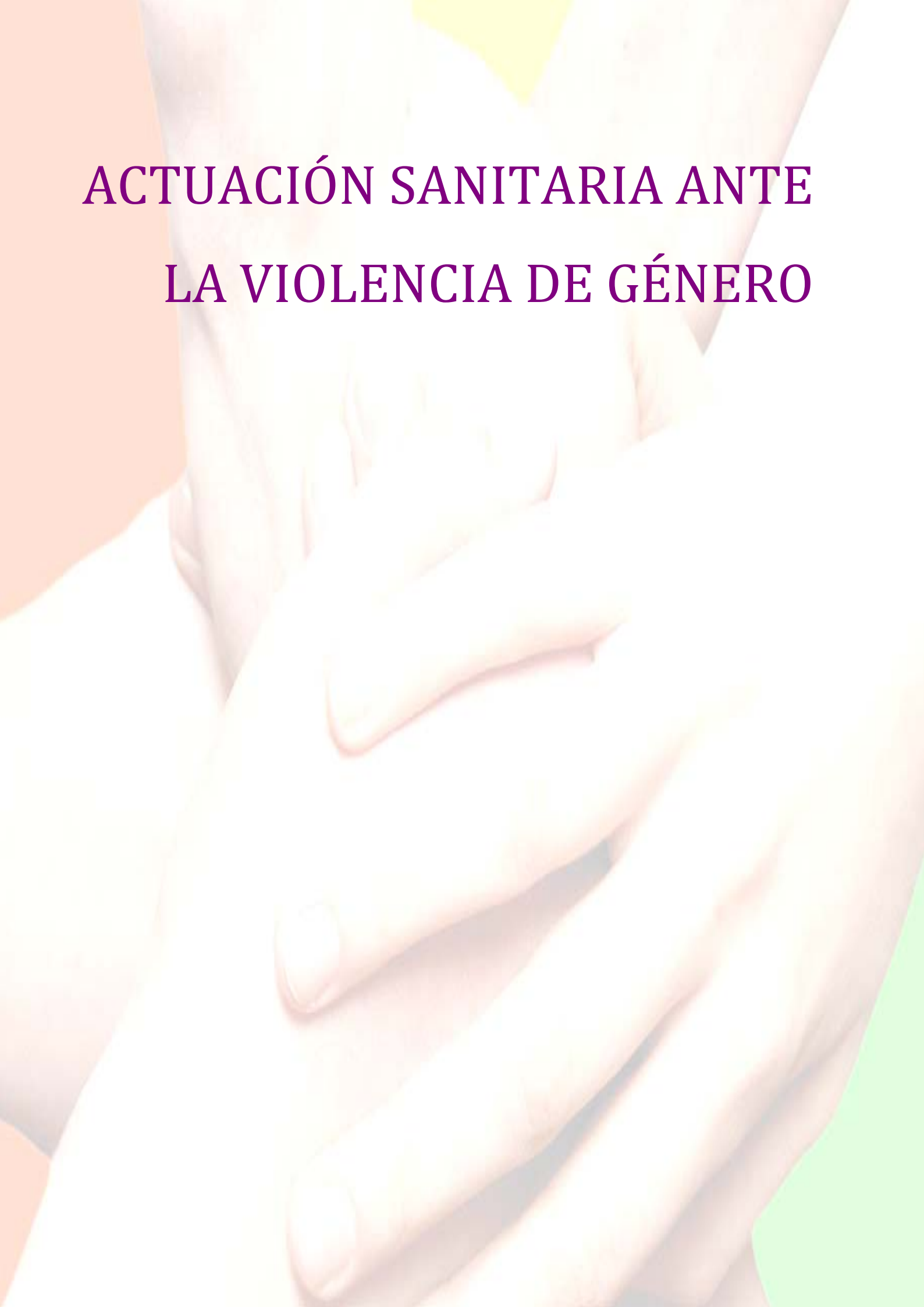
*TCA (trastornos de la conducta alimentaria)

**TEPT (trastorno por estrés postraumático)

Desde los servicios sanitarios:

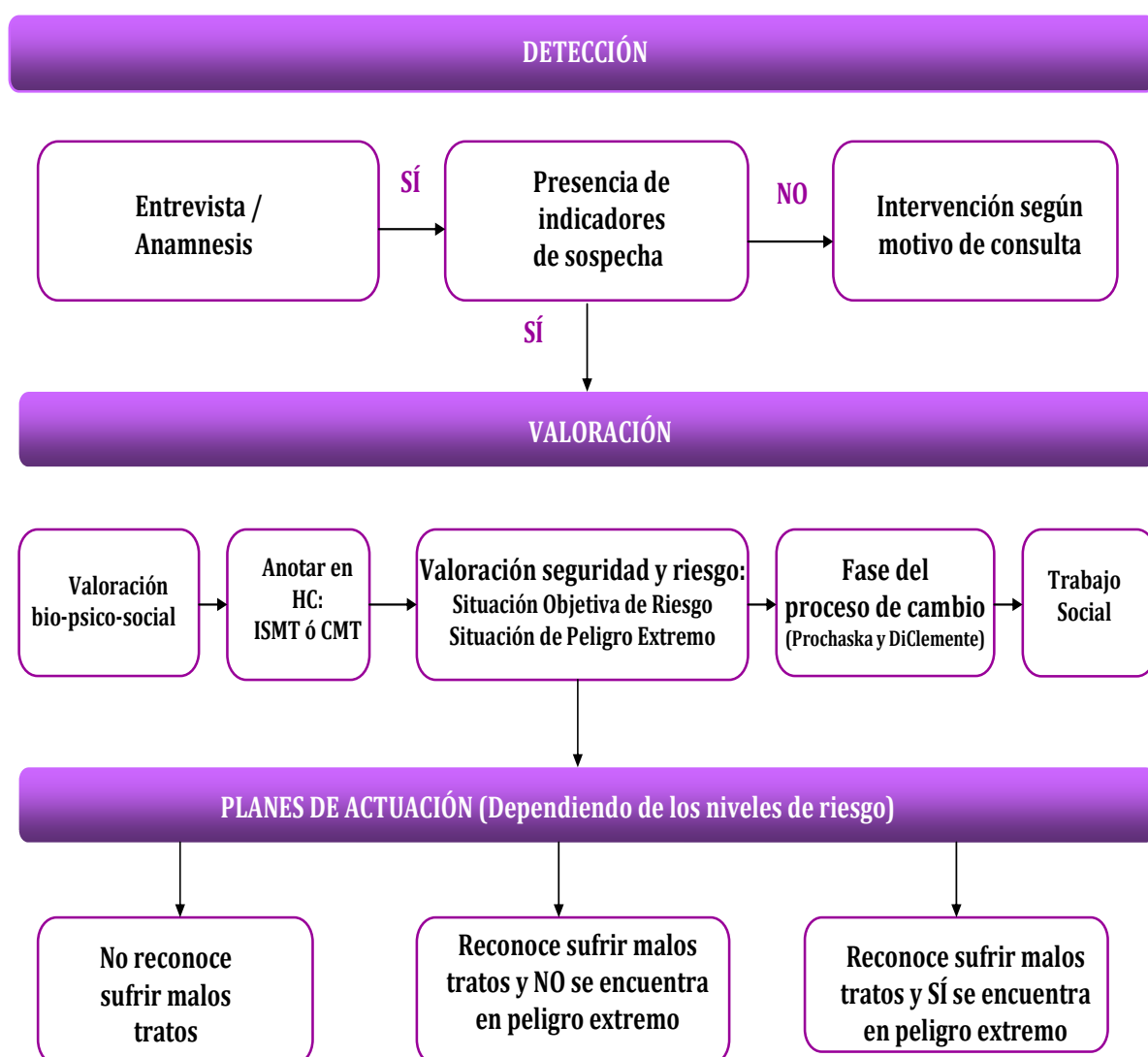


ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO



Actuación Sanitaria ante la violencia de género

El protocolo se estructura en tres fases:



Se sospechará la existencia de violencia de género:

- Si, por los antecedentes y características de la mujer, existen indicadores que orienten hacia ella*.
- Presencia de indicadores que avisen sobre el maltrato por la actitud en la consulta de la mujer o de su pareja.
- La actitud de los y las menores pueden avisar también acerca de la existencia de violencia de género sobre sí mismos y sus madres.
- Hay etapas en la vida de las mujeres en las que se acrecienta el maltrato (embarazo y puerperio) y circunstancias de vida (tener alguna discapacidad, ser inmigrante o víctima de alguna red de trata).

Ante la sospecha, PREGUNTAR a la mujer A SOLAS, de forma clara y con actitud empática siguiendo las preguntas aconsejadas en este protocolo.

NO TENGA MIEDO DE PREGUNTAR

La mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta en forma directa y no valorativa

En realidad, muchas están esperando silenciosamente que alguien les pregunte

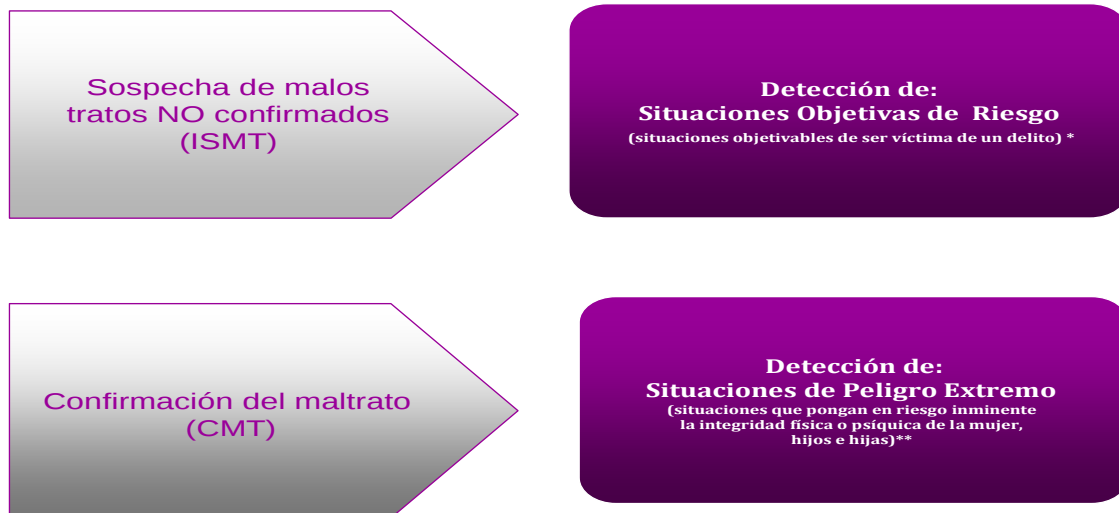
OMS. Informe Violencia contra las mujeres: Un tema de salud prioritario

INDICADORES DE SOSPECHA SEGÚN LOS ANTECEDENTES Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUJER	
Antecedentes de violencia	-Relaciones de maltrato anteriores. -Haber sufrido o presenciado malos tratos, abusos y/o agresiones sexuales.
Antecedentes personales y hábitos de vida	-Lesiones frecuentes. -Problemas frecuentes (trastornos del sueño y la alimentación, dolores). -Abuso de alcohol, psicofármacos u otras drogas.
Problemas gineco-obstétricos	-Sin control de la fecundidad (muchos embarazos, embarazos no deseados o no aceptados). -Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos. -Dispareunia, dolor pélvico, infecciones repetidas, anorgasmia o dismenorrea. -ITS no justificables con las prácticas sexuales referidas. -Demanda repetida de anticoncepción de emergencia por múltiples incidentes. -Historia de abortos repetidos. -Hijos de bajo peso al nacer. Problemas en la recuperación puerperal. -Retraso en la solicitud de atención prenatal.
Síntomas psicológicos frecuentes	-Insomnio. -Depresión o ansiedad. -Trastorno de estrés postraumático. -Intentos de suicidio. -Baja autoestima. -Agotamiento psíquico, irritabilidad. -Trastornos de la conducta alimentaria. -Labilidad emocional. -Abuso de psicofármacos.
Aspectos sociales	-Aislamiento, escasas relaciones y actividades fuera de la familia. -Bajas laborales.
Síntomas físicos frecuentes	-Cefaleas, cervicalgia, mareos. -Dolor crónico en general. -Molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, dolor). -Molestias pélvicas. -Dificultades respiratorias.
Utilización de servicios sanitarios	-Alterna periodos de hiperfrecuentación y de abandono (largas ausencias). -Incumplimiento de citas o tratamientos. -Frecuentes hospitalizaciones. -Acude con la pareja cuando antes no lo hacía.
Situaciones de mayor vulnerabilidad	-Situaciones de cambio vital: Embarazo y puerperio, separación, jubilación propia o de la pareja. -Situaciones que aumentan la vulnerabilidad.

INDICADORES DE SOSPECHA DURANTE LA CONSULTA	
Ccticas. de las lesiones	-Retraso en la demanda de asistencia de las lesiones físicas. -Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa. -Hematomas o contusiones en zonas sospechosas -Lesiones por defensa (cara interna del antebrazo). -Lesiones en diferentes estadios de curación. -Lesiones en genitales. -Lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas. -Rotura de tímpano.
Actitud de la mujer	-Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, se altera por ejemplo al abrirse la puerta... -Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza. -Autoestima baja. -Sentimientos de culpa. -Estado de ansiedad o angustia, irritabilidad. -Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil, evita mirar a la cara. -Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones. -Falta de cuidado personal. -Justifica sus lesiones o les quita importancia. -Si está presente su pareja, temerosa, en actitud sumisa. Busca su aprobación. -Contradicción entre su versión y la que da su pareja, o cambia su versión cuando está sola.
Actitud de la pareja	-No quiere dejarla sola con el personal sanitario. -Muy controlador, siempre contesta él, despectivo o intenta banalizar los hechos. -Excesivamente preocupado o solícito con ella. -A veces colérico u hostil con ella o con el/la profesional.
En menores	-Daños o lesiones corporales. -Accidentes frecuentes. -Alteraciones en el desarrollo. -Síntomas de estrés postraumático, fobias, ansiedad, trastornos disociativos. -Síntomas depresivos e intentos de suicidio. -Trastornos del sueño, insomnio, pesadillas. -Trastornos en el control de esfínteres. -Trastornos de la alimentación. -Dificultades de aprendizaje y socialización, conductas de juego alteradas.

Valoración

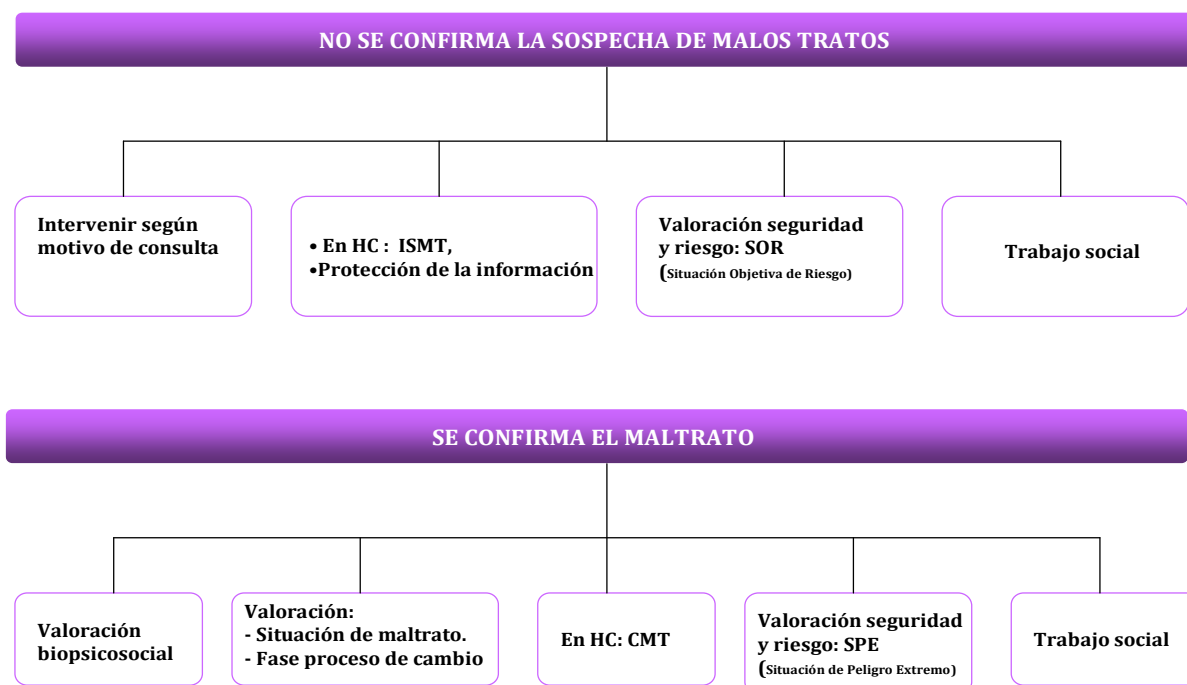
VALORAR LA SEGURIDAD y el RIESGO



*Situaciones objetivas de Riesgo

**Situaciones de Peligro Extremo, conforme al art. 544 Ter. Párrafo 2º LECr, incluidas en el documento.

ACTUAR dependiendo de la confirmación de las sospechas:



Planes de actuación sanitaria según niveles de riesgo

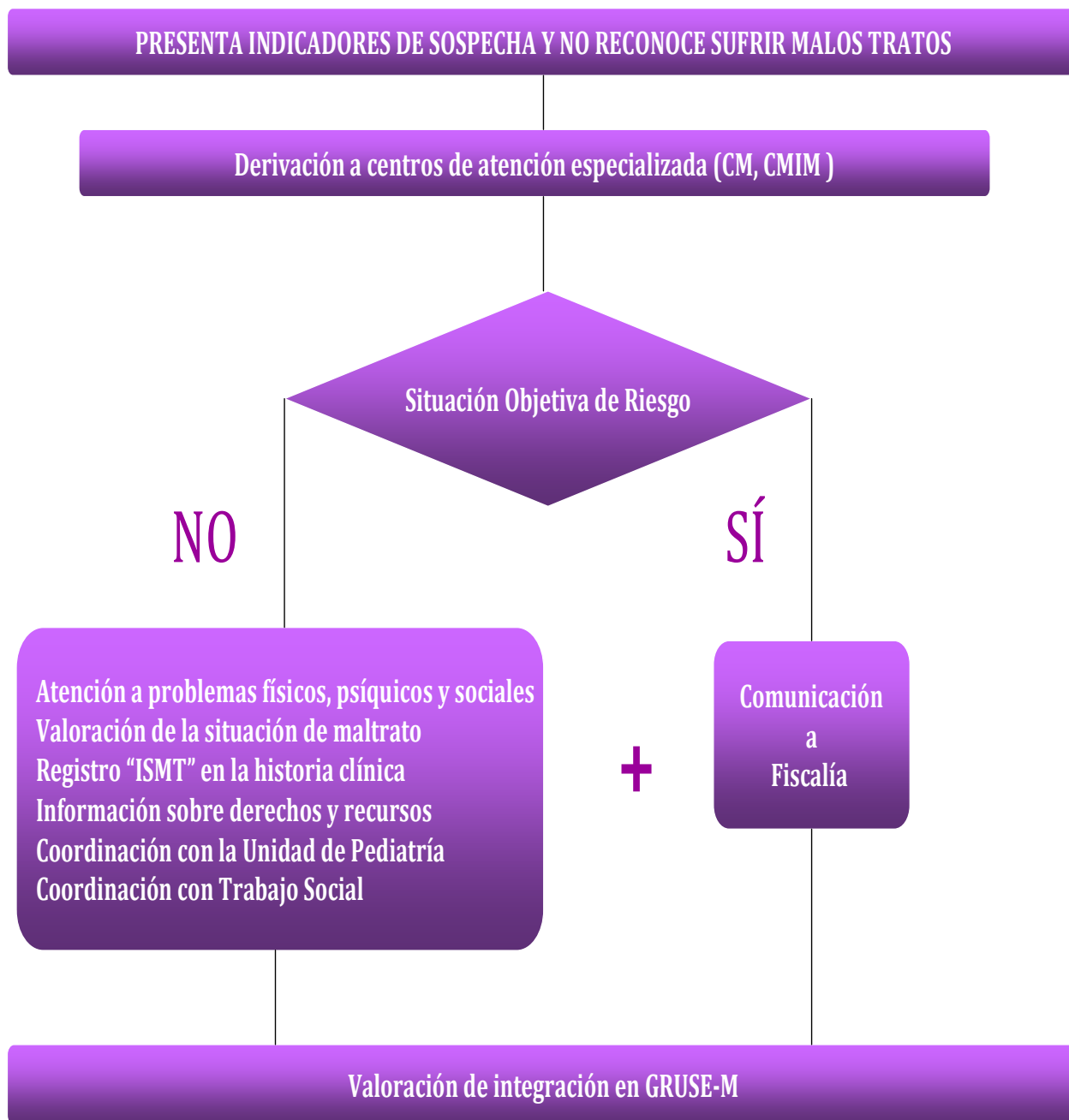
Se presentan tres situaciones posibles, para las cuales habrá que plantear pautas de actuación diferentes:

- Plan de atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha pero no reconoce sufrir malos tratos.
- Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos pero no se encuentra en peligro extremo.
- Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo.

Elementos comunes a todos los planes de actuación

- Tener en cuenta la decisión de la mujer, respetando sus tiempos e informarle de sus derechos.
- En la entrevista, atender a las recomendaciones de las fases del proceso del cambio.
- Registrar en la historia clínica todas las actuaciones realizadas. Puede servir como prueba importante en un proceso judicial.
- Establecer medidas de protección para la mujer:
 - Valorar si existe una Situación Objetiva de Riesgo o una Situación de Peligro Extremo independientemente de la fase de cambio en la que se encuentre. El objetivo prioritario es la seguridad y protección de la mujer y de sus hijos e hijas.
 - Garantizar la protección de la mujer durante la actuación sanitaria y los traslados necesarios.
 - Nunca deberá estar acompañada del supuesto maltratador. En el caso de que existan dudas acerca del acompañante, se le indicará que permanezca en otro lugar por motivos asistenciales.
 - Activación de recursos en situaciones de riesgo: Protocolo de Protección del Centro (anexo 8).
 - Solicitar la colaboración de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad cuando sea necesario (anexo 9).
 - Previa autorización verbal de la mujer, comunicación al personal de trabajo social del centro.
 - Información a la mujer sobre recursos y derivación a otros recursos en función de las necesidades, una vez proporcionada la atención y cuidados asistenciales.
 - Indagar sobre la posibilidad de malos tratos a otros miembros de la familia. Si hay hijos o hijas a su cargo, ponerse en contacto con personal relacionado con la salud de menores para valorar el alcance del maltrato.
 - Tener en cuenta las dificultades específicas de las mujeres vulnerables.
 - No recomendar nunca terapia de pareja o mediación familiar.
 - Mantener estrecha coordinación y colaboración con otras instituciones y servicios no sanitarios

En función de si la mujer reconoce o no el maltrato, del riesgo y la situación de peligro que corre, la actuación del personal sanitario se orientará de forma diferenciada.



RECONOCE SUFRIR MALOS TRATOS Y NO SE ENCUENTRA EN PELIGRO EXTREMO

Atención integral multidisciplinar
Atención sanitaria
Entrevista motivacional (Prochaska y DiClemente)
Valoración de la situación de maltrato
Atención a hijos e hijas

En HC:

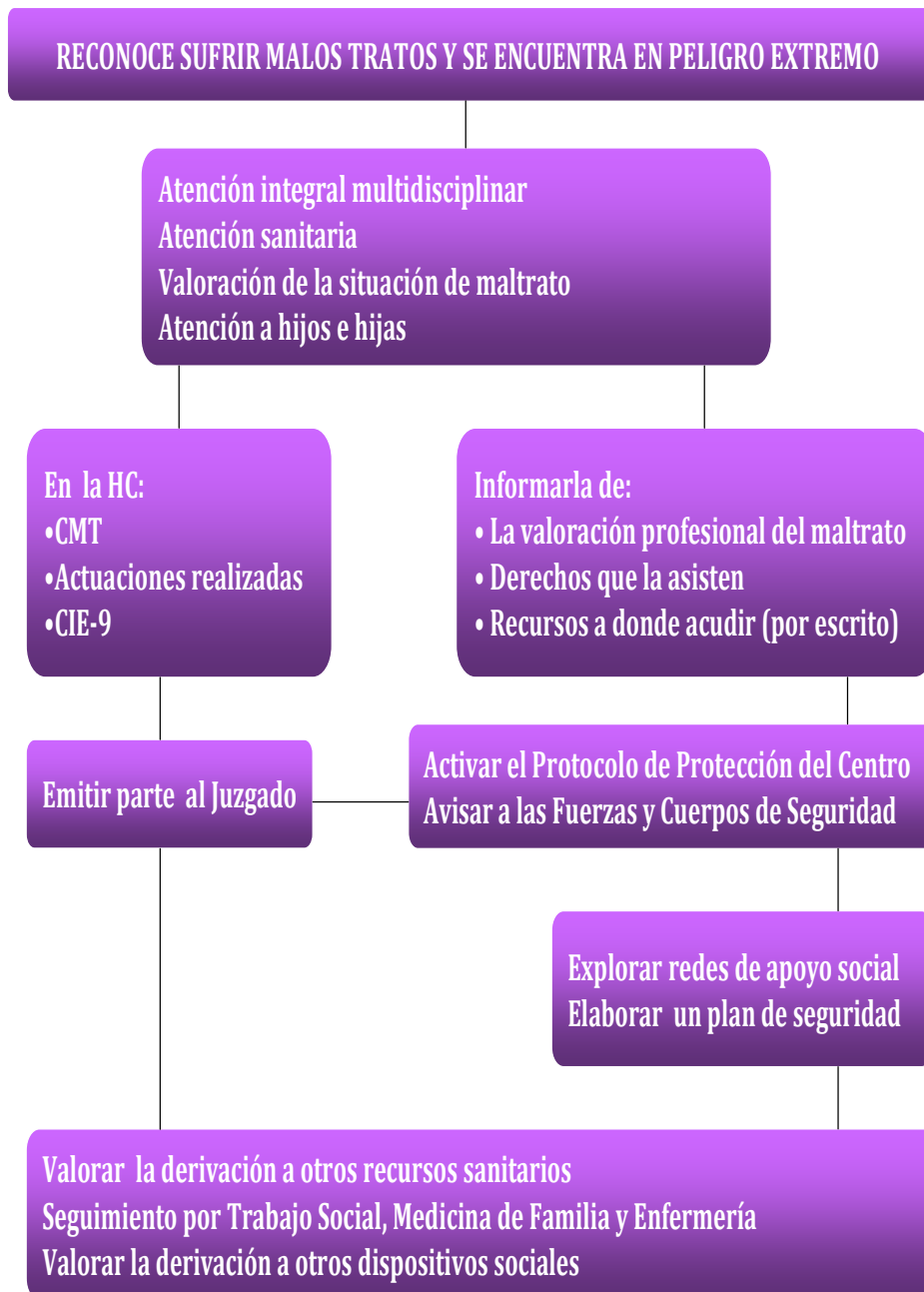
- CMT
- Actuaciones realizadas
- CIE-9

Informarla de:

- La valoración profesional del maltrato
- Derechos que la asisten
- Recursos a donde acudir (por escrito)

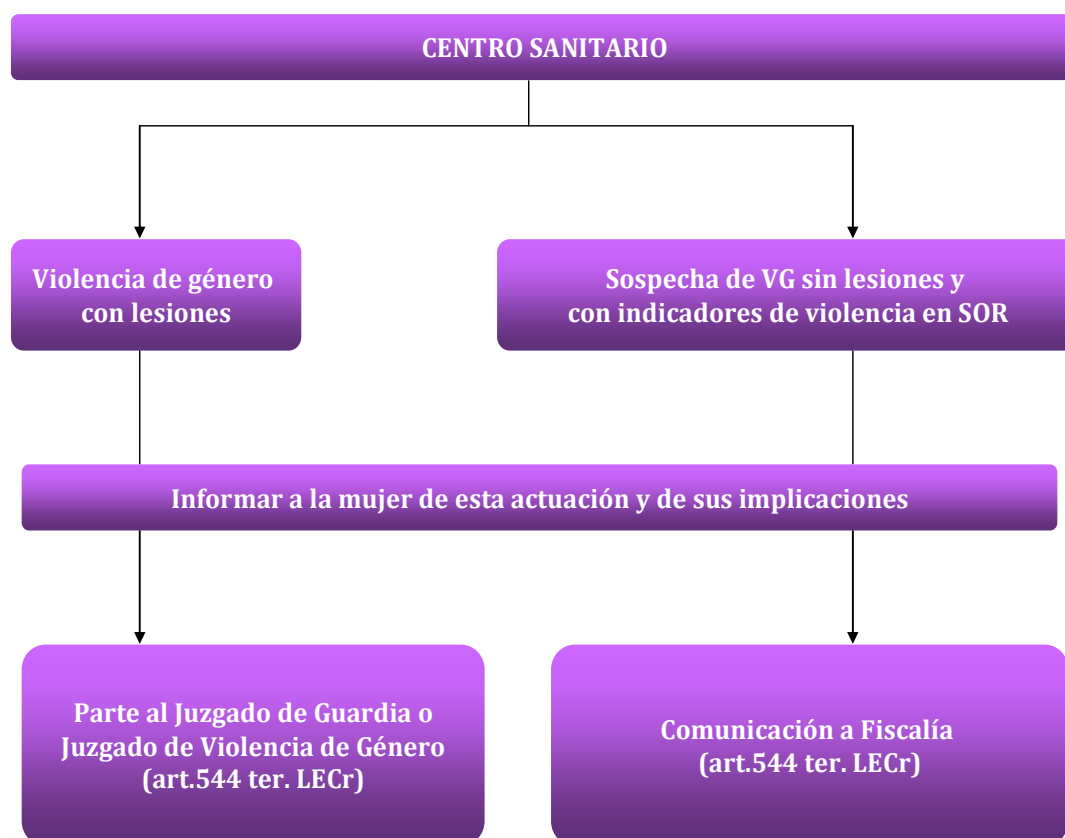
Emitir parte al Juzgado

Valorar la derivación a otros recursos sanitarios
Valorar su integración en GRUSE-M
Seguimiento por Trabajo Social, Medicina de Familia y Enfermería
Valorar la derivación a otros dispositivos sociales

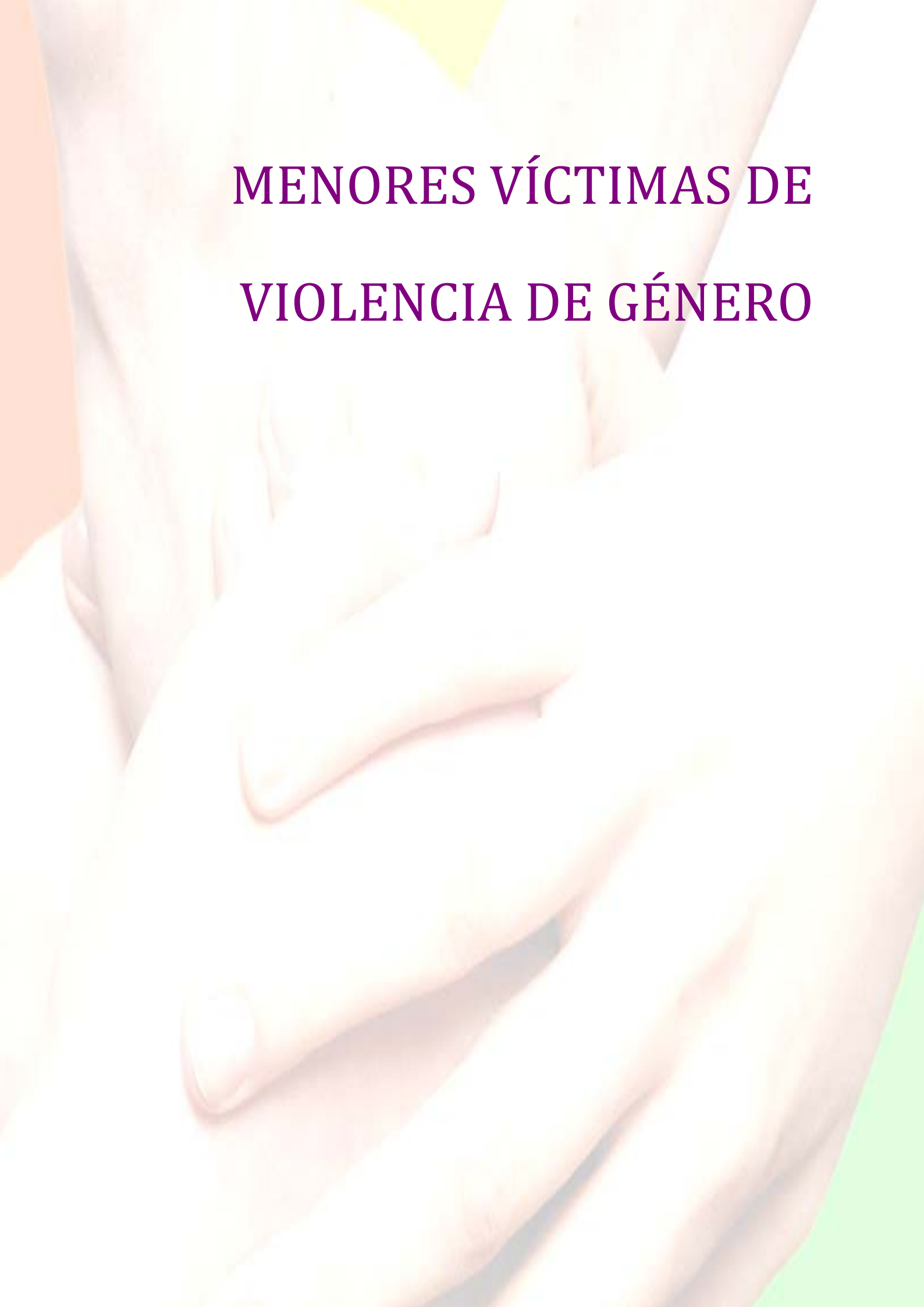


PRINCIPIOS ÉTICOS QUE DEBEN GUIAR LA ACTUACIÓN PROFESIONAL

1. Velar por la vida y el beneficio de la salud (principio de beneficencia).
2. Evitar perjuicios con las intervenciones, minimizando los daños (principio de no maleficencia).
3. Compromiso de confidencialidad respecto a la información obtenida.
4. Respeto a la autonomía de la mujer.
 - Parte al Juzgado de Guardia o de Violencia de Género*
 - Comunicación a Fiscalía*



*Aspectos legales: Capítulo VIII

A close-up, soft-focus photograph of a person's hands gently cradling a baby. The hands are positioned around the baby's head and shoulders, with fingers visible. The background is a mix of light yellow, orange, and green, creating a warm and tender atmosphere.

MENORES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Las hijas e hijos de las mujeres que están sufriendo violencia por sus parejas o exparejas, siempre son víctimas directas de la violencia de género ya que la exposición reiterada a un ambiente de maltrato hacia la madre, constituye una forma grave de maltrato psicológico hacia los y las menores.

Ante la existencia de menores, requieren atención pediátrica, así como la coordinación con las y los profesionales de trabajo social dentro del equipo de salud. Tener presente otras circunstancias que rodean la vida de los niños y niñas y que incrementan su vulnerabilidad como la presencia de discapacidades.

También en las consultas de medicina de familia, es preciso prestar atención a la sintomatología en adolescentes y jóvenes, para actuar en colaboración con el resto de profesionales de atención primaria y coordinadamente con la atención hospitalaria. No olvidar que en estas edades ya se establecen las primeras relaciones de pareja.

La atención y protección de mujeres y menores víctimas ha de ser conjunta (Pacto por la Igualdad de Género 2013).

ESTAR ALERTAS

El agresor puede localizar a la mujer a través de la información solicitada respecto de sus hijos e hijas

La exposición reiterada a un ambiente de maltrato hacia la madre, constituye una forma grave de maltrato psicológico hacia los y las menores, por su exposición a una amplia gama de experiencias que incluye:

- Observar como su madre mientras está siendo maltratada, amenazada o incluso asesinada.
- Ver lesiones en su madre o ser testigos de las consecuencias emocionales, como el miedo, el estrés, ansiedad y depresión, aun sin haber sido testigos directos de actos de violencia.
- Presenciar comportamientos violentos, agresivos o crueles de su padre o de otro varón con significado de figura paterna.
- Escuchar golpes, gritos, amenazas, rotura de objetos y cualquier otra forma de violencia.
- Experimentar las etapas del ciclo de la violencia, viviendo en un clima de inseguridad y temor.
- Presenciar la desautorización, desvalorización y descalificación de su madre.
- Experimentar sentimientos de miedo, ansiedad, impotencia, desprotección y desamparo, que genera vivir en un ambiente de enorme tensión y hostilidad.
- Sufrir amenazas de daño o muerte, chantajes y manipulación.
- Estar en riesgo de sufrir violencia directa, física, emocional y sexual.
- Enfrentarse al maltratador o interponerse, con el riesgo de sufrir daños y lesiones o incluso la muerte.
- Presenciar la intervención de la policía, la detención de su padre, acudir a juicios o pruebas periciales, tener que abandonar el domicilio o ingresar en un centro de acogida.
- Enfrentar la experiencia de la pérdida de su madre, padre o ambos por una muerte violenta.

INDICADORES DE SOSPECHA SEGÚN LOS ANTECEDENTES Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUJER	
Antecedentes de violencia	-Relaciones de maltrato anteriores. -Haber sufrido o presenciado malos tratos, abusos y/o agresiones sexuales.
Antecedentes personales y hábitos de vida	-Lesiones frecuentes. -Problemas frecuentes (trastornos del sueño y la alimentación, dolores). -Abuso de alcohol, psicofármacos u otras drogas.
Problemas gineco-obstétricos	-Sin control de la fecundidad (muchos embarazos, embarazos no deseados o no aceptados). -Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos. -Dispareunia, dolor pélvico, infecciones repetidas, anorgasmia o dismenorrea. -ITS no justificables con las prácticas sexuales referidas. -Demanda repetida de anticoncepción de emergencia por múltiples incidentes. -Historia de abortos repetidos. -Hijos de bajo peso al nacer. Problemas en la recuperación puerperal. -Retraso en la solicitud de atención prenatal.
Síntomas psicológicos frecuentes	-Insomnio. -Depresión o ansiedad. -Trastorno de estrés postraumático. -Intentos de suicidio. -Baja autoestima. -Agotamiento psíquico, irritabilidad. -Trastornos de la conducta alimentaria. -Labilidad emocional. -Abuso de psicofármacos.
Aspectos sociales	-Aislamiento, escasas relaciones y actividades fuera de la familia. -Bajas laborales.
Síntomas físicos frecuentes	-Cefaleas, cervicalgia, mareos. -Dolor crónico en general. -Molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, dolor). -Molestias pélvicas. -Dificultades respiratorias.
Utilización de servicios sanitarios	-Alterna periodos de hiperfrecuentación y de abandono (largas ausencias). -Incumplimiento de citas o tratamientos. -Frecuentes hospitalizaciones. -Acude con la pareja cuando antes no lo hacía.
Situaciones de mayor vulnerabilidad	-Situaciones de cambio vital: Embarazo y puerperio, separación, jubilación propia o de la pareja. -Situaciones que aumentan la vulnerabilidad.

INDICADORES DE SOSPECHA DURANTE LA CONSULTA	
Ccticas. de las lesiones	-Retraso en la demanda de asistencia de las lesiones físicas. -Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa. -Hematomas o contusiones en zonas sospechosas -Lesiones por defensa (cara interna del antebrazo). -Lesiones en diferentes estadios de curación. -Lesiones en genitales. -Lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas. -Rotura de tímpano.
Actitud de la mujer	-Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, se altera por ejemplo al abrirse la puerta... -Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza. -Autoestima baja. -Sentimientos de culpa. -Estado de ansiedad o angustia, irritabilidad. -Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil, evita mirar a la cara. -Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones. -Falta de cuidado personal. -Justifica sus lesiones o les quita importancia. -Si está presente su pareja, temerosa, en actitud sumisa. Busca su aprobación. -Contradicción entre su versión y la que da su pareja, o cambia su versión cuando está sola.
Actitud de la pareja	-No quiere dejarla sola con el personal sanitario. -Muy controlador, siempre contesta él, despectivo o intenta banalizar los hechos. -Excesivamente preocupado o solícito con ella. -A veces colérico u hostil con ella o con el/la profesional.
En menores	-Daños o lesiones corporales. -Accidentes frecuentes. -Alteraciones en el desarrollo. -Síntomas de estrés postraumático, fobias, ansiedad, trastornos disociativos. -Síntomas depresivos e intentos de suicidio. -Trastornos del sueño, insomnio, pesadillas. -Trastornos en el control de esfínteres. -Trastornos de la alimentación. -Dificultades de aprendizaje y socialización, conductas de juego alteradas.

CONSECUENCIAS DE LA EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO SEGÚN LA EDAD				
	Bebés y lactantes	Edad preescolar	Edad escolar	Adolescentes
Conductual	Irritabilidad	Agresividad Problemas de conducta	Agresividad Problemas de conducta Desobediencia Evita ir a casa	Conducta violenta Fugas Delincuencia Evita ir a casa Efectos del abuso de sustancias
Psíquica	Angustia	Miedo, ansiedad, tristeza Preocupación por la madre TEP Dificultades afectivas Uso de la fantasía Sentimientos de culpabilidad	Miedo, ansiedad, depresión Baja autoestima Culpabilidad, vergüenza TEP Desconexión emocional Ideas culpabilizadoras	Depresión, ideas suicidas, TEP Insensibilidad ante las emociones
Física	Problemas para dormir y comer	Alto nivel de actividad, intentos de llamar la atención y de aferrarse Actos regresivos	Peso Desarrollo madurativo	Relaciones sexuales precoces Embarazo en adolescentes
Cognitiva	Dificultad de comprensión	Comprensión limitada	Culpa Problemas de rendimiento escolar Actitudes a favor de la violencia	Actitudes a favor de la violencia
Social		Problemas de interacción con sus iguales o personas adultas Relación ambivalente con la madre	Menos y peor calidad en las relaciones con sus iguales	Conductas violentas en las relaciones de pareja

CONSECUENCIAS EN MENORES DE LA EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO	
Problemas físicos	- Violencia de género traumática durante la gestación: bajo peso al nacer, discapacidad. - Depresión del sistema inmune. - Muerte del menor por agresión directa.
Problemas de socialización	- Aislamiento, inseguridad, agresividad. Reducción de competencias sociales.
Síntomas depresivos	- Llanto, tristeza. Baja autoestima.
Miedos	- Miedos no específicos, “presentimientos” de que algo malo va a ocurrir. - Miedo a la muerte, miedo a perder a la madre, miedo a perder al padre.
Alteraciones del sueño	- Pesadillas. Miedo a dormir solo. Terrores nocturnos.
Síntomas regresivos	- Encopresis / Enuresis. Retraso en el desarrollo del lenguaje. Actúan como niños menores de la edad que tienen.
Problemas de integración en la escuela	- Problemas de aprendizaje. - Dificultades en la concentración y atención. - Disminución del rendimiento escolar. - Dificultades para compartir con otros niños o niñas.
Respuestas emocionales y de comportamiento	- Rabia, cambios repentinos de humor, ansiedad. - Sensación de desprotección y vivencia del mundo como algo amenazante. - Sentimientos de culpa (responsabilidad de los conflictos entre sus padres o de no haber hecho algo para evitar la violencia). - Dificultad en la expresión y manejo de emociones. - Negación de la situación violenta o restar importancia a la situación vivida. - Tendencia a normalizar el sufrimiento y la agresión como modos naturales de relación. - Aprendizaje de modelos violentos (de víctima o de agresor, con la interiorización de roles de género erróneos). - En adolescentes la exposición crónica a conflictos parentales puede presentar más relaciones conflictivas y adicciones. - En adolescentes, comportamientos de riesgo y de evasión y comportamientos violentos dentro del hogar y fugas. - Conflictos y dificultades en el modo de establecer las primeras relaciones sentimentales.
Síntomas de estrés postraumático (TEP)	- Insomnio. Pesadillas recurrentes. Fobias. Ansiedad. Reexperimentación del trauma. - Trastornos disociativos.
Parentalización	- Asumir roles parentales y protectores hacia los hermanos menores. Asumir roles parentales de protección con la madre.

Detección

El conocimiento o la detección de la situación de violencia pueden ocurrir en distintas circunstancias:

- La mujer manifiesta que sus hijos o hijas son víctimas de la misma violencia que ella experimenta, en estos casos la madre es consciente de las repercusiones que han tenido las situaciones de violencia vividas.
- A través de profesionales que atienden a la mujer. El objetivo será que ella tome conciencia de los efectos negativos que sobre sus hijos e hijas ha tenido la situación vivida.
- A través de los niños y las niñas expuestas a la violencia: bien porque lo manifiesten a alguna persona de su entorno, bien porque experimenten alguna sintomatología que haga saltar la alarma al personal de pediatría, psicología, profesorado, etc. o porque han sido víctimas directas de la violencia y existe una intervención judicial, sanitaria y social.

Ante la sospecha, PREGUNTAR, de forma clara y con actitud empática siguiendo las preguntas aconsejadas en este protocolo.

NO TENGA MIEDO DE PREGUNTAR

La mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta en forma directa y no valorativa

En realidad, muchas están esperando silenciosamente que alguien les pregunte

OMS. Informe Violencia contra las mujeres: Un tema de salud prioritario

Ante un caso de violencia de género se deberá:

- Verificar la presencia de menores en el hogar.
- Evaluar el riesgo inminente y el grado de desprotección si existen menores (anexo 13).
- Comunicar al Sistema Judicial, Fiscalía y Servicio de Protección de Menores.
- Informar a los servicios sociales si existe una situación de riesgo que requiera valoración e intervención*.
- La existencia de factores de riesgo o situaciones que puedan conducir a la desprotección y/o indicadores de malos tratos físicos, psicológicos o conductuales deben ser comunicadas a los servicios de Protección de Menores.

Adoptar estas medidas de protección supone en ocasiones destapar la situación de violencia de género (en caso de que las madres aún vivan con el agresor), sin embargo cuando la madre no pueda responder a la demanda de su función protectora, siempre debe prevalecer el interés superior del menor. Los derechos de los niños y niñas son prioritarios en aquellos casos en los se ponga en peligro su vida.

A veces se detecta que una mujer se encuentra en situación de maltrato a través de sus hijos e hijas. La Atención Primaria brinda una oportunidad única para detectar situaciones de riesgo. La intervención de personal de trabajo social facilita el abordaje integral de este problema.

Se realizará:

- Evaluación sistemática en los controles de salud de situaciones de riesgo social y familiar.
- Detección precoz de indicadores de maltrato.
- Derivación a recursos específicos.
- Notificación a los servicios de Protección de Menores en situación de riesgo, maltrato o desprotección según protocolo específico.
- Colaboración con otros sectores e instituciones.

Se hará una derivación y valoración por parte de un equipo especializado que aborde sus necesidades específicas y atiendan los posibles daños (anexo 13).

Hay que asegurar un abordaje integral y coordinado de los servicios sociales, judiciales, sanitarios y educativos para evitar la victimización secundaria**.

Los y las menores no pueden recuperarse sin el acompañamiento de una persona adulta. Las madres son la principal figura de apego, ellas son fundamentales en la intervención que se realice, y salvo en casos excepcionales siempre deben participar en el proceso de recuperación, para ello es importante que la madre esté en unas condiciones psicológicas mínimas que le permitan afrontar este proceso.

*Protocolo de Intervención Sanitaria en casos de Maltrato Infantil

**Capítulo X del Protocolo (Guía de Recursos)



INTERVENCIONES ESPECÍFICAS CON MUJERES VULNERABLES

Mujeres del medio rural
Mujeres mayores
Mujeres con discapacidad
Mujeres inmigrantes

Mujeres vulnerables

Hay mujeres que por sus circunstancias específicas presentan especial vulnerabilidad al maltrato y su atención, además de seguir las pautas establecidas en este protocolo, requieren la asunción de otras actividades más específicas ajustadas a sus peculiaridades.

Se incluyen aquí a las mujeres que viven en el ámbito rural, las mujeres mayores, las mujeres con discapacidad y las mujeres inmigrantes.

Hay que estar especialmente atentos ante aquellas situaciones en las que se presentan varios de estos factores, por ejemplo mujeres mayores, con discapacidad y que además viven en el ámbito rural o mujeres víctimas de trata que además tienen discapacidad. Todas las combinaciones son posibles.

Mujeres rurales: Las necesidades específicas de estas mujeres son multidimensionales y las actuaciones deben adaptarse a la realidad del medio en el que viven, por ello ES NECESARIO TRABAJAR CONJUNTAMENTE CON PROFESIONALES A NIVEL LOCAL (concejalías, policía local, guardia civil, asociaciones, etc.)

Mujeres mayores: Conllevan una mayor dependencia y dificultades para poner fin a una relación de maltrato. Requieren intervenciones que tengan en cuenta aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Es necesaria la implicación activa de todo el personal de los servicios sanitarios desde un modelo de atención integral.

Mujeres con discapacidad: Aunque la investigación encontrada versa fundamentalmente sobre la discapacidad física y sensorial, es necesario atender a todos los grupos (mujeres con discapacidad intelectual y con enfermedad mental) y polidiscapacidad. Las actuaciones deben adaptarse a la realidad de cada mujer.

Mujeres inmigrantes: Proviene de entornos con acusados roles sexistas.

El 64% de la población extranjera está en el grupo de edad en que se recurre más a la violencia y a los homicidios (entre los 20 y los 49 años).

Tienen historias muy diversas y no se las debe tratar como un colectivo único, sino que es tan heterogéneo como las sociedades de las que forman parte y tan diverso como las individualidades que lo constituyen. Cada historia vital es única y compone un conjunto de encrucijadas y respuestas frente al hecho de vivir, muy a menudo en condiciones extremadamente difíciles. Habrá que abordar el problema de la violencia de género atendiendo a sus circunstancias específicas, con la participación de servicios sociales, ONG de la zona y personas mediadoras (capítulo X. Guía de Recursos).

MUJERES RURALES

Garantizar el respeto por la intimidad de la mujer (anonimato)

Elaborar y difundir un mapa de recursos y un programa de actuación local que articule la intervención de todas las instituciones y profesionales (ubicación, lejanía de los recursos, medios de transporte y horarios).

Establecer zonas de atención prioritaria que den cobertura a la escasez de recursos.

Adaptar el material divulgativo al medio rural

Implicación de profesionales a nivel local (ayuntamiento, FCSE, servicios sociales y servicios sanitarios)

Designación de personas de referencia a lo largo del proceso de orientación, atención y recuperación.

Fomentar el uso de los medios telemáticos y de la accesibilidad a ellos

Participación en mesas o comisiones técnicas intersectoriales

Sensibilización de la población rural y dar a conocer los recursos disponibles.

Implicar a las asociaciones de los pueblos.

MUJERES MAYORES

Instaurar una pregunta rutinaria (general o bien si existen indicios) acerca de la situación con su pareja, garantizando el respeto a la intimidad y mantenimiento del anonimato.

Designación de personas de referencia a lo largo del proceso de orientación, atención y recuperación.

Potenciar el servicio de Teleasistencia Móvil (TAM).

Creación y mantenimiento de comisiones de participación.

Participación en mesas o comisiones técnicas intersectoriales

Implicar a las asociaciones de mayores (asociaciones de pensionistas, cofradías, hermandades, jubilados y jubiladas, imsero, etc.) .

Sensibilización de la población mayor y dar a conocer los recursos disponibles.

MUJERES CON DISCAPACIDAD

Realizar un doble esfuerzo en la identificación de estos casos, tanto en la consulta como en la atención domiciliaria

Utilizar las estrategias descritas en este protocolo, para mejorar la comunicación con ellas dependiendo del tipo de discapacidad

No escatimar el tiempo ante la presencia de una mujer con discapacidad.

Incidir en los factores que dificultan el reconocimiento del maltrato por parte de estas mujeres y la toma de decisiones para la ruptura y denuncia.

En la valoración de la fase de cambio, tener en cuenta las particularidades propias del maltrato hacia ellas.

Exige un trabajo individualizado, sin olvidar que es ante todo una MUJER.

Son de gran ayuda la enfermería de gestión de casos por la posibilidad de captar casos en la visita domiciliaria y trabajo social por su conocimiento de los recursos dirigidos hacia las personas con discapacidad.

Cuando se considere necesario, impulsar su incorporación a los GRUSE-M.

MUJERES INMIGRANTES

Las desigualdades son más manifiestas en sus lugares de origen.

Carecen de redes de parentesco o amistad o dependen de las de su agresor.

Proviene de entornos con acusados roles sexistas, de precariedad económica y laboral, con situaciones administrativas irregulares, miedo a ser expulsadas del país, dificultades de comunicación por barreras idiomáticas y de acceso a los recursos sociosanitarios.

Las mujeres procedente de ciertas culturas tienen recelo a ser examinadas por profesionales hombres, desconfianza ante las FCSE y otras instituciones públicas.

Las inmigrantes tienen historias muy diversas. Cada historia vital es única. La atención se puede optimizar con la participación de servicios sociales, ONG de la zona y personas mediadoras*

*Capítulo X. Guía de Recursos.



ACTUACIÓN SANITARIA CON MUJERES EN SITUACIONES ESPECIALES

Mutilación genital femenina

Mujeres víctimas de trata con fines de
explotación sexual

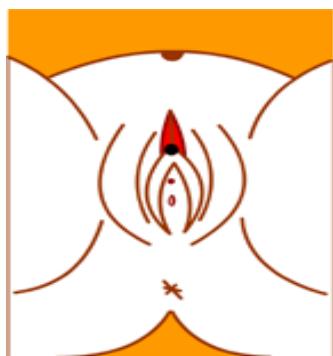
Mujeres que viven en situación de
prostitución

Mutilación genital femenina

TIPOS DE MGF

Tipo I

Escisión del prepucio del clítoris con o sin Extirpación total o parcial del glande del clítoris.



Tipo I

Tipo II

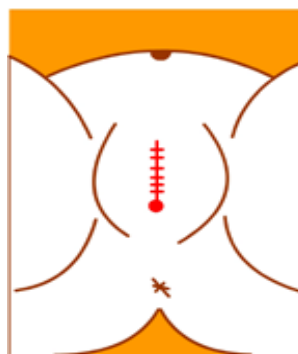
Extirpación del glande del clítoris con eliminación total o parcial de los labios menores. Puede incluir algún tipo de herida o corte en los labios mayores.



Tipo II

Tipo III. Infibulación.

Extirpación más o menos extensa de genitales externos, y el estrechamiento de la apertura vaginal a través de sutura, cosido, o recolocación de los labios para su cicatrización.



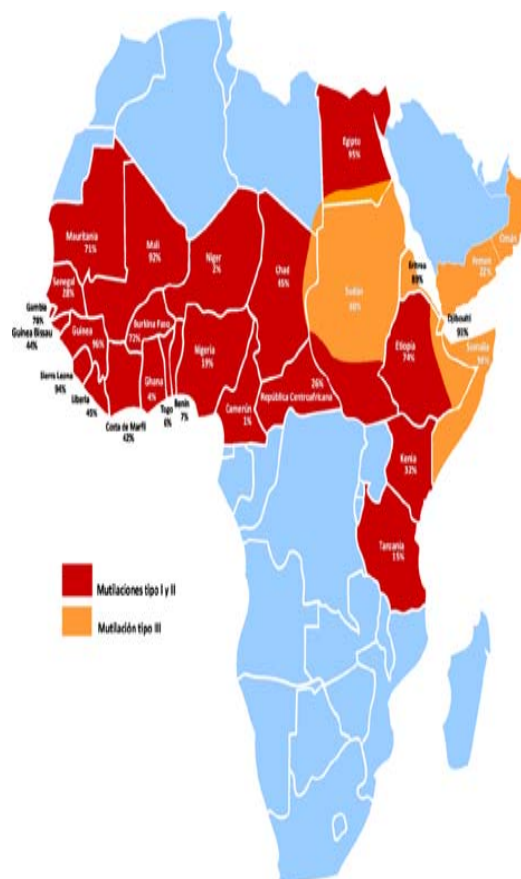
Tipo III

Tipo IV.

Se incluyen otras prácticas que suponen lesiones en los genitales externos femeninos con fines no terapéuticos ni médicos, como el raspado, la cauterización, incisión en la zona genital, cortes en la vagina, procedimientos orientados a estrechar la vagina (mediante hierbas, etc.)

¿POR QUÉ SE REALIZA?

- Peso de la tradición (perpetuar las tradiciones permite aumentar el sentimiento de pertenencia a un grupo). El no realizarla tiene un gran coste personal, familiar y social.
- Las mujeres que no la tienen realizada no son aceptadas como esposas.
- Limpieza, higiene, belleza de los genitales femeninos y algunas creencias acerca de la vulva.
- Creencia de que gracias a la MGF, mejora la fertilidad de la mujer.
- Ninguna religión justifica, ni alienta a la realización de esta práctica,
- Control de la sexualidad de la mujer, de su deseo sexual, para asegurar su fidelidad.



ÉTNIAS PRACTICANTES DE LA MGF	ÉTNIAS NO PRACTICANTES
Sarahule Mandinga Fulbé (fula, Pular, tuculer) Soninke, Bámbara, Dogon Edos, Awusa, Fante	Serer Ndiago Wolof
Procedentes de: Gambia, Senegal, Malí, Mauritania, Nigeria, Camerún y Guinea Conakry	

RECOMENDACIONES DE LA OMS PARA EL PERSONAL SANITARIO

Obtener información sobre el origen étnico u otras características del país de origen

Buscar el cambio sobre la MGF en las actitudes individuales y en los grupos sociales implicados

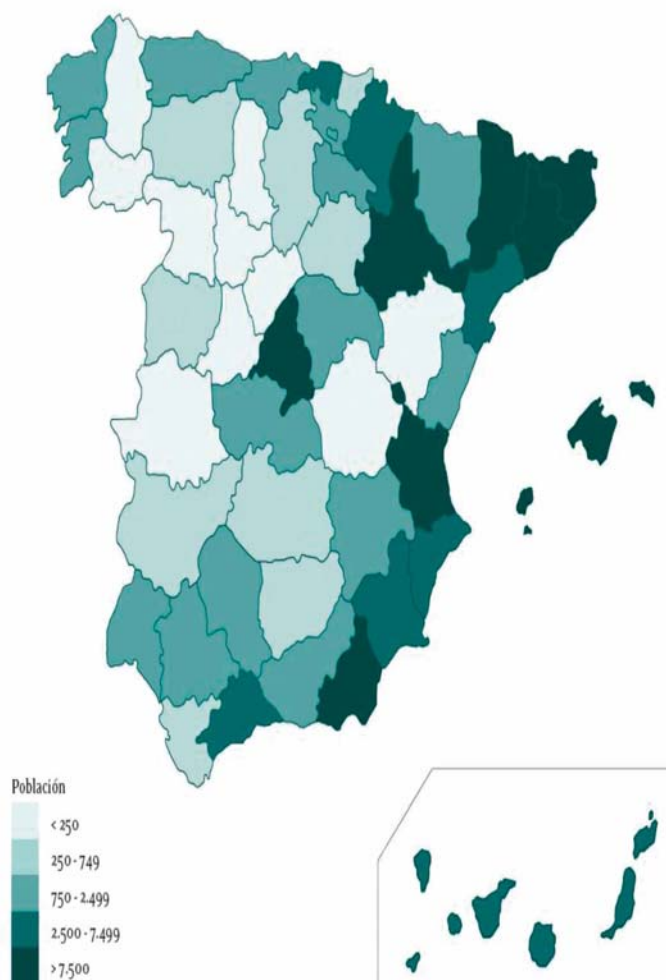
Encontrar formas de lograr que las actitudes que favorecen el abandono de la MGF sean más visibles

Aumentar la exposición a los grupos que no la practican.
Concienciación sobre los beneficios resultantes (testimonio de que las niñas sin MGF prosperan, y que sus familias no padecen consecuencias negativas).

Aumentar la participación de niños y hombres en la erradicación de la MGF y empoderar a las niñas

Promover su abandono sin defender la forma menos grave de la MGF y promover las oportunidades de las niñas

DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN ORIGINARIA DE PAÍSES DONDE SE PRACTICA LA MGF

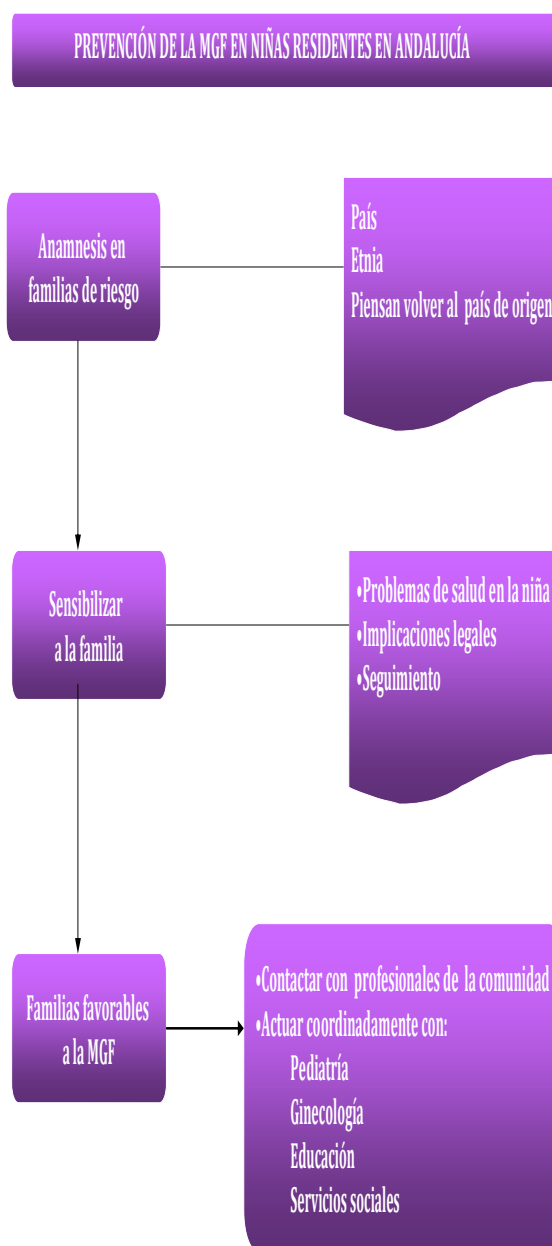


En España la mutilación genital, en cualquiera de sus formas, es un delito de lesiones y penada con 6 a 12 años de cárcel, aunque se realice fuera de nuestro país.

Es necesario un abordaje transcultural, respetuoso con los valores y las culturas de las comunidades inmigrantes.

1.- Actividad general preventiva en Atención Primaria.

- Establecimiento de vías de comunicación entre los servicios de Ginecología y Pediatría. (prevención sistemática en las revisiones del embarazo si va a nacer una niña. **En el Documento de Salud Infantil hacer constar que la madre tiene realizada MGF**).
- Prevención comunitaria. Anamnesis completa a la familia, con registro en la HC.
- Fomento de la buena salud de las niñas en las revisiones periódicas con información al padre y a la madre de los riesgos de salud que conlleva la práctica en la salud actual y futura y de las implicaciones jurídicas.
- Prevención oportunista en las consultas programadas por otras causas.



Un viaje al país de origen debe ser un motivo de sospecha

2.- Situación de riesgo inminente

2.1.- Acción preventiva pre-viaje.

- Actuación coordinada con otros profesionales (profesorado, personal de trabajo social, de ONG de la zona, etc.)
- Cita en consulta programada (control del estado de su salud física y psicológica e información a la persona responsable de la niña de los riesgos de la MGF y las implicaciones legales que tiene en nuestro país).
- Documento «Compromiso de Prevención» si se trata de una familia que se muestra contraria a la MGF. Incluir, una vez firmado, en la HC.
- Compromiso de acudir a consulta a la vuelta del viaje.
- Información también sobre asociaciones (capítulo X. Guía de recursos).
- Actitud firme a favor de la MGF: Comunicación al Servicio de Protección de Menores.
- Si no firman el compromiso preventivo, realizar notificación URGENTE al Servicio de Protección de Menores*.

2.2.- Acción preventiva post-viaje.

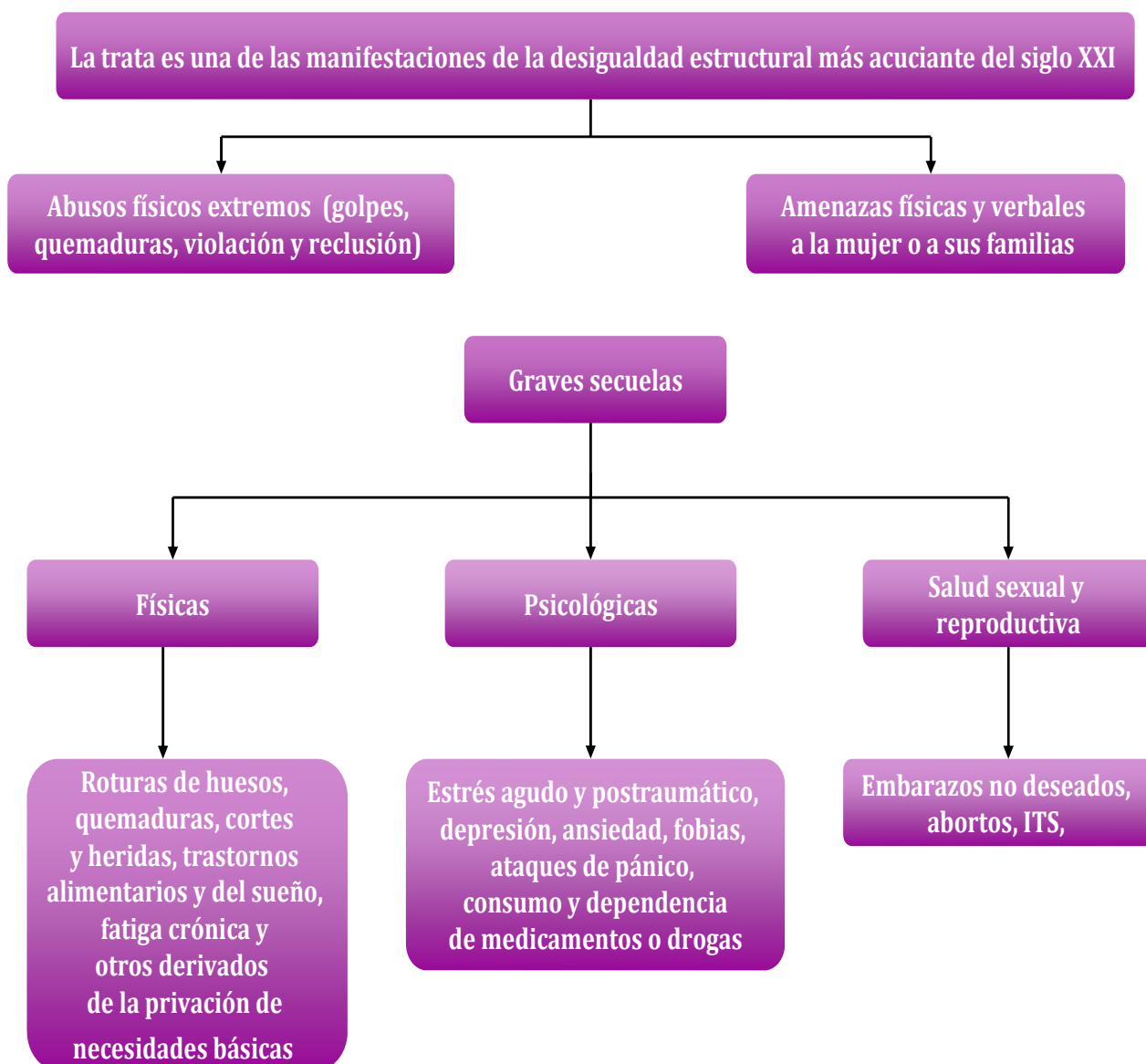
- Cita en consulta programada para control del estado de salud físico y psicológico.
- Si no acude, comunicar su ausencia a los servicios sociales y educativos, para la localización de la niña y de la familia.
- Enviar notificación al Servicio de Protección de Menores*.

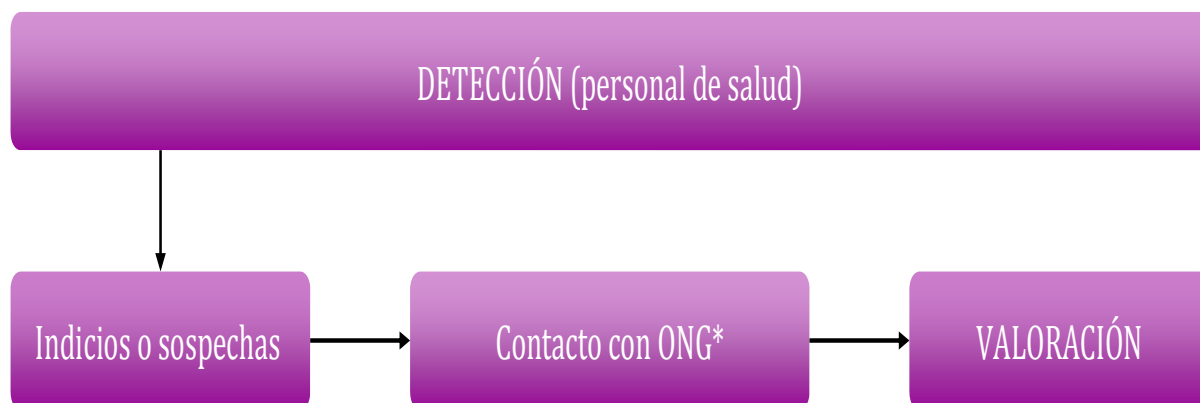
3.- Sospecha o confirmación de MGF

- Valorar la integridad física de la niña. Registrar en la HC. Si existe afectación se atenderá la patología.
- Comunicar a la Fiscalía de Menores*, con informe médico o parte de lesiones.
- Contactar con los equipos Mujer-Menor de la Guardia Civil -EMUMES*.
- Programar controles y seguimiento de la niña.
- Las mujeres con MGF recibirán atención especial en el embarazo y en el parto.

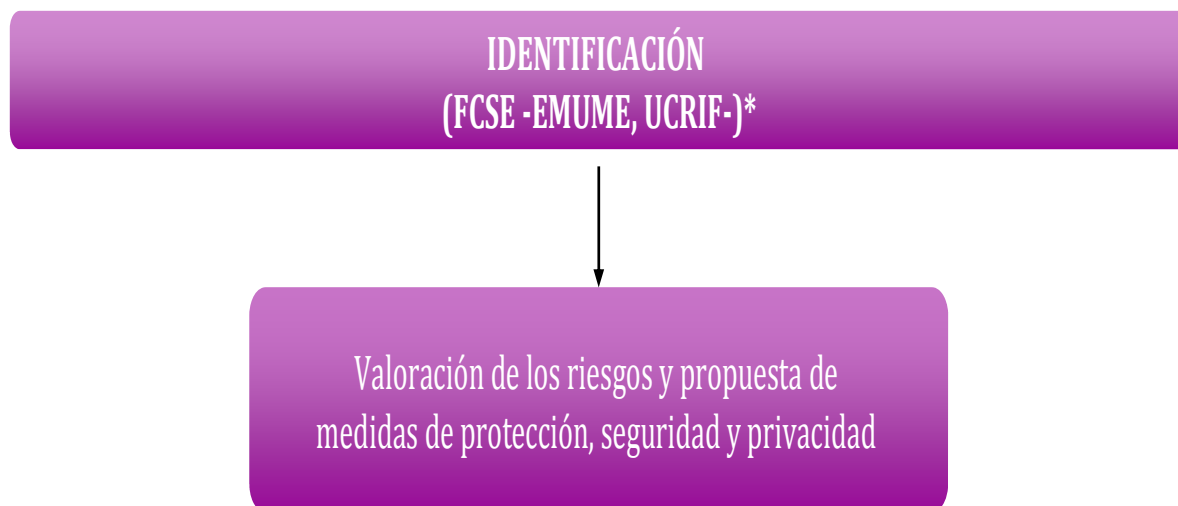
*Existen modelos de comunicación en los anexos de este documento.

Mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual





Cuando existan indicios fundados de la existencia de una VTSH, deberá ser considerada como tal y, en caso de dar su consentimiento, será derivada a las FCSE* para una identificación definitiva



*Capítulo X. Guía de recursos

La exposición reiterada a un ambiente de maltrato hacia la madre, constituye una forma grave de maltrato psicológico hacia los y las menores, por su exposición a una amplia gama de experiencias que incluye:

- Observar como su madre mientras está siendo maltratada, amenazada o incluso asesinada.
- Ver lesiones en su madre o ser testigos de las consecuencias emocionales, como el miedo, el estrés, ansiedad y depresión, aun sin haber sido testigos directos de actos de violencia.
- Presenciar comportamientos violentos, agresivos o crueles de su padre o de otro varón con significado de figura paterna.
- Escuchar golpes, gritos, amenazas, rotura de objetos y cualquier otra forma de violencia.
- Experimentar las etapas del ciclo de la violencia, viviendo en un clima de inseguridad y temor.
- Presenciar la desautorización, desvalorización y descalificación de su madre.
- Experimentar sentimientos de miedo, ansiedad, impotencia, desprotección y desamparo, que genera vivir en un ambiente de enorme tensión y hostilidad.
- Sufrir amenazas de daño o muerte, chantajes y manipulación.
- Estar en riesgo de sufrir violencia directa, física, emocional y sexual.
- Enfrentarse al maltratador o interponerse, con el riesgo de sufrir daños y lesiones o incluso la muerte.
- Presenciar la intervención de la policía, la detención de su padre, acudir a juicios o pruebas periciales, tener que abandonar el domicilio o ingresar en un centro de acogida.
- Enfrentar la experiencia de la pérdida de su madre, padre o ambos por una muerte violenta.

INDICADORES PARA LA DETECCIÓN	
Aislamiento	- No sabe dónde se encuentra ni conoce su dirección. Cambios periódicos de domicilio. - Imposibilidad o dificultad para comunicarse y mantener contacto con personas ajenas a los tratantes. Está vigilada. Su tratante puede actuar como traductor e insiste en contestar todas las preguntas en nombre de la mujer. - Desconocimiento o dificultades con el idioma local.
Factores culturales, socio-económicos y administrativos	- Se encuentra en situación administrativa irregular y no tiene permiso de trabajo o de residencia. - Pertenece a un grupo discriminado o no goza de derechos sociales (refugiada/ asilo, etnicidad, discapacidad, orfandad, o a un colectivo cultural o religioso minoritario). - Nivel educativo limitado y/o es analfabeta, desconocimiento del idioma. - Situación de múltiple dependencia del empleador (alojamiento, comida, trabajo de sus familiares u otras prestaciones). - Vinculada emocional y económicamente al empleador/ contratante debido a una relación sentimental o familiar.
Indicios conductuales no verbales	- Presenta reticencias o inhibición a la hora de hablar. Actúa bajo coacción, miente o sigue instrucciones. - Presenta una apariencia desaliñada, descuidada y rastros de maltrato. - Muestra miedo y ansiedad (sudoración, temblores, evita el contacto visual o contestar preguntas directamente), especialmente en presencia de la persona que la acompaña. - Está extremadamente nerviosa, susceptible e impresionable; en especial, si un acompañante está presente durante la entrevista.
Indicios verbales que pueden surgir durante la entrevista	- Hace declaraciones incoherentes o que indican adoctrinamiento. - Puede expresar preocupación por su situación o la de su familia. - Da respuestas evasivas o muestra temor; especialmente si su "traductor", está presente durante la entrevista.
Indicios en la salud física	- Desnutrición, deshidratación y escasa higiene personal. - Moratones, cortes, cicatrices, heridas visibles o en la boca, huesos rotos, quemaduras de cigarrillos u otras señales de problemas no tratados médicamente. - Infecciones de transmisión sexual. - Señales de violación o abuso sexual. - Enfermedades graves sin tratamiento (diabetes, cáncer o enfermedades cardíacas). - Malas condiciones de salud en general. - Acude con frecuencia a Urgencias por heridas, ITS, aborto, abortos sin asistencia sanitaria, sus consecuencias inmediatas y a largo plazo etc. - Antecedentes en la HC: abortos o pruebas de embarazo contra su voluntad o bajo coacción.

INDICADORES PARA LA DETECCIÓN (cont.)	
Indicios en la salud mental de la víctima	-Estrés postraumático y alteraciones psicológicas (depresión, ansiedad, fobias, trastornos de personalidad, adaptativos, relacionados con la adicción a drogas y alcohol, amnésicos, disociativos, del sueño y otros). -Síntomas más frecuentes: dolores de cabeza, alteraciones del sueño, inquietud, confusión, infravaloración, pérdida de interés en las cosas, ideación suicida, cansancio generalizado, molestias en el estómago, adicción a tóxicos y alcohol.
Indicios específicos relativos a menores víctimas de trata	-Problemas emocionales: depresión, ansiedad, aislamiento, fantasías excesivas, conductas regresivas, falta de control emocional, fobias, problemas psicosomáticos o labilidad afectiva, sentimientos de culpa o vergüenza extremos. -Problemas conductuales: agresiones, fugas, conductas delictivas, consumo excesivo de alcohol y drogas, conductas autodestructivas o intentos de suicidio. -Indicadores conductuales sexuales: conductas, conocimientos y afirmaciones sexuales impropias de su edad. -Problemas en el desarrollo cognitivo: retraso en el habla, problemas de atención, fracaso escolar, retraimiento, retrasos no orgánicos del crecimiento, accidentes frecuentes, psico-motricidad lenta o hiperactividad. -Indicadores físicos: dificultad para caminar o sentarse, lesiones, desgarros, magulladuras en los órganos sexuales, irritación del área ano-genital, infecciones en zonas genitales y urinarias, ITS, presencia de esperma, embarazo, dificultades manifiestas en la defecación, enuresis o encopresis. -Debido a la desnutrición, problemas relacionados con el crecimiento: estatura baja para su edad, malformación o deterioro dental, subdesarrollo de sistemas reproductivos en adolescentes.
Indicios según la edad de la víctima en caso de explotación sexual	-En edad preescolar: regresiones y sexualización de la conducta, -Entre los 6 y los 12 años: baja autoestima, trastornos de sueño, reacciones psicosomáticas, dolor abdominal. -En adolescentes: baja autoestima, fugas, depresión, embarazo, automutilaciones, agresividad y aislamiento. -En adultas: negación del abuso sufrido durante años.

Consejos de la OMS
a mujeres víctimas de
la trata de personas

- No cause daño.
- No haga promesas que no puede cumplir.
- Consulte a las ONG y organismos donde la mujer pueda acudir*.
- Seleccione al o a la intérprete y al resto del equipo.
- Asegure el anonimato y confidencialidad.
- Consiga un consentimiento expreso de la mujer.
- Escuche y respete la evaluación que ella hace sobre su situación y los riesgos para su seguridad y la de su familia.
- Evite traumatizarla nuevamente.
- Haga que la información recopilada sea usada correctamente.

La detección es el
primer paso para:

- Darle protección y asistencia.
- Liberar a la mujer o menor frente a quienes les explotan, les hacen daño o amenazan.
- Normalizar su situación. Una VTSH suele estar indocumentada y la consideración de VTSH le da derecho a una autorización de residencia y trabajo en España.
- Favorecer su restablecimiento y recuperación.

****En el Capítulo X del Protocolo (Guía de Recursos) se encuentran descritas todas las ONG que pueden colaborar.**

ENTREVISTA CLÍNICA Y TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

- Se pedirá al o a la acompañante que salga de la consulta, aunque ella manifieste su deseo de estar acompañada.
- Asegurarse de que se entienden mutuamente. Intervención de una persona mediadora (**ONG, o acudir a entidades con asistencia telefónica 24 horas**)*
- Emplear tiempo para informarle y preguntar si tiene alguna duda, antes de pedirle el consentimiento expreso para transferir la información a otro personal.
- Respetar sus derechos, decisiones y dignidad sin juzgar. No buscar la misma información con más entrevistas.
- Asegurar su confidencialidad y privacidad y la de sus familias.
- Compartir sólo la información estrictamente necesaria para asistirla.
- Mantener toda la información en un lugar seguro (datos codificados y en archivos bien custodiados). **Registrar En HC (en el espacio Motivo de consulta y con las siglas TrM).**
- La seguridad de la VTSH y la del personal sanitario han de ser la prioridad. Evaluar el nivel de riesgos y tomar decisiones bien informadas y consultivas.

* Proyecto Esperanza o APRAMP (Capítulo X. Guía de recursos).

VALORACIÓN DE LA SALUD Y CUIDADOS

- Por haber estado expuestas a abuso sexual: salud mental y reproductiva.
- Tener en cuenta que suelen tener múltiples problemas clínicos activos (asma, anemia, diabetes, parasitosis, etc.), que pueden haber empeorado en el contexto de la trata.
- Enfermedades endémicas de los países de origen, de tránsito y de destino (el dengue, la malaria, la TBC y otras).
- Evaluación sistemática de los síntomas, de pies a cabeza y los análisis de laboratorio pertinentes**. Pueden presentar cuadros comórbidos con otros desórdenes crónicos.
- En caso de la emisión de un parte de lesiones, debe ser advertida previamente de sus implicaciones.
- Explorar su entendimiento sobre su enfermedad, sus problemas y preocupaciones, así como sus expectativas de tratamiento y negociar un plan de tratamiento realista.
- Si se sospecha que es menor (puede alegar falsamente que es adulta) debe contactarse con el Servicio de Protección de Menores, Fiscalía de Menores y con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad de Estado de la provincia, que iniciarán el protocolo de determinación de la edad correcta*.

*(Capítulo X. Guía de recursos).

** (Anexo 22)

VALORACIÓN DE MENORES Y ADOLESCENTES

- Seguir indicaciones de la guía **“Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil”** y actuar de manera proactiva para saber si los miembros de la familia o guardianes han estado involucrados en la trata o en cualquier otro tipo de abuso.
- Además de la revisión sistemática general en casos de trata*, se realizará:
 - Una **valoración clínica exhaustiva del desarrollo físico** apropiado para su edad.
 - **Examen oftalmológico:** Para ver si existen hemorragias en la retina, indicativas de abuso físico o del síndrome del “bebé sacudido”.
 - **Revisión de su estado de salud reproductiva:** Valoración focal por trauma o infección. Historial de menstruación y de embarazos, el examen debe hacerse por personal del sexo que ella desee, con sensibilidad.
 - **Comprobación del estado nutricional:** Normalmente las deficiencias de vitaminas, proteínas y minerales son comunes.
 - **Presencia de enfermedades infecciosas.**
 - **Verificación de su estado de inmunización** (calendario vacunal).
 - **Abuso de sustancias:** examen de toxicología. Eliminar las sospechas de uso de tóxicos como causa orgánica de alteraciones en el estado mental, comportamientos anormales u otras condiciones.
 - En adolescentes hay que seguir las indicaciones de la Ley de Autonomía del Paciente en el momento de la toma de decisiones relacionadas con el consentimiento, negación y dirección del cuidado.

*Anexo 22.

CONSIDERACIONES ESPECIALES CUANDO SE VALORAN PERSONAS CON DISCAPACIDAD

- Las personas con discapacidad son más vulnerables a la trata.
- Pueden haber desarrollado la discapacidad como resultado de la experiencia.
- No se deben ignorar los signos de abuso y explotación ni confundirlos o atribuirlos a la discapacidad.
- Hay que informarse sobre la custodia legal. Los miembros de familia pueden haber sido instrumentos en la venta o explotación o haber perpetrado algún abuso en el pasado. Es preciso indagar si son de confianza. En caso contrario se debe solicitar una cita con una persona independiente (personas mediadoras de las ONG de referencia) u otros recursos del ámbito de la discapacidad de interés.

Mujeres que viven en situación de prostitución

MUJERES QUE VIVEN EN SITUACIÓN DE PROSTITUCIÓN

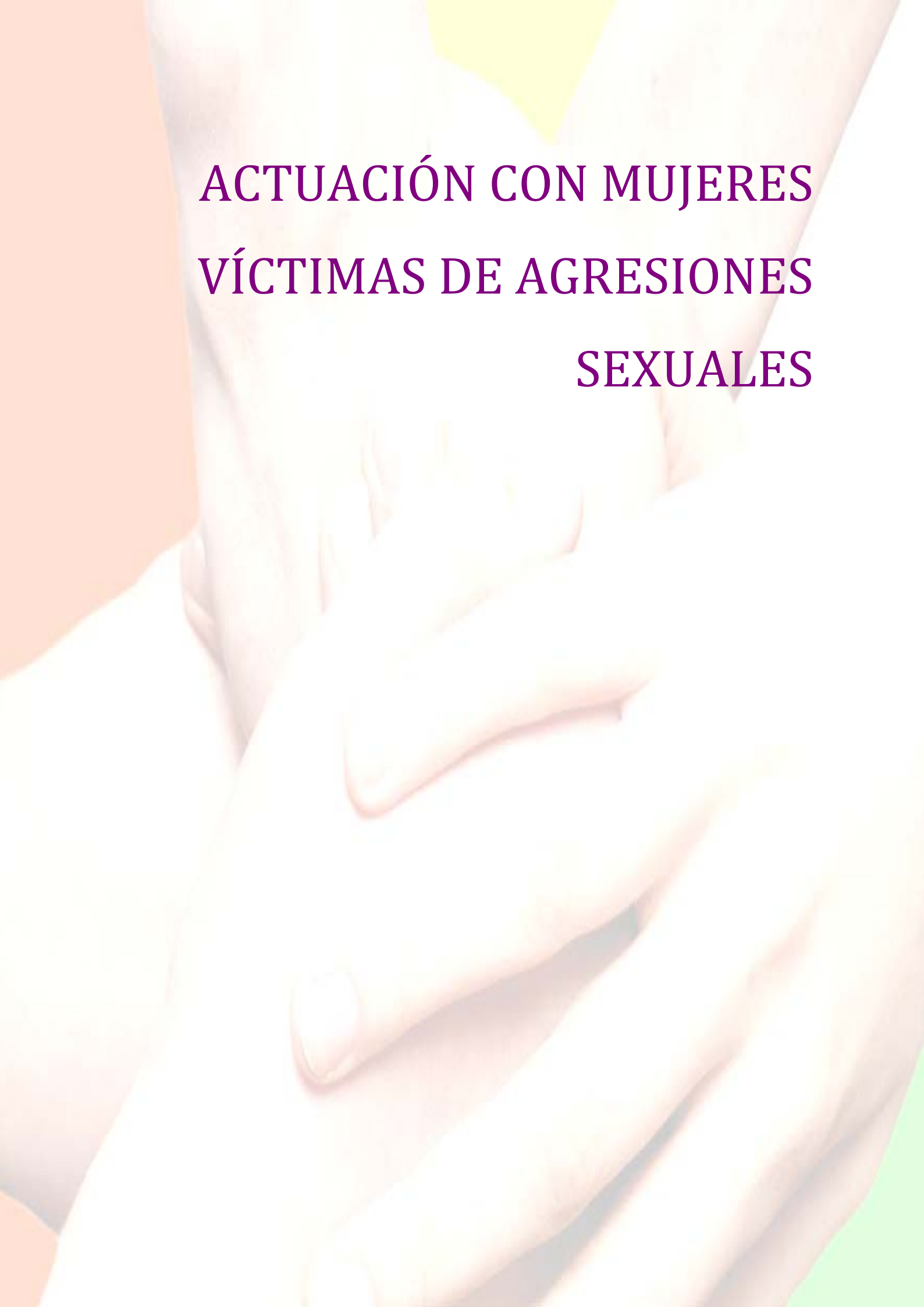
Las y los profesionales sanitarios deben:

- Abandonar los prejuicios tradicionales relativos a la prostitución y sustituirlos por una acogida respetuosa y abierta a la comunicación y a la escucha activa.
- Hay que implicarlas en la gestión de su salud y enfermedad.
- Adecuar la información, al perfil cultural de la mujer.
- Fortalecer los dispositivos socio-sanitarios para que encuentren un espacio de escucha y atención que reduzca su vulnerabilidad a enfermar y las reiteradas recaídas psicosomáticas y mentales.
- Potenciar el uso de anticonceptivos también con sus parejas, administrar las vacunas necesarias y profilaxis de embarazo.
- Derivar, en caso necesario, a otros servicios sanitarios *.

Fomentar la mediación para propiciar su inserción en redes sociales y locales a fin de paliar su soledad y aislamiento**

* ONG especializadas en la atención y ayuda a mujeres en esta situación (capítulo X. Guía de recursos).

**Anexo 11 y capítulo X. Guía de Recursos.

The background of the slide features a close-up, soft-focus photograph of several hands of different skin tones interlaced and holding each other in a supportive grip. The lighting is warm and gentle, creating a sense of care and solidarity. The hands are positioned in a way that suggests a group hug or a collective offering of support.

ACTUACIÓN CON MUJERES VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES

Se entiende como agresión sexual el uso de la violencia física y sexual sobre las mujeres y menores de edad como arma para demostrar poder y abusar de ellas.

También puede ocurrir la agresión tras la toma de cualquier producto que de lugar a la modificación del grado de vigilancia, del estado de consciencia o de la capacidad de juicio, ya sea de manera voluntaria o involuntaria¹ o sumisión química.

Se trata de un delito contra la libertad sexual (anexo 14) y puede ser ejercida por parte de la pareja o expareja o por parte de otros hombres.

la víctima de violencia sexual con una doble vertiente:

- Víctima como persona, necesitada de ayuda y
- Víctima como prueba, sobre la que hay que intervenir, estudiar, realizar reconocimientos etc.

La atención debe darse en un centro hospitalario con asistencia ginecológica

ACTUACIONES GENERALES ANTE UNA AGRESIÓN SEXUAL	
Actuaciones clínicas	Actuaciones de la medicina forense
- Apoyo emocional y psicológico. - Anamnesis y examen clínico. - Solicitud de actuación de la medicina forense a través del Juzgado de Guardia y colaboración en la labor que lleve a cabo. - Toma de muestras. - Tratamiento inmediato de las lesiones físicas. - Tratamiento y profilaxis de las ITS. - Valorar necesidad de profilaxis postexposición al VIH. - Profilaxis del embarazo. - Emisión del parte de lesiones. - Seguimiento.	- Toma de muestras de interés legal. - Localización y determinación de la importancia de las lesiones. - Redacción del informe médico forense para el juzgado.

ACTUACIÓN DEPENDIENDO DE LAS SITUACIONES QUE SE PUEDEN PRESENTAR

Mujer que acude acompañada de FCSE*, tras haber interpuesto denuncia, para exploración e informe clínico.

Llamar al Juzgado de Guardia, solicitando la presencia forense para toma de muestras de interés legal y la exploración ginecológica conjunta.

Mujer que acude directamente al centro sanitario sin haber interpuesto denuncia y quiere denunciar.

- Avisar a las FCSE, notificando que existe un caso de agresión sexual, para que se personen en el centro y la acompañen para formalizar la denuncia, una vez realizada la exploración.
- Llamar Juzgado de Guardia, solicitando la presencia forense para toma de muestras de interés legal y exploración ginecológica conjunta.

Mujer que acude directamente al centro sanitario sin haber interpuesto denuncia, y NO quiere denunciar

Llamar al Juzgado de Guardia, solicitando la presencia forense para toma de muestras de interés legal y la exploración ginecológica conjunta.

*Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (policía nacional (SAF), guardia civil (EMUME), policía local). Capítulo X. Guía de recursos

TOMA DE MUESTRAS DE INTERÉS LEGAL

- Se llevará a cabo con la presencia de forense.
- Sin la presencia forense, la mujer debe dar su consentimiento por escrito.

Si el juzgado no autoriza el desplazamiento de personal forense para la toma de muestras, pueden presentarse estas situaciones:

- Encomienda Judicial al equipo facultativo de guardia. Se toman las muestras sin la presencia forense, con el consentimiento de la mujer.
- Ante la falta de consentimiento, el Juzgado de Guardia puede enviar un Auto Judicial por escrito, enviado por el medio más rápido existente, ordenando la toma de muestras*.
- Si desde el Juzgado de Guardia no se envía el Auto Judicial y no hay consentimiento escrito de la mujer, se hará una exploración ginecológica*, sin la toma de muestras de interés legal.
- Si la mujer no está capacitada para decidir, se dará cuenta también a la Fiscalía de Guardia o de Violencia a la Mujer (si el agresor es su pareja o expareja).
- Si el presunto agresor es menor de edad se dará cuenta inmediata a la Fiscalía de Menores que será la competente para la instrucción del caso.

Aunque la mujer manifieste su deseo de no presentar denuncia, deben comunicarse los hechos al Juzgado de Guardia o Juzgado de Violencia sobre la Mujer, a fin de que pueda incoar el procedimiento judicial en el que disponer las medidas de investigación y aseguramiento necesarias por si el resto de personas legitimadas, o la propia mujer en el futuro, quisieran ejercer la acción penal.

* La exploración ginecológica y la toma de muestras se realizará siguiendo las instrucciones del anexo 15.

