

ESPACIO SEGURO

Y LIBRE

DE VIOLENCIA
DE GÉNERO



GENERALITAT
VALENCIANA

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública



PROTOCOLO

PROTOCOLO
PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN
DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO
DESDE EL SISTEMA VALENCIANO DE SALUD (PDA)



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

2020

Este documento ha sido revisado por la Unidad de Igualdad de acuerdo con los principios del lenguaje inclusivo.

Edita: Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública
© de la presente edición: Generalitat, 2020
© de los textos: las personas autoras
1ª edición: Edición online
Coordina: Direcció General de Salut Pública i Addiccions
Maqueta: Publiprinters Global, S.L.

Autoría

Vicenta Escribà-Agüir. Servei de Promoció de la Salut i Prevenció en l'Entorn Sanitari. Direcció General de Salut Pública i Addiccions. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Inmaculada Clemente Paulino. Subdirectora General de Promoció de la Salut i Prevenció. Direcció General de Salut Pública i Addiccions. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

José Antonio Lluch Rodrigo. Servei de Promoció de la Salut i Prevenció en les Etapes de la Vida. Direcció General de Salut Pública i Addiccions. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Colaboración Especial con Aportaciones Técnicas sobre el Documento

Ana Maria García García. Catedrática de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Valencia.

Rosa González Candelas. Médica Atención Primaria-Centro de Salud Salvador Pau de Valencia. Grupo Atención a la Mujer SoVaMFIC.

Mercedes Sánchez Guerrero. Servicio de Prevención de la Violencia de Género y Atención a las Víctimas. Conselleria de Igualtat i Polítiques Inclusives.

Índice

Resumen Ejecutivo	7
1. Introducción.....	8
1.1. Definición	8
1.2. Magnitud del problema	8
1.3. Factores de riesgo asociados a la violencia de género y repercusiones en la salud de la mujer.....	9
1.4. Papel del personal de los servicios sanitarios	9
2. Objetivos.....	11
3. Actuación desde el Ámbito Sanitario	11
3.1. Detección y valoración	14
3.1.1. Indicadores de sospecha	14
3.1.2. Confirmación de un posible caso de maltrato	14
3.1.3. Evaluación del riesgo de homicidio/suicidio	17
3.2. Plan de intervención	17
3.3. Informe Médico Por Presunta Violencia Género/Doméstica (IMPVG).....	19
3.4. SIVIO (Sistema de Información para la detección y actuación frente a la VIOlencia de género/doméstica).....	19
4. Recursos Específicos.....	20
5. Referencias.....	22
6. Anexo	23
6.1. Cuestionario AAS.....	23
6.2. Cuestionario DA.....	24

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Algoritmo de actuación para el cribado universal de casos de maltrato (PDA) 13

Gráfico 2. Algoritmo de actuación para el cribado universal de casos de maltrato en mujeres embarazadas (PDA) 14

Índice de Tablas

Tabla 1. Funciones del personal sanitario en la detección y prevención secundaria de la violencia de género 11

Tabla 2. Dificultades para identificar la violencia de género 11

Tabla 3. Preguntas generales facilitadoras para la detección de la violencia de género..... 15

Tabla 4. Indicadores de sospecha de maltrato basados en los antecedentes y en las características de la mujer 16

Tabla 5. Indicadores de sospecha de maltrato durante la consulta. 17

Tabla 6. Recomendaciones para realizar la entrevista clínica ante sospecha de maltrato..... 17

Tabla 7. Ejemplos de preguntas para confirmar la sospecha de un caso de maltrato. 18

Tabla 9. Plan de intervención cuando la mujer no se encuentra en peligro extremo..... 19

Tabla 10. Plan de intervención cuando la mujer se encuentra en situación de peligro extremo. 19

Tabla 11. Recursos específicos de atención a las mujeres víctimas de violencia de género..... 21

Abreviaciones

Cuestionario AAS: Cuestionario de detección AAS

Cuestionario DA: Cuestionario de valoración del riesgo DA

IMPVG: Informe médico por presunta violencia de género/doméstica

OMS Organización Mundial de la Salud

SIVIO: Sistema de información para la detección y actuación frente a la violencia de género/doméstica

VG: Violencia de género

Resumen Ejecutivo

El objetivo general del **Protocolo** para la Prevención y Atención de la Violencia de Género desde el Sistema Valenciano de Salud, es establecer unas pautas normalizadas que guíen la detección precoz de casos de violencia de género y las medidas de intervención a seguir ante los casos identificados. Así mismo, se establecen estrategias de seguimiento de los casos identificados en el ámbito de la atención primaria y especializada (consultas externas, urgencias y hospitalización) de la Comunitat Valenciana. Para ello, se utiliza la aplicación SIVIO, que está integrada en las aplicaciones asistenciales (SIA, ORION CLÍNICA). Este **protocolo** establece la necesidad de **preguntar (P)**, lo más pronto posible, a todas las mujeres de 14 o más años sobre violencia de género. Para **detectar** los casos de maltrato (**D**) se utiliza el Cuestionario de Detección AAS. Se trata de un cuestionario sensible y específico, corto y sencillo de cumplimentar, administrado de forma de maltrato, se **Analiza (valora) el riesgo** de homicidio y/o suicidio (**A**), mediante el Cuestionario de Valoración del Riesgo DA, y en función del nivel de riesgo identificado se establece un **plan de intervención específico** (riesgo extremo/no extremo). Tras la confirmación de un caso de maltrato, existe la obligación legal de emitir **un informe médico específico** (Informe Médico Por Presunta Violencia Género/Doméstica), para la comunicación del hecho a la autoridad judicial. En función del tipo de caso detectado se incorporan alertas recordatorias en historia clínica de la mujer, para volver a preguntar al año de la detección (casos positivos) y a los dos años (casos negativos). En el caso de las mujeres embarazadas, se sigue la misma sistemática, pero se, aconseja preguntar en la primera visita prenatal y al menos una vez en cada trimestre del embarazo y durante la visita del puerperio.

1. Introducción

1.1. Definición

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: *“el uso de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencia la posibilidad de aparición de lesiones de tipo físico, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte”*. Dentro de este concepto se incluye la violencia familiar (doméstica), definida como los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infringidas por personas del medio familiar y dirigidas, generalmente, a los miembros más vulnerables de la misma: niños y niñas, mujeres y personas mayores. Cuando la persona agresora, generalmente un hombre, tiene una relación de pareja con la mujer, ejercida en situación de dominio sobre ella, se denomina violencia de género (VG). En la Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 1993, se propone una definición más amplia de la VG, como *“todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la esfera de la vida pública como en la privada”*.¹

En función de la naturaleza de los actos violentos se distinguen tres tipos de violencia: a) física, b) psicológica y c) sexual. En la violencia física la persona agresora produce en la víctima lesiones corporales, infringidas de forma intencionada (golpes, quemaduras, agresiones con armas, heridas, etc.). La violencia psicológica incluye humillaciones, desvalorizaciones, críticas exageradas, lenguaje soez y humillante, insultos, amenazas, culpabilizaciones, aislamiento social, control del dinero, impedimento de la toma de decisiones, etc. La violencia sexual consiste en actos que atentan contra la libertad sexual de la persona y lesionan su dignidad (relaciones sexuales forzadas, abuso sexual, violación, etc.).^{1,2}

En la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, se habla de la *“la violencia específica contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres y que se ejerce por los cónyuges o quienes hayan estado vinculados a las mujeres por relaciones de afectividad”*.

La Organización Mundial de la Salud, define la violencia como: *“el uso de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencia la posibilidad de aparición de lesiones de tipo físico, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte”*.

En la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, se define la VG como *“la violencia específica contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres y se ejerce por los cónyuges o quienes hayan estado vinculados a las mujeres por relaciones de afectividad, aun sin convivencia”, y “comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad”*.

En función de la naturaleza de los actos violentos se distinguen tres formas de violencia:

- Física,
- Psicológica
- Sexual

1.2. Magnitud del problema

La VG es la manifestación más dramática de las desigualdades existentes entre las mujeres y los hombres. La onu la considera como la primera causa de mortalidad, a nivel mundial, de las mujeres entre 18 y 45 años. La OMS la considera como un problema prioritario de salud pública desde el año 1996.¹

Entre el 15% y el 70% de las mujeres sufren VG física, psicológica o sexual a lo largo de la vida. Este amplio rango se debe a diferencias regionales, nacionales y locales, así como al tipo de instrumento de medida utilizado para su detección.² Ésta prevalencia es superior en las mujeres atendidas en el sistema sanitario.³ En un estudio representativo a nivel de España, publicado en el 2010, y realizado en mujeres usuarias de los servicios de atención primaria, la prevalencia de cualquier tipo de maltrato (físico o psicológico) a lo largo de la vida fue del 24,8% y durante el último año del 15,1%, con una importante variabilidad entre comunidades autónomas.⁴ Según la encuesta de VG del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e

Igualdad,⁵ la prevalencia de la violencia física y/o sexual a lo largo de la vida en mujeres residentes en España fue del 12,5%, siendo esta prevalencia del 25,4%, del 21,9% y del 10,8% para violencia psicológica de control, violencia psicológica emocional y violencia económica de alguna pareja o expareja, respectivamente. Según esta misma encuesta, las prevalencias en último año fueron del 2,7% para violencia física o sexual, del 9,2% para violencia psicológica de control, del 7,9% para violencia psicológica emocional y del 2,5% para violencia económica.

Durante el año 2018 en la Comunitat Valenciana, 90.424 mujeres aceptaron a participar en el cribado universal de la violencia de género, que se realiza en atención primaria y especializada, lo que representa una cobertura del 4,16% (sobre un total de 2.172.511 mujeres de 14 o más años con tarjeta sanitaria en el Sistema Valenciano de Salud). Se detectaron 2406 casos positivos de maltrato, declarados durante los 12 meses previos a la entrevista, lo que representa un porcentaje de casos positivos del 2,7%.

1.3. Factores de riesgo asociados a la violencia de género y repercusiones en la salud de la mujer

Los resultados de los estudios realizados para determinar los factores de riesgo, que influyen en la aparición de casos de violencia de género, no son consistentes. Los principales factores de riesgo, vinculados a las características de la persona agresora, identificados en la literatura científica han sido: la situación de pobreza, los bajos ingresos económicos, el desempleo, los antecedentes de maltrato familiar durante la infancia o adolescencia, la edad joven, el consumo de alcohol o de drogas ilícitas, el mayor número de relaciones de pareja anteriores, etc. Sin embargo, la VG se da en todos los niveles sociales, culturales y económicos de la sociedad, siendo el principal factor de riesgo para la víctima el hecho de ser mujer.

Existen una serie de factores contextuales que cabe destacar: las normas sociales no equitativas (especialmente las que asocian la virilidad con el dominio y la agresión), los altos niveles de violencia en la sociedad, o determinados prejuicios de carácter machista aceptados socialmente, como que el hombre tiene el derecho a imponer su dominio contra la mujer y es considerado socialmente como superior, que la violencia física es una forma aceptable de resolver los conflictos en una relación o que las relaciones sexuales son un derecho del hombre en el matrimonio.⁶

La VG puede producir importantes repercusiones tanto en la salud física como en el bienestar psicológico de la mujer. Así mismo, va a afectar a la salud y calidad de vida de sus hijos e hijas. En el apartado tres de este **protocolo** (tabla 4 y 5), se presentan una serie de síntomas y signos que pueden aparecer como consecuencia de la situación de maltrato.

1.4. Papel del personal de los servicios sanitarios

La prevención y atención sobre la VG requiere un esfuerzo multisectorial y medidas específicas de prevención. El sector sanitario puede colaborar en la prevención primaria de este problema (evitar que suceda), si bien su principal función aparece en la prevención secundaria y terciaria (identificar cuanto antes el problema y reducir al máximo sus consecuencias). Dentro de la prevención secundaria cabe destacar la detección precoz de los casos de malos tratos. La literatura científica aconseja el cribado universal de la VG en mujeres adultas.^{7,8} Además, la detección precoz de casos de violencia puede reducir las consecuencias negativas en la salud de la mujer y prevenir la aparición de episodios de maltrato ulteriores.^{9,10} Los servicios sanitarios pueden desempeñar un papel crucial en la detección precoz de casos de malos tratos, dado que la mayoría de mujeres acuden al sistema sanitario en algún momento de su vida (embarazo, revisiones ginecológicas rutinarias, para el cuidado médico de hijos o hijas, para el cuidado de personas mayores, etc.). Además, dado que los malos tratos tienen importantes repercusiones en la salud de la mujer, ésta tiene una mayor probabilidad de acudir a las consultas de los servicios sanitarios, en particular a atención primaria, servicios de urgencias (atención primaria y hospitalaria), obstetricia y ginecología, salud sexual y reproductiva, salud mental, etc.

Por todo ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe “Violencia contra las mujeres”, destaca el importante papel del personal sanitario en la detección y prevención secundaria de la VG. En este informe se indica al personal sanitario que: *“No tenga miedo de preguntar. Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar la situación de maltrato cuando se les pregunta de forma directa y no valorativa. Pero la realidad muestra que muchas mujeres están esperando, silenciosamente, a que alguien les pregunte”*. Así mismo, la OMS ha descrito unas funciones mínimas a desarrollar desde el sistema sanitario (tabla 1).¹

Tabla 1. Funciones del personal sanitario en la detección y prevención secundaria de la violencia de género

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

Ahora bien, la detección precoz de casos de VG por parte del personal de los servicios sanitarios, puede presentar una serie de barreras, que se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Dificultades para identificar la violencia de género

Por parte de la mujer

- Miedo (a la respuesta de su pareja, a no ser entendida y ser culpabilizada, a que no se respete la confidencialidad, a no ser capaz de iniciar una nueva vida, a las dificultades económicas, judiciales, sociales, a lo que ocurra con sus hijos/as, etc.).
- Baja autoestima, culpabilización por la situación.
- Padeecer alguna discapacidad, ser inmigrante, vivir en un medio rural o en situación de exclusión social.
- Dependencia económica. Estar fuera del mercado laboral
- Vergüenza y humillación.

- Deseo de proteger a la pareja.
- Resistencia a reconocer lo que le está pasando.
- Desconfianza en el sistema sanitario.
- Minimización de lo que le ocurre (a veces no son conscientes de su situación y les cuesta identificar el peligro y su deterioro).
- Aislamiento y falta de apoyo social y familiar.
- Valores y creencias culturales (si la sociedad lo tolera, ellas también).
- Están acostumbradas a ocultarlo.
- El trauma físico y psíquico las mantiene inmovilizadas, desconcertadas, alienadas, etc.

Por parte del personal sanitario

- Estar inmersos en el mismo proceso de socialización que el resto de la sociedad.
- No considerar la VG como un problema de salud.
- Creencia de que la violencia no es tan frecuente.
- Intento de racionalización de la conducta de la persona agresora.
- Miedo a ofenderla, a empeorar la situación, por su seguridad o por la propia integridad.
- Formación fundamentalmente biologicista (no abordaje de problemas psicosociales).

Contexto de la consulta

- Dificultad en la comunicación (por ejemplo idioma en el caso de mujeres inmigrantes).
- La mujer viene acompañada de su pareja.
- Sobrecarga asistencial.
- Escasa formación específica para el abordaje de la violencia de género, sobre todo para el manejo emocional de la situación.

En el contexto socio-sanitario

- Desconocimiento de los recursos comunitarios existentes para la atención de las víctimas.
- Dificultades para la coordinación intersectorial.
- Dificultades para el trabajo en equipo.
- Falta de recursos específicos para la atención de los casos, especialmente en municipios pequeños y para los grupos más vulnerables.

2. Objetivos

El objetivo general de este **protocolo** es establecer unas pautas normalizadas que guíen la detección precoz de posibles casos de VG y las medidas de intervención a seguir ante los casos identificados. Así mismo, se establecen estrategias de seguimiento en el ámbito de la atención primaria y especializada de la Comunitat Valenciana.

Los objetivos específicos de este **protocolo** son:

1. Sensibilizar al personal sanitario sobre la magnitud de la VG como problema de salud.
2. Facilitar un instrumento que permita guiar la detección precoz y la valoración de las situaciones de maltrato en todos los ámbitos de la atención sanitaria.
3. Elaborar unas pautas que permitan guiar las actividades de intervención sanitaria a seguir tras la detección y valoración de situaciones de maltrato en el ámbito de la atención primaria y especializada.
4. Facilitar una serie de instrumentos que permitan registrar los casos de violencia y las intervenciones sanitarias instauradas tras su detección y valoración.
5. Promover la capacitación de las mujeres que sufren malos tratos para el reconocimiento de su situación y para la búsqueda de soluciones.
6. Contribuir a la sensibilización de la población general sobre el tema de la VG.

Este **protocolo** se refiere a cualquier forma de violencia y malos tratos del ámbito familiar ejercidos contra las mujeres y hombres de 14 o más años, independientemente de quién sea la persona agresora. Ahora bien, las actuaciones diseñadas están más centradas en la violencia contra la mujer ejercida por la pareja o expareja, debido a que es la forma de violencia más frecuente en nuestro país.

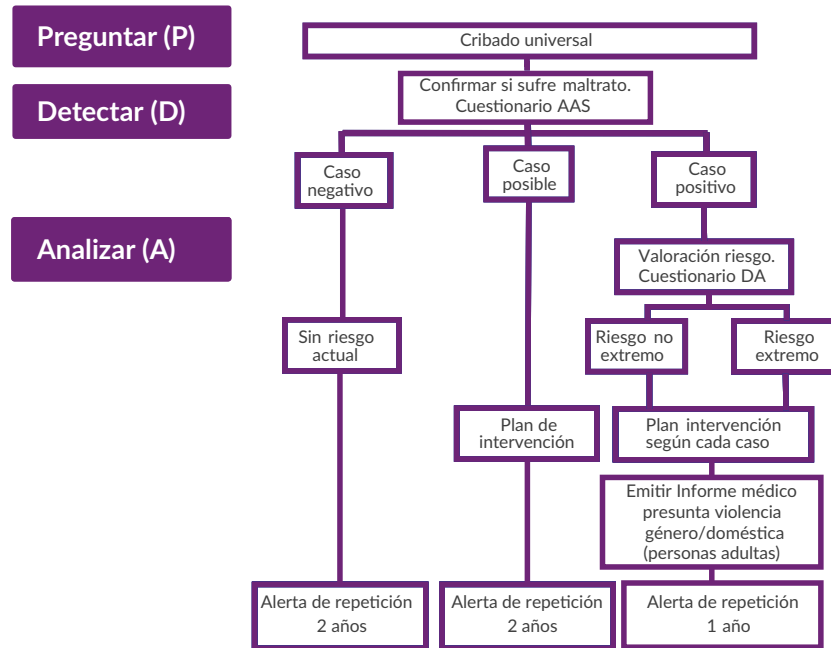
3. Actuación desde el Ámbito Sanitario

El personal sanitario de atención primaria y especializada tiene un importante papel ante la detección precoz y la atención integral a las mujeres, que pueden ser víctimas de VG. Así mismo, este personal también tiene una función importante en la atención de mujeres que presentan signos y síntomas evidentes de maltrato. Las características de accesibilidad, contacto directo y continuado con las mujeres pueden facilitarlo. La actuación es compleja y requiere la coordinación y colaboración entre todo el personal sanitario; así como con otros/as profesionales. Ello va a permitir una correcta actuación de forma interdisciplinar, y también la derivación a otros dispositivos asistenciales específicos para la mujer, si el caso lo requiere.

En este apartado del **protocolo** se reflejan las actuaciones a seguir por parte del personal sanitario (médico, enfermería, matronas/os, trabajo social, psicología, etc.), independientemente de su ámbito de trabajo (atención primaria o especializada, incluyendo consultas externas, urgencias y hospitalización). Cuando se trate de una atención en servicios de urgencias hospitalarias, se dispone, además, del protocolo para la asistencia sanitaria a víctimas de violencia de género en los servicios de urgencias hospitalarias.

En primer lugar, para la detección precoz de la violencia de género, se establece la realización del cribado universal de la VG a toda mujer de 14 o más años que acuda a un centro sanitario. Los pasos a seguir para el cribado universal de casos de maltrato se muestran en el gráfico 1. Estos pasos siguen el acrónimo **PDA** (Preguntar, Detectar, Analizar). El cribado en mujeres embarazadas requiere una mayor periodicidad a la hora de preguntar, dada la situación de mayor vulnerabilidad en la que se encuentran (gráfico 2). Por ello, si bien el **protocolo** que se sigue en mujeres embarazadas es el mismo que el de mujeres no embarazadas, tal y como se ha indicado, se pregunta con una mayor periodicidad (en la primera visita prenatal y al menos una vez cada trimestre y en la visita puerperal). Ahora bien, hay veces que formular preguntas de forma directa puede ser delicado y se prefiera realizar preguntas exploratorias que permitan el abordaje psicosocial de este tema. En la tabla 3 se facilita una serie de preguntas marco que pueden guiar este abordaje psicosocial.

Gráfico 1. Algoritmo de actuación para el cribado universal de casos de maltrato (PDA)



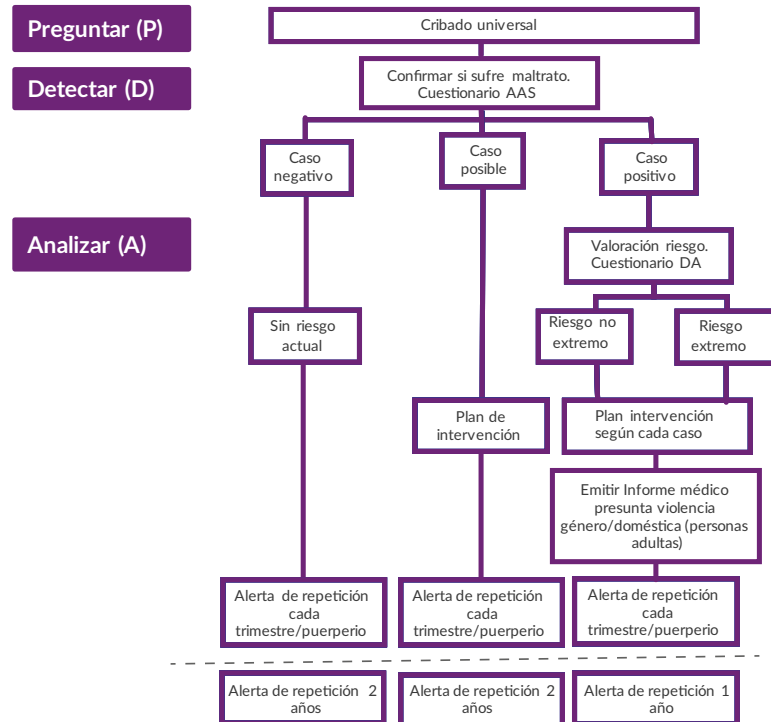
- **Cribado universal.** Consiste en preguntar a toda mujer de 14 o más años que acude a un centro sanitario, por cualquier motivo. Se aconseja preguntar a todas las mujeres, lo antes posible, tras haber cumplido los 14 años.
- **Cuestionario de Detección AAS.** Se trata de un cuestionario corto y sencillo de cumplimentar, administrado de forma personal por el personal sanitario, y que permite valorar si una mujer es un caso positivo de maltrato. Este cuestionario mide la presencia de violencia en los 12 meses previos al momento de la detección, así como presencia de antecedentes de violencia a lo largo de la vida. Permite clasificar los casos en positivos, negativos o posibles. Un caso se considera posible, en aquellas situaciones en que el personal sanitario tiene la sospecha de que se trata de un caso de maltrato, pero la mujer no reconoce que es víctima de malos tratos¹.

- **Cuestionario de Valoración del Riesgo DA.** Tras la confirmación de un caso positivo de maltrato, se valora el riesgo de homicidio y/o suicidio, mediante este cuestionario, y en función del nivel de riesgo identificado se establece un plan de intervención específico (riesgo extremo/no extremo)².
- **Informe médico por presunta violencia de género/doméstica.** Tras la confirmación de un caso de maltrato, existe la obligación legal de emitir un informe médico específico, para la comunicación del hecho a la autoridad judicial.
- **Alertas.** En función del tipo de caso detectado se incorporan alertas recordatorias en historia clínica de la mujer (SIA), para volver a preguntar transcurrido un tiempo. Se generan alertas al año de la detección (casos positivos) y a los dos años (casos negativos).

1. Escribà-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Artazcoz L, Martín-Baena D, Royo-Marqués M, Vanaclocha-Espí M. Validity And Reliability of The Spanish Version of The "Abuse Assessment Screen" Among Pregnant Women. Public Health Nur. 2016; 33(3):264-72.

2. Messing TJ, Campbell JC, Snider C. Validation and adaptation of the danger assessment-5: A brief intimate partner violence risk assessment. J Adv Nurs. 2017;73:3220-3230.

Gráfico 2. Algoritmo de actuación para el cribado universal de casos de maltrato en mujeres embarazadas (PDA)



- **Cribado universal.** Consiste en preguntar a toda mujer embarazada en la primera visita prenatal y al menos una vez cada trimestre del embarazo y en la visita puerperal.
- **Cuestionario de Detección AAS.** Es muy similar al utilizado en las mujeres no embarazadas, pero se pregunta dentro de la ventana temporal de cada trimestre del embarazo y puerperio, así como presencia de antecedentes de violencia a lo largo de la vida.¹

1. Escribà-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Artazcoz L, Martín-Baena D, Royo-Marqués M, Vanaclocha-Espí M. Validity And Reliability of The Spanish Version of The "Abuse Assessment Screen" Among Pregnant Women. Public Health Nur. 2016; 33(3):264-72.

- **Cuestionario de Valoración del Riesgo DA.** Ver leyenda del gráfico nº 1.²
- **Informe médico por presunta violencia de género/doméstica.** Ver leyenda del gráfico nº 1.
- **Alertas.** Se generan alertas automáticas, en la historia clínica de la mujer (SIA), para que se pregunte en cada trimestre del embarazo y en el puerperio. Así mismo, finalizado el embarazo/puerperio y en función del tipo de caso (positivo/negativo), se generan alertas recordatorias para volver a preguntar a la mujer al año de la detección (casos positivos) y a los dos años (casos negativos).

2. Messing TJ, Campbell JC, Snider C. Validation and adaptation of the danger assessment-5: A brief intimate partner violence risk assessment. J Adv Nurs. 2017;73:3220-3230.

Tabla 3. Preguntas generales facilitadoras para la detección de la violencia de género

- La violencia contra las mujeres es un problema más frecuente de lo que se cree y que puede tener consecuencias muy graves. Por ello, ahora el personal sanitario pregunta de forma rutinaria a todas las mujeres sobre este tema: *"¿alguna vez ha sufrido algún tipo de maltrato?"*.
- Los malos tratos de los que tanto se habla, son un problema muy común en muchas mujeres de nuestra sociedad y pueden tener graves consecuencias en su salud. Por ello, ahora el personal sanitario pregunta de forma rutinaria a todas las mujeres sobre este tema: *"¿le ha ocurrido a Usted alguna vez?"*.
- La violencia contra la mujer es habitual en la vida de algunas personas y sucede en múltiples tipos de relaciones de pareja o entre los familiares. Desconocemos si le afecta directamente. Por ello, ahora el personal sanitario pregunta de forma rutinaria a todas las mujeres sobre este tema: *"¿alguna vez ha sufrido algún tipo de maltrato?"*.
- La violencia contra la mujer tiende a crecer haciéndose más frecuente y grave con el tiempo. Por ello, ahora el personal sanitario pregunta de forma rutinaria a todas las mujeres sobre este tema: *"¿alguna vez ha sufrido algún tipo de maltrato?"*.

Para realizar el cribado universal y para cumplimentar un parte específico de lesiones por VG (Informe Médico por Presunta Violencia de Género/Doméstica (personas adultas), el personal sanitario dispone de la aplicación SIVIO (Sistema de Información para la detección y actuación frente a la VIOlencia de género/doméstica), que está integrada en las aplicaciones asistenciales (SIA, ORIÓN CLINIC, etc.). La aplicación SIVIO va a guiar los pasos a seguir para la realización del cribado universal, así como cuando al personal médico quiere acceder de forma directa a la realización de un Informe Médico por Presunta Violencia de Género/Doméstica (IMPVG), dado que se encuentra ante un caso con signos/síntomas/lesiones evidenciables de maltrato. Por lo tanto, SIVIO permite establecer unas pautas homogéneas para la detección precoz de casos, así como guiar las actividades de intervención sanitaria a seguir tras la detección de los casos. Esta aplicación tiene dos perfiles de acceso (facultativo y no facultativo). La única diferencia entre ambos, es que sólo al perfil facultativo se le permite la realización del IMPVG.

En la atención y seguimiento a las mujeres que sufren maltrato es necesario, si existen hijos o hijas u otras personas dependientes a su cargo, la coordinación con pediatría o con los servicios pertinentes es imprescindible. La comunicación con pediatría es un elemento clave, para que se pueda realizar un seguimiento específico de los hijos o hijas.

Determinadas situaciones (mujeres embarazadas, las que tienen una discapacidad física, psíquica o sensorial, las que se encuentran en situación de exclusión social, las que viven en entornos rurales, etc.) pueden determinar que la mujer sea más vulnerable a sufrir maltrato, por lo que es necesario prestarles una atención especial.

3.1. Detección y valoración

3.1.1. Indicadores de sospecha Preguntar (P)

La presencia de una serie de signos y síntomas puede guiar al personal sanitario en la identificación de casos de maltrato. Por ello, es importante tenerlos presente y mantener una actitud de alerta. Estos permitirán orientar la búsqueda activa de los casos (tabla 4 y 5).

La evidencia científica muestra que estos indicadores de sospecha son poco sensibles y específicos. Por lo que para la detección de la VG se aconseja realizar el cribado universal de la VG a toda mujer de 14 o más años que acude a la consulta por cualquier motivo.

3.1.2. Confirmación de un posible caso de maltrato Detectar (D)

Cuando el personal sanitario sospecha que una mujer puede ser víctima de maltrato, basada a partir de los antecedentes, de las características personales, por la presencia de determinadas lesiones físicas o por los síntomas físicos o psicológicos encontrados (tabla 4 y 5) o bien para realizar el cribado universal, deberá confirmar o descartar si se trata de un caso positivo de maltrato. Para ello, se requiere realizar una entrevista clínica específica. En la tabla 6 se presentan algunas recomendaciones para crear un clima de confianza que la facilite.

Para la confirmación de un caso de maltrato, se utilizará el Cuestionario de detección AAS (AAS, por el inglés "Abuse Assessment Screen"), y que ha sido validado en nuestro contexto cultural.¹¹ El Cuestionario de Detección AAS (cuestionario AAS) contiene una serie de preguntas sencillas y directas que pueden facilitar la exteriorización e identificación del problema (ver apartado 6.1).

Puede que en algunos casos sea difícil hacer estas preguntas directas. Como alternativa al cuestionario, se pueden utilizar preguntas del tipo de las que se presentan en la tabla 7.

Algunas veces aunque el personal sanitario tenga la sospecha de que se trata de un caso de maltrato, puede que la mujer no reconozca que es víctima de malos tratos. Eso se considerará como un caso posible de maltrato. En esta situación, es muy importante no precipitar su testimonio, ofreciéndole apoyo, confianza, continuidad, mediante citas de seguimiento que le permitan ganar confianza y afrontar en un futuro su reconocimiento. Así mismo, se valorará la posibilidad de derivar a otros/as profesionales y previa conformidad de la mujer. La estrategia de actuación a seguir se indica en la tabla 8. El seguimiento de estas mujeres es muy importante, para poder determinar si pasa a ser un caso negativo o bien positivo y de este modo orientar la intervención. Este seguimiento lo realizará el equipo sanitario coordinado por el trabajador social del centro sanitario. El primer seguimiento se realizará con un intervalo máximo de 1 mes. En esta visita de seguimiento se determinará el cambio de estado del caso, es decir si pasa a ser un caso negativo o

bien positivo. Si pasara a ser un caso positivo se harán las actuaciones indicadas para este tipo de casos (evaluar el riesgo de homicidio/suicidio, instaurar un plan de intervención y realizar el Informe Médico Por Presunta Violencia Género/Doméstica).

En caso de confirmarse un caso positivo de maltrato, existe la obligación legal de cumplimentar el IMPVG, que se detalla en el apartado 3.3 de este **protocolo**. Ello requerirá una exploración minuciosa de las lesiones y valoración del estado emocional y físico de la víctima.

Cuando una mujer da un resultado positivo se debe volver preguntar trascurrido un año de la detección y si el resultado es negativo a los dos años. Para ello, la aplicación SIVIO genera unas alertas recordatorias que se pueden visualizar en la historia clínica de la mujer (SIA), en el módulo de alertas.

En el caso de mujeres embarazadas, la literatura científica, también, aconseja el cribado universal de la VG, dado que la evidencia muestra importantes repercusiones en la salud de la gestante y del futuro/a recién nacido/a. Por ello se, aconseja preguntar en la primera visita prenatal y al menos una vez en cada trimestre del embarazo y durante la visita puerperal. Para ello, se utiliza, también, el cuestionario AAS, que es el mismo que se utiliza en la población general de mujeres, pero que el periodo temporal en el que se pregunta sobre violencia es en cada trimestre del embarazo y en el puerperio.

Existen otras situaciones de vulnerabilidad que requieren el cribado de todas las mujeres con problemas de adicciones, enfermedad mental grave, discapacidad acreditada (superior al 33%) y población emigrante.

Tabla 4. Indicadores de sospecha de maltrato basados en los antecedentes y en las características de la mujer

1. Antecedentes de haber sufrido o presenciado maltrato en la infancia o adolescencia.

2. Antecedentes personales y de hábitos de vida:

- Lesiones frecuentes.
- Abuso de alcohol u otras drogas.
- Abuso de medicamentos, sobre todo, psicofármacos.

3. Hallazgos relacionados con la salud sexual y reproductiva:

- Como consecuencia de relaciones sexuales no deseadas: embarazo no deseado, pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedad inflamatoria crónica, dispareunia, sangrado vaginal, fibrosis vaginal, infecciones urinarias, dolor pélvico crónico, infecciones de transmisión sexual incluido el VHI/SIDA, etc.

- Como consecuencia del maltrato durante el embarazo: aborto espontáneo, bajo peso al nacimiento, parto prematuro, abrupcio placentae, muerte fetal, ruptura prematura de membranas, hemorragia preparto, etc.
- Falta o retraso de atención prenatal, etc.

4. Síntomas psicológicos frecuentes:

- Insomnio
- Depresión
- Ansiedad
- Trastornos de estrés postraumático
- Intentos de suicidio
- Baja autoestima
- Irritabilidad
- Trastornos en la conducta alimentaria
- Labilidad emocional

5. Síntomas físicos frecuentes:

- Cefaleas
- Cervicalgia
- Dolor general de tipo crónico
- Molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, etc.)
- Mareos
- Dificultades respiratorias

6. Utilización de servicios sanitarios:

- Periodos de hiper-frecuentación y otros de ausencia
- Incumplimiento de citas o tratamientos
- Reiterado uso de servicios de urgencia
- Frecuentes hospitalizaciones

7. Situaciones de mayor vulnerabilidad:

- Aislamiento tanto familiar como social
- Migración tanto nacional como extranjera
- Enfermedad incapacitante
- Dificultades laborales y desempleo
- Dificultades de formación y de ascenso en el trabajo
- Situaciones de exclusión social (prostitución, indigencia, reclusas)
- Ausencia de habilidades sociales

8. Información de familiares, amistades, o de otros/as profesionales e instituciones de que la mujer está siendo víctima de malos tratos.

Tabla 5. Indicadores de sospecha de maltrato durante la consulta.

1. Características de las lesiones:

- Distribución central de las lesiones
- Lesiones en la cabeza, cuello y boca
- Lesión típica: rotura de tímpano
- Lesiones defensivas en los antebrazos
- Lesiones que no parecen haber sido justificadas de forma adecuada o coherentemente
- Lesiones en múltiples áreas
- Hematomas en distintos procesos de curación
- Síntomas neurológicos como pérdidas de audición y visión, cefaleas, entumecimiento y hormigueo (incluso con una aparente buena justificación)
- Golpes injustificados en una mujer joven
- Cualquier tipo de lesión causada por una agresión sexual

2. Actitud de la mujer:

- Temerosa. Se muestra evasiva, incómoda y nerviosa
- Rasgos depresivos. Baja autoestima y sentimientos de culpa no justificados
- Estado de ansiedad o angustia, irritabilidad
- Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones
- Falta de cuidado personal
- Justifica sus lesiones o quita importancia a las mismas
- Si está presente su pareja busca su aprobación o se siente temerosa de sus respuestas

3. Actitud de la pareja:

- Solicita estar presente durante toda la visita
- Muy controlador, siempre contesta él, puede mostrarse muy "preocupado" o, por el contrario, despreocupado, despectivo o intentando banalizar los hechos
- Excesivamente preocupado o solícito con ella
- A veces colérico u hostil con la mujer o con el personal sanitario

Tabla 6. Recomendaciones para realizar la entrevista clínica ante sospecha de maltrato.

Recomendaciones generales:

- Ver a la mujer sola, asegurando la confidencialidad
- Observar las actitudes y estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal)
- Facilitar la expresión de sentimientos
- Mantener una actitud empática, que facilite la comunicación, con una escucha activa
- Seguir una secuencia lógica, se aconseja empezar formulando preguntas más generales e indirectas para posteriormente pasar a otras más concretas y directas
- Abordar directamente el tema de la violencia
- Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas

En caso de que la mujer reconozca sufrir malos tratos:

- Hacer sentir a la mujer que no es culpable de la violencia que sufre
- Creer a la mujer, sin poner en duda la interpretación de los hechos, sin emitir juicios, intentando quitar miedo a la revelación del abuso
- Ayudarle a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones
- Alertar a la mujer de los riesgos y aceptar su elección
- No dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente
- No dar falsas esperanzas
- No criticar la actitud o ausencia de respuesta de la mujer con frases como: "¿Por qué sigue con él?; si usted quisiera acabar, se iría..."
- No infravalorar la sensación de peligro expresada por la mujer
- No prescribir fármacos que disminuyan la capacidad de reacción de la mujer
- No utilizar una actitud paternalista
- No imponer criterios o decisiones

Tabla 7. Ejemplos de preguntas para confirmar la sospecha de un caso de maltrato.

En caso de sospecha por la información obtenida a partir de los antecedentes y características de la paciente.

- He repasado su historial y encuentro algunas cosas que me gustaría comentar con usted: veo que... (relatar los hallazgos); ¿a qué cree que se debe su malestar o problema de salud?; la encuentro algo intranquila: ¿qué le preocupa?, ¿está viviendo alguna situación problemática que le haga sentirse así?; ¿qué me puede decir de esto?; ¿cree que todo está relacionado?.
- En muchos casos las mujeres que tienen problemas como los suyos, como... (relatar algunos de los identificados, los más significativos), puede explicarse porque están recibiendo algún tipo de maltrato por parte de alguien de su entorno, por ejemplo su pareja, ¿es este su caso?.
- En caso de sospecha por antecedentes como dispareunia, dolor pélvico, etc., preguntar si sus relaciones afectivas y sexuales son satisfactorias o no.

En caso de sospecha por la presencia de lesiones físicas.

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

En caso de sospecha por los síntomas o problemas psíquicos encontrados.

- Me gustaría conocer su opinión sobre esos síntomas que me ha contado (ansiedad, nerviosismo, tristeza, apatía, etc.): ¿desde cuándo se siente usted así?, ¿a qué cree usted que se deben?, ¿los relaciona con algo?.
- Últimamente, ¿ha sucedido algo en su vida que le preocupe o le produzca tristeza?, ¿tiene algún problema: con su pareja?, con sus hijos/as?, con alguien de su familia?, en el trabajo?.
- Parece como si estuviera alerta, asustada, ¿qué teme?.
- ¿Tiene alguna dificultad para ver a sus amistades o familiares?, ¿qué le impide hacerlo?.

Tabla 8. Estrategia de atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha, pero que no reconoce que es víctima de malos tratos.

- Informar a la mujer de la situación en que se encuentra. Transmitirle que no está sola.
- Trabajo en la consulta y seguimiento de la mujer: acompañar a la mujer en el reconocimiento de la situación de violencia y en la toma de decisiones de manera empática.
- Atención de los problemas físicos, psíquicos o sociales, encontrados.
- Ofertar, si es posible, la participación en intervenciones grupales (grupos de mujeres en el centro o en otros recursos de la zona).

3.1.3. Evaluación del riesgo de homicidio/suicidio

Analizar (A)

La confirmación de un caso de malos tratos es la confirmación de un problema de salud que el personal sanitario debe atender como cualquier otro problema de salud que pudiera detectar en la consulta. Esta atención será distinta según la situación de peligro en la que se encuentre la mujer. Para caracterizar esta situación de peligro se valora el riesgo de homicidio o suicidio de la paciente utilizando el **Cuestionario de Valoración del Riesgo DA (DA**, por el inglés de "Danger Assessment"). Este cuestionario incluye 11 preguntas y ha sido adaptado en nuestro contexto cultural.¹¹ El cuestionario, así como la forma de determinar el nivel de riesgo se indica en el anexo apartado 6.2. En los casos que se obtenga un nivel de riesgo no extremo, el personal sanitario, podrá marcar, si lo considera oportuno, que se trata de un riesgo extremo dada la situación psicosocial de la mujer.

La descripción del plan de intervención a seguir en función de estas dos posibles situaciones, se detallan en el apartado siguiente. En función del nivel de riesgo se instaurará un plan de intervención específico.

3.2. Plan de intervención

Como ya se ha indicado anteriormente, el plan de intervención se realizará en función del nivel de peligro. En este sentido, se distinguen dos tipos de planes: a) plan de intervención cuando la mujer no se encuentra en situación de peligro extremo (tabla 9) y b) plan de intervención cuando la mujer se encuentra en situación de peligro extremo (tabla 10).

El seguimiento periódico de los casos detectados es un elemento primordial. Este se realizará por el equipo sanitario, coordinado por trabajo social del centro sanitario. El primer seguimiento se realizará al mes de la detección y posteriormente con un intervalo máximo de seis meses.

Tabla 9. Plan de intervención cuando la mujer no se encuentra en peligro extremo.

1. La mujer rechaza ayuda en este momento.

La intervención se centrará en conseguir una cita de seguimiento, para la evaluación de su situación a corto o medio plazo. Es positivo comunicar a la víctima que lo sucedido no es culpa suya.

2. Informar a la mujer:

2.1. Sobre la situación en que se encuentra. Se le ayudará a asociar los síntomas detectados con la situación de violencia que sufre, teniendo presente el ciclo de la violencia y de sus efectos en todas las facetas de la salud. Seguir el ritmo de la mujer sin presionarla para que pueda expresarse con naturalidad

2.2. Sobre su derecho. Sobre la posibilidad de poner una denuncia o solicitar la orden de protección en el Juzgado de Guardia, la Comisaría de Policía o el Cuartel de la Guardia Civil

2.3. Sobre los recursos existentes.

3. Proporcionar la atención sanitaria necesaria:

3.1. Trabajo en la consulta y seguimiento individualizado:

Asistir las lesiones físicas o psíquicas

Ofrecerle visitas de seguimiento y valorar el riesgo de peligro de forma periódica

Informar a pediatría, si la mujer tiene hijos/as y a otro personal sanitario si tiene otros familiares dependientes de ella, si fuera necesario

Proponerle, si es posible, la participación en intervenciones grupales (grupos de mujeres del centro sanitario u otros cursos de la zona)

Entregarle el tríptico de "Recomendaciones de Seguridad" y resolver las dudas que la mujer tenga sobre él

3.2. Derivación interconsulta a otro personal del centro (previo consentimiento de la mujer):

Trabajo social, medicina, matronas/os, enfermería, etc., según sea necesario

4. Derivación (previo consentimiento de la mujer):

- Trabajo social de referencia de servicios sociales municipales
- Centro de especialidades (Traumatología, Ginecología, etc.)
- Hospital
- Unidad de Salud Mental

- Centros de Salud Sexual y Reproductiva
- Centros de Conductas Adictivas
- Recursos especializados para la mujer de la zona (centro mujer 24 horas, oficinas de asistencia a las víctimas del delito, trabajo social de los servicios municipales), etc.

Tabla 10. Plan de intervención cuando la mujer se encuentra en situación de peligro extremo.

1. Llamar al (previo consentimiento de la mujer):

- **112 para avisar** de la incidencia a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, para asegurar el acompañamiento de la mujer en todo momento.
- **900 580 888 para derivar a la mujer** al Centro Mujer 24 horas (asistencia durante 24 horas).

2. Proporcionar la atención sanitaria necesaria:

- Atender las lesiones físicas o psíquicas de forma urgente y si se estima oportuno, remitir al hospital más cercano o unidad de Salud Mental u otros servicios sanitarios especializados, según requiera el caso; **asegurándonos del acompañamiento de la mujer** en todo momento a través de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (**112**).
- Entregarle el tríptico de "Recomendaciones de Seguridad" y resolver las dudas que la mujer tenga sobre él.

3. Derivar con carácter urgente, asegurándonos del acompañamiento de la mujer en todo momento, a trabajo social del centro sanitario.

4. Ofertar visitas de seguimiento y valorar el riesgo de peligro de forma periódica, si las circunstancias lo permiten.

5. Informar a otro personal sanitario:

- Pediatría, en caso de que la mujer tenga hijos/as.
- Otro personal, si tiene otros familiares dependientes de ella, si fuera necesario.

6. Informar a la mujer:

- Sobre la situación de peligro en que se encuentra ella y sus hijos/as, si los hubiera.
- Sobre su derecho a presentar una denuncia o solicitar una orden de protección en el Juzgado de Guardia, la comisaría de Policía o el Cuartel de la Guardia Civil.
- Sobre los recursos existentes.

3.3. Informe Médico Por Presunta Violencia Género/Doméstica (IMPVG)

Como se ha indicado anteriormente, si se detecta un caso positivo de maltrato a través del cribado, o bien en aquellos casos que se atiende a una mujer con signos y síntomas evidentes de maltrato, existe la obligación legal de cumplimentar un informe médico. Esta cumplimentación debe realizarse por medio de la aplicación SIVIO. En función del tipo de violencia que se haya identificado, se generarán informes médicos específicos diferenciados (violencia de género, violencia doméstica, agresiones, agresiones sexuales). La aplicación generará dos copias, una se le entregará a la víctima y otra se enviará al Juzgado de Guardia, con la mayor brevedad posible. En determinados supuestos, se entregará una copia del informe a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado ([Instrucción 1/2019 de la Secretaría Autonómica de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública](#)).

3.4. SIVIO (Sistema de Información para la detección y actuación frente a la VIOLencia de género/doméstica)

Como se ha indicado anteriormente, para realizar el cribado universal y para cumplimentar un IMPVG se dispone de la aplicación **SIVIO**, que está integrada en las aplicaciones asistenciales (SIA, ORIÓN CLINIC, etc.). La aplicación es muy intuitiva y guía al personal sanitario en los distintos pasos a seguir. En la parte central de la pantalla, se muestra el **listado de casos, alertas, y posibles acciones** a realizar (nuevo caso, nuevo parte de lesiones) o bien continuar o consultar un caso ya declarado o continuar el plan de intervención de un caso declarado previamente. Dado que la VG es un proceso crónico, el plan de intervención a un caso nunca se cierra, por lo que se pueden continuar pautando distintas medidas de intervención a lo largo del tiempo, salvo que se declare un caso nuevo, por lo que se tendrá que pautar un nuevo plan de intervención para ese nuevo caso. En la parte izquierda de la aplicación, se muestra una serie de documentos de ayuda para poder guiar el cribado. Así mismo, hay una pestaña de indicadores donde cada personal sanitario podrá ver los indicadores de resultado de los cribados que haya realizado, los de su centro de salud y los de su departamento.

4. Recursos Específicos

Los recursos que se muestran a continuación son para el conjunto de la Comunitat Valenciana (tabla 11). En cada departamento de salud pueden existir otros recursos tanto provinciales como locales. Es recomendable disponer de un listado con esos otros recursos previamente elaborado con la ayuda del personal de trabajo social del centro sanitario y del Centro de Salud Pública del departamento de salud.

Tabla 11. Recursos específicos de atención a las mujeres víctimas de violencia de género

Recurso	Teléfono
Emergencias	112
Policía	091
Guardia Civil	062
Centro mujer 24 horas	900 580 888
Atención a Víctimas de Malos Tratos (24 horas)	016
Oficina de Asistencia a las Víctimas del Delito (OAVD). Consulta de urgencia, disponibilidad 24 horas:	
Alicante	965 935 714
Castellón	964 621 686
Valencia	961 927 154

Los centros mujer 24 horas son un recurso público, universal y gratuito de la Generalitat Valenciana de intervención en problemáticas de VG, en todas sus formas de: malos tratos físicos y/o psíquicos, abuso sexual, agresión sexual, acoso sexual, trata de mujeres con fines de explotación sexual, matrimonio forzado y mutilación genital.

Éstos funcionan las 24 horas, los 365 días del año. Es un servicio de atención ambulatoria y de urgencia que ofrece una respuesta inmediata, a través de una intervención psicológica, social y jurídica, mediante el servicio de atención telefónica o de manera presencial en cada una de sus sedes distribuidas por toda la Comunitat Valenciana.

En caso de agresión sexual y siempre que la víctima sea mujer de 14 o más años, el personal sanitario le ofrecerá la posibilidad de que una psicóloga de este recurso se persone en el centro sanitario donde se encuentre la víctima, con independencia de si ha denunciado o no, vaya acompañada de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad o sola. Si lo rechaza en ese momento, se le facilitará el teléfono de contacto, 900.580.888, para que pueda solicitar la asistencia en el momento que lo desee.

A continuación se muestra la relación de la red de Oficinas de Asistencia a las Víctimas del Delito (OAVD). Estas ofrecen un servicio gratuito y multidisciplinar, para las víctimas de delitos, pero también para las víctimas de violencia de género/doméstica. Ofrecen una asistencia integral y especializada, que incluye el asesoramiento jurídico y atención psico-

Relación de las OAVD según departamento de salud			
	OAVD	Teléfono	Correo electrónico
Departamento de Vinaroz	Vinaroz	964 468 608	victimes_vinaros@gva.es
Departamento de Castellón	Castellón de la Plana	964 621 686	victimes_castello@gva.es
Departamento de La Plana	Vila-real	964 738 273	victimes_vilareal@gva.es
Departamento de Sagunto	Sagunto	962 617 218	victimes_sagunt@gva.es
Departamento de Valencia Clínico - La Malva-Rosa	Massamagrell Valencia	961 456 042 961 927 154	victimes_massamagrell@gva.es victimes_valencia@gva.es
Departamento de Valencia Arnau de Vilanova-Liria	Liria Paterna Valencia	963 189 860 963 108 393 961 927 154	victimes_lliria@gva.es victimes_paterna@gva.es victimes_valencia@gva.es
Departamento de Valencia La Fe	Catarroja Valencia	961 964 954 961 927 154	victimes_catarroja@gva.es victimes_valencia@gva.es
Departamento de Valencia Dr. Peset	Valencia	961 927 154	victimes_valencia@gva.es
Departamento de Valencia - Hospital General	Picassent Torrente Valencia	963 425 194 961 552 223 961 927 154	victimes_picassent@gva.es victimes_torrent@gva.es victimes_valencia@gva.es
Departamento de Manises	Quart de Poblet Valencia	961 207 623 961 927 154	victimes_quart@gva.es victimes_valencia@gva.es
Departamento de Requena	Requena Utiel	963 189 929 962 173 126	victimes_requena@gva.es victimes_utiel@gva.es
Departamento de Gandía	Gandía Sueca	962 959 528 962 039 012	victimes_gandia@gva.es victimes_sueca@gva.es
Departamento de Denia	Denia	965 938 610	victimes_denia@gva.es
Departamento de Játiva-Onteniente	Játiva Onteniente	962 289 127 962 787 777	victimes_xativa@gva.es victimes_ontinyent@gva.es
Departamento de La Ribera	Alcira Sueca	962 469 809 962 039 012	victimes_alzira@gva.es victimes_sueca@gva.es
Departamento de Alcoy	Ibi Alcoy	965 318 904 965 533 935	victimes_ibi@gva.es victimes_alcoi@gva.es
Departamento de Marina Baja	Benidorm	966 878 822	victimes_benidorm@gva.es
Departamento de Alicante - H. General	Alicante	965 935 714	victimes_alacant@gva.es
Departamento de S. Juan- Alicante	Alicante	965 935 714	victimes_alacant@gva.es
Departamento de Elda	Elda	966 957 789	victimes_elda@gva.es
Departamento de Elche- Hospital General	Elche	966 917 073	victimes_elx@gva.es
Departamento de Elche - Crevillente	Elche	966 917 073	victimes_elx@gva.es
Departamento de Orihuela	Orihuela	965 315 768	victimes_orihuela@gva.es
Departamento de Torrevieja	Torrevieja	966 926 520	victimes_torrevieja@gva.es

lógica y social.

5. Referencias

1. WHO. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. García-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. *Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence*. Lancet 2002; 368:1260-69.
3. Montero I, Escriba V, Ruiz-Perez I et al. *Interpersonal Violence and Women's Psychological Well-Being*. J Womens Health. 2011;20:295-301.
4. Ruiz-Perez I, Plazaola-Castano J, Vives-Cases C et al. Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. Gac Sanit. 2010;24:128-35.
5. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Macroencuesta de violencia contra la mujer. Accedido 26/04/2018. Disponible: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/AVANCE_MACROENCUESTA_VIOLENCIA_CONTRA_LA_MUJER_2015.pdf
6. Ruiz-Cantero MT, Escribà-Agüir V. La violencia como problema de salud pública. En: Fernández-Crehuet Navajas, Gestal Otero JJ, Delgado Rodríguez M, Bolumar Montrull F, Piedrola Gil (Dir). *Medicina Preventiva y Salud Pública* (12ª edición). Barcelona: Elsevier-Masson; 2016.479-94.
7. Moyer VA. *Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. preventive services task force recommendation statement*. Ann Intern Med. 2013;158:478-86.
8. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. *Screening women for intimate partner violence in healthcare settings*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 7. Art. No.: CD007007. DOI: 10.1002/14651858.CD007007.pub3
9. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. *The world report on violence and health*. Lancet. 2002;360:1083-88.
10. Escriba-Aguir V, Ruiz-Perez I, Saurel-Cubizolles MJ. *Screening for domestic violence during pregnancy*. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2007;28:133-34.
11. Escribà-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Artazcoz L, Martín-Baena D, Royo-Marqués M, Vanaclocha-Espí M. *Validity And Reliability of The Spanish Version of The "Abuse Assessment Screen" Among Pregnant Women*. Public Health Nur. 2016; 33(3):264-72.

6.2. Cuestionario DA

Con la finalidad de valorar el nivel de riesgo que Ud. se encuentra como consecuencia de la situación de violencia que está viviendo, le vamos a formular una serie de preguntas, relacionadas con la persona que le está agrediendo (pareja/expareja, u otra personas cercana a Ud.).

		No	Sí
DN1. ¿Ha amenazado con matarle?		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
DN2. ¿Cree que es capaz de matarla?		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
DN3. En el último año, ¿ha aumentado la violencia emocional o física en severidad o frecuencia?		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
DN4. ¿Le persigue o le espía, le deja notas amenazantes o le deja mensajes, rompe sus cosas, o le llama cuando usted no quiere?		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
DN5. ¿Se pone celoso de forma violenta? (por ejemplo, dice "si yo no puedo tenerle, nadie te tendrá")		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
DN6. ¿Consume drogas? (como por ejemplo, estimulantes o anfetaminas, speed, polvo de ángel, cocaína, heroína, drogas de diseño o mezclas)		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
DN7. ¿Está en paro?		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
En alguna ocasión,	DN8. ¿La persona agresora ha amenazado o ha intentado suicidarse?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
	DN9. ¿Usted ha amenazado con suicidarse o lo ha intentado?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
	DN10. ¿La persona agresora ha usado algún arma contra Ud. o le han amenazado con ella?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
	DN11. ¿La persona agresora ha intentado estrangularla?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
	DN11.1. ¿Hace menos de una semana?*	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

*Sí marca que sí, se le indicará que se ponga en contacto con el personal médico para que valore signos de estrangulación.

Nivel de riesgo		Respuestas a la preguntas
Extremo	de muerte o	Contestar afirmativamente a DN1 o DN2 o DN11 y DN11.1 (valor sí) o bien
	psicosocial	Dar 4 o más respuestas afirmativas a las preguntas: DN3/DN4/DN5/DN6/DN7/DN8/DN9/DN10/ DN11y DN11.1 (valor no)
No Extremo		Diferente a riesgo extremo o bien ninguna respuesta afirmativa



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

**ESPAI SEGUR I LLIURE
DE VIOLÈNCIA DE GÈNERE**
ESPACIO SEGURO Y LIBRE
DE VIOLENCIA DE GÉNERO



016

