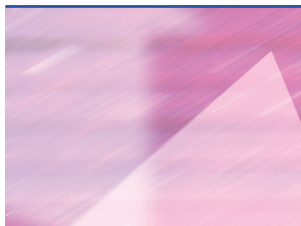

protocolo

de actuación en
atención primaria para
mujeres víctimas
de malos tratos



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA MUJERES VÍCTIMAS DE MALOS TRATOS. GRUPO DE TRABAJO

Alicia Aguado Gómez
(Enfermera. EAP de Polán)
Ana Almoguera Cabrera
(Enfermera. EAP "Benquerencia" de Toledo)
Sara Anibarro Pérez
(Pediatra. EAP "Palomarejos" de Toledo)
José Manuel Comas Samper
(Médico de Familia. EAP de La Puebla de Montalbán)
Fátima Corroto Rioja
(Enfermera. EAP Fuensalida)
Cristina de Castro Mesa
(Médico de Familia. EAP "Benquerencia" de Toledo)
Amparo Fernández-Valencia Escribano
(Trabajadora social. EAP "Benquerencia" de Toledo)
Adolfo García García
(Trabajador social. EAP "Palomarejos" de Toledo)
Isabel García Rodríguez
(Directora de Enfermería. Gerencia de AP de Toledo)
Francisco López de Castro
(Coordinador de la Unidad Docente. Gerencia de AP de Toledo)
M. Vega Martínez Escudero
(Médico de Familia. EAP de Menasalbas)
Victoria Méndez Cabeza
(Trabajadora social. EAP de La Puebla de Montalbán)
Nuria Orta Traverso
(Jefe de Sección de Promoción de la Salud.
Delegación Provincial de Sanidad de Toledo)
Begoña Viñas González
(Médico de Familia. EAP de Polán)
Almudena Viñas Vicente
(Pediatra. EAP de Illescas)

COORDINACIÓN Y TRATAMIENTO DE TEXTOS

Arturo Caballero Carmona
(Jefe del Servicio de Promoción de la Salud.
Dirección General de Salud Pública
y Participación. Consejería de Sanidad)
Olga Fernández Rodríguez
(Técnico de Salud. Gerencia de AP de Toledo)
Rosa M^a Modesto González
(Jefe del Servicio de Programas de Salud Pública.
Dirección General de Salud Pública y Participación.
Consejería de Sanidad)
Gonzalo Sánchez Sánchez
(Jefe del Servicio de Programas Asistenciales.
Dirección General de Asistencia Sanitaria. SESCAM)

EDITA

Consejería de Sanidad
Dirección General de Salud Pública y Participación

DISEÑO, MAQUETACIÓN E IMPRESIÓN

IMP Comunicación

DEPÓSITO LEGAL

PENDIENTE

Agradecimientos: a D. Juan Ramón Brigidano Martínez,
Magistrado del Juzgado de 1^a Instancia e Instrucción n^o 1
y Decano de Toledo. A D. Manuel Carlos Picazo González y
Dña M^a del Carmen Martín Parra, médicos forenses.

índice

05 INTRODUCCIÓN

08 DEFINICIONES Y CONSECUENCIAS

14 DATOS GENERALES

20 DETECCIÓN

- Entrevista
- Exploración física y psíquica
- Diagnóstico y tratamiento
- Otras medidas
- Derivaciones
- Seguimiento

34 CONSIDERACIONES LEGALES

- Malos tratos en el ordenamiento jurídico español
- Aspectos médico-legales
- Parte de lesiones. Importancia procesal

3

46 AGRESIÓN Y ABUSO SEXUAL

57 ALGORITMO DE ACTUACIÓN

60 ANEXOS

- Anexo 1. Guión de entrevista
- Anexo 2. Cuestionario Apgar familiar
- Anexo 3. Cuestionario MOS de apoyo social
- Anexo 4. Hoja de registro y seguimiento
- Anexo 5. Escrito de remisión y parte de lesiones
- Anexo 6. Recursos sociales en Castilla La Mancha

introducción

La violencia doméstica constituye un importante problema social de gran relevancia para la salud pública, que requiere para su abordaje la implementación de actuaciones multidisciplinarias e interinstitucionales. Estas estrategias deben incidir sobre las distintas fases de la historia natural del problema, desde su prevención y detección hasta el tratamiento y rehabilitación de las alteraciones biopsicosociales que genera.

En 1995, la ONU estableció entre sus objetivos estratégicos la lucha contra la violencia dirigida a las mujeres. Posteriormente, la OMS declaró en 1998 la violencia doméstica como una prioridad internacional para los servicios de salud. En el año 2002, la OMS ha dado a conocer un informe mundial sobre violencia y salud en el que presenta la violencia en su conjunto como una de las principales causas de muerte y lesiones no mortales en todo el mundo y en el que se realiza una exposición actualizada de las repercusiones de la violencia en la salud pública, a la vez que formula recomendaciones dirigidas a su prevención.

5

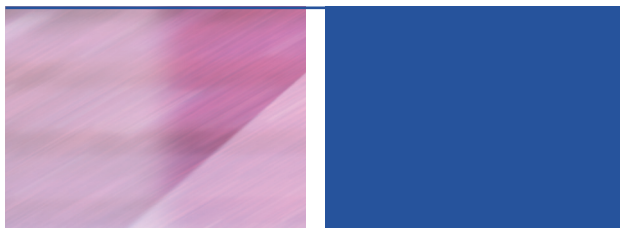
La violencia doméstica comporta graves riesgos para la salud de las víctimas tanto a nivel físico como psicológico. El impacto emocional que genera esta situación es un factor de desequilibrio para la salud mental tanto de las víctimas como de los convivientes.

Los profesionales sanitarios desempeñan un importante papel en la prevención, la detección, el tratamiento y la orientación de este complejo problema, en el que es imprescindible un abordaje integral y coordinado con profesionales de otras áreas e instituciones.

Se define la violencia como el uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte.

Definiciones

y consecuencias



El informe mundial sobre violencia y salud de la OMS del año 2002 define la violencia como “el uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte”. En el informe se describen los siguientes tipos de violencia:

- **Violencia familiar:** se define como los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos.
- **Violencia de género:** este término hace referencia a 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. Comprende la violencia física, sexual y psicológica incluidas las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de libertad, que ocurre en la vida pública o privada y cuyo principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer.
- **Violencia en la pareja:** se define como aquellas agresiones que se producen en el ámbito privado en el que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima. Dos elementos deben tenerse en cuenta en la definición: la reiteración o habitualidad de los actos violentos y la situación de dominio del agresor que utiliza la violencia para el sometimiento y control de la víctima.

Las formas de violencia pueden ser:

- **Física:** lesiones corporales infligidas de forma intencional: golpes, quemaduras, agresiones con armas, etc.
- **Psicológica:** humillaciones, desvalorizaciones, críticas exageradas y públicas, lenguaje soez y humillante, insultos, amenazas, culpabilizaciones, aislamiento social, control del dinero, impedir la toma de decisiones.
- **Sexual:** actos que atentan contra la libertad sexual de la persona y lesionan su dignidad: relaciones sexuales forzadas, abuso, violación.

En la etiología de la violencia doméstica se han identificado numerosos factores interrelacionados entre sí, entre los cuales cabe destacar desde el punto de vista epidemiológico, los que tienen su origen en la relación de desigual posición de la mujer tanto en las relaciones personales sociales como con su pareja y los que se deben a la aceptación de una cultura de la violencia en la resolución de conflictos y como instrumento de poder y dominio del fuerte frente al débil.

Es difícil establecer unos factores de riesgo para el maltrato doméstico a las mujeres, ya que no existe un perfil específico de mujer maltratada. Cualquier mujer, independientemente de su nivel cultural, social o económico puede ser víctima de malos tratos por parte de su pareja.

La mayoría de las mujeres que denuncian presentan alguna de las siguientes características: bajo nivel cultural o socioeconómico, aislamiento psicológico o social, baja autoestima, sumisión, dependencia económica de la pareja.

La gravedad de sus consecuencias físicas y psicológicas tanto para la víctima como para la familia hacen de la violencia doméstica un importante problema de salud con intensa repercusión social.

9

Consecuencias del maltrato para la mujer

A nivel físico: lesiones de todo tipo, traumatismos, heridas, quemaduras, relaciones sexuales forzadas, enfermedades de transmisión sexual, embarazos de riesgo y abortos, muerte.

A nivel psicológico: trastornos por estrés post-traumático, ansiedad, depresión, intentos de suicidio, abuso del alcohol, las drogas y los psicofármacos, trastornos por somatización, disfunciones sexuales, uso de la violencia con sus propios hijos.

A nivel social: aislamiento social, pérdida de empleo, absentismo laboral.

Consecuencias sobre los hijos como testigos de la violencia doméstica

Riesgo de alteración de su desarrollo integral, sentimientos de amenaza (su equilibrio emocional y su salud física están en peligro ante la vivencia de escenas de violencia y tensión), dificultades de socialización, adopción de comportamientos violentos con los compañeros, mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas y trastornos psicopatológicos secundarios, con frecuencia son víctimas de maltrato por el padre o la madre.

Definiciones y consecuencias

A largo plazo: violencia transgeneracional (se ha establecido relación entre los niños maltratados y el ejercicio de la violencia por parte de éstos en el ámbito de la futura familia) y tolerancia a situaciones de violencia.

Consecuencias para el agresor

Incapacidad para vivir una intimidad gratificante con su pareja, riesgo de pérdida de esposa e hijos, riesgo de detención y condena, aislamiento y pérdida de reconocimiento social, sentimientos de fracaso, frustración y resentimiento, rechazo familiar y social, dificultad para pedir ayuda psicológica y psiquiátrica.

La violencia en el ámbito familiar es mayoritariamente ejercida frente a la pareja o ex-pareja. La relación conyugal ocupa el 86% de los casos, siendo víctimas las mujeres en el 87% de las ocasiones, lo que evidencia patrones de dominación en la relación hombre-mujer.

Datos

generales



La incidencia real de este problema es desconocida. Las cifras correspondientes al número de denuncias presentadas y al número de mujeres fallecidas a manos de su cónyuge o pareja figuran en las tablas 1 y 2.

Tabla 1

PROGRESIÓN ANUAL DE DENUNCIAS 1999 - 2003					
Provincias	1999	2000	2001	2002	2003
Albacete	151	261	386	435	415
Ciudad Real	178	193	171	265	385
Cuenca	98	96	121	177	236
Guadalajara	80	128	171	143	191
Toledo	293	239	310	400	556
Total JCCM	800	917	1.159	1.420	1.783

Fuente: Informe de la Ley de Prevención de Malos Tratos y de Protección a Mujeres Maltratadas (2003). Instituto de la Mujer de Castilla La Mancha.

14

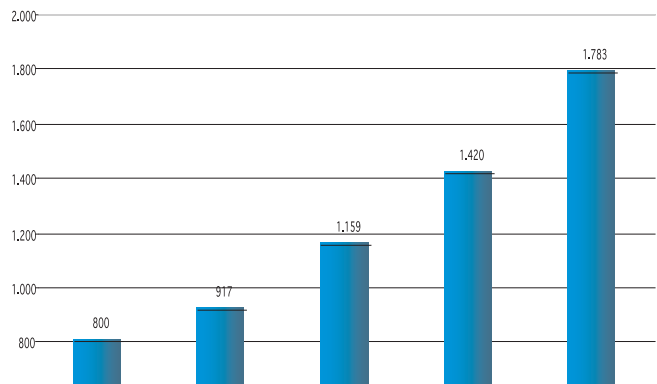
Tabla 2

PROGRESIÓN ANUAL DE DENUNCIAS 1999 - 2003 Tasa de denuncias por cada mil habitantes			
Provincias	2001	2002	2003
Albacete	1,08	1,18	1,13
Ciudad Real	0,36	0,55	0,80
Cuenca	0,61	0,88	1,17
Guadalajara	1,07	0,83	1,11
Toledo	0,60	0,75	1,04
Total JCCM	0,68	0,81	1,12

Fuente: Informe de la Ley de Prevención de Malos Tratos y de Protección a Mujeres Maltratadas (2003). Instituto de la Mujer de Castilla La Mancha.

El cómputo total de denuncias en el territorio de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha arroja un total de 1.783 a lo largo del año 2003. Se constata un importante aumento con un incremento medio anual de 246 (en números absolutos), lo que supone una progresión porcentual del 22%.

Figura 1. Evolución del número de denuncias



Fuente: Informe de la Ley de Prevención de Malos Tratos y de Protección a Mujeres Maltratadas (2003). Instituto de la Mujer de Castilla La Mancha.

En la siguiente tabla figuran la naturaleza de la infracción penal y delitos en función de la situación de los procedimientos judiciales.

15

Tabla 3

COMPARATIVA ANUAL DE LAS INFRACCIONES PENALES													
NATURALEZA DE LA INFRACCIÓN PENAL / DELITOS	TOTAL JCCM 2001				TOTAL JCCM 2002				TOTAL JCCM 2003				
Delitos	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
Abusos Sexuales	5	1	1	0	2	1	0	0	6	0	0	0	0
Asesinato Consumado	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Asesinato Intentado	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Amenazas	112	4	3	2	104	0	3	0	63	2	13	0	0
Otra agresión sexual	3	0	0	0	4	1	1	0	4	1	0	0	1
Quebrantamiento de Medidas Cautelares	0	0	0	0	2	2	0	0	14	4	2	0	0
Violación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Homicidio Consumado	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Homicidio Intentado	0	0	0	0	2	2	1	0	1	0	0	0	0
Homicidio Imprudente	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Lesiones Simples o Cualificadas	128	11	3	1	111	10	13	0	115	23	18	3	4
Total Delito	249	16	7	3	226	17	18	0	205	31	33	3	5

1- Incoada. 2- Calificada. 3- Condenatoria. 4- Absolutoria. 5- Confirmatoria.
Fuente: Informe de la Ley de Prevención de Malos Tratos y de Protección a Mujeres Maltratadas (2003). Instituto de la Mujer de Castilla La Mancha.

La tabla 4 describe el parentesco de la víctima con el agresor. La violencia en el ámbito familiar es mayoritariamente ejercida frente a la pareja o ex-pareja. La relación conyugal ocupa el 86,68% de los casos, siendo víctimas las mujeres en el 87,41% de las ocasiones, lo que evidencia patrones de dominación en la relación hombre-mujer.

Tabla 4.

PARENTESCO DE LA VÍCTIMA CON EL AGRESOR							
PARENTESCO	Albacete	C. Real	Cuenca	Guadalajara	Toledo	Total	%
Cónyuge/Ex cónyuge	247	207	130	89	297	970	60,40
Pareja de Hecho/ Ex pareja	134	73	50	33	9	422	26,28
Hijos/as propios/as	9	33	18	16	4	80	4,98
Hijos/as del cónyuge	1	1	4	1	1	85	0,50
Pupilo	0	0	0	0	0	0	0,00
Progenitor (padre/madre)	34	1	14	8	12	69	4,30
Ascendiente (abuelo/a)	0	2	0	0	0	2	0,12
No clasificados	10	16	12	15	1	54	3,36
Nieto/a	0	0	0	1	0	1	0,06
TOTAL						1.606	

Fuente: Informe de la Ley de Prevención de Malos Tratos y de Protección a Mujeres Maltratadas (2003). Instituto de la Mujer de Castilla La Mancha.

En la tabla 5 figura la edad de las víctimas. El grupo de edad más afectado por la violencia doméstica es el de las mujeres entre 31 y 50 años.

Tabla 5.

EDAD DE LAS VÍCTIMAS/PORCENTAJES						
EDAD DE LAS VÍCTIMAS	2001	%	2002	%	2003	%
Menos de 18 años	40	3,58	45	3,49	31	2,66
Entre 18 y 30 años	308	27,55	392	30,41	387	33,16
Entre 31 y 50 años	614	54,92	700	54,31	564	50,9
Más de 50 años	156	13,95	152	11,79	155	13,28
TOTALES	1.118	100	1.289	100	1.167	100

Fuente: Informe de la Ley de Prevención de Malos Tratos y de Protección a Mujeres Maltratadas (2003). Instituto de la Mujer de Castilla La Mancha.

Los datos obtenidos de la anamnesis, exploración física e historia social y familiar de la paciente pueden orientar al profesional sanitario sobre la existencia de malos tratos.

Detección



Los profesionales de atención primaria se encuentran en una posición privilegiada para detectar posibles situaciones de violencia doméstica a través de la consulta programada, a demanda y de urgencia.

La identificación de las víctimas de maltrato es una tarea difícil, ya que la mujer no suele estar dispuesta a manifestar su situación de abuso o maltrato, llegando incluso a negarlo. Las mujeres que vienen a consulta declarando que han sufrido una agresión física son tan solo una pequeña parte de las que sufren violencia. Muchas acudirán a la consulta reiteradamente con síntomas inespecíficos, motivos banales, manifestaciones somáticas o trastornos psíquicos poco específicos que pueden ocultar una situación de malos tratos, ya que la misma hiperfrecuentación de la consulta puede constituir una llamada de atención de la mujer ante un problema que no se atreve a revelar directamente.

El diagnóstico de una situación de maltrato se iniciará con la identificación de la posible existencia de los síntomas y señales que figuran en la tabla 6. Los datos obtenidos de la anamnesis, exploración física e historia social y familiar de la paciente pueden orientar al profesional sanitario sobre la existencia de malos tratos.

20

Tabla 6. Signos y señales de alerta de maltrato

SÍNTOMAS FÍSICOS (trastornos mal definidos y recurrentes en los que no se evidencia patología orgánica en los exámenes realizados)	• Cefalea. • Dolor torácico y/o palpitaciones. • Dolor osteoarticular de diferentes localizaciones. • Trastornos digestivos. • Parestesias, mareos inespecíficos. • Trastornos del sueño. • Astenia.
LESIONES O DAÑOS FÍSICOS	• Traumatismos de diversa intensidad, fracturas. • Hematomas en diferentes fases evolutivas. • Quemaduras, erosiones. • Epistaxis frecuentes. • Fracturas de tabique nasal de repetición. • Pérdida de piezas dentales. • Enfermedades de transmisión sexual.
SÍNTOMAS PSÍQUICOS	• Trastornos ansioso-depresivos. • Confusión, inseguridad, miedo, accesos de llanto. • Hipervigilancia. • Ideación suicida. • Trastornos de la alimentación. • Abuso de sustancias (tóxicos, psicofármacos).

SEÑALES SOCIALES	• Aislamiento social. • Bajas laborales de repetición.
SEÑALES EN EMBARAZADAS	• Retraso en la solicitud de asistencia prenatal. • Desnutrición. • Depresión. • Abuso de sustancias. • Abortos “espontáneos” frecuentes. • Partos prematuros. • Recién nacido de bajo peso al nacer. • Lesiones fetales.
ACTITUD DE LA MUJER	• Angustiada, más triste. • Temerosa, asustadiza. • Tendencia a la infravaloración, baja autoestima. • Actitud vergonzosa, sumisa. • Comportamiento evasivo para proporcionar información. • Relato discordante con las lesiones. • Solicitud tardía de asistencia a las lesiones. • Agotamiento físico y psíquico. • Incumplimiento terapéutico reiterado. • Anulación de las citas concertadas o ausencia reiterada a las mismas.
ACTITUD DEL ACOMPAÑANTE (si es la pareja)	• Excesiva preocupación por su pareja o, por el contrario, comportamiento despectivo. • Intenta controlar la entrevista. • Responde a las preguntas de forma continuada sin dejar intervenir a la mujer.

En los casos de sospecha o en que se aprecien signos y síntomas indicativos de malos tratos, es necesario llevar a cabo una serie de actuaciones que conduzcan a la identificación del posible caso.

1. ENTREVISTA

La actitud que tomen los profesionales ante esta situación marcará la evolución de todo el proceso diagnóstico y terapéutico. La empatía y el acercamiento a la paciente sin reparos ni juicios previos favorecen la comunicación. El exceso de respeto hacia este tema, el miedo a implicarse y a la afectación personal se convierten en obstáculos que dificultan una correcta relación.

- Debe crearse un clima de confianza donde la paciente se sienta protegida y comprendida.

- Establecer una escucha activa que permita captar lo que expresa verbalmente la paciente, la carga emocional asociada y las demandas implícitas en la comunicación.
- Aclarar desde el principio las siguientes cuestiones:
 - que se cree su versión y que es entendida.
 - que no tiene por qué sufrir maltrato.
 - que el maltrato no es inherente a la vida en pareja.
 - que se le puede ofrecer ayuda y apoyo.
 - que no es un hecho aislado, sino que se trata de una situación que afecta a millones de mujeres en todo el mundo.
 - reforzar el mensaje de su derecho a vivir sin violencia.
- Evitar los consejos y la toma de decisiones por la paciente. No emitir juicios sobre la situación. Nunca aconsejar que intente detener la violencia adaptándose a los requerimientos y forma de ser de su pareja, pues de forma indirecta podemos transmitir que ella es responsable de dicha violencia si no se somete.
- En el supuesto de que la mujer no quiera o pueda hablar del tema y exista una sospecha firme de presencia de malos tratos, se debe transmitir un alto grado de interés en el tema y que en cualquier momento podrá acudir a la consulta para tratarlo. El hecho de aceptar que se es víctima de malos tratos supone un shock para la mujer, costándole reconocer que se halla inmersa en un ciclo de violencia. Además, muchas mujeres que se saben maltratadas no quieren que se conozca su situación ni denunciar a su pareja.
- Si se desea estructurar la entrevista para conocer el tipo de maltrato, puede emplearse el guión que se encuentra en el anexo 1, el cual permite una indagación paulatina. Se inicia con preguntas sencillas que introducen la situación, para pasar a valorar el tipo de relación que mantiene con su pareja e introducir cuestiones acerca del maltrato psíquico y físico. Se pregunta sobre las distintas modalidades de violencia física especificando preguntas sobre empujones o patadas ya que, muchas veces, las personas maltratadas no consideran estos actos como formas de violencia. Por último, se indagará sobre formas más graves de agresión como palizas y relaciones sexuales forzadas.
- Aunque no está diseñado para este fin, otra alternativa sería la utilización como método de despistaje inicial del Cuestionario Apgar familiar (anexo 2), ya que permite evaluar de forma sencilla el grado de satisfacción que tiene la encues-

tada con respecto al funcionamiento familiar. Sirve para detectar una disfunción familiar pero no para diagnosticarla.

- En la entrevista, además se valorará:
 - La situación familiar: apoyo de familiares, relaciones con estos, tipo de vivienda, número de convivientes. El genograma es la herramienta informativa de elección.
 - La situación social: amigos y vecinos, si dispone de algún lugar donde vivir en el caso de que abandone el domicilio.
 - Los recursos económicos con los que cuenta, si tiene algún tipo de cualificación laboral que le permita acceder al mercado laboral.

Puede utilizarse el cuestionario MOS (anexo 3), diseñado para su utilización en Atención Primaria como herramienta de valoración del apoyo social.

2. EXPLORACIÓN FÍSICA Y PSÍQUICA

Presencia de lesiones físicas: se debe examinar todo el cuerpo de la paciente. Los maltratadores “aprenden” a pegar y con el tiempo suelen hacerlo en zonas que quedan ocultas. En caso de encontrar lesiones, deben consignarse los siguientes aspectos en la historia clínica:

- naturaleza (contusión, hematoma, erosión, herida, excoración, mordedura, quemadura), forma y longitud.
- disposición: es frecuente que existan lesiones frontales en cabeza, cuello, tórax, abdomen y genitales. Se prestará atención a la posible existencia de lesiones indicativas de defensa, como hematomas en la cara interna de antebrazos y lesiones en zonas no visibles.
- data de las lesiones (tabla 7). Esta información es prioritaria para precisar la evolución, así como para la valoración pericial del forense en caso de iniciarse un proceso judicial.

Tabla 7

Coloración de las lesiones en función del tiempo de evolución	
Coloración	Tiempo de evolución
Negro – azul oscuro	Inmediato (< 1 día)
Rojo, violáceo	1 – 5 días
Rojo púrpura	5 – 7 días
Verdoso	7 – 10 días
Amarillento	> 2 semanas

Realización de diagnóstico diferencial con lesiones accidentales: es infrecuente que un traumatismo casual ocasione lesiones bilaterales o en regiones parietales, si el golpe fue craneal. Ante una caída fortuita, los hematomas suelen aparecer en la parte externa de las extremidades y no en las zonas internas.

Fotografía de las lesiones: cuando sea posible y siempre con previo consentimiento informado de la paciente (a ser posible por escrito), haciendo constar la fecha en que se realizan y por quién. El método idóneo son las cámaras instantáneas. En el caso de utilizar carretes estándar, guardarlos en un sobre sellado y debidamente identificado.

Valoración de daño psíquico: debe explorarse la respuesta psíquica inmediata o tardía, según el momento en el que se evalúe a la paciente (tabla 8), teniendo en cuenta:

- Las **circunstancias** que lo originaron.
- La existencia de factores **agravantes de la vivencia**, como pueden ser la utilización de armas o el ensañamiento.
- La **valoración subjetiva** que hace la paciente.

Tabla 8

Respuesta psíquica en función de la temporalidad	
RESPUESTA PSÍQUICA INMEDIATA (Va perdiendo intensidad con la desaparición del hecho puntual)	RESPUESTA PSÍQUICA TARDÍA (Se encuentra en relación con la vulnerabilidad de la víctima)
Shock emocional	Síntomas psicossomáticos
Negación de lo sucedido	Molestias inespecíficas
Confusión	Trastornos del sueño
Abatimiento	Depresión-ansiedad
Temor a una nueva agresión	Baja autoestima
Sensación de culpabilidad y vergüenza	Trastorno por estrés postraumático

- **Valoración emocional:** pueden usarse tests validados, como el General Health Questionnaire (GHQ-28*), la escala de depresión-ansiedad de Goldberg y los criterios diagnósticos del DSM- IV.
- **Estimación del riesgo de suicidio:** la entrevista clínica proporcionará la clave diagnóstica. Los antecedentes familiares y personales en relación con este acto (suicidios consumados o intentos), enfermedades previas, malos tratos en la infancia, impulsividad... orientarán en la valoración del riesgo. Durante la entrevista se abordará directamente la existencia de ideas de suicidio y de planes concretos, así como si se encuentra en posesión de armas de algún tipo. En el cuadro 1 se exponen los signos de alarma de riesgo suicida.

Cuadro 1: Signos de alarma de riesgo suicida.

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

25

Valoración del riesgo vital: es imprescindible estimar el riesgo que corre la paciente en caso de que no desee abandonar el hogar. Se preguntará a la mujer:

- si cree que es seguro volver a casa.
- si cree que cuenta con familiares o amigos que le puedan acoger sin con-fabularse con el agresor.
- si teme por la seguridad de sus hijos.

* Cuestionario autoadministrado que evalúa patología psíquica leve, síntomas físicos y disfunción social. Intenta reflejar la situación del paciente en la semana previa a la entrevista. Esta versión de 28 ítems es muy utilizada en Atención Primaria y se divide en cuatro subescalas: síntomas somáticos, angustia / ansiedad, disfunción social y depresión.

Las circunstancias que pueden ocasionar un agravamiento de la violencia o el homicidio de la paciente son los que quedan reflejados en el cuadro 2:

Cuadro 2: Indicadores de riesgo vital en caso de violencia doméstica.

- Consumo de drogas o abuso de alcohol por la pareja.
- Aumento de la frecuencia de los episodios violentos.
- Lesiones graves.
- Malos tratos a hijos u otros miembros de la familia.
- Cambios en la situación laboral del agresor.
- Tramitación de separación.
- Violencia sexual.
- Fracaso de los sistemas de apoyo familiares y sociales.
- Conducta vigilante, celos patológicos por parte agresor.
- Intentos de suicidio o llamadas de atención de la paciente.

26 Es una premisa esencial no subestimar el riesgo. Si se detecta alguno de los anteriores indicadores o la paciente asegura que se encuentra en situación de riesgo vital, hay que darle credibilidad y adoptar las medidas pertinentes.

3. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Con los datos de la entrevista y la exploración física y psíquica es posible establecer un diagnóstico así como un plan de medidas encaminadas a la atención de la víctima. Las medidas pueden contemplar la instauración de tratamiento médico y farmacológico, derivación al dispositivo asistencial especializado, derivación a los servicios sociales, cumplimentación y remisión del parte de lesiones.

Debe realizarse el tratamiento de las lesiones físicas. En el caso de tener que prescribir psicofármacos, valorar siempre la necesidad de no mermar las capacidades de la mujer (que debe estar alerta ante un nuevo ataque) así como de los posibles intentos de autolisis. En estos casos, evitar los hipnóticos y los antidepresivos tricíclicos. La terapia familiar no está indicada mientras persista la violencia.

En los supuestos de agresiones sexuales se seguirán las recomendaciones sobre prevención de embarazo y enfermedades de transmisión sexual que se indican en el capítulo específico.

4. OTRAS MEDIDAS A ADOPTAR

Se facilitará la información necesaria para que la víctima comprenda la situación que está viviendo, proporcionándole una visión sin distorsiones de la realidad e intentando romper su aislamiento. Así mismo, se informará sobre los recursos sociales y los teléfonos de emergencia disponibles.

El profesional sanitario puede sentirse frustrado porque la mujer no muestre intención de abandonar al maltratador de inmediato. Se deberá tener la precaución de no transmitir el mensaje de decepción (se iniciaría un proceso de victimización secundaria). Es necesario informar del valor de presentar una denuncia firme, pero la paciente es quien debe decidir y lo hará cuando esté preparada para ello.

Una vez establecido el nivel de riesgo, se recomienda actuar siguiendo las pautas que figuran en el cuadro 3.

Cuadro 3: Pautas de actuación en función del riesgo.

SITUACIÓN DE RIESGO INMEDIATO

- Emisión del parte de lesiones, si procede.
- Comunicación inmediata a los Cuerpos de Seguridad (Policía Nacional, Local o Guardia Civil, en función de la localidad y recursos disponibles), que pondrán en marcha los mecanismos de protección pertinentes.
- Derivación urgente a un centro hospitalario, si las lesiones que presenta la paciente así lo requieren.

SITUACIÓN DE RIESGO NO INMEDIATO

- Cumplimentar informe médico y parte de lesiones en los casos que así lo requieran.
- Establecer un plan de seguridad con la mujer.
- Informar de los recursos sociales disponibles (servicios sociales, centros de la mujer).
- Pautar el tratamiento necesario y realizar las derivaciones pertinentes.
- Comunicar el caso al trabajador social del centro y/o servicios sociales locales.
- Si la mujer tiene hijos pequeños, informar al pediatra.
- Establecer visitas de seguimiento periódicas.

Si la mujer no presenta un riesgo inmediato, se debe trazar con ella una estrategia de seguridad y un plan de huida, para aplicar si es necesario.

Si ha decidido abandonar el hogar, es recomendable dar los siguientes consejos:

- Elegir un momento en que la situación en el hogar sea tranquila.
- No dar ningún indicio de la intención de huida.
- Conocer previamente los lugares donde puede acudir.
- No difundir la dirección del lugar en el que se va a alojar.
- Evitar los lugares donde pueda encontrarse con el agresor.

En espera de encontrar el momento adecuado y ante la posibilidad de tener que marcharse de forma precipitada (por una situación de riesgo para su vida o la de sus hijos), es conveniente tener preparada una lista de teléfonos de amigos y familiares, así como tener depositados en algún lugar de confianza los siguientes documentos o fotocopias de los mismos y demás enseres que podrán ser necesarios y probablemente no tendrá oportunidad de recoger.

- 28
- Permiso de trabajo, si es de nacionalidad extranjera.
 - Medicinas habituales.
 - Ropa para la mujer y los niños.
 - Agenda de direcciones.
 - Certificados médicos.
 - Tarjeta sanitaria.
 - DNI.
 - Tarjetas de crédito.
 - Dinero para cubrir las necesidades básicas.
 - Llaves.

No hay que olvidar que las agresiones más violentas y, en muchos casos aquellas que acaban con la vida de la mujer, suceden cuando se están realizando los trámites de separación o cuando la mujer decide abandonar el domicilio conyugal.

La comunicación con el pediatra, cuando la mujer tiene hijos pequeños, es necesaria puesto que los niños pueden ser víctimas directas del maltrato o por las secuelas psicológicas que les puede ocasionar el hecho de ser testigos de la violencia ejercida contra su madre.

Un aspecto importante y que no debe ser olvidado es que, con frecuencia, el agresor y la agredida tienen asignado el mismo médico. No se debe comentar la situación con el presunto maltratador sin el permiso explícito de la víctima. Si ella

instara al profesional a realizar este contacto, deberá ser advertida de las posibles consecuencias negativas que pueden derivarse de este hecho.

5. DERIVACIONES

Las derivaciones que se realicen se registrarán en el informe para la historia clínica y en el parte de lesiones. Pueden realizarse derivaciones a:

- Servicios Sociales: notificación al trabajador social del centro de salud o a los servicios sociales del Ayuntamiento, quienes prestarán el asesoramiento y apoyo necesario.
- Centros de la mujer: si necesita ayuda legal o en caso de existir riesgo vital, para servicio en casa de acogida.
- Servicios de Urgencia Hospitalarios: en el caso de que las lesiones que presente la mujer así lo requieran.
- Servicios de Salud Mental: para el tratamiento y apoyo psicológico pertinente.
- Servicio de Ginecología de Urgencias: en caso de agresiones sexuales.
- Policía Nacional, Local o Guardia Civil, Policía Judicial o Juez de Guardia (en función de la localidad y de los recursos disponibles en ella): si la paciente desea interponer una denuncia.

29

6. SEGUIMIENTO

El seguimiento de la mujer maltratada debe ser realizado por personal socio-sanitario del equipo de Atención Primaria de forma individualizada, en función de las expectativas y demandas de la mujer. Se programarán consultas periódicas de seguimiento en las que se evaluará el estado de las lesiones previas y la posible aparición de otras nuevas, así como el estado psíquico de la mujer y la ideación suicida.

Se revisará:

- si se ha producido un incremento de la violencia o si ha cambiado el tipo de maltrato sufrido.
- si las agresiones se han extendido a otros miembros de la familia o convivientes en el mismo domicilio.
- si se ha modificado el riesgo vital por aparición de factores estresantes no existentes en visitas previas (consumo de tóxicos, pérdida del trabajo...).
- el estado de la red social de apoyo.
- el plan de seguridad.

En los controles de seguimiento se continuará trabajando con la paciente, reforzando ideas clave como que nadie merece ser maltratado y que los malos tratos no deben ser lo habitual en la relación de pareja. No emitir juicios ni tomar decisiones por ella.

En el anexo 4 se encuentra el modelo de hoja de registro para la historia clínica de la paciente donde consignar todos los datos resultantes del proceso de valoración del maltrato y su seguimiento.

“Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al tribunal competente, al juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratase de un delito flagrante” (Artículos 262 y 355 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal).

Consideraciones

legales



1. LOS MALOS TRATOS EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO ESPAÑOL

Los malos tratos y la violencia doméstica quedan tipificados como delito en el **artículo 153 del Código Penal**:

"El que habitualmente ejerza violencia física sobre su cónyuge o persona a la que se halle ligado de forma estable por análoga relación de afectividad o sobre los hijos propios o del cónyuge o conviviente, pupilos, ascendientes o incapaces que con él convivan o que se hallen sujetos a potestad, tutela, curatela o guarda de hecho de uno u otro, será castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años, sin perjuicio de las penas que pudieran corresponder por el resultado que, en cada caso, se causare".

Este artículo no sólo pretende la protección de la vida, salud o integridad física de las personas, sino también otros bienes como la integridad moral, la paz y el orden familiar.

34

La habitualidad de los actos violentos sólo se castiga cuando recae en determinadas personas que pertenecen al grupo familiar. Fuera de este ámbito, la conducta violenta habitual sólo se castigará por la suma de las penas correspondientes a cada uno de los actos individuales. La acreditación de la habitualidad, pese a la inexistencia de condenas anteriores por los actos que la integran, puede realizarse a través de la declaración de la víctima, por el contenido del parte de lesiones o por cualquier medio probatorio, como las declaraciones testificales sobre el comportamiento habitualmente violento del acusado. También quedaría acreditada si a consecuencia de un informe pericial forense se evidencian resultados lesivos que por su diferente evolución hubieran sido necesariamente causados en distintas y repetidas ocasiones.

En el **artículo 617.2 del Código Penal** se establece:

"El que golpear o maltratar a obra a otro sin causarle lesión será castigado con la pena..."

"Cuando los ofendidos sean el cónyuge o persona con quien se halle ligado de forma estable por análoga relación de afectividad o los hijos propios o del cónyuge o conviviente, pupilos o ascendientes, siempre que con él convivan, la pena será la de arresto de tres a seis fines de semana o multa de uno a dos meses".

La **Ley Orgánica 14/1999** de 9 de junio de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjui-

ciamiento Criminal, surge como medio para dar cobertura al plan de acción contra la violencia doméstica. Esta Ley introduce las siguientes innovaciones:

- La prohibición de aproximarse a la víctima o incluso de residir en determinado lugar, en un período que varía entre 6 meses y 5 años, en función de la gravedad del delito.
- La tipificación como delito específico de la violencia psíquica ejercida de forma habitual sobre las personas próximas.

En Castilla La Mancha, la **Ley 5/2001** de 17 de mayo de *prevención de malos tratos y de protección a las mujeres maltratadas* tiene por objeto prevenir la violencia contra las mujeres así como proteger y asistir a las víctimas, a través de medidas de sensibilización (investigación, educación, formación...), de acción preventiva (creación de nuevos centros de la mujer, servicio de atención permanente...) y de atención a las víctimas (creación de centros de urgencia y casas de acogida, mejorar el acceso a la vivienda, favorecer la integración socio-laboral...).

El abuso sexual queda tipificado en el **artículo 178 del Código Penal**.

35

La Ley **27/2003** de 31 de Julio (B.O.E. 1 de agosto) reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de Violencia Doméstica, en su exposición de motivos indica que esta iniciativa responde a la necesidad de dar una respuesta integral. La Ley unifica los distintos instrumentos de amparo y tutela a las víctimas a través de un procedimiento judicial rápido y sencillo.

La solicitud de orden de protección puede plantearse por la propia víctima o sus familiares, de oficio o a instancia del fiscal (aunque si no media denuncia esta posibilidad no parece viable) y también por las entidades u organismos asistenciales, públicos o privados que tuvieran conocimiento del delito. Se dicta por el Juez de Instrucción cuando se produce una situación objetiva de riesgo para la víctima.

La mayor novedad consiste en que un mismo Juez, el Juez de Instrucción de Guardia, podrá adoptar medidas de protección de carácter penal como son las medidas de alejamiento y medidas de carácter civil en la primera comparecencia o juicio que se celebre, debiendo ser en el plazo más breve posible y en todo caso antes de que transcurran 72 horas desde que se solicitó.

Las medidas de orden penal o de alejamiento pueden consistir en la prohibición al denunciado de residir en un determinado lugar, acudir a determinados lugares y aproximarse o comunicarse con la víctima y/o su entorno (familia, compañeros de trabajo, etc.).

Las medidas de orden civil son las siguientes: determinar la custodia, visitas, comunicación y estancia de los hijos comunes menores de edad, la atribución del uso del domicilio familiar, las pensiones alimenticias para los hijos y cualquier otra que el Juez considere oportuna para apartar a los menores de peligros o evitarles perjuicios.

Es importante señalar que estas medidas de carácter civil sólo tendrán vigencia durante treinta días, teniendo obligatoriamente la víctima que solicitar ante el Juez civil competente y en el procedimiento de familia que corresponda que las mismas sean ratificadas, modificadas o dejadas sin efecto. Si no lo hace, las medidas adoptadas perderán su validez.

Por último, esta Ley establece que la orden de protección confiere a la víctima un estatuto integral de protección que comprenderá además de las referidas medidas civiles y penales, aquellas otras medidas de carácter social establecidas en el ordenamiento jurídico y que la orden podrá hacerse valer ante cualquier autoridad y Administración Pública.

36 La única medida de asistencia social establecida para todo el territorio nacional es la posibilidad de que las personas que tengan la condición de víctimas de violencia doméstica puedan acceder a la renta activa de inserción, siempre que carezcan de ingresos y reúnan, además, los requisitos exigidos en el **Real Decreto 945/2003** de 18 de Julio (B.O.E. 6 de agosto), en el que también se establece una ayuda económica única para cambio de residencia a estas víctimas.

Con posterioridad a esta Ley, se ha modificado esta materia en el Código Penal por la **Ley Orgánica 11/2003** de 29 de septiembre (B.O.E. 30 de octubre) de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros.

La modificación más destacable de las introducidas por esta Ley en materia de violencia doméstica, es que las conductas que hasta entonces venían siendo consideradas como falta son ahora consideradas como delito, cuando la relación entre agresor y víctima es familiar o análoga.

Además, se establece la posibilidad de que el Juez o Tribunal, al juzgar un delito de maltrato en el ámbito familiar, si lo considera adecuado establezca —como pena accesoria— la privación del ejercicio de la patria potestad durante determinado periodo de tiempo sobre los hijos menores.

Por otra parte, la relación de parentesco o análoga se amplía también al excónyuge o persona a la que se haya estado ligado por análoga relación de afectividad, haya habido o no convivencia entre víctima y agresor.

El avance legislativo más reciente se encuentra en la publicación de la **Ley Orgánica 1/2004** de 28 de diciembre (B.O.E. 29 de diciembre), de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. En su título I destina el capítulo III al ámbito sanitario, contemplando actuaciones de detección precoz y apoyo asistencial a las víctimas, así como la necesidad del diseño de protocolos sanitarios para su aplicación ante las agresiones derivadas de la violencia objeto de esta Ley, que se remitirán a los tribunales correspondientes para agilizar el procedimiento judicial. También se crea en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud una comisión encargada de apoyar técnicamente, coordinar y evaluar las medidas sanitarias establecidas en esta Ley.

Desde el punto de vista procesal, en el título V capítulo I se crean los juzgados de Violencia sobre la Mujer, con competencia para conocer en el orden penal y civil.

2. ASPECTOS MÉDICO-LEGALES

37

La respuesta del profesional sanitario ante una caso de violencia en el ámbito doméstico no debe limitarse a la atención clínica individual, ya que ésta actuación debe ir acompañada de las recomendaciones que eviten la exposición al daño y la declaración obligatoria por medio del parte de lesiones, para que desde las diferentes instituciones se pueda abordar el problema en su vertiente social y procesal.

Un hecho violento tiene dos consecuencias fundamentales. Por una parte, la pérdida de la salud de la víctima y por otra, el quebrantamiento de la norma jurídica. Un acto de violencia implica que estamos ante un problema de salud con repercusiones jurídicas.

Desde el punto de vista legal, procesalmente interesa el resultado de la agresión por las lesiones sufridas, que han de ser valoradas para establecer una reparación y una condena proporcional a las mismas. Para abarcar de una manera integral los casos de violencia doméstica es necesario proporcionar un tratamiento correcto ante las lesiones físicas y psíquicas pero además, debe ponerse en conocimiento de la autoridad judicial la posible existencia de un delito. Se trata de una obligación que surge de un imperativo legal, al margen de la obligación moral. Existe por tanto una obligación que emana de la Ley y su incumplimiento puede traducirse para el sanitario en una infracción merecedora de sanción.

Los **preceptos legales** de los que se deriva la obligatoriedad de poner en conocimiento de la autoridad judicial el posible hecho delictivo son los que figuran en los **artículos 262 y 355 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECrim)**.

El primero de ellos dice: *“Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al tribunal competente, al juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratase de un delito flagrante”*.

Este artículo, en su párrafo tercero, hace una referencia específica a los profesionales sanitarios y recoge: *“Si la omisión en dar parte fuese un profesor en Medicina, Cirugía o Farmacia y tuvieren relación con el ejercicio de sus actividades profesionales [...]”,* presentando esta situación como de mayor gravedad.

En el segundo de los artículos referidos se especifican aún más los hechos y la participación de los profesionales de la salud. Así, en el artículo 355 de la LECrim se establece:

38

“Si el hecho criminal que motive la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones los médicos que asistieran al herido estarán obligados a dar parte de su estado y adelantos en los periodos que se les señalen [...]”.

Desde el punto de vista práctico, conviene insistir en algunas cuestiones que pueden inducir a error, sobre todo al tomar estos dos artículos de manera aislada del articulado completo de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Se trata de una Ley de 1882 y en la redacción del texto las referencias a los profesionales vienen matizadas por las circunstancias de finales del siglo XIX. Por tanto, no hay que hacer una lectura literal y sí captar el sentido amplio del artículo 262. Algunos de los puntos de mayor interés práctico son:

- Cuando se refiere *“al que por razón de sus cargos, profesiones u oficios”* indica que es una obligación de cualquier profesional, sea éste de la medicina, de enfermería, trabajo social, psicología o cualquier otro.
- La obligación del profesional es poner en conocimiento de la autoridad judicial el resultado de una situación en la que se puede haber producido un delito o una falta de lesiones, y no hacer una denuncia, que se refiere a unos hechos, personas y circunstancias particulares. El profesional que atiende a la víctima de la agresión lo único que hace es comunicar las circunstancias que su trabajo le ha revelado, pero no denuncia unos hechos concretos ocurridos en unas determinadas circunstancias y protagonizados por unas personas específicas.

- Tampoco tiene por qué poner en conocimiento de la autoridad judicial la existencia de un delito sin lugar a dudas; es decir, no ha de estar en el convencimiento pleno de que lo que ha ocurrido es un delito o una falta recogidos en el Código Penal para que sea entonces cuando emita el parte de lesiones. El sentido que guarda la Ley es que ante el conocimiento de un posible hecho delictivo, éste sea a su vez puesto en conocimiento de quien puede investigar lo ocurrido, tanto desde el punto de vista del resultado por medio de la investigación médico-forense de las lesiones, como desde la averiguación de lo ocurrido a través de las declaraciones de los implicados y de la investigación policial.

El profesional sanitario puede plantearse la competencia de la investigación sobre los hechos ocurridos y amparándose en esta actitud, no emitir el parte de lesiones. Esta circunstancia o actitud pasiva de no declaración no es equivalente a una situación de imparcialidad por parte del profesional sanitario, sino todo lo contrario, es un posicionamiento por omisión en favor del agresor que se podrá ver impune y amparado por la actuación del propio sistema. Si se emite el parte de lesiones, se contribuirá a aclarar lo sucedido, se ayudará a romper el ciclo de violencia y todos los efectos psicológicos que el mantenimiento de esta situación conlleva.

39

El propio **Código Penal**, en su artículo 450 establece que:

“El que pudiere hacerlo con intervención inmediata y sin riesgo propio o ajeno, no impidiere la comisión de un delito que afecte a las personas en su vida, integridad o salud, libertad o libertad sexual, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años si el delito fuera contra la vida, y la de multa de seis a veinticuatro meses en los demás casos, salvo que al delito no impedido le correspondiera igual o menor pena, en cuyo caso se impondrá la pena inferior en grado a la de aquel. En las mismas penas incurrirá quien, pudiendo hacerlo, no acuda a la autoridad o sus agentes para que impidan un delito de los previstos en el apartado anterior y de cuya próxima o actual comisión tenga noticia”.

Los preceptos éticos respecto a la obligación de la atención a las víctimas de violencia doméstica figuran en el **Código Deontológico** que rige la profesión médica.

Según el artículo 4 (apartados 1 y 3): *“La profesión médica está al servicio del hombre y de la sociedad. En consecuencia, respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad, son los deberes primordiales del médico”.*

"La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de este debe anteponerse a cualquier otra conveniencia".

El artículo 30.3, de manera más específica, cita: *"El médico que conociere que cualquier persona y, más aún si es menor o incapacitado, para cuya atención ha sido requerido, es objeto de malos tratos deberá poner los medios necesarios para protegerlo, poniéndolo en conocimiento de la autoridad competente".*

Con relación al precepto ético de guardar el **secreto profesional** en el momento de sospechar malos tratos y no emitir el parte de lesiones, debe quedar claro que son los preceptos legales de la LECrim y el Código Penal los que han de prevalecer sobre el secreto profesional, ya que podemos estar ante la posible comisión de un delito.

3. PARTE DE LESIONES E INFORME MÉDICO. IMPORTANCIA PROCESAL.

40

- PARTE DE LESIONES

En España existe la obligación legal y profesional de poner en conocimiento de la autoridad judicial la existencia de lesiones físicas o psíquicas que presumiblemente provengan de una agresión (LECrím, artículo 262; Ley de protección de menor, artículo 13; Código Penal, artículos 407 y 450; Código de ética y deontología médica, artículo 30.2). El instrumento que sirve para notificar a la autoridad judicial es el parte de lesiones (anexo 5).

En muchos de los casos de violencia doméstica, las mujeres no desean o tienen miedo a declarar ante el sanitario que han sido víctimas de malos tratos, refiriendo como causa de las lesiones un hecho accidental. Cuando el profesional sanitario se plantea la emisión del parte de lesiones, se basa en una presunción, una sospecha razonable de la posible compatibilidad de las lesiones con un delito de malos tratos.

La sospecha de agresión debe ser una duda racional, es decir, mantenida con una base científica, argumentada y sometida a la crítica de la razón. Ante la sospecha no se debe adoptar una actitud pasiva, sino que ha de profundizarse y estudiar la situación de la posible víctima y las consecuencias objetivas que permitan hacer un diagnóstico correcto y adoptar las medidas correspondientes. Si la situación no llega a alcanzar la entidad de la duda y se queda en una mera sospecha o posibilidad, debe realizarse un estrecho seguimiento

de la paciente y no perder su confianza emitiendo un parte lesiones, que de poco servirá en estas circunstancias, por la ausencia de datos objetivos y negación de la posible agresión. La actuación recomendada es incluir en la historia clínica la sospecha diagnóstica, para hacer un seguimiento multidisciplinar y conseguir la adecuada resolución de las cuestiones clínicas, sociales y jurídicas cuando la situación lo permita. Es importante saber que la simple sospecha razonable y la emisión del parte justifica el inicio de una investigación judicial, independientemente de la presentación de denuncia por parte de la víctima. En la instrucción judicial la valoración de los aspectos médicos recae sobre el médico forense.

El parte de lesiones se ajustará al modelo que figura en este documento. De dicho parte deben obtenerse dos copias: el original se enviará al Juzgado de Instrucción correspondiente, una copia se entregará a la paciente y la otra se adjuntará a la Historia Clínica.

En el parte quedarán reflejados los datos de filiación de la víctima y de sus acompañantes, así como del médico que realiza el reconocimiento, el lugar y la hora.

41

Se recogerá textualmente el relato sobre los hechos que aporte la paciente. Si ésta no refiere haber sido agredida o justifica las lesiones por otras causas, a criterio médico se reflejará la incongruencia en el parte de lesiones. Salvo en esta situación, se evitará escribir opiniones personales.

Respecto al hecho de la agresión, se citará el nombre del supuesto agresor, si la paciente lo da de forma voluntaria (nunca forzar para obtener esta información), la fecha, hora, lugar, tipo de agresión y con qué se ha producido.

El parte de lesiones posee un gran valor ya que, por norma general, se realiza en un momento próximo a la agresión. Refleja las lesiones en el momento inicial, información de suma importancia para el posterior informe pericial del forense, puesto que muchas veces, cuando este valora a la paciente las lesiones ya han desaparecido. De la misma forma, aporta datos sobre el estado psíquico inmediato (shock emocional, negación, confusión, temor...), circunstancia que tampoco suele ser observada por el forense, ya que aparece en el momento de los hechos y va perdiendo intensidad con el tiempo.

Siempre habrá que consignar el tratamiento prescrito, el pronóstico según la gravedad y la necesidad o no de pruebas complementarias. Por último, reflejar la derivación que proceda.

También es importante reflejar en el parte si las lesiones necesitan más de una primera asistencia, tratamiento médico o quirúrgico. Se entiende por primera asistencia la atención prestada a la víctima por primera vez como consecuencia de la agresión, por personal médico o de enfermería, en la que se realice la valoración del estado general y emocional, exámenes de posibles lesiones y, si procede, se administre tratamiento médico o quirúrgico.

Tras cumplimentar el parte de lesiones, se leerá en voz alta para obtener la conformidad de la paciente.

- INFORME MÉDICO

Es un documento importante como prueba judicial, tanto si la víctima decide denunciar como si no desea hacerlo, en previsión de que pueda hacerlo más adelante utilizándolo como elemento probatorio de la habituabilidad y reincidencia del hecho violento. El informe médico puede ofrecerse a la víctima para que lo guarde y lo utilice cuando desee interponer una denuncia.

42

Aspectos a tener en cuenta en la redacción:

1. Debe reflejar *la fecha aproximada de comienzo de los malos tratos*. En España el Código Penal contempla como delito la violencia física o psicológica que se ocasiona con habitualidad.
2. *Características de los malos tratos y evolución de los mismos*. Reflejar los diferentes tipos de violencia a que está siendo sometida: verbal, psicológica, ambiental, social, física, etc., describiéndolas en el informe con las propias palabras de la víctima.
3. *Síntomas físicos y psíquicos o lesiones* que ha presentado o presenta. Duración y evolución de los mismos. Diagnóstico y tratamiento que ha requerido y si ha precisado derivación a otros servicios.
4. *Juicio clínico* sobre la relación que presentan los síntomas con el maltrato.

En los supuestos de presunta agresión o abuso sexual, el profesional sanitario ha de recoger en la historia clínica toda la información de carácter médico correspondiente al caso, realizar la exploración física, ofrecer el tratamiento adecuado, recopilar las pruebas legales pertinentes y proporcionar un asesoramiento continuado. No es función del profesional sanitario determinar si ha existido o no una agresión o un abuso sexual.

Agresión

y abuso sexual



En los supuestos de presunta agresión o abuso sexual, el profesional sanitario ha de recoger en la historia clínica toda la información de carácter médico correspondiente al caso, realizar la exploración física, ofrecer el tratamiento adecuado, recopilar las pruebas legales pertinentes y proporcionar un asesoramiento continuado. No es función del profesional sanitario determinar si ha existido o no una agresión o un abuso sexual.

Ante una presunta agresión o abuso sexual se trasladará inmediatamente a la paciente al servicio de Urgencias Ginecológicas del hospital de referencia para iniciar el proceso de exploración y recogida de muestras. Si el traslado no es posible, a continuación figura el **procedimiento de evaluación y exploración** que debe realizarse por el personal de atención primaria.

- Comenzar tranquilizando a la paciente, creando un clima de confidencialidad y amabilidad.
- Explicar todos y cada uno de los procedimientos y exámenes que se van a llevar a cabo y, en el caso de que estos se vayan a realizar en el centro de salud, obtener el consentimiento informado. Es importante permitir a la paciente opinar sobre las decisiones a tomar y preguntar cualquier duda.
- Recomendar a la paciente que no se duche ni se cambie de ropa. Si insiste en hacerlo, indicar que utilice una sábana limpia sobre la que se recogerá la ropa, de forma que no se pierdan pelos ni fibras. Las prendas se guardarán en una bolsa (cada prenda en una bolsa diferente) para el posterior estudio pericial. Las bolsas serán convenientemente cerradas y etiquetadas. Son preferibles las bolsas de papel, debido a que el plástico favorece el crecimiento bacteriano en las manchas de sangre.
- Proceder al examen de la paciente en presencia, si es posible, de un testigo femenino. Intentar contar con la presencia y el asesoramiento del médico forense.

DATOS DE INTERÉS

Se debe registrar en el informe para la historia clínica la siguiente información:

- fecha, hora, lugar y circunstancias de la presunta agresión.
- tipo de agresión sexual (penetración vaginal, anal u oral).

- si tras la agresión la paciente se duchó, bañó, realizó irrigación vaginal, orinó, defecó, se cambió de ropa o tomó alguna medicación.
- fecha de la última regla (descartar embarazo), hemorragia o secreción vaginal reciente, uso de anticonceptivos, fecha de la última relación sexual voluntaria, posibles enfermedades de transmisión sexual, alergias y tratamientos médicos seguidos de forma habitual.

EXPLORACIÓN

Superficie corporal

- **Localización y características de las lesiones**, consignando en su caso la no existencia de las mismas. Si es posible, al igual que en los demás casos de malos tratos, es de gran utilidad el fotografiar las lesiones.
- Emplear luz de Wood para **explorar la presencia de manchas de semen**, sobre todo en región perineal y parte interna de los muslos. Se tomarán muestras de todas las manchas encontradas mediante torunda humedecida con suero salino, que se colocarán en un tubo, se sellarán y rotularán.
- **Los lugares en los que con más frecuencia se producen lesiones** son, además de los genitales, la boca, la garganta, muñecas, brazos, mamas y muslos.

47

Exploración ginecológica

- **Inspección vulvo vaginal** detallando heridas, hematomas y contusiones, consignando en su caso la no existencia de las mismas.
- **Exploración vaginal:** proceder con suavidad, debido a las molestias ocasionadas por el trauma reciente. Utilizar un espéculo pequeño humidificado únicamente con agua. Los lubricantes habituales pueden interferir las preparaciones en fresco además de actuar como espermicidas. Se tomarán muestras de cervix y vagina (fondo de saco posterior) para estudio de semen y microbiológico. Se realizará toma de hisopo de algodón de secreción de endocervix para gonorrea y esperma, colocando el hisopo en un tubo que se sellará y rotulará. Realizar un lavado vaginal con 4cc de suero fisiológico. Aspirar el líquido con una pipeta o una jeringa a la que se acopla una sonda vesical. Colocar el aspirado en un tubo que se sellará y rotulará. La rotulación de las muestras se hará con el nombre de la paciente, fecha y firma del profesional sanitario que realiza la toma de muestras.

- **Tacto bimanual:** determinar tamaño, forma y movilidad uterina, así como la presencia de masas o dolor anexial.

Otras exploraciones

- **En caso de penetración anal u oral,** tomar una muestra con un hisopo humedecido en suero fisiológico, que se colocará en un tubo sellado y rotulado. La muestra de la boca se puede tomar incluso si la víctima se ha enjuagado, cepillado los dientes, comido o bebido. Se han recuperado espermatozoides de cavidad oral incluso 6 horas después de la agresión.
- **Cepillado de vello púbico y recortes de limpieza de uñas,** por la posible existencia de restos de la piel del agresor.

PRUEBAS DE LABORATORIO

Pueden ser realizadas en visita concertada al día siguiente a la atención de urgencia, con el fin de no entorpecer los trámites médico-legales. En el supuesto de que la paciente haya sido derivada al servicio de urgencias, la petición de pruebas analíticas puede haber sido indicada a atención primaria para su correspondiente solicitud desde el centro de salud. Las pruebas de laboratorio que se deben solicitar son:

- Grupo sanguíneo y Rh.
- Prueba de embarazo (beta-HCG) inicial y a las 6 semanas.
- Despistaje de enfermedades de transmisión sexual.
 1. Gonorrea y Chlamydias: inicial y a los 7 días
 2. Estudio de trichomonas.
 3. Sífilis: inicial y a las 6 semanas.
 4. VIH: inicial, a las 6 semanas y a los 4 y 6 meses.
 5. Hepatitis B: inicial y a las 6 semanas.
- Frotis citológico, para candidas y tricomonas.

En caso de agresión anal, existe riesgo de transmisión de enfermedades como hepatitis A, B, herpes simple e infección por citomegalovirus.

TRATAMIENTO

Las lesiones y heridas ocasionadas por el traumatismo físico provocado por la presunta agresión deberán ser adecuadamente tratadas.

Profilaxis de las enfermedades de transmisión sexual

Doxiciclina 100mg/12h durante 7 días y Amoxicilina oral 3 gr. más 1 gr de Probenecid oral. Otra pauta alternativa es Penicilina procaína intramuscular 4,8 millones de unidades más 1gr de Probenecid oral.

Profilaxis antitetánica

En caso de heridas o lesiones se recomienda la profilaxis postexposición que figura en la tabla siguiente:

Tabla 9. Pautas de actuación para la profilaxis antitetánica en heridas

49

Antecedentes de vacunación	Herida limpia		Herida potencialmente tetanígena*	
	Vacuna Td	IGT**	Vacuna Td	IGT**
< 3 dosis	SI (Completar vacunación)	NO	SI (Completar vacunación)	SI
Desconocida	SI (Comenzar serie básica)	NO	SI (Comenzar serie básica)	SI
≤ 3 dosis	NO (Administrar una dosis de vacuna si hace más de 10 años de la última dosis documentada)	NO	NO (Administrar una dosis de vacuna si hace más de 5 años desde la última dosis documentada)	NO***

* Heridas mayores o sucias (contaminadas con tierra, polvo, saliva, heces, pérdida de tejidos, quemaduras, etc).

**IGT: Inmunoglobulina antitetánica, se administrará en lugar separado de la vacuna.

*** En caso de personas inmunodeprimidas y con una herida potencialmente tetanígena, deberá administrarse inmunoglobulina independientemente de su estado de vacunación, ya que es más probable que estas personas no tengan anticuerpos protectores.

No hay un criterio uniforme en cuanto a la dosis óptima de Inmunoglobulina a administrar. La dosis de 250 UI parece ser una dosis profiláctica razonable para el tratamiento de las heridas, pudiéndose utilizar hasta 500 UI.

Profilaxis postexposición sexual al virus de hepatitis B

- Si no está vacunada: administrar inmunoglobulina específica antihepatitis B en dosis única antes de las 24 horas tras la agresión. Iniciar pauta de vacunación antihepatitis B 0-1-6 meses. La primera dosis de la vacuna debe administrarse antes de los 7 días tras la agresión.
- Si está correctamente vacunada, no se recomienda iniciar profilaxis postexposición. Pueden solicitarse marcadores de hepatitis B para comprobar el estado inmunitario.
- Si la pauta de vacunación no ha sido completada, continuar con las dosis correspondientes hasta completar la serie.

Profilaxis postexposición sexual al VIH

50

Para realizar la instauración de profilaxis con antirretrovirales debe valorarse la relación entre los riesgos y los beneficios. Aún desconociendo el estado serológico del agresor, hay que tener en cuenta que la exposición como consecuencia de una relación forzada y traumática puede aumentar el riesgo.

Se considerará la posibilidad de realizar profilaxis postexposición:

- si ha habido intercambio de sangre o fluidos.
- si existe sospecha de infección VIH en agresor, o es adicto a drogas por vía parenteral.

La profilaxis se realizará con dos agentes nucleósidos más un inhibidor de las proteasas, al tratarse de una exposición de alto riesgo. La profilaxis debe iniciarse en los servicios de Urgencia Hospitalarios lo antes posible (antes de transcurridas 2 horas tras la agresión y como máximo, antes de transcurrir 72 horas) con petición previa de la analítica correspondiente. La duración de la pauta de profilaxis es de 4 semanas.

Prevención de embarazo

Debe contemplarse la posibilidad de un embarazo como consecuencia de la agresión. Pueden plantearse las siguientes opciones, siempre en función de los deseos de la paciente:

- Adoptar una actitud expectante en función de los resultados del test de gestación.
- Colocar un DIU dentro de los 5 días siguientes a la agresión y mantenerlo al menos 2 semanas.
- Utilizar anticoncepción de emergencia. Entre los diversos métodos contamos con:
 - Pauta de YUZPE: 1 dosis de 0,1 mg de etinilestradiol y 0,5 mg de levonorgestrel seguida de otra dosis igual a las 12 horas (2 comprimidos de Ovoplex® o Neogynona® / 12 horas) siempre en las primeras 72 horas.
 - Levonorgestrel (0,75 mg) (Norlevo®, Postinor®). Se administrarán 2 dosis. Iniciar lo antes posible y siempre en las primeras 48 -72 horas.

51

SEGUIMIENTO

Se realizará un seguimiento a corto y medio plazo:

- **A los 5 días:** valoración de los resultados analíticos. Si se realizaron marcadores de hepatitis B y son negativos, administrar gammaglobulina anti hepatitis B y vacuna. Revisión de las lesiones físicas.
- **Al mes:** cita para valorar la realización de pruebas complementarias, repetir cultivos o serología si procede. Repetir test de embarazo en ausencia de menstruación. Revisión de las lesiones físicas y supervisión de pautas vacunales iniciadas.
- **A los 6 meses:** repetir serología VIH. Citología y colposcopia para descartar papilomavirus. Revisión de las lesiones físicas y supervisión de pautas vacunales iniciadas.
- **A los 12 meses:** repetir serología VIH.

DAÑO PSÍQUICO

En todos los casos de agresión sexual debe derivarse a la paciente a un servicio de Salud Mental, debido al grave daño psicológico producido. Las víctimas de agresiones sexuales pueden manifestar sensaciones de culpa, vergüenza, desconcierto, sensación de vulnerabilidad y falta de control sobre sus vidas. A largo plazo pueden llegar a renunciar a las relaciones sociales y presentar disfunciones sexuales.

El trauma por violación es un síndrome de estrés postraumático en cuya gravedad pueden influir las características personales de la víctima, el tipo de agresión sufrida y el sistema de apoyo social con el que cuenta. Puede desarrollarse en dos fases.

Fase I aguda o de desorganización. Puede durar días o semanas. Tras la agresión, la víctima puede reaccionar expresando sentimientos de cólera, miedo, ansiedad, llanto incontrolado durante la entrevista, etc. O, por el contrario, no expresar emociones, aparentando calma y guardando la compostura.

Fase II o de reorganización. Puede durar solo unos meses o extenderse durante varios años. Durante esta fase, la víctima desarrolla mecanismos de defensa para afrontar lo sucedido, a través de las siguientes etapas:

- Integración: es incapaz de dejar de pensar en la violación, sufriendo pesadillas, depresión, etc...
- Adaptación: negación de la relación entre los sentimientos y la violación. Tiene recuerdos diurnos y pesadillas. Comienza a afrontar los problemas prácticos y a reanudar las actividades diarias.
- Recuperación: se incorpora paulatinamente a la vida cotidiana.

CONSIDERACIONES MEDICO LEGALES

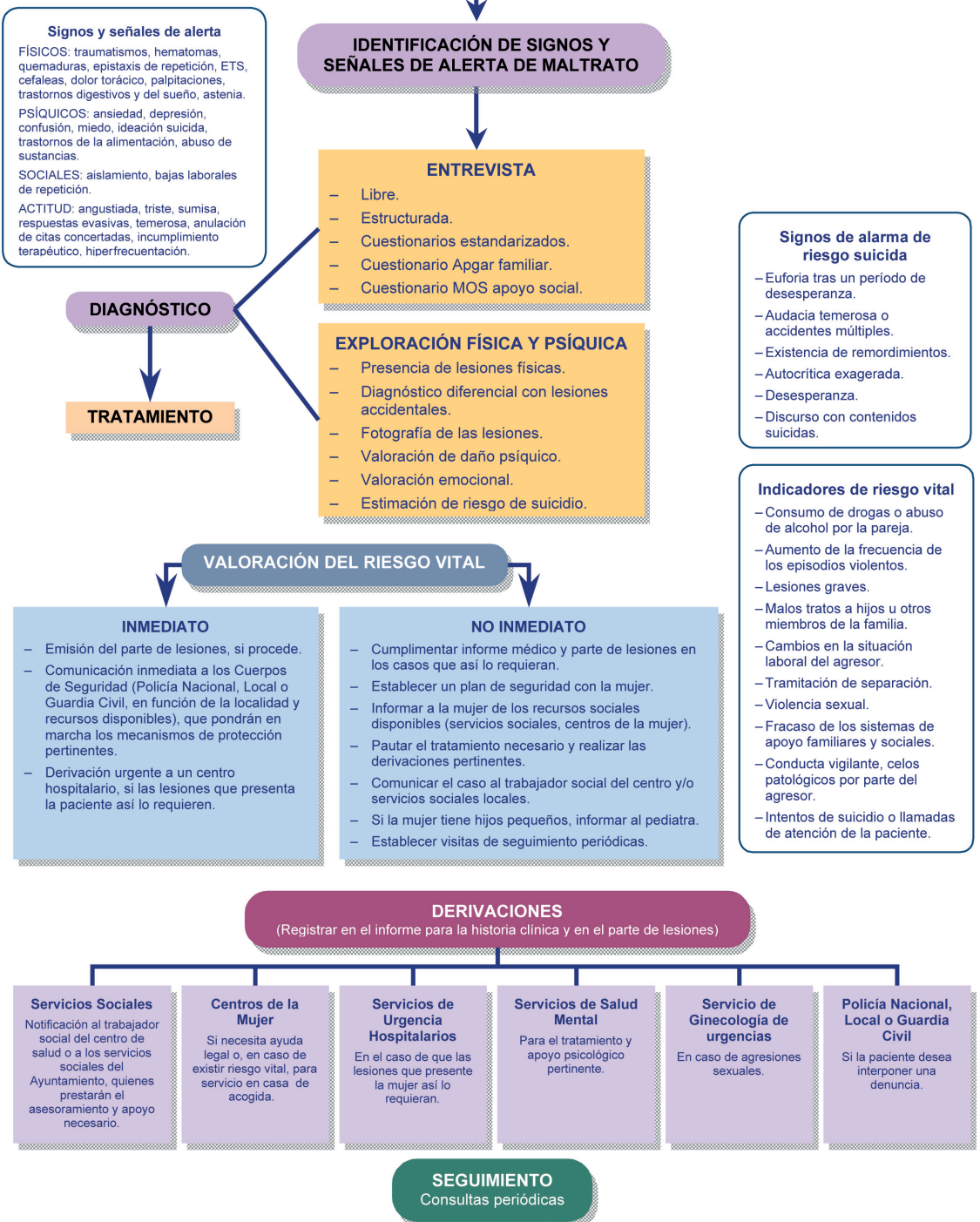
Las agresiones sexuales en personas adultas no incapaces precisan denuncia por parte de la persona ofendida, de manera que el profesional sanitario que atiende a la presunta víctima deberá recabar de ésta la voluntad de denunciar el hecho. En caso de desear presentar una denuncia, es necesario avisar a la policía nacional o a la guardia civil para que se personen en el centro de salud o en el servicio de Urgencias Hospitalarias y recojan la denuncia.

Aunque la mujer no manifieste en los primeros momentos de atención médica la voluntad de denunciar, debido al traumatismo recién acaecido y a la desorientación que puede presentar, es conveniente recoger las pruebas periciales de acuerdo al protocolo establecido, ya que posteriormente puede desear presentar la denuncia.

Algoritmo



Mujer que acude a consulta de Atención Primaria



AGRESIÓN SEXUAL

Con independencia del riesgo vital, debe remitirse siempre a hospital para valoración ginecológica y forense.

Anexos



Anexo 1: Guión de entrevista

1.- ¿Cómo van las cosas en casa?_____

2.- ¿Cómo describiría la relación con su pareja?_____

3.- ¿La relación con su pareja hace que en ocasiones se sienta deprimida o mal consigo misma?_____

Nunca A veces Siempre

4.- ¿A su pareja le molesta o impide sus relaciones con amigos y/o familiares? ☐ ☐ ☐

5.- ¿Tiene que justificar sus salidas ante su pareja? ☐ ☐ ☐

6.- ¿Controla de manera exagerada sus gastos y le obliga a rendir cuentas? ☐ ☐ ☐

60

7.- ¿Se siente a menudo asustada por lo que su pareja dice o hace? ☐ ☐ ☐

8.- ¿Le ha insultado o humillado? ☐ ☐ ☐

9.- ¿Le ha dado empujones o patadas? ☐ ☐ ☐

10.- Como consecuencia de los golpes, ¿Ha sufrido lesiones o heridas? ☐ ☐ ☐

11.- ¿Le fuerza a mantener relaciones sexuales? ☐ ☐ ☐

12.- ¿Se ha mostrado violento con otros miembros de la familia? ☐ ☐ ☐

13.- ¿Con quién?_____

Anexo 2: Cuestionario APGAR familiar

	Nunca	A veces	Siempre
¿Está satisfecha con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	☐	☐	☐
¿Discute con su pareja los problemas que tienen en el hogar?	☐	☐	☐
¿Las decisiones importantes las toman en conjunto?	☐	☐	☐
¿Está satisfecha con el tiempo que permanecen juntos?	☐	☐	☐
¿Siente que su familia le quiere?	☐	☐	☐

Puntuación:

Cada pregunta se puntúa de 0 a 2.
0: "nunca" 1: "a veces" 2: "siempre".

- igual o superior a 7: familia normofuncionante.
- entre 4 y 6: disfunción familiar leve.
- igual o inferior a 3: disfunción familiar grave.

Anexo 3. Cuestionario MOS de apoyo social

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone:

1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos: _____ ; _____

Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5

Anexo 3. Cuestionario MOS de apoyo social

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

63

El primer ítem informa sobre el tamaño de la red social. El resto de los ítems conforman cuatro escalas que miden:

- Apoyo emocional: ítems 3,4,8,9,13,16,17 y 19. Puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima: 8.
- Ayuda material o instrumental: ítems 2,3,12 y 15. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- Relaciones sociales de ocio y distracción: ítems 7,11,14 y 18. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño: ítems 6,10 y 20. Puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima: 3.

El índice global máximo de apoyo social es de 94, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19.

Anexo 4. Hoja de registro, detección y seguimiento de malos tratos

Nombre y apellidos de la paciente _____

Fecha de nacimiento: _____

Identificación del presunto agresor*: _____

RECURSOS DE APOYO

RED SOCIAL**

SITUACIÓN LABORAL: ☐ activa ☐ en paro ☐ ama de casa ☐ pensionista

INDEPENDENCIA ECONÓMICA: ☐ SÍ ☐ NO

VALORACIÓN FAMILIAR***

64

1ª VISITA

Fecha:

Tipo de agresión: ☐ física ☐ psíquica ☐ sexual ☐ social

Número de agresiones en el último mes: _____

Agresiones a otros miembros de la familia:

Si presenta lesiones físicas, descripción y data****

Valoración psicológica:

Valoración social:

Valoración riesgo vital:

Elaboración plan de seguridad:

Tratamiento si precisa:

Anexo 4. Hoja de registro, detección y seguimiento de malos tratos

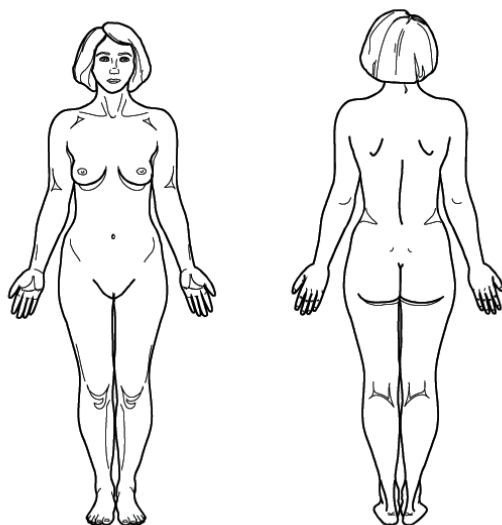
Derivación

Servicio de Urgencias

Servicios Sociales

Especialista

Próxima visita: _____



65

* Se expondrá la relación o parentesco: cónyuge / pareja, padre / madre, hijo / a, otros (especificar).

** Valorar apoyo de familiares, amigos, relaciones con estos, si están o no informados de la situación de violencia.

*** Miembros de la familia, genograma, tipo de vivienda...

**** Identificar tipo de lesiones, localización y data aproximada.

Anexo 4. Hoja de registro, detección y seguimiento de malos tratos

HOJA DE SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN			
	Fecha:	Fecha:	Fecha:
Agresiones desde última visita	Físicas: Psicológicas: Sexuales: Otras :	Físicas: Psicológicas: Sexuales: Otras:	Físicas: Psicológicas: Sexuales: Otras:
Agresiones a otros miembros de la familia (especificar parentesco)			
Evolución / valoración de lesiones			
Valoración psicológica			
Riesgo de suicidio			
Consumo abusivo de sustancias tóxicas			
Riesgo vital			
Plan de seguridad			
Tratamiento			
Derivación			
Próxima visita			

Anexo 4. Hoja de registro, detección y seguimiento de malos tratos

HOJA DE SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

Fecha:	Fecha:	Fecha:
Físicas: Psicológicas: Sexuales: Otras:	Físicas: Psicológicas: Sexuales: Otras:	Físicas: Psicológicas: Sexuales: Otras:

Anexo 5. Escrito de remisión al juzgado y parte de lesiones por malos tratos

ESCRITO DE REMISIÓN

D/D^a. _____
_____, Médico, colegiado/a en _____
_____ con el nº _____
_____ y ejercicio profesional en (centro y lugar de trabajo) _____

INFORMA:

Que con fecha _____, a las _____ horas, he atendido
en (según proceda, especificar nombre y dirección del centro de trabajo o lugar
donde se presta asistencia) _____

68

a D^a. _____ de _____
_____ años de edad, con domicilio en (calle y número) _____

código postal y localidad _____

provincia _____ teléfono _____

Y:

Remite el informe médico por presuntos malos tratos que se acompaña.

Fecha y firma:

ILMO/A. SR/A. JUEZ DE _____

PARTE DE LESIONES

1.- DATOS DE FILIACIÓN DE LA VÍCTIMA:

- Nombre y apellidos: _____
- Sexo: _____
- Fecha de nacimiento: _____
- Estado civil: _____
- Dirección: _____

- Teléfono de contacto: _____
- Nombre y apellidos del acompañante: _____

- Relación con la asistida: _____

69

2.- EXPOSICIÓN DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA

(siempre según declaración de la víctima, especificando si se trata de maltrato físico, psíquico, negligencia...)

Anexo 5. Escrito de remisión al juzgado y parte de lesiones por malos tratos

Fecha de la agresión: _____ Hora: _____

Lugar de la agresión¹: _____

Lesión ocurrida por²: _____

Mecanismo causante de la agresión³: _____

¿Conoce al presunto agresor? ☐ Sí ☐ No

Nombre y apellidos: _____

Relación con el agresor⁴: _____

¿Es la primera agresión? Sí

No. ¿Cuántas veces le ha agredido? _____

¿Lo ha denunciado alguna vez? _____

¿Tiene informes de las anteriores agresiones?⁵ _____

70

3.- ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS (en relación con las lesiones)

1: Domicilio propio, otras viviendas, vía pública, interior del vehículo, lugar de trabajo, otros.

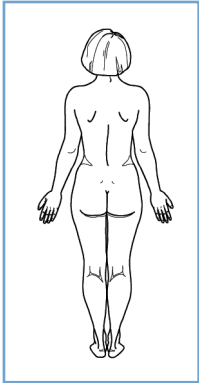
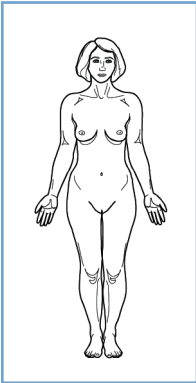
2: Malos tratos físicos, malos tratos psicológicos, abuso sexual, agresión, autolesión, intoxicación no accidental, intoxicación accidental...

3 : Arma de fuego, arma blanca, otros objetos. Especificar partes del cuerpo causantes de las lesiones (pies-patadas, puños-puñetazos).

4: Ninguna, cónyuge / compañero, padre o madre, otra relación familiar (especificar cual), conocido sin relación.

5 : Informes en poder de la víctima o si consta en historia clínica.

4.- EXPLORACIÓN FÍSICA (Descripción de las lesiones, indicando data aproximada. Señalar localización en el gráfico corporal)⁶



DATA DE LAS LESIONES	
Coloración	Tiempo de evolución
Negro – azul oscuro	Inmediato (< 1 día)
Rojo, violáceo	1 – 5 días
Rojo púrpura	5 – 7 días
Verdoso	7 – 10 días
Amarillento	> 2 semanas

DESCRIPCIÓN: _____

5.- ESTADO EMOCIONAL ACTUAL:

- Sin alteración valorable
- Ansiedad
- Tristeza
- Vergüenza
- Miedo
- Confusión
- Abatimiento
- Shock emocional
- Sin capacidad de decisión
- Otros

6: Lesiones cutáneas: eritema(E), erosión(Er), contusión(C), hematoma(H), herida(He), quemadura(Q)
Lesiones musculoesqueléticas: luxación(L), fractura(F)

Anexo 5. Escrito de remisión al juzgado y parte de lesiones por malos tratos

ESPECIFICAR: _____

6.- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (si procede): _____

72

7.- TRATAMIENTO:

8.- PRONÓSTICO: _____

9.- SITUACIÓN: ☐ Alta ☐ Urgencias Hospital ☐ Fallecida

10.- CAUSA DE DERIVACIÓN A URGENCIAS: ☐ Orgánica ☐ Psíquica

11.-VIENE REMITIDA POR POLICÍA/GUARDIA CIVIL: ☐ SI ☐ NO

12.- SE AVISA A POLICÍA/GUARDIA CIVIL: ☐ SI ☐ NO

Anexo 5. Escrito de remisión al juzgado y parte de lesiones por malos tratos

13.- SE INFORMA DE RECURSOS SOCIALES: ☐ SI ☐ NO

14.- OBSERVACIONES:

73

_____, a _____ de _____ de 20____.

Nombre y firma del/la médico/a.

Nombre y firma del/la enfermero/a.

Anexo 6. Recursos sociales de ayuda a víctimas de violencia doméstica

Ante una situación de maltrato, además de la atención clínica oportuna, es necesario atender otros aspectos importantes relacionados con la situación de violencia. En este sentido, los profesionales sanitarios pueden informar a las víctimas sobre los recursos disponibles para recibir asesoría y consejo legal, así como otro tipo de apoyo social. A continuación figuran los dispositivos de mayor interés:

1. TELÉFONOS DE URGENCIA

- TELÉFONO DE ASISTENCIA A VÍCTIMAS DE MALTRATO (servicio 24 h): 900-100-114. En este número se proporciona información sobre las medidas a adoptar por la mujer en una situación de malos tratos y sobre los recursos disponibles. Se ofrece también asesoramiento sobre sus derechos.
- ATENCION A URGENCIAS: 112
- SAM (Servicio de Atención a la Mujer de la Policía Nacional). Tfno. Urgencias: 091
- EMUME (Equipo de mujer y menor de la Guardia Civil). Tfno. Urgencias: 062.

2. OFICINAS DE ASISTENCIA A VÍCTIMAS DE DELITOS VIOLENTOS Y CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL

- ALBACETE: C/ San Agustín, 1. Planta baja dcha. Palacio de Justicia. 02001 Albacete. Tfno: 967.59.66.42
- CIUDAD REAL: C/ Caballeros, 11. 3º izda. Palacio de Justicia. 13003 Ciudad Real. Tfno: 926.29.55.29
- CUENCA: C/ General Palafox, 1. Palacio de Justicia. 16001 Cuenca. Tfno: 969.22.57.07
- GUADALAJARA: Pza. Veladiez s/n. Palacio de Justicia. 19001 Guadalajara. Tfno: 949.20.99.70
- TOLEDO: Bajada de Castilla La Mancha s/n. 45071 Toledo. Tfno: 925.22.62.98

3. COLEGIOS DE ABOGADOS

Existe un turno de oficio dedicado a víctimas de malos tratos.

- COLEGIO DE ABOGADOS DE ALBACETE: C/ San Agustín, 1. 02001 Albacete. Tfno: 967.21.41.82 / 967.21.41.81
- COLEGIO DE ABOGADOS DE CIUDAD REAL: Pasaje de la Merced, 1. 13002 Ciudad Real. Tfno: 926.22.07.21

Anexo 6. Recursos sociales de ayuda a víctimas de violencia doméstica

- COLEGIO DE ABOGADOS DE CUENCA: Parque del Huécar, 2. 16001 Cuenca. Tfno: 969.22.51.16
- COLEGIO DE ABOGADOS DE GUADALAJARA: Boixareu Rivera, 24 bajo dcha. 19001 Guadalajara. Tfno: 949.22.87.13 / 949.24.77.24
- COLEGIO DE ABOGADOS DE TOLEDO: S. Marcos, 13. 45002 Toledo. Tfno: 925.22.32.67 / 925-22.21.51
- COLEGIO DE ABOGADOS DE TALAVERA DE LA REINA: Adalid Meneses, 11. 45600 Talavera de la Reina. Tfno: 925.81.25.97

4. ASOCIACIÓN DE MUJERES JURISTAS THEMIS

Presta asesoramiento y asistencia jurídica en los procesos.

C/ Almagro, 28 bajo. 28010 Madrid. Tfno: 91. 319.07.21
www.mujeresjuristasthemis.org

5. ASOCIACION DE MUJERES MARIA DE PADILLA DE TOLEDO

Presta asistencia, acompañamiento y apoyo psicológico a víctimas.

75

Tfno: 925.22.41.49 Tfno Ayuda 24 horas: 900.71.39.26
www.nodo50.org/mpadilla mpadilla@nodo50.org

6. OTROS DISPOSITIVOS

- **Centros de Urgencia:** alojamientos temporales (estancia máxima de 15 días) para las víctimas de violencia doméstica. Pueden acudir con sus hijos y se les ofrece protección. Atienden a las mujeres desde el primer momento y realizan estudios sobre su situación indicando en cada caso el recurso social más apropiado.
- **Casas de Acogida:** viviendas donde la mujer puede permanecer con sus hijos por un tiempo. En Castilla La Mancha existen en la actualidad 4 Centros de Urgencia, 5 Casas de Acogida y 2 Casas para mujeres jóvenes.
- **Centros de la Mujer:** ofrecen de forma directa y gratuita información a las mujeres sobre sus derechos y oportunidades, asesoramiento en materia jurídica, psicológica, de empleo y servicios sociales.

Anexo 7. Recursos sociales de ayuda a víctimas de violencia domestica

La relación de centros de la Mujer en Castilla La Mancha figura a continuación:

Centro	Dirección	Ciudad	
Centro de la Mujer de Albacete	C/ Padre Romano, 1	Albacete	
Centro de la Mujer de "La Manchuela" (Sede Casas Ibáñez)	Pza. Constitución, 1B	Casas Ibáñez	
Centro de la Mujer de Hellín	C/ Juan Martínez Parras, 14	Hellín	
Centro de la Mujer de Villarrobledo	C/ Angel s/n	Villarrobledo	
Centro de la Mujer de Ciudad Real	Pza. de Cervantes, 6 - 3º	Ciudad Real	
Centro de la Mujer de Almadén	Pza. de la Constitución, 1	Almadén	
Centro de la Mujer de El Robledo Asoc.Montes Norte	C/ Zarza 7	El Robledo	
Centro de la Mujer de La Solana	C/ Pozo Hermina 4, 1ª planta	La Solana	
Centro de la Mujer de Puertollano	C/ Gran Capitán, 1	Puertollano	
Centro de la Mujer de Valdepeñas	C/ Manuel León, 3	Valdepeñas	
Centro de la Mujer de Iniesta	Pza. Mayor, nº 3	Iniesta	
Centro de la Mujer de Las Pedroñeras	Pza. Arrabal del Coso s/n	Las Pedroñeras	
Centro de la Mujer de Guadalajara	C/ Francisco Cuesta, 2-6º A	Guadalajara	
Centro de la Mujer de Azuqueca de Henares	C/ Peña Francia 4	Azuqueca de Henares	
Centro de la Mujer de Molina de Aragón	C/ del Carmen, 1 1ª Planta	Molina de Aragón	
Centro de la Mujer de Calera y Chozas	C/ Miguel de Cervantes nº 2	Calera y Chozas	
Centro de la Mujer de Illescas	Pza. Manuel de Falla, 4	Illescas	
Centro de la Mujer de Noblejas	C/ Francia s/n	Noblejas	
Centro de la Mujer de Puebla de Montalbán	C/ Tetuán s/n	Puebla de Montalbán	
Centro de la Mujer de Villacañas	C / Vitoria, 1 - 1ª Planta	Villacañas	
Centro de la Mujer de Toledo	C/ Comercio, 22-4º	Toledo	
Centro de la Mujer de El Toboso	C/ Maestro Joaquín Rodrigo, s/n	El Toboso	
Centro de la Mujer de Talavera de la Reina	C/ Segurilla, 35	Talavera de la Reina	
Centro de la Mujer de "La Manchuela" (Sede Alatoz)	C/ Los Barrancos, 24	Alatoz	

Anexo 7. Recursos sociales de ayuda a víctimas de violencia doméstica

	Provincia	C. P.	Teléfono	Fax	E-Mail
	Albacete	02005	967 - 24 69 04	967 - 24 59 21	ciemab@amialbacete.com
	Albacete	02200	967 - 46 20 81	967 - 46 06 40	mademanchuela@dipualba.es
	Albacete	02400	967 - 54 15 10		centromujer@ayuntamientodehellin.es
	Albacete	02600	967 - 14 60 49	967 - 14 58 44	centromujer@villarrobledo.com
	Ciudad Real	13001	926 - 21 10 03	926 - 21 11 68	casesormujer@dipucr.es
	Ciudad Real	13400	926 -26 40 75 y 71 00 52	926 - 71 20 77	ciem@ayto-almaden.com
	Ciudad Real	13114	926 -78 51 69 y 87y 78 50 25	926 - 78 53 78	cmujer@montesnorte.com
	Ciudad Real	13240	926 - 63 11 03	926 - 63 40 45	omagraria.lasolana@local.jccm.es
	Ciudad Real	13500	926 - 43 23 26	926 - 43 23 26	cmujer@puertollano.es
	Ciudad Real	13300	926 - 31 25 04	926 - 32 44 00	ciem@ayto-valdepenas.org
	Cuenca	16235	967 - 49 12 10	967 - 49 09 28	centromujeriniesta@telefonica.net
	Cuenca	16660	967 - 16 14 41	967 - 16 12 59	cemupedroneras@terra.es
	Guadalajara	19001	949 - 22 07 88	949 - 22 04 12	ciemgu@teleline.es
	Guadalajara	19200	949 - 27 73 46	949 - 27 73 47	ayto-azuqueca@telefonica.net
	Guadalajara	19300	949 - 83 10 75	949 - 34 40 15	centrodemujer@wanadoo.es
	Toledo	45686	925 - 84 71 54 y 84 60 60	925 -84 60 60	cemucalera@terra.es
	Toledo	45200	925 - 54 02 85	925 - 54 07 75	centrodelamujer@aytoillescas.es
	Toledo	45350	925 - 14 09 84	925 - 14 14 02	ciemnoblejas@teleline.es
	Toledo	45516	925 - 74 57 93	925 - 74 58 01	centromujer@pueblademontalban.com
	Toledo	45860	925 - 20 10 12	925 - 16 04 16	ciemvillaca@terra.es
	Toledo	45001	925 - 25 25 99	925 - 25 52 38	centromujertoledo@yahoo.es
	Toledo	45820	925 - 56 82 09	925 - 56 82 09	centromujer@eltoboso.org
	Toledo	45600	925 -82 34 82 Y 82 37 87	925 - 83 02 13 / 81 90 69	centromujer@aytotalaveradelareina.es
	Albacete	02152	967 - 40 21 11	967 - 40 21 11	cmmanchuela2@dipualba.es

Anexo 7. Recursos sociales de ayuda a víctimas de violencia domestica

78

Centro	Dirección	Ciudad	
Centro de la Mujer de Almansa	C/ Nueva 10	Almansa	
Centro de la Mujer de Alcázar de San Juan	C/ Santo Domingo, 2	Alcázar de San Juan	
Centro de la Mujer de Daimiel	Travesía de las Tercias 4	Daimiel	
Centro de la Mujer de Tomelloso	C/ Felipe Novillo Nº 88	Tomelloso	
Centro de la Mujer de Tarancón	Pza. de Gral. Dominguez 1 2ª Planta	Tarancón	
Centro de la Mujer de Ocaña	Pza. Doctor Espina y Capo, 3	Ocaña	
Centro de la Mujer de Quintanar de la Orden	C/ Reina Amalia, 6	Quintanar de la Orden	
Centro de la Mujer de Villanueva de los Infantes	C/ Monjas y Honda 4	Villanueva de los Infantes	
Centro de la Mujer de San Clemente	C/ Emiliano Fernández Ayuso, 9	San Clemente	
Centro de la Mujer de Torrijos	Pza. de España 1	Torrijos	
Centro de la Mujer de Mancomunidad Campo de Montiel	Pza. Constitución 1	Munera	
Centro de la Mujer de Cuenca	Pza. de la Hispanidad nº 1 3º Izquierda	Cuenca	
Centro de la Mujer de Sierra del Segura	Ctra. de Cim 412 ap. Correos 38	Elche de la Sierra	
Centro de la Mujer de Mora	C/ Orgaz 70	Mora	
Centro de la Mujer de Navahermosa	C/ de los Molinos 5	Navahermosa	
Centro de la Mujer de Argamasilla de Calatrava	Plaza Santos Martires s/n	Argamasilla de Calatrava	
Centro de la Mujer de Mancomunidad " La Mancha"	C/ Escuelas nº 7	Villarta de San Juan	
Centro de la Mujer de Priego	C/ La Cruz, 7	Priego	
Centro de la Mujer El Casar	C/ La Constitución nº 2	El Casar	
Centro de la Mujer de Mota del Cuervo	Plaza Ruiz Jarabo nº 7	Mota del Cuervo	
Centro de la Mujer de Fuensalida	C/ La Soledad nº 4 ,2ª Planta	Fuensalida	
Centro de la Mujer de Almodovar del Campo	C/ Jardines s/n 1ª Planta	Almodovar del Campo	
Centro de la Mujer de Membrilla	C/ Cervantes , S/N	Membrilla	
Centro de la Mujer de Mancomunidad "Manserja"	Pza. de la Constitución nº 9 Planta 1ª E.	Santa Cruz de Mudela	
Centro de la Mujer de Cabanillas del Campo	Glorieta Mariano Pozo nº 1	Cabanillas del Campo	

Anexo 7. Recursos sociales de ayuda a víctimas de violencia domestica

	Provincia	C. P.	Teléfono	Fax	E-Mail
	Albacete	02640	967 - 34 50 57	967 - 31 23 39	centromujer@ayto.almansa.es
	Ciudad Real	13600	926 - 57 91 43	926 - 57 91 52	censocalcazar@yahoo.es
	Ciudad Real	13250	926 - 26 06 52	926 - 26 06 52	centromujer@aytodaimiel.es
	Ciudad Real	13700	926 - 50 67 61	926 - 50 66 49	ciemto@teleline.es
	Cuenca	16400	969 - 32 11 73	969 - 32 32 90	ciem@vodafone.es
	Toledo	45300	925 - 13 16 11	925 - 15 60 30	centromujerocana@eresmas.com
	Toledo	45800	925 - 56 48 15	925 - 56 48 15	quintanar-orden@local.jccm.es
	Ciudad Real	13320	926 - 35 02 83	926 - 36 08 60	villanuevassoc@local.jccm.es
	Cuenca	16600	969 - 30 06 44	969 - 30 12 51	san-clemente@local.jccm.es
	Toledo	45500	925 - 76 22 50	925 - 77 20 25	c.mujertorrijos@telefonica.net
	Albacete	02612	967 - 37 32 20	967 - 37 32 20	centrodela mujer_ campodemontiel@yahoo.es
	Cuenca	16004	969 - 24 04 14	969 - 24 05 90	asercociem@teleline.es
	Albacete	02430	967 - 41 09 78	967 - 41 00 60	sierradelsegura@wanadoo.es
	Toledo	45400	925 - 30 14 86	925 - 32 20 43	centromujer@mora.es
	Toledo	45150	925 - 42 82 44 y 42 99 79	925 - 42 82 44	navahermosa.ciem@local.jccm.es
	Ciudad Real	13440	926 - 46 01 06	926 - 46 03 28	centromujer6@hotmail.com
	Ciudad Real	13210	926-64 10 38	926-64 10 38	cmujerlamancha@lycos.es
	Cuenca	16800	969 -31 21 08	969-31-20-87	centromujerpriego@hotmail.com
	Guadalajara	19170	949/ 33 55 30	949 33 55 57	lamujerelcasar@telefonica.net
	Cuenca	16630	967-18 03-69 y 18 01 35	967-18-03-69	cmujer.mota@eacsl.com
	Toledo	45510	925-73 20 83	925 73 20 84	cmujerfuensalida@iespana.es
	Ciudad Real	13580	926-44 20 27	926 48 31 82	cmujeralmodovar@yahoo.es
	Ciudad Real	13230	926 63 73 17	926 63 73 17	centromujer@aytomembrilla.org
	Ciudad Real	13730	926 34 27 08	926/34 27 08	centromujermanserja@hotmail.com
	Guadalajara	19171	949-33 76 26	949-33 71 43	centromujercabanillas@hotmail.com

Anexo 7. Recursos sociales de ayuda a víctimas de violencia domestica

Centro	Dirección	Ciudad	
Centro de la Mujer de Manzanares	C/ Empedrada Nº 3 y 5	Manzanares	
Centro de la Mujer de Mondéjar	Parque Agustín Moreto s/n	Mondéjar	
Centro de la Mujer de Sonseca	C/ Mazarambroz nº 7 bajo	Sonseca	
Centro de la Mujer de Bargas	C/ Barrio Alto 8	Bargas	
Centro de la Mujer de Consuegra	C/ Don Vidal 1	Consuegra	
Centro de la Mujer de Corral de Almaguer	C/ Caños 1	Corral de Almaguer	
Centro de la Mujer de Madridejos	Avda. Reina Sofía 10	Madridejos	
Centro de la Mujer de Los Yébenes	C/ Huertos 11	Los Yébenes	
Centro de la Mujer de Herencia	C/ Convento nº 2	Herencia	
Centro de la Mujer de Miguelturra	C/ Miguel Astilleros 4	Miguelturra	
Centro de la Mujer de Mancomunidad Almenara	Avda. Santiago 3	Balazote	
Centro de la Mujer de Caudete	C/ Santa Bárbara nº 34	Caudete	
Centro de la Mujer de Tarazona de la Mancha	C/ Puente de Romano s/n	Tarazona de la Mancha	
Centro de la Mujer de Landete	Ayto. Pza. Nicanor Grande 1	Landete	
Centro de la Mujer de Huete	Planta 1ª del Edificio de la Merced	Huete	
Centro de la Mujer de Quintanar del Rey	Centro Social Polivalente. C/ Parque s/n	Quintanar del Rey	
Centro de la Mujer de Sigüenza	Edif.Soc.cul El Torreón C/ Valencia s/n	Sigüenza	
Centro de la Mujer de Socuellamos	C/. Pedro Arias nº 87 1ª Planta	Socuellamos	
Centro de la Mujer de Villafranca de los Caballeros	C/ San Blas nº 2	Villafranca . Caballeros	
Centro de la Mujer de Tobarra	C/ Juan Carlos I ,nº 16	Tobarra	
Centro de la Mujer de Mancomunidad Almenara (Alcaraz)	C/ Francisco Baillo ,3	Alcaraz	
Centro de la Mujer de Argamasilla de Alba	C/ Alcazar nº 67	Argamasilla de Alba	
Centro de la Mujer de Campo de Criptana	C/ Eruelas s/n (CUM)	Campo de Criptana	
Centro de la Mujer de Mottilla del Palancar	C/ Cristobal Colón, 3	Mottilla del Palancar	

Anexo 7. Recursos sociales de ayuda a víctimas de violencia domestica

	Provincia	C. P.	Teléfono	Fax	E-Mail
	Ciudad Real	13200	926-61 11 58	926-61 11 58	centromujer@manzanares.es
	Guadalajara	19110	949 - 38 77 20	949 - 38 77 21	mujermondejar@terra.es
	Toledo	45100	925 - 38 21 00 y 38 38 46	925 - 38 22 34	mujer@ayto-sonseca.com
	Toledo	45593	925 - 39-50-63	925 - 25 76 01	centromujer@ayto-bargas.com
	Toledo	45700	925 - 46 75 71	925 - 46 75 77	cm_consuegra@terra.es
	Toledo	45880	925 - 19 11 72	925 - 19 11 72	centromujer_ca@jccm.es
	Toledo	45710	925 - 46 17 65	925 - 46 37 71	centromujermadridejos@hotmail.com
	Toledo	45470	925 - 32 14 55	925 - 32 14 24	cmujeryebenes@yahoo.es
	Ciudad Real	13640	926 - 57 32 72	926 - 57 32 72	centromujerherencia@hotmail.com
	Ciudad Real	13170	926 - 27 20 08	926 - 24 20 30	centromujer_miguelturra@yahoo.es
	Albacete	02320	967 - 36 70 16	967 - 36 70 17	cmujeralmenara@terra.es
	Albacete	02660	965 - 82 55 17	965 - 82 65 91	centromujer@wanadoo.es
	Albacete	02100	967 - 54 40 47	967 - 48 13 66	cmujertazona@terra.es
	Cuenca	16330	969 - 36 80 15	969 - 36 80 27	ciemlandete@hotmail.com
	Cuenca	16500	969 - 37 20 78	969 - 37 20 78	ayhuete-mujer@local.jccm.es
	Cuenca	16220	967 - 49 58 14	967 - 49 58 15	centromujer@quintanar.com
	Guadalajara	19250	949 - 34 70 41	949 - 39 08 42	cmujersiguenza@terra.es
	Ciudad Real	13630	926/53 94 34	926 53 26 89	cmujersocuellamos@yahoo.es
	Toledo	45730	926-58 18 33	926-57 86 72	centromujervillafranca@jccm.es
	Albacete	02500	967/32 50 36	967/32 50 75	
	Albacete	02300	967/38 00 02	967/38 02 97	
	Ciudad Real	13710	926/52 10 34	926/52 32 32	secretariaarg@telefonica.net
	Ciudad Real	13610	926/56 31 25	926/56 31 25	centromujer@campodecriptana.es
	Cuenca	16200	969-18- 00 94	969-33 10 25	centro.mujer@motilla.com

