

Violencia de género y emergencias sanitarias: buscando la mejor atención para las víctimas

Manuel López Ventura

Médico. SUMMA 112. Madrid. España.

Miembro de la Comisión Técnica de Violencia de Género de la Comunidad de Madrid en representación del SUMMA 112.



Esta es una versión resumida del artículo. Se puede consultar el artículo completo y la bibliografía en www.zonates.com

Violencia de género

Podemos definir *violencia de género* como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de esos actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública, como en la vida privada.

Esta definición comprende, aunque no se limita, a lo siguiente:

- a) Violencia que se produce en la familia o la unidad doméstica, que incluye, entre otros: la agresión física y mental; el abuso emocional y psicológico; la violación y abusos sexuales; el incesto; la violación entre cónyuges, compañeros ocasionales o estables y personas con las que conviven; crímenes perpetrados en nombre del honor; mutilación genital y sexual femenina, y otras prácticas tradicionales perjudiciales para la mujer, como son los matrimonios forzados.
- b) Violencia que se produce en la comunidad general, que incluye, entre otros: la violación; los abusos sexuales; el acoso sexual y la intimidación en el trabajo, en las instituciones o cualquier otro lugar; el tráfico ilegal de mujeres con fines de explotación sexual; la explotación económica, y el turismo sexual.
- c) Violencia perpetrada o tolerada por el Estado o sus oficiales.
- d) Violación de los derechos humanos de las mujeres en circunstancias de conflicto armado, en particular: la toma de rehenes, el desplazamiento forzado, la violación sistemática, la esclavitud sexual, los embarazos forzados y el tráfico con fines de explotación sexual, y la explotación económica.

Violencia de pareja

La violencia contra las mujeres ha existido siempre, y para muchas de ellas forma parte de su sistema de vida. Ha sido el modo utilizado por los varones para someterlas y dominarlas. El

hecho de que durante mucho tiempo haya permanecido oculta se debe a que, con frecuencia, las mujeres son maltratadas por miembros de su propia familia. El maltrato a la mujer por parte de su pareja es un fenómeno global que se da en todos los países y afecta a mujeres de todos los niveles sociales, culturales y económicos.

La violencia de pareja puede adoptar diferentes formas, que pueden darse de manera aislada, aunque lo más frecuente es que se ejerzan de modo simultáneo. Las señaladas de forma más común son: la psicológica, la física, la sexual, la económica y la ambiental.

Violencia psicológica

Toda agresión en forma de insultos, humillaciones, desprecios, descalificaciones, abandono, amenazas o aislamiento social, que se efectúan tanto en público, como en privado.

Violencia física

Son las conductas en las que se usa la fuerza para producir heridas o lesiones corporales en las víctimas, independientemente de que se consiga o no este objetivo. Incluye empujones, golpes, palizas, utilización de armas u objetos con la intención de hacer daño, intentos de homicidio o asesinatos.

Violencia sexual

Cualquier actividad no deseada impuesta a la mujer por su pareja a través de intimidación o coacción, o bien en otras situaciones de indefensión.

Violencia económica

Dirigida a controlar de forma estricta el manejo del dinero que realiza la mujer, quien debe rendir cuentas al maltratador de todos sus gastos.

Violencia ambiental

Cualquier acto no accidental que provoque o pueda producir daño en el entorno para intimidar a la mujer.

Consecuencias en la salud

Las consecuencias que tiene la violencia para la salud de las mujeres pueden clasificarse en mortales y no mortales.

Consecuencias mortales: homicidio y suicidio

La mayoría de las mujeres que mueren por homicidio son víctimas de sus parejas actuales o previas. El riesgo de muerte, lejos de desaparecer, se incrementa con la separación. Lo más frecuente es que la muerte sea consecuencia de la agresión física directa por parte del maltratador, haya o no intencionalidad. En un estudio realizado en Estados Unidos, se pone de manifiesto que la existencia de episodios previos de violencia y disponer de armas de fuego en el domicilio son algunos de los factores asociados con el riesgo de muerte. Desde que empezaron a recogerse estadísticas en España en el año 2003 hasta el 31 de diciembre de 2012, 652 mujeres han sido asesinadas por sus parejas. Si se contabilizan las muertes secundarias (suicidios, intoxicaciones y enfermedades de transmisión sexual) la cifra de fallecimientos debidas a violencia de género es muy superior.

El suicidio es la segunda de las consecuencias mortales de la violencia de pareja. Las mujeres maltratadas tienen una probabilidad de suicidarse entre tres y cinco veces mayor que las mujeres cuyas parejas no son violentas.

Consecuencias no mortales

Las consecuencias de índole no mortal que tiene la violencia para la salud se traducen en forma de manifestaciones clínicas, que lesionan la integridad de las mujeres que la experimentan.

Lesiones traumáticas

Las lesiones traumáticas producidas directamente por agresiones físicas presentan una gran variabilidad, que pueden oscilar desde afecciones leves –como ligeras abrasiones o contusiones–, hasta las más graves, resultado de ataques brutales con o sin armas, como los traumatismos craneoencefálicos que en ocasiones conllevan pérdida de conciencia, coma profundo o incluso la muerte. En ocasiones, las muestras de la agresión se localizan en regiones descubiertas, como cara o cuello, pero con frecuencia el maltratador aprende a no dejar rastro o a concentrar las agresiones en zonas del cuerpo cubiertas por la ropa.

Problemas ginecológicos y obstétricos

Las relaciones sexuales no consentidas pueden originar un embarazo no deseado o una infección venérea, incluido el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida. La violencia o el temor a ella también pueden afectar de manera indirecta a la salud sexual y reproductiva, ya que influyen en la capacidad de la mujer para negociar el sexo seguro, incluido el uso de condones y anticonceptivos. La violencia también se produce durante el embarazo, por lo que sus consecuencias afectan no sólo a la mujer, sino también al feto o al recién nacido. La violencia durante el

embarazo se asocia con abortos, muerte fetal, parto prematuro, así como muerte y lesiones fetales o del recién nacido.

Sintomatología inespecífica

Con frecuencia, las mujeres maltratadas acuden a urgencias con síntomas y signos difíciles de filiar que tienen una escasa o nula respuesta a los tratamientos habituales. Suelen ser reflejo de trastornos psicológicos derivados de la situación que presentan, de modo que, además de síntomas físicos —como cefalea, dolores de espalda, pelvis o abdomen, tensión muscular, excesivo cansancio, alteraciones del sueño, tristeza, indiferencia o apatía, irritabilidad y desórdenes gastrointestinales—, se pueden identificar signos como artritis o tartamudeo.

Comportamientos de riesgo para la salud

Parece ser que hay una asociación entre la violencia que experimentan las mujeres y la probabilidad de desarrollar ciertos comportamientos de riesgo para la salud. Según fuentes del Massachusetts Youth Risk Behavior Survey de 1997 y 1999, la violencia física y sexual contra las jóvenes adolescentes estuvo asociada con un incremento del riesgo de abuso de ciertas sustancias (como alcohol, tabaco, cocaína), con comportamientos poco saludables para controlar el peso (uso de laxantes o píldoras y la provocación de vómitos), comportamientos de riesgo sexual (primer coito en menores de 15 años y más de tres parejas en los últimos 3 meses), embarazo e intento de suicidio.

Efectos en la salud mental

Los efectos de la violencia en la salud mental pueden ser tanto o más destructivos que en la salud física, y están presentes en un grado mayor o menor en todas las formas de violencia. Entre ellos destacan por su frecuencia los trastornos del estrés y los trastornos del estado de ánimo, cuyos paradigmas, en el caso que nos ocupa, son el trastorno del estrés postraumático y la depresión, respectivamente.

Aparición de enfermedades y empeoramiento de las ya existentes

El estrés crónico generado por el maltrato psicológico y la continua tensión favorece la aparición de enfermedades, como las infecciones producidas por ciertos virus (herpes simple, coxsackie B, VIH, rinovirus), la expresión de virus latentes, la aparición de un número mayor de reacciones alérgicas –incluido el asma y otras enfermedades autoinmunes– y empeora las ya existentes.

En la tabla 1 se enumeran las principales manifestaciones clínicas que pueden presentar las mujeres afectadas.

Violencia de género y emergencias sanitarias

En muchas ocasiones, la urgencia es el primer punto de contacto con el sistema sanitario de las mujeres que sufren vio-

lencia de género, al ser uno de los lugares más accesibles que encuentran para solicitar ayuda, aunque el motivo por el cual consultan no siempre es una lesión directa de la agresión, sino que suele ser una manifestación subaguda o encubierta y, en muchas ocasiones, no es más que una vía no explícita de pedir auxilio. Así, las mujeres maltratadas buscan atención en los servicios de urgencias entre 1,5 y 3 veces más que otras mujeres que no lo son, aunque se estima que sólo se diagnostican entre un 5 y un 15% de todos los casos.

A pesar de que los servicios sanitarios son un punto clave para el abordaje de este tipo de violencia, pocas veces los profesionales sospechan la existencia de esta situación. Se estima que al menos 7 de cada 10 maltratos pasan desapercibidos en la asistencia clínica habitual. Resulta difícil identificar situaciones de maltrato cuando no hay lesiones físicas. Si el personal de los servicios sanitarios

es capaz de profundizar mediante una relación terapéutica en los elementos psicosociales y de género que tienen que ver con la forma y el estilo de vida de quien la padece, con sus problemas y su situación familiar, se podrá obtener un diagnóstico acertado.

En otras ocasiones, las lesiones y los síntomas de las pacientes pueden ser graves y evidentes; aun así, las mujeres que acuden a urgencias por este problema pueden reconocer haber sufrido malos tratos o no.

Actuación en la detección de violencia

Así, los profesionales de urgencias ocupan un lugar privilegiado para la detección temprana de casos de maltrato, para el diagnóstico de lesiones psicológicas y físicas asociadas a éste, y para la intervención temprana en los casos detectados. Sin embargo, el personal sanitario de urgencias rara vez sospecha la existencia de una situación de violencia en sus pacientes. Esta falta de detección se explica por la existencia de determinadas barreras, presentes tanto en las mujeres, como en los profesionales sanitarios.

En cuanto a las primeras, cabe señalar que la mayoría de víctimas de violencia de género no manifiestan abiertamente la situación en la que se encuentran, aunque presenten lesiones evidentes. Esta ocultación dificulta enormemente la detección de estos casos. Entre las razones que pueden explicar esta conducta destacan: el sentimiento de vergüenza y de culpabilidad de la violencia que sufren; el hecho de no reconocer los hechos como maltratos; la baja autoestima; las amenazas de su agresor, o el miedo a las repercusiones que la denuncia de los hechos pueda tener sobre ellas o sobre los/as hijos/as.

Por otro lado, los profesionales de urgencias tenemos serias barreras para diagnosticar este tipo de problema de salud: una alta presión asistencial que puede dificultar emplear el tiempo y la atención necesarios a este tipo de urgencias; la falta de formación que nos puede llevar a actitudes prepotentes o a culpabilizar a la mujer por continuar manteniendo su situación de maltrato o por no aceptar la ayuda ofrecida; desmotivación; no conciencia de problema de salud; prejuicios; miedo a ofender o invadir la intimidad de la víctima, y/o desconocimiento de los recursos y las ayudas sociales.

Muchos estudios muestran que alrededor de un 80% de las mujeres –independientemente de su edad o historia de maltrato– agradecerían que el personal sanitario les interrogase sobre este tema. De hecho, una de las principales motivaciones para desvelar su situación es que les pregunten con empatía, sin prisas, de manera directa y confidencial, y en un clima de confianza y libre de juicios.

La manera más eficaz de identificar la violencia de pareja es pensar en ella y buscar elementos que nos permitan detectarla, tanto a través de la entrevista, como de la exploración física (la actitud de la víctima, la de su compañero, alguno de los signos y/o los síntomas, etc.).

En la tabla 2 se enumeran los principales indicadores de sospecha durante la atención.

En los casos de sospecha, hay que realizar una entrevista clínica específica para detectar los malos tratos. En la tabla 3 se muestran ejemplos de preguntas que pueden ser útiles ante la sospecha.

Tabla 1. Principales manifestaciones clínicas asociadas a la violencia de género

Psíquicas

- Depresión
- Ansiedad
- Sentimiento de culpa y vergüenza
- Trastornos psicosomáticos
- Crisis de pánico y fobias
- Conductas sexuales inseguras
- Trastornos de alimentación
- Trastorno de estrés postraumático
- Abuso de psicofármacos, alcohol y otras drogas
- Ausencia de cuidado personal
- Intento de suicidio

Sexuales

- Disminución de la libido
- Anorgasmia
- Falta de autonomía sexual

Ginecológicas

- Embarazo no deseado
- Embarazos de alto riesgo
- Enfermedades de transmisión sexual
- Abortos en condiciones inseguras
- Infecciones de orina de repetición
- Dolores pélvicos crónicos

Físicas

- Dolores crónicos
- Cansancio
- Colon irritable
- Fibromialgia
- Problemas gastrointestinales

Traumáticas

- Fracturas
- Contusiones y hematomas
- Quemaduras
- Rotura de tímpano

Sociales

- Aislamiento
- Pérdida de empleo
- Absentismo laboral
- Disminución del número de días de vida saludable

La entrevista debería llevarse a cabo en sitios privados, mediante preguntas directas y sin prejuicios, y teniendo en cuenta las peculiaridades culturales de cada paciente. No debe hacerse si algún miembro de la familia está presente, ni siquiera los hijos. Esta es una condición especialmente difícil de conseguir en los servicios de urgencias; por ello, en caso de sospecha, debe buscarse activamente este espacio, porque de otro modo puede ser imposible encontrar una situación adecuada para la entrevista.

En la tabla 4 se indican unas recomendaciones sobre la entrevista clínica ante la sospecha de maltrato.

Es importante resaltar la responsabilidad de los profesionales de la salud a la hora de sospechar, detectar y notificar las agresiones por malos tratos. No hay que olvidar que es un delito, y que según el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal estamos obligados a comunicarlo a la autoridad competente. Actualmente, la Ley Integral contra la Violencia de Género contempla “el deber de los sanitarios en la detección precoz y apoyo asistencial a las víctimas, así como la aplicación de los protocolos sanitarios ante estas agresiones” (Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral Contra la Violencia de Género 2004).

Tabla 2. Indicadores de sospecha durante la atención

1. Características de las lesiones y problemas de salud

Retraso en la demanda de asistencia de las lesiones físicas.
 Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa.
 Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara/cabeza, cara interna de los brazos o muslos.
 Lesiones por defensa (cara interna del antebrazo).
 Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de largo tiempo de evolución.
 Lesiones en genitales.
 Lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas.
 Lesión típica: rotura de tímpano.

2. Actitud de la mujer

Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, se altera, por ejemplo, al abrirse la puerta.
 Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza.
 Autoestima baja.
 Sentimientos de culpa.
 Estado de ansiedad o angustia, irritabilidad.
 Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil, evitar mirar a la cara.
 Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones.
 Falta de cuidado personal.
 Justifica sus lesiones o quita importancia a ellas.
 Si está presente su pareja: temerosa en las respuestas, busca constantemente su aprobación.

3. Actitud de la pareja

Solicita estar presente en toda la visita.
 Muy controlador, siempre contesta él o, por el contrario, despreocupado, despectivo o intentando banalizar los hechos.
 Excesivamente preocupado o solícito con ella.
 A veces colérico u hostil con ella o con el profesional.

Actuación asistencial

En primer lugar, se deberá atender el estado de salud de la mujer, tanto físico como psicológico, y establecer un diagnóstico y atención adecuados.

Atención al estado físico

La primera actuación será atender las lesiones físicas y descartar la existencia de un riesgo vital inmediato, así como estabilizar a la paciente, si fuera necesario. Ello supone un abordaje diagnóstico-terapéutico inmediato y prioritario al propio diagnóstico de malos tratos o a los otros riesgos vitales psíquico y/o social. Se debe actuar como en otras lesiones o afecciones que puedan suponer riesgo vital para la paciente.

Tabla 3. Ejemplos de preguntas ante sospecha

En el caso de sospecha por información obtenida de los antecedentes y características de la paciente:

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

En el caso de sospecha por las lesiones físicas que presenta:

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

En el caso de sospecha por los síntomas o problemas psíquicos encontrados:

- Me gustaría conocer su opinión sobre esos síntomas que me ha contado (ansiedad, nerviosismo, tristeza, apatía, etc.). ¿Desde cuándo se siente usted así? ¿A qué cree usted que se deben? ¿Los relaciona con algo?
- ¿Ha sucedido últimamente algo en su vida que le tenga preocupada o triste? ¿Tiene algún problema quizás con su pareja? ¿O con sus hijas o hijos? ¿Con alguien de su familia? ¿En el trabajo?
- Parece como si se encontrara alerta, asustada. ¿Qué teme?
- ¿Tiene alguna dificultad para ver a sus amistades o familiares? ¿Qué le impide hacerlo?

En el caso de que la atención se efectúe desde los servicios de urgencia extrahospitalarios, se realizará una historia clínica y exploración física meticulosa, una estabilización y abordaje terapéutico inicial de las lesiones y traslado al hospital, si fuera necesario, previa estabilización en SVA (Soporte Vital Avanzado) o SVB (Soporte Vital Básico). La atención debe realizarla el personal médico, ya que así lo va a precisar la gestión médico-legal para garantizar los derechos de la mujer maltratada; por tanto, se solicitará apoyo médico en el caso de que no esté ya presente. En el caso de que no haya lesiones o éstas no requieran ingreso hospitalario, realizaremos tratamiento in situ, los trámites médico-legales que sean preceptivos y las derivaciones a otros servicios sanitarios o sociales que no tengan carácter urgente.

Si la paciente requiere valoración hospitalaria, una vez allí se realizarán las pruebas diagnósticas complementarias que sean necesarias, de manera que nos confirmen y precisen la gravedad de las lesiones: radiografías, tomografía computarizada, ecografía, analítica, etc., según la sospecha diagnóstica. En caso necesario, se solicitará la valoración de otros especialistas en relación con las lesiones que presente: cuidados intensivos, traumatología, cirugía, neurocirugía, cirugía maxilofacial, etc.

En los casos de agresión sexual, si la mujer así lo manifiesta y expresa su deseo de presentar denuncia, el personal sanitario forense y el de ginecología debería realizar de forma simultá-

nea la exploración ginecológica en el momento en que la paciente acude al centro sanitario. Para ello, el centro sanitario y/o el ginecólogo debe solicitar al juzgado de guardia la presencia de personal forense e informar de la situación, para así coordinarse y asistir conjuntamente a la paciente.

En caso de que la víctima de una agresión sexual sea recibida en centros de urgencia extrahospitalarios, se la derivará al Servicio de Ginecología del hospital de referencia correspondiente, una vez cumplimentado el parte/informe. La agresión sexual es una señal de alerta de riesgo grave, por lo que se hace necesaria una valoración exhaustiva de éste.

El hecho de descartar la existencia de un riesgo vital inmediato físico no significa que no sea necesario realizar el ingreso hospitalario o tener que dejar a la paciente en la sala de observación de urgencias, es decir, las lesiones pueden no ser vitales, pero sí lo suficientemente graves para requerir observación o tratamiento especializado (fracturas, traumatismo craneoencefálico leve-moderado, etc.).

En todo caso, se habilitará un espacio que garantice la seguridad de la mujer y su protección. Asimismo, debe garantizarse su seguridad durante los traslados al centro sanitario o a otro centro cuando el tratamiento de las lesiones que presente la mujer así lo requiera.

Atención al estado psíquico

En caso de que la paciente no precise ingreso ni observación en urgencias por las lesiones físicas, hemos de valorar siempre el riesgo vital psíquico, ya que todos los casos de maltrato presentan repercusiones psicológicas. En los casos de planificación autolítica, episodios de agitación psicomotriz y crisis aguda de ansiedad, se procederá a la valoración por parte del servicio de psiquiatría de urgencias del hospital de referencia.

Valoración del riesgo vital inmediato en el ámbito social

Una vez evaluado lo anterior, valoraremos el riesgo vital inmediato en el ámbito social, que consiste en averiguar si hay amenazas de muerte o la posibilidad de una nueva agresión que pueda causar a la mujer lesiones graves, aunque las actuales sean leves.

Siempre que se atienda un caso de violencia de género en urgencias es necesario realizar una valoración de la seguridad y el riesgo en que se encuentra la mujer (tabla 5). Igualmente, se ha de indagar acerca de la existencia de menores o personas dependientes que también puedan estar padeciendo la violencia, por si hubiera que tomar medidas inmediatas o diferidas en cuanto a su seguridad.

Actuación ante la mujer que presenta indicadores de sospecha, pero no reconoce sufrir malos tratos

Deberemos registrar en la historia clínica la sospecha y la actuación realizada, incluida la valoración de vulnerabilidad y riesgo, así como informar a la mujer de la valoración que hacemos

Tabla 4. Recomendaciones para la entrevista clínica a la mujer ante sospecha de maltrato

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

En el caso de que lo reconozca

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

Tabla 5. Valoración de la seguridad y el riesgo de la mujer**Biopsicosocial**

Lesiones y síntomas físicos.

Situación familiar.

Situación económica, laboral y ocupacional.

Red de apoyo social de la mujer.

Situación emocional.

De la situación de violencia

Tipo de violencia, desde cuándo la sufre, frecuencia e intensidad de ésta.

Comportamientos de la persona agresora a nivel familiar y social. Si ha habido agresiones a otras personas o familiares.

Mecanismo de adaptación desarrollado por la mujer.

Fase del proceso de violencia en la que se encuentra.

De la seguridad y evaluación del riesgo

Determinar si la mujer se encuentra o no en peligro extremo, entendiendo por peligro extremo la situación actual de sufrir un evento inminente con riesgo cierto para la vida de la mujer o la de sus hijos o hijas. Indicadores de peligro extremo. Esta valoración se hará conjuntamente con la mujer:

- Amenazas con armas o uso de éstas.
- Amenazas o intentos de homicidio a ella y sus hijos o hijas.
- Amenazas o intentos de suicidio de la paciente.
- Malos tratos a hijos o hijas u otros miembros de la familia.
- Lesiones graves, o que incluso haya requerido hospitalización.
- Amenazas o acoso, a pesar de estar separados.
- Aumento de la intensidad y frecuencia de la violencia.
- Agresiones durante el embarazo.
- Abusos sexuales repetidos.
- Comportamiento violento fuera del hogar.
- Celos extremos, control obsesivo de sus actividades diarias, a dónde va, con quién está o cuánto dinero tiene.
- Aislamiento creciente.
- Consumo de alcohol o drogas por parte del cónyuge.
- Disminución o ausencia de remordimiento expresado por el agresor.

Considerar la percepción de peligro por parte de la mujer, tanto para ella, como para otros miembros del entorno familiar. Ante la presencia de este indicador, la situación queda definida directamente como de peligro extremo.

Criterio profesional tras la valoración conjunta (fundamentada en la entrevista y la valoración biopsicosocial realizada).

Si se detecta una situación de peligro preguntar:

- ¿Se siente segura en su casa? ¿Puede ir a casa ahora?
- ¿Están sus hijos/as seguros/as? ¿Dónde está ahora el agresor?

de la situación en la que se encuentra, los riesgos futuros en su salud y la de sus hijos de mantenerse la situación actual y los recursos sanitarios, sociales y legales disponibles para estas situaciones. La derivaremos a atención primaria, con el fin de que se efectúe su seguimiento y a que se completen las actuaciones que sean precisas. Si hay sospecha consistente de violencia de género y se valora la situación como de riesgo para la mujer, se puede comunicar al ministerio fiscal para su investigación.

Respetar la autonomía de la mujer

En todo el proceso de acompañamiento e intervención sanitaria se debe respetar y potenciar la autonomía de la mujer. Para que las mujeres puedan tomar decisiones y ser protagonistas de su propio proceso de recuperación, han de ser informadas de las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, de

las consecuencias probables de actuar o no actuar, de los beneficios y riesgos esperados, y también como medida para garantizar su seguridad.

Por otra parte, no podemos perder de vista la condición de sujetos de derecho de las mujeres reconocida en la Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, así como en la legislación sanitaria, y especialmente en la Ley de Autonomía del Paciente.

También es importante recordar que es preciso solicitar su consentimiento para realizar fotografías y para que la reconozca el equipo forense.

En definitiva, los profesionales sanitarios hemos de actuar con responsabilidad ante el problema de la violencia de género, además de respetar a la mujer y sus derechos, sin olvidar que detrás de una agresión hay un problema complejo con graves repercusiones en la salud, y no tan sólo una cuestión íntima de la pareja.