

MALOS TRATOS EN LA MUJER PROTOCOLOS SANITARIOS

*Rosario González Candelas.
Grupo de la mujer de la SVMFiC*

INTRODUCCIÓN

El problema de los delitos contra las mujeres se integra en un problema general que es la VIOLENCIA DOMÉSTICA, de la que son víctimas también los niños, los ancianos e incluso hombres, y es una manifestación de la violencia general.

El Sistema Sanitario ha orientado tradicionalmente su atención a los problemas de salud originados de forma natural (biológica) e involuntaria. No obstante, cada vez son más frecuentes los trastornos derivados de enfermedades y lesiones autoinfligidas o producto de distintas formas de violencia accidental o intencional.

El Plan de Acción contra la Violencia Doméstica pretende dar respuesta a la situación de violencia que sufren muchas mujeres y a la demanda social que se está provocando por estos hechos. En el apartado de Sanidad este Plan recoge la elaboración, aprobación y difusión de un protocolo sanitario cuyo objetivo es fijar las pautas de acción que el profesional sanitario tiene que seguir ante una persona maltratada que acude a la consulta de un servicio sanitario.

IMPORTANCIA DEL TEMA

El profesional de la salud tiene una gran responsabilidad en la detección de los malos tratos; por un lado el diagnóstico correcto, que debe comenzar por su búsqueda si existen indicios de sospecha y/o factores de riesgo y por otro lado la adecuada cumplimentación del parte de lesiones, que permita una actuación eficaz de los recursos comunitarios y judiciales.

El personal sanitario que atiende a víctimas de malos tratos, tanto en Servicios de Urgencia como en centros en que no esté presente personal especializado, tiene la obligación de hacer un buen diagnóstico médico-legal que sirva al juez para valorar los hechos de forma adecuada.

PREJUICIOS Y MITOS DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Culturalmente la violencia ha estado rodeada de prejuicios y mitos que condenan de antemano a las mujeres y justifican a los hombres violentos. Es importante que el personal sanitario conozca y explore estas creencias en poblaciones de riesgo para así realizar las intervenciones oportunas encaminadas a prevenir la aparición de malos tratos.

Algunos de los mitos más extendidos y arraigados entre la población son:

1. **Sólo en las familias con "problemas" hay violencia**, evidentemente en todas las familias existen problemas de diversa índole. Lo que diferencia a unas de otras es la forma de enfrentarse a dichos problemas.
2. **Hombres adictos a drogas como el alcohol, parados, con estrés en su trabajo... son violentos como efecto de su situación personal**, pero también son violentos cuando no se dan

estas circunstancias. Además, muchos de estos hombres no son violentos en su medio social y/o laboral pudiendo incluso ser personas respetadas y admiradas.

3. **La violencia dentro de casa es un asunto de la familia y no debe salir ni difundirse fuera.** Creer que la familia es una institución privada, "intocable", ha hecho que durante mucho tiempo la violencia se considerase "normal" tanto por la sociedad como por las autoridades. Ningún acto que dañe a las mujeres física o psicológicamente puede ser considerado como privado de la familia.
4. **La violencia sólo existe en familias con pocos recursos económicos.** La violencia se da en todos los grupos étnicos y sociales. Hay que tener presente que las mujeres con más recursos económicos también pueden tener presiones de tipo social que las lleve a no comunicar los malos tratos de que son objeto.
5. **Siempre se exagera la realidad cuando se habla de violencia contra las mujeres.** Hay que tener presente que cuando la mujer solicita ayuda la situación es seria.
6. **La violencia la sufren un tipo concreto de mujeres, con características muy estereotipadas, mujer pasiva, joven (25-30 años), sin trabajo remunerado, con descendencia y que vive con un alcoholico o parado.** No hay un tipo de mujer que tienda a ser maltratada. Con esta idea sólo se consigue reducir el problema y tranquilizar pensando que es una situación que afecta a determinadas mujeres y estigmatizar a quienes lo han sufrido, aislándolas y condenándolas al silencio.
7. **Si no se van es porque les gusta.** Los motivos por los que una mujer tarda en abandonar el hogar tienen más que ver con la dependencia económica, la falta de relaciones afectivas de apoyo y el estado emocional en que se encuentran.
8. **Cuando las mujeres dicen NO quieren decir SÍ.** Cuando una mujer dice NO, significa que NO QUIERE.
9. **En el caso de que tengan hijos es mejor que aguanten.** Al contrario. Los hijos, además de ser posibles víctimas, pueden desarrollar trastornos de conducta y aprendizaje.
10. **El violador es un enfermo mental y no es plenamente responsable de lo que hace.** La justificación de enfermos sólo sirve para quitar responsabilidad al violador.
11. **Es imposible violar a una mujer en contra de su voluntad.** Socialmente parece que la mujer debe acreditar "que se ha defendido" en el caso de haber sido víctima de agresión sexual. En una situación en la que puede estar en riesgo la vida se debe aconsejar no oponer resistencia, sin que ello signifique dar su consentimiento.
12. **La mujer violada es la responsable del delito por provocar al violador.** Existe una tendencia por parte de la sociedad a juzgar la conducta de la mujer más que la del violador. No hay que olvidar que el violador no escoge su víctima por su aspecto llamativo.
13. **La mayoría de las violaciones se producen a altas horas de la noche en descampados y personas desconocidas.** Entre

(Sigue en página 13)

un 30-50% de las agresiones sexuales se produce en el domicilio y, con frecuencia, por familiares y conocidos.

OBJETIVOS

- 1) Facilitar la información necesaria para que los profesionales sanitarios adquieran conocimientos sobre factores de riesgo y detección de maltrato y/o abuso sexual.
- 2) Conocer los distintos tipos de maltrato en mujeres para diferenciarlos de otras patologías existentes de expresión clínica similar.
- 3) Formar y asesorar a los distintos profesionales sanitarios para mejorar la calidad de la atención que se presta a las mujeres víctimas de malos tratos y/o abusos sexuales mediante:
 - a. La desmitificación de actitudes y valores que tradicionalmente han sido atribuidos a la mujer.
 - b. La observación de las repercusiones que los malos tratos tienen para el desarrollo de la persona.
 - c. La implicación del profesional sanitario en el tratamiento y/o seguimiento en los casos de maltrato y/o abuso sexual.
 - d. La obligación legal de denunciar los presuntos malos tratos y/o abusos sexuales por sospecha propia o bien aquellos que le sean comunicados por las víctimas de agresión o por terceras personas.
- 4) Motivar y sensibilizar a los profesionales de la salud para que creen un clima de confianza que facilite a las pacientes la comunicación de su condición de víctima.
- 5) Organizar las tareas específicas de los distintos profesionales sanitarios de cada nivel asistencial en la atención de los casos de maltrato y/o abuso sexual.
- 6) Fomentar la derivación adecuada y eficaz entre los servicios sanitarios y los recursos extrasanitarios comprometidos en la atención y asistencia a personas víctimas de maltrato y/o abuso sexual.
- 7) Promover la correcta y exhaustiva cumplimentación del parte de lesiones en los Centros Sanitarios, para que sirva de herramienta clave en el procedimiento judicial del maltrato y/o abuso sexual.

CONCEPTO

El artículo 1 de la "Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer" de las Naciones Unidas, considera que la violencia contra las mujeres es: "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 las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública o en la privada.

CARACTERÍSTICAS DEL AGRESOR

No existe un perfil típico que identifique a un hombre como agresor. El agresor es porque quiere serlo y porque piensa que sus actos, que autojustifica, quedarán impunes.

El maltratador puede encontrarse en cualquier trabajo, clase social, nivel cultural o económico.

Los maltratadores no son enfermos mentales, aunque en algunos casos de maltrato se detecta la presencia de alguna psicopatología, siendo el trastorno de personalidad antisocial y la depresión mayor los de mayor frecuencia.

TIPOS DE MALOS TRATOS

- A) FÍSICOS: todo acto no accidental que provoque o pueda provocar daño físico o enfermedad (heridas, fracturas, golpes, quemaduras, bofetadas,...).

- B) PSÍQUICOS: todo acto o conducta que produzca desvalorización o sufrimiento en las mujeres. Comprende amenazas, humillaciones, exigencia de obediencia, conductas verbales coercitivas como los insultos, así como el aislamiento, el control de las salidas, descalificaciones públicas y el control del dinero. Suele venir aparejado al maltrato físico pero es más difícil de demostrar. El empleo de este tipo de violencia conduce a la destrucción del equilibrio psicológico.
- C) SEXUALES: es aquella conducta que atenta contra la libertad sexual de la mujer mediante el empleo de la fuerza o la intimidación, o que valiéndose de una posición de poder impone a la mujer una relación sexual contra su voluntad. El término penetración, ya sea anal, bucal o vaginal, abarca tanto el uso del miembro sexual masculino como la introducción de objetos. Este tipo engloba las agresiones y abusos sexuales, los incestos y también el acoso sexual, entendiéndolo como todo comportamiento sexual ofensivo y no deseado, impuesto valiéndose de una situación de superioridad laboral, docente o similar que genera un entorno hostil y humillante repercutiendo negativamente en sus condiciones de vida y estabilidad psíquica.

INDICADORES DE MALOS TRATOS

FÍSICOS: Hematomas en: rostro, labios, boca, torso, espalda, muslos, cuello. Fracturas en: cráneo, nariz, mandíbula. Quemaduras de cigarrillos / puros en: manos, pies, por cuerdas en: piernas, cuello, torso, por objetos: señales definidas. Cortes y/o pinchazos. Mordeduras humanas. Lesión de órganos internos. Heridas. Arañazos. Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (heridas sin curar, infectadas). Perforación del oído. Problemas dentales: lesiones en tejidos blandos del área de la boca.

PSÍQUICOS:

Sintomatología ansiosa: Falta de aliento (disnea) o sensación de ahogo. Mareo, sensación de inestabilidad, sensación de pérdida de conciencia. Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia). Temblor o sacudidas. Sudoración. Sofocación. Náuseas o molestias abdominales. Despersonalización o desrealización. Adormecimiento o sensación de cosquilleo en diversas partes del cuerpo (parestesia). Escalofríos. Dolor o molestias precordiales. Miedo a morir. Miedo a volverse loco o perder el control. Hipervigilancia.

Sintomatología depresiva: Poco apetito o voracidad. Insomnio o hipersomnía. Pérdida de energía o fatiga. Disminución de la autoestima. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones. Sentimientos de desesperanza. Escasas relaciones sociales (con familia y/o amigos). Verbalizaciones negativas, engañosas y/o incoherente. Poco comunicativa. Sentimientos de culpa. Manifestaciones somáticas. Intentos de suicidios. Alto índice de tratamiento psiquiátrico o psicoterapéutico. Dificultad para resolver problemas. Escasas habilidades sociales.

SEXUALES: Hematomas y/o heridas: interior del muslo. Sangrado anal y/o genital. Fisuras anales. Dolor en genitales. Contusiones / hematomas en: monte de venus, vulva y mamas. Traumatismos en la vulva.

FACTORES QUE PUEDEN INCREMENTAR EL RIESGO POTENCIAL DE MALTRATO DENTRO DE LA FAMILIA

- Historia personal de malos tratos.
- Problemas laborales: desempleo, insatisfacción o tensión laboral.

- Malas condiciones de vida. Hacinamiento. Marginación.
- Precariedad económica.
- Dificultad para establecer relaciones: relación de pareja, vínculo madre-hijo.
- Actitud hacia el castigo.
- Desajuste marital.
- Prostitución y/o delincuencia.
- Falta de soporte social en situaciones difíciles.
- Aislamiento social.
- Padres con exceso de vida social o profesional que dificulta las relaciones familiares.
- Escasa tolerancia al estrés o estrategias de afrontamiento inadecuadas.
- Adicción a sustancias tóxicas.
- Insatisfacción personal.
- Ausencia de capacidad empática.
- Problemas psicopatológicos en algún miembro de la familia.
- Figura monoparental. Madre soltera (especialmente adolescente), divorciados, separados. Ausencia de padre (abandono hogar, prisión, fallecimiento).

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA EN LA SALUD DE LA MUJER

La violencia es causa de lesiones en la mujer. Los distintos tipos de violencia se interrelacionan y producen efectos en todas las facetas de la salud.

A) CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD FÍSICA

Entre las consecuencias que se derivan para la SALUD FÍSICA se encuentran:

Las lesiones: pueden encontrarse en cualquier localización y revestir diversos grados de gravedad. Enfermedades de transmisión sexual. Vih/sida. Embarazo no deseado. Problemas ginecológicos. Cefaleas, hipertensión. Discapacidad parcial o permanente. Abuso de alcohol y sustancias tóxicas. Otras conductas nocivas para la salud. Consecuencias para el feto o el recién nacido cuando la agresión se produce en una mujer embarazada: abortos, partos prematuros, muerte fetal, lesiones en el feto o en el recién nacido.

B) CONSECUENCIAS PARA LA SALUD MENTAL

Constituye lo que se ha denominado psicopatología relacionada con las agresiones, que se produce tanto por la violencia psíquica como por el impacto emocional que genera la violencia física, sobre todo si existe sensación de peligro.

Comprende: Cuadros de depresión/ansiedad. Trastornos por estrés postraumático. Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia). Trastorno de personalidad múltiple. Trastorno obsesivo-compulsivo. Disfunción sexual. Diversas manifestaciones psicósomáticas.

C) CONSECUENCIAS PARA LA SALUD SOCIAL

La violencia de género sobre la salud social de la mujer pueden originar: Aislamiento, desconfianza, desvalorización y/o dificultad para entablar relaciones sociales futuras.

D) CONSECUENCIAS SOBRE LA FAMILIA

Además del impacto directo de la violencia en la mujer y en su vida también tiene consecuencias para sus hijos e hijas,

tanto si son testigos de la violencia como si son también víctimas de ella.

REACCIONES DE LA MUJER FRENTE A LA VIOLENCIA

A CORTO PLAZO

Se valoran analizando la actitud de la víctima inmediatamente después de la agresión. Aparecen cuando se inicia la violencia física y habitualmente después de los episodios agudos. La reacción de la víctima puede ser de diversos tipos:

- Agresividad, verbal o física, hacia su agresor o hacia otras personas del entorno inmediato, particularmente los hijos.
- Mutismo acompañado de postración, tristeza e incluso agitación. Puede dar sensación de indiferencia.
- Confusión e inquietud, que puede acompañarse de sentimientos de autoacusación y miedo a lo que la situación pueda generar.
- Calma anormal con total colaboración y sobriedad al prestar declaración o ante el reconocimiento médico.

A LARGO PLAZO

Se pueden establecer diversos procesos patológicos de entre los que cabe destacar:

Estados de estrés postraumático: pueden darse varias posibilidades:

- Reexperimentación del suceso con aparición de pesadillas, recuerdos, alucinaciones y pseudoalucinaciones que traen a la mente el momento de la agresión. Puede aparecer años después e influir en relaciones posteriores.
- Estado de apatía por entumecimiento de la capacidad de respuesta que lleva a la víctima a apartarse de la vida social y a un estado más o menos permanente de fatiga y asntenia.
- Aumento de la capacidad de respuesta con un estado de hipervigilancia, nerviosismo y tensión constantes.
- Alteraciones de la memoria y la concentración.
- Conductas de evitación fóbica por miedo ante la posibilidad de encontrarse en determinadas situaciones.
- Trastornos del sueño.
- Mantenimiento y supervivencia del sentimiento de culpabilidad.
- Aparición de somatizaciones: taquicardia, sudoración, etc. ante la rememoración del hecho.

Cuadros disociativos, que pueden presentar de distinta forma:

- Amnesia disociativa, con incapacidad para recordar determinadas cosas relacionadas con la violencia de que ha sido objeto.
- Fuga disociativa, vagan sin rumbo fijo sin tener muy claro quién es o a dónde va.
- En casos muy graves personalidad múltiple o identidad disociativa o de despersonalización con desconocimiento del propio cuerpo.

Cuadros somatoformes del tipo de vómitos, alteraciones gastrointestinales, temblores, alteraciones respiratorias, trastornos ginecológicos, cefaleas, etc.

Alteraciones del comportamiento: adicción al alcohol o a otro tipo de drogas, comportamientos autoagresivos y/o situaciones de desinserción social.

Proceso de victimización definido como el conjunto de cambios que se producen en la víctima entre el segundo día y los

tres meses después de una agresión. Los aspectos que incluye son los siguientes:

- Negación de lo sucedido. Al principio es bueno porque controla la ansiedad, pero tiene el inconveniente de que se opone a la posibilidad de que se lleve a cabo la denuncia.
- Cambios en los sistemas de creencias; la víctima ya no se cree invulnerable, deja de pensar que el mundo está bajo control y deja de percibirlo como algo positivo.
- Comparación social: la víctima intenta explicarse lo sucedido comparando con otras personas. Comienza a preguntarse ¿por qué a mí? Esto disminuye el nivel de autoestima.
- Procesos de atribución. La víctima comienza a pensar en los motivos que han desencadenado esa situación. Puede autoinculparse o culpar al azar.
- Futuro negativo: sensación que tiene la víctima de que ya nada será igual en adelante. Lleva a la depresión y al abandono.
- Sentimientos negativos de ira, vergüenza y miedo.
- Ruptura de la vida cotidiana.
- Pérdida de autoestima.
- Deseos de autodestrucción, que pueden llevar a adoptar conductas temerarias o de riesgo.

RECURSOS SANITARIOS

Los **Servicios de Urgencia**, tanto hospitalarios como extra-hospitalarios, tienen un destacado papel por ser el lugar en que la mujer recibe su primera asistencia sanitaria. Desde allí, si es preciso, será dirigida a otros servicios.

Los **Centros de Salud** constituyen el servicio más próximo al usuario, de ahí la importancia de la detección por parte de los profesionales de los malos tratos y del conocimiento de los indicadores anteriormente citados.

Los **Hospitales** ofrecen una atención especializada que cubre todas las necesidades de asistencia médica a las víctimas del maltrato.

En general se considera deseable que la Atención Primaria detecte y atienda el mayor número posible de casos.

En los casos en que se sospeche agresión sexual la derivación al Servicio de Ginecología Hospitalaria es inexcusable. Además se avisará al forense.

RECURSOS NO SANITARIOS

La actuación de los **Cuerpos de Seguridad** es de gran importancia dadas sus funciones de información, protección y denuncia. Se han constituido grupos especiales para la atención de personas maltratadas: **Servicio de Atención a la Mujer (S.A.M.)** y a **Grupo de menores (GRUME)** pertenecientes al Cuerpo Nacional de Policía, y **Equipos Mujeres y Menores (EMUME)** perteneciente a la Guardia Civil. En nuestra comunidad existen los siguientes:

Servicio de Atención a la Mujer (S.A.M.) Comisaría de Policía
C/ Médico Pascual Pérez, 33. 03001 ALICANTE
Tf: 965 14 22 22, Ext. 35 y 41

Equipo de Mujer Menor (EMUME). Unidad Orgánica de Policía Judicial. Comandancia de la Guardia Civil
C/ San Vicente, 52. ALICANTE
Tf: 965 21 66 11

Servicio de Atención a la Mujer, al menor y a la Familia. Comisaría Provincial de la Policía
C/ Ronda Magdalena, 92. 12004 CASTELLÓN
Tf: 964 25 36 00 Ext. 227

Equipo Mujer Menor (EMUME). Unidad Orgánica de Policía Judicial. Comandancia de la Guardia Civil

C/ Benicarló, 21 D. CASTELLÓN
Tf: 964 22 46 00

Servicio de Atención a la Mujer (S.A.M.). Comisaría Provincial de la Policía

Gran Vía Ramón y Cajal, 40. 46007 VALENCIA
Tf: 963 53 95 39 Ext. 632 y 633

Equipo Mujer Menor (EMUME). Unidad Orgánica de Policía Judicial. Comandancia de la Guardia Civil

C/ Calamocha, 4. Tf: 963 80 10 00.

La **Administración de Justicia** es la encargada de la adopción de medidas para erradicar el problema. El proceso judicial se pone en marcha cuando el parte de lesiones llega al Juzgado de Guardia.

Los **Servicios Sociales** están en contacto con los grupos familiares de riesgo, detectando aquellas situaciones conflictivas que requieran intervención.

Las **Asociaciones y ONGs** tienen un destacado papel en el apoyo comunitario a las víctimas tanto para el asesoramiento judicial, psicológico, social y de acompañamiento en los pasos a seguir a la hora de buscar solución.

Algunas de las existentes son:

Centro Mujer 24 horas. C/ Salvador Giner, 4. VALENCIA
Tf: 900 58 08 88

Centros Infodona. Existen 10 centros en la provincia de Valencia

En Valencia capital Tf: 963 98 56 00.

RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN PRINCIPIO GENERAL

Los centros y servicios sanitarios han de promover activamente la protección de los menores y mujeres, ante las situaciones de maltrato que afecten o puedan llegar a afectar a su bienestar y su desarrollo integral, por medio de la prevención, detección, atención y derivación efectiva, desde todos los niveles de la asistencia sanitaria.

PRINCIPIOS RECTORES DE ACTUACIÓN

- Principio de Observación y vigilancia permanente.
- Principio de Responsabilidad Pública de la protección de los menores y mujeres, con actuación prioritaria en la prevención de factores de riesgo, desamparo, desprotección y grandes carencias que afecten su desarrollo integral.
- Principio de Obligatoriedad. El personal de los centros y servicios sanitarios deberá comunicar de inmediato a los órganos y servicios municipales, autonómicos y judiciales competentes, los hechos que supongan la existencia de malos tratos en mujeres y menores.
- Principio de Integridad. Los centros y servicios sanitarios impulsarán la protección de los menores y la mujer ante las situaciones de maltrato de modo integral a través de programas médico-preventivos, curativos, rehabilitadores, de higiene y de educación sanitaria.
- Principio de Inmediatez. Actuación inmediata y contundente tras el conocimiento o sospecha de la situación de desprotección del menor o de maltrato en la mujer.
- Principio de Universalidad. De aplicación a todos los menores de 18 años de edad y mujeres que residan o se encuentren transitoriamente en nuestra comunidad.

- Principio de Coordinación de Niveles Asistenciales. Los equipos de Atención Primaria desarrollarán su actividad de protección del menor y mujer en estrecha colaboración funcional y técnica con los servicios especializados de otros niveles, y viceversa.
- Principio de Cooperación Exterior. Facilitar el ejercicio de las competencias de las otras Administraciones, prestando el apoyo que precisen para su ejercicio, así como para la ejecución de sus resoluciones.
- Principio de Territorialidad. De aplicación geográfica en los centros, servicios y establecimientos de la Dirección del Área de Salud a la que se adscriban.
- Principio de Atemporalidad. No prescribe en el tiempo, pero sí es susceptible de mejora.

NORMAS PARA UNA MANERA CORRECTA DE ACTUAR

- Primacía del interés del menor de 18 años y la mujer.
- Prestar especial atención al aspecto exterior del menor y la mujer, así como a su comportamiento y actitud durante la asistencia médica y de enfermería. Recordar siempre que el maltrato no sólo se refiere a hechos físicos sino también psicológicos.
- Familiarizarse y tener presente los indicadores de maltrato y/o abuso sexual, así como los factores de riesgo, considerando que alguno de los mismos pueden aplicarse o presentarse en la paciente a la que asisten.
- Se requiere por ello, según lo citado anteriormente, la formación y reciclaje específico y continuo de todos los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud, sobre las diversas formas de maltrato y los factores e indicadores personales, familiares y sociales de riesgo, que permita la detección de casos y el correcto enfoque para la solución del problema.
- Efectuar el diagnóstico de maltrato a través de la anamnesis y la exploración física, ayudándose según la ocasión de exploraciones radiológicas y de consultas a otras especialidades.
- Evitar en lo posible etiquetar a la paciente maltratada, con otras patologías. Dada su frecuencia y la reserva de muchas mujeres a exponer el tema se recomienda el cribado sistemático en todas las pacientes. Se empezará con una pregunta suave "¿Cómo van las cosas en la familia, hay problemas?" y si la contestación es afirmativa se preguntará por todos los tipos de maltrato como empujones o tirones de pelo, ya que algunas mujeres sólo consideran maltrato las lesiones graves.
- En el momento en que el profesional reciba revelación explícita sobre la existencia de una situación de maltrato o haya sospecha de su presencia, ha de efectuar la comunicación de dicha situación a las Administraciones Públicas competentes. En el caso de que se inicie una conversación, el profesional debe promover en todo momento:
 - Si es posible, conversar a solas con la paciente.
 - Manifestar disponibilidad inmediata, sin esperar a otro momento posterior. La atención pasa a ser lo primero, máxime cuando se trate de posibles abusos sexuales.
 - Crear un ambiente relajado en el que la paciente se sienta segura para expresarse, es decir, establecer un clima de confianza y apoyo.
 - Mostrar una actitud coherente y sin ambigüedad, que le permita ganar confianza y seguridad para afrontar el reconocimiento de la agresión y sentirse acompañada y protegida para hacer frente a las consecuencias que de ello se derivan.

- Reacción de preocupación contenida, no alarmar ni alarmarse, añadiendo "sobresignificado" con un vocabulario inadecuado, gestos o conductas.
- Muy importante seguir su ritmo, no precipitando su testimonio ofreciéndole apoyo y confianza, esperando a que se establezca una mínima empatía.
- Hacer uso de la escucha activa (asentimientos gestuales y verbales).
- Insistir en que no se sienta culpable o responsable de la situación, ni por desvelar "el secreto". Que es creída y apoyada, que no se le exige ninguna responsabilidad directa o indirecta.
- Manifestar activamente una aprobación positiva por haberlo comunicado.
- Referirse al agresor como alguien que necesita ayuda.
- Hacer uso en todo momento de un lenguaje claro y sencillo, libre de tecnicismos y omitir los términos "víctima" y "agresor".
- Derivar en el momento de la detección.
- Poner el acento en que saldrá adelante.
- El apoyo afectivo debe ser: continuado en el tiempo, debe respetar el proceso por el que pasa cada paciente, no presionar, sino animar a que de algún paso.
- Que sienta que desde ese momento la sociedad le comprende y va a ayudarla.
- La actuación descrita, tanto en el aspecto de trato humano y asistencia como de emisión de Partes de lesiones al Juzgado y Fiscalía se efectuará tanto si existe certeza como si existe sospecha de malos tratos.
- El buen criterio del Facultativo determinará las prácticas diagnósticas y terapéuticas idóneas. Se tendrá en cuenta, que una certeza diagnóstica que por motivos estrictamente clínicos puede no ser urgente, en un caso de supuestos malos tratos sí puede revestir carácter de urgencia, ya que una exploración complementaria puede constituir un medio probatorio y además si se le cita más adelante, por su situación puede verse imposibilitada para acudir.
- La pasividad y falta de implicación de los profesionales conforma también una determinada clase de maltrato. Todas las situaciones de riesgo tienen un nivel prioritario de urgencia y de compromiso responsable (ético y legal) del personal sanitario que le obliga a intervenir, no demorando su actuación o eludiendo el problema por pensar que son asuntos privados, por falta de tiempo, por miedo a futuras represalias del agresor, creencia irreal de cambio, predisposición negativa contra determinados grupos sociales, etc. Su incumplimiento puede derivar en una doble exigencia de responsabilidad: penal y administrativo-disciplinaria.
- Las actuaciones practicadas y la documentación generada se ajustarán a los principios generales del secreto profesional y la confidencialidad. Se recomienda, con consentimiento de la paciente, efectuar fotografías a las lesiones; y en caso de no disponer de cámara fotográfica, aconsejar a la persona que las realicen.
- Se desarrollarán y fomentarán las actuaciones de prevención primaria, secundaria, y terciaria, en todos los niveles asistenciales, si bien las relativas a la prevención secundaria son las idóneas en la práctica habitual del ejercicio sanitario. El objetivo prioritario sería la detección precoz de la población de alto riesgo. Una de las premisas básicas de la actividad preventiva es realizar la predicción en los momentos más preco-

ces posibles, antes de que aparezca el maltrato. La preparación al parto por las matronas y las consultas médicas durante el embarazo, en la sala de parto y en el período posterior al parto constituye una oportunidad idónea para la detección de sujetos en riesgo y para el desarrollo de actividad de formación-prevención. También se impartirán charlas sobre malos tratos y abusos sexuales en los Centros Educativos, implicando en ellas a los maestros, con el fin de reducir en la población infantil el riesgo de que se produzcan estas situaciones. Y se recabará la colaboración con los Servicios Sociales de ámbito no sanitario y con las ONG relacionadas con dicha problemática.

- La violencia doméstica se cebe mayoritariamente en las mujeres y los niños, en un porcentaje aproximado del 92%. No obstante, se percibe un progresivo incremento de nuevas víctimas de otros colectivos desvalidos como ancianos y minusválidos. Los criterios y la sensibilidad aquí planteada tanto en el ámbito de detección como de atención y derivación en su caso les son también de aplicación.
- Es difícil detectar el maltrato psicológico; por ello debe ponerse especial cuidado en la observación de los indicadores que permitan descubrir este tipo de maltrato. En este caso, además de realizar la notificación a los equipos de menores, el facultativo valorará la derivación a la Unidad de Salud Mental.
- La red de apoyo comunitario, compuesta por diversas asociaciones y ONG, constituye un valioso dispositivo. Deberá facilitarse a todas las mujeres la información necesaria para que puedan acceder a alguna de ellas. En todo caso, a la mujer atendida se le facilitará información sobre recursos específicos (Guía de recursos) que puedan serle necesarios, dependiendo de la situación que presente y de las medidas que ella quiera tomar con relación a la misma. De esa información y derivación se encargará si es posible el/la trabajador/a social del Centro de Salud de referencia, o bien del Centro Hospitalario. "La información es una herramienta poderosa contra el maltrato".
- Si la mujer solicita que no se autorice la visita a su agresor o personas relacionadas, se pondrán los medios para tratar de asegurar sus derechos.
- La coordinación entre los distintos profesionales es esencial. Sin embargo, cuando ocurran dudas en la distribución de competencias, siempre se debe actuar evitando una omisión del deber de socorro. Aunque no corresponde a los enfermeros/as el diagnóstico y la cumplimentación de los partes de lesiones sí deberán colaborar con el facultativo y en la información a la paciente. Cuando por la comunicación directa de la paciente o por la evidencia a simple vista en la práctica de los cuidados, deduzcan sospecha de malos tratos, lo comunicarán con discreción al facultativo. Si éste, sin explicación, no lo abordase como tal, propiciarán una consulta de enfermería, donde le informarán del derecho a una segunda opinión, es decir, a la consulta con otro facultativo. Dicha incidencia la comunicarán posteriormente a la Dirección Gerencia.
- La asistencia "habitual" a urgencias o a consulta por caídas o golpes fortuitos debe generar en el profesional una alerta ante la posibilidad de esta problemática.
- Cuando se presente un caso de abuso sexual, además de prestarle la atención sanitaria precisa, se requerirán; los servicios del médico forense para la exploración física y recogida

de muestras. En caso de no localización, demora o imposibilidad de acudir del médico forense, se dará nueva comunicación al Juez, quien podrá atribuir dichas funciones periciales a otro Ginecólogo. Él asegurará la correcta toma de muestras.

- En los supuestos de agresiones sexuales, además de lo anteriormente expuesto para cualquier tipo de maltrato, se tendrá en cuenta que si se detecta en Atención Primaria, la derivación al Hospital es imperativa, simultáneamente a la comunicación al médico forense a través del Juzgado.
- La atención de una posible víctima de agresión sexual requerirá en la exploración, la descripción general de las lesiones genitales, el tipo de agresión sexual, utilización de instrumentos extraños, la presencia de semen en cavidades corporales y ropa...

ACTUACIÓN PROFESIONAL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Los profesionales de Atención Primaria tienen un gran papel en la detección de casos de maltrato psicológico y de tipos de maltrato no aparente en los que la mujer puede no consultar por ese motivo.

En estos casos el profesional de Atención Primaria debe responder las siguientes cuestiones:

¿Cuáles son los síntomas de malos tratos?

En el apartado de indicadores de malos tratos existe una completa relación de signos y síntomas de maltrato. Conviene prestar atención a:

- A. Síntomas psíquicos: depresión, confusión, ansiedad, comportamiento disociado, anorexia/bulimia, somatizaciones, síndrome de estrés postraumático, intentos de suicidio, sentimientos de culpabilidad, baja autoestima.
- B. Síntomas físicos: Patologías mal definidas (dolor de cabeza, torácico, espalda, abdominal, pélvico, insomnio, ahogos), lesiones agudas en múltiples puntos en forma de magulladuras, erosiones, cortes..., discapacidades permanentes.
- C. Actitud de la víctima: temor, mirada huidiza, sensación de vergüenza, sentimientos de culpa, explicaciones vagas, contradictorias, confusas.
- D. Actitud de la pareja: Excesivamente preocupado, solícito, excesivamente despreocupado, despectivo y/o irónico (es habitual que el culpable acompañe a la víctima a la consulta para controlarle). Hay que invitarle a salir de la consulta.

¿Qué actitud debe tener el profesional ante la víctima?

- A. Debe tener siempre presente la posibilidad de malos tratos, escucha activamente y aceptar el relato de la paciente, insistiendo en que la violencia nunca es justificable y que nadie merece recibir malos tratos, físicos, emocionales o sexuales, y que en modo alguno estos conflictos afectan exclusivamente al ámbito de lo privado.
- B. Cuando alguien acude a la consulta está demandando ayuda; la obligación del personal facultativo es dársela.
- C. Las preguntas sencillas y directas sobre malos tratos demuestran ser las más eficaces.
- D. Desde el mismo ambiente neutro de escucha activa, confidencialidad y evitando emitir juicios, indagar la posibilidad de malos tratos a otros miembros de la familia; en caso de sospecha los citaremos y comprobaremos dicha posibilidad. Aun y cuando la respuesta sea negativa, hay que abrir una

puerta a la supuesta víctima, ya que ésta tenderá, generalmente, a la negación del problema.

- E. Evaluación del riesgo.
- F. Realizar un seguimiento.

¿Qué medidas y actuaciones debe emprender?

En cualquier caso hay que establecer un plan de actuación, comenzando por derivar al **trabajador social** de referencia, garantizando la confidencialidad de todas las actuaciones. En caso de estimarse oportuna se remitirá al especialista para completar el reconocimiento y tratamiento. Todo ello se hará constar en la **historia clínica** de la paciente.

Si se realiza un informe de lesiones hay que ser extremadamente cuidadoso, detallando todas las marcas actuales y anteriores. Hay que mencionar específicamente el estado psico-emocional de la presunta víctima, recomendando en cualquier caso, en el mismo informe, que se derive al psicólogo del centro de Salud Mental de referencia. Una vez rellenado el informe se leerá en voz alta, repasando las lesiones a fin de que la descripción sea lo más exacta posible y puedan determinarse futuras secuelas. Hay que hacer referencia a las afirmaciones de la paciente, ya que las lesiones pueden producirse en lugares no visibles y que, en ocasiones, no dejan huella.

Una vez repasado el informe se le entregará una copia firmada y sellada a la paciente, informándola que debe acudir con él (preferiblemente con testigos) al Juzgado o a la Policía.

¿Con qué instituciones debe ponerse en contacto?

En cualquier caso se le informará de los recursos existentes, derivándola al trabajador social de referencia. No debe recomendarse mediación familiar, que en estos casos está contraindicada.

ACTUACIÓN EN CENTROS SANITARIOS

En caso de que una mujer que haya sufrido malos tratos, físicos o psíquicos o agresión sexual acuda directamente a un Centro Sanitario (hospitalario o extrahospitalario) se actuará de acuerdo con las siguientes normas:

1. Se atenderá a la mujer de forma urgente a través de los servicios sanitarios que se requieran. En caso de que el Centro no contara con los servicios adecuados (Urgencias, Traumatología, Ginecología, Psiquiatría, etc.) se le acompañará al Centro Sanitario más próximo.
2. Evitar que la víctima esté sola en todo momento, aunque vaya acompañada de un familiar. Es recomendable que sea acompañada por el Trabajador Social del centro sanitario, quien elaborará una valoración/diagnóstico de la situación personal, familiar y social de la víctima y de los hijos a su cargo, en caso de que los hubiera. En casos de urgencia se ocupará de facilitar una casa de acogida y de informar sobre el proceso legal que se inicia.
3. Asistir a los posibles daños y lesiones físicas y psíquicas que sufra la persona.
4. Actuar igual que cualquier otra actividad sanitaria, pasando por la apertura de la Historia Clínica correspondiente o la inscripción de los datos de la asistencia por malos tratos en la historia ya abierta.
5. Iniciar el plan de actuaciones terapéuticas que corresponda.
6. Se deberá comunicar, en atención a su urgencia y gravedad al Juzgado de Guardia, tanto en el caso de malos tratos físicos y/o psíquicos como de agresión sexual, para que facilite

la presencia del médico forense y de la autoridad policial, a objeto de que queden cumplimentados de una sola vez los aspectos médicos, policiales, judiciales y específicamente:

- para proceder a la recogida de la denuncia
 - para prever el aseguramiento de pruebas y realizar la recogida de muestras
 - para garantizar la protección de la mujer.
7. Se deberá expedir el **parte de lesiones**, que será elaborado con letra legible, con identificación del facultativo y utilizando de base el protocolo existente al efecto. En dicho parte se recogerá, obligatoriamente, el alcance de las lesiones, tanto físicas como psíquicas, y su valoración, así como posibles antecedentes de agresiones y lesiones, facilitando copia del mismo a la mujer y dejando una copia en la Historia Clínica.
 8. Se le informará, antes de darle el alta, de los recursos existentes en la zona.
- En todas las visitas el profesional deberá tener presentes estas siete reglas:
1. Escuchar y crear la experiencia de malos tratos que relata la paciente.
 2. Asegurarle que no está sola y que no es culpa suya.
 3. Defender su derecho a vivir sin el temor a la violencia.
 4. Aplazar la prescripción excesiva de medicaciones sedantes.
 5. Animarle a buscar servicios de apoyo a la comunidad.
 6. Responder a sus necesidades de realizar un plan de seguridad.
 7. Apoyarla y asistirle en sus decisiones.

**EL PARTE DE LESIONES
DESCRIPCIÓN**

Es un documento oficial a través del cual los profesionales sanitarios, en el ejercicio de sus funciones, comunican a la autoridad competente cualquier alteración dañosa producida a la persona por causa externa o enfermedad.

Su cumplimentación es obligatoria en todos los casos y para ello se utilizará el formulario adjunto, debiéndose incluir la siguiente información:

- Lugar, fecha y hora de la asistencia. Datos de filiación de la mujer.
- Resumen de la historia clínica: descripción de las lesiones observadas, existencia de lesiones con diferente data, así como el estado emocional y la realización de pruebas complementarias realizadas y/o solicitadas.
- Valoración avance de un posible pronóstico.
- Relato y transcripción de los hechos.
- Tratamientos aplicados, especificando si precisó hospitalización e indicando número de días de estancia.
- Otros datos y antecedentes recabados que se consideren de interés y que hagan referencia a las circunstancias sociales personales, patológicas, malos tratos o agresiones reiteradas, coexistencia con malos tratos a hijos, etc.
- Personas que la acompañan.
- Médico que emite el informe (nombre y nº de colegiado) y firma.

Se realizará a modo de informe clínico y se harán de él tres copias:

- Para entregar a la interesada.
- Para remitir al Juzgado correspondiente.
- Para adjuntar en la Historia Clínica.

En los casos de agresión sexual así como en aquellos referi-

dos a malos tratos que lo requieran, se prestará especial atención a la recogida de muestras como pruebas periciales y su remisión a la autoridad competente.

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN

El reconocimiento médico debe ser concienzudo y minucioso, y se debe realizar cuando el estado físico y psíquico de la mujer lo permita.

Las lesiones deben describirse con arreglo a:

- Naturaleza de las lesiones:
 - Contusiones: equimosis, sugilaciones (equimosis por succión), hematomas.
 - Contusiones profundas: hematomas y roturas viscerales.
 - Derrames cavitarios: hemáticos y serofibrinosos.
 - Erosiones.
 - Mordeduras.
 - Contusiones complejas: arrancamientos, aplastamientos.
 - Heridas: simples, profundas con afectación de planos profundos, contusas, por arma de fuego.
 - Quemaduras.
- Localización anatómica de las lesiones. Se puede emplear un esquema en el que se dibuje la lesión en la zona anatómica donde se localice reseñando la naturaleza de la lesión.
 - Forma (si refleja la forma de un instrumento).
 - Disposición (diagonal, longitudinal...).
 - Longitud relativa.
- Aspecto, color (referido a la data), si está cicatrizado, si sangra, si tiene costra.
- Los desgarros en zona genital y/o anal deben describirse en el sentido figurado de las agujas de un reloj.

El pronóstico debe ser un pronóstico médico con arreglo a criterios de gravedad. Si existe pronóstico reservado debe explicarse.

RECOGIDA DE INFORMACIÓN

1. Relato y transcripción de los hechos: el médico debe limitarse a transcribir lo que la mujer le cuente. Debe escribir con letra legible y en términos que permitan a alguien profano en la materia comprenderlo pasado un tiempo. Se deben describir: el tipo de agresión, armas o utensilios utilizados, fecha, hora, lugar y circunstancias de la agresión, características del agresor (conocido, descripción física...), existencia de testigos.
2. Antecedentes personales de agresiones y enfermedades: malos tratos y agresiones anteriores, lesiones producidas, si precisó asistencia sanitaria, denuncias efectuadas, enfermedades e intervenciones previas, uso de medicamentos y hábitos.
3. Historia ginecológica, en caso de agresiones sexuales.
4. Valoración del estado general: psíquico, físico y emocional.

AGRESIÓN SEXUAL

Una correcta recogida de pruebas y muestras para lo que es aconsejable que la mujer se desnude sobre una sábana blanca limpia donde se recogerán sus ropas. De esta forma se garantiza que no se pierdan pelos, fibras, etc.

La recogida de muestras se hará previa información y con consentimiento de la mujer:

- Ropa: rota o con manchas de semen, sangre, etc. (colocando cada prenda en bolsa independiente y rotulada).
- Pelos: Pueden encontrarse adheridos a la víctima o en sus ropas.
- Realizar cepillado del vello púbico y muestra del mismo; (guardarlos en bolsas separadas).

- También se deberá tomar muestras del vello púbico para control.
 - Otras: recoger muestras de tierra en vello y piel, manchas de sangre, restos en uñas.
 - Lavado bucal.
 - Tomas de exudado: vaginal, anal y/o faríngeo si es necesario para:
 - Cultivo bacteriológico.
 - Con aspiraciones para ver en fresco espermatozoides.
 - Con hisopo seco para estudio de ADN (no meter en el frigorífico).
 - Test de embarazo, grupo sanguíneo y RH.
 - Hepatitis B y VIH (previo consentimiento).
 - Despistaje de gonorrea, clamidias, sífilis, etc.
- Las pruebas recogidas se etiquetarán con el nombre del médico que las recoge, el nombre de la mujer y la fecha de la recogida, y se guardarán para su entrega al Juzgado.

TRATAMIENTO DE LAS AGRESIONES SEXUALES

A) TRAUMATISMOS FÍSICOS

Tratar las heridas y efectuar prevención de infección de las mismas y, si es preciso, realizar profilaxis antitetánica.

B) TRAUMATISMOS PSICOLÓGICOS

En general es aconsejable para la paciente una consulta en la Unidad de Salud Mental.

C) PREVENCIÓN DE CONSECUENCIAS

En el tratamiento de estos casos de abuso y/o violación se considerará en primer lugar la prevención, mediante profilaxis de las Enfermedades de Transmisión sexual y de la gestación (píldora Postcoital en las 72 horas siguientes al coito). Se realizará un seguimiento a corto y medio plazo como podría ser:

- A los 5 días valoración resultados y si presenta marcadores HB negativos, gammaglobulina antiHb y vacuna y se hará control y seguimiento de lesiones físicas.
- Al mes se citará para valorar pruebas complementarias y repetir cultivos, serología y test de embarazo si hay ausencia de menstruación; también para la 2ª dosis de la vacunación antiHB.
- A los 6 meses repetir VIH y pedir marcadores HB. Hacer citología y colposcopia para descartar papilomavirus. Vacunación anti-HB (3ª dosis).
- A los 12 meses repetir serología VIH.

BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolo de Facilitación de la Detección de Malos Tratos a Mujeres y Menores. Servicio Canario de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo. Gobierno de la Comunidad Autónoma de Canarias. España.
2. Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos. Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud.
3. Guía práctica de Recomendaciones para la Actuación contra la Violencia de Género en el Ámbito Sanitario.
4. ¿Qué debe hacer una mujer maltratada ante una agresión? Guía para profesionales ante el maltrato e informativa para mujeres maltratadas. Editado por BANCAJA.
5. Violencia contra las mujeres. Salud XII. Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales. Instituto de la Mujer.
6. Manual sobre la Violencia contra las Mujeres. Editado por la Generalitat Valenciana. Conselleria de Bienestar Social.

