

Guía de actuación y protocolo sanitario para la detección e intervención en la violencia hacia la mujer

Behaviour Guidebook and Sanitary Protocol to detect and handle the violence against women

C. San Martín Blanco

*Médico. Especialista en Sexología. Psicoterapeuta Sexual, Familiar y de Pareja
Coordinador del Centro Interdisciplinar de Psicología y Salud, CIPSA, Santander*

Resumen

La violencia hacia las mujeres ha venido convirtiéndose en los últimos años en un reconocido problema de salud pública, dada la enorme y creciente mortalidad y morbilidad que provoca. Es por ello que resulta imprescindible el desarrollo y aplicación sociosanitaria de instrumentos de detección y manejo protocolizados que, asociados a unas adecuadas habilidades de comunicación con la víctima y a la detección activa a través del tamizado universal, nos permitan abordar con las máximas garantías desde los servicios sanitarios este grave problema social y sanitario que condiciona la salud de un buen número de mujeres.

Esta Guía de Actuación y Protocolo pretende ser un instrumento útil para los profesionales sanitarios y ha sido elaborada tras la revisión de distintos protocolos y tras haber sido realizado con la misma un pre-test en 34 víctimas que nos ha permitido detectar las principales dificultades surgidas en los distintos niveles asistenciales y corregir los mismos en el documento final.

Palabras clave: violencia, mujeres, protocolo, manejo, detección, tamizado.

Summary

Violence against women had been recognized as a public health problem in the last few years because the high mortality and morbidity which produces. That's why it is very important to develop and use some efficient protocols to detect and handle this problems. It is also very important to have suitable communication abilities with the victims and use the universal screening to detect that situations.

This Behaviour Guidebook and Sanitary Protocol can be a practical instrument for the sanitary professionals and, after having detected some difficulties in the application with 34 victims, we had changed some points in the final document.

Key words: violence, women, protocol, handle, detect, screening.

Correspondencia:

Carlos San Martín Blanco
C/ Emilio Pino 6, 7ª izda.
39002-Santander
E-mail: cipsa@cipsaonline.com

Fecha de recepción: 5 de julio de 2005.

Fecha de aceptación: 23 de septiembre de 2005.

Introducción

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 como en la privada”.

El problema de los delitos contra las mujeres forma parte de un problema general que es la violencia familiar, de la que son víctimas habituales además los niños y los ancianos (1).

Nuestro sistema sanitario está actualmente estructurado para su intervención ante patologías de origen biológico e involuntario, por lo que el abordaje de problemas y situaciones clínicas secundarias a la violencia exige del profesional una especial sensibilidad y formación (2).

Los profesionales de la salud tienen una notable responsabilidad en la detección de los malos tratos; por un lado, el diagnóstico correcto, que debe comenzar por la detección activa de si existen indicios de sospecha y/o factores de riesgo y, por otro lado, la adecuada cumplimentación de un parte de lesiones específico para estos casos, que permita una actuación eficaz de los recursos comunitarios y judiciales (3).

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 deontológica y profesional de hacer un buen diagnóstico médico-legal que sirva al juez para valorar los hechos de forma adecuada.

En el apartado sanitario resulta esencial la elaboración de un protocolo que permita fijar las pautas de acción que el profesional tiene que seguir ante una persona maltratada que acude a un servicio sanitario (4).

Objetivos de la guía de actuación y el protocolo sanitario

1. Ofrecer la información adecuada para que los profesionales sanitarios adquieran conocimientos básicos sobre los principales factores de detección del maltrato físico, psíquico y sexual.

2. Conocer los distintos tipos de maltrato en mujeres, para diferenciarlos de otras patologías existentes de características clínicas similares.

3. Formar a los distintos profesionales sanitarios para optimizar la calidad de la asistencia que se presta a las mujeres víctimas, por medio de:

- La implicación del profesional sanitario en el tratamiento y/o seguimiento en los casos de maltrato.
- La observación de las repercusiones que los malos tratos tienen para el desarrollo de la persona.
- El manejo de los protocolos y guías de actuación en detección e intervención en violencia de género.
- La obligación legal de denunciar los presuntos malos tratos y/o abusos sexuales por sospecha propia o de aquellos que le sean comunicados por las víctimas de agresión o por terceras personas.

4. Sensibilizar a los profesionales de la salud para que establezcan un clima de confianza que favorezca que las pacientes comuniquen su situación de víctima.

5. Organizar las funciones de los profesionales sanitarios de cada nivel asistencial en la atención de los casos de maltrato y/o abuso sexual.

6. Fomentar la adecuada derivación entre los servicios sanitarios y los recursos sociales comprometidos en la atención y asistencia a mujeres víctimas de maltrato y/o abuso sexual.

7. Garantizar 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.

Recursos sanitarios implicados

Los servicios de Urgencia, tanto hospitalarios como extra-hospitalarios, tienen un protagonismo importante, al ser el lugar en el que la mujer recibe su primera asistencia sanitaria. Desde allí, si es preciso, será derivada a otros servicios.

Los centros de salud son el servicio sanitario más próximo al usuario y la puerta de entrada habitual al sistema sanitario. De ahí la gran importancia de la detección activa de los malos tratos por parte de los profesionales y del conocimiento de los distintos indicadores.

Los hospitales son el nivel asistencial que ofrece una atención especializada que cubre todas las necesidades de asistencia médica intensiva a las víctimas del maltrato.

Como norma general sería deseable que fuera la Atención Primaria quien detectara de forma activa y atendiera en primera instancia el mayor número posible de casos.

En los casos en que se sospeche agresión sexual, la derivación a los Servicios de Ginecología Hospitalaria

es inexcusable. Además, resultará necesario avisar al médico forense.

Protocolo de intervención sanitaria

Recomendaciones generales para la atención (5)

Principio general

Los centros y servicios sanitarios han de promover activamente la protección de las 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 activa, atención y derivación, 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 las mujeres, con actuación prioritaria en la prevención de factores de riesgo, desamparo, desprotección y grandes carencias que afecten a 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 sospecha de existencia de malos tratos en mujeres.
 - Principio de integridad. Los centros y servicios sanitarios impulsarán la protección de la mujer ante las situaciones de maltrato de modo integral a través de programas médico-preventivos, curativos, rehabilitadores y de educación sanitaria.
 - Principio de inmediatez. La actuación debe ser inmediata tras el conocimiento o sospecha de la situación de maltrato en la mujer.
 - Principio de universalidad. De aplicación a todas las 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 de la 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

- Que la actuación se sustente en la primacía del interés de la mujer.
- Prestar especial atención al aspecto exterior de la mujer, así como a su comportamiento y actitud durante la asistencia sanitaria. Es necesario no olvidar que el maltrato no sólo se refiere a hechos físicos sino también psicológicos.
- Tener presentes los indicadores de maltrato y/o abuso sexual, así como los factores de riesgo, no olvidando que alguno de los mismos pueden observarse en la paciente a la que asisten.
- Resulta esencial, por tanto, la formación continuada de todos los profesionales sanitarios sobre las diversas formas de maltrato y los factores personales, familiares y sociales implicados, que permitan la detección activa de casos y el correcto enfoque para la solución del problema.
- Realizar el diagnóstico de maltrato a través de la anamnesis y la exploración física, ayudándose según la ocasión de exploraciones y de consultas de otras especialidades.
- Evitar en lo posible etiquetar a la paciente maltratada con otras patologías. Dada su frecuencia y la dificultad de muchas mujeres para plantear el problema, es recomendable el cribado sistemático en todas las pacientes.
 - A. Se empezará con una pregunta genérica como “¿Cómo van las cosas en la familia, hay algún problema en casa?”,** y si la contestación es afirmativa se irá recogiendo información que incluya conductas tipificadas como de maltrato tanto físico como psicológico.
 - B. El profesional debe promover en todo momento:**
 - Conversar a solas con la paciente.
 - Manifestar disponibilidad inmediata, sin esperar a otro momento posterior. La atención debe pasar a ser lo prioritario, sobre todo si se trata de posibles abusos sexuales.
 - Es fundamental 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 ambigüedades, 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 deriven.

- No alarmar ni alarmarse, añadiendo “sobresignificado” con un vocabulario inadecuado, gestos o conductas.
- Es muy importante seguir su ritmo, no precipitando su testimonio, ofreciéndole apoyo y confianza y esperando a que se establezca una adecuada 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”; en que es creída y apoyada, que no se le exige ninguna responsabilidad directa o indirecta.
- Manifestar explícita y activamente una aprobación positiva por haberlo comunicado.
- Hacer uso en todo momento de un lenguaje claro y sencillo, libre de tecnicismos y omitir los términos “víctima” y “agresor”.
- 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, sin presionar y animar a que dé algún paso para salir de la situación.
- Que sienta que desde ese momento el profesional la comprende y va a ayudarla.
- La actuación descrita, tanto en el aspecto asistencial 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 criterio del profesional 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 la cita más adelante, por su situación puede verse imposibilitada para acudir.
- La falta de implicación y de una adecuada atención de los profesionales conforma también una determinada clase de maltrato. Todas las situaciones de riesgo tienen un nivel prioritario de urgencia y de compromiso ético y legal del personal sanitario que le obliga a intervenir, no retrasando su actuación o eludiendo el problema por pensar que son asuntos privados, por falta de tiempo, por miedo a futuras represalias del agresor, creencias irreales de cambio o predisposición negativa contra determinados grupos sociales, etc.

- 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, teniendo en cuenta que las relativas a la prevención secundaria son las más adecuadas en la práctica profesional.

El objetivo prioritario sería la detección precoz de la población de alto riesgo. Uno de los objetivos fundamentales de la actividad preventiva es realizar la detección en los momentos más precoces 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 constituyen una oportunidad idónea para la detección de sujetos en riesgo y para el desarrollo de la práctica preventiva.

- La violencia doméstica afecta mayoritariamente a las mujeres y a los niños, en un porcentaje aproximado del 92% sobre el total de casos. 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.

- Una forma de violencia especialmente difícil de detectar es el maltrato psicológico; por ello debe hacerse especial hincapié en la observación de los indicadores que permitan descubrir este tipo de maltrato. En este caso, además de realizar la notificación correspondiente se valorará la derivación a 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.

C. En todo caso, a la mujer atendida se le facilitará información sobre los 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.

- Resulta esencial la coordinación entre los distintos profesionales. 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 médico 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 alguna, no lo abordase como tal, facilitarán 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 frecuente a servicios de Urgencias o a consultas por caídas o golpes fortuitos debe poner al profesional en alerta ante la posibilidad de encontrarse ante un caso de este tipo.
- Si el abordaje es de un caso de abuso sexual, además de la prestación sanitaria, se solicitará la intervención del médico/a forense para la exploración física y recogida de muestras. En caso de no ser localizado/a o imposibilidad para acudir de éste, se dará nueva comunicación al juez, quien podrá atribuir dichas funciones periciales a otro ginecólogo.
- 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, es imprescindible la derivación al hospital, a la vez que damos 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, la utilización de objetos extraños o la existencia de semen en cavidades corporales y ropa... (6).

Actuación del profesional de Atención Primaria

La implicación de los profesionales de Atención Primaria es determinante para la detección activa de casos de maltrato psicológico y de tipos de maltrato no aparente en los que la mujer puede no consultar por ese motivo (7). En estos casos el profesional de Atención Primaria debe conocer algunos aspectos como:

A. ¿Cuáles son los síntomas más habituales en los casos de malos tratos?

En cuanto a los indicadores, podemos destacar como síntomas y signos:

- Síntomas psíquicos: depresión, ansiedad, comportamiento disociado, anorexia/bulimia, múltiples somatizaciones, síndrome de estrés postraumático, intentos de suicidio, sentimientos de culpabilidad, baja autoestima, confusión, hábitos tóxicos y dependencia a fármacos.
- Síntomas físicos: patologías de difícil diagnóstico etiológico (dolor de cabeza, torácico, espalda, abdominal, pélvico, insomnio, ahogos), lesiones en múltiples zonas en forma de magulladuras, cortes, erosiones...
- Actitud frecuente en la víctima: miedo, mirada huidiza, sensación de vergüenza, sentimientos de culpa, explicaciones vagas y/o contradictorias y confusas, no deseo de hablar del tema, incomodidad...
- Actitud frecuente en la pareja: excesivamente preocupado o excesivamente despreocupado, solícito, despectivo y/o irónico (es habitual que el culpable acompañe a la víctima a la consulta para controlarla). Hay que invitarle siempre a salir de la consulta (si es necesario, con el pretexto de explorar a la víctima) para poder entrevistarlos a solas con ella.

B. ¿Qué factores pueden incrementar el riesgo potencial de maltrato dentro de la familia? (8)

- Historia previa personal de malos tratos.
- Problemas laborales como desempleo, estrés laboral, acoso en el trabajo o insatisfacción.
- Malas condiciones de vida. Hacinamiento. Marginación.
- Dificultades económicas.
- Dificultad para establecer relaciones: relación de pareja, vínculo padre-madre-hijo.
- Problemas de pareja.
- Falta de soporte social en situaciones difíciles.
- Aislamiento social.
- 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 pareja.
- Padres con actitud intolerante, indiferente o con excesiva ansiedad ante las responsabilidades de crianza de los hijos.

C. ¿Cuál ha de ser la actitud que debe tener el profesional ante la víctima?

- Debe tener siempre presente la posibilidad de malos tratos, escuchar activamente y aceptar el relato de la paciente, insistiendo en que la violencia nunca tiene justificación y que nadie merece re-

cibir malos tratos, físicos, emocionales o sexuales, y que de ninguna manera constituyen situaciones que sean sólo del ámbito de lo privado.

- Cuando alguien acude a la consulta está demandando ayuda; la obligación del personal sanitario es tener la formación y compromiso necesario para dársela.
 - Las preguntas sencillas, directas y fácilmente comprensibles sobre malos tratos demuestran ser las más eficaces.
 - Con las actitudes ya descritas de escucha activa y confidencialidad y evitando emitir juicios de valor es importante también indagar la posibilidad de malos tratos a otros miembros de la familia; en caso de sospecha, los citaremos y comprobaremos dicha posibilidad.
- Aunque para la víctima resulte difícil hablar de ello o reconocerlo, hay que abrir una puerta a la comunicación en cualquier momento de la situación.
- Es esencial realizar además una evaluación del probable riesgo en que se encuentra la víctima.
 - Y realizar un seguimiento de cómo va evolucionando la situación personal y clínica.

D. ¿Cuáles son las habilidades básicas en la entrevista clínica en casos de violencia hacia la mujer?

La creación de un clima terapéutico favorable y fiable para la paciente es un elemento muchas veces determinante para el diagnóstico y tratamiento de los malos tratos.

Debemos ser conscientes del impacto emocional que el problema está provocando tanto en la paciente como en su entorno y de que podemos estar ante una oportunidad “única” para que nos relate lo que le ocurre, por lo que resulta fundamental tener en cuenta los siguientes elementos en la comunicación:

Naturalidad y objetividad: la paciente debe percibir que no nos está planteando algo desconocido o extraño, sino que lo que le ocurre es algo conocido por nosotros, frecuente y con solución en muchos casos. Es importante no transmitirle nuestras propias opiniones al respecto, sino mantener la imparcialidad.

Empatía: nuestra capacidad para ponernos en el lugar de la paciente y que ésta se sienta comprendida refuerza la relación asistencial y tiene incluso un primer efecto terapéutico.

Lenguaje adecuado: debemos emplear un lenguaje sencillo y comprensible, sin utilizar términos demasiado técnicos pero tampoco vulgarismos que pueden molestarle y afectar la relación terapéutica.

Es esencial confirmar que nos comprende con el tipo de lenguaje que utilizamos y no será extraño que con cada paciente tengamos que modificar nuestro lenguaje ante sus diferentes niveles de formación.

Escucha activa: que la paciente se sienta acogida depende además de que nos perciba interesados por su relato sin desentendernos, moralizar o interrumpirlo, evitando además la toma de decisiones rápidas.

Saber informar: la forma de transmitir la información es fundamental para el abordaje de los malos tratos. Debemos ofrecer una información ordenada y comprensible, favoreciendo que nos plantee sus dudas y cuidando especialmente el lenguaje verbal y no verbal (tono y volumen de voz adecuados, contacto ocular, gestos...).

E. ¿Cuáles deben ser las medidas y actuaciones a emprender?

En todos los casos hay que establecer un plan de asistencia que puede comenzar por derivar al trabajador/a social de referencia, garantizando la confidencialidad de todas las actuaciones.

En caso de considerarse necesario, se remitirá al especialista para completar el reconocimiento y tratamiento.

Todas estas medidas y decisiones se harán constar en la historia clínica de la paciente.

Es necesario establecer el estado psico-emocional de la presunta víctima, recomendando si es necesario y en el mismo informe que se derive al profesional oportuno del centro de salud mental de referencia.

Una vez finalizada la cumplimentación del informe se leerá en voz alta, confirmando que corresponde a la realidad y repasando las lesiones, a fin de que la descripción sea lo más exacta posible y puedan determinarse futuras secuelas. Hay que hacer referencia clara a las afirmaciones de la paciente sobre las lesiones, ya que éstas pueden producirse en lugares no visibles y, en ocasiones, no dejan huella.

Una vez repasado el informe, se le entregará una copia firmada y sellada a la paciente, informándole de que debe acudir con él (mejor si va acompañada de testigos) al juzgado o a la comisaría de Policía a formular la pertinente denuncia.

F. ¿Con qué instituciones debe ponerse en contacto?

En cualquier caso, se le informará de los recursos sociosanitarios existentes, derivándola al servicio de referencia en cada comunidad autónoma.

No debe recomendarse mediación familiar, que en estos casos está totalmente contraindicada.

Pautas de actuación en centros sanitarios

Cuando una mujer que haya sufrido malos tratos de cualquier tipo (físicos, psíquicos o sexuales) acuda directamente a un centro sanitario tanto hospitalario como extrahospitalario, se actuará de acuerdo con las siguientes pautas:

1. Se asistirá a la mujer de forma urgente a través de los servicios sanitarios que se requieran. Si el centro no dispone de los servicios adecuados (Urgencias, Ginecología, Psiquiatría, etc.) se la acompañará al centro sanitario más próximo.

2. Se evitará que la víctima esté sola en todo momento, aunque vaya acompañada de un familiar.

3. Se recomienda que sea acompañada por el trabajador social del centro sanitario, que será el encargado de realizar una valoración/diagnóstico de la situación personal, social y familiar de la víctima y de los hijos a su cargo, si los hubiere. En los casos de urgencia se encargará de facilitar una casa de acogida e informar sobre el proceso legal que se inicia. Se asistirá a los posibles daños y lesiones físicas y psíquicas que sufra la persona.

4. La actuación será comparable a cualquier otra intervención sanitaria, pasando por la apertura de la historia clínica correspondiente o la inclusión de los datos de la asistencia por malos tratos en la historia ya abierta.

5. Se deberá comunicar, en función de la 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 policía, para que queden cumplimentados de una sola vez los aspectos médicos, policiales, judiciales y específicamente:

- Para proceder a la recogida de la denuncia.
- Para garantizar el aseguramiento de pruebas y realizar la recogida de muestras.
- Para garantizar la protección de la mujer.

6. Se deberá emitir el correspondiente parte de lesiones, que será realizado con letra legible incluyendo el número de colegiado y la identificación del facultativo y utilizando de base el protocolo existente al efecto.

En este parte se recogerá el alcance de las lesiones, tanto físicas como psíquicas, y su valoración y los posibles antecedentes de agresiones y lesiones, facilitando copia del mismo a la mujer y dejando además una copia en la historia clínica.

7. Se iniciará el plan de actuaciones terapéuticas oportunas.

8. Se le informará, antes de proceder al alta, de los recursos existentes en la zona.

En todas las visitas el profesional deberá tener presentes estas siete reglas (modificado por el autor del

Protocolo ante los malos tratos domésticos. Consejo Interterritorial de salud, 1998):

1. Escuchar activamente y dar credibilidad a la experiencia de malos tratos que nos relata la paciente.

2. Ofrecerle nuestra disponibilidad para ayudarla y contribuir a que se desculpabilice de la situación.

3. Contribuir a superar su miedo y defender su derecho a vivir sin el temor a la violencia.

4. Aplazar la prescripción excesiva de medicaciones sedantes.

5. Animarla a utilizar los servicios sociosanitarios disponibles en la comunidad para su apoyo.

6. Responder a sus necesidades de realizar un plan de seguridad.

7. Apoyarla y asistirle en sus decisiones.

El parte de lesiones

1. Descripción

El parte de lesiones es un documento oficial por el que los profesionales sanitarios 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 deberá incluir la siguiente información:

- Lugar, fecha y hora de la asistencia. Datos de filiación de la mujer.
- Datos 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 y su resultado.
- Relato y transcripción de los hechos.
- Tratamientos recibidos anteriormente, especificando si fue necesaria la hospitalización e indicando número de días de estancia hospitalaria.
- Otros datos y antecedentes recogidos que se consideren de interés y que hagan referencia a las circunstancias sociales personales, patológicas, malos tratos o agresiones reiteradas, con malos tratos a hijos, etc.
- Valoración pronóstica.
- Médico que emite el informe (nombre y número de colegiado) y firma.
- Personas que la acompañan en el momento de la asistencia.

Se realizará estructurado como 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 referidos a malos tratos que lo requieran, se prestará especial atención a la recogida de muestras como pruebas periciales y su remisión a la autoridad judicial o policial competente.

2. Instrucciones generales para la cumplimentación

El reconocimiento médico deberá ser siempre minucioso y realizarse en el momento en que el estado físico y psicológico de la mujer lo permita (9).

Las lesiones deben describirse en función de:

- Naturaleza de las lesiones:
 - Heridas: simples, contusas, profundas, por arma de fuego.
 - Contusiones: equimosis, sugilaciones (equimosis por succión), hematomas.
 - Contusiones profundas: hematomas y roturas viscerales.
 - Derrames: hemáticos y serofibrinosos.
 - Erosiones.
 - Mordeduras.
 - Contusiones complejas: arrancamientos, aplastamientos.
 - Quemaduras.
- Localización anatómica de las lesiones. Resulta útil emplear un esquema en el que se dibuje la lesión en la zona anatómica donde se localice. Se describirá su:
 - Forma.
 - Disposición (diagonal, longitudinal...).
 - Longitud relativa.
- Aspecto, color (referido a la fecha), si está cicatrizado y el estadio de cicatrización o si sangra.
- 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.

3. Normas de recogida de información

• Relato y transcripción de los hechos: el médico debe limitarse a transcribir lo que la mujer le cuente de la forma más literal posible. Debe escribir con letra legible y utilizando un lenguaje que permita a alguien profano en la materia comprenderlo.

Se debe describir de forma pormenorizada: 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.

• Descripción del estado general: psíquico, físico y emocional.

• 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 tóxicos.

• En caso de agresiones sexuales, historia clínica ginecológica.

Agresiones sexuales

En estos casos resulta esencial realizar una correcta recogida de 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 o restos, etc.

La recogida de muestras se hará tras haber informado a la mujer y obtenido su consentimiento.

Las pautas de actuación para la recogida de muestras serán (10):

- 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 un cepillado del vello púbico y muestra del mismo (guardarlos en bolsas separadas).
- También se deberán 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 exudados: vaginal, anal y/o faríngeo si es necesario para:

- Cultivo bacteriológico.
- Con aspiraciones para ver en fresco espermatozoides.
- Para estudio de ADN (no meter en el frigorífico).
- Test de embarazo, grupo sanguíneo y RH.
- Despistaje de gonorrea, clamidias, sífilis, etc.
- Hepatitis B y VIH (previo consentimiento).

Las pruebas recogidas se etiquetarán con el nombre del médico que las recoge, el de la mujer y la fecha de la recogida, y se guardarán para su entrega al juzgado.

Prevención de consecuencias

Las pautas de actuación aceptadas en estos casos son:

Se considerará en primer lugar la prevención, mediante profilaxis, de las enfermedades de transmisión sexual y de la gestación (píldora poscoital en las 72 horas siguientes al coito). Se realizará un seguimiento a corto y medio plazo, como podría ser:

• A los 5 días valoración de resultados y, si presenta marcadores HB negativos, gammaglobulina anti-HB 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 segunda dosis de la vacunación anti-HB.

- A los 6 meses repetir VIH y pedir marcadores HB. Hacer citología y colposcopia para descartar papilomavirus. Vacunación anti-HB (tercera dosis).

- A los 12 meses repetir serología VIH.

Protocolo de detección precoz

La importancia de preguntar

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el tamizado universal, que consiste en preguntar habitualmente a todas las pacientes si han sido objeto de maltrato sexual o físico:

“La experiencia ha demostrado que investigar sobre el maltrato sólo cuándo hay signos obvios de lesiones no es suficiente, en general; son más las mujeres maltratadas que presentan dolencias vagas, como dolor crónico, dolores de cabeza, trastornos del sueño y depresión, que traumatismos físicos. Por otra parte, tampoco existen “perfiles” que puedan predecir quién es una víctima probable de maltrato” (11).

Muchas asociaciones médicas empiezan a recomendar el tamizado sistemático, por ejemplo, la *American Medical Association* y el *American College of Obstetrics and Gynecology*.

El tamizado o cribado universal ha de hacerse a todas las mujeres de 14 o más años, haya o no signos de maltrato, aunque el sanitario no sospeche la existencia de violencia doméstica.

Es una oportunidad clave para descubrir casos encubiertos de violencia doméstica y situaciones de riesgo y disminuye la probabilidad de pasar por alto un caso de malos tratos.

Además, si a la víctima se le da la oportunidad de escapar de la violencia sin que haya un riesgo inmediato, puede seguir un proceso de apoyo psicoterapéutico, jurídico y social que nos permite incluso elaborar un plan de seguridad antes de que la víctima sea agredida de nuevo.

La opinión de muchos expertos es que las intervenciones precoces pueden conseguir una reducción de la morbilidad y la mortalidad.

Este tamizado universal supone además un entrenamiento y una formación continuada para el personal sanitario sobre el abordaje correcto y la forma de preguntar.

Mejora la confianza de la paciente en el médico de forma que, si ella oculta el maltrato en un primer momento,

puede estar dispuesta más adelante para acudir al profesional que le habló del tema previamente. Algunas mujeres necesitan más tiempo (12).

Y resulta frecuente que una historia de maltratos físicos o sexuales se asocie frecuentemente con conductas auto-destructivas como fumar, abuso de sustancias, conductas de alto riesgo sexual y con el uso frecuente de los servicios médicos.

Abordar desde la detección precoz y activa la violencia es aumentar la salud de la mujer.

“El 69% de las 108 mujeres encuestadas en una clínica de salud femenina reconoció haber sufrido victimización. Se encontró una relación entre la historia de victimización, el abuso de sustancias y los trastornos de la alimentación” (13). Son muchas las mujeres que han sufrido abusos sexuales y no lo han dicho a nadie, pero pueden tener secuelas todavía aunque hayan pasado muchos años.

De hecho, las víctimas de violación no lo suelen revelar por iniciativa propia, pero, si el médico les pregunta por violencia doméstica, ése puede ser el primer paso para que comiencen a hablar.

En asistencia primaria la prevalencia de mujeres que ha sufrido abusos o agresiones sexuales es del 21% (14).

Los modelos de salud desarrollados para prevenir problemas crónicos como SIDA, adicción al tabaco, cáncer y enfermedades cardiovasculares demuestran la eficacia de la identificación e intervención precoces.

“El coste social y sanitario de la violencia doméstica es igual o mayor que el de los problemas de salud anteriores, pero sin embargo con ella no se han empleado sistemáticamente estos modelos.”

En EE.UU., el tamizado universal se recomienda y utiliza en las mujeres adultas para detectar problemas como la hipertensión, el cáncer cervical o de mama. La prevalencia de la primera es del 23% y del segundo del 3%; sin embargo, la prevalencia de la violencia doméstica en mujeres adultas está entre 20% y 30% y no se pregunta de forma sistemática (*Centers for Disease Control and Prevention FASTATS*) (15).

El tamizado, por tanto, ofrece a la mujer una valiosa oportunidad para decirle a su médico que está siendo maltratada.

Según el relato de 2.143 mujeres maltratadas, “uno de los momentos más importantes en la interacción con su médico es aquel en que el sanitario las escucha hablar sobre el maltrato” (16).

La realidad es que muchas de esas mujeres han estado esperando durante largo tiempo que se les pregunte respecto a la violencia en sus vidas (17).

Contrariamente a lo que a veces se cree, muchas mujeres (un 75%), a pesar de su edad e historia de maltrato,

creen que los sanitarios deberían preguntar regularmente por las vivencias traumáticas de las pacientes y no encuentran estas preguntas irrespetuosas; algunas las agradecen y las consideran una muestra de interés del profesional y un abordaje más eficaz del sistema sanitario” (18).

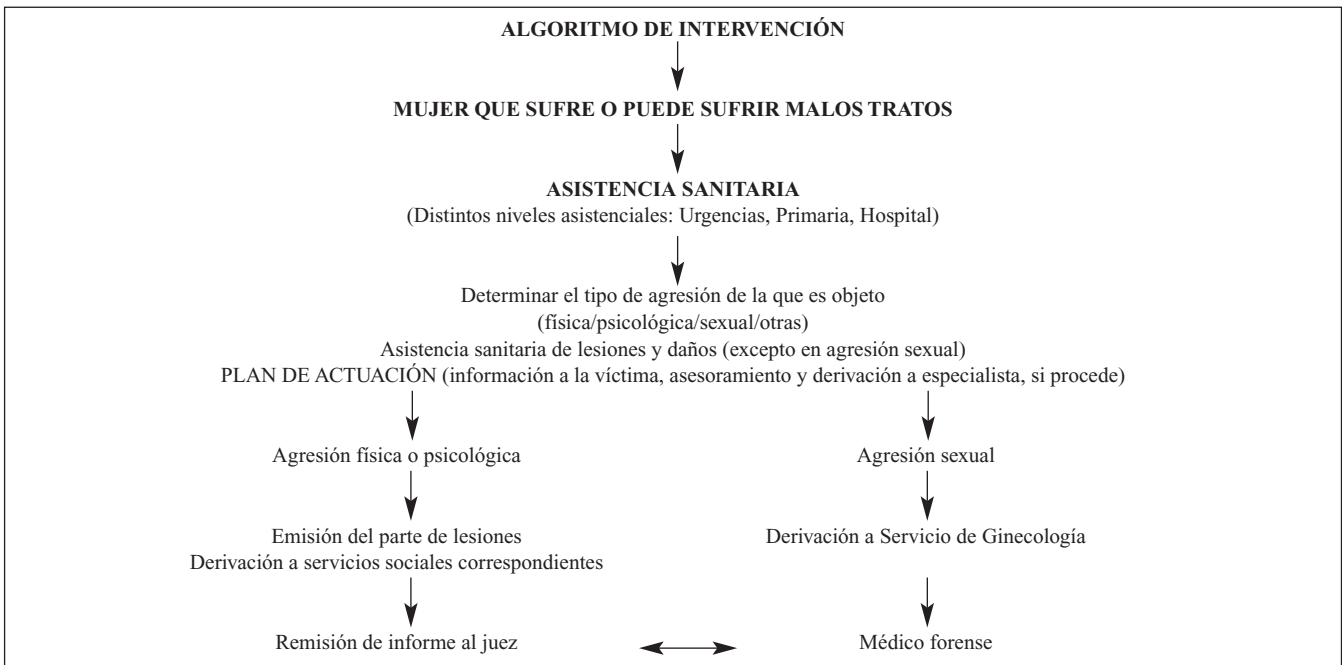
Por otro lado, el tamizado debería ser dirigido por un profesional sanitario que:

- Haya recibido formación sobre la dinámica de la violencia doméstica y la psicología de la víctima.
 - Haya sido entrenado en cómo preguntar sobre violencia doméstica y cómo intervenir cuando se ha identificado a la víctima del maltrato.
 - Esté autorizado para recoger la información sobre la mujer en su historia clínica.
- Se debe preguntar sobre violencia doméstica:
- En cada visita inicial.

- En cada anamnesis rutinaria.
- En cada período largo de tiempo.
- En cada nueva relación de pareja de la paciente.
- En cuanto a los niveles asistenciales, el tamizado universal debe realizarse al menos en:

- Atención Primaria.
- Servicios de obstetricia/ginecología y planificación familiar.
- Urgencias.
- Psiquiatría y psicología.
- Pacientes ingresadas en un hospital.

“Antes de que el médico haga la primera pregunta sobre maltrato a la mujer, debe haberse planteado y afrontado todas las consecuencias de un “sí”. Pero no es únicamente el médico el que debe afrontar este reto, ni siquiera el centro asistencial; éste es un problema de estado y como tal se tiene que manifestar” (14).



ANEXO 1

ALGUNAS PREGUNTAS QUE PUEDEN INCORPORARSE EN LA ENTREVISTA CLÍNICA REALIZADA COMO TAMIZADO:

- ¿Ha sufrido usted en su relación algún tipo de maltrato físico?
- ¿Ha sido dañada físicamente alguna vez en una relación íntima?
- ¿Está usted, o ha estado, en una relación en la que se ha sentido maltratada? ¿De qué manera?
- ¿Su pareja le ha dañado alguna vez o ha amenazado con hacerlo?
- ¿Ha sido forzada alguna vez a tener relaciones sexuales cuando no quería hacerlo? ¿Ha sido obligada en alguna ocasión a participar en prácticas sexuales que usted no deseaba?

ANEXO 2

INFORME MÉDICO POR VIOLENCIA HACIA LA MUJER

D/D.^a

Médico, colegiado/a en el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de con el n.º y con ejercicio profesional en (centro y lugar de trabajo)

PARTICIPA A V.I.: que en el día de la fecha, a las horas, he atendido en (denominación del centro y lugar de trabajo), situado en (localidad, calle) /D.^a con domicilio en (calle y número).....; Código Postal y Localidad;; Provincia; Teléfono de años; y tras la asistencia prestada le REMITE el correspondiente informe médico adjunto por presuntos malos tratos.

Fecha y firma:
ILMO/A. SR/A. JUEZ DE

ANEXO 3

INFORME MÉDICO POR VIOLENCIA HACIA LA MUJER

1. DATOS DE FILIACIÓN DE LA VÍCTIMA:

Nombre y apellidos:
 Sexo: Mujer Hombre
 Fecha de nacimiento: __/__/__
 Estado civil:
 Profesión:
 Duración de su relación de pareja:
 Nº de hijo/as:
 Dirección:
 Teléfono de contacto:

2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA: (Reflejar fecha, hora y lugar de la agresión, según declaración TEXTUAL de la víctima, así como el tipo de maltrato físico, psíquico o de otro tipo que se aprecie)

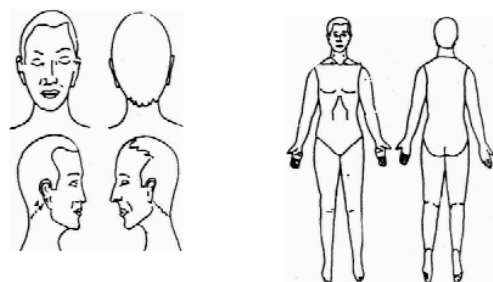
.....

3. ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS: (En relación con las lesiones y aquellos generales que resulten de interés teniendo en cuenta el motivo de la asistencia)

.....

4. EXPLORACIÓN FÍSICA: (Descripción detallada de las lesiones, sin olvidar establecer data aproximada)

.....



5. SITUACIÓN PSICOLÓGICA Y EMOCIONAL ACTUAL:

.....

6. EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: (Si las hubiera)

.....

7. VALORACIÓN DIAGNÓSTICA:

.....

8. TRATAMIENTO REALIZADO:

.....

9. PLAN DE ACTUACIONES Y OBSERVACIONES:

.....

Fecha y firma:

Referencias

<p>1. Baker NJ, Mersy DJ, Tuteur JM, Cline JM. La violencia en la familia. Monografía. AAFP Home Study Self Assessment. Barcelona: AAFP, 1996.</p> <p>2. Protocolo Médico de Agresiones Sexuales. Emakunde. Vitoria: Instituto Vasco de la Mujer, 1993.</p> <p>3. Manual sobre la Violencia contra las Mujeres. Valencia: Consellería de Bienestar Social, 2001.</p>	<p>4. Arribas JM, Baos V. El médico ante una víctima de agresión sexual. MEDIFAM 1995;5:195-202.</p> <p>5. Cobo JA. Manual de Asistencia Integral a las Mujeres Víctimas de Agresión Sexual. Barcelona: Editorial Masón SA, 1998.</p> <p>6. Beebe DK. Emergency management of the adult female rape victim. Am Fam Physician 1991;43:2041-6.</p> <p>7. Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos. Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud. Plan de acción contra la violencia</p>
--	--

- doméstica 1998-2000. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales-Instituto de la Mujer, 1999.
8. González R. *Revista Valenciana de Medicina de Familia* 2002;11:24-36.
 9. 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, 2000.
 10. Rodríguez N, Rizo S, Arribas JM. Agresiones sexuales. Manejo por el médico de familia (I). *Conducta general en adultos*. *Jano* 1998;5:39-45.
 11. Saltzman LE, Salmi LR, Branche CM, Bolen JC. Public health screening for intimate violence. *Violence Against Women* 1997;3:319-31.
 12. Read JP, Stern AL, Wolfe J, Ouimette PC. *Women & Health* 1997;25(3):123-46.
 13. Chrestman KR, Prins A, Koss MP. *NCP Clinical Quarterly* 6 (4): Fall 1996.
 14. Barea C. *Prevención de la Violencia de género. Pautas para profesionales de la salud*. Barcelona: Editorial Taranna, 2002.
 15. Hamberger LK, Ambuel B, Marbella A, Donze J. Physician interaction with battered women: the women's perspective. *Arch Fam Med* 1998;7:575-82.
 16. Rich JA. Domestic violence. En: Noble J, editor. *Textbook of primary care medicine*. (2ª ed). Boston: Mosby, 1996.
 17. Corsi J. *Violencia Familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Argentina: Editorial Paidós, 1997.
 18. Neufeld B. SAFE questions: overcoming barriers to the detection of domestic violence. *Am Fam Physician* 1996;53:2575-80.