



PROTOCOLO SANITARIO ANTE MALOS TRATOS DOMÉSTICOS

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

PROTOCOLO SANITARIO ANTE MALOS TRATOS DOMÉSTICOS

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Í N D I C E

PRESENTACIÓN

INTRODUCCIÓN _____ pag. 1

OBJETIVOS _____ pag. 3

PAUTAS DE ACTUACIÓN _____ pag. 4

RESUMEN DE ACTUACIONES _____ pag. 7

INFORME MÉDICO _____ pag. 13

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA _____ pag. 19

RECURSOS ASISTENCIALES PARA LAS VÍCTIMAS _____ pag. 41

La violencia en el ámbito familiar supone un atentado contra la integridad física y moral de la persona y un ataque directo a su dignidad. Se trata de una grave violación de los derechos humanos y de un serio problema social que, para su erradicación, requiere la implicación de toda la sociedad y en especial, de los poderes políticos.

Dentro de este contexto general, son particularmente alarmantes los casos de malos tratos contra las mujeres en el ámbito doméstico, debido a su gran frecuencia, la gravedad de las lesiones psíquicas y físicas producidas -incluso con resultado de muerte en muchos casos- así como al alto coste socioeconómico que suponen.

Ante la gravedad del problema de los malos tratos domésticos en general y en el de las mujeres en particular, el Departamento de Sanidad, en el marco del III Plan de Acción Positiva para las Mujeres en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), aprobado por el Gobierno Vasco, se ha comprometido a “distribuir en todos los centros sanitarios el *Protocolo sanitario ante malos tratos domésticos*” consensuado en el Consejo Interterritorial del SNS, con el fin de “asistir a la persona maltratada, facilitando todos los pasos precisos para que la víctima pueda contar lo antes posible con protección integral (sanitaria, jurídica y social) (*).

Teniendo en cuenta las aportaciones de otros Departamentos (especialmente Justicia, Trabajo y Seguridad Social, e Interior), de Osakidetza/SVS y de Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer, el Departamento de Sanidad ha adaptado a las especificidades de nuestra Comunidad Autónoma el “*Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos domésticos*”, elaborado por el Ministerio de Sanidad en colaboración con los Ministerios de Justicia e Interior y con las Sociedades Científicas, dentro del Plan de Acción contra la Violencia Doméstica 1998-2000.

(*) Para promover y facilitar la actuación en el área de malos tratos en la infancia y adolescencia, ha sido publicado recientemente por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y el Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia *Maltrato y desprotección en la infancia y adolescencia. Atención a las situaciones de riesgo*.

O B J E T I V O S

El protocolo tiene como objetivo fijar las pautas de actuación del personal sanitario ante una víctima de maltrato doméstico que acude a la consulta de un servicio sanitario, bien sea por urgencia, consulta de atención primaria o consulta de especialista.

Por tanto, con este protocolo se pretende sensibilizar a todo el personal sanitario ante estos casos de forma que en toda la CAPV se sigan las mismas pautas de actuación, dando información a la víctima de la violencia doméstica y facilitándole posteriores acciones judiciales y sociales.

Se trata, por tanto, de implicar a las y los profesionales sanitarios en la erradicación de este grave problema como un elemento más de la sensibilización que la sociedad debe mostrar para acabar con esta lacra social.

Este documento, además de proporcionar unas pautas para una correcta asistencia, recoge los aspectos más importantes para el inicio de las acciones judiciales que correspondan facilitando así las actuaciones forenses y legales que se emprendan al objeto de delimitar posteriormente responsabilidades ante los malos tratos.

PAUTAS DE ACTUACIÓN

Este documento presenta, en primer lugar, un árbol de decisiones que establece los procedimientos para facilitar todos los pasos precisos que permitan a la víctima de esos ataques contar cuanto antes con una protección integral (sanitaria, jurídica y social) que dé solución a su caso.

Su ámbito de aplicación comprende todas aquellas situaciones de maltrato doméstico que den como resultados lesiones y daños físicos, psíquicos u otros, incluida la agresión sexual.

La pauta de actuación del profesional sanitario debe ser, en primer lugar, la asistencia a los posibles daños y lesiones físicas y psíquicas de la víctima de una agresión que acude a consulta.

El inicio de esta actuación, al igual que cualquier otra actividad sanitaria, pasará por la apertura de la historia clínica correspondiente o la inscripción de los datos de la asistencia en la historia ya abierta.

Se hará una valoración médica del impacto y alcance de las lesiones y daños sufridos, dejándose constancia de los mismos en la historia.

En este mismo momento, debe iniciarse el plan de actuaciones terapéuticas que corresponda (derivación al servicio de urgencias, ingreso, observaciones, derivación a otra u otro especialista, citación para próximas revisiones, transporte urgente, etc.).

a. Ante la constatación o sospecha fundada de daños físicos o psíquicos por malos tratos, ha de cumplimentarse el modelo

de informe que figura en el protocolo^(*), informe que lleva incluido el oficio de remisión al Juzgado de Guardia. En la historia clínica deberá quedar copia de este oficio-remisión y constancia del informe.

El informe contiene, además de los datos de filiación de la víctima, una descripción de los hechos, según lo manifieste la persona agredida. Si hubiese constancia, deberán reflejarse los antecedentes de interés, en relación con la agresión, de la persona agredida. El informe ha de acompañarse de una descripción minuciosa de las lesiones y del estado en el que se encuentre la víctima. Finalmente, deberá comprender diagnóstico y tratamiento prescrito.

El informe, una vez cumplimentado, será remitido a la mayor brevedad posible al Juzgado, para su utilización como punto de partida de las actuaciones judiciales o forenses que sean pertinentes. La médica o el médico deberá hacer mención expresa de todo ello a la víctima, entregándole asimismo copia del informe.

b. Si hubiese tenido lugar agresión sexual reciente y salvo en supuestos de gravedad y riesgo vital que obliguen a tratamiento médico inmediato, se remitirá a la víctima, lo más rápidamente posible, al hospital más cercano sin que medien lavados ni cambios de ropa^(**).

El hospital, salvo en el supuesto de gravedad y riesgo vital antes citado, llamará y esperará la llegada del médico o médica forense

(*) Este modelo de informe debe aplicarse en todo el ámbito sanitario de nuestra Comunidad Autónoma y estar presente dentro de los modelos habitualmente utilizados para las historias clínicas, que los respectivos centros tienen aprobados por sus órganos rectores.

(**) En caso de felación, es importante, en la medida de lo posible, evitar la toma de líquidos o alimentos antes del reconocimiento de la víctima en el hospital.

del partido judicial^(*), quien, junto al especialista correspondiente, realizará las actuaciones pertinentes. La o el médico hospitalario se dedicará a su función asistencial y el o la forense a la función investigadora del delito (lesiones, recogida de muestras biológicas y no biológicas...)^(***).

Una vez establecido el tratamiento pertinente, si procediese, y finalizada la actuación médica, se realizará un Informe para su entrega al médico o médica que atenderá en adelante a la víctima. El objetivo del mismo es llevar a cabo un adecuado seguimiento del tratamiento prescrito en el hospital. En dicho informe:

1. deben quedar bien claros el tratamiento o los controles a seguir;
2. se omitirán datos innecesarios relativos a las características y detalles de la agresión sufrida y del resto del proceso;
3. se indicará la necesidad de evitar, en la medida de lo posible, interrogar a la paciente sobre las causas del tratamiento indicado.

Antes de finalizar la consulta, se asesorará a la víctima del maltrato sobre sus derechos, sobre las medidas sociales y de protección a través de los propios servicios del centro sanitario (asistente social del hospital o del equipo de Atención Primaria), o en su caso, se le facilitará el contacto urgente con los Servicios Sociales a través de los teléfonos y direcciones recogidos en el apartado relativo a recursos asistenciales del presente documento.

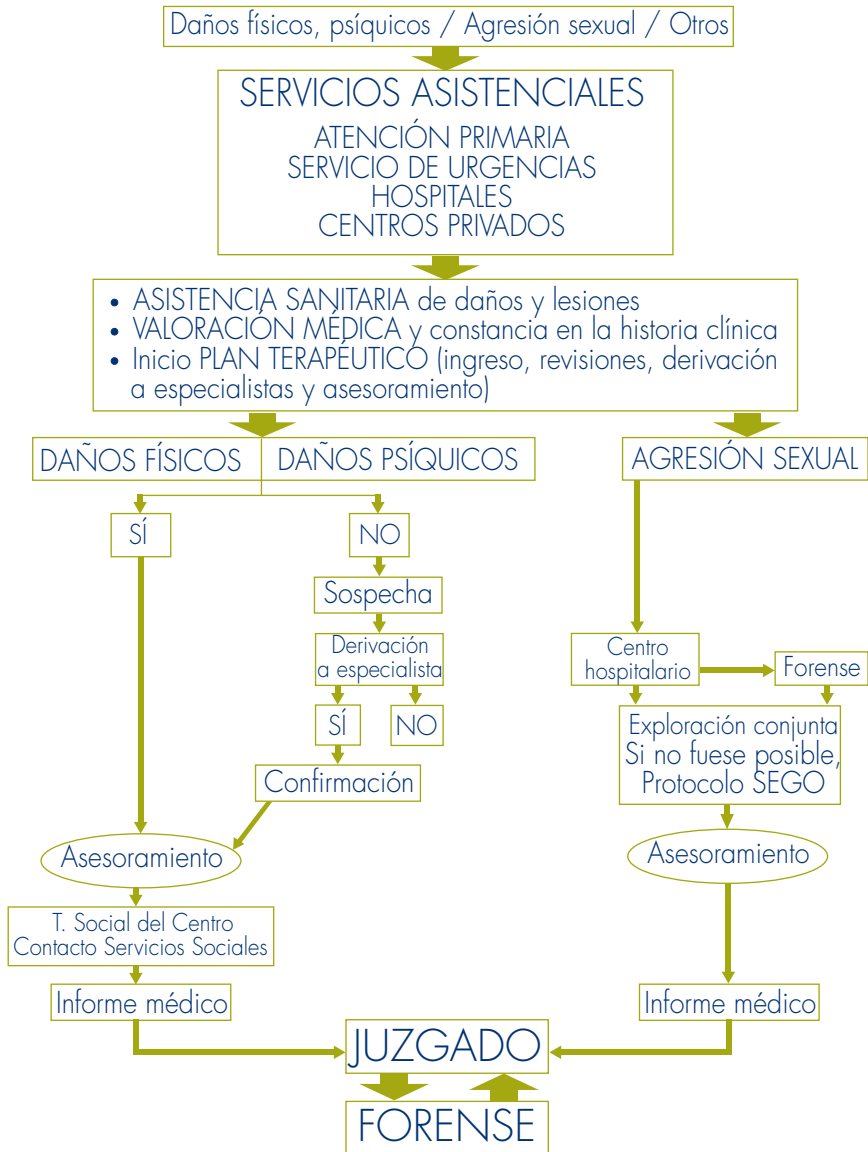
Desde los Servicios Sociales se informará a la persona maltratada de los diferentes recursos y programas disponibles.

(*) Para facilitar este contacto urgente, es imprescindible que el número de teléfono de estos profesionales esté a la vista y actualizado.

(**) Si por la razón que fuese, no se pudiese hacer presente el médico o la médica forense, se seguirán las pautas de actuación indicadas por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).

RESUMEN DE ACTUACIONES

PERSONA MALTRATADA



ANTE MALOS TRATOS O SOSPECHA DE AGRESIONES DOMÉSTICAS

1. AGRESIONES DOMÉSTICAS FÍSICAS O PSÍQUICAS

- Atención preferente a la víctima y reconocimiento médico completo.
- Exposición de los hechos que motivan la asistencia reflejando fecha, hora, y lugar de la agresión, según declaración de la víctima, así como el tipo de maltrato físico, psíquico o de otro tipo que se aprecie.
- Derivación inmediata a la atención especializada, si procede.
- Asesoramiento a la víctima sobre sus derechos y sobre las medidas sociales y de protección a través de los propios servicios del centro sanitario o, en su caso, contacto urgente con los Servicios Sociales.
- Remisión al Juzgado del informe médico de malos tratos, dejando una copia del mismo en la historia clínica y dando otra a la víctima.

2. AGRESIONES DOMÉSTICAS FÍSICAS O PSÍQUICAS CON AGRESIÓN SEXUAL

- Atención preferente a la víctima y primera valoración de las lesiones.
- Salvo en supuestos de gravedad y riesgo vital, derivación inmediata al hospital más cercano, sin que medien lavados ni cambios de ropa.
- Aviso al médico o médica forense para que se persone en el hospital.
- Exploración conjunta de especialista y forense.
- Informe al médico o médica que hará el seguimiento del tratamiento prescrito.
- Asesoramiento a la víctima sobre sus derechos y sobre las medidas sociales y de protección a través de los propios servicios del centro sanitario o, en su caso, contacto urgente con los Servicios Sociales.

INFORME
MÉDICO

D^o/D.....
Médica o Médico, colegiado en
con el n^o
con ejercicio profesional en (*centro y lugar de trabajo*)
.....
.....
.....

PARTICIPA A V.I.: que en el día de hoy, a las horas,
he atendido en (*Consultorio, Centro de Salud, Hospital, denominación
del centro y lugar de trabajo, localidad, calle*).....
.....
.....
a D./D^a; de
años; con domicilio en (*calle y número*).....
.....; Código Postal y Localidad
.....; Provincia
.....; Teléfono, y le
REMITE el informe médico por presuntos malos tratos, que se acompaña.

Fecha y firma

JUZGADO DE INSTRUCCIÓN DE GUARDIA DE.....

INFORME MÉDICO POR MALOS TRATOS

1) DATOS DE FILIACIÓN DE LA VÍCTIMA:

Nombre y apellidos:
Sexo: mujer hombre
Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
Estado civil.....
Dirección.....
.....
Teléfono de contacto:

2) EXPOSICIÓN DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA:
(reflejar fecha, hora, y lugar de la agresión, según declaración 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)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4) EXPLORACIÓN FÍSICA (descripción de las lesiones -forma, tamaño o dimensiones, ubicación y aspectos descriptivos del color, siendo aconsejable la toma de fotografías-, sin olvidar fecha aproximada).

5) ESTADO EMOCIONAL ACTUAL

.....
.....
.....
.....
.....
.....

6) EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS (si las hubiera)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

7) DIAGNÓSTICO

.....
.....
.....
.....
.....

8) TRATAMIENTO

.....
.....
.....
.....
.....

9) PLAN DE ACTUACIONES Y OBSERVACIONES

.....
.....
.....
.....
.....

Fecha y firma

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Atención Primaria
Ginecología y Obstetricia
Pediatría

Se transcriben literalmente tres documentos, recogidos en el *Protocolo sanitario ante malos tratos domésticos* del Consejo Interterritorial, que pueden servir de pauta a las y los profesionales sanitarios. Algunas recomendaciones válidas para la CAPV aparecen en nota al pie de página.

RECOMENDACIONES PARA LA ACTUACIÓN PROFESIONAL ANTE LOS MALOS TRATOS DOMÉSTICOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA^(*)

Los/as profesionales sanitarios tienen una especial responsabilidad ética, profesional e institucional, en la lucha contra la erradicación de la violencia. La violencia doméstica, o malos tratos en el hogar, es en España una patología prevalente (se calcula que en 1997 se produjeron más de trescientos mil casos de maltrato a mujeres en el hogar), que corresponde a todos los agentes sociales evitar. Estas recomendaciones, en esa línea, pretenden fijar pautas de comportamiento de los/as profesionales de Atención Primaria ante la sospecha de malos tratos en la consulta o en la asistencia en los Centros de Salud. Con ellas se intenta dar respuesta general a las principales preguntas del/a profesional ante estos casos:

- < ¿Cuáles son los síntomas de malos tratos?
- < ¿Qué actitud debe tener el/la profesional ante la víctima?
- < ¿Qué medidas y actuaciones debe emprender?
- < ¿Con qué instituciones debe ponerse en contacto?

SÍNTOMAS DE LOS MALOS

PSÍQUICOS

- < Depresión.
- < Confusión.
- < Ansiedad.
- < Comportamiento disociado.
- < Anorexia/bulimia.
- < Somatizaciones.
- < Síndrome de estrés postraumático
- < Intentos de suicidio

(*) Recomendaciones facilitadas por la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Comunidad Autónoma de Aragón (1998).

FÍSICOS

- ⟨ Patologías mal definidas (dolor de cabeza, torácico, espalda, abdominal, pélvico, insomnio, palpitaciones, ahogo).
- ⟨ Lesiones agudas en múltiples puntos (traumatismos en la cabeza, cuello, extremidades, pecho, abdomen... En forma de magulladuras, erosiones, hematomas, cortes o fracturas).
- ⟨ Discapacidades permanentes.

ACTITUD DE LA VÍCTIMA

- ⟨ Temor, mirada huidiza, sensación de vergüenza, sentimientos de culpa, explicaciones vagas, contradictorias, confusas.

ACTITUD DE LA PAREJA

- ⟨ Excesivamente preocupado y 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).

ACTUACIÓN DEL PROFESIONAL

Debe tener siempre presente la posibilidad de malos tratos, escuchar activamente y aceptar el relato del/a 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.

Cuando alguien acude a la consulta está demandando ayuda: la obligación del personal facultativo es dársela. Las preguntas sencillas y directas sobre malos tratos demuestran ser las más eficaces. 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. Aún y cuando la respuesta sea negativa, hay que abrir una puerta a la supuesta víctima.

ACTUACIONES A EMPRENDER

En cualquier caso hay que establecer un plan de actuación comenzando por una derivación al asistente social de referencia, garantizando la confidencialidad de todas las actuaciones y, por otra parte derivarlo al especialista, en su caso, para completar el reconocimiento y tratamiento. Todo ello deberá constar, si el profesional lo considera oportuno, en la historia clínica.

Al realizar el informe de lesiones hay que ser extremadamente cuidadosos, detallando todas las marcas actuales y anteriores. Mencionando explícitamente el estado psico-emocional de la presunta víctima. Recomendando si fuera necesario, en el mismo informe, que se derive al psicólogo/a del servicio especializado de referencia. Una vez rellenado el informe, se le 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 del/a paciente.

Una vez repasado el informe se le entregará una copia firmada y sellada al/la lesionado/a, informándole que debe acudir con él (preferiblemente con testigos) al Juzgado, Cuartel de la Guardia Civil o Comisaría de Policía^(*).

(*) En la Comunidad Autónoma de Euskadi, Comisaría de la Ertzaintza o de la Policía Local.

INSTITUCIONES DE APOYO

En cualquier caso se la informará de los recursos en asistencia social derivándolo/a al/la trabajador/a social de referencia. No debe recomendarse terapia familiar.

El informe de malos tratos se enviará al Juzgado de Instrucción competente o al Secretario o Secretaria de Juzgado (en pueblos pequeños lo es de oficio el Secretario o Secretaria del Ayuntamiento). Recuerda que el maltrato es imprescindible probarlo; judicialmente sólo se pueden reconocer las lesiones mencionadas en el informe médico objeto de la denuncia.

Tanto en una primera visita como en sucesivas es importante tener en cuenta siete reglas fundamentales:

1. Escuchar y creer la experiencia de malos tratos que relata el/la paciente.
2. Asegurarle que no está solo/a 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. Apoyar y asistirle en sus decisiones.

Recomiendan los expertos, en caso de ser posible, adjuntar fotografías de las lesiones, previo consentimiento, si es posible por escrito, de la presunta víctima.

El trabajo relacionado con personas maltratadas es duro e ingrato para los profesionales por la complejidad de los distintos casos y la dificultad en proporcionar una atención continuada, tanto a los/as pacientes como a sus parejas; por eso, es conveniente realizar sesiones clínicas (dentro de lo que permita la confidencialidad) con compañeros/as de equipo de Atención Primaria.

NOTA SOBRE AGRESIÓN SEXUAL ELABORADA POR LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (SEGO)^(*)

Comete agresión sexual quien tuviere acceso carnal con otra persona, sea por vía vaginal, anal y oral, o con uso de medios, modos o instrumentos que supongan fuerza, intimidación, prevalencia de superioridad o engaño. Se trata, en resumen, de una relación sexual ilegal sin consentimiento y por la fuerza contra una persona.

CONSIDERACIONES GENERALES

1. La agresión sexual se da en cualquier edad (de infancia a senectud), sexo, raza y estado civil, económico o social.
2. Entre el 30/50 por ciento se produce en los domicilios y, con frecuencia, por familiares o conocidos.
3. Un 50/70 por ciento son premeditadas, con planeamiento previo.
4. Entre el 30/40 por ciento se producen bajo efectos de alcohol.
5. Diversas fuentes coinciden en que sólo se denuncian de 10 al 25 por ciento, debido al miedo, vergüenza, deseo de protegerse o de evitar a la familia el escándalo.
6. Corresponde al Médico Forense la obtención de pruebas médico-legales, la confección de una ficha legal y la protección de pruebas para la Policía Judicial.

^(*) Documento elaborado por Sergio Fernández Penela, Beatriz Llop Ventureira y María Luisa Argenta González, del Hospital Maternal "La Paz" de Madrid. Publicado en "Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia". Tomo II, capítulo 58, págs. 111-113, 1993.

7. El Especialista en Ginecología puede ser inestimable para el Médico Forense, en cuanto le precise el examen y tratamiento inmediato de posibles lesiones físicas, la valoración de embarazo, enfermedades de transmisión sexual y toma de muestras del aparato genital.
8. El informe ginecológico se limitará a consignar “sospecha de agresión sexual” o “denuncia de agresión sexual”, sin afirmar o negar la existencia de la misma, en una actuación objetiva, descriptiva y sin prejuicios. Si ha ocurrido o no una agresión sexual es un problema policial y legal, no médico. La ilegalidad, uso de fuerza y falta de consentimiento, deben ser demostradas para cada caso con arreglo a la Ley.
9. El Ginecólogo/a debe informar por escrito con copia archivada pues todo caso de sospecha o denuncia de agresión sexual es un posible caso legal, y el Ginecólogo/a puede ser llamado a declarar en juicio varios meses o años después.
10. El informe ginecológico contendrá:
 - Declaraciones de la paciente.
 - Observaciones del médico.
 - Procedimientos efectuados.
 - Conformidad escrita para entregar a las Autoridades de los resultados de muestras e Historia Clínica.
 - Persona a quien se entregan las muestras clínicas, ropas o fotografías para el Forense y Juez.
 - Nombres de testigos en historia, exploración y entrega de muestras.

DIAGNÓSTICO

El Ginecólogo actuará en presencia de testigo femenino de forma amable, objetiva, sin prejuicios y sin prisas. En todo caso, debe explicar el protocolo y su utilidad y permitir a la mujer participar en las decisiones sobre su cuidado médico, invitándola a preguntar lo que crea oportuno. Para el diagnóstico son esenciales una Historia Clínica precisa y una Exploración detallada.

I. Historia Clínica

Prestará atención a:

1. Fecha, hora, lugar y circunstancias de la supuesta agresión.
2. Tipo de agresión sexual, incluidas penetración vaginal, anal u oral.
3. Posible consumo asociado de alcohol y drogas.
4. Si la mujer, tras la supuesta agresión y antes de la exploración se bañó, duchó, o efectuó irrigación vaginal, orinó, defecó, se cambió de ropa o tomó algún medicamento.
5. Fecha de la última regla, hemorragia o secreción vaginal reciente, uso de anticonceptivos, momento de la última relación sexual voluntaria, y posibles enfermedades de transmisión sexual, alergias o tratamientos médicos.
6. Descartar posible embarazo preexistente por si afecta al plan ulterior de tratamiento y seguimiento.

II. Exploración

Indagar si la mujer fue explorada con anterioridad.

1. Superficie corporal:

- a) Detallar localización e importancia de lesiones (heridas, contusiones, erosiones, laceraciones), consignando en su caso la no existencia de las mismas. Puede ser muy útil el uso de cámara fotográfica instantánea tipo Kodak o Polaroid.
- b) Tomar manchas de semen en superficie corporal mediante torunda humedecida, colocar en tubo, sellar y rotular.

2. Exploración ginecológica(*):

- a) Inspección vulvo-vaginal: detallar heridas, hematomas, contusiones, consignando en su caso la no existencia de las mismas.
- b) Toma de muestras de cérvix y vagina para estudio de semen y microbiológico:
 - ⟨ Toma de hisopo de algodón de secreción de endocérvix para gonorrea y espermias, colocar el hisopo en tubo, sellar y rotular.
 - ⟨ Lavado vaginal con 4 c.c. de suero fisiológico, aspirar el líquido mediante pipeta, sustituible por jeringa a la cual se haya acoplado sonda vesical, colocar el aspirado en tubo de ensayo de plástico, sellar y rotular.
 - ⟨ La rotulación de las muestras se hará con nombre de la paciente, fecha y firma del Médico. Las distintas

(*) En la CAPV, la exploración ginecológica debe hacerse sobre sábana de papel, recogiendo esta para su posterior análisis en laboratorio, ya que puede quedar en ella pelo u otro tipo de material o manchas de importancia médico-forense.

- muestras se introducirán en sobre con nombre de la paciente dirigido al Médico-Forense del Juzgado de Guardia.
- c) Tacto bimanual: para determinar tamaño, forma, consistencia y movilidad uterina, así como la posible existencia de masas o dolor anexial. Eventualmente puede precisarse una ecografía.
3. Otras muestras: la recopilación de las mismas se efectuará por el Departamento Médico-Forense:
- a) Recogida de ropas de la paciente relacionadas con la supuesta agresión, colocando cada prenda en bolsa independiente y rotulada.
- b) Tomas de hisopo humedecido en suero fisiológico en los casos de agresión anal u oral, de las correspondientes cavidades colocando en tubo el hisopo, para sellar y rotular.
- c) Recortes de limpieza de uñas (posible piel del agresor).
- d) Peinado púbico de la paciente (posible vello del agresor).
4. Pruebas de laboratorio: pueden ser realizadas en visita concertada para el día siguiente a la atención de urgencia con el fin de no entorpecer el trámite médico-legal.
- a) Determinar Grupo y Rh de la paciente
- b) Prueba de embarazo (Beta-HCG) inicial y a las 6 semanas.
- c) Enfermedades de Transmisión Sexual:
 < Cultivo de *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*: inicial y a los 7 días.
 < Sífilis: inicial y a las 6 semanas.
 < H.I.V.: inicial, a las seis semanas y a los 4 a 6 meses.
 < Hepatitis B: inicial y a las seis semanas.
- d) Frotis citológico, útil asimismo para monilias y tricomonas.

TRATAMIENTO

Los tres aspectos claves son: el traumatismo, el posible embarazo y las enfermedades de transmisión sexual.

I. Traumatismos

Pueden ser físicos y psicológicos.

1. Traumatismos físicos: tratar las heridas y efectuar prevención de infección de las mismas y, si precisa, hacer profilaxis del tétanos.
2. Traumatismos psicológicos: en general es aconsejable para la paciente una consulta al Psiquiatra o Psicólogo. En general, las víctimas de una agresión sexual tienen sentimientos de ansiedad, culpa, humillación, vergüenza, que requieren ayuda. Las víctimas de corta edad pueden no entender lo que les ha pasado ni que la agresión sexual es algo "malo", dependiendo su reacción de quienes les rodean.

II. Posible embarazo

Debe explicarse que la posibilidad de embarazo en los casos de agresión sexual es muy baja y que es preferible la espera. No obstante, deben estimarse las siguientes alternativas:

1. Esperar regla o resultado de Beta-HCG a las tres semanas.
2. Inducir regla.
3. Poner D.I.U. dentro de los cinco días siguientes a la agresión sexual

y mantenerlo, al menos, dos semanas más^(*).

4. Píldora del día siguiente: combinación de estrógenos – gestágenos con 50-100 mcg de etinil-estradiol y 0.5-1 mg de norgestrel, administrando dos unidades y repitiendo a las doce horas. Similar procedimiento es el usar un anticonceptivo oral como Neogymona u Ovoplex a dosis de 5 comprimidos al día durante cuatro días^(**).

III. Enfermedades de transmisión sexual

Descartando alergias antibióticas, en cuyo caso se utilizarán tratamientos alternativos, debe ofrecerse tratamiento preventivo para gonococia, clamidia y sífilis en posible incubación, con:

1. Doxiciclina: 100 mg cada doce horas durante siete días.
2. Amoxicilina oral 3 grs más 1 gr de Probenecid oral.
3. Penicilina-Procaína I.M. 4,8 millones más Probenecid oral 1 gr.
4. En niñas: Penicilina-Procaína 50.000 U./Kg de peso, vía I.M.^(***).

(*) En la CAPV, la inserción de DIU se acompañará de profilaxis antibiótica.

(**) El tratamiento de elección, dentro de la CAPV, es el método de Yuzppe. Se administran 2 píldoras de las anteriormente citadas en la primera consulta, y 12 horas después, otras 2.

(***) Al final del tratamiento y como ya se ha indicado, parece conveniente añadir en la CAPV un nuevo apartado:

IV. Seguimiento del tratamiento

Con el fin de llevar a cabo un adecuado seguimiento del tratamiento indicado a la víctima tras su paso por el hospital, se debe realizar un informe para su entrega al médico o médica que la atenderá en adelante, donde:

1. quede bien claro el tratamiento o los controles a seguir;
2. se omitan datos innecesarios relativos a las características y detalles de la agresión sufrida y del resto del proceso;
3. se indique la necesidad de evitar, en la medida de lo posible, interrogar a la paciente sobre las causas del tratamiento indicado.

PAPEL DEL PEDIATRA PARA DESCUBRIR LOS MALOS TRATOS A LAS MUJERES E INTERVENIR EN NOMBRE DE ELLAS^(*)

Los malos tratos a las mujeres son un problema pediátrico. La American Academy of Pediatrics (AAP) y sus miembros afiliados reconocen la importancia de mejorar la capacidad del médico para descubrir los malos tratos infantiles y otras formas de violencia familiar. El American Medical Association (AMA) Council on Scientific Affairs calcula que en EE.UU. unos 2 millones de mujeres son gravemente agredidas físicamente por sus compañeros o cónyuges.

Las mujeres embarazadas pueden estar expuestas a un riesgo más elevado de sufrir malos tratos, lo que puede causar una lesión en el feto. Al ser interrogadas de un modo delicado y confidencial, el 8% de una muestra aleatoria de mujeres que acudieron a una clínica prenatal declararon ser objeto de malos tratos.

En un estudio sobre homicidios domésticos llevado a cabo en tres Estados, se observó que los antecedentes de violencia doméstica guardaban una correlación significativa con el riesgo de homicidio cometido por un miembro de la familia o un conocido íntimo.

La intervención tiene una importancia decisiva, dado que los menores cuyas madres son objeto de violencia presentan también una mayor probabilidad de ser víctimas de ella. Los estudios realizados indican que se producen malos tratos infantiles en el 33/77% de las familias en las que existen malos tratos a los mayores. La identificación de estos hechos y la intervención en nombre de las mujeres maltratadas

(*) Declaración elaborada por el Committee on Child Abuse and Neglect y aprobada por el Council on Child and Adolescent Health, de EE.UU. Revista "Pediatrics" (ed. esp.). Vol.45, número 6, pags. 449-451, 1998.

puede ser uno de los medios más eficaces para prevenir los malos tratos infantiles.

Los malos tratos a la esposa constituyen un problema pediátrico, incluso aunque el menor no sea agredido físicamente, por los profundos efectos que ejerce la violencia familiar sobre los menores que son testigos de ella o incluso que sólo la escuchan casualmente.

Ser testigo de la violencia doméstica puede ser tan traumático para el menor como ser víctima de abusos físicos o sexuales. Los menores cuyas madres son objeto de violencia pueden presentar una intensa angustia emocional y graves problemas de conducta a consecuencia de ello.

Los adolescentes que son testigos de relaciones abusivas en el hogar pueden repetir esta dinámica en las citas con compañeras u otras relaciones. (Los varones y las personas mayores de ambos sexos también pueden ser víctimas de violencia por parte de los compañeros o cónyuges, pero es menos probable que ello se detecte en los ámbitos pediátricos).

No es probable que las mujeres que son víctimas de malos tratos busquen ayuda en su pediatra. Sin embargo, las madres de menores visitados por un pediatra pueden presentar signos de lesiones, como equimosis faciales. También pueden presentar otros signos menos evidentes de malos tratos como depresión, ansiedad, falta de asistencia a las citas médicas, evasivas en las respuestas a preguntas sobre disciplina en el hogar o frecuentes visitas al médico a causa de

alteraciones que no se ponen de manifiesto en la valoración médica del niño.

Las mujeres pueden revelar al pediatra la situación abusiva si se les pregunta sobre ello de un modo comprensivo, delicado y confidencial, lejos del perpetrador de los actos violentos y con garantías de seguridad.

Si el pediatra sospecha que están ocurriendo actos violentos en el seno de la familia u observa signos de posible violencia física debe encarar el tema lo antes posible, preferiblemente mientras la familia se encuentra aún en el consultorio. Debe hablar con la mujer a solas, lejos del perpetrador de los abusos y de los niños.

El pediatra debe entrar en el tema con delicadeza y la mujer debe estar convencida de que la conversación es confidencial y de que el médico comprende el problema, que existen otros medios de ayuda y que se respetarán sus deseos de revelación o mención futuras. Estas aseveraciones preliminares pueden ampliarse y revisarse por anticipado con los abogados de la mujer maltratada.

Las siguientes preguntas pueden ser útiles: "Todos tenemos discusiones en casa. ¿Qué ocurre cuando usted y su marido discuten? ¿Hay gritos o empujones? ¿Alguien se lastima?" "¿Su marido le ha amenazado alguna vez con hacerle daño a usted o a los niños?" "¿Alguna vez ha tenido miedo de su marido?" "¿Alguien la ha forzado últimamente a tener relaciones sexuales?".

Las preguntas sobre violencia intrafamiliar deben formar parte del asesoramiento previsor. Los pediatras deben conocer la dinámica de las relaciones abusivas. Se han publicado excelentes pautas para hacer frente a las situaciones de abuso con las que deben estar familiarizados los pediatras. Existen también numerosos programas de educación continuada para aprender las técnicas de intervención en esta materia.

Los pediatras han de disponer también de un protocolo o plan de actuación con respecto a la violencia doméstica, revisado por las autoridades locales. Debido a la premura de tiempo que existe en un consultorio médico o en el servicio de urgencias, puede ser más apropiado el enfoque interdisciplinario de la violencia familiar.

Los pediatras pueden solicitar la ayuda de enfermeras, asistentes sociales o grupos de apoyo con experiencia en ayudas y aconsejar a las víctimas de abuso. Las *Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence*, publicadas por la AMA en 1996, establecen que la asistencia óptima para la mujer objeto de malos tratos depende del conocimiento que tenga el pediatra sobre los recursos de la comunidad que permitan ofrecer seguridad consejos y apoyo.

Tanto la AMA como numerosas asociaciones médicas estatales proporcionan listas de organizaciones que ofrecen servicios o información sobre todos los tipos de violencia familiar. (*)

(*) Véanse, a estos efectos, los servicios que se ofrecen en la CAPV desde las diferentes instituciones públicas y los teléfonos de referencia que se recogen como anexo, en este documento.

Las mujeres pueden recibir amenazas de muerte, algunas de las cuales se materializan, si revelan que son objeto de malos tratos por parte de sus compañeros o cónyuges. Por consiguiente, dicha revelación es a menudo extremadamente atemorizante y es posible que no se produzca, a menos que la mujer advierta que puede mejorar su situación y no agravarla. El riesgo de lesiones o de muerte puede aumentar cuando la mujer se encuentra en trámites para abandonar a su compañero o cónyuge agresivo.

A diferencia de la situación del abuso infantil, no existen organizaciones autorizadas que intervengan para asegurar la integridad de la mujer mientras ésta deja al agresor, o posteriormente. Sólo en algunos Estados se requiere actualmente que un profesional de la medicina informe sobre la existencia de violencia doméstica o intervenga activamente mientras la víctima se encuentra todavía bajo el control y dominio del agresor. Es esencial tener conocimiento de las leyes estatales existentes para declarar la violencia doméstica.

Es importante la discreción al proporcionar datos sobre la violencia familiar a los pacientes o a quienes los cuidan. Si el agresor descubre la información, la víctima puede estar expuesta a un riesgo más elevado. Si la mujer se siente segura, la información sobre consejos en las crisis y apoyo legal se ofrecerá por escrito.

Dada la estrecha relación entre homicidios en el hogar y presencia de armas de fuego y violencia doméstica, quizá tenga consecuencias salvadoras que la mujer consiga sacar del domicilio dichas armas si puede hacerlo sin riesgo.

Hay que considerar el posible papel del abuso de sustancias como factor coadyuvante a la violencia familiar.

Los pediatras deben preocuparse también de las actitudes étnicas y culturales sobre la violencia contra las mujeres, no porque dichas actitudes sean aceptables, sino porque pueden ejercer una profunda influencia sobre la voluntad de la mujer a exponer este problema.

Los pediatras pueden proporcionar información a las organizaciones que se ocupan de las mujeres víctimas de malos tratos sobre el riesgo de abusos primarios y secundarios en los hijos.

Debe tratarse por todos los medios de ofrecer consejos destinados a los menores que han sido expuestos a la violencia familiar: ello puede lograrse individualmente o en grupos, pero la atención debe enfocarse sobre el conocimiento de la violencia y de los modos de evitarla.

Cada día es más evidente que los menores que crecen en un ambiente de violencia son propensos a adoptar también una conducta violenta; los pediatras están en condiciones de romper ese círculo.

La AAP reconoce que la violencia familiar es perjudicial para los menores y recomienda lo siguiente:

1. Los programas de formación para residentes y de educación médica continuada (EMC) deben incorporar el tema de la violencia

familiar y de sus consecuencias para la salud del menor en los planes de estudios de pediatras y de médicos de los departamentos de urgencias pediátricas.

2. En el ámbito del consultorio, los pediatras deben tratar de descubrir los signos de violencia familiar.
3. Los pediatras deben intervenir de forma delicada y hábil para aumentar la seguridad de las mujeres y de los menores víctimas de malos tratos.
4. Los pediatras deben apoyar los esfuerzos multidisciplinarios locales y nacionales para descubrir, tratar y prevenir la violencia familiar.

R E C U R S O S
A S I S T E N C I A L E S
P A R A L A S V Í C T I M A S

DIRECCIONES Y TELÉFONOS DE INTERÉS

Servicios de Urgencias (acogida inmediata fuera del horario de funcionamiento de los servicios sociales)

ÁLAVA

Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz e Instituto Foral de Bienestar Social
Mateo Moraza
01001 Vitoria-Gasteiz
Tel.: 945 134 444

BIZKAIA

Para residentes en Bilbao
Ayuntamiento de Bilbao
Plaza Ernesto Erkoreka
48007 Bilbao
Tel.: 944 701 459 y 944 701 460

Para residentes fuera de Bilbao
Departamento de Acción Social
Diputación Foral de Bizkaia
Por motivos de seguridad se accede a este recurso mediante el 112

GIPUZKOA

Departamento de Servicios Sociales
Diputación Foral de Gipuzkoa
Por motivos de seguridad se accede a este recurso mediante el 112

Información y asesoramiento sobre los recursos sociales para víctimas de maltrato doméstico (horario laboral)

COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

Servicios Sociales de Base Municipales de todos los Ayuntamientos de la CAPV

ÁLAVA

Servicio de Igualdad del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz
Etxanobe Etxea. Santa María, 11
01001 Vitoria-Gasteiz
Tel.: 945 161 345 y 945 161 325

Asesoría para la Igualdad del Instituto Foral de Bienestar Social
Diputación, 13
01001 Vitoria-Gasteiz
Tel.: 945 151 015

Servicio de Asistencia a la Víctima
Departamento de Justicia, Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco
Avda. de Gasteiz, 18
01008 Vitoria-Gasteiz
Tel.: 900 180 414 y 945 004 895

BIZKAIA

Servicio de la Mujer
Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia
Camino Ugasko, 3, 2^a. Edificio Plaza
48014 Bilbao
Tel.: 944 208 000 y 944 206 900

Servicio Municipal de la Mujer del Ayuntamiento de Bilbao
Plaza Ernesto Erkoreka
48007 Bilbao
Tel.: 944 204 838

Servicio de Asistencia a la Víctima
Departamento de Justicia, Trabajo y Seguridad Social del
Gobierno Vasco
Buenos Aires, 6
48001 Bilbao
Tel.: 900 400 028 y 944 235 829 y 944 247 195

GIPUZKOA

Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de
Gipuzkoa
Paseo de Zarategi, 99 – Edificio Txara II
20015 Donostia-San Sebastian
Tel.: 943 482 576

Departamento de la Mujer del Ayuntamiento de Donostia-San Sebastian
Urdaneta, 13-3º
20006 Donostia-San Sebastian
Tel.: 943 481 413

Servicio de Asistencia a la Víctima
Departamento de Justicia, Trabajo y Seguridad Social del Gobierno
Vasco
Manterola, 13
20007 Donostia-San Sebastian
Tel.: 900 100 928; 943 474 517

Otros servicios generales de la COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL
PAIS VASCO

Ertzaintza
Tel.: 112 (SOS-Deiak)

Emakunde
Gobierno Vasco
Manuel Iradier, 36
01005 Vitoria-Gasteiz
Tel.: 945 132 613