



**ACUERDO POR EL QUE SE FIJA LA COORDINACIÓN  
INTERINSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN SANITARIA A MUJERES  
VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO**

La violencia que se ejerce sobre las mujeres es el atentado contra los derechos humanos más frecuente y menos conocido del mundo. La alta prevalencia de este problema y las importantes repercusiones que conlleva para la salud de las mujeres que la padecen son los motivos por los que la Organización Mundial de la Salud estableció en 1996 la prevención de la violencia contra las mujeres como una prioridad en materia salud pública.

Por otro lado, Ley de Cantabria 1/2004, de 1 de abril, Integral para la Prevención de la Violencia Contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas, establece en su artículo 20 que la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria garantizará la existencia, permanente actualización y difusión de un protocolo que contemple pautas uniformes de actuación sanitaria, tanto en el ámbito público como privado, así como los procedimientos de coordinación con las distintas instancias que intervienen de manera específica en la atención a las víctimas de violencia de género.

En cumplimiento de esta normativa, la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales ha elaborado protocolos específicos de actuación sanitaria para el abordaje de la violencia contra las mujeres, tanto en el área de maltrato como el de agresiones/abusos sexuales. Para el buen funcionamiento de estos protocolos se precisa que las instituciones implicadas colaboren en cumplimiento de los mismos.

Partiendo de la existencia previa de un acuerdo institucional de coordinación de actuaciones en casos de malos tratos en el ámbito familiar de marzo de 2000, a propuesta de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, los abajo firmantes, la Consejera de Sanidad y Servicios Sociales como representante del Gobierno de Cantabria en el ámbito sanitario, la Consejera de Relaciones Institucionales y Asuntos Europeos como representante del Gobierno de Cantabria en materia de prevención de violencia de género y protección a sus víctimas, el Presidente del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria como representante del ámbito judicial y el Delegado del Gobierno como representante de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado acuerdan la colaboración de sus respectivas instituciones en el desarrollo de ambos protocolos en los términos establecidos en los mismos (Anexo I-Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos- y Anexo II-Protocolo de atención sanitaria a víctimas de agresiones/abusos sexuales).



El presente acuerdo no implica ningún tipo de contraprestación ni económica ni de servicios por parte de ninguna de las instituciones abajo firmantes

Lo que se firma en triplicado ejemplar en Santander, a 16 de octubre de 2006

LA CONSEJERA DE RELACIONES INSTITUCIONALES Y ASUNTOS EUROPEOS

  
Fdo. Dolores Gorostiaga Saiz

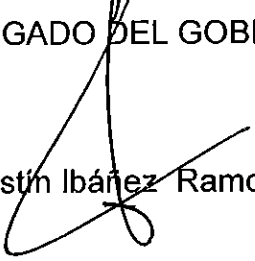
LA CONSEJERA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

  
Fdo. Rosario Quintana Pantaleón

EL PRESIDENTE DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE CANTABRIA

  
Fdo. César Tolosa Triviño

EL DELEGADO DEL GOBIERNO EN CANTABRIA

  
Fdo. Agustín Ibáñez Ramos



# ANEXO I



GOBIERNO  
de  
CANTABRIA

CONSEJERIA DE SANIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES

*Dirección General de Salud Pública*

# **Violencia contra las Mujeres**

**PROTOCOLO  
DE ACTUACIÓN SANITARIA  
ANTE LOS MALOS TRATOS**

### **Coordinación:**

Mar Sánchez Movellán

*Jefa de Sección de Programas. Dirección General de Salud Pública.*

### **Grupo de Trabajo:**

Iciar Armentia González  
Eva Arroyo Valiente  
Ana Estébanez Ortega  
Susana Fagunde Rebolledo  
M<sup>a</sup> Ángeles García González  
José Antonio García del Río  
Patricia Oceja Setién  
Susana Rodríguez Rua  
Concha Sastre García  
José Francisco Santos Sainz  
Mariví Viota González

*Enfermera. EAP El Zapatón.  
Psicóloga. Unidad de Salud Mental Torrelavega.  
Trabajadora Social. COF La Cagiga. EAP Los Castros.  
Enfermera. EAP Bajo Pas.  
Trabajadora Social. EAP Campoo.  
Médico de Familia. EAP Cazoña.  
Técnico de la Dirección General de Salud Pública.  
Médica de Familia. EAP Dobra.  
Médica de Familia. EAP Maruca.  
Médico de Familia. EAP Campoo.  
Médica de Familia. EAP Cazoña.*

### **Colaboraciones:**

Pilar Guillen Navarro  
Yolanda Martín Seco  
Sonia Ojugas Zabala  
M<sup>a</sup> Angeles Ruiz-Tagle  
Unidad de Igualdad de Género

*Médica Forense. Directora del Instituto de Medicina Legal de Cantabria.  
Matrona. EAP Puertochico.  
Matrona. EAP Altamira.  
Médica. Presidenta de la Asociación Consuelo Berges.  
Dirección General de la Mujer. Gobierno de Cantabria.*

Documento finalizado: Febrero 2005

# INDICE

1- Introducción.....	4
2- Objetivos.....	6
3- Aspectos Generales.....	7
3.1- Violencia contra las mujeres.....	7
3.2- Violencia de pareja/expareja .....	8
3.3- El proceso de la violencia .....	9
4- Repercusiones de la violencia en la salud de las mujeres.....	11
5- Importancia de la identificación de la violencia desde los servicios sanitarios ...	12
6- Dificultades para identificar y/o intervenir en casos de violencia desde los servicios sanitarios.....	13
7- Protocolo de actuación .....	15
7.1- Algoritmo general de actuación.....	16
7.2- Detección precoz de malos tratos.....	17
7.3- Planes de actuación según caso.....	21
Plan de actuación en mujer sin riesgo actual de malos tratos.....	22
Plan de actuación en mujer con sospecha de malos tratos.....	23
Plan de actuación en mujer víctima de malos tratos.....	24
Plan de actuación en mujer víctima de malos tratos (situación aguda).....	27
8- Recursos.....	32
9- Evaluación.....	35
10- Recomendaciones para prevención de la violencia desde el sistema sanitario	36
11- Anexo (Parte de Lesiones y Normas de cumplimnetación).....	37
12- Bibliografía.....	41

## 1- INTRODUCCIÓN

Las Naciones Unidas reconocieron en 1979 que la violencia que se ejerce sobre las mujeres es el atentado contra los derechos humanos más frecuente y menos reconocido del mundo. La alta prevalencia de este problema y las importantes repercusiones en la salud de las mujeres, llevó a la OMS a establecer en 1996 la prevención de la violencia contra las mujeres como una prioridad en Salud Pública. Este tipo de violencia se produce en todos los países y ámbitos, tanto en el privado como en el público y se ejerce contra mujeres de cualquier edad, raza o condición social (OMS, 1998).

La violencia contra las mujeres tiene hondos raíces sociales y culturales, y un origen multicausal, con un elemento transversal en todos los procesos de violencia, que es la socialización de género: por un lado, la posición de poder en la que los hombres son educados y el modelo de relación de control y dominio que aprenden a establecer con las mujeres, y por otro, la posición de subordinación, inseguridad y dependencia en la que han sido educadas las mujeres. La interacción entre estos fenómenos de origen social y cultural, la forma en que se construyen las identidades personales, el tipo de modelo familiar y otros factores de origen estructural, facilitan la aparición y el mantenimiento de la violencia de los hombres contra las mujeres.

Las consecuencias que este tipo de violencia produce sobre la salud de las mujeres son devastadoras y diversas, desde la más grave, la muerte, a consecuencias que afectan a su salud física, mental, sexual y social. En ocasiones, esta violencia se ejerce durante el embarazo, por lo que sus efectos no solo afectan a la mujer, sino también al feto o al recién nacido. No hay que olvidar además, que esta violencia tiene también repercusiones para la salud de sus hijos e hijas y otros miembros de la familia como víctimas directas o indirectas de la misma.

En cuanto a la magnitud del problema, la violencia que se ejerce sobre las mujeres se puede considerar como una *epidemia silenciosa*. Según la macroencuesta realizada por SIGMA II para el Instituto de la Mujer en 1999, el 4,2% de las mujeres mayores de edad de nuestro país confesaban haber sido maltratadas durante el último año y el 12,4% no se consideraban a si mismas como maltratadas y sin embargo, presentaban indicadores de maltrato. Estudios realizados en países de nuestro entorno (Alemania, Reino Unido, Portugal, Irlanda) indican que un 20 a 30% de las mujeres están sometidas a violencia por parte de su pareja o expareja.

Según los datos oficiales del Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) durante el año 2004 se realizaron en España 57.527 denuncias por malos tratos producidos a mujeres por la pareja o expareja, de las que 651 correspondieron a Cantabria, y 6.825 denuncias por delitos conocidos de abuso, acoso y agresión sexual, de los que 77 correspondieron a nuestra comunidad. Los expertos consideran que estas denuncias evidencian solo la punta del iceberg y representan únicamente del 5 al 10% de los casos reales de mujeres afectadas por violencia de género que se producen en todo el territorio nacional.

Respecto al número de mujeres asesinadas en nuestro país a manos de sus parejas o exparejas, en el año 2004 fue de 72, de las cuales 2 pertenecían a la Comunidad de Cantabria, según los datos oficiales del Instituto de la Mujer. La violencia de género es la principal causa de mortalidad prematura de las mujeres en nuestra sociedad.

Para luchar contra el importante problema al que nos enfrentamos, en Abril 2004, se aprobó en el Parlamento de Cantabria la *Ley integral para la Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas*. El presente Protocolo surge para dar cumplimiento al artículo 20 (Atención Sanitaria) de dicha Ley, ya que los y las profesionales sanitarios tenemos un papel destacado en la lucha para la erradicación de la violencia ejercida sobre las mujeres.

El Protocolo centrará especialmente sus actuaciones en el abordaje sanitario de la violencia que surge en las relaciones de pareja o expareja, por ser ésta la que supone la gran magnitud del problema. Con este Protocolo se pretende conseguir la unificación de criterios y pautas de actuación para todos los profesionales sociosanitarios implicados en la búsqueda de soluciones conjuntas y coordinadas a la violencia contra las mujeres.

El objetivo fundamental del Protocolo, es la **detección precoz** de la mujer que está siendo víctima de violencia. Entendemos por precoz, el poder detectarla en sus fases iniciales, lo que podemos considerar como *violencia escondida*, la que todavía no ha llegado a la agresión física, la de la mujer que nos manda mensajes inconscientes de ayuda que tenemos que aprender a descifrar. Esto permitirá poder ofrecer una intervención temprana e integral a estas mujeres así como a sus hijos e hijas, que evite el menoscabo de su salud. Sin olvidar por supuesto la detección y atención a la violencia manifiesta.

No debemos olvidar que existen colectivos de mujeres que por sus características personales o por su situación social o legal, necesitan una atención específica que de respuesta a sus necesidades concretas de salud, tal es el caso de las mujeres con discapacidad psíquica, mujeres inmigrantes y mujeres en situación de exclusión social. La vulnerabilidad en que se encuentran estos colectivos, en lo que al maltrato se refiere, obliga a los profesionales a prestar una atención especial. En el caso de las mujeres inmigrantes, se añaden las diferencias culturales, lingüísticas y administrativas y la carencia de apoyo de redes naturales.

El desarrollo del Protocolo se llevará a cabo fundamentalmente en Atención Primaria, dado que es a donde acuden todas las mujeres en algún momento de su ciclo vital. Los Equipos de Atención Primaria representan un dispositivo crucial para la atención continuada: prevención, detección precoz, captación e intervención con las mujeres que sufren violencia, teniendo en cuenta, por supuesto, que todos los/as profesionales del Sistema de Salud tanto público como privado dispondrán del Protocolo como herramienta de trabajo en el tema que nos ocupa. El Protocolo establece además el mecanismo de coordinación con los servicios de Urgencias Hospitalarias y servicios de asistencia e información especializados.



## **2- OBJETIVOS**

El objetivo general de este Protocolo es ofrecer pautas uniformes de actuación sanitaria que permitan la atención a las mujeres que son o han sido víctimas de violencia física, psicológica o sexual por parte de su pareja o expareja así como los mecanismos de coordinación con otras instancias Implicadas, para el abordaje integral de estas situaciones .

Objetivos específicos:

- 1- Sensibilizar a los y las profesionales de los servicios sanitarios sobre la importancia que la violencia contra las mujeres tiene sobre la salud
  - Dar a conocer la magnitud del problema.
  - Informar sobre las consecuencias de los malos tratos para la salud de las mujeres y de sus hijos e hijas u otros miembros de la familia.
- 2- Facilitar desde los centros sanitarios la detección precoz de las mujeres que sufren violencia a manos de su pareja/expareja.
- 3- Ayudar a la mujer en el reconocimiento de su situación de maltrato y apoyarla en la toma de decisiones.
- 4- Establecer una pauta de actuación uniforme que permita ofrecer una intervención temprana e integral a las mujeres que están sufriendo violencia, así como a sus hijos e hijas, que evite el menos cabo de su salud.
- 5- Apoyar a la mujer en el desarrollo de sus derechos legalmente reconocidos.
  - Establecer un informe médico común para todos los profesionales del SCS que pueda servir como instrumento de apoyo a la mujer en un proceso judicial.
  - Dar a conocer y facilitar el acceso a los recursos no sanitarios (sociales, jurídicos, económicos, etc.) a los que tienen derecho las mujeres que son víctimas de violencia de pareja/expareja.

### **3- ASPECTOS GENERALES**

#### **3.1 Violencia contra las mujeres**

##### **Definición**

"Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción y la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada"

(Art. 1 de la "Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer" de las Naciones Unidas, 1993)

##### **Formas de violencia contra las mujeres**

###### **Malos tratos físicos:**

Cualquier conducta que implique el uso deliberado de la fuerza contra el cuerpo de la mujer, con intención de ocasionar lesión física, daño o dolor.

Son manifestaciones de esta violencia: empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, golpes, arañazos, punzamientos, mordeduras, quemaduras, etc., pudiendo llegar a producir hematomas, fracturas, heridas, cortes, rotura de tímpano, lesiones de órganos internos y/o lesiones irreversibles.

###### **Malos tratos psicológicos:**

Cualquier conducta que atente contra la integridad psíquica y emocional de la mujer.

Son manifestaciones de este tipo de violencia: amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, exigencia de obediencia o sumisión, aislamiento social, culpabilización, privación o limitación de libertad, el chantaje emocional, el rechazo, el abandono. El maltrato psicológico humilla, amenaza, descalifica, ridiculiza, anula la autoestima y la tendencia natural a la defensa, por lo que las mujeres víctimas de violencia psíquica son víctimas fáciles de la violencia física o sexual.

###### **Malos tratos económicos:**

Cualquier conducta que incluye la privación intencionada y no justificada legalmente de recursos para el bienestar de la mujer y de sus hijos e hijas o la discriminación en la disposición de los recursos compartidos en el ámbito familiar, en la convivencia de pareja o en las relaciones posteriores a la ruptura de la misma.

Son manifestaciones de este tipo de conducta: no dar a la mujer el suficiente dinero, administrar los recursos económicos sin consultar ni dar cuentas a la mujer, administrar o disponer del dinero que ella gana impidiéndola acceder de

manera directa a sus propios recursos, descalificar a la mujer como administradora del dinero, etc.

**Malos tratos sociales:**

Cualquier conducta que implique humillación, ridiculización, descalificación y burla en público. El agresor se muestra descortés con las amistades y/o familiares de la mujer, seduce a otras mujeres en su presencia etc.

**Malos tratos ambientales:**

Cualquier conducta consistente en romper, golpear objetos, tirar cosas que pertenecen a la mujer, destrozar enseres.

**Violencia sexual:**

Cualquier conducta que implique un acto de naturaleza sexual realizado sin consentimiento de la mujer, con independencia de que el agresor guarde o no relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco con la misma.

Formas de violencia sexual:

- *Violencia sexual que no implica contacto corporal:*  
Exhibicionismo, forzar a ver material pornográfico, mensajes por correo telefónico, gestos y palabras obscenas, insultos sexistas, acoso sexual, proposiciones sexuales indeseadas, voyerismo.
- *Violencia sexual con contacto corporal:*  
Tocamientos, caricias, masturbación, obligación a adoptar posturas que la mujer considera degradantes.  
Violación (o tentativa de): consiste en la penetración (o tentativa de) con el órgano sexual por vía vaginal, anal o bucal así como la introducción de cualquier clase de objeto por vía vaginal o anal.
- *Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres:*  
Incluye cualquier actuación que restrinja a las mujeres el libre ejercicio de su derecho a la salud sexual y reproductiva, y por tanto que afecte a su libertad para disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos para su salud, así como de ejercer libremente su derecho a la maternidad.
- *Tráfico o utilización de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, prostitución y comercio sexual.*
- *Mutilación genital femenina.*

### 3.2 Violencia de pareja/expareja

Es la violencia ejercida contra las mujeres por sus parejas (marido, compañero, novio) o exparejas como instrumento para mantener el poder y el control. Comprende todas las formas de maltrato referidas anteriormente: maltrato psicológico, económico, social, ambiental, físico y sexual. Este tipo de violencia es una de las que mayor alarma social está generando en los últimos

años, debido fundamentalmente a la magnitud del fenómeno y el hecho de que se lleva a cabo con total impunidad en el ámbito de la privacidad.

Este tipo de violencia tiene unas características propias que la diferencia de otros tipos de violencia:

- La violencia la ejerce un hombre con quien la mujer mantiene o ha mantenido un **vínculo afectivo y amoroso**, puede ser el padre de sus hijos e hijas y le une o le ha unido una relación legal, económica, emocional y/o social.
- Este tipo de violencia se puede producir tanto dentro de una relación de pareja como fuera de ella (**noviazgo, separación o divorcio**).
- **Los hombres** que ejercen este tipo de violencia pueden tener una **buena imagen pública**, y ser incluso seductores y atractivos en los espacios y relaciones sociales. Es en el ámbito privado y doméstico donde los hombres se sienten legitimados para ejercer la violencia.
- Los malos tratos se producen generalmente en el ámbito de la privacidad, dentro de la casa, por lo que a veces **pasan desapercibidos** para las personas que rodean a la mujer (familiares, compañeros y compañeras, vecinos y vecinas amistades).
- Los malos tratos **se ocultan** tanto por los hombres que los ejercen como por las mujeres que los sufren.
- La violencia que el hombre ejerce contra la mujer puede **afectar a otros miembros de la familia** (hijos e hijas, personas mayores, familiares)
- Los malos tratos **no son actos aislados**, sino una concatenación de hechos que se prolongan en el tiempo, cuyo objetivo es el de conseguir el control y dominio sobre la mujer, lo que va debilitando gradualmente sus defensas físicas y psicológicas, generando miedo y sentimientos de indefensión e impotencia.
- Las mujeres maltratadas sienten **vergüenza** de sufrir violencia, de no ser capaces de pararla ni de protegerse a sí mismas y a sus hijos e hijas. Se sienten **culpables** de haber elegido como pareja a un hombre violento o incluso por no haber podido cambiarle. Estos sentimientos impiden a las mujeres contar lo que les pasa y les lleva a **minimizar o negar** la violencia.
- Las mujeres víctimas de malos tratos no son consideradas inocentes por un gran sector de la población, sino **débiles, cómplices, consentidoras o responsables** de la violencia que sufren.

### **3.3 El proceso de la violencia**

No es posible establecer un patrón de aparición de la violencia y así muchas mujeres afirman que se vieron envueltas en episodios de malos tratos casi sin darse cuenta.

En muchas ocasiones el maltrato comienza en el inicio de la relación o noviazgo con conductas de abuso psicológico, que puede consistir en pequeños detalles que se atribuyen al carácter celoso del hombre, a su interés por defender a la mujer de posibles peligros derivados de los horarios, las salidas con amigas, etc. Son conductas restrictivas y controladoras que van

minimizando la propia capacidad de decisión y autonomía de la mujer, a la vez que van produciendo dependencia y aislamiento. Este tipo de maltrato es más difícil de detectar, debido a que en muchas ocasiones la mujer no lo identifica como violencia, sino como manifestaciones propias del carácter del agresor. Es importante dar valor a estas conductas desde el comienzo. Posteriormente puede aparecer el maltrato sexual y el maltrato físico.

Si el patrón de aparición es difícil de determinar, sí podemos afirmar que la conducta violenta no es un acto puntual, ya que una vez iniciada, tiende a repetirse y a aumentar en frecuencia y gravedad.

El carácter cíclico de los episodios violentos parece estar ampliamente aceptado. En este sentido la "**Teoría del ciclo de la violencia**" enunciada por Walker (1979, 1989) da cuenta de éste fenómeno y plantea que la violencia se da en un ciclo que comprende tres fases:

### 1- **Acumulación de tensión**

Esta fase se caracteriza por agresiones psicológicas, cambios repentinos e imprevistos en el estado de ánimo del agresor y los primeros ademanes esporádicos de agresiones y violencia verbal. La mujer frecuentemente minimiza lo sucedido, albergando falsas ilusiones de que las cosas mejorarán y él cambiará su trato hostil hacia ella.

### 2- **Explosión o agresión**

Cuando la tensión en la fase anterior llega a cierto límite, se produce la descarga de la misma a través de maltrato psicológico, físico o sexual grave. La agresión empieza con frecuencia como un intento de darle una lección a la mujer y finaliza cuando el maltratador considera que ha aprendido la lección; cuando finaliza el episodio la mujer ha sido severamente maltratada. Es en esta fase cuando la mujer busca asistencia médica, aunque esta búsqueda suele ocurrir en menos del 50% de los casos.

### 3- **Calma o reconciliación**

En esta fase el agresor manifiesta que se arrepiente y pide perdón a la mujer. Utiliza estrategias de manipulación afectiva (regalos, caricias, disculpas, etc.) con el objetivo de que no se rompa la relación existente entre agresor-víctima. En la medida que los comportamientos violentos se van afianzando y ganando terreno, la fase de la reconciliación tiende a desaparecer y los episodios violentos se aproximan en el tiempo.

Cuando una mujer que sufre violencia hace una petición de ayuda, ha dado varias vueltas al ciclo. Cada vez que se cierra uno, pierde confianza en sí misma y se produce un progresivo deterioro físico y psicológico, de ahí la importancia de poner fin a la violencia tras los primeros comportamientos violentos que surjan en la relación.

#### **4- REPERCUSIONES DE LA VIOLENCIA EN LA SALUD DE LAS MUJERES**

El maltrato tiene importantes repercusiones en la salud y el bienestar de las mujeres así como de sus hijos e hijas a corto, medio y largo plazo. Se define el *Síndrome de la Mujer Maltratada* como el conjunto de síntomas que se manifiestan de forma simultánea o combinada, de forma más o menos intensa, dependiendo de la situación vivida por cada mujer, la duración y el tipo de violencia sufrido.

<b>Repercusiones sobre la salud física</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Síntomas físicos variados: cefaleas, dolores lumbares, dolores abdominales, dispepsias, dolores pélvicos, "fibromialgia", etc.</li><li>• Agravamiento de problemas de salud previos (diabetes, asma, HTA, etc.)</li><li>• Lesiones físicas diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras, etc., que pueden llegar a causar incapacidad severa y muerte.</li><li>• Efectos sobre la salud sexual y reproductiva: <i>Por relaciones sexuales forzadas:</i> pérdida del deseo sexual, dispareunia, ETS, sangrado vaginal, dolor pélvico crónico. <i>En relación al embarazo:</i> embarazos no deseados, abortos, hemorragia vaginal, embarazos de riesgo, parto pretermino, bajo peso al nacer.</li></ul>
<b>Repercusiones sobre la salud mental</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ansiedad</li><li>• Depresión</li><li>• Trastornos por estrés post-traumático</li><li>• Trastornos del comportamiento alimentario</li><li>• Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos</li><li>• Intento de suicidio</li></ul>
<b>Repercusiones sobre la salud social</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Aislamiento social</li><li>• Pérdida de empleo</li><li>• Absentismo laboral</li><li>• Disminución del número de días de vida saludable</li></ul>
<b>Repercusiones sobre la salud y bienestar de sus hijas e hijos</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Riesgo de alteración de su desarrollo integral</li><li>• Sentimientos de amenaza</li><li>• Dificultades de aprendizaje y socialización</li><li>• Adopción de comportamientos violentos con sus compañeros/as</li><li>• Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas</li><li>• Con frecuencia son víctimas de maltrato por parte del padre</li><li>• Violencia transgeneracional con alta tolerancia a situaciones de violencia</li></ul>

## **5- IMPORTANCIA DE LA IDENTIFICACIÓN DE LOS MALOS TRATOS DESDE LOS SERVICIOS SANITARIOS**

La violencia contra las mujeres es un problema prioritario de Salud Pública y como tal afecta a todos/as los/as profesionales sanitarios. Cualquiera de ellos/as puede atender a una mujer que sufre violencia, y la actitud de los y las profesionales de salud que reciben a estas mujeres es decisiva, pues cuando se considera el problema de la violencia como un posible factor generador de sintomatología, se está dando un primer paso para una adecuada respuesta a la mujer en la consulta.

Hay evidencias de que la casi totalidad de las mujeres maltratadas visitan a su médico o médica de familia en el año siguiente a la agresión, además hacen uso frecuente de otros servicios sanitarios sobre todo los Servicios de Urgencias. Para muchas mujeres que han sido maltratadas, las personas que trabajan en el campo de la salud son el principal o único punto de contacto con los servicios públicos que pueden ofrecerle apoyo e información.

Algunas mujeres que sufren violencia acuden a los servicios sanitarios con lesiones importantes, en ocasiones con consecuencias fatales. Sin embargo, la mayoría acuden a las consultas con síntomas diversos e inespecíficos, incluso pueden estar recibiendo tratamiento sintomático por ello, sin que su malestar haya sido relacionado con situaciones de violencia o sin que la mujer se atreva a expresar los verdaderos motivos que están generando su problema de salud. La detección de la situación de violencia por parte de los/as profesionales sanitarios predispondrá a la ruptura del silencio, que sería el primer paso para la comprensión y visualización del problema.

Los Servicios de Urgencias (hospitalarios y extrahospitalarios) pueden ser los primeros en examinar a una mujer maltratada, sin embargo hay que tener en cuenta que la situación de maltrato puede llevar meses o años, y que la mujer que acude a un servicio de urgencias por una agresión física, probablemente haya acudido en varias ocasiones a su Centro de Salud manifestando síntomas y signos cuyo origen no ha sido relacionado con una situación de maltrato.

Si bien, cualquier profesional sociosanitario puede atender a una mujer víctima de malos tratos, es en el ámbito de la Atención Primaria, por sus características intrínsecas de accesibilidad, contacto directo y continuado con la población general y por disponer de un equipo multidisciplinar, donde se dan las condiciones más favorables para detectar a las mujeres en situación de violencia, así como de prevenir y/o frenar las consecuencias del maltrato en la salud y el bienestar de la mujer.

## 6- DIFICULTADES PARA IDENTIFICAR Y/O INTERVENIR EN CASOS DE MALOS TRATOS DESDE LOS SERVICIOS SANITARIOS

### • FACTORES EN RELACIÓN A LA MUJER.

Muchas mujeres no son capaces de hablar de su situación por diversas razones:

- Miedo: la mujer ha recibido amenazas por parte del agresor, hacia ella y hacia sus hijos e hijas, teme que el daño sea mayor si habla.
- Vergüenza y humillación: ella cree que es la única que lo sufre, puede creer que es la responsable del abuso, no se ve capaz de seguir los consejos de quien le recomienda que lo deje, aunque a veces lo haya intentado.
- Culpabilización: puede creer que merece el mal trato, que es su culpa, la mujer asume la responsabilidad de lo que ocurre.
- Puede querer proteger a su pareja: porque es su principal "fuente de afecto" cuando no la maltrata, es el único soporte que tiene, tanto ella como sus hijos e hijas, ella espera que cambie.
- Resistencia: a reconocer lo que la está pasando.
- Desconfianza en el personal sanitario: cree que ese no es su papel, no confía en la confidencialidad de la información.
- Minimización: cree que las lesiones no son lo suficientemente importantes como para mencionarlo. No es consciente de la gravedad o del peligro de la situación. No relaciona sus síntomas físicos con la situación de estrés.

### • FACTORES EN RELACIÓN A LOS/AS PROFESIONALES

- Sufrir el mismo proceso de socialización que el resto de la sociedad, participando de los mismos mitos y prejuicios que favorecen y justifican la violencia de género.
- No considerar la violencia como un problema de salud, ni introducirlo en la práctica habitual como un diagnóstico diferencial más. Atribuir los síntomas a un problema físico o psicosomático.
- Experiencias personales respecto a la violencia con miedo a la vulnerabilidad y falta de control, sentirse demasiado identificado con la víctima y no poder ayudarla.
- Creencia de que la violencia no es tan frecuente y que se produce solo en determinados ámbitos y no en "mis pacientes".
- Intento de racionalización de la conducta del agresor pues además puede ser también conocido del profesional e incluso su paciente.
- Doble victimización o victimización secundaria sobre la mujer: el profesional no comprende la actitud de la mujer ante el maltrato, no comprende por qué no abandona al agresor.
- Miedo a ofender a la mujer, miedo a empeorar la situación, miedo por la seguridad de la mujer o por la propia integridad.



- Desconocimiento de las estrategias para el manejo de estas situaciones, desconocimiento del circuito de actuación, miedo a las implicaciones legales que puede acarrear. Sensación de impotencia e incapacidad para dar soluciones a la situación.

- **FACTORES EN EL CONTEXTO DE LA CONSULTA**

- Falta de privacidad e intimidad en las consultas, con frecuentes interrupciones, dificultades con el idioma, el agresor puede estar presente, registro de la Historia Clínica a la que muchas personas pueden acceder.
- Escasez de tiempo disponible para cada paciente.

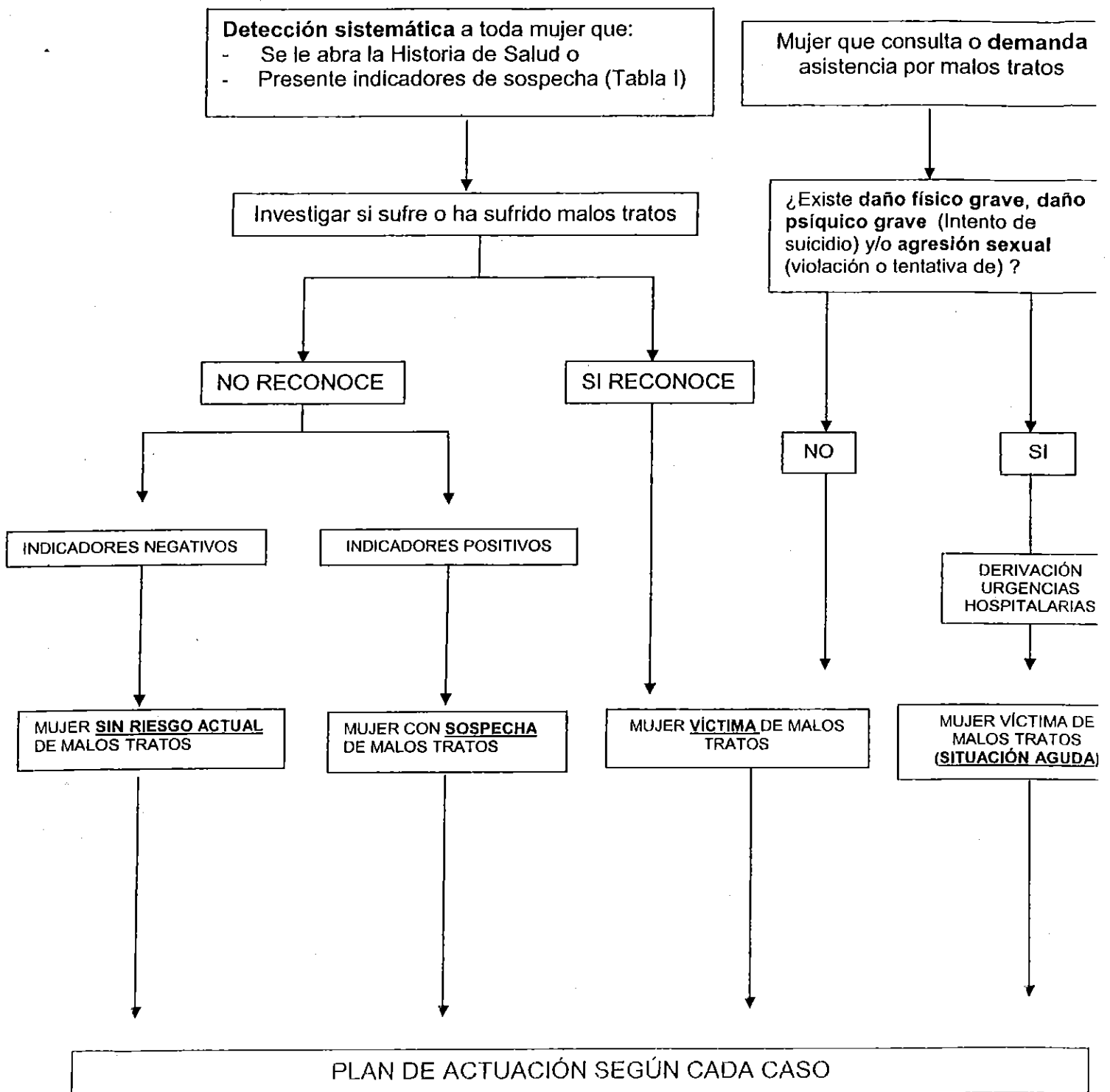
- **FACTORES DEL MEDIO**

- Falta de conocimiento y coordinación entre los distintos recursos y medios de los que dispone la sociedad.
- Ausencia de trabajo en equipo para abordar este problema desde una perspectiva multidisciplinar.
- Deficiente (nula) formación en las Facultades y Escuelas Universitarias en relación con la violencia contra las mujeres.

## **7- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN**

- 7.1- Algoritmo general de actuación.**
- 7.2- Detección precoz de malos tratos.**
- 7.3- Planes de actuación según caso.**

## 7.1- ALGORITMO GENERAL DE ACTUACIÓN



## **7.2- DETECCIÓN PRECOZ DE MALOS TRATOS**

### **¿Por qué realizar una detección sistemática?**

La OMS recomienda la práctica del tamizado universal a todas las mujeres, mediante la inclusión de alguna pregunta sobre la existencia del maltrato en el curso de la entrevista clínica, que pueda ayudar a la detección precoz, en base a que:

- El problema tiene una frecuencia elevada y es más común que otros problemas de salud para los que existen actividades de detección ya establecidas.
- Investigar sobre maltrato solo cuando hay signos obvios de lesiones no es suficiente.
- No existen perfiles definidos que puedan predecir con suficiente fiabilidad quien es una probable víctima de maltrato.
- Muchas mujeres pueden llegar a hablar del maltrato cuando se les pregunta de forma directa y no valorativa.
- Transmitir la idea de que es un problema de salud y que el personal sanitario debe abordarlo.

### **¿Cuándo y quién debe realizar la detección sistemática?**

- La detección de la violencia de pareja o expareja se realizará a todas las mujeres como cualquier otro problema de salud:
  - Cuando se abra la Historia de Salud de la mujer, formando parte de las actividades preventivas a realizar.
  - Cuando aparezcan indicadores de sospecha en su Historia Clínica (Tabla I).
- La detección la puede realizar cualquier miembro del equipo (facultativo, personal de enfermería, matrona, fisioterapeuta o trabajador/a social).

### **¿Cómo detectar?**

La detección de malos tratos en la relación de pareja se realizará a través de preguntas sencillas y directas que puedan dar pie a la mujer a exteriorizar el problema. Cada profesional utilizará aquellas que le resulten más fáciles para llegar a un diagnóstico, según el conocimiento y el clima de confianza que tenga con la mujer y buscando el momento más adecuado para realizarlo.

Las preguntas pueden acompañarse, si se considera oportuno, de un pequeño comentario "introdutorio" para contextualizar el tema, como por ejemplo:

- *La violencia contra las mujeres es un problema más frecuente de lo que se cree, que además puede tener consecuencias muy graves; ¿le ha ocurrido a usted alguna vez?*

- *Los malos tratos contra las mujeres de los que tanto se habla, son un problema muy común, por eso ahora los médicos preguntamos de forma rutinaria a todas las mujeres; ¿ha sufrido usted algún tipo de maltrato alguna vez?*

O pueden plantearse preguntas sin comentario introductorio, como por ejemplo:

- *¿Ha sufrido o está sufriendo algún tipo de violencia?*
- *¿Está usted viviendo alguna situación problemática que le cause malestar?*

Además de investigar la situación actual de la mujer, es importante preguntar por los antecedentes familiares y antecedentes personales en relación a la violencia:

- *¿cómo eran las relaciones entre sus padres?, ¿discutían mucho?, ¿como le afectó?*
- *¿tuvo usted algún problema en la infancia que le afectara especialmente con: amistades, con los padres, con familiares cercanos?*

Si la mujer presenta **indicadores de sospecha** (Tabla I), podemos realizar preguntas más dirigidas en función de los indicadores encontrados:

- Ante información obtenida de los antecedentes de la mujer:

- *Mire he repasado su historia y encuentro algunos aspectos que me gustaría comentar con usted ...(relatar los hallazgos) ¿A qué cree que se debe? ¿cree que todo está relacionado?*

- Ante síntomas emocionales:

- *La encuentro nerviosa y triste, ¿tiene algún problema con su pareja?; ¿Tal vez con sus hijos/as?; ¿O puede que con su trabajo?*
- *¿Qué opina su marido de lo que le pasa?; ¿Con qué lo relaciona él?*

- Ante lesiones físicas:

- *Hay algo que no me queda claro en relación con esta lesión; ¿puede ser la consecuencia de algún tipo de agresión sufrida por usted?*
- *En muchos casos el tipo de problemas que usted presenta (cicatrices, fracturas antiguas o actuales, hematomas, abortos espontáneos...) son debidos a algún tipo de violencia que está recibiendo la mujer, ¿es ese su caso?*

## TABLA I: INDICADORES DE SOSPECHA

### 1- INDICADORES DE SOSPECHA ENTRE LOS ANTECEDENTES DE LA MUJER

#### Antecedentes de haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia

Información de familiares, amigos de la paciente o de otros profesionales o instituciones, de que la mujer está siendo víctima de maltrato

#### Antecedentes personales recurrentes

- **Somatizaciones frecuentes:** cefalea, dolor torácico, dolor pélvico, trastornos digestivos, astenia...etc.
- **Múltiples accidentes:** accidentes domésticos, caídas, etc.

#### Problemas de salud mental

- **Depresión y ansiedad**
- **Crisis de fobia y pánico** (predominando la agorafobia).
- **Trastorno por estrés postraumático** (con síntomas de intrusión).
- **Conductas adictivas** (abusos de psicofármacos, alcoholismo, drogadicción).
- **Trastornos de la conducta alimentaria** (anorexia, bulimia)
- **Tentativas de suicidio.**

#### Antecedentes gineco-obstétricos

- **Ausencia de control de la fecundidad** (embarazos no deseados y/o de alto riesgo)
- **Historia de abortos de repetición.**
- **Falta o retraso en la vigilancia prenatal.**
- **Dispareunia, dolor pélvico crónico, infecciones de transmisión sexual de repetición, anorgasmia y dismenorrea.**

#### Utilización de los servicios sanitarios

- **Hiperfrecuentación**, alternando con otros periodos de largas ausencias.
- **Incumplimiento de citas y tratamientos.**
- **Uso inadecuado y frecuente** de vías alternativas sanitarias (servicio de urgencias).
- **Hospitalizaciones frecuentes.**

#### Entorno social

- **Aislamiento** tanto familiar como social.
- **Dificultades laborales** y alta tasa de desempleo.
- **Dificultades de formación** y de ascenso en su trabajo.
- **Dificultades en el manejo de la rabia y la agresividad.**
- **Ausencia de habilidades sociales.**

## 2- INDICADORES DE SOSPECHA DURANTE LA CONSULTA

### Características de las lesiones físicas

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

### Actitud de la mujer

- Actitud de **temor**. Se muestra evasiva, incómoda y nerviosa.
- **Rasgos depresivos**. Baja autoestima y sentimientos de **culpa** no justificados.
- **Vergüenza** con retraimiento e incomunicación. Evita mirar a la cara.
- **Ansiedad** o angustia, indignación fuera de contexto, irritabilidad.
- Intenta **ocultar** sus lesiones usando ropas inadecuadas para la época.
- **Justifica** sus lesiones o trata de quitarle importancia a las mismas.
- **Falta** de cuidado personal.
- Busca la **aprobación** de la pareja, si está acompañada por ella.

### Actitud de la pareja

- Solicita **estar presente** durante toda la visita. Es frecuente que el maltratador acompañe a la víctima a la consulta en un intento de controlarla.
- Puede mostrarse excesivamente "**preocupado**" y solícito o bien todo lo contrario, es decir, despreocupado, **despectivo e irónico**.
- Suelen **controlar** la situación y contestar a las preguntas por ella. La interrumpe para contestar, rectificar, precisar o exponer a su manera el relato de ella.
- A veces se manifiesta **colérico u hostil** con ella y con el profesional.

### **7.3- PLANES DE ACTUACIÓN SEGÚN CASO**

#### **CONSIDERACIONES GENERALES**

- Detectar que una mujer está sufriendo malos tratos es un proceso difícil para los/as profesionales de salud, así como el reconocimiento del maltrato por parte de la propia mujer.
- La actuación con mujeres víctimas de violencia va mucho más allá de tratar las lesiones físicas y derivar a otros recursos.
- Las metas que se marca el/la profesional a la hora de intervenir han de fundamentarse en el derribo de las múltiples dificultades que hacen que la mujer permanezca en esta situación. Por lo tanto, la actuación irá encaminada a solventar estos problemas (falta de autoestima, conocimientos de sus derechos, ayudarle a superar el aislamiento social, liberarla del sentimiento de culpabilidad, etc.).
- Las mujeres no deben percibir que el/la profesional que les atiende va a resolver su problema, hay que transmitir la idea de que son ellas las que pueden superar la situación con el asesoramiento adecuado.
- El/la profesional cuando atiende un caso de violencia, debe ofrecer a la mujer información de lo que está sucediendo y sobre las alternativas y los recursos existentes.
- El/la profesional debe saber que dejar una relación de violencia es un proceso que lleva mucho tiempo (a veces años) o a veces nunca se llega a conseguir. Es importante que la mujer sepa que estamos para ayudarla y darle soporte, mientras que ella vaya dando los pasos necesarios para afrontar la situación.
- Las diferentes actuaciones a realizar en caso de mujeres con sospecha o víctimas de malos tratos, se irán desarrollando en el tiempo, dependiendo del ritmo que marque la mujer, valorando la demanda en cada momento y reorientando las consultas sucesivas y las posibles derivaciones en función de las necesidades percibidas, siempre de acuerdo con ella.



## PLAN DE ACTUACIÓN EN MUJER SIN RIESGO ACTUAL DE MALOS TRATOS

Mujer que manifiesta no haber sufrido violencia y que no presenta indicadores de sospecha.

### Actuaciones:

- **Registro en la Historia de Salud** (actividades preventivas): Mujer sin riesgo actual de malos tratos.
- **Informar** de que ante cualquier situación que surja en relación al maltrato, puede acudir a la consulta.
- **Repetir la investigación** con una periodicidad de tres años o antes si aparecen indicadores de sospecha.

## PLAN DE ACTUACIÓN EN MUJER CON SOSPECHA DE MALOS TRATOS

Mujer que presenta indicadores de sospecha o que presumiblemente puede estar sufriendo algún tipo de violencia, pero ella **no lo reconoce** como tal

*Reconocer una situación de violencia por parte de la mujer, si es que existe, es un proceso largo que puede requerir mucho tiempo. Lo más importante es no perder el contacto con ella y crear un ambiente favorable de comunicación y respeto que pueda ayudarla a ser consciente de su situación en un momento determinado.*

### Actuaciones:

- **Valoración integral biopsicosocial**

Valoración física, buscando lesiones traumáticas que se describirán en cuanto a sus características, localización, posible mecanismo de agresión y su congruencia o no con lo relatado por la mujer.

Valoración psicológica, atendiendo al estado emocional de la mujer, actitud durante la entrevista, presencia de síntomas psicológicos reactivos como ansiedad, depresión, trastornos del sueño, abuso de drogas, alcohol o sedantes, ideación autolítica, etc.

Valoración social, a través de una exploración social general que incluya situación familiar (genograma), situación laboral y ocupacional, situación económica, apoyo social y estrategias personales de afrontamiento.

- **Informar** a la mujer de la situación encontrada (la que nos hace sospechar existencia de maltrato) y su posible relación con una situación de violencia, ayudando a la reflexión, apoyando en la toma de decisiones, sin presionar ni culpabilizar.
- **Tratar los problemas de salud detectados**, atendiendo fundamentalmente a los problemas psicológicos que pudiera presentar, así como a las lesiones físicas y trastornos psíquicos cuando existan, derivando a los servicios especializados si se considera oportuno.
- **Ofertar visitas de seguimiento**, con el fin de no perder el contacto con la mujer, y que pueda llegar a reconocer la situación en un futuro, si es que la está sufriendo.
- **Ofertar derivación al trabajador/a social** si se detectan situaciones de riesgo psicosocial.
- **Informar al pediatra** de la situación encontrada, si la mujer tiene hijos/as.
- **Anotar en la Historia clínica** todas las actuaciones realizadas y **registrar** como Mujer con sospecha de malos tratos, estableciendo un sistema recordatorio.

## PLAN DE ACTUACIÓN EN MUJER VÍCTIMA DE MALOS TRATOS

Mujer que consulta por malos tratos o bien que en el transcurso de las sucesivas entrevistas de seguimiento ante una sospecha, **reconoce estar sufriendo malos tratos.**

### Actuaciones:

- **Consideraciones generales de la primera entrevista**

- Recibir a la mujer sola, escucharla, creerla e intentar que se sienta cómoda y segura.
- Asegurar la confidencialidad de la visita.
- Informar a la mujer de que el maltrato es un problema que afecta a otras mujeres, puede ayudarle a disminuir el sentimiento de soledad y aislamiento.
- Transmitir que nadie merece ser maltratada, que ella no tiene la culpa.
- Explicar que precisa ayuda y en que sentido se la puede ayudar.
- Recomendar que no comente esta conversación con su pareja.

- **Valoración integral (biopsicosocial)**

Valoración física, buscando lesiones traumáticas que se describirán en cuanto a sus características, localización, posibles mecanismo de agresión y su congruencia o no con lo relatado por la mujer.

Valoración psicológica, atendiendo al estado emocional de la mujer, actitud durante la entrevista, presencia de síntomas psicológicos reactivos como ansiedad, depresión, trastornos del sueño, abuso de drogas, alcohol o sedantes, ideación autolítica, etc.

Valoración social, a través de una exploración social general que incluya situación familiar (genograma), situación laboral y ocupacional, situación económica, apoyo social y estrategias personales de afrontamiento.

- **Valoración de la Seguridad**

Se realizará conjuntamente con la mujer, con el fin de determinar la situación de peligro en la que se encuentran ella y sus hijos/as. Para la valoración de seguridad pueden ser útiles los indicadores de valoración de peligro (Tabla II), teniendo en cuenta que se considera prioritario el criterio de percepción de peligro por parte de la mujer y el criterio profesional basado en la entrevista y valoración integral de la mujer.

La valoración de seguridad nos permitirá determinar si la mujer se encuentra actualmente en situación de peligro para su vida o la de sus hijos/as, de lo cual dependerá la mayor o menor celeridad a la hora de realizar las intervenciones necesarias.

- **Informar** a la mujer de la situación en la que se encuentra, ayudándole a relacionar los síntomas que presenta con la situación de violencia que está sufriendo, explicándole el funcionamiento de la violencia de género. Así mismo, plantearemos las posibles estrategias a seguir, apoyándole en la toma de decisiones, sin presionar ni culpabilizar.
- **Tratar los problemas de salud detectados**, tanto físicos como psíquicos y derivación a atención especializada si procede.
- **Intervención del Trabajador/a Social.** Las actividades a realizar consistirán en:
  - **Abordaje de las situaciones de riesgo psicosocial** detectadas.
  - Plantear y ayudar a la mujer a elaborar un **Plan de Seguridad** (Tabla III) y crear un **escenario de protección** (Tabla IV) para ella y sus hijos/as ante posibles situaciones de riesgo.
  - **Informar y poner en contacto** a la mujer con los **recursos existentes** (Tabla VI), realizando una **derivación activa** si procede, a los recursos de la Comunidad.
- **Ofertar intervención psicológica**, que se realizará en las Unidades de Salud Mental como primer nivel o en el Centro de Asistencia e Información a Víctimas de Violencia de Género del Gobierno de Cantabria.
- **Informar al pediatra** de la situación encontrada, si la mujer tiene hijos/as, para su seguimiento, dado que los hijos/as son también víctimas de la violencia (Tabla V).
- **Emitir el Parte de Lesiones**, ante violencia física y/o psíquica que será remitido al Juzgado de Guardia (Anexo I). Se entregará una copia a la mujer y se la informará de sus implicaciones, estableciendo estrategias para que su emisión no ponga en peligro la vida de la mujer y de sus hijos e hijas.
- **Informar a la mujer del derecho a presentar una denuncia o solicitud de orden de protección** en el Juzgado, Cuartel de la Guardia Civil o Comisaría de Policía, si ella lo considera oportuno. La presentación de la denuncia no tiene que ser inmediata, depende del riesgo y se puede ir valorando a lo largo de las visitas sucesivas.
- **Concertar visitas de seguimiento**, con el fin de favorecer la toma de decisiones si la mujer desea iniciar cambios en su situación, prevenir nuevos episodios de violencia y valorar el peligro si estos se producen.
- **Anotar en la Historia clínica** todas las actuaciones realizadas y registrar como Mujer víctima de malos tratos, estableciendo un sistema recordatorio.

Si en el primer contacto con la mujer o en las sucesivas visitas de seguimiento se detecta una situación de **PELIGRO para la vida de la mujer o de sus hijos/as** deberemos comunicárselo a ella y las actuaciones siguientes dependerán de la decisión que tome la mujer:

Si la mujer decide irse del domicilio familiar:

- Se activarán los recursos de la Comunidad Autónoma para el acogimiento de la mujer y de sus hijos/as en el Centro de Emergencia y/o acogida (Tabla VI).

Si la mujer decide volver al domicilio familiar o se aloja en un domicilio (familiares o amigos/as) en el que no se puede asegurar su seguridad:

- Antes de abandonar el centro, la actuación prioritaria consistirá en la elaboración del **Plan de Seguridad** y la creación del **escenario de protección**, así como facilitar a la mujer un número de teléfono fácil de recordar para la activación de las medidas de **emergencia (112)**.
- Poner en marcha los mecanismos necesarios para la protección a los menores.

## PLAN DE ACTUACIÓN EN MUJER VÍCTIMA DE MALOS TRATOS EN SITUACIÓN AGUDA

Se considera una situación aguda aquella en la que la mujer víctima de malos tratos precisa atención urgente por daño físico grave, riesgo autolítico (intento suicidio) y/o agresión sexual (violación o tentativa de)

Toda mujer que acuda a un Servicio de Atención Primaria (Consultas, Servicios de Urgencias) en situación aguda de malos tratos deberá ser remitida a los **Servicios de Urgencias** correspondientes (general, psiquiátrica, ginecológica) **del Hospital** de referencia.

Se debe **garantizar siempre el traslado de la mujer** al hospital, bien a través del 061 si la situación clínica lo requiere o bien contactando con los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad con el fin de salvaguardar la integridad de la mujer.

En estos casos, el **Parte de Lesiones** se realizarán en el Servicio de Urgencias del hospital.

### ACTUACIÓN EN CASO DE DAÑO FÍSICO Y/O PSÍQUICO GRAVE (SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS)

- Proporcionar **intimidad y apoyo emocional** a la mujer:
  - Atender a la mujer en un lugar privado, lejos de su agresor.
  - Asegurar el acompañamiento en todo momento durante su estancia en el Servicio de Urgencias.
- Prestar la **asistencia sanitaria** necesaria dependiendo del tipo de lesión.
- Emitir el **Parte de Lesiones** (Anexo I) al Juzgado de Guardia, del cual se entregará una copia a la mujer. Se le informará de sus implicaciones y se establecerán estrategias para que su emisión no ponga en peligro la vida de la mujer y de sus hijos e hijas.
- **Informar a la mujer del derecho a presentar una denuncia o solicitud de orden de protección** en el Juzgado, Cuartel de la Guardia Civil o Comisaría de Policía, si ella lo considera oportuno. La presentación de la denuncia no tiene que ser inmediata.
- Si la mujer **permanece ingresada** en el **Hospital**, desde la planta de hospitalización se contactará con el/la Trabajador/a Social del Hospital para valoración de la mujer.

- Si la mujer es dada de alta en el **Servicio de Urgencias**, se realizará la valoración de seguridad, para lo cual serán útiles preguntas como:
  - ¿En este momento su casa es segura?, ¿Dónde está ahora el agresor?
  - ¿Puede volver a su casa ahora?
  - ¿Dónde están sus hijos/as u otras personas a su cargo? ¿Están seguros?
  - ¿Lo saben sus amigos/as o familiares? ¿Le ayudarían?.
- Actuaciones en función de la toma de decisiones de la mujer:
  - Si la mujer decide irse del domicilio familiar: Se activarán los **recursos de la emergencia y acogida de la comunidad**, con el fin de conseguir alojar a la mujer en un centro de forma inmediata (Tabla VI).
  - Si la mujer decide volver al domicilio familiar y va a continuar en una situación de peligro:
    - Antes de que abandone el centro, la actuación prioritaria consistirá en la elaboración del **Plan de Seguridad** (Tabla III) y la creación del **escenario de protección** (Tabla IV).
    - Poner en marcha los mecanismos necesarios para la protección a los menores.
- Al ser dada de alta del hospital se remitirá la mujer a su Centro de Salud para concertar **visitas de seguimiento**, siempre y cuando sus circunstancias se lo permitan y su seguridad y la de sus hijos/as no se vea comprometida por ello.

#### **ACTUACION EN CASO DE AGRESIONES SEXUALES EN EL CONTEXTO DE MALTRATO (SERVICIO URGENCIAS GINECOLOGICAS)**

- En las **agresiones sexuales con violación** (o tentativa de) se debe remitir siempre a la mujer al Servicio de Urgencias Ginecológicas del hospital de referencia, de acuerdo al *Protocolo de Atención Sanitaria a Víctimas de Agresiones Sexuales* existente en nuestra Comunidad. El Protocolo establece:
  - Actuación clínica (anamnesis, valoración del estado psicológico, exploración física, exámenes de laboratorio, tratamiento)
  - Cumplimentación del **Parte de Lesiones**
  - Seguimiento y controles posteriores
- En el caso de una agresión sexual en el contexto de maltrato deberá también valorarse antes del alta hospitalaria el **Plan de Seguridad** (Tabla III) e información de los **recursos** existentes (Tabla VI).

## **TABLA II- INDICADORES ÚTILES PARA LA VALORACIÓN DEL PELIGRO**

- **Percepción por parte de la mujer de peligro para su vida o integridad física y/o la de sus hijos/as.** Ante la presencia de este indicador, la situación queda definida como de peligro extremo
- Lesiones graves
- Amenazas o acoso a pesar de estar separados
- Repetición del ciclo de la violencia de forma continuada
- Aumento de intensidad y frecuencia de la violencia
- Agresiones durante el embarazo
- Agresiones sexuales repetidas
- Amenazas con armas o uso de las mismas (existencia de armas de fuego en el domicilio)
- Amenazas o intentos de homicidio a ella o sus hijos/as
- Amenazas o intentos de suicidio de la mujer a causa de los problemas con la pareja.
- Amenazas o intentos de suicidio del agresor.
- Malos tratos a hijos/as u otros miembros de la familia
- Comportamiento violento fuera del hogar
- Celos extremos, control de sus actividades diarias
- Consumo de alcohol o drogas por parte del agresor



### **TABLA III - PLAN DE SEGURIDAD**

Tiene como objetivo preparar a la mujer para la salida del domicilio en caso de peligro extremo.

El plan de seguridad debe ser expuesto a la mujer en un ambiente de tranquilidad, y si fuera posible, en presencia de un familiar o persona de su confianza con el fin de reforzar la información.

Numero de teléfono de emergencia: 112

Documentación que debe preparar o tener localizada de la cual puede dejar copia a algún familiar o persona de su confianza:

- Documentos personales y de los hijos/as: DNI, Libro de Familia, certificados de nacimiento, pasaportes, tarjetas sanitarias, permiso de conducir, permiso de residencia, diplomas escolares.
- Documentos de la casa: títulos, recibos de alquiler, seguros, hipoteca.
- Otros documentos: documentación del coche, denuncias previas, auto de medidas previas, sentencia de separación, sentencia de divorcio, orden de protección, agenda con los números de teléfonos y direcciones útiles.
- Informes médicos, partes de lesiones y medicamentos que esté tomando.
- Cartilla de ahorro, talonario, tarjetas de crédito, dinero en metálico.

Tener preparado:

- Un bolso con ropa y efectos personales tanto de ella como de sus hijos e hijas.
- Copia de las llaves de casa y del coche.
- Una cuenta en un banco que solo ella conozca e ir ingresando dinero.

Recomendaciones para la salida de la casa:

- No hablar con la pareja de sus planes.
- No tomar tranquilizantes, para poder estar alerta si decide irse.
- Salir cuando él no esté en la casa.
- Acudir a las personas de confianza con las que había contactado previamente.
- Denunciar si su seguridad no está garantizada.

### **TABLA IV- ESCENARIO DE PROTECCIÓN PARA ELLA Y SUS HIJOS/AS**

- Concertar señales con vecinos y/o familiares.
- Enseñar a sus hijos/as a conseguir ayuda y protegerse.
- No aceptación de ningún tipo de comunicación con el agresor.
- Procurar no estar sola (si es posible) tanto en su domicilio como fuera de él
- Si percibe próxima la agresión, no alejarse de la puerta de salida.
- Hacer todo el ruido que pueda.
- Si el ataque es inevitable, procurar ser el blanco más pequeño posible, protegerse con los brazos la cabeza y la cara.

## **TABLA V – INTERVENCION PEDIATRICA**

Repercusiones de la violencia contra la mujer sobre los hijos e hijas:

- Los menores cuyas madres son objeto de violencia, pueden presentar una intensa angustia emocional y graves problemas de conducta.
- Los niños adolescentes cuyas madres son víctimas de violencia, pueden repetir la dinámica de comportamiento violento en sus relaciones personales.
- Las niñas menores cuyas madres son objeto de violencia presentan mas probabilidad de ser víctimas de ella en el futuro.

Características de la entrevista con el niño/a:

- Crear una atmósfera de confianza y seguridad.
- Ayudar a verbalizar sus emociones: miedo, culpabilidad, cólera, tristeza, ambivalencia.
- Transmitirle que no es culpable de los problemas familiares.
- Evaluar el grado de aislamiento del niño/a y su red social.
- Enseñarle a poner en práctica mecanismos de autoprotección (identificar situación de riesgo de agresión, instruirle sobre como actuar, saber a que teléfono tiene que llamar, o a quien pedir ayuda y cuando, etc. ).
- Comprobar si el niño/a tiene comportamientos autodestructivos.
- Si hay sospecha de agresión al niño/a, el profesional deberá ponerse en contacto con el Servicio de Protección de Menores.

## **8- RECURSOS PARA LA ATENCION A MUJERES VÍCTIMAS DE MALOS TRATOS.**

El conjunto de servicios que aparecen a continuación forman parte de una red de medios comunitarios (no sanitarios), donde se puede realizar atención a las mujeres que sufren violencia por parte de su pareja o expareja.

### **RECURSOS COMUNITARIOS ESPECÍFICOS DE ATENCIÓN A LAS MUJERES VÍCTIMAS DE MALOS TRATOS**

Son aquellos recursos destinados a las víctimas de violencia de género, donde se ofrece una atención integral de acompañamiento, asesoramiento jurídico, apoyo psicológico y social, y en algunos casos de alojamiento (Tabla VI).

- **Centro Integral de Atención e información a Víctimas de Violencia de Género** (Dirección General de la Mujer y Dirección General de Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria).

Centro de referencia de la Comunidad para la atención a mujeres víctimas de violencia de género.

Se accede a él a demanda de la propia mujer o desde los centros y servicios de la Comunidad Autónoma (sanitarios, sociales, etc.)

- **Centros de Emergencia y acogida** (Dirección General de la Mujer. Gobierno de Cantabria).

Dirigido a las mujeres víctimas de violencia género así como de sus hijos e hijas menores a su cargo que necesitan salir de su domicilio de forma urgente.

Se activa a través de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (Guardia Civil, Policía Nacional), de la Policía Local, del Centro de Asistencia e Información a Víctimas de Violencia de Género y de los servicios socio-sanitarios.

- **Pisos Tutelados** (Dirección General de la Mujer. Gobierno de Cantabria).

Se ofrece alojamiento durante un periodo de transición hasta que las mujeres alcancen un nivel adecuado de autonomía. Da acogida preferentemente a mujeres procedentes de la Casa de Emergencia y/o Acogida. Prestan servicio de acogida así como intervención social y legal.

Se accede desde: la Casa de Emergencia y/o Acogida, el Centro de Asistencia e Información a las Mujeres Víctimas de Violencia de Género y los servicios socio-sanitarios.

- **Servicio de Atención a la Familia (SAF)** de la Policía Nacional y **Equipo de Atención a la Mujer y al Menor (EMUME)** de la Guardia Civil.

Realizan intervención en relación con la seguridad de la mujer así como de sus hijos e hijas, recepción de las denuncias, asesoramiento específico en materia de violencia de género, así como solicitar la presencia de abogado/a de oficio tras la realización de la denuncia en el caso de que la mujer lo precise.

## **RECURSOS COMUNITARIOS GENERALES DE ATENCIÓN A LAS MUJERES**

Son aquellos recursos de atención integral a los que se puede acceder en relación a diferentes cuestiones relacionadas con la mujer, además de las situaciones de maltrato, cuya finalidad es la información, el asesoramiento jurídico y socio-laboral, la gestión de recursos, el apoyo psicosocial, y las actividades de tipo individual o grupal para el equilibrio personal, la adquisición de habilidades sociales y la inserción laboral (Tabla VI).

**TABLA VI: RECURSOS COMUNITARIOS (NO SANITARIOS) PARA ATENCIÓN A LAS MUJERES VICTIMAS DE MALOS TRATOS**

<b>RECURSOS ESPECIFICOS PARA SITUACIONES URGENTES (Servicio 24 horas)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Protección civil. Emergencias: 112</b> (1º dispositivo que debe activarse ante un caso de emergencia: Activa al resto de los dispositivos)</li> <li>▪ <b>Centros de Emergencia y/o Acogida</b> (Contactar con el 112)</li> <li>▪ <b>Equipo de Atención a la Familia (SAF) de la Policía Nacional</b> Tel.: 942 361081. Fax: 942361127. La atención urgente 24h. se presta a través del 091.</li> <li>▪ <b>Equipo de Atención a la Mujer y al Menor (EMUME) de la Guardia Civil</b> Tel.: 942 321400, Ext. :2320. FAX: 942 354110. La atención urgente 24h. se presta a través del 062 (Se tendrán en cuenta los teléfonos de la Guardia Civil de cada zona)</li> </ul>
<b>RECURSOS ESPECIFICOS (SITUACIONES NO URGENTES)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Centro Integral de Atención e Información a Mujeres Víctimas de Violencia de Género.</b> Tel.: 942 214141</li> <li>▪ <b>Información general a mujeres maltratadas.</b> Tel.: 900 100009</li> </ul>
<b>RECURSOS GENERALES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Dirección General de la Mujer.</b> Consejería de Relaciones Institucionales y Asuntos Europeos. Gobierno de Cantabria. Tel.: 942 221433 / 942 222739</li> <li>▪ <b>Servicio de Información Gratuita las 24 h,</b> del Instituto de la Mujer. Tel.: 900 191010</li> <li>▪ <b>Centro de Información de la mujer (CIM)</b> del Instituto de la Mujer. Tel. 942 235758</li> <li>▪ <b>Unidades de Trabajo Social (UTS)</b> Ayuntamiento de Santander. Tel.: 942 200600</li> <li>▪ <b>Unidades Básicas de Acción Social (UBAS)</b> de los Ayuntamientos de la Comunidad.</li> <li>▪ <b>Centro de Información y Asesoramiento a la Mujer (CIAM).</b> Ayuntamiento de Santander. Tel. 942 200833.</li> <li>▪ <b>Concejalías de Igualdad/Mujer</b> de los diferentes Ayuntamientos de la Comunidad.</li> <li>▪ <b>Oficina Judicial de Asistencia a Víctimas.</b> Tel. 942 357145.</li> <li>▪ <b>Colegio de Abogados/as de Cantabria.</b> Servicio orientación jurídica .Tel. 942 345065</li> <li>▪ <b>Asociaciones de Mujeres expertas en violencia de género</b> Asociación Consuelo Berges Tel. 942 210521, Asociación CAVAS Tel. 942 219500</li> <li>▪ <b>Asociaciones de Mujeres con implantación en la zona</b></li> <li>▪ <b>Áreas de la Mujer</b> de las Organizaciones Sindicales.</li> </ul>

## 9- EVALUACIÓN

### Indicadores de evaluación

- Nº de mujeres en las que se realiza detección sistemática / nº mujeres TSI-profesional.
- Nº mujeres sin riesgo actual de malos tratos / nº mujeres a las que se ha preguntado sobre violencia.
- Nº mujeres con sospecha de malos tratos / nº mujeres a las que se ha preguntado sobre violencia.
- Nº mujeres víctimas malos tratos / nº mujeres a las que se ha preguntado sobre violencia.
- Nº mujeres víctimas de malos tratos en situación aguda atendidas en los servicios de urgencias hospitalarias.
- Nº de mujeres víctimas de malos tratos en situación aguda atendidas en el Servicio de Urgencias del hospital y remitidas al Centro de Salud.
- Nº de mujeres víctimas de malos tratos remitidas al Trabajador/a Social por los/as profesionales del Equipo de Atención Primaria.
- Nº de mujeres víctimas de malos tratos remitidas para valoración psicológica a Unidad de Salud Mental.
- Nº de mujeres víctimas de malos tratos remitidas al Centro de Asistencia e Información a Mujeres Víctimas de Violencia de Género del Gobierno de Cantabria.
- Entrevista individual o encuesta autoadministrada a las mujeres víctimas de malos tratos para valoración subjetiva de la asistencia recibida.
- Entrevista individual o encuesta autoadministrada a las mujeres víctimas de malos tratos para valorar la toma de decisiones.
- Entrevista individual o encuesta autoadministrada a los/as profesionales para valorar de las dificultades encontradas en la aplicación del Protocolo.

## **10- RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DESDE EL SISTEMA SANITARIO**

### **Área profesional**

- Inclusión en la formación continuada de los Equipos de Atención Primaria, de aspectos sobre prevención, detección precoz, tratamiento, recursos y actividades.
- Realización de sesiones clínicas multidisciplinares sobre casos reales que hayan sido abordados en el equipo.
- Realización de sesiones con otros profesionales y/o con otras instituciones.
- Desarrollo de un censo de casos para favorecer la investigación sobre la violencia y sus consecuencias, factores de riesgo y formas de intervención.

### **Atención a la salud integral de la mujer**

- Informar colocando carteles y folletos en lugares visibles que indiquen a las mujeres que la violencia es un tema objeto de atención sanitaria en el centro y en el que se puede ofrecer ayuda.
- Fomentar actitudes, valores y actividades a través de la relación del profesional con la paciente que favorezcan:
  - La autonomía personal.
  - La valoración y cuidado del propio cuerpo.
  - La transmisión de mensajes que favorezcan el ejercicio de sus derechos personales, sexuales y en su relación de pareja.
  - La participación en actividades sociales y de desarrollo personal, formación, cultura, relaciones interpersonales, ocio y disfrute del tiempo propio.
  - Trabajo en grupos.

### **Ámbito comunitario**

El trabajo en la comunidad se puede realizar a través de grupos de Educación para la Salud (EpS) generados en los propios centros o bien colaborando en iniciativas de otras entidades sociales y/o institucionales.

- Incluir en las actividades de EpS y en los grupos de Educación Maternal contenidos de sensibilización y prevención de la violencia contra las mujeres.
- Colaborar con asociaciones comunitarias a través de talleres, jornadas y charlas sobre dicha violencia explicando el papel de los/as profesionales sanitarios.
- Colaborar con los centros educativos en actividades de sensibilización y prevención sobre violencia de género dirigida a la comunidad educativa.
- Proponer o participar en acciones, campañas, jornadas relacionadas con el tema que estén realizando las instituciones y organizaciones sociales.

# 11- ANEXO

Parte de Lesiones y Normas de cumplimentación



## PARTE DE LESIONES

D/D<sup>a</sup>.....

Médico/a colegiado/a en Cantabria con el nº.....

COMUNICA a usted, que en el día de hoy, a las.....horas, he atendido en el centro sanitario.....

A D<sup>a</sup>.....

de.....años ,con domicilio en (calle y nº).....

CP.....y localidad.....Provincia.....

Teléfono.....

Y le REMITE el siguiente INFORME MÉDICO por presuntos malos tratos.

### DESCRIPCION DE LOS ACONTECIMIENTO

(Describir los hechos incluido el tipo de maltrato que refiere, según declaración de la víctima)

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

Habitualidad.....  
.....

### ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERES

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

EMBARAZO     SI                       NO

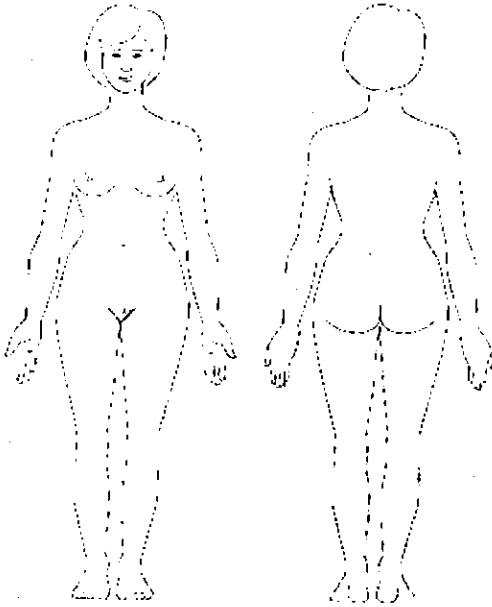
### ESTADO EMOCIONAL Y SEGURIDAD

Temor/Miedo     Lábil     Ansiosa     Inhibida/Retraída     Irritable     Agresiva

Se siente:     Amenazada     Acosada/vigilada     Insegura en su casa

Descripción y motivos:.....  
.....  
.....  
.....

**EXPLORACION FISICA**



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

Las lesiones son:  Recientes     Antiguas     Distintas datas

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** (si las hubiera)

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

**TRATAMIENTO**

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

**DESPUES DE SER ATENDIDA**

- Ha sido dada de alta del Centro Sanitario
- Ha sido ingresada en el Centro Sanitario

**FOTOGRAFIAS CON AUTORIZACION PREVIA**     SI     NO

Lo que COMUNICO a usted a los efectos que considere oportunos

.....a.....de.....200.....

Firma:

ILMO/A SR/A JUEZ DE INSTRUCCIÓN DEL JUZGADO DE GUARDIA.

## **NORMAS PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PARTE DE LESIONES**

El Parte de lesiones es un documento médico-legal de extraordinaria importancia, y de notificación obligatoria al juez o a la juez competente, frente a cualquier lesión que pudiera ser constitutiva de falta o delito.

Se debe cumplimentar con letra clara, legible y sin tachaduras (estas pueden interpretarse como manipulación).

Los apartados que procedan deben cumplimentarse en su totalidad.

El Parte de Lesiones se realizará por triplicado:

- Una copia se dará a la interesada, siempre que no comprometa su seguridad, ya que puede venir acompañada por el presunto agresor.
- Una copia se enviará al juzgado de guardia por correo. En los casos en que exista urgencia en la notificación se realizará vía fax.
- Una copia permanecerá en el centro donde se haya emitido y siempre que sea posible, se archivará en la historia clínica de la paciente.

### **Descripción de acontecimientos.**

Reflejar la fecha, hora y lugar de la agresión, descripción del agresor, mecanismo de producción en caso de lesiones físicas, especificando la utilización de armas u otros utensilios (escopeta, cuchillo, pala, bastón, martillo etc.) así como el tipo de maltrato (físico, psíquico, etc.) según las manifestaciones de la propia víctima.

Habitualidad:

- Inicio ¿desde cuándo?
- Frecuencia con que el agresor emplea la violencia: a diario, semanal, mensual...
- Intensidad de dicha violencia y si es progresiva.

### **Antecedentes personales de interés.**

Recoger solo aquella información de interés en el caso que nos ocupa, como incapacidad psíquica, demencia u otros problemas mentales, físicos o sociales que aporten información relevante al caso.

### **Estado emocional y seguridad**

Indicar el estado que presenta la víctima en el momento de cumplimentar el Parte de Lesiones, puede señalarse más de un recuadro. Valoramos en este apartado la seguridad de la mujer, por la influencia que puede tener en su estado emocional. Si se sospechan malos a los niños, habría que realizar una notificación específica.

### **Exploración física.**

Describir las lesiones halladas: tipo, localización, tamaño, número, aspecto y otras características que se considere oportuno reseñar. En el ámbito de la A. Primaria, cuando exista posibilidad de alguna lesión interna tras la valoración clínica (abdominal, torácica y/o cerebral), dicha información se recogerá como sospecha, pues sólo tras la realización de pruebas diagnósticas complementarias a nivel hospitalario, se podrá confirmar su existencia.

Se recomienda hacer fotografías de las zonas con lesión evidentes, siempre previa autorización por escrito de la mujer.

Se pueden adjuntar tantos informes médicos como se crean necesarios.

### **Pruebas complementarias.**

Registrar las que se han realizado.

### **Tratamiento.**

Médico o quirúrgico (curas, suturas, férulas, etc.)

## 12- BIBLIOGRAFÍA

- ALBERDI I, MATAS N. *La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. Colección Estudios Sociales Núm. 10. Barcelona, Fundación "la Caixa", 2002.
- BLANCO P, RUIZ-JARABO C, GARCIA DE VINUESA L, MARTIN-GARCIA M. *La violencia de pareja y la salud de las mujeres*. Gac Sanit 2004; 18(supl): 182-188.
- BLANCO-PRIETO P, RUIZ-JARABO C. *La prevención y detección de la violencia contra las mujeres desde la atención primaria de salud*. Madrid, Asociación para la defensa de la sanidad pública de Madrid, 2002.
- BONINO L. *Varones, género y salud mental*. En Carabí y Segarra (Coords.): *Nuevas visiones de la masculinidad*. Barcelona, Icaria, 2000.
- CAGIGAS ARRIAZU A. *Una década trabajando en la erradicación de la violencia de género en Cantabria (1993-2003)*. Santander, Asociación "Consuelo Berges", 2004.
- CARO MA. *Varios artículos publicados*: [www.pensamientocritico.org](http://www.pensamientocritico.org)
- C.A.V.A.S. *Plan de coordinación para la asistencia inmediata a víctimas de agresiones sexuales*. Santander. 2000.
- CONFEDERACIÓN GENERAL DEL TRABAJO (SECRETARÍA DE LA MUJER) DE 14/06/04: [www.cgt.es/mujer/temasinteres/violgenero.htm](http://www.cgt.es/mujer/temasinteres/violgenero.htm)
- CONSEJERIA DE SANIDAD. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA. GOBIERNO DE CASTILLA-LA MANCHA. *Protocolo de actuación en atención primaria para mujeres víctimas de malos tratos*. 2005
- CONSEJO INTERTERRITORIAL. SISTEMA NACIONAL DE SALUD. *Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos. Plan de acción contra la violencia doméstica (1998/2000)*. Instituto de la Mujer, 1999.
- CORSI J. *Violencia masculina en la pareja*. Barcelona, Paidós, 1995.
- DE MIGUEL JR. *Agresión sexual y violación*. En Usandizaga JA y de la Fuente P. *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. Volumen 2 (2ª ed), Mc Graw-Hill Interamericana;2004:595-601.
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL. SERVICIO CATALÁN DE SALUD. GENERALITAT DE CATALUÑA. *Recomendaciones para la atención sanitaria a las mujeres maltratadas*. Plan de Salud, Cuaderno nº 14, 2004.
- DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONSUMO. GOBIERNO DE ARAGON. *Guía de atención sanitaria a la mujer víctima de violencia domestica en el sistema de salud de Aragón*. 2005
- ECHEBURÚA A. *Manual de violencia familiar*. Madrid, Siglo XXI, 1998.

- FERREIRA G. *Hombres violentos, mujeres maltratadas*. Buenos Aires, Ed. Sudamericana, 1992.
- GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS. CONSEJERÍA DE PRESIDENCIA. CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES. *Protocolo de Atención Sanitaria ante la violencia contra las mujeres*. Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2003.
- HAMBERGER LK, AMBUEL B, MARBELLA A, DONZE J. *Physician interaction with battered women: the women's perspective*. Arch Fam Med. 1998, 7:575-582
- INSTITUTO DE LA MUJER. MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. *II Plan Integral contra la Violencia Doméstica 2001/2004*.
- INSTITUTO DE LA MUJER. GOBIERNO DE CANARIAS. *Programa canario para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres (2002 - 2006)*. Canarias, 2002.
- INSTITUTO MADRILEÑO DE LA SALUD. INSTITUTO MADRILEÑO DE SALUD PÚBLICA. *La violencia contra las mujeres considerada como problema de Salud Pública. Documentos técnicos de Salud Pública*. Comunidad de Madrid, 2003.
- LETE A. *Acuerdo interinstitucional para la atención integral a las mujeres víctimas de maltrato doméstico y/o agresiones sexuales. Protocolo de actuación*. Pamplona, Instituto Navarro de la Mujer, 2002.
- LEY ORGANICA 1/2004, de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE, 29 diciembre 2004, nº 313
- Ley de Cantabria 1/2004, de 1 de Abril, Ley Integral para la Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas. BOC, 12 abril 2004, nº 070
- LORENTE M, TOQUERO F. *Guía de Buena Práctica Clínica en Abordaje en situaciones de violencia de género. Atención Primaria de Calidad*. Madrid, IM&C, S.A., 2004.
- MARTIN SERRANO E. *Las violencias cotidianas cuando las víctimas son las mujeres*. Madrid, Instituto de la Mujer, 1999.
- MATA N, RUIZ PEREZ I. *Detección de la violencia doméstica en mujeres que acuden a un centro de Atención Primaria*. Vol. XVIII. Máster de Salud Pública y Gestión Sanitaria. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, 2002.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA. GRUPO DE SALUD MENTAL DEL PROGRAMA DE ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD (PAPPS). *Violencia doméstica*. 2003.
- OMS/OPS. *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Publicado en español por la Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., 2002.
- OMS/OPS. *Violencia contra la Mujer: un tema de salud prioritario*. 1998.

- RUIZ-PÉREZ I, BLANCO P, VIVES C. *Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias*. Gac Sanit 2004;18 (Supl 2):4-12.
- SALBER PR, TALIAFERRO E. *Reconocimiento y Prevención de la Violencia Doméstica en el Ámbito Sanitario*. Barcelona, Cedecs Editorial, 2000.
- SALTZMAN LE, SALMI LR, BRANCHE CM, BOLEN JC: *Public health screening for intimate. Violence Against Women*. 1997,3:319-331
- SÁNCHEZ LÓPEZ P. *Mujer y salud. Familia, trabajo y sociedad*. Ed. Diaz Santos, 2003. Violence
- SEBASTIÁN J y VILLAVICENCIO P. *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid, Instituto de la Mujer, 1999.
- SECRETARÍA SECTORIAL DE LA MUJER Y DE LA JUVENTUD. CONSEJERÍA DE PRESIDENCIA. REGIÓN DE MURCIA. *Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos*. Murcia, 2000.
- SERVICIO CANARIO DE SALUD. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO DEL GOBIERNO DE CANARIAS. *Protocolo de facilitación de la detección de los malos tratos a mujeres y menores. Guía de práctica clínica*. Canarias, 1999.
- SERVICIO CANARIO DE SALUD. GOBIERNO DE CANARIAS. *Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico*. Canarias, 2003.
- SERVICIO CANARIO DE SALUD. INSTITUTO CANARIO DE LA MUJER. GOBIERNO DE CANARIAS. *La Violencia de Género y la salud: Manual y unidades didácticas para la sensibilización y la prevención*. Canarias, 2001.
- UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. *Declaration on the elimination of violence against women*. Proceedings of the 85<sup>th</sup> Plenary Meeting. Geneva, 20 december 2003.
- VV.AA. INSTITUTO DE LA MUJER. MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. *La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres*. Madrid, 2000.
- WALKER L. *The Battered Woman*. New York, Harper and Row Publishers, 1979.
- WORLD HEALTH ASSEMBLY (WHA). *Prevention of violence: a public health priority (handbook of resolution)*. WHA, 25 may 1996 (Sixth plenary meeting. Committee B fourth report 3<sup>rd</sup> ed).



## ANEXO II



GOBIERNO  
de  
CANTABRIA

CONSEJERIA DE SANIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES

*Dirección General de Salud Pública*



# **Violencia contra las Mujeres**

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN SANITARIA A  
VÍCTIMAS DE AGRESIONES/ABUSOS  
SEXUALES**



#### **Coordinación:**

- **Sánchez Movellán, Mar:** Jefa de Sección de Programas. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

#### **Grupo de Trabajo:**

- **De la Puente Campano, Luis Enrique:** Jefe de Sección de Ginecología. Hospital de Laredo. SCS
- **De Miguel Sesmero, José Ramón:** Jefe de Servicio de Ginecología. H.U. Marques de Valdecilla. SCS
- **Estebanez Ortega, Ana:** Trabajadora Social. COF: La Cagiga. SCS
- **Estevez Tesouro, José:** Jefe de Sección de Ginecología. Hospital de Sierrallana. SCS
- **Freijo Martín, M<sup>a</sup> Concepción.** Pediatra. H.U. Marques de Valdecilla. SCS
- **Guillen Navarro, Pilar.** Medica Forense. Directora del Instituto de Medicina Legal de Cantabria.
- **Sastre García, Concepción:** Médica de Familia. Zona de Salud Maruca. SCS
- **Toca Gutiérrez, M<sup>a</sup> Luisa:** Enfermera del Servicio de Urgencias. H.U. Marques de Valdecilla (H. Cantabria). SCS

#### **Organismos o Instituciones con los que se ha consensuado el documento:**

- **Delegación del Gobierno en Cantabria.** Como responsable de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado.
- **Tribunal Superior de Justicia de Cantabria**
- **Dirección General de la Mujer del Gobierno de Cantabria.** Como organismo con competencias en materia de violencia contra las mujeres.
- **CAVAS (Centro de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales).** Como representante de víctimas.

## INTRODUCCIÓN

La Naciones Unidas reconocieron en 1976 que la violencia que se ejerce sobre las mujeres es el atentado contra los derechos humanos más frecuente y menos conocido del mundo. La violencia puede producirse por agresión física, psíquica o sexual; aunque en muchos casos estos tres tipos de violencia van unidos.

Por violencia sexual se entiende cualquier acto de naturaleza sexual realizado sin consentimiento de la mujer, con independencia de que el agresor guarde o no relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco con la misma.

Desconocemos de forma precisa la magnitud del problema en nuestro medio, aunque según los datos oficiales del Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) durante el año 2005 se realizaron en España 7.207 denuncias por delitos conocidos de abuso, acoso y agresión sexual, de los cuales 94 correspondieron a nuestra Comunidad. Si tenemos en cuenta que solo se denuncian aproximadamente el 50% de los casos que demandan asistencia, podemos deducir con toda seguridad que el número real de casos es mucho mayor.

En el "Centro de Asistencia e Información a Víctimas de Violencia de Género" del Gobierno de Cantabria, centro de referencia en nuestra Comunidad, se atendieron durante el año 2005, 54 nuevas consultas en el área de agresión, abuso y acoso sexual, con las siguientes características:

- El 98% de las personas atendidas fueron mujeres.
- El 65% de las mujeres atendidas eran menores de 30 años y un 26% eran menores de edad.
- En el 52% de las personas atendidas, la agresión o el abuso sexual era actual. En un 22% habían sido agredidas cuando eran menores.
- El 44% de las personas habían sufrido agresiones o abusos sexuales de manera reiterada en el tiempo.
- El 72% de los agresores eran personas conocidas de la víctima.
- Cuando el agresor era conocido, en la mitad de los casos fue un familiar de la víctima, sobre todo en el caso de menores de edad.
- Dentro de los agresores familiares, es el padre o pareja de la madre el más frecuente (50%).
- En la mitad de las ocasiones las agresiones se producen en el domicilio, ya sea del agresor, de la víctima o de ambos (44%).

La violencia sexual puede provocar daños a corto y largo plazo en el bienestar físico, psíquico y social de la mujer, impidiendo o limitando la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos.

Aunque las formas de violencia sexual pueden ser muy diversas (Tabla I), el presente Protocolo establece la atención que debe prestarse desde los servicios sanitarios a una persona que sufre una violación en el contexto de una agresión

**o abuso sexual.** Esta situación precisa de una actuación específica y urgente por parte de los servicios sanitarios, así como de su coordinación con el estamento judicial, ya que es un delito que va a requerir de la actuación pericial del médico o de la medica forense, debido a que la persona que lo sufre es fuente de indicios, datos, huellas, de signos de violencia impresos en su cuerpo, en sus ropas y en su estado psíquico, que es necesario analizar. La coordinación de estos dos estamentos (sanitario y judicial) evitará la repetición de pruebas y exploraciones innecesarias, o la interferencia en la recogida de muestras.

El presente Protocolo se enmarca dentro de las estrategias del *Plan de Actuación: Salud para las Mujeres (2004-2007)*, dirigidas a reducir los riesgos para la salud de las mujeres debidos a la violencia de género y supone la actualización del Protocolo original puesto en marcha en nuestra Comunidad en el año 1993.

Se enmarca igualmente, en la Ley de Cantabria 1/2004, *Integral para la Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas*, donde se establece la necesidad de contemplar pautas uniformes de actuación sanitaria en materia de violencia de género, entre las que se encuentra la agresión sexual y el abuso sexual.

## **Formas de violencia sexual**

### ***Violencia sexual que no implica contacto corporal:***

Exhibicionismo, forzar a ver material pornográfico, mensajes por correo telefónico, gestos y palabras obscenas, insultos sexistas, acoso sexual, proposiciones sexuales indeseadas, voyerismo.

### ***Violencia sexual con contacto corporal:***

- Tocamientos, caricias, masturbación, obligar a adoptar posturas que la mujer considera degradantes.
- Violación: Penetración con el órgano sexual por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de cualquier clase de objeto por vía vaginal o anal.

***Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres:*** Incluye cualquier actuación que restrinja a las mujeres el libre ejercicio de su derecho a la salud sexual y reproductiva, y por tanto que afecte a su libertad para disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos para su salud, así como de ejercer libremente su derecho a la maternidad.

***Tráfico o utilización de personas con fines de explotación sexual, prostitución y comercio sexual.***

***Mutilación genital femenina.***

Tabla I: Formas de violencia sexual

## **ASPECTOS GENERALES**

### **Definiciones**

*(Basadas en el Código Penal, Título VIII: Los Delitos Contra La Libertad e Indemnidad Sexuales. Capítulo I y II)*

**Agresión sexual:** Cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, realizado con violencia o intimidación.

**Abusos Sexuales:** Cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, realizado sin violencia o intimidación, pero sin que medie consentimiento.

Se consideran abusos sexuales no consentidos:

- Los que se ejecuten sobre menores de 13 años.
- Los que se ejecuten sobre personas que se hallen privadas de sentido o con trastorno mental.
- Cuando el consentimiento se obtenga prevaleciéndose el responsable de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima.

**Violación:** Agresión sexual/abuso sexual consistente en la penetración con el órgano sexual por vía vaginal, anal o bucal, o la introducción de cualquier clase de objeto o miembros corporales por vía vaginal o anal.

### **Repercusiones sobre la salud**

La violencia sexual provoca daños a corto y largo plazo en el bienestar físico, psíquico y social de la mujer, pudiendo impedir o limitar la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos. Los efectos sobre su salud estarán condicionados o agravados en función de una serie de variables que van a influir en la recuperación de la mujer:

- *Naturaleza de la agresión:* grado de violencia, lesiones causadas, tiempo de duración, lugar donde ocurrieron los hechos.
- *Características del agresor:* conocido de la mujer o desconocido, uno o más agresores.
- *Características personales:* historia de vida de la mujer, edad, etapa del ciclo vital en la que se encuentra, habilidades para afrontar situaciones difíciles.
- *Acogida y atención prestada en los servicios sanitarios:* el plan de acción planteado puede condicionar la respuesta colaboradora o de bloqueo inicial de la mujer y la repercusión posterior.
- *Respuesta del entorno familiar y social:* de creer y apoyar a la mujer o bien de cuestionar los hechos

La violación constituye un traumatismo para la mujer a nivel físico, psicológico y social:

A nivel físico, pueden producirse lesiones debidas a la agresión directa o al forcejeo con el agresor, tanto a nivel genital como extragenital. A esto hay que añadir el riesgo de contagio de una enfermedad de transmisión sexual o de embarazo no deseado en el caso penetración vaginal.

A nivel psicológico, puede producirse un estado de crisis. El miedo es el tema dominante ya que la persona siente el ataque como una amenaza vital. Otros posibles sentimientos son la despersonalización, degradación, vergüenza, culpabilidad, humillación y rabia. La persona agredida pasa por las mismas fases que cualquier otra sometida a una crisis situacional. La fase inicial es la de shock y negación. Posteriormente hay un periodo de pseudoequilibrio en que la mujer racionaliza el acontecimiento e intenta evitar los pensamientos asociados con la agresión. Por último hay una fase de depresión, reacciones fóbicas y pesadillas. Toda esta sintomatología incluida dentro del trastorno de estrés postraumático, puede aparecer en un 32% de las mujeres que sufren este tipo de agresión.

A nivel social, si la mujer tiene pareja, sus relaciones pueden verse afectadas. Si se trata de una mujer sola puede temer nuevos ataques y sentir la necesidad de mudarse de casa, especialmente si la agresión se produjo en ella. Puede haber inquietud sobre a quién comunicar lo ocurrido, ya que se teme la pérdida del apoyo necesario por parte de familiares y amigos. Puede verse comprometido el empleo y las relaciones con los compañeros y compañeras de trabajo.

Algunas mujeres temen las represalias del agresor, o no quiere que otras personas se enteren de que han sido violadas, por lo que no solicitan asistencia sanitaria.

## PROTOCOLO GENERAL DE ACTUACIÓN

### **NIVEL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA (SERVICIO DE URGENCIAS)**

#### **1- RECEPCIÓN Y ACOGIDA**

#### **2- ACTUACIÓN CLÍNICA**

- Anamnesis
- Valoración del estado psicológico
- Exploración física
  - Exploración general
  - Exploración ginecológica
- Exámenes de laboratorio
  - Estudio cito-bacteriológico
  - Analítica de sangre
  - Toma de otras muestras
- Tratamiento
  - Profilaxis de ETS
  - Profilaxis de Hepatitis B
  - Profilaxis de VIH
  - Profilaxis antitetánica
  - Profilaxis de embarazo
  - Apoyo psicológico
- Criterios de hospitalización

#### **3- CUMPLIMENTACIÓN DEL PARTE DE LESIONES**

#### **4- ACTUACIONES E INFORMACIÓN AL ALTA**

### **NIVEL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA (CONSULTAS EXTERNAS- COF LA CAGIGA)**

#### **5- SEGUIMIENTO Y CONTROLES POSTERIORES**

La mujer que ha sufrido una agresión sexual precisa de una atención y una asistencia adecuada e integral, en un ambiente capaz de preservar su intimidad. Se trata de una persona que ha vivido una situación de peligro para su supervivencia y sufrido un gran choque emocional, por ello se considera la violación como una urgencia sanitaria de atención especializada e implicación legal, por lo que debe ser atendida en el Servicio de Urgencias de Ginecología del Hospital de referencia. En el caso de menores de 14 años, la atención se realizará en el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital de referencia.

El periodo de tiempo desde que sucede la agresión hasta que se realiza el reconocimiento, debe ser el mínimo posible, ya que transcurrido un lapso de tiempo más o menos largo pueden desaparecer algunos de los signos de la agresión.

La actitud del personal sanitario debe ser extremadamente respetuosa debido a la delicada situación en que se encuentra la mujer, las preguntas necesarias para el esclarecimiento de los hechos deben ser realizadas con máximo cuidado, utilizando un lenguaje adecuado a su edad y circunstancias.

## 1- RECEPCION Y ACOGIDA

La mujer será recibida por personal de enfermería en un espacio acogedor e independiente para que pueda estar sola o acompañada de la persona que desee. Se deberá esperar a que la mujer verbalice y narre los hechos, una pregunta puede inhibir la comunicación. Debemos manifestarle que es necesaria su colaboración para poder ayudarle.

A continuación se realizaran las siguientes actuaciones:

- Valoración de la situación física, psicológica y social (si la mujer viene acompañada por un familiar, amigo/amiga, pareja o bien acude sola)
- Escucha activa sin emitir juicios, con asentimientos verbales o de gestos.
- Explicar a la mujer las actuaciones que se van a realizar y la utilidad de cada procedimiento, pidiendo su consentimiento para realizarlas.
- Indicarle que NO debe lavarse ni cambiarse de ropa antes de la exploración. Tampoco debe beber ni orinar antes de serle tomadas las muestras.
- Prestar apoyo y acompañamiento durante todo el examen clínico, proporcionando un ambiente relajado y respetando su intimidad.
- Conocer si tiene o no intención de presentar una denuncia (en el caso de que no venga acompañada por cuerpos o fuerzas de seguridad).

### SUPUESTOS POSIBLES:

- **Quiere presentar denuncia:** Avisar al médico/a para que se ponga en contacto con el Juzgado de Guardia. Esto se puede realizar directamente o a través de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado más próximos al lugar de los hechos. La llamada al Juzgado de Guardia constituye la notificación de la existencia de un posible hecho delictivo y será el Juez o la Juez quien avise al Médico/a Forense para que acuda al hospital.

- **NO quiere presentar denuncia:** Explicarle los beneficios de la denuncia. Deberemos advertirle que aunque no presente denuncia, los servicios sanitarios estamos obligados a la notificación al juzgado de los hechos mediante un Parte de Lesiones. Dejar constancia en la Historia Clínica que no quiere presentar la denuncia.
- **NO se encuentra en condiciones de contestar:** Se actuará como en el caso de la mujer que quiere presentar la denuncia.

En el caso de menores: El personal de enfermería acompañará al menor a un espacio acogedor, en el que intentara crear un clima de confianza, para que se exprese sin miedo, para lo cual se aconseja separarle del adulto/a que le acompaña, dado que en ocasiones puede ser el responsable de la violencia que sufre.

En el caso de menores de 18 años, se debe avisar siempre al Juzgado de Guardia, bien directamente o a través de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, independientemente de que sus padres o tutores deseen o no presentar una denuncia.

## **2- ACTUACION CLINICA**

El/la medico/a actuarán en presencia de un profesional de enfermería (procurando que al menos uno sea mujer) de forma amable, objetiva, sin prejuicios y sin prisas. Explicará la utilidad de las actuaciones que se van a realizar y permitirá a la mujer participar en la toma de decisiones, invitándola a preguntar lo que crea oportuno y asegurándose que comprende las explicaciones.

Siempre que haya puesto una denuncia o tenga intención de hacerlo, el reconocimiento debe realizarse conjuntamente por el /la Medico/a Clínico y el/la Medico/a Forense. De esta manera se evitara reconocimientos posteriores y se asegura la recogida adecuada de las muestras (Tabla II)

### **2.1- Anamnesis**

Datos que deben figurar en la historia:

- Fecha, hora, lugar y circunstancias de la agresión. En la descripción de los hechos no se debe presuponer o interpretar, sino relatar escrupulosamente los mismos.
- Tipo de violencia sexual, incluidas penetración vaginal, anal u oral así como utilización de instrumentos.
- 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.
- 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.



- Posible consumo asociado de alcohol y drogas.
- Descartar posible embarazo preexistente, por si afecta al plan ulterior de tratamiento y seguimiento.

En el caso de que tenga entre 13 y 18 años de edad, la anamnesis se hará a la interesada a solas, solicitando su permiso para hablar con el padre, la madre o tutores.

En el caso de menores de 13 años de edad, la anamnesis se realizará también a solas, después de haber oído la versión de la madre, del padre, o de los tutores. Se debe tener siempre precaución, ya que alguno de ellos puede estar implicado en el abuso. Se utilizará un lenguaje sencillo y se transcribirá literalmente las palabras del menor, teniendo en cuenta que si es menor de 5 años y cuenta una historia de abusos, la hace altamente creíble. Muchas veces es el único dato con el que se cuenta al no haber en la mayoría de los casos lesiones físicas.

## **2.2- Valoración del estado psicológico**

- **Manifestaciones somáticas:**
  - Temblor
  - Sudoración
  - Palidez
  - Alteraciones respiratorias
  - Alteraciones del aparato digestivo (nuseas/vomitos)
  - Enuresis (en menores)
- **Comportamiento verbal:**
  - Tartamudez
  - Bloqueo del habla, confusión
  - Mutismo
  - Verbalización excesiva
- **Alteraciones comportamentales:**
  - Hiperactividad
  - Actitud de hipervigilancia
  - Pasividad
  - Ansiedad
  - Reacciones de temor, mirada huidiza
  - Sensación de vergüenza, sentimientos de culpa
  - Vulnerabilidad o desamparo
  - Explosión de enfado, rabia o sobresalto
  - Desconfianza de personas del mismo sexo que el atacante
  - Temor al contacto físico
  - Trastornos de conducta, cambios de carácter, aislamiento

## **2.3- Exploración Física**

- Exploración general (cabeza, tórax, abdomen, extremidades)

Detallar localización e importancia de lesiones (hematomas, equimosis, heridas, erosiones, señales de prehensión manual, etc.), bien por escrito o en esquema anatómico, consignando en su caso la no existencia de las mismas. Puede ser útil el uso de una cámara fotográfica instantánea, si la mujer lo autoriza y con medidas que impiden que pueda ser identificada (tapar el rostro, tapar los ojos, etc). Explorar también la boca en caso de contacto buco-genital.

#### - Exploración ginecológica

Incluye los siguientes apartados:

- Inspección vulvo-vaginal: Monte de Venus, vello púbico, labios mayores y menores, himen, carúnculas.
- Exploración de vagina y cuello uterino, mediante especulo húmedo.
- Exploración de útero y anejos mediante tacto bimanual, para determinar tamaño, forma, consistencia y movilidad uterina así como la presencia de masas o dolor anexial.
- Inspección de ano y periné.

Consignar la existencia o no de lesiones y sus características, bien a través de una descripción por escrito o bien utilizando esquema anatómico, puede ser útil el uso de cámara fotográfica instantánea, si la mujer lo autoriza.

### **2.4- Exámenes de laboratorio**

- *Estudio cito-bacteriológico*

Las tomas dependerán del tipo de violación que se haya sufrido. Se dará prioridad a las tomas de esperma.

#### *Penetración vaginal*

La toma se hará con especulo lubricado con suero fisiológico.

- 1- Tomas vaginales con hisopos en seco para esperma.
- 2- Tomas vaginales con hisopos de algodón estériles para Tricomonas.
- 3- Tomas endocervicales con hisopos de algodón estéril, previa limpieza exterior del cervix, para gonococos y clamydias.
- 4- Lavado vaginal con suero fisiológico para investigación de esperma. El lavado se realiza con aproximadamente 10 ml de suero fisiológico estéril, se recogerá en un bote o tubo estéril que pueda cerrarse herméticamente.

#### *Penetración anal*

- 1- Toma anal con hisopos en seco para investigación de esperma.
- 2- Toma anal con hisopos de algodón estéril para gonococos y clamydias.

- 3- Lavado anal con suero fisiológico estéril para investigación de esperma. El lavado se realiza con aproximadamente 10 ml de suero fisiológico estéril, se recogerá en un bote o tubo estéril que pueda cerrarse herméticamente.

#### *Penetración bucal*

- 1- Tomas con hisopos secos por toda la boca, especialmente por detrás de los incisivos y premolares, para investigar esperma.
- 2- Tomas faríngeas con hisopos secos para investigar esperma.
- 3- Tomas faríngeas con torundas de algodón estéril para gonococos y clamydias.
- 4- Lavado bucal con suero fisiológico estéril para la investigación de esperma. El lavado se realiza con aproximadamente 10 ml de suero fisiológico estéril, se recogerá en un bote o tubo estéril que pueda cerrarse herméticamente.

- *Analítica sanguínea* para estudio de
  - Serología luética
  - Serología de hepatitis B (HBsAg, AntiHBc, AntiHBs) (si no tiene vacunación previa)
  - Serología VIH, previo consentimiento de la mujer.
  - Beta- HCG (diagnostico de embarazo)
- *Otras muestras:* Es imprescindible una correcta recogida de pruebas y muestras, la recopilación de las mismas se efectuará por el/la médico/a forense.
  - Recogida de ropa rota o manchada de semen, sangre, etc. de la paciente relacionada con la supuesta agresión, colocando cada prenda en una bolsa independiente y rotulada.
  - Pelos que pueden encontrarse adheridos a la víctima o en sus ropas.
  - Recortes de limpieza de uñas (posible piel del agresor ).
  - Peinado púbico de la paciente (posible vello del agresor ).

Todas las pruebas judiciales deben etiquetarse con el nombre del médico/a que las recoge, el de la mujer y fecha de la recogida, para su posterior envío al departamento judicial correspondiente. Las muestras judiciales deberán mantenerse en la nevera que a tal efecto haya en el Servicio de Urgencias, hasta que el Juzgado envíe a la persona encargada de su recogida, quien portará la autorización correspondiente del Tribunal.

En las muestras clínicas debe figurar a la consulta del centro sanitario al que debe remitirse sus resultados, para su valoración en los controles de seguimiento posteriores.

Finalizada la exploración y toma de muestras debe ofrecerse a la mujer la posibilidad de aseo.

## **2.5- Tratamiento**

El tratamiento debe dirigirse preferentemente a la profilaxis de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y de embarazo, así como el tratamiento de las lesiones y la prevención las secuelas psíquicas.

### **2.5.1- Profilaxis de ETS**

#### ***Profilaxis de gonococia, clamidia, trichomonas y sífilis***

Descartando alergias antibióticas, en cuyo caso se utilizarán tratamientos alternativos, debe ofrecerse tratamiento preventivo de gonococia, clamidia, trichomonas y sífilis.

#### **ADULTAS:**

*Ceftriaxona* (250 mgr i.m) monodosis, mas *Metronidazol* monodosis (2gr oral) seguido de *Doxiciclina* (100 mg/12 horas) oral durante 7 días.

En alergia a betalactámicos: *Espectinomicona* (2 gr i.m) añadiendo de igual forma *Metronidazol* (2 gr oral) seguido de *Doxiciclina* (100 mg/12 horas) oral durante 7 días.

En gestantes: *Azitromicina* (1gr oral) en monodosis o bien *Eritromicina* (500 mg/6 horas) 7 días

#### **MENORES:**

*Ceftriaxona* 125 mg im monodosis, *Metronidazol* 2 gr. monodosis y *Doxiciclina* 100 mg, via oral cada 12 horas durante 7 días o si son pequeños *Azitromicina* 20 mg/Kg (máximo 1 gr.) dosis única.

En alérgias a betalactamicos se usará *Azitromicina* 20 mg/Kg (máximo 1 gr,) durante 7 días.

#### ***Profilaxis VIH***

Una vez realizada la toma de muestras, se debe de hacer un lavado profuso de la vagina con suero fisiológico para retirar el semen y que esté el menor tiempo en contacto con la mucosa vaginal.

Valorar la posibilidad de derivar a la consulta de Enfermedades Infecciosas del Hospital de referencia, donde se valorará la terapia preventiva para HIV y se informará del riesgo/beneficio. El tiempo máximo del inicio de la terapia será de 48 horas, siendo más efectivo cuanto antes se indique.

## Profilaxis de Hepatitis B

En el caso de que no tenga vacunación previa, se administra en urgencias una dosis de gammaglobulina antiHb y la primera dosis de vacuna de hepatitis B. La población nacida a partir de 1984 está vacunada contra la hepatitis B, si ha seguido el calendario vacunal de nuestra Comunidad.

### 2.5.2- Profilaxis antitetánica

Su aplicación depende de la existencia de heridas de tipo inciso-contuso y de las características de las mismas, así como de la existencia de vacunación previa, de acuerdo con las recomendaciones establecidas en el calendario vacunal vigente en nuestra Comunidad.

Antecedentes vacunales	Heridas limpias		Heridas sospechosas <sup>a</sup>	
	Td	Gamma- globulina	Td	Gamma-globulina
Desconocido o <3 dosis	Si <sup>b</sup>	No	Si <sup>b</sup>	Si <sup>c</sup>
≥ 3 dosis	No, si han pasado ≥10 años Sí, si han pasado > 10 años	No	No, si han pasado ≥5 años Sí, si han pasado > 5 años o VIH +	No Sí, si VIH+ o inmuno- deficiencia

- Heridas contaminadas con polvo, heces, tierra y saliva, heridas punzantes, pérdida de tejido, y heridas por misiles, aplastamientos, quemaduras, congelación, etc.
- Comenzar o completar vacunación.
- Dosis de gammaglobulina: 250 U.I. en niños, y 500 U.I. en adolescentes y adultos, en sitio distinto de la vacuna y con distinta jeringa. El Comité Asesor de Vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría recomienda 500 U.I. también para los niños si han transcurrido más de 24 horas de la herida o lesión, si el riesgo de contaminación es elevado, y en las quemaduras.

### 2.5.3- Profilaxis de embarazo

Aunque la posibilidad de que ocurra un embarazo después de una agresión sexual con penetración vaginal es muy baja (3-6%), si esto sucede, las consecuencias son terribles, por lo que deberá realizarse en todos los casos la profilaxis de embarazo:

- Si han transcurrido menos de 72 horas de la agresión, se administrará Levonorgestrel, 1,5 mg en dosis única. Esta pauta se ha demostrado que proporciona un bajo porcentaje de embarazos (0,6-1,9%) y escasos efectos colaterales.
- Si han transcurrido entre 72 horas y menos de 5 días de la agresión, el procedimiento anterior no es eficaz y se debe proceder a la colocación de un DIU.

#### **2.5.4- Apoyo psicológico**

La afectación psicológica en una mujer víctima de violencia sexual suele ser importante tanto en la fase aguda como a largo plazo. En la fase aguda puede administrarse un ansiolítico si existe gran estado de ansiedad, así como ofrecer acompañamiento y apoyo a la mujer en todo momento.

Después del alta hospitalaria es aconsejable para la paciente, que se realice una valoración psiquiátrica o psicológica con intervención específica para estas situaciones, para lo cual puede remitirse a la mujer a la Unidad de Salud Mental u otros recursos de la Comunidad (Tabla III) para una atención psicológica inmediata.

#### **2.6- Criterios de hospitalización**

Se ingresará a aquellas mujeres que presenten un importante daño físico genital o extragenital o grave deterioro psíquico.

#### **3- CUMPLIMENTACIÓN DEL PARTE DE LESIONES**

Después de realizada toda la actuación clínica, el personal facultativo emitirá el **Parte de Lesiones** (Anexo I), que será remitido al Juzgado de Guardia. La realización del Parte de Lesiones es obligatorio, independientemente de que la mujer quiera o no presentar denuncia y deberá contemplar todos los aspectos recogidos en el Anexo I.

El Parte de Lesiones se realiza por triplicado, una copia se envía al Juzgado, otra permanece en la Historia Clínica y la otra debe ser entregada a la mujer.

El médico o médica forense realizará su informe para el Juzgado.

<b>Actuaciones del Médico/a Clínico</b>	<b>Actuaciones del Médico/a Forense</b>
Realizar la anamnesis, el examen clínico	Toma de muestras con hisopo de zonas o superficies corporales
Toma de muestras del aparato genital para ETS	En penetración oral, toma de muestras bucales para semen y lavado bucal
Petición de analítica sanguínea	En penetración vaginal, toma de muestras vaginales para semen y lavado vaginal
Tratamiento inmediato de las posibles lesiones físicas	En penetración anal, toma de muestras anales para semen y lavado anal
Tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual	Señalar la localización e importancia de las lesiones (fotografiar lesiones)
Profilaxis del embarazo	Recortes de limpieza de uñas de la paciente
Colaborar con el médico/a forense	Peinado púbico de la paciente
Realización del Parte de Lesiones (Anexo I)	Recogida de la ropa de la paciente relacionada con la supuesta agresión, colocando cada prenda en una bolsa y rotulada
	Realización del Informe Médico Forense para el Juzgado

TABLA II: Actuaciones de cada profesional en la atención a la agresión/abuso sexual

#### **4- ACTUACIONES E INFORMACIÓN AL ALTA**

Se le informará de los controles de seguimiento que se van a realizar tras el alta hospitalaria y la importancia de los mismos, así como del centro donde puede realizarlos. Asignándole, si es posible, la cita para la primera revisión.

<b>Área de Salud</b>	<b>Centro Revisiones posteriores</b>
Santander	Centro Orientación Familiar La Cagiga
Laredo	Consultas Hospital de Laredo
Torrelavega	Consultas Hospital Sierrallana
Reinosa	Consultas Hospital Sierrallana

Se le remitirá, si la lo desea, a la Unidad de Salud Mental correspondiente u otros recursos de la Comunidad (Tabla III) para recibir atención psicológica.

Se le informará de la existencia de recursos de la Comunidad donde pueden ofrecerle un abordaje integral (Centros Integral de Atención a Víctimas de Violencia de Género). (Tabla III)

Puede ser necesario en los algunos casos, contactar con los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, para acompañar a la mujer a presentar la denuncia o su domicilio, centro de acogida, etc. para salvaguardar su seguridad.



<b>RECURSOS ESPECIFICOS PARA SITUACIONES URGENTES (Servicio 24 horas)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Servicio de Atención a la Familia (SAF) de la Policía Nacional</b> Tel.: 942 361081. Fax: 942361127. La atención urgente 24h. se presta a través del 091</li> <li>- <b>Equipo de Atención a la Mujer y al Menor (EMUME) de la Guardia Civil</b> Tel.: 942 321400, Ext :2320. FAX: 942 354110. La atención urgente 24h. se presta a través del 062 (Se tendrán en cuenta los teléfonos de la Guardia Civil de cada zona)</li> </ul>
<b>RECURSOS ESPECIFICOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Centro de Asistencia e Información a Víctimas de Violencia de Género del Gobierno de Cantabria. (Dirección General de la Mujer/Dirección General de Servicios Sociales).</b> Tel.: 942 214141 Area de trabajo específica sobre agresión sexual, abuso sexual y acoso sexual (Equipo Multidisciplinar: trabajo social, psicología, del derecho, sexología y psiquiatría)</li> </ul>
<b>RECURSOS GENERALES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Dirección General de la Mujer. Consejería de Relaciones Institucionales y Asuntos Europeos. Gobierno de Cantabria.</b> Tel.: 942 221433 / 942 222739</li> <li>- <b>CAVAS (Centro de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales).</b> Tel.: 942 219500</li> <li>- <b>Colegio de Abogados/as de Cantabria.</b> Tel.: 942 364700</li> </ul>

TABLA III- RECURSOS COMUNITARIOS

## **5- SEGUIMIENTO Y CONTROLES POSTERIORES**

### **Control a los 10 días:**

- Valorar la evolución de las lesiones físicas que haya podido sufrir.
- Valoración de los resultados de las pruebas realizadas en el Servicio de Urgencias, de lo cual depende la actitud terapéutica posterior.
  - Repetir cultivo endocervical para descartar la presencia de gonococos y clamydias, si estos fueron negativos en Urgencias.
  - Determinación de B-HCG para confirmar la existencia o no de embarazo, si fue negativo en Urgencias. Si se confirma el embarazo, se informara a la mujer de la posibilidad de acogerse a la Ley de Interrupción del Embarazo (por el supuesto de violación), siempre que haya presentado la denuncia y se encuentre de menos de 12 semanas.
- Valorar nuevamente el estado psicológico, teniendo en cuenta las fases por las que puede pasar una mujer víctima de violencia sexual. Informar nuevamente de la existencia de los recursos específicos para apoyo psicológico, si no los ha utilizado ya.

### **Control 4-6 semanas:**

- Valorar pruebas complementarias realizadas a los 10 días.
- Repetir cultivos si fueron negativos en el último control.
- Repetir serología de sífilis y HIV si fueron negativos previamente.
- Poner la segunda dosis de vacuna de hepatitis B.  
NO ponerla si los marcadores pedidos en Urgencias indican que la mujer ya es portadora (HBsAg +) o que ha pasado la hepatitis B con anterioridad (AntiHBc +, AntiHBs +).
- Valoración del estado psicológico e informar de los recursos específicos, si lo desea.

### **Control a los 6 meses:**

- Repetir serología VIH si fue negativa previamente.
- Realizar citología para descartar la presencia de papilomavirus.
- Pedir marcadores de la hepatitis B (HBsAg), para comprobar si a pesar de la vacunación la mujer se ha contagiado.
- Poner tercera dosis de vacuna de hepatitis B, si HBsAg es negativo.

Si alguna de las pruebas que fueron negativas en el Servicio de Urgencias, se positiviza en los controles de seguimiento, debemos comunicárselo a la mujer para que pueda adjuntarlo a la denuncia judicial, si ya la ha presentado.

**ANEXO I**  
**PARTE DE LESIONES**

D/Dª .....  
Médico/a colegiado/a en Cantabria con el nº.....

COMUNICA a usted, que en el día de hoy, a las .....horas, he atendido en el centro sanitario .....  
a Dª ..... de.....años,  
con domicilio en (calle y nº)..... CP..... y  
localidad..... Provincia..... Teléfono.....

Y le REMITE el siguiente INFORME MÉDICO por una presunta agresión/abuso sexual

**DESCRIPCION DE LOS HECHOS**

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

**ESTADO EMOCIONAL:**

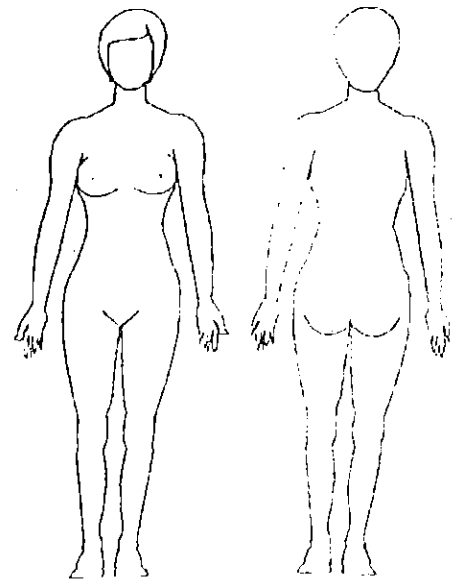
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**ANTECEDENTES PERSONALES Y GINECO-OBSTETRICOS DE INTERES**

.....  
.....

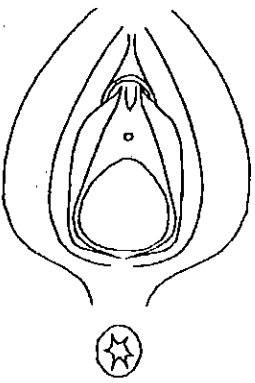
**EXPLORACIÓN FÍSICA GENERAL:** (Se deberá describir de forma pormenorizada el tipo de lesión y las características de las mismas)

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



**EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA:** (Se deberá describir de forma pormenorizada el tipo de lesión y características de las mismas)

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



**PRUEBAS CLÍNICAS REALIZADAS**

- Cultivo vaginal Si  No
- Cultivo endocervical Si  No
- Cultivo anal Si  No
- Cultivo bucal Si  No
- Serología de Sífilis Si  No
- Serología de Hepatitis B Si  No
- Serología de VIH Si  No
- Beta HCG en sangre Si  No

**TRATAMIENTO ADMINISTRADO:**

- Profilaxis ETS Si  No
- Profilaxis Hepatitis B Si  No
- Profilaxis VIH Si  No
- Profilaxis antitetánica Si  No
- Anticoncepción postcoital Si  No

Otras observaciones .....

**DESTINO:** Ingreso  Alta

Lo que comunico a usted a los efectos que considere oportunos

.....a..... de .....200.....

Firma:

SR/A JUEZ DE INSTRUCCIÓN DEL JUZGADO DE GUARDIA

## BIBLIOGRAFIA

- BANI-SADR F, TEISSIERE F, CURIE I, BERNARD L, MELCHIOR JC, BRION F, DURIGON M, PERRONE C, DE TRUCHIS P. *Anti-infection prophylaxis after sexual assault. Experience of the Raymond Poincare-Garches Hospital*. Presse Med 2001; 30: 253-8.
- CAGIGAS ARRIAZU A. *Una década trabajando en la erradicación de la violencia de género en Cantabria (1993-2003)*. Santander, Asociación "Consuelo Berges". 2004.
- C.A.V.A.S. *Plan de coordinación para la asistencia inmediata a víctimas de agresiones sexuales*. Santander. 2000.
- COBO PLANA JA. *Manual de asistencia integral a las mujeres víctimas de agresión sexual. Formularios y guía de exploración y toma de muestras*. Ed. Masson. 1999
- DE LOS REYES PEÑA S; LERTXUNDI BARAÑANO R; HAYA PALAZUELOS J. *Abusos y agresiones sexuales*. En: Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos (capítulo. 29). Sociedad Española de Contracepción. 2001.
- DE MIGUEL JR. *Agresión sexual y violación*. En Usandizaga JA y de la Fuente P. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Volumen 2 (2ª ed), Mc Graw-Hill Interamericana;2004:595-601.
- DE MIGUEL JR; TOCA ML; ESTEBAN V; VALDOR C: *La agresión sexual y violación como consulta ginecológica de urgencias: estudio 1986-1988*. Toko-Gin Pract. 1990. 49.3:138-144
- DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL, DEPORTE Y JUVENTUD. INSTITUTO NAVARRO DE LA MUJER. GOBIERNO DE NAVARRA. *Acuerdo institucional para la atención integral a las víctimas de maltrato doméstico y/o agresiones sexuales. Protocolo de actuación*. 2002
- FONG C. *Post-exposure prophylaxis for HIV infection after sexual assault: when is it indicated?* Emerg Med J 2001; 18:242-5.
- GOBIERNO DE CANTABRIA. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES. Programa de vacunaciones Cantabria 2005.
- GOBIERNO DE CANTABRIA. CONSEJERÍA DE RELACIONES INSTITUCIONALES Y ASUNTOS EUROPEOS. DIRECCIÓN GENERAL DE LA MUJER. *Informe de la ley integral para la prevención de la violencia contra las mujeres y la protección sus víctimas. abril 2004-2005*. 2005.

- GOSSET D, HEDOUIN V. *Sexual assaults*. Rev Prat 2002; 52:734-8.
- GUTIERREZ RUMAYOR B. GUTIERREZ CAMUS M. *17 Años de asistencia a víctimas de agresiones sexuales en Cantabria (1987-2003)*. CAVAS. 2005
- LETE A. *Acuerdo interinstitucional para la atención integral a las mujeres víctimas de maltrato doméstico y/o agresiones sexuales. Protocolo de actuación*. Pamplona, Instituto Navarro de la Mujer, 2002.
- LINET T, NIZARD J. *Constats de violences sexuelles: redaction d'un protocole d'accueil et mise en pratique*. Masson. Paris. J Gynecol Obstret Biol Reprod 2004; 33: 99-109.
- PARSONS L, ALLEN A. *Sexual Assault*. 2002; Obstetrics & Gynecology. Principles for practice, 552-61.
- PATEL M, MINSHALL L. *Management of sexual assault*. Emerg Med Clin North Am 2001; 19: 817-31.
- SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (PLAN ESTRATÉGICO). CONSEJERÍA DE SALUD. JUNTA DE ANDALUCÍA. *Atención sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos*. 2001
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES: *Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States*. MMWR. Recommendations and Reports. Vol 54/RR-2/ 2005