

---

# **PROTOCOLO SANITARIO**

## **ANTE LOS**

# **MALOS TRATOS DOMÉSTICOS**



**Región de Murcia**  
Consejería de Presidencia

Secretaría Sectorial de la Mujer y de la Juventud

---



*Elaborado con la colaboración de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), de la Sociedad Española de Medicina General (SEMG) y de la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEM).*

*Asesoramiento Técnico del Instituto de la Mujer, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y de la Dirección General de Relaciones con la Administración de Justicia del Ministerio de Justicia.*

*Redactado teniendo en cuenta las observaciones formuladas al borrador presentado en el pleno del Consejo Interterritorial del 5 de octubre de 1998. Han formulado observaciones por escrito las Comunidades Autónomas del País Vasco, Cataluña, Cantabria, Madrid, Castilla-León, Extremadura, Murcia, Aragón, Castilla-La Mancha y el Instituto Nacional de la Salud.*



## ÍNDICE

METODOLOGÍA, OBJETIVOS Y CONTENIDOS .....	7
• Metodología de elaboración .....	10
• Objetivos .....	11
• Asesoramiento .....	12
• Protocolo .....	12
RESUMEN DE ACTUACIONES .....	15
PROTOCOLO SANITARIO .....	19
RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA .....	25
• Recomendaciones para la actuación profesional en la Atención Primaria .....	27
— Síntoma de los malos tratos .....	27
— Actuación del profesional .....	28
— Actuaciones a emprender .....	28
— Instituciones de apoyo .....	28
• Nota sobre agresión sexual, elaborada por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia .....	30
— Consideraciones generales .....	30
— Diagnóstico .....	31
— Tratamiento .....	33
• Papel del pediatra para descubrir los malos tratos a las mujeres e intervenir en nombre de ellas .....	34
SERVICIOS DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN .....	39
• Información telefónica gratuita .....	40



***METODOLOGÍA, OBJETIVOS***

---

***Y CONTENIDOS***

---



A nivel nacional, el Plan de Acción contra la Violencia doméstica, 1998-2000 pretende dar respuesta a la situación de violencia que sufren muchas mujeres y a la demanda social que se está provocando por estos hechos. Este Plan recoge una serie de objetivos y medidas que, en el ámbito de sus competencias, deberán de ser desarrolladas por todas las entidades para erradicar la violencia doméstica que, por desgracia, tantos titulares está aportando en los últimos tiempos.

En el apartado de Sanidad, el Plan nacional propone, entre otras medidas de actuación:

«En el marco del Consejo Interterritorial de Salud se propondrá la aprobación y difusión de un protocolo sanitario, como respuesta integral para los casos de mujeres víctimas de agresiones sexuales y de malos tratos».

Para dar cumplimiento a esta recomendación, la Subsecretaría de Sanidad ha trabajado con un Grupo de Expertos en la elaboración del Protocolo de Actuación Sanitaria que se adjunta.

En nuestra Región, la Consejería de Presidencia, a través de la Secretaría Sectorial de la Mujer y de la Juventud elaboró un Plan de Acción contra la Violencia Familiar y especialmente la ejercida hacia las mujeres de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Este Plan, articulado en 5 áreas, establece en la primera de ellas «Coordinación ámbitos sanitario y judicial» los siguientes objetivos:

1. Proporcionar una atención sanitaria adecuada a las víctimas de malos tratos y violencia familiar.
2. Aumentar la sensibilización de los profesionales del ámbito judicial en materia de malos tratos y violencia familiar.
3. Proporcionar el apoyo necesario a las instituciones judiciales para una mejor atención a las víctimas de la violencia familiar.

De entre las medidas que nuestro Plan establece, la primera de ellas es la «Realización de un protocolo sanitario para la atención de estos casos».

Para dar cumplimiento a esta medida, la Secretaría Sectorial de la Mujer y de la Juventud, edita este protocolo elaborado a instancias de la Subsecretaría de Sanidad con el fin de difundirlo entre los profesionales de nuestra Región y adjuntándole nuestros recursos de manera que se pueda prestar una atención inmediata a cualquier caso que se pueda presentar.

El protocolo tiene como objetivo el fijar las pautas de actuación que el profesional sanitario tiene que seguir ante una persona maltratada que acude a la consulta de atención primaria, consulta de especialista y consulta de medicina general, tanto del ámbito privado como público.

## **METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN**

1. Revisión de los protocolos de actuación sanitaria existentes.  
En la elaboración de este protocolo se han tenido en cuenta Protocolos existentes y disponibles sobre malos tratos, como:
  - Protocolo sobre violencia doméstica: Dr. Cobo Plana, (1998).
  - Protocolo sobre actuación en los casos de violencia doméstica elaborado en Girona por el Colegio de Abogados (1998).
  - Plan de Coordinación para la Atención a la mujer violada o agredida: Asociación Asistencia Mujeres Violadas de Santander (1991).
  - Sistemas de actuación para atención a la víctima de agresiones sexuales: Junta de Jueces de Valencia (1995).
  - Protocolo de actuación de malos tratos en el ámbito familiar de la provincia de Ciudad Real.
  - Protocolo de actuación elaborado en la provincia de Zaragoza. (Elaboración de normas básicas de atención a la mujer maltratada en Atención Primaria).
  
2. Informes de profesionales implicados en la atención.
  - Ministerio de Justicia.
  - Instituto de la Mujer.
  - Grupo de Médicos Forenses Ministerio de Justicia.
  - Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
  - Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.
  - Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista.
  - Sociedad Española de Medicina General.
  - Ministerio de Sanidad y Consumo.
  - Ministerio del Interior.
  
3. Discusión y consenso sobre el Documento.

4. Remisión al Consejo Interterritorial. Petición de sugerencias, alternativas, aportaciones y cambios a las Comunidades Autónomas.
5. Enriquecimiento del Documento con las aportaciones de las Comunidades Autónomas del País Vasco, Cantabria, Cataluña, Madrid, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura, Murcia, Aragón y Valencia, así como de la Dirección General del Insalud.

## **OBJETIVOS**

El Protocolo que se acompaña presenta, en primer lugar, un árbol de decisiones que establece los procedimientos para, tras asistir a la persona maltratada, facilitar todos los pasos precisos para que la víctima de esos ataques cuente cuanto antes con una protección integral, sanitaria, jurídica y social, que dé solución a su caso y, cuando sea necesario, se inicien las medidas de protección procedentes.

El ámbito del Protocolo va referido a todas aquellas conductas en el ámbito familiar que den como resultados lesiones y daños físicos, psíquicos u otros, independientemente de la edad y sexo de la víctima.

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

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

Se tendrá en cuenta el hacer una valoración médica del impacto y alcance de las lesiones y daños del agredido/agredida, dejándose constancia de los mismos en la historia.

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

Ante la constatación de daños físicos o psíquicos por malos tratos, ha de cumplimentarse el Protocolo que se adjunta, que lleva incluido el oficio de

remisión al Ilmo. Sr. Juez de Guardia. Copia de este oficio-remisión y del informe deberá quedar constancia en la historia clínica.

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

Es importante recordar a todos que este documento servirá al Juez y al Médico Forense para el inicio de las actuaciones posteriores.

### **ASESORAMIENTO**

En el momento de iniciar el tratamiento de las lesiones, en presencia de una mujer y, en el caso de sospecha, antes de finalizar la consulta, deberá comunicársele a la víctima la conveniencia de que contacte con los Servicios Sociales más próximos, trabajador o trabajadora social del Hospital o del equipo de Atención Primaria, quien se encargará, en casos de urgencia, de facilitar una casa de acogida para la víctima e hijos menores y le informará sobre el proceso legal que se inicia.

También se le debe facilitar el contacto con el teléfono 112 que la Secretaría Sectorial de la Mujer, de forma gratuita, pone a disposición de las personas víctimas de malos tratos. Desde los Servicios Sociales se informará a la persona maltratada de los recursos disponibles como: Oficinas de asistencia a las víctimas en los órganos judiciales y fiscales, Casas de acogida, ONGs, programas dirigidos a mujeres víctimas, apoyo psicológico, información sobre el inicio de medidas judiciales a partir de la denuncia, etc.

El informe, una vez cumplimentado, será remitido al Juzgado de Guardia, a la atención del Sr. Juez y, si fuese en el medio rural, se remitirá al Juzgado correspondiente, a través de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado.

### **PROTOCOLO**

El Protocolo recoge aquellos aspectos más importantes para el inicio de las acciones judiciales que correspondan.

Ha sido presentado al Consejo Interterritorial de Salud el Documento elaborado por el Ministerio de Sanidad, en colaboración con las Sociedades Científicas y las Administraciones de Justicia e Interior, sobre protocolización de las actuaciones sanitarias ante los casos de malos tratos domésticos.

Con la protocolización de las actuaciones sanitarias se pretende que en todo el Estado, cualquier profesional sanitario del ámbito público y privado siga las mismas pautas de actuación, facilitando las acciones judiciales y sociales a la víctima, favoreciendo la denuncia de estas agresiones, sensibilizando al profesional sanitario ante estos casos, protegiendo la intimidad y facilitando la información de la persona víctima de la violencia doméstica.

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

Este documento facilitará las posteriores actuaciones forenses y legales que se emprendan, al objeto de delimitar responsabilidades ante los malos tratos como consecuencia de la violencia doméstica.



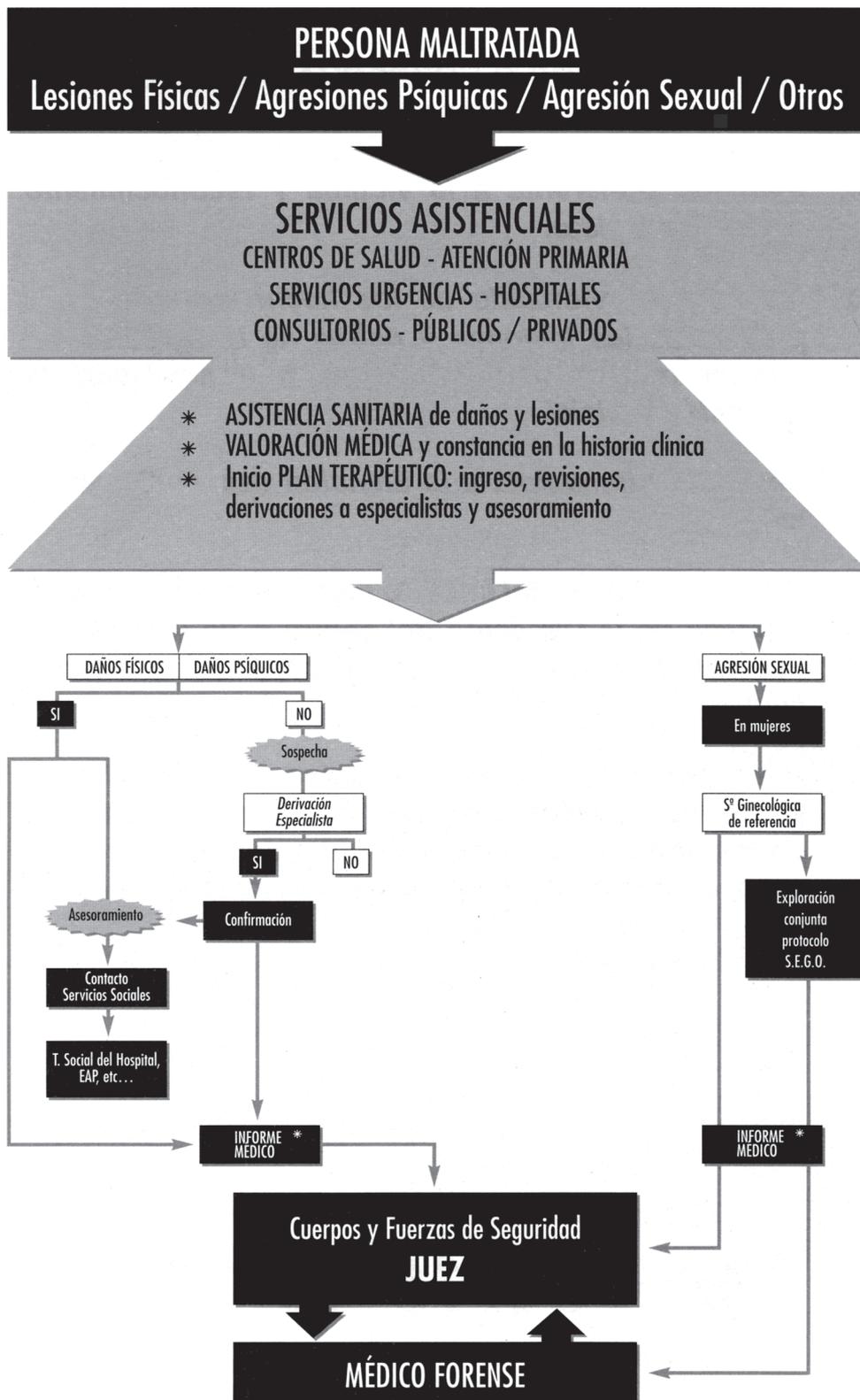
***RESUMEN DE***

---

***ACTUACIONES***

---





\* Al producirse la modificación del art. 153 del Código Penal y tipificarse como delito los malos tratos psíquicos, se oficiarán como los físicos.

## **ANTE MALOS TRATOS O SOSPECHA DE AGRESIONES DOMÉSTICAS**

- ⇒ **Atención preferente a la víctima y reconocimiento médico completo.**
- ⇒ **Relato pormenorizado de los hechos y valoración precisa de las lesiones y daños de la agresión. El informe médico es un documento esencial para la actuación judicial.**
- ⇒ **Derivación inmediata a la atención especializada, si procede.**
- ⇒ **Remisión al Juez del informe médico de malos tratos, a través de la Dirección del centro o de la Policía y Fuerzas de Seguridad, dejando copia en la historia clínica.**
- ⇒ **Asesoramiento a la víctima sobre sus derechos y sobre las medidas sociales y de protección a través de los propios servicios del centro sanitario o, en su caso, contacto urgente con los Servicios Sociales.**

Teléfono gratuito de asistencia 24 h.



***PROTOCOLLO***

---

***SANITARIO***

---



D/D.<sup>a</sup> ....., Médico,  
colegiado/a en ..... con el n.º .....  
con ejercicio profesional en (centro y lugar de trabajo) .....  
.....  
.....  
.....

**PARTICIPA A V.I.:** que en el día de hoy, a las ..... horas, he atendi-  
do en (Consultorio, Centro de Salud, Hospital, denominación del centro y lu-  
gar de trabajo, localidad, calle) .....  
.....  
.....

a D.....; de..... años;  
con domicilio en (calle y número) .....;  
Código Postal y Localidad .....;  
Provincia .....; Teléfono ....., y  
le **REMITE** el informe médico por presuntos malos tratos, que se acompaña.

**Fecha y firma:**

**ILMO/A. SR/A. JUEZ DE** .....

### INFORME MÉDICO POR MALOS TRATOS (\*)

#### 1. DATOS DE FILIACIÓN DE LA VÍCTIMA:

- Nombre y apellidos:.....
- Sexo:            Mujer            Hombre
- Fecha de nacimiento:    \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Estado civil:
- Dirección:.....  
.....
- Teléfono de contacto:.....

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

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

#### 3. ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS: (En relación con las lesiones).

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

(\*) Corresponde a los Servicios de Salud facilitar impresos de este informe médico a los centros y servicios públicos, y a las Administraciones Sanitarias difundirlos para su utilización en los centros privados. Se recomienda editar estos modelos en hojas autocopiativas por triplicado ejemplar (para el Juzgado, para la historia clínica y para la interesada/o).



**7. DIAGNÓSTICO:** .....  
.....  
.....  
.....  
.....

**8. TRATAMIENTO:** .....  
.....  
.....  
.....  
.....

**9. PLAN DE ACTUACIONES Y OBSERVACIONES:** .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Fecha y firma:

# ***RECOMENDACIONES***

---

## ***PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA***

---

- ***Atención Primaria***
- ***Ginecología y Obstetricia***
- ***Pediatría***



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

Los profesionales sanitarios tienen una especial responsabilidad, ética, profesional e institucional, en la lucha contra la erradicación de la violencia. La violencia doméstica, o malos tratos en el hogar, es en España una patología prevalente (se calcula que en 1997 se produjeron más de trescientos mil casos de maltrato a mujeres en el hogar), que corresponde a todos los agentes sociales evitar.

Estas recomendaciones, en esa línea, pretenden fijar pautas de comportamiento de los profesionales de Atención Primaria ante la sospecha de malos tratos en la consulta o en la asistencia en los Centros de Salud. Con ellas se intenta dar respuesta general a las principales preguntas del profesional ante estos casos:

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

### SÍNTOMAS DE LOS MALOS TRATOS

#### PSÍQUICOS

- Depresión.
- Confusión.
- Ansiedad.

- Comportamiento disociativo.
- Anorexia/bulimia.
- Somatizaciones.
- Síndrome de estrés postraumático
- Intentos de suicidio.

#### FÍSICOS

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

#### ACTITUD DE LA VÍCTIMA

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

#### ACTITUD DE LA PAREJA

- Excesivamente preocupado y solícito.
- Excesivamente despreocupado, despectivo, y/o irónico (es habitual que el culpable acompañe a la víctima a la consulta para controlarle. Hay que invitarle a salir de la consulta).

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

## **ACTUACIÓN PROFESIONAL**

Debe tener siempre presente la posibilidad de malos tratos, escuchar activamente y aceptar el relato del/a paciente, insistiendo en que la violencia nunca es justificable y que nadie merece recibir malos tratos, físicos, emocionales o sexuales, y que en modo alguno estos conflictos afectan exclusivamente al ámbito de lo privado.

Cuando alguien acude a la consulta está demandando ayuda; la obligación del facultativo es dársela. Las preguntas sencillas y directas sobre malos tratos demuestran ser las más eficaces. Desde el mismo ambiente neutro de escucha activa, confidencialidad y evitando emitir juicios, indagar la posibilidad de malos tratos a otros miembros de la familia; en caso de sospecha los citaremos y comprobaremos dicha posibilidad. Aun y cuando la respuesta sea negativa, hay que abrir una puerta a la supuesta víctima.

## **ACTUACIONES A EMPRENDER**

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

Al realizar el informe de lesiones hay que ser extremadamente cuidadosos detallando todas las marcas actuales y anteriores. Mencionando explícitamente el estado psico-emocional del/a presunto/a víctima. Recomendando, si fuera necesario, en el mismo informe, que se derive al psicólogo del servicio especializado de referencia. Una vez rellenado el informe, se le leerá en voz alta, repasando las lesiones a fin de que la descripción sea lo más exacta posible y puedan determinarse futuras secuelas. Hay que hacer referencia a las afirmaciones del/a paciente.

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

## **INSTITUCIONES DE APOYO**

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

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

nes mencionadas en el informe médico objeto de la denuncia.

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

1. Escuchar y creer la experiencia de malos tratos que relata el/la paciente.
2. Asegurarle que no está solo/a y que no es culpa suya.
3. Defender su derecho a vivir sin el temor a la violencia.
4. Aplazar la prescripción excesiva de medicaciones sedantes.
5. Animarle a buscar servicios de apoyo a la comunidad.
6. Responder a sus necesidades de realizar un plan de seguridad.
7. Apoyar y asistirle en sus decisiones.

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

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

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

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

### **CONSIDERACIONES GENERALES**

1. La agresión sexual se da en cualquier edad (de infancia a senectud), sexo, raza y estado civil, económico o social.
2. Entre el 30/50 por ciento se produce en los domicilios y, con frecuencia, por familiares o conocidos.
3. Un 50/70 por ciento son premeditadas, con planeamiento previo.
4. Entre el 30/40 por ciento se producen bajo efectos de alcohol.
5. Diversas fuentes coinciden en que sólo se denuncian del 10 al 25 por ciento, debido al miedo, vergüenza, deseo de protegerse o de evitar a la familia el escándalo.
6. Corresponde al Médico Forense la obtención de pruebas médico-legales, la confección de una ficha legal y la protección de pruebas para la Policía Judicial.
7. El especialista en Ginecología puede ser inestimable para el Médico Forense, en cuanto le precise el examen y tratamiento inmediato de posibles lesiones físicas, la valoración de embarazo, enfermedades de transmisión sexual y toma de muestras del aparato genital.
8. El informe ginecológico se limitará a consignar «sospecha de agresión sexual» o «denuncia de agresión sexual», sin afirmar o negar la existencia de la misma, en una actuación objetiva, descriptiva y sin prejuicios. Si ha ocurrido o no una agresión sexual es un problema policial y legal, no médico. La ilegalidad, uso de fuerza y falta de consentimiento, deben ser demostradas para cada caso con arreglo a la Ley.
9. El/la Ginecólogo/a debe informar por escrito con copia archivada pues todo caso de sospecha o denuncia de agresión sexual es un posible caso legal y el Ginecólogo puede ser llamado a declarar en juicio varios meses o años después.

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

10. El informe ginecológico contendrá:

- Declaraciones de la paciente.
- Observaciones del médico.
- Procedimientos efectuados.
- Conformidad escrita para entregar a las Autoridades de los resultados de muestras e Historia Clínica.
- Persona a quien se entregan las muestras clínicas, ropas o fotografías para el Forense y Juez.
- Nombres de testigos en historia, exploración y entrega de muestras.

## **DIAGNÓSTICO**

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

### **I. HISTORIA CLÍNICA**

Prestará atención a:

1. Fecha, hora, lugar y circunstancias de la supuesta agresión.
2. Tipo de agresión sexual, incluidas penetración vaginal, anal u oral.

3. Posible consumo asociado de alcohol y drogas.

4. Si la mujer, tras la supuesta agresión y antes de la exploración se bañó, duchó, o efectuó irrigación vaginal, orinó, defecó, se cambió de ropa o tomó algún medicamento.

5. Fecha de la última regla, hemorragia o secreción vaginal reciente, uso de anticonceptivos, momento de la última relación sexual voluntaria, y posibles enfermedades de transmisión sexual, alergias o tratamientos médicos.

6. Descartar posible embarazo preexistente por si afecta al plan ulterior de tratamiento y seguimiento.

### **II. EXPLORACIÓN**

Indagar si la mujer fue explorada con anterioridad.

1. Superficie corporal:

a) Detallar localización e importancia de lesiones (heridas, contusiones, erosiones, laceraciones), consignando en su caso la no existencia de las mismas. Puede ser muy útil el uso de cámara fotográfica instantánea tipo Kodak o Polaroid.

b) Tomar manchas de semen en superficie corporal mediante torunda humedecida, colocar en tubo, sellar y rotular.

2. Exploración ginecológica:

a) Inspección vulvo-vaginal: detallar heridas, hematomas, contusiones, consignando en su caso la no existencia de las mismas.

b) Toma de muestras de cérvix y vagina para estudio de semen y microbiológico:

- Toma de hisopo de algodón de secreción de endocérvis para gonorrea y espermias, colocar el hisopo en tubo, sellar y rotular.

- Lavado vaginal con 4 c.c. de suero fisiológico, aspirar el líquido mediante pipeta, sustituible por jeringa a la cual se haya acoplado sonda vesical, colocar el aspirado en tubo de ensayo plástico, sellar y rotular.

- La rotulación de las muestras se hará con nombre de la paciente, fecha y firma del Médico. Las distintas muestras se introducirán en sobre con nombre de la paciente dirigido al Sr. Médico-Forense del Juzgado de Guardia.

c) Tacto bimanual: para determinar tamaño, forma, consistencia y movilidad uterina, así como la posible existencia de masas o dolor anexial. Eventualmente puede precisarse una ecografía.

3. Otras muestras: la recopilación de las mismas se efectuará por el Departamento Médico-Forense:

a) Recogida de ropas de la paciente relacionadas con la supuesta agresión, colocando cada prenda en bolsa independiente y rotulada.

b) Tomas de hisopo humedecido en suero fisiológico en los casos de agresión anal u oral, de las correspondientes cavidades colocando en tubo el hisopo, para sellar y rotular.

c) Recortes de limpieza de uñas (posible piel del agresor).

d) Peinado púbico de la paciente (posible vello del agresor).

4. Pruebas de laboratorio: pueden ser realizadas en visita concertada para el día siguiente a la atención de urgencia con el fin de no entorpecer el trámite médico-legal.

a) Determinar Grupo y Rh de la paciente.

b) Prueba de embarazo (Beta-HCG) inicial y a las 6 semanas.

c) Enfermedades de Transmisión Sexual:

- Cultivo de gonorrea y Clamidias: inicial y a los 7 días.

- Sífilis: inicial y a las seis semanas.

- H.I.V.: inicial, a las seis semanas y a los 4 a 6 meses.
- Hepatitis B: inicial y a las seis semanas.

d) Frotis citológico, útil asimismo para monilias y tricomonas.

## **TRATAMIENTO**

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

### **I. TRAUMATISMOS**

Pueden ser físicos y psicológicos

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

### **II. POSIBLE EMBARAZO**

Debe explicarse que la posibilidad de embarazo en los casos de agresión sexual es muy baja y que

es preferible la espera. No obstante, deben estimarse las siguientes alternativas:

1. Esperar regla o resultado de Beta-HCG a las tres semanas.
2. Inducir regla.
3. Poner D.I.U. dentro de los cinco días siguientes a la agresión sexual y mantenerlo, al menos, dos semanas más.
4. Píldora del día siguiente: combinación de estrógenos-gestágenos con 50-100 mcg de etinil-estradiol y 0,5-1 mg. de norgestrel, administrando dos unidades y repitiendo a las doce horas. Similar procedimiento es el usar un anticonceptivo oral como Neogynona u Ovoplex a dosis de 5 comprimidos al día durante cuatro días.

### **III. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

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

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

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

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

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

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

La intervención tiene una importancia decisiva, dado que los niños cuyas madres son objeto de vio-

lencia presentan también una mayor probabilidad de ser víctimas de ella. Los estudios realizados indican que se producen malos tratos infantiles en el 33/77% de las familias en las que existen malos tratos a los adultos. La identificación de estos hechos y la intervención en nombre de las mujeres maltratadas puede ser uno de los medios más eficaces para prevenir los malos tratos infantiles.

Los malos tratos a la esposa constituyen un problema pediátrico, incluso aunque el niño no sea agredido físicamente, por los profundos efectos que ejerce la violencia familiar sobre los menores que son testigos de ella o incluso que sólo la escuchan casualmente. Ser testigo de la violencia doméstica puede ser tan traumático para el niño como ser víctima de abusos físicos o sexuales. Los niños cuyas madres son objeto de violencia pueden presentar una intensa angustia emocional y graves problemas de conducta a consecuencia de ello.

Los adolescentes que son testigos de relaciones abusivas en el hogar pueden repetir esta dinámica en las citas con compañeras u otras relaciones (los varones y las personas mayores de ambos sexos también pueden ser víctimas de violencia por parte de los compañeros o

---

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

cónyuges, pero es menos probable que ello se detecte en los ámbitos pediátricos).

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

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

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

El pediatra debe entrar en el tema con delicadeza y la mujer debe estar convencida de que la conversación es confidencial y de que el médico comprende el problema, que

existen otros medios de ayuda y que se respetarán sus deseos de revelación o mención futuras. Estas aseveraciones preliminares pueden ampliarse y revisarse por anticipado con los abogados de la mujer maltratada.

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

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

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

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

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

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

A diferencia de la situación del abuso infantil, no existen organizaciones autorizadas que intervengan para asegurar la integridad de la mujer mientras ésta deja al agresor, o pos-

teriormente. Sólo en algunos Estados se requiere actualmente que un profesional de la medicina informe sobre la existencia de violencia doméstica o intervenga activamente mientras la víctima se encuentra todavía bajo el control y dominio del agresor. Es esencial tener conocimiento de las leyes estatales existentes para declarar la violencia doméstica.

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Los programas de formación para residentes y de educación médica continuada (EMC) deben incorporar el tema de la violencia familiar y de sus consecuencias para la salud del niño en los planes de estudios de los pediatras y de los médicos de los departamentos de urgencias pediátricas.
2. En el ámbito del consultorio, los pediatras deben tratar de descubrir los signos de violencia familiar.
3. Los pediatras deben intervenir de forma delicada y hábil para aumentar la seguridad de las mujeres y de los niños víctima de malos tratos.
4. Los pediatras deben apoyar los esfuerzos multidisciplinarios locales y nacionales para descubrir, tratar y prevenir la violencia familiar.



***SERVICIOS DE INFORMACIÓN Y***

---

***ATENCIÓN ANTE MALOS TRATOS***

---

## **GUÍA DE RECURSOS PARA MUJERES VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA EN LA REGIÓN DE MURCIA**

### **SERVICIOS DE ATENCIÓN URGENTE**

---

**Servicio de Atención Urgente  
24 horas  
GRATUITO**

**Telf.: 112**

Acceso a servicios de orientación y asesoramiento jurídico, social y psicológico. Asistencia letrada en interposición de denuncia. Servicios concertados con los Colegios profesionales de la Región de Murcia.

### **CENTROS DE EMERGENCIA**

---

Acogida Urgente para Mujeres Maltratadas. Secretaría Sectorial de la Mujer y la Juventud.  
Villaleal, 1 - bajo • 30001 Murcia  
Telf.: 968 36 66 45