

PROTOCOLO DE DETECCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO



Fecha de aprobación por la Dirección: 15 de Febrero de 2011

Edición Nº3 - 5 de Octubre 2017

PARTICIPANTES

COMPONENTES DEL GRUPO DE TRABAJO

- Agüera Ortiz, Luis. Jefe de sección del Servicio de Psiquiatría
- Artillo Rembado, Santiago. Subdirector Médico del Hospital Materno-Infantil
- Benavent Gordo, M^a Isabel. Jefe de Sección de Cirugía Pediátrica
- Dura Jiménez, M^a José. Supervisora de Área Funcional de la U. Calidad
- Grande García, Jesús Alfredo. Jefe de Sección de Ginecología y Obstetricia
- Guillén Salguero, Dara. Trabajadora social H. Materno-infantil. Servicio de Atención al paciente
- Gutiérrez Andreu, Marta. FEA Cirugía General y aparato digestivo
- Mesa García, Sofía. FEA de Urgencias
- Otero Perpiñá, Bárbara. FEA de Medicina Interna
- Pérez Sagaseta, Concepción. FEA de Ginecología y Obstetricia
- Pose Becerril, Clotilde. Subdirectora de enfermería
- Roldán Rodríguez-Marín, Antonio. Director Médico
- Saavedra San Roman, Ana Isabel. Supervisora de área de Cuidados Obstétrico/Ginecológico
- Sainz de la Maza Giménez, Isabel. Supervisora de Urgencias Pediátricas
- Sauca Serrano, Raquel. Supervisora de Área Funcional

Servicios/Unidades involucrados

- Urgencias del Hospital General
- Urgencias del Hospital Materno – Infantil
- Obstetricia y Ginecología
- Departamento de Pediatría
- Servicios de Medicina Interna y de Especialidades Médicas y Quirúrgicas del Hospital General.
- Servicio de Atención al Paciente
- Unidad de Trabajo Social
- Unidad de Calidad
- Servicio de Psiquiatría.
- Servicio de Microbiología

Apoyo Administrativo

- Unidad de Calidad

ÍNDICE

		Página
1.	Introducción. Concepto. Frecuencia. Objetivos	4
2.	Fundamentos éticos y legales	5
3.	Tipos de maltrato. Ciclo de la violencia. Factores de riesgo e indicadores.	8
4.	Manifestaciones clínicas. Diagnóstico y detección	11
5.	Notificación y Actuación de profesionales	13
6.	Actuación ante Agresiones Sexuales	15
7.	Actuación a seguir en caso de Malos tratos. Criterios y fecha prevista para la evaluación del protocolo	18
8.	Revisión del protocolo y responsables	18
9.	Anexo- Actuación ante Agresiones Sexuales	19
10.	Bibliografía	25
11.	Flujograma Actuación ante Maltrato a la Mujer	26
12.	Flujograma Actuación ante Agresión Sexual a la Mujer	27

I. INTRODUCCIÓN. CONCEPTO. CICLO DE VIOLENCIA. OBJETIVOS.

El objetivo de este protocolo es que las intervenciones que se realicen en nuestro Hospital, junto con las demás Instituciones también implicadas, permitan articular las medidas necesarias para atender los efectos que la violencia produce en las mujeres víctimas de violencia de género.

La violencia contra las mujeres es una vulneración de los derechos humanos que no respeta fronteras geográficas, culturales ni económicas. Se trata de una violencia dirigida hacia las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas por sus agresores personas carentes de los derechos mínimos de libertad y respeto.

[La Ley 5/2005 de 20 de diciembre, Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid](#), supone un nuevo paso en la prevención y erradicación de la violencia de género, al enfocar el fenómeno desde una perspectiva integral, atendiendo a todas las posibles situaciones en que se manifiesta la violencia de género, entendida como aquella violencia ejercida por el hombre sobre la mujer como expresión de la desigualdad.

Se considera también como violencia de género la violencia ejercida sobre las personas dependientes de una mujer cuando se agrede a los mismos con ánimo de causar perjuicio a aquélla

CONCEPTO

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

“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 o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la vida privada”
(Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas de 1993)

VIOLENCIA DE GÉNERO

La **Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género** tiene por objeto actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia. Por esta Ley se establecen medidas de protección Integral cuya finalidad es prevenir, sancionar y erradicar esta violencia y prestar asistencia a sus víctimas. La violencia de género a que se refiere la presente Ley comprende todo acto de

Violencia física y psicológica, incluida las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad.

OBJETIVOS

- ▢ Atención integral a las mujeres víctimas de malos tratos, garantizando su seguridad y la de las personas dependientes que vivan con ella.
- ▢ Prevenir situaciones de maltrato mediante la detección precoz.
- ▢ Coordinación de las actuaciones médicas, sociales, judiciales y policiales para garantizar una intervención multidisciplinar.
- ▢ Evaluar los resultados obtenidos desde las instituciones implicadas.
- ▢ Programar reuniones periódicas con los/as profesionales implicados/as en el protocolo para analizar los problemas que surjan en su aplicación.

II. FUNDAMENTOS ÉTICOS Y LEGALES

Desde hace algunas décadas la Comunidad Internacional presta atención a la violencia contra las mujeres.

ÁMBITO INTERNACIONAL.

La ONU es el primer Organismo que repara en la gravedad de la violencia contra las mujeres. Reconociendo explícitamente que en el entorno familiar es el crimen encubierto más frecuente en el mundo.

La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer, de 18 de Diciembre de 1979 es el documento jurídico más extenso que trata los derechos de la mujer.

La Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, proclamada en 1993 por la Asamblea General es el primer instrumento Internacional de derechos humanos que abordó exclusivamente la violencia contra la mujer.

Las Resoluciones de la IV Conferencia Mundial sobre la mujer, celebrada en Pekín en 1995. En el año 2000 en el seguimiento de los acuerdos de la Plataforma de Acción Beijing se sancionó que toda violencia contra las mujeres será punible aunque sea de ámbito privado.

La Asamblea Mundial de la Salud adoptó en Mayo de 1996 una resolución (WHA 49.25) declarando la violencia como prioridad de **salud pública**.

ÁMBITO EUROPEO

La Carta de los Derechos Fundamentales, proclamada el 18 de Diciembre del 2000 por la Unión Europea desarrolla los siguientes artículos:

- Art. 31: derecho a la integridad de la persona
- Art. 23: Igualdad entre hombres y mujeres
- Art. 4: Prohibición de la tortura de las personas o tratos inhumanos o degradantes

El Parlamento Europeo promovió en 1997 la Campaña de Tolerancia Cero ante la violencia contra las mujeres y en el año 2004-2008 aprobó un Programa de Acción Comunitario, denominado programa DAPHNE II, para prevenir y combatir la violencia ejercida sobre la infancia, los jóvenes y las mujeres, y proteger a las víctimas y grupos de riesgo.

AMBITO DEL ESTADO ESPAÑOL.

La **Constitución Española de 1978** recoge:

- Art. 9.2 la igualdad real y efectiva así como la plena participación de toda la ciudadanía en la vida política, económica, cultural y social
- Art. 14 la igualdad de sexos
- Art. 15 El derecho a la vida, a la integridad física y moral, sin que pueda ser sometida a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes,
- Art. 17- El derecho de la persona a la libertad y la seguridad,
- Art. 18. El derecho a la intimidad personal y familiar

Estos derechos vinculan a todos los poderes públicos, garantes de dichos derechos de la persona.

Así las políticas de Igualdad del Gobierno español han venido impulsando en los últimos años medidas dirigidas a combatir la violencia de género, dedicándole un ámbito especial de intervención social, a través de **CUATRO PLANES DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LAS MUJERES**.

En el III Plan (1997-2000) de Igualdad de Oportunidades para las mujeres se introdujo un área específica, que posteriormente se desarrolló en 1998 con la implementación del **I Plan de Acción contra la Violencia Doméstica**, impulsado por el Instituto de la Mujer, organismo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Este plan incrementó los recursos disponibles para las mujeres víctimas y sus hijos/as.

En el año 1986 se crea en el Cuerpo Nacional de Policía el SAM (Servicio de Atención a la Mujer) y GRUME (Grupo de Menores). Posteriormente, se creó el SAF (Servicio de Atención a la Familia- actualmente denominado U.A.P.M.M.M) donde se incardina el SAM y el GRUME.

Dependiente de la Guardia Civil se creó el Equipo de Mujer y Menor (EMUME). Todos estos grupos dependen de las Unidades de Policía Judicial de sus respectivas plantillas.

El II Plan Integral contra la Violencia Doméstica aprobado en el 2001 incluyó nuevas actuaciones encaminadas a medidas preventivas, de sensibilización, legislativas y procedimentales, medidas asistenciales y de intervención social y medidas de investigación.

Todo este proceso ha dado lugar a numerosas reformas legislativas en materia de Violencia de Género, llevándose a cabo importantes modificaciones en el Código Penal, así como en la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

Ley 27/2003 de 31 de julio, Reguladora de la Orden de Protección de las víctimas de la violencia doméstica.

Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid que incluye como novedad, el considerar dentro de la violencia de género, aquella que se ejerce también sobre las personas dependientes de una mujer cuando se agrede a las mismas con ánimo de causar perjuicio a aquellas.

Finalmente la Ley 13/2007 de 26 de noviembre, de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género.

CODIGOS DEONTOLOGICOS PROFESIONALES

El Código Deontológico de Trabajo Social 2012 recoge:

- Art. 34. "Que las/os profesionales del Trabajo social se han de implicar profesionalmente en los derechos e intereses de la persona usuaria informando, cuando ello sea necesario, a la autoridad competente y a los organismos colegiales acerca de la violaciones de Derechos humanos, malos tratos o cualquier actuación cruel, inhumana o degradante de que sea víctima cualquier persona de los que tuviere conocimiento en el ejercicio profesional, incluso cuando las personas consientan la situación en la que se encuentran".
- Art. 20. "En los casos en que sea necesario derivar la atención de la persona usuaria a otro servicio, la/el profesional del trabajo social lo hará de la manera más favorable para aquella, procurando la continuidad de la intervención.

III. TIPOS DE MALTRATO. CICLO DE LA VIOLENCIA. FACTORES DE RIESGO E INDICADORES DE MALTRATO

TIPOLOGÍA DEL MALTRATO

En la actualidad se definen diferentes formas de violencia contra las mujeres:

*** Violencia física**

Comprende cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, como bofetadas, golpes, palizas, empujones, heridas, fracturas o quemaduras, que provoquen o puedan provocar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la mujer. Es importante no olvidar que cualquier forma de violencia física es también una violencia psicológica.

*** Violencia sexual**

Ocurre siempre que se impone a la mujer, mediante el chantaje, las amenazas o la fuerza, un comportamiento sexual contra su voluntad, se produzca por parte de su pareja o por otras personas.

Existen diferentes manifestaciones de violencia sexual:

- **Violencia sexual que no implica contacto corporal:**
Exhibicionismo, forzar a ver material pornográfico, mensajes obscenos por correo electrónico o telefónicos, gestos y palabras obscenos, insultos sexistas, acoso sexual, proposiciones sexuales indeseadas, voyeurismo.
- **Violencia sexual con contacto corporal:**
 - * Tocamientos, la imposición de relaciones sexuales o prácticas no deseadas, obligar a adoptar posturas que la mujer considera degradantes.
 - * Violación.
- **Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres:**

Incluye cualquier actuación que restrinja a las mujeres el ejercicio de su derecho a la salud sexual y reproductiva, afectando su libertad para disfrutar de una vida sexual sin riesgos para su salud, así como ejercer libremente su derecho a la maternidad.

*** Violencia psicológica**

Conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona, y que tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener su pareja. Sus manifestaciones son: las amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social, la culpabilización, la privación de libertad, el control económico (violencia económica), el chantaje emocional, el rechazo o el abandono.

Es importante tener presente que cualquiera de las formas de violencia de género que se ejerza, tiene consecuencias en todas las dimensiones de la salud: física, psicológica, sexual, reproductiva y social.

CAUSAS

Los principales factores determinantes de la violencia de género son la relación desigual entre hombres y mujeres y la existencia de la «cultura de la violencia» como medio para resolver conflictos.

La violencia contra las mujeres es **estructural**. La violencia no se debe a rasgos singulares y patológicos de una serie de individuos, sino que tiene rasgos estructurales de una forma cultural de definir las identidades y las relaciones entre los hombres y las mujeres. La violencia contra las mujeres se produce en una sociedad que mantiene un sistema de relaciones de género que perpetúa la superioridad de los hombres sobre las mujeres y asigna diferentes atributos, roles y espacios en función del sexo.

En definitiva, el **factor principal de riesgo** para la violencia contra las mujeres es, precisamente, **el hecho de ser mujer**.

(Fuente: Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad)

CICLO DE LA VIOLENCIA

En el caso de violencia de pareja, lo más frecuente es el comienzo del maltrato con conductas de abuso psicológico al inicio de la relación, que suelen ser atribuidas a los celos del hombre o a su afán de protección de la mujer. Suelen ser conductas restrictivas y controladoras que van minimizando la capacidad de decisión y autonomía de la mujer, produciendo dependencia, aislamiento y temor, como por ejemplo el control sobre la ropa, las amistades o las actividades. Además como afirma la Presidenta del Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género del Consejo General del Poder Judicial, en la actualidad se dan formas de control y acoso a la pareja a edades tempranas, habiéndose dado casos de adolescentes a quienes sus parejas les había instalado programas espías en los teléfonos móviles para controlar el uso que hacen de este dispositivo (16).

El aumento progresivo de la violencia puede extenderse durante un largo periodo de tiempo, y suele ser difícil para la víctima darse cuenta del proceso en el que está inmersa.

La **Teoría del Ciclo de la Violencia** de Leonor Walker plantea que este fenómeno comprende tres fases:

- **Acumulación de tensión:** Se caracteriza por una escalada gradual de la tensión, donde la hostilidad del hombre va en aumento sin motivo comprensible y aparente para la mujer. Se intensifica la violencia verbal y pueden aparecer los primeros indicios de violencia física. Se presentan como episodios aislados que la mujer cree puede controlar y que desaparecerán. La tensión aumenta y se acumula.

- **Explosión o agresión:** Estalla la violencia y se producen agresiones físicas y/o psicológicas y/o sexuales. Es en esta fase donde la mujer suele denunciar o pedir ayuda.
- **Calma o reconciliación o «luna de miel»:** En esta fase el agresor manifiesta que se arrepiente y pide perdón a la mujer. Utiliza estrategias de manipulación afectiva (regalos, caricias, disculpas, promesas) para evitar que la relación se rompa. Por lo tanto, esta estrategia por parte de la pareja, provoca que la mujer, termine pensando que todo cambiará.

En la medida que los comportamientos violentos se van afianzando y ganando terreno, la fase de reconciliación tiende a desaparecer quedando sólo las fases de tensión y de agresión. Es entonces cuando las mujeres suelen plantearse con mayor frecuencia la separación y/o buscan ayuda y es también en ese momento, cuando los episodios violentos se agravan, son cada vez más frecuentes y el riesgo de muerte a manos de su agresor se incrementa.

Sin embargo, aunque el ciclo de la violencia es muy frecuente en las relaciones de pareja donde se da maltrato, no se observa en todos los casos. Recientemente se han descrito otras formas de relación violenta donde hay una situación continua de frustración y amenaza, o dinámicas en la relación de pareja bajo la estructura de dominación, donde sólo de forma ocasional aparece la agresión física, siendo éstas más difíciles de detectar que las formas más severas de abuso.

En el caso de las mujeres que tienen hijos o hijas, es importante ser conscientes de que ellas y ellos también experimentan el proceso de la violencia en todas sus fases, tanto en las que la violencia está activa, como en la etapa de «luna de miel». Esto hace que, al igual que las mujeres, sus hijas e hijos sientan una gran inseguridad e inestabilidad emocional, al no poder prever lo que va a ocurrir, destruyendo sus expectativas de lo que se puede esperar de una relación afectiva. Esta falta de certeza en los vínculos parentales repercute directamente en la salud mental de los niños y niñas. La exposición reiterada a un ambiente de maltrato hacia la madre, constituye una forma grave de maltrato psicológico hacia las hijas e hijos a su cargo.

FACTORES DE RIESGO

- ⇒ Antecedentes de maltrato a los/as hijos/as.
- ⇒ Antecedentes de violencia en la familia de origen.
- ⇒ Rasgos de personalidad dependiente
- ⇒ Baja autoestima.
- ⇒ Dificultad para establecer relaciones sociales.
- ⇒ Aislamiento social.
- ⇒ Carencia de relaciones familiares.
- ⇒ Lazos familiares frágiles con la familia de origen.
- ⇒ Consumo de sustancias tóxicas o conductas adictivas
- ⇒ Problemas de salud mental.

INDICADORES DE RIESGO DE MALTRATO

Algunas actitudes en la mujer y en la pareja que nos pueden alertar sobre una posible situación de maltrato:

Actitudes en la mujer:

- ⇒ Consultas médicas frecuentes y reiteradas.
- ⇒ Explicaciones vagas, contradictorias, confusas.
- ⇒ Retraso u olvido de las citas, salida precipitada o actitud apresurada y atemorizada.
- ⇒ Acudir tardíamente a control prenatal.
- ⇒ Agresividad sin causa aparente.
- ⇒ Ambivalencia, confusión, evitación del contacto ocular, actitud temerosa.
- ⇒ Sensación de vergüenza, sentimiento de culpa.
- ⇒ Sentimientos de minusvalía. Se califican como torpes o incapaces, baja autoestima.
- ⇒ Refieren a su pareja como una persona colérica, irritable, con genio, o agresiva.
- ⇒ Mujer dependiente de su pareja, que en su presencia, muestra estar temerosa, indecisa o sumisa (por ejemplo, le mira antes de hablar).

Actitudes en la pareja:

- ⇒ Excesivamente preocupado o solícito, no quiere dejarla sola con él/la profesional.
- ⇒ Excesivamente despreocupado despectivo y/o irónico.
- ⇒ Actitud de gran prevención y desconfianza.
- ⇒ Responde él en lugar de su mujer para controlar e impedir que revele la violencia.
- ⇒ Violento verbalmente, critica los actos de su pareja.
- ⇒ Controla a su pareja mediante expresiones del rostro o actitudes intimidatorias. Es habitual que el culpable acompañe a la víctima a la consulta para controlarla, hay que invitarle a salir.

IV. MANIFESTACIONES CLÍNICAS. DIAGNÓSTICO Y DETECCIÓN.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Físicas.

Molestias físicas recurrentes y mal definidas que no presentan patología orgánica y que son consecuencia de violencia:

- Dolor de cabeza.
- Palpitaciones, ahogo.
- Dificultades respiratorias.

- Trastornos digestivos.
- Hormigueos.
- Mareos.
- Insomnio.
- Cansancio y agotamiento.

Casos más evidentes que presentan lesiones y daños físicos:

- Traumatismos leves o graves en forma de hematomas, quemaduras, erosiones, magulladuras, cortes y fracturas en ojos y cara, cuero cabelludo, espalda, extremidades, mamas, abdomen.
- Hemorragias nasales frecuentes o fracturas del tabique nasal.
- Pérdida de piezas dentales.
- Historial de accidentes frecuentes.
- Incoherencia en el relato de los hechos, lapso demasiado largo entre el accidente y la consulta, así como la negación a explicar el origen de las heridas o de los síntomas.

Psíquicas

- Depresión.
- Ansiedad.
- Episodios Disociativos
- Estado de alerta y/o bloqueo emocional.
- Trastornos en la Conducta Alimentaria.
- Consumo de sustancias tóxicas
- Consumo de psicofármacos sin control adecuado o sin prescripción médica.
- Ideas de muerte y/o intentos de suicidio
- Trastorno por Estrés Agudo o Trastorno de Estrés Postraumático
-

En la salud sexual

- Disfunciones sexuales.
- Desarrollo de fobias y dificultades para disfrutar la sexualidad en el futuro.
- Problemas ginecológicos, trastornos menstruales, infecciones recurrentes, E.T.S., dolor pélvico, problemas urinarios.

En la salud reproductiva

- Embarazos no deseados, abortos.
- Embarazos en adolescentes.
- Durante el embarazo: hemorragias vaginales, infecciones y anemia amenazas y aborto.
- Accidentes o lesiones físicas durante el embarazo.
- Parto prematuro, bajo peso recién nacido.
- El reconocimiento de los síntomas puede llevarnos a la identificación y tratamiento precoz del maltrato y quizás a prevenir la aparición de problemas futuros.

V. NOTIFICACIÓN Y ACTUACIÓN DE LOS/AS PROFESIONALES

Ante la sospecha de posibles malos tratos, es importante crear un ambiente de confidencialidad, confianza y seguridad que permita a la mujer explicar su situación. Es importante también mostrar empatía, escucha activa y aceptación de la situación de la persona.

Para favorecer la comunicación exponemos algunas recomendaciones y principios a tener en cuenta:

- ✚ No temer preguntar. La mejor manera de descubrir la violencia es preguntar directamente. La mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta en forma directa y no valorativa.
- ✚ Escuchar y creer su relato de malos tratos.
- ✚ No emitir juicios de valor.
- ✚ Transmitirle que no está sola, no es culpa suya y ninguna situación es irreversible.
- ✚ Mencionar claramente que nadie merece ser golpeada ni violada en ninguna circunstancia.
- ✚ Defender el derecho a vivir sin el temor a la violencia.
- ✚ Respetar cualquier decisión que tome.
- ✚ Mantener la privacidad y el carácter confidencial de la información.
- ✚ Utilizar el Servicio de Traducción en caso de que la mujer no hable castellano.

Siempre que estemos ante un caso de violencia de género se comunicará al Servicio de Trabajo Social del Hospital. En caso de no estar disponibles, se le comunicará al Jefe/a del Hospital.

Siempre que se tome la decisión de emitir un parte de lesiones, que es obligado en caso de sospecha de malos tratos, es necesario informar a la mujer previamente, valorar con ella su seguridad y tomar medidas para su protección, garantizando la minimización del riesgo.

Debemos valorar si existe riesgo vital para poder proteger a la mujer, comunicándolo al Juez de Guardia y pidiendo una Orden de Protección para la mujer. En caso de riesgo vital debe haber una persona continuamente con la paciente.

Es posible encriptamiento de los datos de la paciente, sustituyendo sus datos por un código numérico (Hay que pedir permiso a la paciente)

SEÑALES DE ALERTA DE RIESGO GRAVE EN LA MUJER *

La mujer declara temer por su vida.
Los episodios de violencia se producen también fuera del domicilio.
Su pareja se muestra violento con sus hijos e hijas.
Su pareja se muestra violento con otras personas.
Ha sometido a la mujer a actos de violencia sexual.
Amenaza con suicidarse, matarla y/o matar a los hijos/as.
La frecuencia y gravedad de los episodios de violencia se han intensificado.
Su pareja abusa de drogas, especialmente aquéllas que agudizan la agresividad (alcohol, cocaína...)
La mujer tiene planeado abandonarle o divorciarse en un futuro cercano.
La pareja conoce que la mujer ha recurrido a ayuda exterior para poner fin a la violencia
Su pareja o expareja le sigue o acosa.
La mujer ya ha denunciado lesiones graves.
La pareja dispone de armas en casa.
La pareja o expareja ha amenazado a amigos o parientes de la mujer.

Se comunicará el caso a atención primaria para seguimiento .En caso de hijos/as menores se contactará con Pediatría para seguimiento de los mismos.

PARTE DE LESIONES:

Tenemos obligación de denunciar los hechos delictivos. Aunque la paciente no desee iniciar medidas legales. En caso de no realizarlo se incurre en mala praxis.

Tiene que recoger:

- Datos de filiación :Nombre y número de historia
- Datos del médico: Nombre y número de colegiado.
- Describir lo mejor posible lesiones objetivadas: Tipo de lesión, topografía, tamaño, coloración, si presenta heridas con forma de algún objeto.
- Reseñar si es posible la fecha en la que han tenido lugar.
- Reflejar estado psíquico-emocional de la paciente para dejar constancia de violencia psíquica
- Se puede anexar copia de la historia clínica, en la que debemos dejar recogidos todos los datos.
- No es necesario dar una copia a la paciente si se da informe clínico adecuadamente cumplimentado.(Aunque hay disparidad de opiniones entre expertos)

Lo que no se debe olvidar:

- Leer siempre a la mujer el parte de lesiones emitido.
- Información acerca de derechos y recursos.
- Registrar SIEMPRE el proceso en la historia clínica e incluir en ésta el Informe social.
- Garantizar el seguimiento y la continuidad en la atención.

- Indagar acerca de la posibilidad de malos tratos a otros miembros de la familia.
- Plan de seguridad, si tuviera que abandonar la casa de forma urgente.
- Activar el Protocolo de protección del centro, si la valoración del riesgo vital fuera positiva, hubiera orden de alejamiento o de protección.
- Notificar al gestor/a de casos.

Criterios de derivación a Salud Mental:

Urgente

- 1.Riesgo autolítico
- 2.Episodio de agitación psicomotriz
- 3.Crisis aguda de ansiedad

Preferente

- Episodios depresivos graves
- Trastorno de estrés postraumático
- Descompensación de trastorno psicótico crónico

Vía Normal

- Depresión leve
- Trastorno de ansiedad sin limitación grave
- Asociación de abusos de alcohol o drogas

VI. ACTUACION ANTE AGRESION SEXUAL

Ver Anexo

Procedimiento a seguir ante las agresiones sexuales en el servicio de Urgencias maternas del Hospital Universitario 12 de Octubre

VII. ACTUACION ANTE UN CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO

1º **paso:** Historia Clínica

2º **paso:** Cursar parte judicial aunque sean simples sospechas.

3º **paso:** Avisar a Trabajo Social



Mañana: Trabajadora social: Corp Maternidad 68365 , Corp General 68174.
Tardes, Noches y festivos:
U.A.P.M.M.M 24H 900222100

4º **paso:** Exploración.

5º **paso:** Toda la documentación será trasladada por la U.A.P.M.M.M

HISTORIA CLÍNICA

1. Dejar constancia de la fecha, hora, lugar y circunstancias de la supuesta agresión.
2. Posible consumo asociado de alcohol y drogas.

EXPLORACIÓN

1. Indagar si la mujer fue explorada con anterioridad.
2. Exploración de la superficie corporal:
 - Detallar localización e importancia de lesiones (heridas, contusiones, erosiones, laceraciones) consignando la existencia o no de las lesiones; puede ser muy útil el disponer de una cámara de fotografía instantánea.
3. Exploración ginecología (si se precisa)
 - Inspección vulvo-vaginal detallando heridas, hematomas, contusiones, consignando en su caso la no existencia de las mismas.
 - Eventualmente puede precisarse una ecografía.
4. Otras muestras: la recopilación de las mismas se efectuará por el departamento del Médico forense. Si se precisa
 - Recogida de ropas de la paciente relacionadas con la supuesta agresión, colocando cada prenda en una bolsa independiente y cerrada.
 - Recortes de uñas ante la posibilidad de encontrar piel del agresor.

INTERVENCIÓN SOCIAL

Para llevar a cabo la intervención social seguiremos unos pasos:

1. Búsqueda de antecedentes en la Unidad de Trabajo Social.
2. Entrevista contemplando los aspectos socio- familiares más relevantes con el objetivo de recabar la información necesaria. Contemplando el riesgo social en menores y/o personas dependientes que convivan en la unidad familiar. Informar y asesorar de recursos, derechos y medidas de protección y seguridad para la mujer e hijos/as y/o personas dependientes si los hubiera.

3. Valoración social con los datos obtenidos.
 4. Coordinación con el personal sanitario, aportando la información necesaria.
 5. Elaborar Plan de intervención Social valorando las alternativas posibles, en base a la decisión de la mujer, tanto si quiere volver a su domicilio como ir a un Centro de Acogida/Emergencia.
 6. Iniciar la coordinación interinstitucional con los recursos especializados y comunitarios que corresponda (Servicios Sociales de referencia, Centro de Salud, Cuerpos de seguridad, etc...).
- (Ver flujograma adjunto)**

VII. CRITERIOS Y FECHA PARA LA EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO.

INDICADORES SOBRE LOS OBJETIVOS:

- ☞ Nº de casos atendidos por personal sanitario x 100 / nº de casos atendidos desde Trabajo Social.
- ☞ Nº de reingresos por motivos similares.
- ☞ Idoneidad de la decisión tomada al alta hospitalaria en relación al recurso utilizado. (Zona / C.T.M:) (Idoneidad del alta hospitalaria).
- ☞ Nº de casos ingresados que han pasado por Urgencias no detectados por los ginecólogos 100 / Nº de casos totales (Índice de sospecha) .
- ☞ Nº de casos detectados en la Urgencia no codificados x 100 /Nº de casos totales detectados.

Fecha de evaluación conjunta: 12 meses.

VIII. REVISIÓN DEL PROTOCOLO Y ENCARGADOS DE LA MISMA

Fecha de revisión a los 3 años de ser aprobado por la Dirección.

Grupo para la revisión:

Agüera Ortiz, Luis

Dura Jiménez, M^a José

López Hernández, Paloma

Ortega Bernardo M^a del Carmen

Pose Becerra, Clotilde

Sainz de la Maza, M^a Isabel

Sánchez Díaz, J. Ignacio

IX. ANEXO

PROCEDIMIENTO A SEGUIR ANTE LAS AGRESIONES SEXUALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS MATERNALES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

INTRODUCCION:

La violencia sexual es la violencia de Género por excelencia. Nos encontramos ante hechos muy graves que generan problemas de gran magnitud tanto a nivel social como sanitario en las víctimas.

A nivel sanitario por el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual (Gonococo, Clamidia, Hepatitis y HIV) y por el riesgo de gestación no deseada (1-5 %).
A nivel social por la afectación física y psicológica que sufren las mujeres agredidas.

PROTOCOLO DE ACTUACION EN URGENCIAS:

En muchos casos la Urgencia es el primer punto de contacto de la mujer con los servicios de atención sanitaria. Las pacientes que llegan a nuestro servicio habitualmente lo hacen por sus propios medios, de manera que no han interpuesto ninguna denuncia ni vienen con custodia policial.

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 mayor pueden desaparecer algunos de los signos de la agresión.

La actitud del personal sanitario debe ser extremadamente respetuosa. Las preguntas necesarias para el esclarecimiento de los hechos deben ser realizadas con máximo cuidado, utilizando un lenguaje adecuado para la edad de la paciente y sus circunstancias.

1. Se acomodará a la paciente en una sala que garantice su seguridad y protección.(Sala de cribado o sala de información a familiares).
2. Se avisará a uno/a de los/as adjuntos/as de guardia para la atención de la paciente. El interrogatorio se llevará a cabo en presencia de enfermería, siendo al menos una de ellas, mujer.
3. Valoración inicial por parte del facultativo/a en presencia de testigo femenino:

Valoración emocional y física.

Realizar entrevista a la paciente, evitando la doble victimización.
Investigar brevemente la red de apoyo social (Presencia de personas cercanas que la puedan apoyar y acoger)

4. Explicar a la paciente las actuaciones que se van a realizar y la utilidad de cada procedimiento, pidiéndole permiso para realizarlas. Indicarle que no debe cambiarse de ropa ni lavarse antes de tomar las muestras. También se le debe indicar que no debe beber ni orinar.
5. Contactar con Trabajo Social realizando hoja de Riesgo Social y PIC.
(Mañana: Maternidad : 68365.Hospital General: 68174)(Tardes,noches y festivos : U.A.P.M.M.M 24h 900222100)

Supuestos posibles:

- **Quiere presentar denuncia:** Contactar con U.A.P.M.M.M 24h 900222100 para poner denuncia.
- No quiere presentar denuncia:** Intentar concienciarla de los beneficios de presentar la denuncia junto con la Trabajadora Social. Informarle de que los Servicios Médicos estamos obligados a notificarlo al Juzgado de Guardia mediante un parte de lesiones. Dejar constancia en la historia clínica de que no quiere presentar denuncia.
- Si la paciente no se encuentra en condiciones de contestar**, actuaremos como en el supuesto de que si quiere presentar la denuncia.
- En caso de menores de 18 años** se debe avisar al juzgado de Guardia independientemente de que sus padres quieran presentar o no denuncia.

PROTOCOLO DE ACTUACION COORDINADA DE LOS ORGANISMOS COMPETENTES EN MATERIA DE AGRESIONES SEXUALES

El actual protocolo vigente en el término municipal de Madrid referente a la agresión sexual establece:

La centralización de las denuncias en el Servicio de Atención a la Familia (SAF) De la Jefatura Superior de Policía de Madrid, y el traslado de las víctimas a un mismo centro hospitalario, en este caso el Hospital Universitario La Paz, donde sean atendidas por personal médico forense encargado de la recogida de muestras, que permitan constatar la agresión y facilitar la identificación, detención y, en su caso, posterior enjuiciamiento de los responsables de las mismas, es la vía más adecuada para tratar el problema de una forma integral y asegurar la “cadena de custodia”.

Tras formalizar la denuncia escrita, u ocasionalmente verbal, se la conducirá al Hospital La Paz para ser reconocida por un/a ginecólogo/a de guardia y el personal médico forense.

Las denuncias por agresiones sexuales cometidas en todo el municipio de Madrid serán centralizadas en el SAF de la Jefatura Superior de Policía de Madrid, situado en la calle Doctor Federico Rubio y Galí, nº 55 (Teléfono de contacto 913 223 555). Este Servicio, que corre a cargo de funcionarios especializados en el tratamiento e investigación de este tipo de delitos, mantiene una guardia permanente de 24 horas. A sus dependencias serán trasladadas todas las personas que acudan a cualquier comisaría de policía de la capital a formular una denuncia por agresión sexual.

La guardia del SAF se encuentra a disposición de los y las profesionales de la Judicatura y de la Fiscalía, así como del personal médico forense para resolver cualquier problema que pueda surgir dentro del ámbito de su competencia. En lo relativo a la asistencia sanitaria y toma de muestras, el centro médico establecido es el Hospital Universitario La Paz (Servicio de Obstetricia y Ginecología), donde serán trasladadas todas las denunciadas para ser reconocidas por el personal médico forense y el/la ginecólogo/a de guardia.

ACTUACION CLINICA

1. HISTORIA CLINICA

- Dejar constancia de la fecha, hora y lugar de la supuesta agresión.
- Describir el tipo de agresión sexual.
- Reflejar posible consumo de drogas o alcohol.
- Anotar si la paciente después de la agresión se bañó, duchó o efectuó irrigación vaginal. Si se cambió de ropa o tomó algún medicamento.
- Anotar FUR, uso de anticonceptivos. Momento de la última relación sexual voluntaria. Posibles enfermedades de transmisión sexual, alergias o tratamientos médicos. Asegurarse de que la paciente no ha sido explorada previamente.

2. EN CASO DE PRECISARSE LA RECOGIDA DE MUESTRAS EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS:

El Médico Forense acude cuando hay interpuesta denuncia, generalmente avisado por el SAF, y siempre que no hayan transcurrido más de 72 horas, pues después no se obtiene resultado de las muestras biológicas y es inútil hacerlas.

2.1. Exploración de la paciente:

Se realizará en uno de los Boxes de la urgencia, y en el caso de ser menor de edad o disminuida psíquica pasará acompañada de un familiar que se quedará en el despacho clínico durante la exploración.

- La valoración se realizará conjuntamente por el Adjunto de Guardia y el Médico Forense para evitar la re-victimización de la agredida.
- Se atenderá el estado de salud de la mujer y se establecerá un diagnóstico y tratamiento adecuado.
- Reconocimiento de lesiones físicas (médico forense). Examen detallado de la superficie corporal, lesiones, gravedad y estadio. Detallar la localización de las lesiones bien por escrito o con esquema anatómico, detallando la importancia de las mismas, consignando en su caso la ausencia de las mismas. (puede ser útil realizar fotografías).
- Exploración de la boca en caso de contacto buco-genital.
- Tomar muestras de manchas de semen en superficie corporal mediante torunda humedecida. Colocar en tubo, sellar y rotular.
- Reconocimiento vaginal (Ginecólogo de la guardia):
 - ✓ Inspección vulvar

- ✓ Inspección de vagina y cuello de útero con espéculo humedecido
- ✓ Inspección de ano y periné.

Una vez recogidas todas las muestras se procederá a individualizar si precisa Tacto bimanual para determinar posible existencia de masas o dolor anexial. Eventualmente puede precisarse una ecografía (Siempre tener la precaución de realizarla después de recogidas todas las muestras).

2.2. Recogida de muestras:

La toma de muestras variará según el tipo de penetración que ha tenido lugar.

Penetración Vaginal (todas las muestras se colocaran en tubo y se rotularan y sellaran)

- ✓ Toma vaginal con hisopo en seco para esperma.
- ✓ Toma con hisopo de algodón de secreción de endocervix (para gonorrea y Clamydia).
- ✓ Toma vaginal con hisopo de algodón para tricomonas.
- ✓ Lavado vaginal: con 10cc. de suero fisiológico para investigación de esperma. Aspirar el líquido con una jeringa, a la cual, se ha acoplado una sonda vesical (sonda de Robinson) colocar el aspirado en un contenedor estéril, sellar y rotular.

Penetración anal:

- ✓ Toma anal con hisopo en seco para esperma.
- ✓ Toma con hisopo de algodón estéril para gonorrea y Clamydia.
- ✓ Lavado vaginal: con 10cc. de suero fisiológico para investigación de esperma.

Penetración bucal:

- ✓ Toma anal con hisopo en seco por toda la boca, especialmente detrás de incisivos y premolares para investigación de esperma.
- ✓ Toma faríngea con hisopo seco para investigar esperma.
- ✓ Toma faríngea con hisopo de algodón estéril para gonorrea y Clamydia.
- ✓ Lavado vaginal: con 10cc. de suero fisiológico para investigación de esperma.

Otras muestras:

- ✓ Peinado del vello púbico, recogida de muestras anales y orales, recorte de uñas, todas ellas se depositan en contenedores estériles, se rotulan y sellan.
- Recogida de ropa interior de la paciente en el caso que esta sea la de la agresión, introducir en bolsa, sellar y rotular.

Extracción de sangre y de orina:

Si se cree necesario para determinar la presencia de sustancias que alteren la conducta o voluntad de la paciente.

- Determinación de serología luética, hepatitis B y HIV.
- Determinación de BHCG.

- **Rotulación de las muestras (nombre de la paciente, fecha y firma del médico/ forense). Las muestras se introducen en un sobre con el nombre de la paciente y dirigido al SR. Juez de guardia, junto con la copia del parte judicial emitido por el/la adjunto/a de la guardia. Cumplimentar el parte de lesiones, leer siempre a la mujer el parte de lesiones emitido. Sellando el sobre con grapas.**

-El Forense entregará al indicativo policial las muestras recogidas, para que preservando la cadena de custodia sean enviadas al Laboratorio de la Policía Científica de la DGP.

-Realizar un informe para Trabajo Social, para posterior valoración y seguimiento.

-Finalizada la exploración, ofrecer la posibilidad de aseo.

-Transcurridas 72 horas, las pruebas tienen utilidad diagnóstica para confirmar una patología de abuso (Vaginitis, Enfermedad de transmisión sexual...) o de prevención (HIV, hepatitis B). Estas pruebas se tomarán si hay sospecha de contacto físico. Se deben tomar también muestras para descartar infección por Clamidia, Tricomonas y Gonococo y extraer serologías.

2.3 Tratamiento

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

Profilaxis de Gonococia, Clamidia, tricomonas y Sífilis:

Adultas:

Ceftriaxona (250 mg im .) monodosis, mas Metronidazol monodosis (2 gr oral) seguido de Doxiciclina (100 mg / 12h) oral durante 7 días.

En alérgicas a betalactámicos: Espectinomicina (2 gr im) en lugar de Ceftriaxona, resto de tratamiento igual.

En gestantes: Azitromicina (1 gr vo) en monodosis o Eritromicina (500 mgr /6 horas / 7 días)

Profilaxis HIV

Derivar a consulta de preventiva para valorar tratamiento e informar de beneficio riesgo.

- En caso de decidir iniciar profilaxis antirretroviral, se administrará la primera dosis de Combivir+Kaletra supervisando la primera toma. Convivir (lamivudina 150 mg + zidovudina 300 mg) comp/12 h. + Kaletra (lopinavir 200 mg + ritonavir 50 mg) 2 comp/ 12h, durante 4 semanas.

El tiempo máximo de inicio del tratamiento será de 48 horas, siendo más beneficioso cuanto antes se inicie.

Profilaxis de hepatitis B

En caso de que no tenga vacunación se administrará en urgencias una dosis de Gammaglobulina antiHb y la primera dosis de la vacuna.

Profilaxis de tétanos

Dependerá de la presencia de heridas inciso-contusas y del calendario vacunal. Valoración de preventiva de si precisa administrar alguna dosis.

Profilaxis de embarazo:

Si han transcurrido menos de 72 horas Levonorgestrel 1.5 mg dosis única.

Esta pauta tiene una baja tasa de gestaciones (0.6-1.9%) y escasos efectos colaterales.

Si han transcurrido entre 72 horas y 5 días, colocar DIU intrauterino.

Apoyo psicológico

-Puede precisar administración de ansiolítico en la urgencia
-Seguimiento posterior con valoración psiquiátrica y psicológica por lo que se remitirá a Psiquiatría.

SEGUIMIENTO Y CONTROLES POSTERIORES

Se llevaran a cabo en consulta de Ginecología Orgánica del Hospital.

A los 10 días:

-Valoración de las lesiones
-Resultados de las pruebas de la urgencia
-Repetir cultivo endocervical si fue negativo
-BHCG .Si positivo, se puede acoger a IVE en caso de gestación de menos de 12 semanas y habiendo presentado denuncia.

Entre 4 y 6 semanas:

-Valoración de pruebas
-Repetir cultivos: Gonococo, Clamidia, Tricomonas
-Repetir serología HIV y Sífilis
-Poner segunda dosis de Hepatitis B si precisa.

A los 6 meses:

- Repetir HIV
- Citología para descartar infección HPV
- Marcadores de Hepatitis B para valorar si ha existido infección a pesar de la vacuna.
- Administrar tercera dosis de Hepatitis B si es negativa

(Ver Flujograma adjunto)

X. BIBLIOGRAFIA

1. Clasificación Internacional de Enfermedades, 9º revisión, modificación clínica. Ed. Esp. 1988
2. Propuesta práctica de intervención integral en el ámbito local contra la violencia hacia las mujeres. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2002.
3. Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos. Consejo Interterritorial. 2000.
4. Las mujeres víctimas de la violencia de género. Dirección General de la Mujer. Consejería de Trabajo. 2002.
5. Memoria sobre las actuaciones de prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres 1996-2002. Dirección General de la Mujer. Consejería de Trabajo.
6. II Plan Integral contra la Violencia Doméstica. 2001/2004.
7. Prevención y Detección de la Violencia de Pareja contra las Mujeres para profesionales de Trabajo Social en atención Hospitalaria. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Consumo. 2004.
8. La Violencia contra las Mujeres considerada como problema de salud pública. Documento de apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas. Documentos técnicos de Salud Pública, Instituto de Salud Pública. 2003
9. La atención socio-sanitaria ante la violencia contra las mujeres. 2002.
10. Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Resumen. 2002
11. Constitución Española. 1978
12. Ley 27/2003, 31 de Julio, reguladora de la Orden de Protección de las víctimas de la Violencia Doméstica.
13. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
14. Ley 5/2005 de 20 de Diciembre, Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid.
15. Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género 2012. Mº Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
16. Antena3.com: <http://www.antena3.com/noticias/sociedad/todavía-pensamos-que-la-violencia-de-genero-es-un-problema-de-pareja-donde-nadie-puede-entrar> 2017030758be6da90cf28c3fe9798d7a.html.
17. Delegación de Gobierno para la Violencia de Género (Mº de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad desde 2006.
<http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portalEstadistico/home.htm>.
Tabla actualizada a fecha 5 de septiembre de 2014