

TEMA 31

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE MALOS TRATOS. PROTOCOLOS VIGENTES EN EL SSPA DE ACTUACIONES SANITARIAS ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO: PROTOCOLO ANDALUZ DE ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN Y COORDINACIÓN SANITARIA ANTE AGRESIONES SEXUALES EN ANDALUCÍA. ABORDAJE INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE SUMISIÓN QUÍMICA Y/O AGRESIÓN POR OBJETO PUNZANTE

Autor

Vicente Velázquez Vázquez

Enfermero Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital de la Merced de Osuna.

Tema elaborado nuevo, versión Septiembre 2024.



Sindicato
de Enfermería
Andalucía

Índice

Tema 31

Atención integral a víctimas de malos tratos. Protocolos vigentes en el SSPA de actuaciones sanitarias ante la violencia de género: protocolo andaluz de actuación sanitaria ante la violencia de género. Protocolo de actuación y coordinación sanitaria ante agresiones sexuales en Andalucía. Abordaje integral de víctimas de sumisión química y/o agresión por objeto punzante

1. Introducción	4
1.1. Consecuencias de la violencia de género sobre la salud	5
1.1.1. Consecuencias de la violencia de género sobre hijos e hijas	5
1.1.2. Consecuencias de la violencia de género en la sociedad y en personal sanitario	7
2. Desarrollo del ciclo de la violencia de género	8
3. Situaciones especiales y de mayor vulnerabilidad para la violencia de género	9
4. Actuaciones generales contra la violencia de género	12
5. Prevencion de la violencia de género desde los servicios sanitarios	13
6. Detección de situaciones de violencia de género	14
7. Valoración de la situación de maltrato.....	19
8. Actuaciones	24
8.1. Existen recomendaciones generales de actuación	24
8.2. Y Planes de actuación específicos en función de la situación	26
8.2.1. Atención a hijos e hijas víctimas de violencia de género	29
9. Especificaciones de la atención de situaciones de violencia de género en servicios de urgencias	29
10. Estrategias de seguridad y protocolos de protección	32
11. Responsabilidades legales.....	34

11.1. Parte al Juzgado.....	35
11.2. Comunicación a Fiscalía	36
11.3. Derechos que la legislación reconoce a las mujeres en situaciones de violencia de género	37
12. Atención a mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual (VTES)	37
13. Abordaje integral de víctimas de sumisión química y/o agresión por objeto punzante.....	39
13.1. Resumen de actuaciones ante sospecha de sumisión química	41
13.2. Consideraciones para la toma de las muestras biológicas ante sospecha de SQ	41
14. Actuación y coordinación sanitaria ante agresiones sexuales en Andalucía.....	42
14.1. Consecuencias de la violencia sexual.....	43
14.2. Cronología general de actuaciones hospitalarias en agresiones sexuales	44
14.3. Generalidades de las actuaciones ante situaciones de agresión sexual	46
14.4. Entrevista Clínica y Valoración del Estado Emocional	48
14.5. Exploración y toma de muestras	48
14.6. Tratamiento	52
14.7. Alta y Seguimiento	53
15. Bibliografía.....	54

1. Introducción

La **DEFINICIÓN** de violencia de género utilizada mundialmente fue acordada por Naciones Unidas en 1993 como:

“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 la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.

En 1996, la OMS reconoció que la violencia sobre las mujeres era un problema de salud pública, poniendo de manifiesto las graves consecuencias que tiene sobre la salud. Según la OMS, entre el 10 y 50% de las mujeres experimentan durante su vida violencia física de manos de un compañero íntimo y entre el 10-30% ha sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja.

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 forma de violencia psicológica.
- **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 comporta-

miento 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, el chantaje emocional, el rechazo o el abandono. Este tipo de violencia no es tan visible como la física o la sexual, es más difícil de demostrar, y en muchas ocasiones no es identificada por la víctima como tal, sino como manifestaciones propias del carácter del agresor. Algunas de estas formas de violencia pueden considerarse específicas para determinados grupos vulnerables, como por ejemplo la omisión de cuidados o la medicación negligente en el caso de mujeres con discapacidad o mayores (apartado Violencia de Género en mujeres en situaciones de vulnerabilidad, de este capítulo).

- **Violencia sexual:** Ocurre siempre que se impone a la mujer un comportamiento sexual contra su voluntad, mediante la coacción, la intimidación, la amenaza o la fuerza, ya sea por parte de su pareja o por otros hombres. Igualmente incluye cualquier actuación que restrinja a las mujeres el ejercicio de su derecho a la salud sexual y reproductiva, interfiriendo en su libertad para disfrutar de una vida sexual sin riesgos para su salud, así como ejercer libremente su opción a la maternidad.
- **Violencia económica:** Consiste en privar intencionadamente a la mujer de recursos para el bienestar físico o psicológico, la discriminación en la disposición de los recursos que le corresponde legalmente o imposibilitando el acceso al mercado laboral para evitar la independencia económica.



- **Violencia de control:** Implica el aislamiento de la mujer de sus familiares y amistades, vigilar sus movimientos y restringir su acceso a recursos financieros, empleo, educación o atención médica, etc.
- **Violencia simbólica:** Se ejerce a través de la emisión de mensajes, iconos o signos que transmiten y reproducen relaciones de dominación, desigualdad y discriminación que naturalizan o justifican la subordinación y la violencia contra las mujeres en la sociedad.
- **Ciberviolencia** contra las mujeres: Aquella violencia de género en la que se utilizan las redes sociales y las tecnologías de la información como medio para ejercer daño o dominio. Existen diversas formas de ciberviolencia entre las que figuran el ciberacoso, las ciberamenazas, la ciberdifamación, la pornografía no consentida, los insultos y el acoso por motivos de género, la extorsión sexual, la difusión de imágenes de la víctima y las amenazas de violación y de muerte.

La violencia contra las mujeres es **estructural**, es decir, la violencia no se debe a rasgos singulares y patológicos de un tipo de individuos, sino que tiene rasgos estructurales de una forma cultural de definir las identidades y las relaciones entre los hombres y las mujeres. Y es, además, **instrumental**; quiere decir que la violencia es el instrumento para obtener el sometimiento de las mujeres bajo los hombres, un mecanismo de dominación y control social.

El principal factor de riesgo para la violencia contra las mujeres es el mero hecho de ser mujer. Las mujeres son consideradas por sus agresores carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión.

1.1. Consecuencias de la violencia de género sobre la salud

Cualquier forma de violencia tiene consecuencias en todas las dimensiones de la salud: física, psíquica, sexual, reproductiva, social. Y estas consecuencias persisten incluso después de que la situación de violencia haya concluido. En general, se acepta que las mujeres que sufren violencia física y/o sexual por parte de su pareja pueden llegar a padecer un 60% más de enfermedades de carácter físico que aquellas que no son víctimas.

A nivel de **salud social**, las consecuencias de la violencia de género son:

- Aislamiento familiar y social.
- Dificultades económicas por la pérdida de empleo.
- Absentismo laboral.
- Disminución del número de días de vida saludable.
- Cambio de domicilio y/o ciudad forzado por la necesidad de protegerse (Tabla 1).

1.1.1. Consecuencias de la violencia de género sobre hijos e hijas

En el contexto de este protocolo, así como en la Ley 7/2018, se considera que las hijas e hijos de las mujeres que están sufriendo violencia física, sexual o psíquica por sus parejas o exparejas, **siempre son víctimas directas de la violencia de género**.

La exposición reiterada a un ambiente de maltrato hacia la madre, constituye una forma grave de maltrato psicológico hacia los y las menores de edad, por su exposición a una amplia gama de experiencias que incluye:

- Observar a su madre mientras está siendo maltratada, amenazada o incluso asesinada.



TABLA 1

Consecuencias de la violencia de género en la salud de las mujeres

SALUD FÍSICA	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	SALUD PSÍQUICA
<ul style="list-style-type: none"> - Muerte (homicidio, suicidio). - Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras, que pueden producir discapacidad. - Deterioro funcional. - Síntomas físicos inespecíficos (por ejemplo, cefaleas). - Agravamiento de situaciones crónicas: dolor crónico, síndrome del intestino irritable, otros trastornos gastrointestinales, trastornos del sueño y discapacidades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conductas sexuales de alto riesgo para contagio de ITS y VIH/SIDA. - Coacción reproductiva o falta de autonomía sexual y reproductiva. - Embarazo no deseado. - Retraso en el inicio de los cuidados prenatales. - Ganancia de peso inadecuada en el embarazo. - Infecciones vaginales, cervicales y renales. - Sangrados y hemorragias durante el embarazo. - Aumento del riesgo de aborto, parto prematuro, Bajo Peso del Recién Nacido. 	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión. - Ansiedad. - Trastorno por estrés postraumático. - Baja Autoestima. - Trastornos de la conducta alimentaria, anorexia, bulimia. - Trastornos psicopatológicos. - Intento de suicidio, autolesiones. - Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos. - Mala o salud autopercibida.

- Ver moratones, cortes u otras lesiones en su madre, o ser testigos de las consecuencias emocionales de la violencia como el miedo o la intimidación, el estrés, ansiedad y depresión, aun sin haber sido testigos directos de actos de violencia.
- Presenciar comportamientos violentos, agresivos e incluso crueles, sabiendo que proceden de su padre o de otro varón con significado de figura paterna.
- Ser testigo sensorial de la violencia: escuchar, desde otra parte de la casa golpes, gritos, amenazas, rotura de objetos y cualquier otra forma de violencia.
- Experimentar las diferentes etapas del proceso de la violencia, no pudiendo predecir si se va a producir un comportamiento violento, viviendo en un clima de inseguridad y temor.
- Presenciar la desautorización, desvalorización y descategorización de su madre.

- Experimentar sentimientos de miedo, ansiedad, inseguridad, impotencia, desprotección y desamparo, que genera vivir en un ambiente de enorme tensión y hostilidad donde se está produciendo la violencia.
- Sufrir amenazas de daño o muerte, chantajes y manipulación.
- Estar en riesgo de sufrir violencia directa, física, emocional y sexual.
- Enfrentarse a la violencia para protegerse o defender a su madre, interponerse entre el agresor y su madre, con el riesgo de sufrir daños y lesiones o incluso la muerte.
- Enfrentar la experiencia de la pérdida de su madre, padre o ambos por una muerte violenta.
- Sufrir castigos o medidas correctoras, con el fin de coaccionar a la madre.
- Instrumentalizar a los menores en el régimen de visitas, creando animadversión contra la madre (Tabla 2).

TABLA 2

Consecuencias de la violencia de género en la salud de hijos e hijas

SALUD FÍSICA
<ul style="list-style-type: none"> - Muerte por homicidio o por interponerse entre el agresor y su madre para intentar frenar la violencia. - Daños y lesiones. - Riesgo de alteración de su desarrollo integral: retraso del crecimiento, disminución de las habilidades motoras, retardo en el lenguaje, síntomas regresivos. - Alteraciones del sueño y la alimentación. - Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas.
SALUD PSÍQUICA
<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad, depresión, baja autoestima. - Trastorno de estrés postraumático. - Déficit de atención y concentración, hiperactividad. - Dificultades de aprendizaje y socialización, habilidades sociales escasas, bajo rendimiento escolar. - Problemas de conducta social: Adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras. - Comportamientos de riesgo. - Adicciones. - Asunción de roles de protección de hermanos y hermanas o de su madre. - Trastornos psicopatológicos.
A LARGO PLAZO O TRANSGENERACIONAL
<ul style="list-style-type: none"> - Conductas agresivas de hijos varones hacia las madres en particular y hacia las mujeres en general, aprendidas de los hombres violentos del propio contexto familiar. - Mayor probabilidad de desarrollar comportamientos agresivos y violentos y reproducir la conducta del agresor con su madre o en relaciones de pareja. - Mayor tolerancia al maltrato en las mujeres.

1.1.2. Consecuencias de la violencia de género en la sociedad y en personal sanitario

Deben señalarse, también CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO A NIVEL DEL PERSONAL SANITARIO, que sufren de forma indirecta y le afectan de forma personal y además repercute en la práctica asistencial. Se reconocen una serie de acciones previas a la construcción de un plan de autocuidado para el personal sanitario (Exposito, 2022):

- Identificar fuentes de tensión externas e internas
- Reconocer como los estados de tensión surgidos durante la realización del trabajo con mujeres que viven situaciones de violencia de género afectan de diferente forma y grados al adecuado desempeño laboral y a diferentes esferas de la vida.
- Formarse en violencia de género y capacitación continua. Revisión y uso de guías de autocuidado.
- Conocer las formas en que la propia salud puede verse afectada durante la atención de estas situaciones.
- Generar espacios colectivos de intercambio de experiencias.
- Fomentar el trabajo en equipo.



Y no debemos olvidar los COSTES SOCIALES Y ECONÓMICOS de este problema de salud pública. Tangibles debido al coste monetario asociado a la atención y servicios que deben prestarse a la mujer víctima, a nivel sanitario,

legal, falta de productividad o rendimiento laboral, recursos de protección, etc. Y También intangibles, asociados a los daños psíquicos y sociales, en el entorno cercano de la mujer.

2. Desarrollo del ciclo de la violencia de género

Lo más frecuente es el comienzo del maltrato con conductas de abuso psicológico al inicio de la relación de pareja, 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.

El aumento progresivo de la violencia puede extenderse durante un largo periodo de tiempo, puede llevar años antes de ser visibilizada por el entorno o identificada y reconocida por la propia mujer. El ciclo de la violencia descrito por Leonor Walker, ayuda a comprender la estrategia que utiliza el maltratador para lograr que la mujer se mantenga en esa situación, a través de 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 que puede controlar y que desaparecerán. La tensión aumenta y se acumula.

- **Explosión o agresión:** Estalla la violencia y se producen las agresiones físicas, psicológicas y sexuales. En esta fase la mujer suele denunciar o pedir ayuda.

- **Calma, reconciliación o luna de miel:** 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. La mujer a menudo piensa que todo cambiará. En la medida que los comportamientos violentos se van afianzando y ganando terreno, la fase de reconciliación tiende a desaparecer y los episodios violentos se aproximan en el tiempo.

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 ha descrito otra forma de relación violenta donde hay una situación continua de frustración y amenaza, pero donde solo de forma ocasional aparece la agresión física. Este tipo de violencia resulta ser muy efectiva, ya que consigue el sometimiento sin dejar huella, por lo que resulta estar más invisibilizada socialmente.

3. Situaciones especiales y de mayor vulnerabilidad para la violencia de género

La violencia de género puede afectar a cualquier mujer, de cualquier condición socio-cultural, edad, etc. Pero existen algunas situaciones que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres a la violencia de género, y que son:

- **Embarazo**

Diferentes estudios muestran que el embarazo no previene la ocurrencia de violencia, aunque aún no existe una evidencia clara acerca de si el embarazo es un factor de riesgo. Lo que sí está claro es que el embarazo es una etapa vital de especial peligrosidad para ser víctima, pues a los daños ocasionados a la mujer, se suman los que puede sufrir el feto o recién nacido.

La violencia de género durante el embarazo se ha asociado a una amplia gama de resultados de salud física y psicológica en el período perinatal. Se han informado, entre otros resultados, de retraso del crecimiento intrauterino, parto pretérmino, bajo peso al nacer, complicaciones obstétricas, mayor consumo de alcohol y tabaco, depresión, etc. La violencia de pareja en el embarazo aumenta tres veces las probabilidades de tener una muerte perinatal. Así pues, la magnitud del problema puede llegar a ser incluso mayor que la de otros que se diagnostican de forma rutinaria en los servicios prenatales, como preeclampsia (2-8%) o diabetes gestacional (1-5%).

Desde el punto de vista de los profesionales sanitarios es importante saber que el embarazo puede ser un momento propicio para sensibilizar y detectar posibles situaciones de maltrato, dado que las mujeres tienen un seguimiento de salud más constante, tanto para ellas como para el feto. En el SSPA, se ha implantado un procedimiento de detección temprana de la violencia de género, de manera que se realizará

una detección oportunista en gestantes que acuden al seguimiento del embarazo en Atención Primaria: en el primer, segundo, y tercer trimestre, y en la visita puerperal. Deben usarse las herramientas WAST y AAS (se describirán posteriormente)

- **Medio Rural**

Las mujeres en el medio rural están más desprotegidas, y aunque se acepta una mayor incidencia de violencia de género, estadísticamente hay menos reconocimiento y declaración de sufrir estas situaciones y menos búsqueda de ayuda formal para afrontarlas. Algunos factores que influyen son:

- Edades más avanzadas.
- Mayor tasa de desempleo femenino.
- Control patriarcal de la comunidad y relaciones de género.
- Menos recursos sociales, sanitario, de protección, de formación, de información, etc.
- Ubicación geográfica y aislamiento.
- Déficit de medios de comunicación y de transporte.
- Falta de visión estratégica sobre el fenómeno de la violencia. No hay preventión ni recuperación.

Como intervenciones se proponen:

- Garantizar el respeto e intimidad (todos se conocen).
- Elaborar y difundir un mapa de recursos y programas de actuación local.
- Implicar a profesionales y personas referentes a nivel local.
- Implicar a las asociaciones de los pueblos.



• Mujeres mayores de 65 años

Las mujeres mayores de 65 años declaran menos violencia de género y también recurren en menor medida en busca de ayuda, tanto institucional como informal. Se acepta que sufren malos tratos con cierta incidencia y que se dificulta la posibilidad de poner fin a una relación debido a los siguientes factores:

- Dependencia económica de su pareja.
- Los valores religiosos y culturales vinculados al matrimonio dificultan su ruptura, así como la presentación de denuncias y el dar a conocer la situación de maltrato.
- Menos oportunidades de acceso a la información (por la brecha digital), a los recursos de atención y menos oportunidades de empoderamiento.
- Mayores barreras para los desplazamientos, lo que dificulta la posibilidad de solicitar información o ayuda.
- Las mujeres que llegan a la vejez con un importante deterioro en la salud o alguna diversidad funcional / discapacidad que disminuye su autonomía personal, tienen mayor riesgo de sufrir maltrato o de que aumente la intensidad y gravedad del que ya venían sufriendo.

• Discapacidad / Diversidad Funcional

La mayor vulnerabilidad de las mujeres con discapacidad es debida, además de a ser mujeres, a una mayor desigualdad de partida por la discapacidad. Esto se refleja en la elevada dependencia económica y la falta de empleo entre estas mujeres, más probabilidad de tener redes sociales empobrecidas o de depender de cuidados de terceras personas.

La prevalencia de la violencia de género en cualquiera de sus formas siempre es más elevada entre las mujeres con discapacidad. El 40,4% de las mujeres de 16 o más años con discapacidad han sufrido violen-

cia física y/o sexual a lo largo de sus vidas por parte de una pareja o ex pareja (20,7% física y/o sexual y 39,5% psicológica).

Hay una serie de indicadores de riesgo específicos a tener en cuenta en mujeres con discapacidad:

- Depresión, dificultad en la comunicación e interrelación.
- Inseguridad, baja autoestima.
- Estado de sedación, nerviosismo.
- Disfunción motora ajena a la discapacidad; deterioro de la capacidad física residual.
- Miedo a relacionarse con otras personas.
- Excesiva dependencia de terceras personas.
- Escasa o nula participación en actividades familiares o sociales.
- Desnutrición, frecuentes enfermedades ajenas a la discapacidad.
- Vestuario inadecuado en relación al tiempo atmosférico y a la discapacidad de la persona, ropa sucia.
- Largos períodos sin atención por parte de la pareja.
- Problemas físicos agravados por falta de tratamiento.

Entre los factores de especial vulnerabilidad de las mujeres con discapacidad ante la violencia física, sexual y psicológica, hay que destacar los siguientes:

- Menor capacidad para defenderse.
- Menor independencia económica.
- Menor acceso a la información y asesoramiento de forma autónoma.
- Menor credibilidad del relato (sobre todo en mujeres con trastornos de salud mental).
- Dificultad para expresarse.

- Miedo a perder los vínculos que proporcionan los cuidados.

• Migración

La prevalencia de cualquier tipo de violencia de género a lo largo de la vida es superior para las mujeres nacidas en el extranjero (30,3% frente al 45,9% de las nacidas en España). Se han identificado como factores que contribuyen a una mayor vulnerabilidad de las mujeres migrantes a la violencia de género los siguientes aspectos:

- Situaciones de ruptura y cambios en las estructuras familiares.
- Ausencia de redes de apoyo familiar y social.
- Aislamiento y falta de redes sociales y afectivas.
- Precariedad de sus condiciones de vida tanto económica como laboral.
- El procedimiento de reagrupación familiar que les dificulta separarse del agresor y quedarse en España.
- El desconocimiento de derechos, recursos y normativa.
- Barrera idiomática que dificulta la expresión de sus problemas.
- Cuando las víctimas están en situación de irregularidad administrativa se acrecienta el miedo y la inseguridad, existe todavía una mayor vulnerabilidad por el miedo a la expulsión, a perder los hijos e hijas o a que expulsen a la pareja.

Por otro lado, respecto a la atención sanitaria se identifican barreras y limitaciones de tipo asistencial, organizacional, idiomática, cultural, etc

• VIH

La OMS identifica varias intersecciones entre la violencia de género en la pareja y VIH, indicando las siguientes situaciones de riesgo:

1. Situaciones de violencia sexual dirigida contra mujeres adultas, niñas y adolescentes (violaciones y situaciones de abuso sexual),
2. Prácticas sexuales de riesgo, especialmente en mujeres en situaciones actuales de violencia de género o con experiencias previas de abuso sexual en la infancia,
3. Dificultades en la negociación del uso del condón en relaciones con violencia de género,
4. Situaciones de violencia de género en relaciones con una diferencia pronunciada de edad (ej. relaciones no consentidas entre hombres mayores con niñas o adolescentes o mujeres adultas jóvenes), 5. Violencia de género por revelar un estatus VIH+.

Así, por un lado, en mujeres que se encuentran en una relación abusiva aumenta considerablemente el riesgo de infección por VIH, debido al miedo a las consecuencias de oponerse a una relación sexual no deseada, al temor al rechazo si intenta negociar relaciones sexuales más seguras, y a la propia coerción y manipulación emocional a la que se ven sometidas, así como por prácticas sexuales de riesgo y consumo de drogas relacionados con la situación de violencia de género.

Por el otro lado, mujeres que viven con VIH muestran los mismos porcentajes de exposición a la violencia de género en la pareja que mujeres sin VIH, pero en mujeres con VIH se detectan formas de violencia de género más frecuentes y más severas. Además, se ha demostrado que las mujeres que viven con VIH pueden estar en riesgo de sufrir episodios de violencia, desde insultos hasta agresiones físicas y sexuales tras comunicar su estado serológico a sus parejas. El temor a la violencia se identifica como una de las barreras más comunes para no revelar un estatus VIH+ en la pareja.



- **Expresión e identidad de género**

Se identifica una interseccionalidad entre una vulnerabilidad por vivir como mujer y por ser identificada como una persona trans, produciendo situaciones de violencia de género y violencia sexual con connotaciones transfóbicas. En las relaciones de pareja, se constatan dinámicas específicas, como la amenaza de revelar la identidad de género de la persona trans en el ámbito familiar, social o laboral, control de su expresión o identidad de género, restricción de su acceso a ropa u hormonas, uso de estereo-

tipos transfóbicos, aislamiento social, falta de respeto de su nombre o expresión / identidad de género, opiniones discriminatorias sobre su cuerpo y físico, disminución de su autoestima o amenazas relacionadas con la custodia de hijos e hijas.

Se reconocen también, como situaciones especiales de maltrato y violencia, la **Mutilación Genital Femenina, la Prostitución y la Trata de Mujeres**. Se desarrollan en otros apartados de este tema o como parte del tema 44 de este temario (MGF).

4. Actuaciones generales contra la violencia de género

Desde los servicios sanitarios se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las mujeres que sufren violencia, ya que la mayoría de ellas acuden tanto a Atención Primaria como a servicios de urgencias u otro nivel asistencial. Momentos vitales como la planificación familiar, el embarazo, el parto, el cuidado médico de los hijos o hijas, el cuidado de las personas mayores, la menopausia, etc., pueden ser una oportunidad en la que valorar y detectar la violencia de género.

Los servicios de atención sanitaria especialmente relevantes para estas intervenciones son, Atención Primaria, Pediatría, Obstetricia y Ginecología, unidades de abordaje de Infecciones de Transmisión Sexual y Salud Mental.

No sólo se deben incluir actuaciones sanitarias sobre el problema in situ, o sobre una situación concreta de maltrato, sino que también comprenden actuaciones de prevención, detección, protección, rehabilitación, etc. Y no sólo sanitarias sino que también es fundamental la participación de profesionales del ámbito Trabajo Social, Jurídico, Fuerzas y Cuerpos de Protección del Estado, Asociaciones, etc.

En Andalucía, el texto base es el **Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante**

la Violencia de Género, actual 4ª edición de 2024, y se refiere a cualquier forma de violencia y malos tratos ejercidas contra las mujeres, aunque las actuaciones que se proponen están más centradas en la violencia ejercida por la pareja o expareja, por entender que es la violencia más frecuente y al mismo tiempo invisibilizada en nuestros entornos. Además de este Protocolo, hay TRES documentos más que guían las actuaciones profesionales en casos concretos, que son:

- **Protocolo de actuación sanitaria desde el ámbito de las urgencias ante la violencia de género (2024).**
- **Protocolo de actuación y coordinación sanitaria ante agresiones sexuales en Andalucía (2024).**
- **Abordaje integral de víctimas de sumisión química y/o agresión por objeto punzante (2023).**

Se incluyen contenidos de los mismos en diferentes apartados de este mismo tema.

Los **Objetivos del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género** son:



1. Proporcionar pautas de actuación homogéneas ante la violencia contra las mujeres a las y los profesionales de ámbito sanitario, mediante la actualización del conocimiento, basado en la experiencia y la evidencia científica de los últimos años.
2. Continuar las actuaciones de sensibilización del personal sanitario como herramienta clave para abordar la violencia contra las mujeres.
3. Proporcionar al personal sanitario herramientas para la toma de decisiones en la intervención con las mujeres en situaciones de violencia de género, resaltando la importancia de colaborar y coordinarse con profesionales y recursos dentro y fuera del sistema sanitario.
4. Dar a conocer al personal sanitario las consecuencias de la violencia contra las mujeres en la salud y en el desarrollo físico, psicológico y social de sus hijos e hijas para que se les proporcione la atención sanitaria que precisen.
5. Hacer visibles las situaciones de especial vulnerabilidad que dificultan en las mujeres el reconocimiento de la violencia y la toma de decisiones para terminar con las situaciones que las producen.
6. Visibilizar la violencia de género como un problema de Salud Pública.

5. Prevención de la violencia de género desde los servicios sanitarios

TABLA 3

Prevención de la violencia de género desde los servicios sanitarios

SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN DE PROFESIONALES
<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la formación continuada del personal sanitario en prevención, detección precoz de la violencia y atención integral a la mujer y a sus hijos e hijas. Se debe enfatizar en la formación en competencias culturales, de derechos humanos y sobre distintos contextos de vulnerabilidad ante el maltrato. - Llevar a cabo sesiones clínicas multidisciplinares sobre casos reales que hayan sido abordados en el centro o servicio. - Realizar sesiones con profesionales de otras instituciones. En el caso de sesiones para el abordaje relativo a hijos o hijas que presencian o han presenciado violencia hacia su madre cobran especial relevancia las sesiones con profesionales de pediatría, profesionales del sector educativo y de servicios sociales. - Dar a conocer la importancia de las actuaciones relativas a detección, valoración y actuación en los y las menores que presencian violencia de género. - Prestar también atención al autocuidado del personal sanitario.
ATENCIÓN A LA SALUD INTEGRAL DE LAS MUJERES
<ul style="list-style-type: none"> - Informar a las mujeres de que la violencia es un tema objeto de atención sanitaria y que se les puede ofrecer ayuda, mediante carteles y folletos colocados en lugares visibles. - Fomentar en ellas actitudes, valores y actividades que favorezcan la autonomía personal y el ejercicio de sus derechos individuales, incluidos los sexuales y de relaciones sociales, desde la participación en actividades grupales dentro y fuera del sistema sanitario que incrementen su desarrollo psicosocial y su autocuidado. - Incluir, en las actividades de educación para la salud y en los grupos de educación maternal, contenidos de sensibilización y prevención de la violencia contra las mujeres.



TABLA 3 (Continuación)

Prevencion de la violencia de género desde los servicios sanitarios

INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO COMUNITARIO
<ul style="list-style-type: none">- Colaborar con asociaciones comunitarias a través de talleres, jornadas y charlas sobre dicha violencia explicando el papel del personal sanitario.- Proponer y participar en acciones, campañas o jornadas que estén realizando las instituciones y organizaciones sociales, especialmente en mujeres vulnerables.- Colaborar con el entorno escolar para favorecer modelos coeducativos eficaces como forma de prevención de la violencia hacia las mujeres.

Especialmente importante es la prevención en adolescentes para abordar las relaciones en igualdad, los primeros vínculos afectivos, situaciones de control, etc. Debe mencionarse aquí el Programa Forma Joven desarrollado en Andalucía.

La ATENCIÓN A MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO YA ESTABLECIDA se estructura en TRES FASES: DETECCIÓN, VALORACIÓN, Y PLANES DE ACTUACIÓN.

6. Detección de situaciones de violencia de género

En relación a la Detección de las situaciones de violencia, de acuerdo con la OMS, las funciones mínimas a desarrollar desde el sistema sanitario son las siguientes:

- Estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato y hacer su seguimiento. Mantener una actitud alerta, realizar búsqueda activa y reconocimiento de Indicadores Sospecha Malos Tratos (ISMT)
- Ofrecer atención sanitaria integral y registrarla en la Historia Clínica
- Indagar acerca de los antecedentes de la violencia y escuchar atentamente, sin presionar a la mujer para que hable. Preguntar con regularidad a las mujeres sobre la existencia de la violencia como tarea habitual.
- Ayudar a la mujer a entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo.

- Informar y remitir a las mujeres a los recursos disponibles de la comunidad.
- Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida.
- Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso.
- Mantener una actitud libre de prejuicios que apoye lo que la mujer está expresando, evitar culpabilizar, facilitar que busque ayuda.
- Coordinarse con otras instituciones y profesionales (Pediatría, Obstetricia, Salud Mental, etc)
- Colaborar en dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos.
- Identificar barreras para la detección.

Debe investigarse de forma rutinaria la posibilidad de maltrato en toda mujer que acuda a consulta. De forma oportunista a mujeres



mayores de 14 años que acuden a consulta de Atención Primaria, y también detección precoz en gestantes durante su seguimiento en primer, segundo, tercer trimestre, y la visita puerperal. Es importante destacar que no se deben hacer preguntas sobre detección si la mujer acude a consulta acompañada. Tampoco puede preguntarse si la mujer no habla español y no hay posibilidad de comunicarse con claridad.

Para iniciar la detección, hay que constatar que la mujer ACEPTA ser preguntada, y se

aborda invitandola a participar en un programa de detección en el que tienen que responder a 3 preguntas (+ 1 previa: 1-¿Ha tenido una pareja durante el último año, o la tiene actualmente?)

Son **dos test validados en España**; el Cuestionario Woman Abuse Screening Tool (WAST) versión corta usado como cribado, y la primera pregunta del Cuestionario Abuse Assessment Screen (AAS) que es para confirmación.

TABLA 4

Test para detección

WAST	1. En general, ¿cómo describiría su relación con su pareja? Mucha tensión (1 punto) Alguna tensión (o puntos) Poca tensión (o puntos)
	Con mucha dificultad (1 punto) Con alguna dificultad (o puntos) Sin dificultad (o puntos)
AAS	3. En los últimos 12 meses ¿ha sufrido maltrato emocional, físico o sexual por parte de su pareja o por una persona importante para usted? Sí No

RESULTADO NEGATIVO	RESULTADO SOSPECHA	RESULTADO POSITIVO
0 puntos en WAST y respuesta "no" en AAS	1 o 2 puntos en WAST y "no" en AAS	0, 1 o 2 puntos en WAST y respuesta "sí" en AAS

En lo casos en los que NO SE DETECTE SITUACIÓN DE MALTRATO, se repetirá el instrumento de detección temprana en 1 año si es un caso de SOSPECHA o en 2 años si no lo es (NEGATIVO), antes si aparecen indicadores de sospecha.

De forma complementaria a estos instrumentos o también de forma inicial, hemos de tener en cuenta los siguientes **Indicadores de Sospecha de Malos Tratos (ISMT)**:

TABLA 5

Indicadores de Sospecha Malos Tratos (ISMT)

Antecedentes de violencia	<ul style="list-style-type: none"> - Haber vivido otras relaciones de maltrato con la pareja. - Haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia, abusos y/o agresiones sexuales.
Antecedentes personales y hábitos de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Lesiones frecuentes. - Problemas frecuentes: dolores, trastornos del sueño y la alimentación. - Abuso de alcohol, psicofármacos u otras drogas.
Problemas gineco-obstétricos	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de control de la fecundidad (muchos embarazos, embarazos no deseados o no aceptados). - Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos. - Dispareunia, dolor pélvico, infecciones repetidas, anorgasmia o dismenorrea. - ITS no justificables con las prácticas sexuales referidas. - Demanda repetida de métodos anticonceptivos de emergencia argumentando múltiples incidentes. - Historia de abortos repetidos. - Hijos de bajo peso al nacer. Problemas en la recuperación puerperal. - Retraso en la solicitud de atención prenatal.
Síntomas psicológicos frecuentes	<ul style="list-style-type: none"> - Insomnio. - Depresión. - Ansiedad. - Trastornos de estrés postraumático. - Intentos de suicidio. - Baja autoestima. - Agotamiento psíquico. - Irritabilidad. - Trastornos de la conducta alimentaria. - Labilidad emocional. - Abuso de psicofármacos.
Aspectos sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento, escasas relaciones y actividades fuera de la familia. - Bajas laborales. - Absentismo laboral.
Síntomas físicos frecuentes	<ul style="list-style-type: none"> - Cefaleas, - Cervicalgia. - Dolor crónico en general. - Mareo. - Molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, etc.). - Molestias pélvicas. - Dificultades respiratorias. - Síntomas inespecíficos.

TABLA 5 (*Continuación*)

Indicadores de Sospecha Malos Tratos (ISMT)

Utilización de servicios sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> - Alterna periodos de hiperfrecuentación y de abandono (largas ausencias). - Incumplimiento de citas o tratamientos. - Frecuentes hospitalizaciones. - Acudir con la pareja cuando antes no lo hacía.
Situaciones de mayor vulnerabilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Situaciones de cambio vital: Embarazo y puerperio, noviazgo, separación, jubilación propia o de la pareja. - Situaciones que aumentan la vulnerabilidad: <ul style="list-style-type: none"> - Tener hijas o hijos y personas dependientes a su cargo. - Aislamiento tanto familiar como social. - Migración, tanto interna o nacional como extranjera. - Enfermedad discapacitante. - Dependencia física o económica. - Dificultades laborales y desempleo. - Ausencia de habilidades sociales. - Situaciones de exclusión social (trata, prostitución, pobreza).
Características de las lesiones	<ul style="list-style-type: none"> - 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, cara interna de los brazos o 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. - Rotura de timpano.
Actitud de la mujer	<ul style="list-style-type: none"> - Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, se altera por ejemplo al abrirse la puerta.... - Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza. - Autoestima baja. - Sentimientos de culpa. - Estado de ansiedad o angustia, irritabilidad. - Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil, evita mirar a la cara. - Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones. - Falta de cuidado personal. - Justifica sus lesiones o quita importancia a las mismas. - Si está presente su pareja, temerosa, sumisa, buscando constantemente su aprobación. - Contradicción entre su versión y la que da su pareja, o cambia su versión cuando está sola.

TABLA 5 (*Continuación*)

Indicadores de Sospecha Malos Tratos (ISMT)

Actitud de la pareja	<ul style="list-style-type: none">- No quiere dejarla sola con el personal sanitario.- Muy controlador, siempre contesta él o, por el contrario, desprecioso, despectivo o intenta banalizar los hechos.- Excesivamente preocupado o solícito con ella.- A veces colérico u hostil con ella o con el profesional.
Durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none">- Inicio tardío de las visitas de control prenatal.- Lesiones en zona abdominal y otras partes sin justificación adecuada o minimización de su importancia.- Accidentes o lesiones físicas durante el embarazo.- Embarazo en la adolescencia.- Poco o ningún interés en asistir a las clases de preparación al nacimiento y crianza.- Antecedentes: abortos de repetición, bajo peso al nacer, sufrimiento fetal.
Durante el puerperio	<ul style="list-style-type: none">- Desgarros y dehiscencia de la episiotomía.- Mala o lenta recuperación post-parto.- Petición de anticoncepción lo antes posible por presión de la pareja a reiniciar relaciones sexuales.- Mayor incidencia de hipogalactia y fracaso de la lactancia natural.- Depresión post-parto que no remite, con ansiedad en la relación madre-bebé.- Retraso en la visita neonatal.
En mujeres con discapacidad	<ul style="list-style-type: none">- Depresión, dificultad en la comunicación e interrelación.- Inseguridad, baja autoestima.- Estado de sedación, nerviosismo.- Disfunción motora ajena a la discapacidad; deterioro de la capacidad física residual.- Miedo a relacionarse con otras personas.- Excesiva dependencia de la pareja.- Escasa o nula participación en actividades familiares o sociales.- Desnutrición, frecuentes enfermedades ajena a la discapacidad.- Vestuario inadecuado en relación al tiempo atmosférico y a la discapacidad de la persona, ropa sucia.- Largos períodos sin atención por parte de la pareja.- Problemas físicos agravados por falta de tratamiento.

TABLA 5 (*Continuación*)

Indicadores de Sospecha Malos Tratos (ISMT)

Mujeres inmigrantes	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de redes de apoyo familiar y social. - Mujeres recién llegadas al país. - Barrera idiomática que dificulta la expresión de sus problemas. - Situación de irregularidad administrativa. - Dependencia económica o situación laboral precaria. - Desconocimiento de los recursos.
----------------------------	---

TABLA 6

Indicadores de sospecha de malos tratos a partir de los hijos e hijas

<ul style="list-style-type: none"> - Daños o lesiones corporales. - Accidentes frecuentes. - Alteraciones del desarrollo. - Síntomas de estrés postraumático, fobias, ansiedad, trastornos disociativos. - Síntomas depresivos e intentos de suicidio. - Trastornos del sueño, insomnio, pesadillas. - Trastornos del control de esfínteres. - Trastornos de la alimentación. - Dificultades de aprendizaje y socialización, conductas de juego alteradas. - Hipervigilancia, irritabilidad, adopción de comportamientos de sumisión o de violencia (verbal y/o física).
--

7. Valoración de la situación de maltrato

Una vez realizada la Detección, metodológica y sistemáticamente, la entrevista de VALORACIÓN INICIAL de MALTRATO completada en la Historia Clínica debe incluir:

- Situación biopsicosocial.
- Situación de maltrato.
- Fase de proceso de cambio.
- Valoración de la seguridad y el riesgo.

En el Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género se proponen unos modelos de preguntas tipo para abordar en consulta la situación de sospecha de maltrato, en función de si es por informa-

ción derivada de los antecedentes generales o motivos de consulta (actual o anteriores), antecedentes de dispareunia o dolor pélvico, en función del tipo de lesiones que presenta, trastornos emocionales, ansiedad, miedos o tensión, relaciones sociales y amistades, o intento de autolisis.

La situación con adolescentes es complicada y debería abordarse o preguntarse SIN presencia de madre, padre, tutor o cualquier acompañante.

En la **Historia Digital, dentro de la pestaña Escalas y Cuestionarios, pestaña Valoración de Riesgos, debemos usar la Hoja de Valoración Inicial del Maltrato**. Los Códigos

gos que debemos registrar en esta Valoración serán en función de si la mujer reconoce o no los malos tratos:

- **ISMT:** Indicadores Sospecha Malos Tratos. Se sospecha o se ha detectado, sin confirmación, una situación de maltrato.
- **CMT:** Confirmación Malos Tratos.

Es importante en esta entrevista:

- Consultar la información disponible en su Historia Clínica de Salud.
- Ver a la mujer a solas: preparar una estrategia clínica, como la necesidad de realizar una cura o cualquier otra técnica para dejar la mujer a solas con el personal sanitario.
- Asegurar la intimidad y confidencialidad, evitando las interrupciones, haciéndolo saber al resto del personal sanitario.
- Crear un clima de confianza.

- Observar actitudes y estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal).
- Facilitar la expresión de sentimientos.
- Mantener una actitud empática, que facilite la comunicación, con una escucha activa.
- Explorar creencias educacionales, culturales, religiosas... que puedan enmascarar abusos que no son considerados como tales por la mujer.
- No escatimar tiempo (15-20 minutos).
- Seguir una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas.
- Expresar que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.
- Abordar directamente el tema de la violencia. Preguntar de forma clara.

Y por otra parte es también importante tener en cuenta lo que NO hacer:

TABLA 7

Actitudes y comportamientos a evitar durante la entrevista

- Evitar con nuestras actitudes dar órdenes, sermonear, desaprobar, interrogar, imponer criterios, ironizar e interpretar, emitir juicios, "ponerse persuasivo/a".
- Adoptar excesivo dramatismo: la mujer podría sentirse presionada para tomar una decisión.
- Pedir a la mujer que relate a distintos profesionales el proceso de maltrato ya que supone la revictimización de la mujer.
- Culpabilizar a la mujer. Criticar la actitud o ausencia de respuesta de la mujer, o usar frases como "*¿Por qué sigue con él? Si usted quisiera acabar, se iría...*
- Racionalizar, banalizar o justificar la violencia del maltratador.
- Infravalorar la sensación de peligro de la mujer.
- Dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente, ni dar falsas esperanzas.
- Utilizar una actitud paternalista, o imponer criterios o decisiones.
- Prescribir fármacos que disminuyan la capacidad de reacción de la mujer (ansiolíticos, antidepresivos...).
- Indicar terapia de pareja y derivar a mediación familiar (está contraindicado).
- Hablar con el maltratador para contrastar la información que proporciona la mujer.
- Recurrir a la derivación como primera intervención (salvo casos de peligro inminente).

La información obtenida de esta entrevista y Valoración se estructura en estos 4 apartados:

- **Situación Bio-Psico-Social**

- Situación clínica: lesiones y síntomas físicos, estado emocional y/o psicológico.
- Situación familiar y red de apoyo social.
- Situación económica, laboral y ocupacional.
- Se le debe informar de las exploraciones que se realizan y su finalidad.

- **Situación de maltrato; tipo, duración e intensidad**

- Tipo de maltrato: Psíquico, físico y/o sexual.

- Historia de maltrato (duración, frecuencia, intensidad). Desde cuándo lo sufre, cada cuánto tiempo se produce, cada cuánto ocurren los episodios de mayor intensidad. Si alguna vez ha denunciado esto y en qué momento lo ha hecho (fase de acumulación de tensión, de explosión o agresión).
- Comportamientos de su pareja con ella después del maltrato (se muestra arrepentido, le hace promesas de cambio, etc.).
- A nivel familiar y social; si ha habido agresiones a otras personas o familiares. Mecanismos de afrontamiento desarrollados por parte de la mujer.

TABLA 8

Fase del proceso de cambio (según modelo de Prochaska y DiClemente)

Precontemplativa
<p>La mujer no tiene conciencia del problema.</p> <ul style="list-style-type: none"> – No reconoce la conducta del maltratador como abusiva. – Puede ver su relación de pareja como normal. – No tiene intención de hacer cambios en su relación. <p>Formas de reaccionar de la mujer:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Negar la relación de maltrato. – Defender al maltratador (ej.: "es un buen padre"). – Autoculpabilizarse (ej.: "si la cena hubiese estado a tiempo, no me habría pegado"). – Culpabilizar a los demás (ej.: "si mis amigas no vinieran tan frecuentemente, si los niños no hicieran tanto ruido..."). – Minimizar el problema (ej.: "esto ocurre en todas las parejas; no es para tanto...").
Contemplativa
<p>Empieza a tomar conciencia de que existe una relación abusiva y/o problemática y puede ocultarlo o revelarlo.</p>
Preparación
<p>La mujer va realizando pequeños cambios .</p> <ul style="list-style-type: none"> – Empezar a desarrollar actividades de ocio, ampliar la red social, etc. – Pueden aparecer sentimientos de ambivalencia respecto de su relación y de la decisión de separarse de su pareja.

TABLA 8 (*Continuación*)

Fase del proceso de cambio (según modelo de Prochaska y DiClemente)

Acción
Hace cambios manifiestos para mejorar su situación respecto del maltrato. – Empezar a buscar trabajo (si no lo tenía anteriormente). – Participar en algún grupo de apoyo. – Buscar asesoramiento legal para el proceso de separación.
Mantenimiento
Reaparecen sentimientos de ambivalencia hacia el maltratador y su situación anterior.
Recaída
La mujer vuelve a vivir una situación de violencia.

Las mujeres en situación de maltrato hacen una media de 7-8 intentos antes de conseguir separarse completamente del maltratador. A pesar de que vuelve con la pareja y continue el maltrato, es posible que la crisis personal de la mujer y la intervención profesional, le hayan ayudado a progresar y no vuelva exactamente al punto de partida.

• **Valoración de Seguridad y Riesgo**

Si la mujer **no confirma los malos tratos**, la valoración debe ir dirigida a detectar **Situaciones Objetivas de Riesgo**, que podrán **comunicarse a Fiscalía** (la mujer no realiza denuncia):

TABLA 9

Elementos de Situación Objetiva de Riesgo (SOR)

- La existencia de amenazas a la integridad física/psíquica/sexual de los y las menores de edad.
- La mujer teme por la integridad de los y las menores de edad.
- Acuden familiares o personas allegadas a pedir ayuda ante la imposibilidad e hacerlo la propia mujer.
- En el domicilio existen armas de fuego o blancas que se utilizan con carácter intimidatorio.
- Cuando haya menores que presencien el maltrato.
- Malos tratos a hijos, hijas y otros miembros de la familia.
- Cuando la mujer amenace con suicidarse o lo haya intentado.
- Constatación del aumento de la gravedad de las agresiones y/o su frecuencia (curva ascendente de violencia).
- Existencia de amenazas de muerte reiteradas (a la mujer o a menores que convivan con ella).
- Cuando la mujer haya intentado en diversas ocasiones separarse del maltratador.
- Cuando el inicio de los trámites de separación conlleve un aumento de la violencia en base a amenazas, o cuando las amenazas o el acoso se dan a pesar de estar separados.
- Cuando resida en un sitio aislado que le impida recurrir a los servicios sociales o de igualdad y en especial, a los policiales.
- La mujer presenta enfermedad crónica invalidante.
- Está sometida a medicación que implica anulación de la voluntad o la presenta claramente disminuida.



TABLA 9 (*Continuación*)

Elementos de Situación Objetiva de Riesgo (SOR)

- Discapacidad física, psíquica o sensorial del maltratador o de la mujer.
- El maltratador presenta un trastorno mental grave.
- El maltratador consume bebidas alcohólicas o sustancias psicotrópicas.
- Existencia de amenazas de suicidio y/o homicidio por parte del maltratador.
- Manifestaciones de celos extremos, control obsesivo de las actividades diarias de la mujer, adonde va, con quién está o cuánto dinero tiene.
- Negación, justificación o ausencia de arrepentimiento expresada por el maltratador.
- El maltratador tiene antecedentes policiales/penales o de Agresor por Violencia de Género.
- Mujer extranjera.
- Mujer con falta de apoyo familiar.
- Antecedentes de Violencia de Género.
- Otras denuncias por Violencia de Género.
- La mujer no tiene conciencia de la gravedad de la situación,
- Cualquier otra situación análoga a las anteriores que el personal sanitario considere como evidencia de que la víctima (mujer, menores o personas convivientes en el domicilio familiar) se encuentra en peligro de sufrir violencia de género.

Si la mujer **confirma los malos tratos (CMT)**, entonces la valoración de seguridad se completa con la verificación de si existe **Situaciones de Peligro Extremo**,

para comprobar si la situación pone en riesgo inminente su integridad física o psíquica o la de sus hijos o hijas u otras personas convivientes:

TABLA 10

Situaciones de Peligro Extremo

- Lesiones graves que requieran ingreso hospitalario.
- El maltratador no respeta la Orden de Alejamiento.
- Aumento de la intensidad y frecuencia de la violencia.
- Agresiones durante el embarazo, el postparto o la lactancia.
- Abusos sexuales repetidos.
- Comportamiento violento fuera del hogar.
- El maltratador la ha retenido contra su voluntad.
- Retirada de la denuncia, renuncia de la Orden de Protección o reanudación de la convivencia.
- Verbalización de "miedo" por parte de la mujer.
- La percepción de peligro, tanto de ella como para otros miembros del entorno familiar, se define por sí sola como de peligro extremo.

8. Actuaciones

A partir de las valoraciones realizadas anteriormente, y en función de estas, se inician y se desarrollan labores de información a la mujer, atención y trabajo con la misma, y derivaciones necesarias. Será importante colaborar con profesionales de Trabajo Social, equipos de Salud Mental, y en caso de afectación a hijos/as, profesionales de Pediatría, atención psicológica a menores, equipos de atención psicopedagógica, etc. También se incluye a equipos de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, unidades jurídicas, organizaciones sociales como ONGs y centros de ayuda.

Destacamos aquí a los Equipos de Atención a la Mujer (EAM): Se trata de unidades profesionales multidisciplinares (profesionales de Psicología, Trabajo Social y Enfermería) para la atención integral a mujeres en situación de violencia de género y a las personas que dependen de ella, enfocados en la detección precoz, atención integral, intervención inmediata y coordinación interinstitucional, dirigidos a favorecer el empoderamiento de las mujeres y el acceso a los recursos psicológicos, económicos, jurídicos y sociales en un plazo no superior a 24 horas, garantizando un acompañamiento continuo de la mujer.

8.1. Existen recomendaciones generales de actuación

- Tener en cuenta la decisión de la mujer, respetando sus tiempos e informarle de sus derechos.
- En la entrevista, atender a las recomendaciones de las fases del proceso del cambio:
 - En fase Precontemplativa:
 - Hacer una devolución a la mujer su estado de salud relacionando el motivo de consulta urgente con su situación de maltrato. “*Creo que la ansiedad que me refiere está relacionada con una situación que le hace sentirse mal. A veces esto pasa con algún problema que hay en casa*”.

nada con una situación que le hace sentirse mal. A veces esto pasa con algún problema que hay en casa”.

- Fomentar la auto-eficacia “*Por lo que me ha contado* (por ejemplo, si ha referido que tiene trabajo fuera de casa o cuida de sus hijas e hijos) *en esta situación difícil usted está saliendo adelante*”.
- Proponer hablar de este tema con su médico o médica de familia.
- En fase Contemplativa:
 - Visibilizar y nombrar lo que está ocurriendo en su relación de abuso, sin culparla, relacionándolo con los hallazgos de la valoración. “*...me ha comentado que ha discutido hoy con su pareja y en el enfado él ha...*” (citar la conducta del hombre relacionada con algún tipo de violencia o falta de respeto) *¿Por qué cree usted que lo ha hecho? ¿Cómo lo interpreta?*
 - Analizar con ella el ciclo de la violencia. Reflexionar sobre tres episodios de violencia: el primero, el más grave y el último.
 - Se le propone que sitúe estos episodios en un gráfico y los valores de 0 (no tensión ni peligro) a 10 (máxima tensión y peligro).
 - Prestar especial atención al reconocimiento de la tensión y la agresión.
 - Señalar la importancia de reconocer la fase de arrepentimiento del maltratador como estrategia para continuar con la relación. Demostrar la existencia real de una situación de maltrato.
 - Apoyar y dar valor a las decisiones que tome.

- Advertir sobre la importancia del riesgo que supone compartir esta información con su pareja.
- Enfatizar lo contraproducente de intentar convencer a su pareja o de negociar con él, ya que no es útil y puede ser peligroso.
- **En fase de Preparación: entrevista motivacional:**
 - Escuchar los planes de la mujer y expresar la importancia de los esfuerzos que está realizando.
 - Analizar objetivamente la situación actual y, si en el pasado intentó hacer cambios y qué ocurrió.
 - Insistir en que esta fase y la siguiente (acción) son de un riesgo especial, ya que el maltratador, cuando observa que la situación empieza a escapar a su control, puede aumentar la intensidad y frecuencia del maltrato. Por lo tanto, es conveniente revisar el Plan de Seguridad con ella.
 - Es imprescindible valorar y consensuar con la mujer la derivación y/o coordinación con Trabajo Social o con recursos disponibles de la zona (municipales, de igualdad...).
- **En fase de Acción y Mantenimiento:**
 - Reafirmar y automotivar a la mujer en su proceso de reflexión y del inicio del cambio.
 - Ayudar a replantear objetivos.
 - Coordinación con los otros recursos dentro y fuera del equipo.
 - Mantener la seguridad y protección de la mujer.
- **En fase de Recaída:**
 - Mostrar nuestra empatía y cercanía.
 - Evitar caer en desánimo o en sentimientos de fracaso. Ej: usted no es la única.
- Tener presente que el maltrato es un proceso en el que se produce desvalorización y baja autoestima de las mujeres que lo sufren.
- Identificar nuestra frustración e incomprendición como profesionales para evitar dirigir nuestra agresividad hacia ellas.
- Registrar en el Módulo de Maltrato contra las mujeres de la Historia Digital de Salud todas las actuaciones realizadas. Puede servir como prueba importante en un proceso judicial.
- Establecer medidas de protección para la mujer. Valorar si existe una SOR o Situación de Peligro Extremo independientemente de la fase de cambio en la que se encuentre. El objetivo es la seguridad y protección de la mujer y de sus hijos e hijas.
- Garantizar la protección de la mujer durante la actuación sanitaria y los traslados necesarios.
- Nunca deberá estar acompañada del supuesto maltratador. En el caso de que existan dudas acerca del acompañante, se le indicará que permanezca en otro lugar por motivos asistenciales.
- Activar los recursos en situaciones de riesgo: Protocolo de Protección del Centro.
- Solicitar la colaboración de las FYCS cuando sea necesario, es decir:
 - Ante una situación de Peligro Extremo confirmado por la mujer.
 - Cuando existan lesiones de pronóstico grave o muy grave si no ha sido llevada al centro sanitario por las FYCS.
 - Si hay un incumplimiento por parte del maltratador de la Orden de Alejamiento o de Protección.
- Comunicar la situación al personal de Trabajo Social del centro.

- Informar a la mujer sobre recursos y derivación a otros recursos en función de las necesidades, una vez proporcionada la atención y cuidados asistenciales
- Indagar sobre la posibilidad de malos tratos a otros miembros de su familia. Si hay hijos o hijas a su cargo, ponerse en contacto con personal relacionado con la salud de menores para valorar el alcance del maltrato.
- Tener en cuenta las dificultades específicas de las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad
- No recomendar nunca terapia de pareja o mediación familiar.
- Mantener estrecha coordinación y colaboración con otras instituciones y servicios no sanitarios

8.2. Y Planes de actuación específicos en función de la situación

A. Plan de Atención a la mujer que puntúa sospecha o negativo en detección de maltrato, presenta indicadores de sospecha y no se encuentra en situación objetiva de riesgo (ISMT SIN SOR)

1. **Atención integral/interdisciplinar** de los problemas físicos/psicológicos/sociales de la mujer.
2. **Registrar en la Historia Clínica** la sospecha de maltrato ISMT.
3. El EBAP (profesionales de medicina, enfermería y trabajo social indistintamente) realizará la **entrevista de Valoración Inicial de Maltrato** (Historia clínica) para valorar la situación biopsicosocial, la situación de maltrato, la fase del proceso de cambio y la valoración de la seguridad y el riesgo.
4. **Seguimiento por el EBAP.**

B. Plan de Atención a la mujer que puntúa sospecha o negativo en detección de maltrato, presenta indicadores de sospecha y se encuentra en situación objetiva de riesgo (ISMT CON SOR)

1. **Atención integral/interdisciplinar** de los problemas físicos/psicológicos/sociales de la mujer.
2. **Registrar en la Historia Clínica** la sospecha de maltrato ISMT.
3. El EBAP (profesionales de medicina, enfermería y trabajo social indistintamente) realizará la **entrevista de Valoración Inicial de Maltrato** (Historia clínica) para valorar la situación biopsicosocial, la situación de maltrato, la fase del proceso de cambio y la valoración de la seguridad y el riesgo.
4. Se enviará la **Comunicación a Fiscal Delegado/a contra la Violencia a la Mujer** ante sospecha de malos tratos (Anexo 7), anotando dicha actuación en la Historia Clínica.
5. **Derivación.** Se programará una **CITA con el EAM de referencia.**

(Los Anexos referidos son los contenidos en el Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género).

C. Plan de Atención a la mujer que puntúa positivo en detección de maltrato, pero no se encuentra en peligro extremo (CMT SIN PE)

1. **Atención integral/interdisciplinar** de los problemas físicos/psicológicos/sociales de la mujer.
2. El EBAP (profesionales de medicina, enfermería y trabajo social indistintamente) realizará la **entrevista de Valoración Inicial de Maltrato** (Historia clínica) para valorar la situación biopsicosocial, la situación de maltrato, la fase del proceso de cambio y la valoración de la seguridad y el riesgo.

3. **Registrar en la Historia Clínica** la sospecha de maltrato CMT.
4. **Registrar los Códigos CIE-10** correspondientes (Anexo 5). Puede servir como prueba importante en un proceso judicial.
5. **Informar a la mujer de que la legislación protege sus derecho e integridad.**
La violencia contra las mujeres es un delito y tiene derecho a denunciarlo. Si desea hacerlo, puede llamar desde el centro a FYCS para formalizar la denuncia.
6. **Emitir el Parte al Juzgado** (Anexo 6). Leerle el contenido del Parte al Juzgado y explicarle las consecuencias. Realizar, cuando sea posible, fotografías de las lesiones previo consentimiento informado por escrito.
7. **Derivación:** se programará una **CITA PREFERENTE con el EAM de referencia.**
8. El EAM garantizará el acompañamiento continuado en todo el proceso, establecerá un plan individualizado de trabajo psicosocial con el objetivo de potenciar el empoderamiento, la capacidad de decisión, el asesoramiento y el mantenimiento de su seguridad y protección. Se valorarán también la derivación de la mujer al resto de instituciones, previo consentimiento informado escrito (Anexo 10) y a través de citas preestablecidas. Se coordinará con la unidad de Pediatría y Trabajo Social del centro de Atención Primaria de la mujer en caso necesario.
9. **Seguimiento.** Además de la derivación a este recurso especializado, es preciso que la mujer siga contando con el apoyo y la atención del EBAP que, estando en conocimiento de esta situación, seguirá atendiendo con especial sensibilidad las demandas de salud y atención que cada mujer pueda tener. Como se ha visto en la introducción de este Protocolo, la violencia de género tiene un gran impacto en la salud de quienes la sufren pudiendo manifestarse a tra-

vés de distintos síntomas y dolencias. Así pues, la labor de los médicos y médicas de Atención Primaria es clave para restaurar la salud de las mujeres víctimas de género en aquellos casos en que se vea afectada.

(Los Anexos referidos son los contenidos en el Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género).

D. Plan de Atención a la mujer que puntúa positivo en detección del maltrato y se encuentra en peligro extremo (CMT CON PE)

1. **Atención integral/interdisciplinar** de los problemas físicos/psicológicos/sociales de la mujer.
2. El EBAP (profesionales de medicina, enfermería y trabajo social indistintamente) realizará la **entrevista de Valoración Inicial de Maltrato** (Historia clínica) para valorar la situación biopsicosocial, la situación de maltrato, la fase del proceso de cambio y la valoración de la seguridad y el riesgo.
3. **Registrar en la Historia Clínica** la confirmación del maltrato CMT.
4. **Registrar los Códigos CIE-10** correspondientes. Puede servir como prueba importante en un proceso judicial (Anexo 5).
5. **Informar a la mujer de que la legislación protege sus derecho e integridad.**
La violencia contra las mujeres es un delito y tiene derecho a denunciarlo.
6. **Activar FyCSE** para su protección.
7. **Explorar la situación familiar y la red de apoyo social con que cuenta.**
8. **Emitir el Parte al Juzgado** (Anexo 6). Leerle el contenido del Parte al Juzgado y explicarle las consecuencias. Realizar, cuando sea posible, fotografías de las lesiones previo consentimiento informado por escrito.



9. **Explicar a la mujer cómo protegerse** ante una situación de peligro extremo (Anexo 8. Estrategia de Seguridad).
10. **Derivación:** se programará una **CITA URGENTE con el EAM de referencia.**
11. El EAM garantizará el acompañamiento continuado en todo el proceso, establecerá un plan individualizado de trabajo psicosocial con el objetivo de potenciar el empoderamiento, la capacidad de decisión, el asesoramiento y el mantenimiento de su seguridad y protección. Se valorarán también la derivación de la mujer al resto de instituciones, previo consentimiento informado escrito (Anexo 10) y a través de citas preestablecidas. Se coordinará con la unidad de Pediatría y Trabajo Social del centro de Atención Primaria de la mujer en caso necesario.
12. **Seguimiento.** Además de la derivación a este recurso especializado, es preciso que la mujer siga contando con el apoyo y la atención del EBAP que, estando en conocimiento de esta situación, seguirá atendiendo con especial sensibilidad las demandas de salud y atención que cada mujer pueda tener. Como se ha visto en la introducción de este Protocolo, la violencia de género tiene un gran impacto en la salud de quienes la sufren pudiendo manifestarse a través de distintos síntomas y dolencias. Así pues, la labor de los médicos y médicas de Atención Primaria es clave para restaurar la salud de las mujeres víctimas de género en aquellos casos en que se vea afectada.

(Los Anexos referidos son los contenidos en el Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género).

TABLA 11

Relación de anexos del protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género

- Anexo 1. Entrevista de valoración biopsicosocial.
- Anexo 2. Preguntas para valorar tipo, intensidad y duración del maltrato.
- Anexo 3. Recomendaciones para la actuación según la fase del proceso de cambio en la que se encuentra la mujer.
- Anexo 4. Recomendaciones para la entrevista motivacional.
- Anexo 5. Códigos CIE-10.
- Anexo 6. Parte al juzgado.
- Anexo 7. Comunicación a Fiscalía.
- Anexo 8. Estrategia de seguridad.
- Anexo 9. Protocolo de protección del centro.
- Anexo 10. Consentimiento informado para derivar a Centros de Información a la Mujer.
- Anexo 11. Evaluación de menores con exposición a la violencia de género.
- Anexo 12. Hoja de notificación a servicios especializados de menores.
- Anexo 13. Compromiso informado de prevención o declaración jurada de evitación de la Mutilación Genital Femenina.
- Anexo 14. Cesión de datos de carácter sanitario a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

8.2.1. Atención a hijos e hijas víctimas de violencia de género

Cuando la mujer tiene menores a su cargo, es obligada la coordinación con Pediatría además de con profesionales de Trabajo Social. Es necesario tener precaución porque el agresor puede localizar a la mujer a través de la información solicitada respecto a sus hijos e hijas.

La exposición de menores a las manifestaciones de violencia de género es un indicador de riesgo y desprotección de tipo emocional y hay que notificar esta circunstancia según las indicaciones del Protocolo de Intervención Sanitaria en casos de Maltrato Infantil.

Las indicaciones del Protocolo de Intervención Sanitaria en casos de Maltrato Infantil para notificar son las siguientes:

- Si la madre aún vive con el agresor y no puede responder a la demanda de su función protectora, siempre debe prevalecer el interés superior del menor.
- Hay que notificar al Servicio de Protección al Menor los considerados como casos graves:
 - El niño, niña o adolescente implicado en episodios de violencia física y/o verbal entre las figuras parentales y los

miembros de la unidad convivencial, que ha sufrido un daño físico o presenta síntomas de daño psíquico como consecuencia de ello.

- No habiendo sido testigo de estos episodios, se valora que hay un riesgo elevado de que se repitan y pongan en serio peligro su vida o integridad física (valorarlo según SOR de la madre).
- Se notificará a los Servicios Sociales el resto de situaciones relacionadas con violencia de género y consideradas como leves o moderadas que requieran valoración e intervención.

Las **NOTIFICACIONES** se realizarán:

- Al Juzgado de Guardia, a través del Parte al Juzgado realizado a la madre o Parte al Juzgado específico del menor si éste presenta lesiones físicas o psíquicas.
- A la Fiscalía de Violencia de Género, en casos de Situación Objetiva de Riesgo, cuando no hay denuncia de la madre.
- Al Servicio de Protección del Menor o Servicios Sociales, marcando la casilla Exposición a violencia de género en la Hoja de Notificación de posibles situaciones de riesgo y desamparo de la infancia y adolescencia.

9. Especificaciones de la atención de situaciones de violencia de género en servicios de urgencias

Los Servicios de Urgencias Extrahospitalarias y Hospitalarias son unos dispositivos sanitarios de fácil acceso y a los que pueden acudir las mujeres que están en situación de maltrato ante una necesidad inmediata de atención situándolos en una posición privilegiada para detectar e intervenir en situaciones de maltrato. No obstante, no suelen declararse dema-

siados casos a través de urgencias y los que se declaran son casi exclusivamente por lesiones físicas.

Las mujeres que sufren una situación de violencia consultan frecuentemente a los servicios sanitarios, entre los que destacan los servicios de urgencias. En muchas ocasiones,



estos servicios son el primer punto de contacto con el sistema sanitario de las mujeres que sufren violencia de género, al ser uno de los lugares más accesibles que encuentran para solicitar ayuda, aunque el motivo por el cual consultan no siempre es una lesión directa motivada por una agresión, sino que suele ser una manifestación encubierta. Las mujeres en situación de maltrato buscan atención en los servicios de urgencias entre 1,5 y 3 veces más que otras mujeres que no lo están, aunque se estima que sólo se diagnostican entre un 5 y un 15% de todos los casos.

En la fase de explosión o agresión del ciclo de la violencia en la que estalla la violencia y se produce la agresión ya sea psicológica, sexual, física, o una combinación de las anteriores, es cuando la mujer suele pedir ayuda en los Dispositivos de Urgencias y/o presentar una denuncia. Incluso en los momentos en los que la situación de violencia es muy explícita,

y la mujer puede venir acompañada de profesionales de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (FYCS) para recibir tratamiento de sus lesiones y/o para obtener un Parte al Juzgado o Informe Clínico, es importante aprovechar este momento para iniciar con la mujer una relación de ayuda que le permita solucionar este grave problema de salud.

A pesar de que los servicios sanitarios son un punto clave para el abordaje de este tipo de violencia, pocas veces los y las profesionales sospechan la existencia de esta situación. En ocasiones, las lesiones y los síntomas de las pacientes pueden ser graves y evidentes; aun así, las mujeres que acuden a urgencias por este problema pueden reconocer haber sufrido malos tratos o no.

En la práctica profesional diaria de la matrona en Unidades de Urgencias Gineco-obstétricas es especialmente interesante que destaquemos y recordemos relación de ISMT asociados:

TABLA 12
ISMT detectados en Unidades Gineco-Obstétricas

Indicadores gineco-obstétricos	- Nerviosismo excesivo en la toma de flujo para citología, sin lograr que la mujer se relaje. - Objeciones y dificultad o dolor ante el examen pélvico. - Vaginismo que impide introducir el espéculo. - Lesiones en vulva con heridas, hematomas o desgarros perineales cuyas explicaciones son incoherentes. - Dispareunia, dolor pélvico, dismenorrea. - Infecciones ginecológicas de repetición. - Anorgasmia. - Infecciones de transmisión sexual (ITS) no justificables con las prácticas sexuales referidas. - Mastalgia no justificada por mamas fibroquísticas. - Demanda repetida de métodos anticonceptivos de emergencia argumentando frecuentes incidentes. - Embarazo en la adolescencia. Embarazos no deseados. Ausencia de control de fecundidad (muchos embarazos). - Historia de abortos repetidos. Consulta frecuente por disminución de la percepción de movimientos del bebé. Sangrado vaginal durante embarazo. - Lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos. Visualización de hematomas en lugares no compatibles con caídas. - Problemas en la recuperación puerperal.
---------------------------------------	--

TABLA 12 (*Continuación*)

ISMT detectados en Unidades Gineco-Obstétricas

Indicadores de comportamiento de la mujer	<ul style="list-style-type: none"> - Se muestra ansiosa, evasiva o distraída, evitando el contacto visual. - Sentimiento de vergüenza y/o culpa. - Miedo a hablar delante de la pareja. - Actitud sumisa ante la pareja, buscando constantemente su aprobación. - Contradicción entre su versión de lo ocurrido y la que da la pareja, o cambia su versión cuando está sola. - Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones. - Falta de cuidado personal. - Justifica sus lesiones o les quita importancia. - En proceso de separación o divorcio.
--	--

Algunos ejemplos de preguntas dirigidas por síntomas o ISMT:

- En caso de antecedentes de dispareunia, dolor pélvico, etc:
 - ¿Sus relaciones sexuales son satisfactorias?
 - ¿Tienen relaciones sexuales cuando usted quiere, o solo cuando quiere su pareja?
 - ¿Le obliga su pareja a mantener relaciones sexuales?
 - ¿Alguna vez su pareja la ha agredido sexualmente?
- En caso de sospecha de violencia sexual (imposición de mantener una relación sexual contra su voluntad):
 - ¿Su pareja le obliga a tener relaciones sexuales contra su voluntad?
 - ¿Alguna vez se ha sentido obligada a mantener una relación sexual sin que lo deseara?
 - ¿Le fuerza a llevar a cabo prácticas sexuales que usted no desea?
 - ¿Se siente libre para decidir el uso del preservativo u otros métodos anticonceptivos?

– ¿Se siente respetada por su pareja en las relaciones sexuales? ¿Tiene en cuenta sus deseos? (Tabla 13)

El SET dispone de un programa de ayuda al triaje (web-e-PAT) incluido en Diraya, donde se pueden encontrar los motivos de consulta relacionados con la violencia de género pudiendo elegir el que más se adecue a la situación de consulta:

1. Agresión física intrafamiliar conyugal, síndrome del adulto maltratado.
2. Agresión psíquica intrafamiliar conyugal, malos tratos psicológicos/emocionales en el adulto.

El personal de enfermería es el que, en un primer contacto con la mujer durante la Clasificación Avanzada en Urgencias, realizará la primera valoración y podrá detectar la sospecha de maltrato a la mujer, y le preguntará por la causa de su malestar:

- Si la respuesta es negativa hacia Confirmación de Malos Tratos, se asignará Nivel de Prioridad según situación clínica y se anotará en el documento de Clasificación Avanzada las siglas ISMT, lo que confiere un grado más de preferencia respecto a otros pacientes con similar valoración clínica y Nivel de Prioridad.



TABLA 13

Asignación de prioridad de atención de urgencias en caso de violencia de género

La Valoración de la Prioridad, según el sistema SET (Sistema Español de Triaje) que contempla 5 niveles de prioridad, vendrá determinada por la gravedad de la situación clínica que presenta la mujer, junto con la confirmación del maltrato y como norma general, **el maltrato nunca podrá ser clasificado como Prioridad 4 o 5:**

Nivel 1 (Emergencia o Urgencia con riesgo vital inminente. Atención médica inmediata): Toda mujer con malos tratos que precise asistencia inmediata por la gravedad de su proceso o por compromiso vital (parada cardiorespiratoria, bajo nivel de conciencia, hemorragia digestiva evidente con signos de gravedad, disnea intensa y de reposo, etc.), será atendida en el Circuito de Emergencias.

Nivel 2 (Urgencia no crítica. Atención médica en menos de 7 minutos): Toda mujer con malos tratos que, sin presentar un compromiso vital inmediato, debe ser evaluada con la menor demora posible, siempre inferior a 7 minutos.

Nivel 3 (Urgencia demorable. Atención médica en menos de 30 minutos): Mujer con malos tratos con *situación clínica urgente demorable*. La espera de estas mujeres para recibir asistencia médica no debería superar los 30 minutos.

- Si la respuesta es afirmativa hacia CMT, se anotará con estas siglas y se asignará Nivel de Prioridad 1 o 2 si la situación clínica lo requiere, o Nivel 3 como menor, y en cualquier caso tendrá preferencia respecto a otros usuarios con Nivel 3 en ese momento.

Se recomienda, tras la Confirmación de Malos Tratos, poner en marcha un **Círculo específico de Violencia de Género**, habilitando un espacio tranquilo separado de la sala de espera general y sin distintivos que comprometan la confidencialidad de la mujer. Debe asegurarse la intimidad, seguridad y protección, con actuación conjunta y preferente dentro de su Nivel de Prioridad, por parte de Medicina y Enfermería.

10. Estrategias de seguridad y protocolos de protección

En Situación de Peligro Extremo

- Contactar con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad para garantizar la protección de la mujer.
- Si fuese necesario la acogida de emergencia la trabajadora social del centro contactara con Instituto Andaluz de la Mujer a través de sus centros o del teléfono 900 200 999.

- Se contactará con el Juzgado de Guardia si fuese necesario y se remitirá el parte al juzgado, de forma urgente a través de fax si es preciso.
- Informarle sobre la posibilidad de llamar al 112, al 016 y al teléfono 900 200 999 del Instituto Andaluz de la Mujer, para solicitar ayuda e información.
- Explicarle como protegerse ante posible agresión:



- Concertar una señal de ayuda con vecindario y familiares.
- Enseñar a sus hijos e hijas a pedir ayuda y a protegerse.
- Si ve próxima la agresión, no alejarse de la puerta de salida. Si es necesario, refugiarse en una habitación, procurar que tenga ventana y pasillo, y llevarse un teléfono para solicitar ayuda.
- Evitar estar en espacios donde el maltratador pueda tener acceso a objetos peligrosos, como la cocina o en los que haya herramientas.
- Hacer el mayor ruido posible para alertar al vecindario.
- Si el ataque es inevitable procurar ser el blanco más pequeño posible (protegerse con los brazos la cabeza y la cara).
- Si decide huir del domicilio:
 - Procurar que el maltratador no esté en la vivienda en el momento de abandonarla o dar un argumento que no levante sospecha para salir de la vivienda.
 - No dar información ni indicios de sus planes.
 - No tomar tranquilizantes, ni alcohol que mermarían su capacidad de reacción; ha de estar alerta si decide irse.
 - Acudir a los lugares y las personas con las que había contactado previamente. Deberá tener preparado:
 - Un domicilio o lugar seguro donde alojarse.
 - Listado de teléfonos importantes (familia, colegios, centros sanitarios...).
 - Un juego de llaves de la casa y del coche.
 - Un bolso con ropa, medicamentos y algún objeto significativo para cada niño o niña (manta, libro, juguete).
 - Documentos legales como DNI, per-

miso de conducir, tarjeta sanitaria, libro de familia, pólizas de seguros, informes médicos, denuncias, fotos de lesiones.

- Documentos, originales o copias, que acrediten la titularidad de la vivienda y los ingresos familiares (escrituras, contratos, seguros...).
- Cuenta bancaria que solo ella conozca con lo que pueda ingresar.
- Hacer provisión de dinero en metálico y/o tarjetas de crédito.

Protocolo de Protección del centro

Se pondrá en marcha:

- Siempre que la mujer refiriera o se conozca por otra fuente la existencia de Orden de Alejamiento para el maltratador, aunque el motivo de consulta sanitaria no esté relacionado con maltrato.
- Si se han detectado en la entrevista de valoración factores de riesgo para la integridad física de la mujer o de peligro extremo, y el presunto maltratador se encuentra en el centro sanitario y puede acercarse a la mujer.

Las medidas que se deben contemplar son:

- La mujer deberá ser acompañada por personal sanitario en todos sus desplazamientos por el centro sanitario.
- Si es trasladada a otro centro deberá ser acompañada por personal sanitario, y si se estima necesario, por las FYCS.
- Advertir al personal sanitario y no sanitario de la obligación de notificar con carácter urgente al equipo a cargo de la mujer cualquier intento de aproximación que efectúe el presunto maltratador y si éste tuviera una Orden de Alejamiento o una Orden de Protección.



- El quebrantamiento de una Orden de Alejamiento/Orden de Protección supone un delito, así como un grave riesgo para la integridad física. Por ello, el equipo responsable deberá poner este hecho en conocimiento de las FYCS de forma inmediata, tomando las medidas necesarias para garantizar la seguridad de la mujer hasta la llegada de éstas. En estas situaciones, aunque ella manifieste su deseo de ver al presunto maltratador, no se accederá a su petición.
- Recoger en la Historia Clínica las medidas de protección adoptadas. Si en algún momento se ve amenazada la seguridad del personal sanitario por parte del supuesto maltratador se avisará al personal de seguridad del centro sanitario y si se estima necesario, a FYCS.
- Garantizar la seguridad de la mujer no facilitando información de la misma durante su estancia en el centro:
 - Comunicar a la Unidad de Atención a la Ciudadanía y a los Servicios de Ad-

misión la prohibición de facilitar cualquier información sobre la situación.

- Comunicar igualmente al Servicio de Atención a Pacientes, al Servicio de Información y a centralita telefónica la prohibición de facilitar cualquier tipo de información.
- Comunicar a todo el personal del servicio y a todo el personal implicado en su asistencia que no se debe facilitar información sobre la situación de la mujer, ni su ubicación.
- Mientras ella permanezca en el centro sanitario debe encontrarse en un espacio seguro, bajo la vigilancia del personal de Enfermería (consulta aislada de la entrada para evitar la entrada del supuesto maltratador) y si es posible, estará siempre acompañada por la persona que ella decida: familiar o persona de su confianza o, en su defecto, personal del centro.

11. Responsabilidades legales

Se recoge como función del personal de Atención Primaria, Atención Especializada, y de Urgencias, la comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en caso de violencia de género. **Es importante destacar que NO se vulnera el secreto profesional.** No obstante, respecto al derecho a la confidencialidad, debemos destacar que:

- La información anotada es confidencial, valorar cuidadosamente el contenido y la forma en que se recoge en la Historia Clínica. El maltrato no debe aparecer como antecedente en caso de emitirse un resumen de la misma
- Preservar la privacidad de los datos personales que pudieran permitir la identifica-

ción y localización de las mujeres, poniendo en riesgo su seguridad.

- NO compartir información sobre la mujer en espacios que no sean estrictamente profesionales
- En caso de emitir Parte al Juzgado, no adjuntar nunca la Historia Clínica y recoger la información estrictamente necesaria y relacionada con la situación de maltrato.

Como dilema ético, debemos tener presente los deseos, preferencias y autonomía de la mujer, ya que puede producirse la pérdida de confianza, la ruptura de la relación profesional e incluso el potencial aumento del riesgo para la salud o la vida por represalias del maltratador.

En caso de que la mujer manifieste su deseo de que NO se emita el Parte al Juzgado, es recomendable indagar las razones de su negativa, explorar sus miedos, sus razones y plantear con ella un plan que le ayude a superar sus necesidades y tener las debidas garantías de seguridad. Asimismo, es imprescindible cuidar el lenguaje y evitar preguntas que la culpabilicen y contribuyan a su victimización secundaria.

Si la mujer no reconoce la situación de violencia de género o no quiere denunciar, en aquellos casos en los que el personal sanitario sospeche de la existencia de malos tratos, físicos o psíquicos, **y se valora una SOR,** se recomienda anotar todas las intervenciones que se realicen con la mujer en la Historia Clínica y comunicar dicha situación a Fiscal Delegado/a Provincial contra la Violencia a la Mujer, aportando la mayor información posible que facilite la investigación, y acompañado de un informe clínico que resuma las actuaciones existentes en su historia de salud relativas a la sospecha de maltrato que puedan ser de relevancia para la autoridad judicial al proporcionar información acerca de la habitualidad del maltrato (artículo. 173-2 del Código Penal).

Aunque la mujer no reconozca la situación de malos tratos, si presenta lesiones físicas o psíquicas asociadas al maltrato se cumplimentará el Parte al Juzgado (Anexo 6) que será remitido al Juzgado de Guardia, recogiendo de manera exhaustiva las lesiones que se evidencien, así como si éstas se encuentran en distinto estadio evolutivo. En la causa presumible del origen de las lesiones no se consignará como violencia de género, sino lo que refiera la mujer, y para facilitar la investigación de los hechos, se incluirán los síntomas o signos que hacen sospechar que el origen de las mismas se pudiera corresponder con una situación de malos tratos hacia las mujeres por parte de la pareja. En el apartado de Observaciones, en “otros datos de interés para el órgano judicial”, podrán anotarse las diferencias entre el relato de la mujer de la causa de las lesiones y la localización, forma,

tamaño, etc. de las mismas, y se señalará la sospecha de que la causa de las lesiones es diferente a la que refiere la persona.

Igualmente se cumplimentará el Parte al Juzgado cuando la atención sanitaria tenga como origen una situación de malos tratos por parte de la pareja, **confirmada o reconocida por la mujer (CMT),** se presenten o no lesiones como consecuencia.

11.1. Parte al Juzgado

El Parte al Juzgado (Anexo 6) deberá ser cumplimentado por el personal facultativo responsable de la asistencia, y con remisión obligatoria al Juzgado de Guardia por vía telemática si está habilitada. En aquellas localidades que existe Juzgado de Violencia sobre la Mujer, se podrá enviar directamente a estos Juzgados.

En aquellos centros que no tengan acceso informático, estará disponible en modelo autocopiativo y para cumplimentarlo deberá utilizarse bolígrafo y letra clara, legible y sin tachaduras y habrá de comprobarse que las copias sean legibles. En los centros que esté disponible el parte en la Historia Clínica digital o cuenten con otros registros similares, será cumplimentado informáticamente.

Es recomendable la informatización del Parte al Juzgado, ya que ello evitaría los inconvenientes de las letras ilegibles, la mala cumplimentación, las casillas vacías, etc. que impiden conocer el alcance exacto de las lesiones, de las exploraciones complementarias y otros datos de interés, y en consecuencia dificultan la posterior evaluación pericial forense, que podrá repercutir también en la valoración por parte del juez o la jueza.

El Parte al Juzgado consta de original y tres copias:

- El original, que se enviará al Juzgado de Guardia o Juzgado de Violencia sobre la Mujer inmediatamente tras la asistencia sanitaria inicial por cualquier medio que garantice la protección de los datos (Ac-



tualmente se está implantando la vía telemática con el sistema Hermes).

- La primera copia se entregará a la mujer, o en su defecto a un familiar o persona de confianza designada por ella; si el acto de entrega comprometiera su seguridad, se archivará en la Historia Clínica hasta que ésta la solicite.
- La segunda copia se archivará en la Historia Clínica en el centro sanitario que haya emitido el parte.
- La tercera copia, destinada a información estadística, será tramitada de manera telemática en todos los centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Los centros privados que no cuenten con posibilidad de remisión telemática, remitirán esta copia impresa a las Delegaciones Territoriales de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de su provincia. Los centros que no dispongan de ninguna aplicación informática para la recopilación de estos datos estadísticos habrán de remitir la copia impresa.

En la misma, no deberán constar los datos de la persona lesionada, salvo sexo, fecha de nacimiento, edad, lugar de nacimiento, nacionalidad y código postal. Tampoco aparecerá ningún dato que permita la identificación, el domicilio o teléfonos del presunto agresor, otras personas lesionadas, testigos, acompañantes, ni menores. En este mismo sentido, no figurarán los datos identificativos del facultativo o facultativa responsable, ni su código numérico personal o número de colegiación, salvo el sexo.

En caso de que las FYCS soliciten una copia del Parte al Juzgado, se imprimirán dos copias del mismo o se hará una fotocopia.

Los campos que incluye el formulario del Parte al Juzgado son:

- Datos del centro o servicio sanitario.
- Datos de la persona lesionada.
- Causa presumible de las lesiones (o fallecimiento).

- Datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia.
- Lesiones que presenta, describiéndolas.
- Estado psíquico o emocional.
- Pruebas complementarias realizadas y solicitadas.
- Medidas terapéuticas.
- Pronóstico clínico.
- Plan de actuación.
- Antecedentes de interés.
- Observaciones.
- Datos del personal facultativo responsable de la asistencia.

Si durante la asistencia intervienen diferentes especialidades médicas que detectan nuevas lesiones o se produce una evolución en el diagnóstico o en los tratamientos, deberá cumplimentarse un nuevo Parte especificando que es complementario del primero emitido.

En todos los casos el Parte al Juzgado debe ser leído a la mujer y explicarle las consecuencias de su emisión. Es conveniente realizar fotografías de las lesiones previo consentimiento informado por escrito. El parte se enviará de forma inmediata por vía telemática (si está habilitada) al Juzgado de Violencia sobre la Mujer, previa comunicación con el mismo, en horario laboral (9.00 a 14.00) o al Juzgado de Guardia si es fuera de dicho horario.

11.2. Comunicación a Fiscalía

La Comunicación a la Fiscalía (Anexo 7) desde los servicios sanitarios puede ser un recurso útil para las y los profesionales en determinados casos. Su remisión se hará mediante FAX, dirigido a Fiscal Delegado/a Provincial contra la Violencia a la Mujer. Como se ha indicado más arriba, la Fiscalía podrá, con carácter previo a la acción judicial (antes de que llegue al juez o la jueza correspondiente la denuncia) incoar diligencias de investigación o prepro-

cesales, para recabar más datos e información acerca de los hechos denunciados.

11.3. Derechos que la legislación reconoce a las mujeres en situaciones de violencia de género

- Derecho a una atención especializada y adecuada a sus necesidades, a servicios sociales de atención, emergencia, apoyo, acogida y recuperación integral. La atención multidisciplinar implicará: información sobre sus derechos y los recursos, atención psicológica, apoyo social, seguimiento de las reclamaciones de los derechos.
- Derecho a protección y seguridad, a solicitar una orden de protección, a la defensa jurídica, inmediata y especializada y, en su caso, gratuita.

- Derechos laborales y prestaciones de la seguridad social, derechos sociales y económicos, apoyo a la formación e inserción laboral.
- Derecho, como colectivo prioritario, al acceso a la vivienda protegida y residencias públicas para mayores.

Asimismo, es importante conocer que la Ley Orgánica 10/2011, de 27 de julio, de modificación de los artículos 31 bis y 59 bis de la Ley Orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los Extranjeros en España y su integración social, contempla la concesión automática, ya no potestativa, de la autorización provisional de residencia y trabajo a las mujeres extranjeras en situación administrativa irregular que denuncien por maltrato, y hayan obtenido una orden de protección o se haya emitido informe del Ministerio Fiscal en el que se aprecie la existencia de indicios de violencia de género, y hace extensivo este derecho a sus hijos e hijas hasta que se emita la resolución judicial relativa a la denuncia.

12. Atención a mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual (VTES)

En muchos casos, a la mujer no le gusta que le consideren víctima, y no se reconoce bajo dicha denominación. En muchas ocasiones también son mujeres inmigrantes que no son conscientes de sus derechos, o pueden estar en situación irregular con miedo a que las detengan. Pueden tener graves dificultades idiomáticas o culturales y muchas también son menores (Tablas 14 y 15).

La atención en consulta debe realizarse con estas características:

- Ofrecer confianza y seguridad: se pedirá a quien le acompañe que salga de la consulta. Hay que asegurarse de que se entienden mutuamente. Ofrecerle la intervención

de una persona mediadora o intérprete si no entiende el español. Se puede hacer uso también del servicio de teletraducción de Salud Responde.

- Mantener toda la información en un lugar seguro. La información electrónica debe ser protegida con claves de seguridad (en caso de sospecha de trata se registra en la Historia Clínica en el espacio Motivo de consulta y con las siglas TrM).
- La sensibilidad y empatía del personal de salud han de ser extremas, hay que tener presente que puede estar ante una persona a la que le han sido quebrantados todos sus derechos fundamentales.



TABLA 14

Consecuencias de la Trata sobre la Salud

Generales	<ul style="list-style-type: none">- Obligada a prostituirse, incluso enferma o embarazada.- Obligada a practicar sexo sin preservativo.- No puede rechazar clientes.- Siempre disponible para trabajar, sin descansos.- Obligada a ser trasladada de lugar de residencia.- Obligada a realizar actividades ilegales o humillantes.- Entorno insalubre de trabajo y de lugar de residencia.- Se le niega acceso a servicios de salud.
Físicas	<ul style="list-style-type: none">- Fracturas de huesos.- Quemaduras.- Cortes y heridas.- Trastornos alimentarios.- Fatiga crónica.
Psíquicas	<ul style="list-style-type: none">- Estrés agudo y postraumático.- Depresión y ansiedad.- Fobias, ataques de pánico.- Consumo y dependencia de medicamentos, drogas, etc.
Salud sexual y reproductiva	<ul style="list-style-type: none">- Embarazos no deseados, abortos.- ITS.

TABLA 15

Indicadores de Sospecha de Trata de Mujeres con fines de Explotación Sexual

1. Le acompaña alguien que parece ejercer cierto control sobre ella.
2. Presenta signos físicos de violencia o abuso.
3. Se muestra con incapacidad de hablar en español o lo hace con mucha dificultad.
4. Su residencia en la ciudad o el país es reciente y se muestra incapaz de proporcionar detalles con su dirección.
5. Carece de pasaporte o tarjeta sanitaria.
6. Presenta signos de sumisión o miedo.
7. Procede sobre todo de Europa del Este, Paraguay, Brasil, República Dominicana, Nigeria o China.
8. Acude al hospital o profesional sanitario como último recurso.
9. Presenta enfermedades infectocontagiosas o acude por temas relativos a la salud sexual y reproductiva.

- Dar información y asesoramiento. Emplear el tiempo necesario para informarle y preguntar si tiene alguna duda, este es un paso esencial antes de pedirle el consentimiento expreso. Antes de compartir o transferir información sobre ella a otras personas proveedoras claves de servicios.

Si se sospecha que es menor, aunque la mujer puede alegar falsamente que es adulta, debe contactarse con el Servicio de Protección de Menores, Fiscalía de Menores, y con Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, que primero deben iniciar protocolo de edad correcta. Además de la valoración como víctima de Trata, específicamente por ser menores:

- Valoración clínica exhaustiva del desarrollo físico.

- Examen oftalmológico para ver si existen hemorragias en retina, indicativas de abusos físicos o del síndrome de bebé sacudido.
- Revisión de su estado de salud reproductiva. Historial de abortos, menstruaciones, embarazos.
- Comprobación del estado nutricional, pues habitualmente presentan deficiencias de vitaminas, proteínas, y minerales.
- Análisis de enfermedades infecciosas.
- Verificar estado de inmunización.
- Valoración del abuso de sustancias, examen toxicológico.

13. Abordaje integral de víctimas de sumisión química y/o agresión por objeto punzante

Cada vez son más los casos de violencia sexual en los que se anula la voluntad de la mujer mediante el uso de sustancias químicas, en cuyo caso se habla de "violencia sexual en situaciones de vulnerabilidad y/o sumisión química". En estos casos, el agresor se aprovecha de la víctima, hallándose ésta en estado de inconsciencia a causa de alguna sustancia que ha consumido o le ha sido administrada, sin su consentimiento. Además de la violencia sexual que son los delitos más frecuentes con esta modalidad, puede usarse para robo con violencia o intimidación, extorsión, malos tratos a personas mayores o menores, etc. Incluye también la sumisión oportunista o vulnerabilidad química, que ocurre cuando el autor del delito se aprovecha de la vulnerabilidad de la víctima que se halla en estado de inconsciencia a causa de sustancias consumidas voluntariamente (alcohol, u otras drogas). Independientemente de que se produzca agresión sexual o no, se valora como delito de lesiones con agravante de género al vincularse al te-

mor y el miedo dirigido a coaccionar la libertad, autonomía y seguridad de las mujeres. La sumisión química es un delito tipificado en la Ley Orgánica 10/2022 de Garantía Integral de la Libertad Sexual, donde se introduce expresamente como una forma de agresión sexual. Además, puede penalizarse como delito contra la salud pública, y delito de lesiones solo por ser usado en su modalidad punzante. En cualquier caso, puede perseguible de oficio, sin necesidad de denuncia personal previa.

Las agresiones sexuales con sumisión química no suelen presentar signos de defensa ni lucha, porque las sustancias utilizadas anulan la voluntad de la mujer, aboliendo la posibilidad de resistencia. En la actuación sanitaria es importante la identificación de dichas sustancias para demostrar el delito.

Tradicionalmente, la vía de administración de la sumisión química proactiva o premeditada (la que es sin conocimiento de la propia víctima) ha sido oral añadiendo sustancias a la be-



bida, pero desde 2022 empezaron a conocerse en España los primeros casos de agresiones compatibles con un elemento o instrumento punzante, un pinchazo con aguja hipodérmica. También puede usarse la vía inhalada.

Las características generales de las sustancias usadas son:

- Fáciles de obtener en internet o mercado ilegal de drogas.
- Acción rápida, duración corta, absorción y eliminación rápidas. La vida media de las sustancias usadas habitualmente oscila entre 30 minutos y 36 horas.
- Eficacia a dosis bajas.
- Incoloras, inodoras e insípidas.
- Solubles en líquidos, facilidad de administración mezcladas en bebidas.
- Efectos, habitualmente depresores del SNC, pueden confundirse fácilmente con intoxicación etílica.
- Suelen producir desinhibición.

Además de las drogas en general, alcohol, cocaína, MDMA, LSD, Cannabis, se relacionan particularmente con la sumisión química la Burundanga, Ketamina, GHB, algunas benzodiacepinas e hipnóticos, etc.

Cuando se sospeche que se pueda tratar de una agresión sexual por sumisión química, se deberá procurar la toma de muestras sanguíneas antes de los 30 minutos desde la ingesta/administración, para intentar demostrar su presencia en el organismo de la víctima. En cualquier caso, solicitar asistencia entre las 24-72 primeras horas después del episodio. Después de este tiempo, no se considera necesario el traslado a Urgencias Hospitalarias para extracción de muestras de sangre ya que no suelen detectarse las sustancias que producen sumisión química, pero sí pueden recogerse muestras de orina, interponiendo denuncia ante Policía Nacional o Guardia Civil. En el Parte al Juzgado debe especificarse SQ. Igualmente en la Historia Clínica el Código Especial de Cierre se registra como SQ.

La toma de muestras debe realizarse previo Consentimiento Informado, iniciando Cadena de Custodia.

TABLA 16

Indicadores de Sospecha de posible agresión sexual por SQ

- La/el paciente recuerda haber sido víctima de una agresión sexual.
- Tiene sensación de que le ha sucedido algún hecho de naturaleza sexual.
- Se ha despertado sin ropa o con la ropa desarreglada.
- Han encontrado en su cuerpo fluidos (semen) u objetos (preservativos, etc.) inexplicables.
- Ha presentado lesiones o alteraciones inexplicables a nivel anal, oral o genital.
- Se ha despertado con un desconocido al lado o en un lugar extraño.
- Le han explicado que se encontraba en una situación extraña comprometedora.
- La/el paciente suele referir algunas frases como:
"No recuerdo nada de lo que pasó"
"Siento que me dieron algo"
"Siento que algo me pasó"
"Estaba tomando algo y me empecé a sentir más mareada/o de lo usual"
"Recibí una bebida y no recuerdo nada más"
"Me pusieron un trapo en la boca"
"Cuando me desperté me estaban violando"
"Me desperté con un desconocido"

Otros síntomas de tipo general, y no sólo de comportamiento sexual o muchas veces presentes previamente a la agresión sexual, pueden ser:

- Amnesia.
- Parálisis sin pérdida de conocimiento.
- Pérdida de conocimiento.
- Alteraciones visuales.
- Somnolencia y confusión.
- Desinhibición, agitaciones o alucinaciones.
- Le explican que se comporta de una manera no habitual.

13.1. Resumen de actuaciones ante sospecha de sumisión química

- Nivel de Prioridad 3 ó menor, según valoración clínica.
- Valoración de dicha situación clínica y atención de lesiones que comprometan la vida.
- Deben estar presentes Fuerzas y Cuerpos Seguridad del Estado, y Forense.
- Solicitar consentimiento escrito para toma de muestras (IMPRESCINDIBLE).
- Toma de muestras o recepción de las mismas, si se tomaron antes de llegar a urgencias.
- Asegurar Cadena de Custodia.
- Iniciar o completar Parte al Juzgado, anotando SQ.
- Se registra SQ como Motivo de Consulta en Historia de Salud.
- Se informará de conveniencia de formalizar denuncia.
- Anotar Nº Atestado Policial y Nº Diligencias previas para asociar las muestras y realizar el seguimiento. Las muestras se

destruirán si no se asocia dicho número en 30 días.

En el caso de la modalidad de objeto punzante, se añade un elemento más a la atención sanitaria a las víctimas, y es la prevención de enfermedades infecciosas transmisibles, pudiendo contemplarse necesidad de profilaxis postexposición (muestras serológicas, kit de VIH, derivación a Medicina Preventiva, etc). En estos casos específicamente es especialmente necesario:

- Acompañamiento, porque es posible que aparezcan cuadros de ansiedad y pánico graves.
- Búsqueda activa de signos de punción e inyección de sustancias.
- Limpiar la zona de inoculación con agua y jabón, tratamiento de la lesión si precisa.
- En el Parte al Juzgado y en la Historia Clínica se especifica: SQ por pinchazo.

13.2. Consideraciones para la toma de las muestras biológicas ante sospecha de SQ

El profesional de enfermería, en presencia del médico responsable del caso, hará la extracción de las muestras biológicas. No se puede usar alcohol o cualquier otro material volátil para desinfectar la piel. Deben etiquetarse las muestras en presencia de la víctima, se conservarán entre 2-8º pero si se retrasa el envío más de una semana, deberán criopreservarse a -18º.

Se debe cumplimentar el documento Registro de Cadena de Custodia de Muestras para Análisis de Drogas de Sumisión Química, que es el Anexo 2 del Protocolo de Abordaje Integral de Víctimas de Sumisión Química... 1 copia de este documento acompañará a las muestras y otra copia se quedará en la Historia Clínica.

Las muestras a tomar según tiempo transcurrido se detallan en la siguiente tabla:



TABLA 17

Muestras según tiempo transcurrido

Tipo y nº muestras	Tiempo recomendado	Destino de la muestra
Sangre venosa 4 tubos de 5ml	Hasta 48 horas después de haberse cometido el delito	2 tomas de sangre con EDTA (tapón morado). (1 para INT y otra con fines asistenciales). 2 tomas de sangre con Fluoruro Sódico y Oxalato potásico, con llenado máximo para evitar cámara de aire (tapón gris). (1 para INT y otra con fines asistenciales).
Orina 1 frasco con >10ml	Hasta 5 días después de haberse cometido el delito	1 muestra para INT 1 muestra asistencial
Cabello 1 mechón de al menos 7mm de diámetro	4 semanas después de haberse cometido el delito	1 muestra para INT
(INT se refiere a las muestras para fines como prueba judicial)		

14. Actuación y coordinación sanitaria ante agresiones sexuales en Andalucía

(Los Anexos referidos a continuación son los incluidos en el Protocolo de Actuación y Coordinación Sanitaria ante Agresiones Sexuales en Andalucía).

A NIVEL LEGAL, debe esclarecerse que recientemente, la violencia sexual y su abordaje integral están regulados en la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual (LOGILS). Se define la violencia sexual como “todo acto de naturaleza sexual no consentido o que condicione el libre desarrollo de la vida sexual en cualquier ámbito público o privado (incluido ámbito digital), lo que incluye la agresión sexual, el acoso sexual y la explotación de la prostitución ajena, así como todos los demás delitos previstos en el Título VIII del Libro II de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre

del Código Penal, orientados específicamente a proteger a personas menores de edad.

Se aumenta la variedad de **tipos de violencia sexual** (Tabla 18).

Además de otros:

- Acoso callejero, incluyendo espacios públicos como parques, transportes.
- Trata con fines de explotación sexual, turismo sexual, prostitución.
- Mutilación genital femenina.
- Matrimonios forzados.
- Coacción con uso de fuerza o bajo Vulnerabilidad o Sumisión Química.

TABLA 18

Tipos de violencia sexual

Agresión sexual	Cualquier acto que atente contra la libertad sexual de otra persona sin su consentimiento.
Acecho o stalking	Hostigamiento, persecución intrusiva, contacto personal en contra de su voluntad (o para que otros contacten con ella en contra de su voluntad, por ejemplo, en redes sociales). En su dimensión digital se tiende a nombrar como ciberacoso (término común): envío de mensajes, emails, cartas o regalos y llamadas telefónicas no deseadas, obscenas, amenazantes, molestas o silenciosas.
Acoso sexual	Cualquier comportamiento, verbal o físico, de naturaleza sexual que tenga el propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo (artículo 7.1 LOIEMH). Por su relevancia en el ámbito de la formación y en el laboral.
Grooming	Estrategias de un adulto para ganarse la confianza de un niño, niña o adolescente, a través de internet, con el propósito de abusar o explotarlo sexualmente a través del chantaje y la manipulación (término común).
Pornovenganza	Distribución principalmente en internet de imágenes o videos sexualmente explícitos sin consentimiento para causar angustia, humillación o vergüenza.
Sextorsión	Extorsión sexual, chantaje en el cual alguien utiliza contenidos sexuales obtenidos de la víctima, contra ella para obtener algo contra su voluntad, generalmente relacionado con la sexualidad, amenazando con su publicación.
Violación	Agresión sexual consistente en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías a la víctima (artículo 179 del Código Penal, posteriormente modificado por la LOGILS).

Se ha eliminado la distinción entre agresión y abuso sexual, teniendo todas la misma consideración, si bien se distingue violación cuando hay acceso carnal por vía vaginal, anal, o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías de la víctima.

En España la edad de consentimiento sexual es de 16 años. Por lo tanto la realización de actos sexuales con menores de 16 años siempre se considera un hecho punible. No obstante, se establece como excepción las relaciones consentidas con una persona próxima al menor por edad y grado de desarrollo o madurez tanto física como psicológica.

14.1. Consecuencias de la violencia sexual

La violencia sexual tiene efectos muy profundos en la salud. Además de las lesiones físicas y el impacto en la salud mental, se ha asociado con un mayor riesgo de experimentar diversos problemas de salud sexual y reproductiva, cuyas consecuencias pueden ser inmediatas o a largo plazo. Así, por ejemplo, se ha comprobado que en España las mujeres que han sufrido violencia sexual tienen hasta 3 veces más probabilidad de ideación suicida, y más de 4 veces más probabilidad de intento de suicidio. Las consecuencias y el posterior impacto en la salud pueden verse moderadas por una serie de variables como el grado de violencia, el mo-

mento del ciclo vital, la situación de vulnerabilidad y las características del agresor (si era conocido o desconocido o fueron más de uno). Pero, además, la acogida y atención prestada en los servicios sanitarios es fundamental en la medida en que, realizadas convenientemente, pueden facilitar la recuperación de la mujer a todos los niveles y contribuir a que el proceso posterior sea más factible.

14.2. Cronología general de actuaciones hospitalarias en agresiones sexuales

Los tiempos en situación de espera siempre deberán transcurrir en un espacio que **asegure tranquilidad e intimidad**.

También es fundamental destacar que la atención a la víctima de violencia sexual debe ser desarrollada con una doble vertiente:

- **Víctima como persona**, necesitada de ayuda.
- **Víctima como prueba judicial**, y fuente de datos.

Por último, es importante que la evaluación ginecológica y la médico-forense se realicen en un **acto único**, procurando que no se retarden o repitan actuaciones, o que una vertiente no afecte o perjudique a la otra. Para ello, la atención completa debe realizarse en el llamado **Hospital Referente** (útil) para atención sanitaria a agresiones sexuales, que se diferencia de aquel NO Referente en que sí dispone de servicio de Ginecología y Cirugía de presencia física 24 horas, y servicios de Urgencias de Pediatría en caso de agresiones sexuales a niñas o niños. En caso de que la primera asistencia sea en Centro No Referente.

TABLA 19

Actuaciones previas en Hospital No Referente

- Llamar al 112, que contactarán con las FYCSE (si éstas no están presentes), que a su vez contactarán con el Juzgado de Guardia y con Medicina Forense. Indicar el centro desde el que se llama, la edad de la víctima y el lugar en el que se ha cometido la agresión.
- Forense contactará con el médico/a y acordarán a qué hospital de referencia para agresiones sexuales se derivará a la víctima.
- Asegurarse que no corre riesgo vital inmediato. Atender lesiones urgentes cuidando no destruir pruebas.
- Facilitar un ambiente que garantice la seguridad, intimidad y confidencialidad de la persona agredida. Si es posible, el apoyo psicológico.
- Si hay sospecha de sumisión química, extraer muestras previo consentimiento informado. En este caso habría que seguir el procedimiento de cadena de custodia.
- Establecer recomendaciones y pautas sencillas explicando adecuadamente a la persona agredida las razones de cada una de estas: no lavarse, no cambiarse de ropa o preservar la que se retire, no comer, no orinar o defecar y/o no enjuagarse la boca.
- Realizar un preaviso al centro sanitario de referencia para garantizar la preparación de la acogida adecuada. Se comunicará telefónicamente dicho traslado al servicio de Urgencias del hospital de referencia; se contactará con el personal sanitario de urgencias para informar de la derivación para que la atención se produzca de forma inmediata a su llegada (código de prioridad en la atención).
- Cumplimentación de informe clínico.
- Cumplimentación de Parte al Juzgado.
- Valorar las condiciones y necesidad de acompañamiento de la persona agredida para su traslado urgente hasta el centro hospitalario de referencia.
- Traslado de la víctima en ambulancia al hospital de referencia para agresiones sexuales.



TABLA 20

Circunstancias especiales

Secuestro	Siempre se contactará con 112 o se solicitará de FYCSE y Medicina Forense.
Incapacidad legal	Siempre se contactará con 112 o se solicitará de FYCSE y Medicina Forense.
Violencia de género	<ul style="list-style-type: none"> - Se considera violencia de género de tipo sexual la que es infligida por parejas o exparejas. - En este caso, además de las actuaciones indicadas para agresiones sexuales, se seguirán las recomendaciones del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. - Siempre se contactará con 112 o se solicitará presencia de FYCSE y Medicina Forense y se indicará que se trata de un caso de violencia de género. - Si la atención se produce en horario laboral del Juzgado de Violencia a la Mujer competente en la zona (lunes a viernes de 9.00 a 14.00), podrá solicitarse la presencia del/la forense a ese Juzgado.
Menores de edad	<ul style="list-style-type: none"> - La legislación española (Ley 1/2015) establece la edad de consentimiento en los 16 años, por tanto, la realización de actos de carácter sexual con menores de 16 años podrá ser considerada como un hecho delictivo, salvo que se trate de relaciones consentidas libremente con una persona próxima la o el menor, por edad y grado de desarrollo o madurez. - Siempre se contactará con 112 o se solicitará presencia de FYCSE y Medicina Forense. - No se consideran agresión sexual las relaciones sexuales consentidas. Se consideran relaciones consentidas: <ul style="list-style-type: none"> - En menores entre 16 y 18 años, las que ocurren sin engaño, superioridad o influencia. - En menores de 16 años, las que ocurren con una persona próxima a la menor por edad y grado de desarrollo o madurez. En estos casos, si los padres o tutores desean interponer denuncia pueden hacerlo en la comisaría de policía o en el Juzgado de Guardia, que activarán el protocolo si consideran que los hechos son constitutivos de delito. Desde el centro sanitario se emitirá un Parte al Juzgado, aclarando que se trata de relaciones consentidas.

Además, en el caso de agresiones sexuales a menores de edad, se establecen las siguientes aclaraciones:

Si se confirma que se trata de una agresión sexual a una menor de edad, puede ser aconsejable la separación del adulto acompañante, dado que puede ser el responsable de la agresión sufrida.

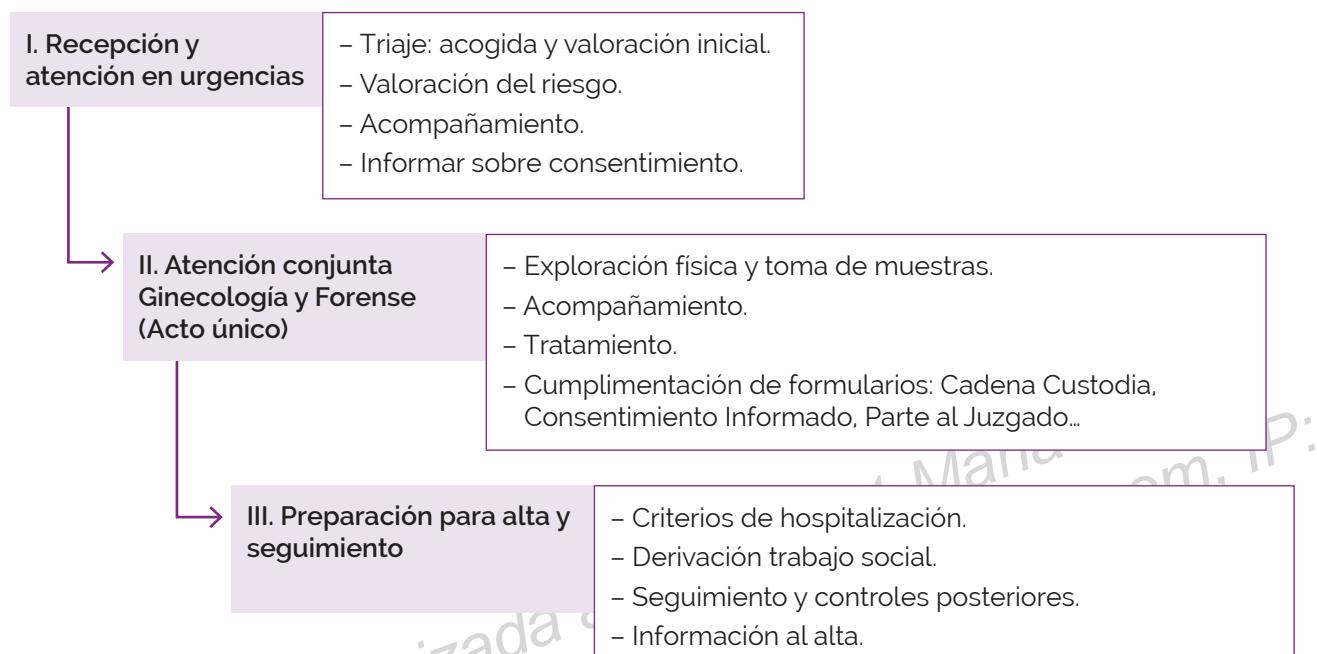
- En el caso concreto de adolescentes, entre 14 y 16 años de edad, se debe considerar que la anamnesis se pueda realizar sin la presencia de la madre o el padre, solicitan-

do su permiso para hablar a solas con la víctima.

- En menores de 16 años el consentimiento para toma de muestra lo firman padres o tutores.
- Entre los 16 y 18 años el consentimiento para la toma de muestras lo firma la menor y se informa a los padres o tutores previa autorización de la persona menor de edad, tal y como se desprende del art. 9.4 de la Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente.

FIGURA 1

Cronología general de actuaciones hospitalarias en agresiones sexuales



- Entre los 16 y 18 años: Se realizará la entrevista clínica a solas con la persona agredida y se les pedirá permiso para informar a los padres.
- En menores de 14 años la exploración se hará conjuntamente con Pediatría, y si el menor es varón, con Cirugía si es necesario en lugar de Ginecología.
- Se hará Hoja de Notificación de Maltrato Infantil (Anexo 3).
- Si se conoce que el agresor es un menor de 18 años, hay que comunicar esta circunstancia a Fiscalía de Menores, enviando una copia de Parte al Juzgado.

La actuación va a depender de si se trata de agresión sexual reciente o pasada, en función de la pertinencia o no de recogida de muestras.

- **Agresión Sexual reciente:** aquellas situaciones de agresión sexual consideradas más agudas por haber ocurrido en los últimos 7-10 días, y que precisan la recogida de muestras biológicas por parte de equipos forenses, o asistenciales (en los casos en los que, excepcionalmente, no es posible o en los que se va a retrasar la presencia de los primeros).
- **Agresión Sexual pasada:** situaciones de violencia sexual sufridas en un período tan amplio como el comprendido o transcurrido durante la propia infancia hasta los últimos 10 días anteriores a la consulta médica o al momento de la atención sanitaria solicitada por la víctima, por éste u otros motivos. Pasados los últimos 7-10 días desde una agresión sexual, aunque el impacto generado por la misma es muy importante,

14.3. Generalidades de las actuaciones ante situaciones de agresión sexual

En la admisión en Urgencias, se le asignará un nivel de prioridad no mayor de 3, en función del estado de salud de la mujer.



la recogida de muestras, puede no ser pertinente dado el tiempo transcurrido desde la agresión.

En cualquier caso, la asistencia sanitaria-forense debe realizarse, siempre bajo consentimiento de la paciente-víctima, e independientemente de que esta persona interponga o no denuncia. El consentimiento específico para la exploración y recogida de muestras es el Anexo 6 del Protocolo.

Aunque la mujer **manifieste su deseo de no presentar denuncia** en ese momento, deben comunicarse los hechos al Juzgado de Guardia o Juzgado de Violencia sobre la Mujer, a fin de que pueda incoar el procedimiento judicial en que el que disponer las medidas de investigación y aseguramiento necesarias por si el resto de personas legitimizadas, o la propia mujer en el futuro, quisieran ejercer la acción penal. Igualmente, en los casos que **la mujer no declare o niegue haber sufrido una agresión sexual**, pero exista sospecha de que así ha sido (por el tipo de lesiones o por el relato de los hechos), se elaborará igualmente un Parte al Juzgado. Se recomienda hablar con la mujer y explicarle la importancia desde el punto de vista sanitario de conocer el contexto real en el que se han producido las lesiones o sintomatología que presente para así poder ofrecerle el mejor tratamiento. Además se le plantea la importancia de activar el dispositivo judicial a tiempo en el caso de que se trate de una agresión.

Los Objetivos de la valoración médico-forense son:

- Determinar si ha habido agresión sexual y de qué tipo.
- Realizar un diagnóstico de las lesiones, su naturaleza (contusión, herida...), etiología (si es accidental o intencional), mecanismo de producción y gravedad de las lesiones.
- Determinar los medios de agresión, el objeto causante de las lesiones, especificar si son medios especialmente peligrosos susceptibles de causar la muerte.

- Precisar si la agresión se ha realizado bajo el influjo de alcohol o drogas.
- Establecer la data o antigüedad de las lesiones.
- Determinar el tiempo de curación e incapacitación de las lesiones, así como la asistencia y tratamiento requerido.
- Valorar las secuelas tanto físicas como psicológicas que presenta la víctima.
- Realizar un estudio de la víctima en orden a establecer su especial vulnerabilidad, cuando exista enfermedad psíquica o física o algún impedimento.
- Valorar la existencia de un trastorno mental, o si durante los hechos la víctima se hallaba privada de sentido o razón.
- Determinación de la edad de la víctima.
- Correlacionar los hallazgos con la historia y hacer la reconstrucción de los hechos.
- Interpretar los resultados analíticos.
- Garantizar la Cadena de Custodia, que es el procedimiento controlado que se aplica a los indicios materiales relacionados con el delito de agresión sexual, desde su localización hasta su análisis y valoración, y que tiene como fin no viciar el manejo que de ellos se haga y así evitar alteraciones, sustituciones, contaminaciones o destrucciones de pruebas.

La actuación conjunta Ginecología (o Cirugía o Pediatría si requiere) y Medicina Forense **incluye 6 pasos:**

1. Realización de entrevista clínica.
2. Valoración del estado emocional.
3. Consentimiento informado para exploración y toma de muestras.
4. Sesión clínica de los facultativos presentes, para acordar los siguientes procedimientos.
5. Exploración.
6. Toma de muestras.



14.4. Entrevista Clínica y Valoración del Estado Emocional

Las primeras preguntas no deben abordar directamente la agresión: resulta útil crear un clima mínimo de confianza en el que inicialmente se aborden cuestiones puramente objetivas:

- Antecedentes medico/quirúrgicos generales, tratamientos, alergias a medicamentos, estado vacunal.
- Antecedentes Obstétrico: Menarquia, gestaciones, partos, FUR, hemorragia o secreción vaginal reciente, uso de anticonceptivos, posible enfermedad de transmisión sexual (uso de método barrera).

Después se pedirá a la víctima que cuente lo sucedido con sus propios términos, sin interrumpirla mientras describe los hechos. Se debe ser paciente para permitirle su exposición durante el tiempo que necesite. No se debe insistir en que cuente aspectos que no desea, reconociendo su derecho a controlar la extensión de la información que desea compartir:

- Fecha, hora, lugar y circunstancias de la agresión (número de agresores, uso de retención, violencia, armas).
- Valorar si existe sospecha de sumisión química. En ese caso, anotar la hora y vía de administración, si fue la toma de las sustancias voluntaria o sin su consentimiento y seguir las pautas marcadas en el protocolo específico (punto 13).
- Penetración: vaginal, anal y/u oral, así como si se utilizaron instrumentos. Lugar de eyaculación o si el agresor utilizó preservativo.
- Si tras la agresión la víctima se bañó, duchó, orinó, defecó, se cambió de ropa o tomó algún medicamento.

- Momento de la última relación sexual consentida y a ser posible con quien.
- Descartar posible embarazo preexistente, por si se viera afectado por el posterior plan de tratamiento y seguimiento.

Es necesario favorecer la expresión emocional y mantener una actitud empática y de escucha activa. Las diferentes respuestas emocionales de la víctima no deben condicionar su credibilidad, y podemos observar:

- Estado de shock, con confusión y abatimiento, culpa y vergüenza, negación, miedos. Puede haber manifestaciones somáticas digestivas (nauseas, vomitos), temblor, sudoración palizé, bloqueo del habla, verborea, etc.
- Reacciones de enfado o rabia, hiperactividad o pasividad, ansiedad, etc

14.5. Exploración y toma de muestras

Previa sesión y discusión clínica in situ, en la que se acordará cómo realizar la exploración y qué muestras deben tomarse, y siempre bajo consentimiento, se realizará estos procedimientos en acto único (biológicas, toxicológicas, y microbiológicas) y con el doble objetivo asistencial y médico-legal. Se incluyen las ropas de la víctima.

Para la exploración se debe tener en cuenta el pudor de la víctima, cubriendo su cuerpo y exponiendo solamente la parte a ser examinada en cada momento, de tal modo que no esté nunca completamente desnuda:

- La exploración debe comenzar de arriba abajo, primero se examinará la mitad superior de su organismo y una vez cubierta, la mitad inferior, momento en el que se efectuará el examen ginecológico/genital y, en su caso, el anorrectal. Desde la postura que sea más completa y cómoda para

la persona (ej. de pie primero o decúbito en la camilla).

- Se hará desnudando a la persona agredida sobre una sábana blanca limpia, recogiendo todas las muestras posibles, las ropas y restos (tierra, pelos, etc.) que pueda tener; esta sábana, junto con la ropa, y se le entregará al/la Forense.
- Si fuera necesario manipular la ropa habrá que recoger por escrito una descripción del estado de esta.
- Deben buscarse signos de contusiones, abrasiones, de retención en muñecas y tobillos, de separación en rodillas, muslos, glúteos, mamas, etc.
- Se deben describir lesiones según aspecto, forma, color, detallando localización, etc. En función de la coloración puede estimarse una datación:
 - Negro-azul oscuro Inmediato (≤ 1 día).
 - Rojo, violáceo 1-5 días.
 - Rojo púrpura 5-7 días.
 - Verdoso 7-10 días.
 - Amarillento ≥ 2 semanas.
- En la exploración ginecológica o de la zona ano-genital, no se aconseja de forma sistemática el Tacto bimanual o ecografía, salvo criterio clínico o sospecha concreta de anormalidad interna. Se describirán lesiones genitales, el estado del himen, estado del esfínter anal y posibles alteraciones patológicas y traumáticas. Sí debe realizarse una exploración de vagina y cuello uterino mediante espéculo lubrificado con suero fisiológico, valorar lesiones como desgarros, contusiones, presencia de semen o cuerpos extraños.
- Pueden realizarse fotografías de las lesiones, pidiendo consentimiento.
- En los casos en los cuales la persona puede llegar inconsciente o con lesiones neurológicas, será necesario que haya un ma-

nejo específico para evitar perder pruebas durante este paso del procedimiento.

- Una vez finalice la exploración y la toma de muestras, se le debe ofrecer la posibilidad de aseo.

Para la recogida y custodia de las muestras se seguirán criterios de protección por parte del personal responsable de la toma, que eviten y minimicen la posibilidad de contaminación accidental de las muestras con ADN exógeno. Para ello se adoptarán las siguientes medidas:

- Lavado de manos del facultativo que vaya a recoger la muestra y del personal sanitario que le preste apoyo.
- Se emplearán siempre mascarilla y guantes dobles, cambiando los externos cuando se muestren diferentes regiones anatómicas.
- Se evitará hablar o estornudar durante la recogida y envasado de las muestras.
- Se empleará bata u otro tipo de ropa protectora. La recogida de las muestras debe seguir un orden con el fin de evitar contaminaciones de una zona a otra.
- La toma de muestras de genitales externos debe realizarse antes de la exploración digital o con espéculo. Las muestras se recogerán por orden desde la zona más exterior hacia el interior: región anal y rectal, y después vulva, vagina y cérvix.
- No deben introducirse en ningún orificio hisopos con ejes de madera.
- Se procurará en todo momento recoger muestras de semen, saliva, sangre, pelos u otras que pudieran estar presentes en el cuerpo y en las prendas de la persona agredida.

Si bien los mejores resultados se obtienen cuando la recogida se realiza en las primeras 72 horas, se recomienda que:

- La TOMA VAGINAL se lleve a cabo hasta transcurridos 7-10 días independientemente de las actividades de la persona agredida posteriores a la violencia sexual (ducharse, orinar, nadar, tener relaciones sexuales, comer o beber).
- En la BOCA el plazo de toma de muestras será hasta 48 horas tras el incidente y
- En CANAL ANO-RECTAL Y SUPERFICIE CORPORAL hasta 72 horas

La vida media del semen en las niñas prepúberes es comparativamente más corta que en adolescentes y adultas debido a la ausencia de moco cervical.

Las muestras para **estudios químicos (toxicológicos) se tomarán OPCIONALMENTE**, en casos de existencia de signos de intoxicación por drogas y/o alcohol, o cuando la persona agredida refiere la ingestión de sustancias o describe síntomas compatibles con sospecha de sumisión química (Tabla 23).

La toma de cada muestra debe quedar reflejada en un documento de cadena de custodia (tipo check-list) que garantice la trazabilidad. Las muestras biológicas y toxicológicas se rotularán con el nombre de la persona agredida y se introducirán en un sobre con el nombre de la persona agredida, fecha, identificación del hospital, y del medico forense actuante, y si se conoce, el número de diligencias previas.

TABLA 21

Tomas de muestras biológicas para cribado de ITS y tóxicos

- 2 TOMAS VAGINALES Y/O ANALES según proceda, con hisopo de algodón estériles en medio de conservación, para despistaje ITS.
- 2 TOMAS FARINGEAS (si sexo oral) con hisopo de algodón estériles en medio de conservación, con toma de las paredes de la faringe, para despistaje ITS.
- 2 TOMAS ENDOCERVICIALES con hisopo estéril en medio de conservación para cultivo, para despistaje ITS (una para Chlamydia y otra para restos de gérmenes).
- MUESTRA DE SANGRE 5-10 ml sin anticoagulante para LUES, VHB, VHC, HIV, test de gestación.
- TÓXICOS EN ORINA.



Se enviarán a laboratorio del hospital para su procesamiento junto con petición de analítica que hará el/la Facultativo de Ginecología

TABLA 22

Tomas de muestras biológicas para búsqueda de esperma/ADN del agresor

- 1. Tomas bucales para búsqueda de semen.** Se recogerán los posibles restos de semen con dos hisopos estériles que se pasarán con cuidado y, sin frotar en exceso, por debajo de la lengua, alrededor de las encías, de los dientes y por el paladar. Se introducirán en cajas de cartón específicas para hisopos o tubos específicos para ellos. Esta es la primera toma que debe realizarse, ya que en la boca los restos de semen desaparecen con cierta celeridad. Posteriormente se recogerá un enjuague bucal (que debe ser enérgico) con suero fisiológico que se depositará en un tubo o bote estéril para análisis.
- 2. Superficie corporal.** Se deben buscar manchas de saliva, sangre o semen, mordeduras, sugilaciones o similares, que deben recogerse con hisopos estériles según se describe en el artículo 34, puntos 1 y 2 de la Orden JUS/1291/2010. Los hisopos se deben tomar de cada zona por duplicado; en el caso de que sea necesario aplicar un hisopo húmedo, sobre la misma superficie se usará posteriormente uno seco, con el fin de obtener el residuo restante. Cuando sea necesario, el hisopo se humedecerá solo con una o dos gotas de agua destilada o suero fisiológico para evitar la sobresaturación y dilución de la muestra.
- 3. Tomas anales y del margen anal.** Deben ser obtenidas limpiando con dos hisopos estériles humedecidos el margen anal, empleando otros dos hisopos humedecidos para el conducto anorrectal. No enviar heces.
- 4. Peinado de vello público y recogida de pelos dubitativos.** Mediante peinado suave para no arrancar pelos de la persona agredida, sobre un papel blanco, enviándose tanto el peine como el papel sobre el que se ha realizado el peinado.
- 5. Tomas vaginales, cervicales y de genitales externos.** Se deben obtener con dos hisopos estériles humedecidos para la región vulvar, dos hisopos secos limpiando la cavidad vaginal y dos más, secos para el cuello uterino. La toma de los hisopos deberá realizarse de la zona exterior a la interior, primero la vulva, después la cavidad vaginal y por último el cuello uterino para no arrastrar hacia el interior los posibles restos o que estos queden adheridos al eje del hisopo y no al absorbente del mismo. **Esta toma deberá realizarse antes del lavado vaginal.** Los hisopos se introducirán en cajas de cartón o tubos específicos para ellos.
- 6. Lavado vaginal.** Se lleva a cabo después de la toma con hisopos, para lo cual se utilizarán unos 10 ml de suero fisiológico estéril que se recogerá en un tubo o frasco de plástico.
- 7. Uñas** (recortes o hisopos). Se cortará el borde superior de las uñas. Se deben enviar dos sobres pequeños, uno con las uñas de la mano derecha y otro con las de la izquierda. Si no se pueden recortar, se limpiarán con hisopos estériles.
- 8. Ropas de la persona agredida en el momento de la agresión.** Deberán envolverse cada una por separado en papel, e introducirse en bolsas de papel independientes. Se aconseja recoger y enviar la ropa interior y las prendas de vestir que se consideren de interés (en caso, por ejemplo, de una posible eyaculación exterior).



SERÁN RETIRADAS POR FORENSE O QUEDARÁN EN LABORATORIO custodiadas, desde donde serán retiradas por empresa de transporte para envío a IML (plazo máximo 72h o siguiente día hábil, pero no más de 7 días), acompañadas del Formulario de Remisión de Muestras y Documento Formulario de Remisión de paquetes de muestra (Cadena de Custodia).

TABLA 23

Toma de muestras para estudios toxicológicos

- **Sangre.** Se obtendrá en el plazo de las primeras 48 horas tras la presunta agresión. Se remitirá al laboratorio sangre venosa periférica en dos tubos de 5 ml debidamente etiquetados, preferiblemente uno con conservante (fluoruro sódico) y oxalato potásico como anticoagulante y el otro tubo con EDTA, ácido edético. Llenos ambos, evitando dejar cámara de aire. Se conservarán y enviarán en condiciones de refrigeración al laboratorio (2-8°C).
- **Orina.** Es la muestra de elección. Se obtendrá siempre que no superen los 5 días tras la presunta agresión. Se remitirá al laboratorio toda la que se pueda en un frasco debidamente etiquetado. Se conservará refrigerada y en caso de que su análisis se demore (más de 24 horas) es preferible congelar.
- **Pelo.** Se realizará su toma en aquellos casos en los que la presunta agresión se haya denunciado con mucho retraso (superior cinco días) o se sospeche que el tóxico ya no pudiera estar presente en sangre y orina. La toma se realizará trascurridas 4-6 semanas después del suceso. Se recogerá mechón cortado de la zona occipital y lo más próximo al cuero cabelludo de un grosor de 7 mm de diámetro. Se colocará fijado sobre un trozo de papel señalando el extremo proximal a la raíz y el extremo distal. Se conservará y enviará a temperatura ambiente.

14.6. Tratamiento

Se recomienda la profilaxis post-exposición frente al VIH a las víctimas de agresión sexual cuando exista exposición significativa, definida como contacto directo de semen, fluidos vaginales o sangre del asaltante con vagina, pene, ano o boca de la víctima, aunque no exista daño macroscópico visible, o ha sucedido tras una sumisión química por objeto punzante siguiendo indicaciones del Protocolo de profilaxis post-exposición no ocupacional vigente en cada centro. El periodo máximo de tiempo tras la exposición, dentro del cual se

aconseja iniciar el tratamiento profiláctico, es de 48 a 72 horas y se solicitará consentimiento informado para iniciar dicha profilaxis.

Se le aportara kit de VIH adultos para los días que necesita hasta su revisión en el siguiente día laborable. Si no existe contraindicación, se indica profilaxis con Truvada® (es el nombre comercial de emtricitabina/tenofovir), (1comprimido/24h) y Isentress® (Raltegravir) (1 comprimido/12h)

En caso de Hepatitis B, la actuación depende de la situación serológica de la persona expuesta:

TABLA 24

Profilaxis ITS en agresiones sexuales

Pauta habitual	Pauta en alérgicas a Penicilina	Pauta en gestantes
<ul style="list-style-type: none">- Ceftriaxona 500 mg IM dosis única.- Doxicilina 100 mg 1 c cada 12h 7 días.- Metronidazol 500 mg 1 cada 12h 7 días (NO indicar en hombres).	<ul style="list-style-type: none">- Gentamicina 240 mg IM.- Azitromicina 2 gr 1 comp. dosis única.	<ul style="list-style-type: none">- Azitromicina 1 gr 1 comp. dosis única.- Metronidazol 2 gr 1 comp. dosis única.

- Si no está vacunada o la vacuna es incompleta administrar inmunoglobulina anti-VHB y una dosis de vacuna
- Si está vacunada y en algún momento sus anticuerpos han sido mayor de 10 mU/ml no precisa ninguna actuación.

La paciente será derivada y valorada, de forma preferente, por un Servicio de Medicina Preventiva.

TABLA 25

Profilaxis ANTICONCEPCIÓN Postcoital

- <72h 1,5 mg levonorgestrel.
- 3-5º día Acetato Ulipristal 30 mg.
- 3-7º día Dispositivo Intrauterino.

Además, como complemento de la atención al estado emocional, si se considera oportuno y necesario se puede ofrecer administrar un ansiolítico.

14.7. Alta y Seguimiento

• Criterios de Hospitalización

Se contemplará la posibilidad de realizar un ingreso hospitalario a la mujer que haya sufrido una agresión sexual, especialmente en determinadas situaciones:

- Cuando presenten un gran daño a nivel físico y/o emocional.
- Si no existe la posibilidad de regresar a su domicilio y si se carece de centro asistencial de acogida.
- Cuando la atención se realice a altas horas de la madrugada.

En la medida de lo posible se cuidarán las condiciones de este ingreso tratando de proveer la máxima intimidad, confort y seguridad posibles.

• Derivación a Trabajo social

La continuidad en la atención es muy importante también en los casos de agresio-

nes sexuales, entendiendo además que la mujer puede necesitar otro tipo de recursos que trasciendan a lo meramente sanitario. Por tanto, es importante poner el caso en conocimiento de los y las profesionales que puedan atender a esta necesidad y a su vez establecer la conexión con el centro de Atención Primaria de la mujer. Se hablará con la mujer de esta posibilidad, y si da su consentimiento se procederá con los trámites necesarios para que así sea.

• Seguimiento y controles posteriores

Los controles posteriores a una agresión sexual irán dirigidos a tres líneas fundamentales de actuación:

- Continuidad y seguimiento del tratamiento de quimioprofilaxis y exposición al VIH e ITS: Para ello se citará a la mujer al primer día laborable en medicina preventiva, para revisar el resultado de la analítica, hacer una valoración de la continuidad de tratamiento retroviral y VHB, y completar las profilaxis iniciadas. Si la pauta de vacunación VHB de la víctima es correcta, se pautará controles serológicos frente al VHB a los 6 meses.
- Controles y atención ginecológica: Se citará aproximadamente entre 2-4 semanas en consulta externa de Ginecología o acudir a Atención Primaria para la recogida de los resultados del cultivo.
- Los hombres que han sufrido agresión sexual, se citaran en consulta ITS en 3 semanas, para Diagnóstico precoz de enfermedades de transmisión sexual.
- Derivación a Atención Primaria con indicaciones para el seguimiento. Es fundamental que desde Atención Primaria estén en conocimiento del caso para poder prestar atención y otros servicios que pueda necesitar, tales como derivación a Salud Mental si fuese necesario, contacto con Trabajo Social u otras actuaciones que pudieran ser convenientes.



15. Bibliografía

1. Tema 33. Atención integral a víctimas de malos tratos. Protocolos de actuación sanitaria ante la violencia de género vigentes en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Vicente Velázquez Vázquez. FUDEM (Curso OPE Matronas). Junio 2020.
2. Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Isabel Ruiz Pérez et Al. Consejería de Salud y Consumo, 2024 (4ª edición).
3. Protocolo de actuación sanitario desde el ámbito de las urgencias ante la violencia de género. Isabel Ruiz Pérez et Al. Consejería de Salud y Consumo, 2024 (3ª edición).
4. Protocolo de actuación y coordinación sanitaria ante agresiones sexuales en Andalucía. Isabel Ruiz Pérez et Al. Consejería de Salud y Consumo, 2024 (2ª edición).
5. Abordaje integral de víctimas de sumisión química y/o agresión por o objeto punzante. Isabel Ruiz Pérez et Al. Consejería de Salud y Consumo, 2023.

