

MATERIA
Medicina Legal

TITULACIÓN
Grao en Medicina

unidade
didáctica
4.3

A violencia contra a muller

María Sol Rodríguez Calvo

Departamento de Anatomía Patolóxica e Ciencias Forenses
Facultade de Medicina

unidadesdidácticas
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

DESCATALOGADO

© Universidade de Santiago de Compostela, 2013



Esta obra atópase baixo unha licenza Creative Commons BY-NC-SA 3.0. Calquera forma de reprodución, distribución, comunicación pública ou transformación desta obra non incluída na licenza Creative Commons BY-NC-SA 3.0 só pode ser realizada coa autorización expresa dos titulares, salvo excepción prevista pola lei. Pode acceder Vde. ao texto completo da licenza nesta ligazón:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es/legalcode.gl>

Deseño e maquetación

J. M. Gairí

Edita

Vicerreitoría de Estudantes,
Cultura e Formación Continua
da Universidade de Santiago de Compostela
Servizo de Publicacións
da Universidade de Santiago de Compostela

ISBN

978-84-15876-45-8

MATERIA: Medicina Legal
TITULACIÓN: Grao en Medicina

PROGRAMA XERAL DO CURSO
Localización da presente unidade didáctica

MÓDULO I. INTRODUCCIÓN

MÓDULO II. DEREITO MÉDICO

MÓDULO III. PATOLOXÍA FORENSE

MÓDULO IV. CLÍNICA FORENSE

Unidade IV.1. A valoración do dano corporal

Unidade IV.2. A violencia no ámbito familiar

Unidade IV.3. A violencia contra a muller

Definición

Epidemioloxía

Etiopatoxenia

Aspectos clínicos

Aspectos médico-legais

Unidade IV.4. Estudo médico-legal dos delitos contra a liberdade sexual

Unidade IV.5. A imputabilidade e a capacidade da persoa

MÓDULO V. XENÉTICA FORENSE

MÓDULO VI. TOXICOLOXÍA FORENSE

ÍNDICE

Presentación

- Xustificación
- Destinatarios
- Duración

Obxectivos

Metodoloxía

Contidos

1. Definición e Tipos de violencia contra a muller
2. Epidemioloxía
 - 2.1. Características das vítimas
 - 2.2. Características dos agresores
 - 2.3. Características da relación
3. Etiopatoxenia
4. Aspectos clínicos
 - 4.1. Lesións agudas
 - 4.2. Enfermidades crónicas
 - 4.2.1. Trastornos físicos
 - 4.2.2. Trastornos psíquicos
5. Aspectos médico-legais
 - 5.1. Papel dos profesionais sanitarios
 - 5.1.1. Detección do maltrato
 - 5.1.2. Valoración do maltrato
 - 5.1.3. Documentación do maltrato
 - 5.1.4. Comunicación do maltrato
 - 5.1.5. Información e derivación
 - 5.2. Papel do médico forense

Actividades Propostas

Avaliación

Anexos

- Anexo I
- Anexo II
- Anexo III

Bibliografía

PRESENTACIÓN

Esta unidade didáctica denominada “Violencia contra a muller”, está incluída no bloque de “Clínica forense” da materia “Medicina legal”, que se imparte no segundo semestre do 5º curso do Grao en Medicina. Esta materia é froito da interrelación entre a Medicina e o Dereito nun dobre sentido: o primeiro refírese á aplicación dos coñecementos médicos para resolver cuestións xudiciais (Medicina legal propiamente dita). O segundo ocúpase da regulación xurídica da práctica médica (Dereito médico). Ambos aspectos están incluídos no programa da materia (Fig. 1).

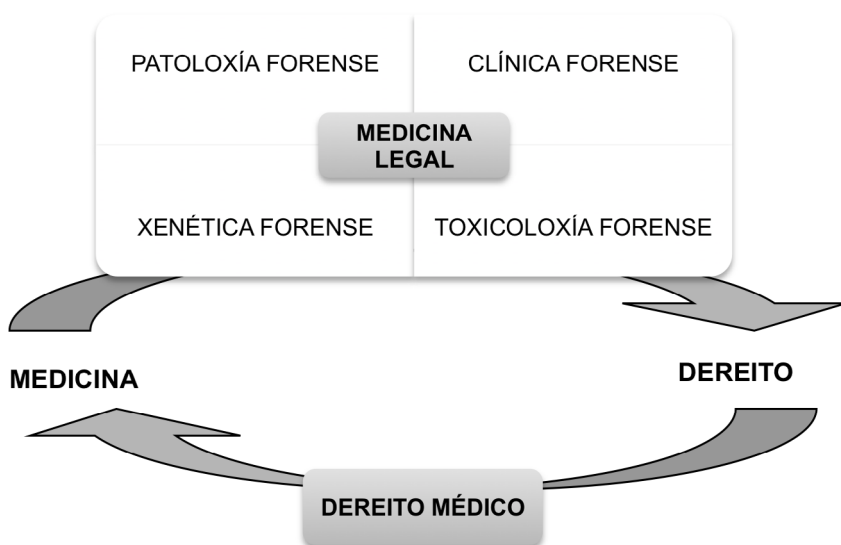


Fig. 1. A Medicina legal e o Dereito médico

A Medicina legal pódese considerar integrada polas seguintes especialidades: a Patoloxía e a Clínica forenses, ambas fundamentadas exclusivamente en coñecementos de natureza médica, a Xenética e a Toxicoloxía forenses. Como indicamos máis arriba, esta unidade didáctica está localizada na parte de Clínica forense, que se ocupa da pericia médica sobre a persoa viva, pero cando as vítimas morren, como consecuencia da violencia que sofren, son obxecto de estudo da Patoloxía forense, que se ocupa da pericia sobre o cadáver.

Xustificación

Dentro das competencias dos profesionais da Medicina están as de *recoñecer, diagnosticar, valorar e orientar o manexo do dano físico e mental*, ademais de ser capaz de *redactar documentos médico-legais*. A isto hai que engadir que, segundo o noso ordenamento xurídico, calquera médico pode ser chamado a actuar como perito nas causas penais. Por conseguinte, é importante que o futuro médico adquiera os coñecementos precisos sobre os obxectivos e procedementos da pericia médica sobre a persoa viva, e a súa obriga de comunicar á autoridade xudicial a atención prestada a unha persoa con lesións. Estes coñecementos, referidos as mulleres maltratadas, trátanse nesta unidade didáctica. Con eles, o futuro médico poderá intervir adecuadamente nos casos que se lle poidan presentar na súa práctica profesional.

Destinatarios

Os contidos desta unidade didáctica van dirixidos principalmente a estudantes de 5º curso do Grao en Medicina, aínda que tamén pode ser de utilidade para o alumnado de Dereito e Criminoloxía.

Duración

Os contidos desta unidade didáctica serán impartidos en 4 horas, distribuídas en 2 sesións de dúas horas: 1 sesión de docencia expositiva e 1 de seminario.

OBXECTIVOS

Os obxectivos que se pretende alcanzar nesta unidade didáctica son os seguintes (Fig. 2):

- Coñecer a magnitude, as características e os tipos de violencia contra a muller.
- Coñecer o mecanismo do maltrato á muller.
- Coñecer as consecuencias dese maltrato na saúde da vítima.
- Saber identificar e analizar os indicadores de maltrato.
- Describir e documentar as lesións adecuadamente.
- Darlle resposta aos requirimentos xudiciais (parte de lesións).
- Coñecer os obxectivos e procedementos da pericia médica na persoa viva.

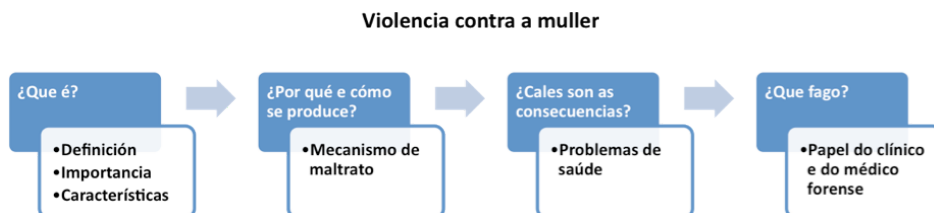


Fig. 2. Os obxectivos da unidade didáctica

METODOLOXÍA

A metodoloxía elixida para desenvolver esta unidade combinará a exposición maxistral dos contidos teóricos por parte da docente co traballo do alumnado, que será basicamente individual.

- Expoñerase a información indispensable sobre os principios teóricos e os conceptos fundamentais da unidade facendo uso das técnicas audiovisuais dispoñibles, para facilitar a comprensión dos contidos e promoverase a participación do alumnado mediante a formulación de cuestións.
- Fomentarase a procura de información adicional importante, instruindo no uso das fontes bibliográficas necesarias.
- Propoñeranse actividades e exercicios prácticos que desenvolvan diferentes aspectos dos contidos e promovan a adquisición das habilidades previstas. Entre eles, o estudo de casos.
- Realizaranse titorías en grupos reducidos para resolver cuestións e problemas aparecidos durante o proceso de aprendizaxe.
- O novo marco teórico irase introducindo tendo en conta os coñecementos previos do alumnado.

CONTIDOS

A violencia contra as mulleres constitúe un importante problema social de múltiples e graves consecuencias, entre as que se inclúen o risco para a vida e a saúde, a curto e a longo prazo, das vítimas. Considérase un importante problema de dereitos humanos e de saúde pública que require que o persoal sanitario afronte, detecte, diagnostique e trate adecuadamente. Ademais, trátase dun problema de saúde con repercusións legais, ás que o persoal sanitario tamén debe atender, identificando, documentando e informando correctamente.

1. Definición e Tipos de violencia contra a muller

A primeira dificultade deste problema é delimitalo, definilo. Utilizáronse distintos termos que convén aclarar e distinguir. A *violencia de xénero* inclúe calquera proceso de violencia que, por razóns de sexo, teña ou poida ter como resultado un dano ou sufrimento físico, sexual ou psicolóxico para a muller, así como as ameazas de tales actos, a coacción ou a privación arbitraria da liberdade, tanto se se produce na vida pública como na privada (Declaración das Nacións Unidas, 1993). É un concepto amplo que se utiliza moitas veces para referirse á violencia contra a muller e, como se pode apreciar, con múltiples e variadas manifestacións (Fig. 3).

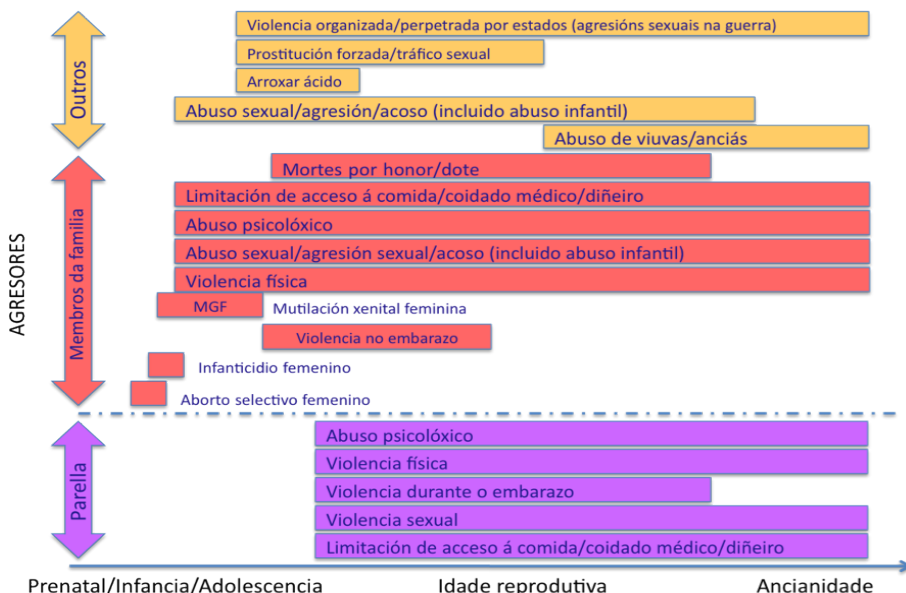


Fig. 3. Violencia contra a muller (Modificado de Watts Z, Zimmerman C. Lancet, 2002)

A *violencia de parella* contra a muller é unha modalidade de violencia de xénero, e defínese como a violencia física, sexual e/ou psicolóxica levada a cabo por parte do que é ou foi o seu compañeiro sentimental; é unha das formas de violencia menos evidentes porque habitualmente desenvólvese no ámbito da familia, é dicir, na privacidade. Por iso, en ocasións, denomínaselle *violencia doméstica*, aínda que esta pode ser exercida contra outros membros da unidade familiar, non só contra as mulleres. Ademais, a violencia de parella pódese producir aínda sen convivencia.

A violencia de parella constitúe unha das manifestacións máis comúns da violencia contra as mulleres, é a máis frecuente no noso medio e a que imos tratar nesta unidade. Obviamente, calquera tipo de agresión ten consecuencias negativas para a vítima, pero a magnitude das mesmas increméntase de forma significativa

no caso de violencia de parella, debido á súa cronicidade e o contexto no que se produce, en principio fonte de intimidade e seguridade para a muller.

2. Epidemioloxía

Aínda que hai moitas dificultades para coñecer a incidencia real, demostrouse que se trata dun problema *universal*, estendido por todo o mundo. Os estudos de poboacións realizados en diferentes países, mostran que entre un 10 e un 69% das mulleres de todo o mundo refiren maltrato físico por parte da súa parella nalgún momento da súa vida, e entre un 18 e un 58% nos países europeos. En España, a III macroenquisa sobre violencia contra as mulleres, realizada polo Instituto da Muller (2006), puxo en evidencia que o 9,6% da poboación feminina considérase tecnicamente como maltratada. A incidencia é difícil de cuantificar polo baixo número de denuncias. Estímase que menos da metade das vítimas denuncian a súa situación e, segundo datos do Centro Reina Sofía (2010) para o estudo da violencia, só o 25% das mulleres mortas interpuxeran denuncia previa.

Ademais de que un número substancial de mulleres experimenta violencia en mans da súa parella, os efectos negativos na súa saúde son profundos. Dita violencia está asociada con altos índices de mortalidade e morbilidade (lesións agudas e enfermidades crónicas). No ámbito sanitario, acháronse prevalencias que oscilan entre o 5 e o 19% en atención primaria e ata o 50% en urxencias hospitalarias.

Tamén se demostrou que é un problema *transversal*, é dicir, que afecta a todos os segmentos da sociedade. Polo tanto calquera muller, con independencia da idade, etnia, status socioeconómico, nivel educativo ou crenza relixiosa pode sufrir maltrato no contexto da súa relación de parella. Malia este amplo rango, con todo, identificáronse distintos factores de risco asociados cunha maior probabilidade de vitimización, que poden variar en distintos países e culturas (inmigración, discapacidade, toxicomanía, etc).

2.1. Características das vítimas

A bibliografía pon de manifesto a existencia de múltiples factores que poden facer ás mulleres máis vulnerables á violencia de parella:

- Idade: son as mulleres que forman parte da poboación activa e en idade fértil (20-50 anos) as que principalmente se ven sometidas á violencia dos varóns, con maior prevalencia entre as novas.
- Estado civil: os resultados de diferentes estudos son contraditorios, pero maniféstase tanto en mulleres solteiras, como casadas e en parellas de feito.
- Nivel socioeconómico baixo e situación de desemprego.
- Inmigración: supón un acumulo de factores de risco.
- Nivel educativo baixo.

2.2. Características dos agresores

En canto aos agresores, non existe un tipo específico de maltratador. Descríbense as seguintes características:

- Idade: sobre todo adultos novos.
- Nivel educativo: baixo.
- A maioría carecen de antecedentes delituosos.
- Só un 20% teñen unha enfermidade mental diagnosticada.
- O 30% ten problemas relacionados co alcohol e unha proporción menor con outras drogas.
- É frecuente que teñan unha historia de maltrato na súa infancia.

2.3. Características da relación

Na maioría dos casos a agresión comeza moi pronto tralo inicio da relación e tanto esta como os malos tratos mantéñense durante anos, o que confirma a cronicidade da violencia.

3. Etiopatoxenia

A violencia de parella ten unhas características propias: una base socio-cultural, cunha diferenza marcada de roles muller-home (*violencia estrutural*), e un obxectivo, exercer poder e control sobre a vítima (*violencia instrumental*).

Nas primeiras etapas a violencia tende a ser de tipo psicolóxico, desta forma vaise xestando a dependencia da vítima e o seu illamento; co tempo aparecen a violencia física e, nalgúns casos, as agresións sexuais.

- A *violencia psíquica* inclúe calquera acto ou conduta que produce desvalorización, culpabilización ou intimidación na muller, que lle fai sentir que non vale nada e que diminúe a súa auto-estima. Por exemplo: ameazar, humillar, controlar as saídas e relacións da muller, insultar, tentar culpala de calquera problema, esixir obediencia, impor illamento social, desprezar as súas opinións, tarefas ou o propio corpo, impedirle tomar decisións, mostrar indiferenza ante as necesidades da muller, obrigala a facer algo, ridiculizar, romper obxectos, permanecer en silencio, controlar os cartos ou maltratar animais domésticos.
- A *violencia física* poder ser mais ou menos grave. O mecanismo máis común é o golpe coa man, ben sexa aberta ou utilizando o puño, que produce lesións máis graves. Con menos frecuencia prodúcense patadas e a utilización de armas é máis rara, pero supón maior risco de mortalidade. As manobras de estrangulación son frecuentes e, en ocasións, prodúcense mordeduras e queimaduras.
- A *violencia sexual* dentro da parella pode ser exercida a través do sexo forzado (fisicamente ou con ameazas), obrigando á muller a participar en actos sexuais degradantes, rexeitando utilizar medidas anticonceptivas ou de protección contra enfermidades de transmisión sexual.

O ciclo da violencia é enormemente parecido en todos os casos. Leonor Walker describiuno, en 1984, en tres fases (Fig. 4):

- *Fase de acumulación de tensión:* nela o maltratador cambia o seu estado de ánimo de forma repentina e imprevista, móstrase molesto ante calquera comportamento da muller, comezan os insultos, os menosprezos, a ira contida, os actos de violencia menor. A tensión xorde arredor de conflitos e frustracións cotiás. A muller trata de calmalo, evitando facer aquilo que a el lle poida molestar e aceptando as súas esixencias, chegando mesmo a culparse a si mesma. A vítima experimenta confusión e anguria. A distancia emocional, a tensión e a irritabilidade do maltratador van aumentando até pasar á segunda fase.
- *Fase de agresión:* Prodúcese malos tratos en forma de abusos psíquicos, físicos e/ou sexuais. Esta descarga de agresividade alivia a tensión do maltratador. Ao contrario do que podería parecer, a violencia do home non é unha demostración de forza, senón un acto de impotencia. Ao non alcanzar as súas expectativas o varón sente que perde poder e exerce a violencia para recuperalo. Despois desta fase cada un reafirma a súa identidade na parella: debilidade e submisión na muller e forza e poder no home.
- *Fase de arrepentimento ou de “lúa de mel”:* Supón unha fase de calma, con actos de arrepentimento, demanda de perdón e promesa de que non volverá a suceder por parte do maltratador. A muller cre na posibilidade deste cambio de conduta e tenta que a relación funcione. Ao remate desta fase o ciclo comezará de novo. Co paso do tempo o maltrato, por motivos cada vez máis insignificantes, vólvese máis frecuente e perigoso. A fase de arrepentimento tende finalmente a desaparecer.

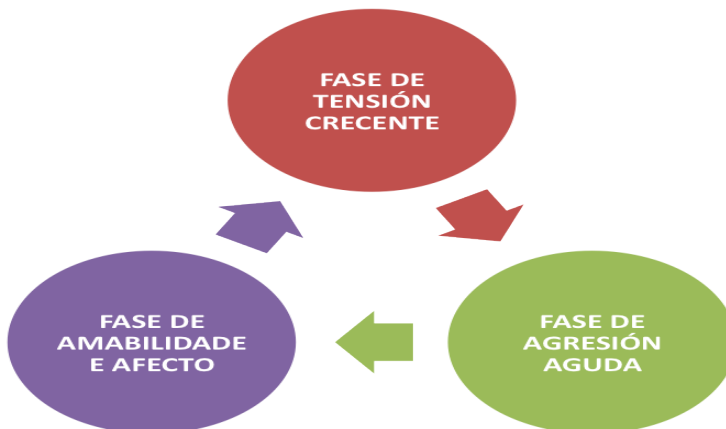


Fig. 4. Ciclo da violencia

4. Aspectos clínicos

A violencia de parella pode chegar a ter un gran impacto sobre a saúde física e psíquica da muller. Os procesos que se asociaron co maltrato abarcan desde problemas máis visibles e inmediatos como son as lesións ocasionadas directamente pola violencia física, que poden producir discapacidades ou ata a propia morte, ata problemas de saúde a máis longo prazo, tanto de índole física como psíquica.

4.1. Lesións agudas

A violencia de parella é unha das causas máis frecuentes de lesións e morte na muller. As lesións abarcan toda a tipoloxía lesional da traumatoloxía forense, desde simples contusións e erosións ata feridas por diversos tipos de armas e queimaduras e intoxicacións con fins criminais. Trátase de lesións de distinta gravidade, que van desde lesións superficiais menores ata lesións internas graves e traumatismos múltiples que poden ocasionar a morte (Fig. 5). Prodúcense en aproximadamente a metade das mulleres maltratadas e ao redor do 30% destas vítimas reciben axuda médica polas súas lesións.

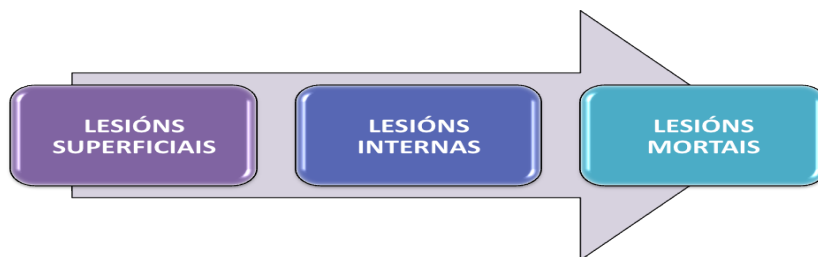


Fig. 5. Tipos de lesións

Aínda que diferentes rexións anatómicas poden verse afectadas, o cadro lesional máis común adoita estar formado por escoriacións, contusións e feridas superficiais na cabeza, cara, pescozo, tórax, peitos e abdome. Segundo diferentes estudos, a cabeza, o pescozo e a cara son as localizacións máis frecuentes de lesión (50-80%), atribuíndolles unha gran sensibilidade, pero baixa especificidade de maltrato á muller. Séguenlle en frecuencia as extremidades superiores, o que é compatible con lesións de defensa (Fig. 6). É importante resaltar que moitas mulleres agredidas sexualmente non presentan lesións visibles e só se atoparon lesións xenitais en 1/3 das vítimas.

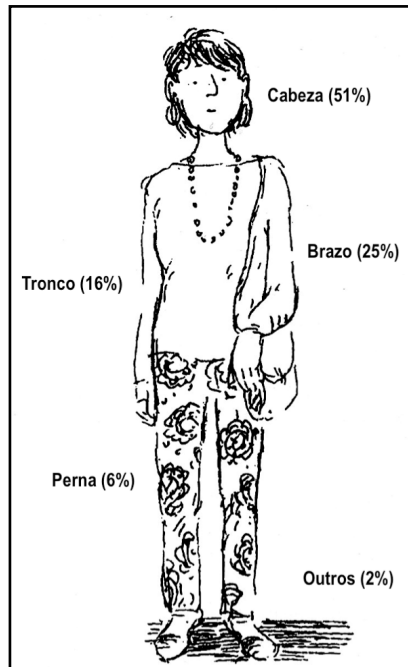


Fig. 6. Localización das lesións (Modificado de Mason JK e Purdue BN, 2000)

A maioría das vítimas sofren abuso por diversos mecanismos, que ocasionan múltiples lesións de diferente localización que adoitan afectar sobre todo a tecidos brandos. Suxire maltrato o feito de que estas lesións sexan de diferente antigüidade, polo que, cando o profesional sanitario examina á vítima atópaas en distinto estadio evolutivo.

Nos casos máis graves o resultado é a morte e, de feito, o 30% dos homicidios perpetrados contra a muller son cometidos polo seu compañeiro sentimental. No noso medio, as causas máis frecuentes de morte son, en primeiro lugar, as armas brancas, seguidas de armas de fogo, manobras de estrangulación e traumatismos por obxecto contundente (Centro Reina Sofía, 2010).

4.2. Enfermidades crónicas

En canto á magnitude do impacto sobre a saúde a longo prazo, demostrouse que ditas mulleres poden chegar a padecer un 60% máis enfermidades de carácter físico que as que non son vítimas de tal violencia. As lesións, o medo e o estrés asociados ao maltrato poden ocasionar problemas de saúde crónicos. As vítimas de violencia de parella presentan unha maior vulnerabilidade á enfermidade, como consecuencia de alteracións do sistema inmunolóxico e neuro-hormonal que favorecen a aparición de enfermidades e o empeoramento das existentes. Describiuse que as mulleres que sufriran abuso físico tiñan unha probabilidade

1,6 veces maior de desenvolver unha enfermidade crónica que as que non sufriran ningún tipo de abuso e aquelas maltratadas de forma severa pasaban case o dobre de días en cama por enfermidades que as non maltratadas e tiñan unha peor percepción da súa saúde.

4.2.1. Trastornos físicos

Os trastornos relacionados coa violencia de parella abarcan desde dores reumáticas, como cervicalxia ou lumbalxia crónicas e artrite, ata complicacións cardiovasculares, como infarto de miocardio e anxina de peito, trastornos gastrointestinais, como úlcera de estómago e colon irritable, e inclúen síntomas neurolóxicos recorrentes, como balbucido e tartamudeo, perda de audición, problemas visuais, cefaleas e xaquecas. Tamén se demostrou que o maltrato ocasiona trastornos na saúde sexual e reprodutiva. O maltrato asociouse a condutas sexuais de alto risco para o contaxio das enfermidades de transmisión sexual (ETS) e atopouse que as vítimas teñen o dobre de risco de padecer unha ETS que as mulleres que non sufriron esta violencia. Así mesmo, a violencia de parella asociouse cunha taxa maior de embarazos non desexados e abortos voluntarios e con diversos problemas xinecolóxicos como dor pélvica crónica, hemorraxia e infeccións vexinais, e coitos dolorosos (Táboa 1).

Táboa 1. Trastornos na saúde física
<p>Dores reumáticas lumbalxia, cervicalxia, artrite</p>
<p>Síntomas neurolóxicos recorrentes cefaleas, xaquecas problemas audición e vista balbucidos/tartamudeo, desmaios, amnesia</p>
<p>Trastornos cardiocirculatorios HTA, infarto de miocardio, anxina de peito</p>
<p>Trastornos gastrointestinais colon irritable, úlcera de estómago, refluxo gástrico dispepsia, estrinximento, diarrea perda do apetito, dor abdominal</p>
<p>Trastornos uro-renais infección do tracto urinario, retención de urina</p>
<p>Trastornos na saúde sexual e reprodutiva enfermidades de transmisión sexual embarazos non desexados e abortos voluntarios problemas xinecolóxicos (dor, trastornos menstruais, infeccións)</p>

Por outra banda, a prevalencia de maltrato durante o embarazo alcanza cifras considerables, asociándose a condutas violentas máis graves e máis frecuentes, con maior risco de homicidio. O abuso durante o embarazo pode ocasionar complicacións para a saúde tanto da nai como do neno. Outra consecuencia da violencia durante o embarazo é o risco de abuso infantil. De feito, hai unha gran interrelación entre o maltrato á muller e aos nenos. Estes sempre se ven afectados, xa sexa como receptores ou como testemuñas da devandita violencia. Os menores que crecen nese ambiente teñen 30-60% máis probabilidades de experimentar abuso e maior porcentaxe de problemas como trastornos do sono, problemas escolares, emocionais, intentos de suicidio e comportamento agresivo. Os nenos aprenden a aceptar a violencia como un método apropiado de resolver os conflitos e é máis probable que repitan este patrón na idade adulta.

4.2.2. Trastornos psíquicos

Os procesos de saúde psíquica relacionados co maltrato abarcan desde o consumo e abuso de determinadas sustancias, como alcohol, drogas e determinados psicofármacos (antidepresivos, anfetaminas, tranquilizantes e estimulantes), ata trastornos de ansiedade, depresión e o trastorno por estrés postraumático (Táboa 2). Demostrouse que a frecuencia destes achados gardaba unha relación dose-resposta coa gravidade e a duración do maltrato.

Táboa 2. Trastornos na saúde psíquica

Trastorno por estrés postraumático

Depresión

Ansiedade

Tabaquismo

Consumo e abuso de alcohol, drogas e psicofármacos

Ideación suicida e intento de suicidio

Somatización

O amplo rango de procesos asociados ao maltrato indica que as vítimas de malos tratos buscarán asistencia sanitaria, tanto nos servizos de urxencia como de atención primaria, unidades de saúde mental ou outros servizos específicos, como xinecoloxía, reumatoloxía ou gastroenteroloxía.

5. Aspectos médico-legais

Hai que distinguir aquí os aspectos médico-legais que son competencia dos profesionais sanitarios que atenden ás vítimas daqueles que deben realizar os médicos forenses no exercicio das súas funcións. Os clínicos que atenden ás mulleres maltratadas desempeñan unha importante contribución identificando e documentando feitos potencialmente importantes desde o punto de vista legal. Os profesionais da Medicina legal proporcionan documentación precisa e interpretación dos achados que pode ser crítica para a resolución legal e social do caso.

5.1. Papel dos profesionais sanitarios

A variedade de manifestacións da violencia de parella pon de relevo que case calquera profesional sanitario, á marxe da súa especialidade, enfrontarase con este problema. Polo tanto, é importante que estes profesionais se dean conta que un acto de violencia, como o dirixido cara á muller, implica que estamos ante un problema de saúde con repercusións xurídicas e que deben atender ambas esixencias. O médico ten un papel insubstituíble en diversos aspectos da atención ás vítimas (Fig. 7):

- **Detección** do maltrato.
- **Valoración** do maltrato.
- **Documentación** do maltrato.
- **Comunicación** do maltrato.
- **Información e derivación** da vítima.

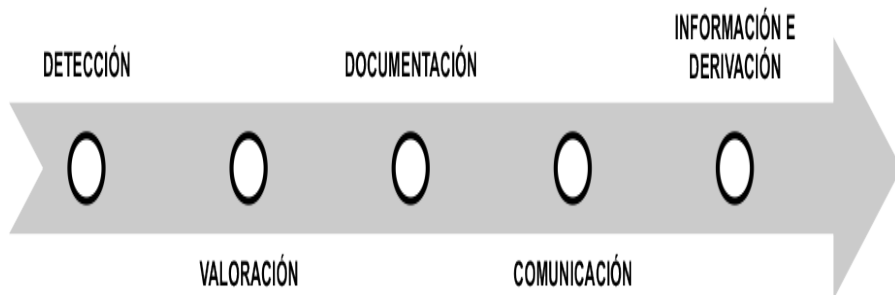


Fig. 7. Papel dos profesionais sanitarios na violencia de parella

5.1.1. Detección do maltrato

As mulleres maltratadas son frecuentemente atendidas nos servizos sanitarios, pero en moitas ocasións non se presentan con lesións evidentes, senón con diversos problemas de saúde, moitos deles inespecíficos. Por iso é importante coñecer a dinámica da violencia de parella e as distintas formas de manifestación da mesma, para poder identificala.

A abordaxe e a resolución das consecuencias da violencia deben comezar coa detección do problema, pero os profesionais sanitarios teñen dificultades en identificar adecuadamente ás mulleres maltratadas.

Hai varios obstáculos que dificultan que a muller confese o problema e outros que os profesionais sanitarios pregunten sobre el:

- Moitas *mulleres* son reticentes a compartir detalles íntimos e desagradables, especialmente en caso de abuso crónico. As vítimas sofren sentimentos de vergonza e humillación, algunhas ata de culpabilidade, polo que frecuentemente son reticentes a falar do maltrato, particularmente cun médico cuxos esforzos elas creen que están dirixidos a curar as súas feridas e non necesariamente a súa causa. Ademais, temen as represalias do agresor e as complicacións sociais e legais que carrega facer público o seu problema.
- En canto aos *profesionais sanitarios*, un dos maiores inconvenientes para identificar e intervir no maltrato é a falta de recoñecemento e de educación formal sobre o tema e como afrontalo. Outros obstáculos son a abordaxe esencialmente biolóxica da atención sanitaria, considerar que é un problema fóra da súa competencia, a falta de tempo así como a escasa coordinación entre os recursos dispoñibles para afrontar os desafíos deste complexo problema. Aínda que as mulleres non adoitan manifestar nin confesar a súa situación de maltrato espontaneamente, considérase que a razón máis importante da escasa detección da violencia é que os profesionais sanitarios non preguntan sobre ela.

Dada a alta prevalencia e os múltiples e variados efectos sobre a saúde é importante que os profesionais sanitarios pregunten directamente sobre a violencia de parella, xa que resulta difícil identificar situacións de maltrato nas que o resultado non sexan lesións físicas (ver Anexo I). Introducir cuestións sobre o maltrato á hora de realizar a historia clínica facilita o recoñecemento do abuso, brinda a oportunidade de ofrecer apoio e información e de referir aos servizos legais e sociais pertinentes.

5.1.2. Valoración do maltrato

O recoñecemento das enfermidades e lesións que poden resultar da violencia de parella e unha actuación médica adecuada pode previr novos episodios de violencia e as súas consecuencias.

Para unha valoración efectiva do maltrato débese realizar unha *historia clínica global*. Esta debe ser o máis obxectiva e detallada posible, incluíndo a anamneses e a exploración física. Débense incorporar de forma completa as observacións e a conversación coa paciente, o motivo de consulta así como o historial médico, familiar e social da vítima, xunto cos resultados do exame físico. Como xa mencionamos, recoméndase incluír unha serie de cuestións para pescudar se a paciente sofre algún tipo de violencia. É importante que sexan específicas e directas.

O profesional sanitario debe entender que a privacidade e a seguridade da vítima son fundamentais, por iso realizará estas preguntas cando estea soa, asegurando a confidencialidade da información. É importante, así mesmo, ter en conta que a valoración do maltrato e a actuación posterior do profesional sanitario debe respectar a autonomía da paciente, ofrecéndolle apoio e colaboración e mostrando interese pola súa saúde e a súa seguridade.

A elaboración da historia clínica, tendo en conta as súas implicacións médico-legais, pode ser moi útil tanto para a paciente, como proba no caso de abrirse un proceso xudicial, como para o clínico, que pode ser chamado a testificar no xuízo. O médico debe ter en conta que o que escriba ou non na historia clínica pode ser crucial para a resolución do caso.

En canto ao exame físico, este ha de ser completo e minucioso. Debe terse en conta que, aínda que os achados físicos poden proporcionar sospeita ou evidencia de abuso, a ausencia dos mesmos non descarta o maltrato presente ou pasado.

Os indicadores de abuso a partir do exame físico están sobre todo relacionados coas lesións visibles e os patróns das mesmas. É necesario coñecer as súas características (natureza, tipoloxía, localización e diferente data) para identificalas como parte do cadro de maltrato á muller, describilas con obxectividade e minuciosidade e comprobar se as lesións son explicadas adecuadamente. Así mesmo, débese describir calquera feito significativo que poida explicar quen, que, onde, por que e cando se produciron as mesmas.

Diversos achados da historia e a exploración poden alertar sobre a violencia de parella::

- A historia do incidente non se corresponde co tipo de lesión.
- Hai un atraso entre la lesión e a procura de atención médica.
- A paciente ten unha historia de “propensión aos accidentes”.
- A paciente tivo intentos de suicidio ou historial de depresión.
- A paciente tivo trastornos psicossomáticos repetidos.

5.1.3. Documentación do maltrato

O propósito da valoración e a documentación dos achados é, na medida do posible, tratar de establecer a causa da lesión ou enfermidade e se o relato dos feitos é compatible cos achados documentados.

O máis apropiado é asegurar a documentación en detalle e sen ambigüidades das lesións e trastornos que presenta a vítima, para que o tribunal poida tomar a decisión, baseándose nunha apropiada interpretación das mesmas e a súa relevancia co caso. Debe terse en conta que esta información vai ser revisada por outras persoas, non só pertencentes ao ámbito sanitario, senón tamén ao xurídico.

A documentación das lesións pode realizarse en varios formatos: narrativa (notas escritas), diagramática (esquemas ou debuxos) e fotográfica.

5.1.3.1. Documentación narrativa

- A información sobre o abuso incorporada á historia clínica debe ser detallada e idealmente recolleita coas palabras da propia paciente.
- É importante describir as lesións con minuciosidade e obxectividade incluíndo o tipo de lesión, o seu tamaño, forma, cor, número e localización anatómica, así como as súas posibles causas e a explicación ofrecida.
- Recoméndase valorar, no momento do exame, se a lesión é recente ou antiga, ou se ten características específicas de lesións particulares (auto-inflixida, lesión de defensa).
- Tamén se as lesións se corresponden coa explicación ofrecida sobre o seu modo de produción.

5.1.3.2. Documentación diagramática

Ademais da descrición completa das lesións, é de gran valor completar a documentación cuns esquemas corporais onde se sinalen os diferentes achados (Fig. 8).

5.1.3.3. Documentación fotográfica

Desde o punto de vista médico-legal, o desexable é achegar fotografías dos achados, para o que se debe obter previamente o consentimento da vítima.

É importante realizar polo menos dous enfoques, un que nos permita localizar a lesión con referencia a outras estruturas corporais e outro máis próximo que permita valorar as características da mesma. Débense incluír referencias de cor e tamaño en cada fotografía.

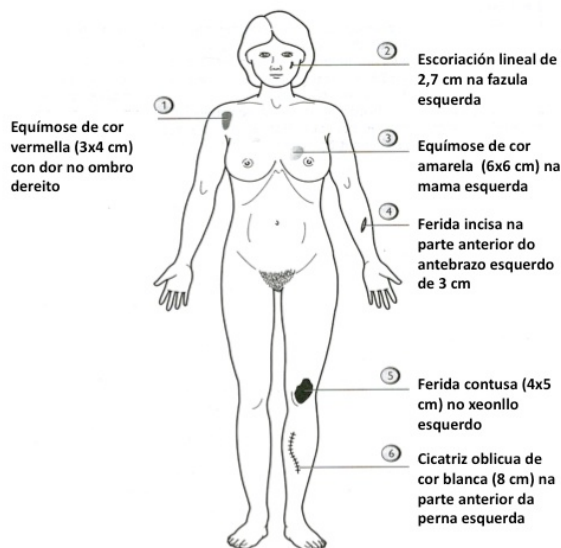


Fig. 8. Diagramas corporais coa descrición e a localización das lesións (Modificado de Olshaker JS, Jackson MC, Smock WS, 2007)

5.1.4. Comunicación do maltrato

Para abarcar dun xeito integral os casos de violencia de xénero é necesario, ademais do exposto, poñer en coñecemento da autoridade xudicial a posible existencia dun delito, obrigación que se cumpre mediante a notificación ao xulgado mediante o *parte de lesións*, informando previamente á muller afectada e rexistrándoo na historia clínica. A notificación ás autoridades xudiciais permitirá poñer en marcha as medidas oportunas dirixidas á protección da muller e á persecución do delito.

A elaboración e envío do parte de lesións é unha obrigação que xorde dun imperativo legal (Lei de Axuizamento Criminal, artigo 262; Código Penal, artigos 408 e 450) e deontolóxico (Código de Deontoloxía médica, artigo 30). Trátase de comunicar a atención prestada polos danos físicos ou os cadros psíquicos consecutivos ao maltrato, o que en moitas ocasións servirá para soste a denuncia e facilitar o xuízo rápido.

Cando o profesional sanitario formula a emisión dun parte de lesións, baséase nunha presunción, unha sospeita razoable, da posible compatibilidade das lesións cun delito de malos tratos. Se a situación non chega a alcanzar a entidade da dúbida racional e quédase nunha mera posibilidade, a actuación recomendada é incluír na historia clínica a sospeita diagnóstica para facer un seguimento multidisciplinar e realizar a correspondente notificación cando se dispoña de datos concretos. É importante saber que a simple sospeita razoable e a emisión do parte xustifica o inicio dunha investigación xudicial, independentemente da presentación de denuncia por parte da vítima.

A emisión do parte de lesións en ocasións suscita aos profesionais sanitarios problemas de decisión sobre cal sería a actuación máis conveniente, especialmente naqueles casos en que a muller manifesta non estar de acordo coa notificación dos malos tratos. Moitos profesionais móstranse preocupados polos efectos negativos que supoñería o rexeitamento e a perda de confianza da muller por non respectar os seus desexos, coa posibilidade de ruptura da relación profesional médico-paciente, e ata co potencial incremento do risco para a muller por represalia do maltratador. Outras veces alúdese a un conflito co deber de segredo profesional, á dificultade diagnóstica ou ata ao compromiso persoal que implica unha denuncia deste tipo. En relación con estes aspectos, seguindo as directrices da Lei Orgánica 1/2004 de 28 de decembro (BOE 29 de decembro), de Medidas de Protección Integral contra a Violencia de Xénero, elaboráronse protocolos cos criterios a seguir e cos ítems que deberían facerse constar nos partes de lesións, en materia de violencia de xénero. Exemplo diso son o Protocolo Común do Consello Interterritorial para a actuación sanitaria ante a violencia de xénero (2006) ou, xa en Galicia, a Guía Técnica do proceso de atención ás mulleres en situación de violencia de xénero (2009) (Anexo III).

Todos estes protocolos conclúen coa obrigação legal de facer o parte de lesións por triplicado para enviálo ao Xulgado de Garda, entregar unha copia á vítima, sempre que non comprometa a súa seguridade e gardar o terceiro na historia clínica da paciente. Ademais, ofrecen orientacións sobre os criterios con

que deben cumprimentarse estes documentos e os datos que é conveniente incluír (Anexo II):

- Datos de filiación da vítima e dos seus acompañantes, así como do médico que realiza o recoñecemento.
- Exposición dos feitos que motivan a asistencia, así como lugar, data e hora.
- Descrición detallada das lesións presentes na exploración, estado psíquico ou emocional e probas complementarias realizadas.
- O mecanismo de produción, segundo refira a vítima ou acompañantes, ademais do que poida deducir o médico polos seus coñecementos.
- Diagnóstico, tratamento prescrito –é importante reflectir se, ademais dunha primeira asistencia, se precisa ulterior tratamento médico ou cirúrxico– e pronóstico.

As recomendacións inclúen a necesidade de utilizar letra clara, lexible e sen tachas que poidan interpretarse como manipulación. En ocasións, a ilexibilidade dos partes impide coñecer o alcance exacto das lesións e incluso a gravidade da agresión, o que dificulta a posterior avaliación pericial por parte do médico forense, e en consecuencia tamén a valoración por parte do xuíz.

O parte de lesións posúe un gran valor xa que, por normal xeral, realízase nun momento próximo á agresión. Por iso, reflicte as lesións no momento inicial, información de suma importancia para o posterior informe pericial do forense, posto que moitas veces, cando este valora á paciente as lesións xa desapareceron. Da mesma forma, achega datos sobre o estado psíquico inmediato (shock emocional, negación, confusión, temor) circunstancia que tampouco adoita ser observada polo forense.

Ademais do parte de lesións, o clínico que atende a unha muller maltratada pode elaborar un *informe médico*, un documento importante como proba xudicial, que pode utilizarse para demostrar a habitualidade e reincidencia do feito violento. Nel expóñense os datos médicos sobre o estado físico e a saúde do paciente, así como a asistencia sanitaria prestada.

5.1.5. Información e derivación

Unha vez proporcionada a atención e cuidados asistenciais e de terse en conta os aspectos médico-legais que apuntamos, deben realizarse os labores de información e derivación oportunas en función do caso. O profesional sanitario realizará as interconsultas que considere necesarias, derivará á vítima cando sexa preciso e contactará cos traballadores sociais se o caso así o esixe. Así mesmo, debe informar ás vítimas sobre:

- O dereito a presentar denuncia dos feitos no Xulgado de Garda, Comisaría de Policía ou Cuartel da Garda Civil.
- A existencia de centros específicos para a muller onde pode ser informada dos seus dereitos e recibir asesoramento necesario, así como a posibilidade de ser atendida nun centro de acolleita de urxencia.
- A posibilidade de poñerse en contacto coa Unidade de Traballo Social do Centro Sanitario ou do Concello para a oportuna intervención.

Como xamencionamos, a violencia de xénero é un problema multidimensional, que precisa respostas a distintos niveis. A prevención do trauma e das consecuencias a longo prazo da violencia require a coordinación con outros axentes implicados na atención ás vítimas. Por iso, é importante que o profesional sanitario coñeza os recursos da súa propia institución e a súa localidade aos que pode referir ás vítimas para que reciban apoio e información adicional. A saúde e a seguridade das mulleres pode mellorar significativamente se os profesionais sanitarios están preparados e dispostos a actuar e derivar de forma adecuada ás vítimas de maltrato.

5.2. Papel do médico forense

Cando hai un proceso xudicial aberto como consecuencia do maltrato a valoración dos aspectos médicos recae sobre o médico forense. Se se trata da pericia sobre unha vítima viva débese realizar unha valoración do dano físico e psíquico. Desde o punto de vista legal, o que interesa é o resultado da agresión, as lesións sufridas, que han de ser valoradas para establecer unha reparación do dano e unha condena proporcional ás mesmas. Para dita valoración o médico forense fai unha revisión da documentación médica, entre a que se atopa o parte de lesións. É importante resaltar que, cando actúa o médico forense moitas das lesións poden ter curado, de aí a importancia das fotografías realizadas polos profesionais que atenden á vítima no momento agudo, trala agresión. Se se trata da pericia sobre unha vítima que faleceu como consecuencia do maltrato, o médico forense debe realizar a autopsia médico-legal para esclarecer a causa e as circunstancias da morte (Fig. 9).

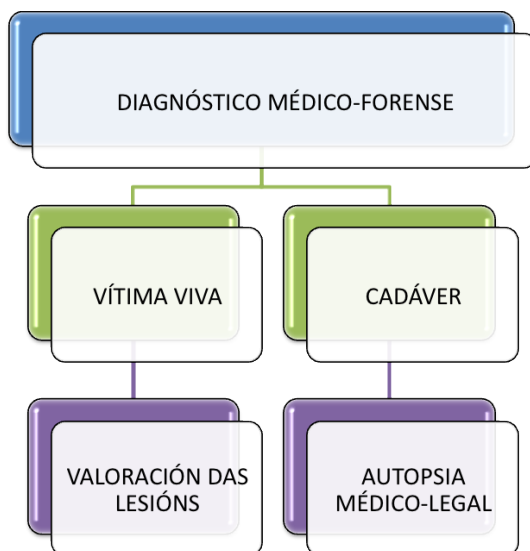


Fig. 9. Papel do médico forense

ACTIVIDADES PROPOSTAS

Desenvolveranse as seguintes actividades prácticas nos seminarios:

- Descrición de varios casos de violencia contra a muller.
- Descrición do cadro de lesións e afectacións dos casos expostos.
- Resolución das cuestións médico-legais que plantexan eses casos.
- Discusión e razoamento da actitude a seguir ante os mesmos.
- Elaboración dos partes de lesións.

AVALIACIÓN

A avaliación da unidade terá lugar ao longo do seu desenvolvemento (avaliación procesual) e ao seu remate (avaliación final).

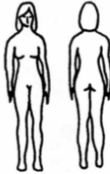
A avaliación procesual levarase a cabo, especialmente, no curso das actividades propostas e a final realizarase ao rematar o cuadrimestre. Esta unidade forma parte do programa da materia “Medicina Legal”, polo tanto, a avaliación final farase conxuntamente co resto dos temas da materia. Os alumnos deberán realizar un exame final obrigatorio que será tipo test, subdividido en bloques de preguntas que ponderan o contido do programa.

En concreto, esta unidade será valorada tendo en conta:

- A resposta ás preguntas do exame.
- A participación activa na clase e nos seminarios.
- O resultado da súa contribución ás actividades propostas.

ANEXOS

ANEXO I: CUESTIONARIO ESTANDARIZADO SOBRE VIOLENCIA*

1. ¿NO ÚLTIMO ANO, golpeáronte ou feríronte fisicamente? Se é positivo, quen..... Cantas veces.....	SI	NON
2. DESDE QUE QUEDACHES EMBARAZADA, golpeáronte ou feríronte fisicamente Se é positivo, quen..... Cantas veces.....	SI	NON
MARCAR A ÁREA DE LESIÓN NO MAPA CORPORAL, CLASIFICA CADA INCIDENTE DE ACORDO A ESTA ESCALA: 1= ameazas de abuso, ata con armas 2= labazadas, empurróns, sen lesións duradeiras 3= puñazos, patadas, cortes e/ou dor duradero 4= golpes múltiples, contusións, queimaduras, fracturas 5= lesións craniais, lesións internas, lesións permanentes 6= uso de armas, ferida de armas		
3. ¿NO ÚLTIMO ANO, fuches forzada sexualmente? Se é positivo, quen..... Cantas veces.....	SI	NON

*Modificado de Olshaker JS, Jackson MC, Smock WS, 2007

ANEXO II: MODELO DE PARTE DE LESIÓNS

HOSPITAL PROVINCIAL

Servizo de Urxencias

PARTE XUDICIAL

— Sendo as.....horas, do día.....de.....de 200-, asistiuse neste servizo de urxencias a D./D^a..... de..... anos de idade, con domicilio en.....

.....

e teléfono.....que presentaba as seguintes lesións:

(1)

— Segundo manifesta, estas lesións foron producidas como consecuencia de:

(2)

A asistencia prestada neste servizo consistiu en:

(3)

Recoméndanse as seguintes medidas terapéuticas:

(4)

— O médico responsable da asistencia foi o Dr./Dra..... colexiado n.º....., que comunica o feito a V. I. para os efectos que considere oportunos.

Firma,

SR. MAXISTRADO-XUIZ DO XULGADO DE GARDA DE.....

(1) Debemos poñer todas as lesións. As que esquezamos, ou aparezan posteriormente, van suscitar problemas de relación de causalidade co accidente.

(2) P. e. accidente de tráfico, accidente doméstico, agresión, accidente laboral, etc.

(3) P. e. exploracións radiolóxicas, cura da ferida, redución da fractura, etc.

(4) P. e. retirada dos puntos aos sete días, revisión polo seu especialista de área, tratamento analxésico, acudir novamente a este servizo se nota molestias, etc.

ANEXO III: LIGAZÓNS DE INTERESE

Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género:

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>

Guía Técnica del proceso de atención a las mujeres en situación de violencia de género: <http://igualdade.xunta.es/sites/default/files/files/documentos/G13Violencia.pdf>

Instituto de la Mujer: <http://www.inmujer.gob.es/conoceDerechos/violencia/home.htm>

National Library of Medicine: www.nlm.nih.gov/medlineplus/domesticviolence.html

BIBLIOGRAFÍA

DI MAIO VJM, DANA SE. Manual de Patología forense. Diaz de Santos, Madrid, 2003.

GISBERT CALABUIG, JA. Medicina Legal y Toxicología, 6ª ed. Editorial Masson, Barcelona, 2004.

MASON JK, PURDUE BN. The Pathology of Trauma. Arnold, London, 2000.

OLSHAKER JS, JACKSON MC, SMOCK WS. Forensic Emergency Medicine. 2ª Ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2007

PAYNE-JAMES J, BUSUTIL A, SMOCK W. Forensic Medicine, clinical and pathological aspects, Greenwich Medical Media, London, 2003.

RODRIGUEZ-CALVO MS, VÁZQUEZ-PORTOMEÑE F, La violencia de género: aspectos médico-legales y jurídico-penales. Tirant lo Blanch, Valencia 2013.

SAUKKO P, KNIGHT B., KNIGHT'S Forensic Pathology, Arnold, London, 2004.



Unha colección orientada a editar materiais docentes de calidade e pensada para apoiar o traballo do profesorado e do alumnado de todas as materias e titulacións da universidade

unidades didácticas
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA