

# Los médicos alaveses detectan un caso de malos tratos a mujeres cada tres días

ROSA CANCHO



Profesionales de los centros de salud y Urgencias registraron 133 sospechas de violencia de género en 2018, un 10% más

**VITORIA.** Los médicos y enfermeras alaveses tienen un radar hiper-sensible para detectar que una mujer está sufriendo violencia física o psicológica por parte de su pareja o de su ex. Gracias a esa relación cercana que desarrollan con la víctima y a la confianza que ésta deposita en ellos, muchas veces logran diagnosticar estados de ánimo y lesiones que ella no quiere contar o trata de ocultar por miedo. El pasado año, uno de cada tres días un médico de urgencias o de los centros de salud alaveses anotó su sospecha de estar ante un caso de maltrato en el historial médico de su paciente. Fueron 133 los códigos activados, de los que 71 salieron de las urgencias de Txagorritxu y Santiago y el resto, de las consultas de los médicos de familia.

Son un 10% más que el año anterior, «pero sólo la punta del iceberg» de una lacra que se estima afecta a entre el 9% y el 12% de las alavesas mayores de 14 años. En esto coinciden Maxi Gutiérrez y Maite Paino, dos de los médicos de Osakidetza que han participado en la elaboración de una guía de actuación para que los profesionales de la salud sepan mejor cómo actuar ante la violencia machista y las agresiones sexuales. A su juicio, cada vez hay mayor sensibilidad hacia estos temas. «No se trata de poner ninguna marca a estas mujeres ni de revictimizarlas, sino de coordinar todos los esfuerzos y recursos para que se les ayude», explica Paino.

No todas esas sospechas acaban



Más de la mitad de los casos de sospecha de malos tratos se ven en las Urgencias de los dos hospitales. :: IGOR AIZPURU

en denuncia. Hay veces que ellas deciden dar el paso y alejarse de su agresor. Pero otras, no. Y salvo que los médicos tengan muy claro que existe un riesgo grave para su integridad –entonces deben ponerlo en conocimiento del juez–, su prioridad es ofrecerles apoyo y seguimiento. Discretos, siempre con respeto a su autonomía personal y con garantías de confidencialidad.

El proceso para abordar cada una de estas situaciones es tan delicado y complejo que se hace necesario coordinar no sólo a personal de Atención Primaria y Urgencias, si no también a especialistas, servicios sociales y jurídicos o policías. El pasado año, según Emakunde, en Álava se confirmaron 652 casos de violencia

de género. Tres de cada cuatro agresores fueron sus parejas o exparejas. Pero para cuando ellas dieron el paso de denunciar, con frecuencia llevaban años de padecimientos. Y en quienes parecen confiar más en esos días negros es en sus médicos y enfermeras.

## Saber preguntar

«Tenemos la ventaja de tener una relación constante, de conocer a su familia, de tener otros compañeros dentro del centro de salud que también perciben situaciones y podemos sospechar antes de que lo cuenten. Debemos saber cómo preguntar, de qué manera abordar el problema y cómo garantizar la confidencialidad», destaca Gutiérrez, mé-

dico en el centro de salud de Zabalgana.

Si el caso entra por Urgencias, se pondrán en marcha mecanismos para poner el problema en conocimiento de los jueces, pero también para intentar que su médico de cabecera le haga el seguimiento. Los propios facultativos de familia tienen ya experiencia en tratar de prevenir situaciones de maltrato en colectivos más vulnerables como el de las mujeres embarazadas, las migrantes, las personas con discapacidad, con trastorno mental grave, con problemas de adicciones, las residentes en pueblos pequeños, las mayores o las víctimas de explotación sexual.

La detección precoz también está en sus manos. Hay cosas, como le-

siones físicas que no coinciden con lo que la paciente les dice, cierto tipo de marcas, nerviosismo, baja autoestima, problemas gineco-obstétricos, abuso de alcohol o drogas o aislamiento que deben alertar al profesional. La guía le ayuda a cómo hacer las preguntas con un «extremado respeto». Una vez detectado el caso se establece un protocolo de actuación que pasa por escuchar, acoger, empatizar, valorar riesgos, lograr que la mujer vuelva a la consulta y derivarla a especialistas, servicios sociales, abogados o policías si es necesario. Esto queda registrado en la historia clínica de manera que si la paciente un día lo pide, pueda disponer de sus partes de lesiones.

La guía también explica cómo ac-

12%

de las pacientes mujeres se estima que han sufrido o sufren algún episodio de violencia machista por parte de sus parejas o ex.

Un aumento

Los 133 casos detectados en 2018 son un 10% más que los del año anterior, lo que se atribuye a una mayor sensibilización y preparación por parte de los profesionales y también a que cada vez son más las mujeres que dan el paso de contarlo.

1.194

profesionales sanitarios de la OSI Araba y del resto de organizaciones sanitarias de Osakidetza van a formarse en materia de violencia de género. Además de la guía van a abordar aspectos como la elaboración de un parte de lesiones, cuestiones éticas, la violencia de género asociada a la interculturalidad o la mutilación genital femenina.

**Maitte Paino Ortuzar**  
Subdirección de Asistencia Sanitaria

**«No se trata de ponerles ninguna marca, sino de coordinar todos los esfuerzos y recursos para ayudarlas»**

tuar ante casos de agresiones sexuales recientes e incluso cuando hayan pasado más de cinco días. Y aborda asimismo la cuestión de los hijos menores de edad, considerados también víctimas. Y esta es quizá la cuestión más delicada, por que durante la asistencia es frecuente que el agresor tenga aún la patria potestad de los menores. «Tenemos aún que aprender mejor cómo abordarlo», indica Maxi Gutiérrez. Y no elude tampoco la atención al propio maltratador. «También les conocemos a ellos y sabemos que con frecuencia no se reconocen como tales», indica este doctor de Zabalzana. Más de un millar de profesionales de la salud van a recibir formación en los próximos meses en la OSI Araba.

# El delicado reto de curar, acoger y no revictimizar

Los profesionales desarrollan estrategias de ayuda incluso cuando el agresor entra en la consulta junto a la mujer

:: R. CANCHO

**VITORIA.** Maxi Gutiérrez lleva más de 15 años de trabajo en el campo de la violencia de género. De hecho, ahora está en Perú ofreciendo una conferencia sobre cómo actúan los profesionales de la OSI Araba ante estos casos. «La Organización Mundial de la Salud ya ha dicho hace tiempo que este es un problema de primer orden», recuerda. Hacer las preguntas precisas para no incomodar a la paciente, curarle sus lesiones, no hacerle repetir lo ocurrido una y otra vez y no revictimizarla forman parte del abecé de la guía que ha redactado en colaboración con otros médicos de Osakidetza y Salud y expertos de Emakunde, Deusto, la UPV y el Ayuntamiento de Vitoria.

Preguntar es difícil. El miedo bloquea a la víctima y le impide hablar. Pero además, algunas se presentan ante su médico acompañadas por su agresor. «Siempre hay una manera de hacerle salir de la consulta o de que esa mujer esté en algún momen-



Se estima que el 10% de las pacientes sufre maltrato. :: I. A.

to sola», sostiene Gutiérrez.

Un vez detectado el maltrato, el reto es la atención integral a la víctima. «Que no se nos pierda en el sistema», agrega Maitte Paino. Puede ocurrir que esto lo detecte un médico o enfermera que no es el habitual para esa persona. En esa primera consulta ese profesional deberá

**Se informará al juez cuando exista riesgo cercano en el tiempo de que sufra un episodio grave de violencia**

escuchar a la mujer y explorar con delicadeza con qué apoyos familiares o sociales cuenta. Debe darle confianza, hacerle ver que entiende lo que le pasa, que desapruueba cualquier tipo de violencia, que ella no tiene la culpa y que hay posibilidad de cambiar. Al mismo tiempo ha de valorar los riesgos para la vida de esa mujer y de sus hijos, incluido el suicidio. Si existe peligro, deberá coordinarse con los servicios de urgencias sociales. Si el riesgo es menor, se debe garantizar la continuidad de asistencia por parte del personal sanitario de confianza. Además de acompañarle en el proceso de asimilación, los médicos disponen de información y teléfonos sobre otros recursos que puedan ser de su interés.

Todo quedará registrado en el historial de la paciente siempre con garantía para su seguridad. Esto servirá por un lado para conocer la prevalencia real del problema y por otro como prueba ante un proceso judicial. El parte de lesiones sólo se remitirá al juzgado si la mujer lo solicita o «cuando se valore un alto riesgo y cercano en el tiempo de que la víctima sufra un episodio grave de violencia, aunque no lo consienta». «Si no se valora un alto riesgo, se enviará cuando la mujer esté convencida de la utilidad y bondad de hacerlo», detalla la guía.

Al margen del proceso judicial, esa mujer y sus hijos deberán seguir siendo acompañados por sus médicos y enfermeras en el camino hacia el cambio, durante el que a veces suelen darse fases de recaída.

**E**s una de estas noticias numéricas y porcentuales que abren surcos en el alma. El personal sanitario de Álava, médicos y enfermeras o viceversa, de los centros de salud (que antes llamábamos ambulatorios) y de los servicios 'angeloclestiales' de Urgencias detectan con sus buenos ojos clínicos un caso de mujeres vejadas -física o psicológicamente- cada tres días. Cifras que representan una tendencia al alza que debería inducirnos a teclear emoticonos de rabia y de tristeza, de caras enrojecidas y muecas descendentes de la dramaturgia clásica. Tragedias encarnadas en ellas como elementos más débiles de la cadena humana cuando esa fragilidad por definición no debería de anidar en nuestras cabezas costumbristas.

EL TRAGALUZ  
Ángel Resa

PSICOLOGÍA DE CABECERA



Tantas y cuantas veces ejercen estos profesionales -masculino plural lingüístico que engloba a ambos sexos- la tarea de psicólogos de cabecera. Que levanten la mano, pocas intuyo izadas, quienes no han acudido a la consulta por una dolencia física y han terminado por entonar la 'traviata' propia de las taras emocionales frente al de la bata blanca o la del

uniforme azul. O viceversa, que la sanidad entienda de sensibilidades, no de genitalidades venidas de serie. Con la actitud admirable que, admito a carta cabal, me generan tales demostraciones de paciencia rayanas en las resignaciones del bíblico Job. Y todo ello, reconocámoslo aún más, desde la discreción absoluta y la aptitud confidente de confesores laicos.

Gracias a Dios, añadido desde la perspectiva agnóstica que me mece.

Vuelvo al origen de la información. O sea, a detectar los injustificables menosprecios de cualquier tipo de mujeres que acuden al médico con un sustrato mucho mayor que los malestares ocasionales. Suelen padecer esta lacra social, o problemón en idioma coloquial, los seres más vulnerables por déficits económicos y culturales. De ahí que, y confío en que nunca caigan tales recomendaciones en saco sin fondo, debamos de insistir en la educación como modo de 'fabricar' -en el mejor sentido del término- personas librepensadoras y dotadas con la conciencia necesaria para manejarse por la vida. Sembrar para recoger a medio plazo. Y gotear agua hasta que empape la piedra.