

Guía de apoyo en atención primaria

para abordar la
violencia de pareja
hacia las **mujeres**



Guía de apoyo en
atención primaria
para abordar la
violencia de pareja
hacia las **mujeres**



COORDINACIÓN TÉCNICA

JOSÉ LUÍS SÁNCHEZ SUÁREZ.

Servicio Madrileño de Salud. Subdirección de Atención Primaria. Servicio de Programas Asistenciales

MARISA PIRES ALCAIDE.

Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Servicio de Promoción de la Salud

ESPERANZA ESCORTELL MAYOR.

Servicio Madrileño de Salud. Técnica de Salud de Atención Primaria. Área 3

JULIA DOMÍNGUEZ BIDAGOR.

Servicio Madrileño de Salud. Técnica de Salud de Atención Primaria. Área 11

MARÍA LUISA LASHERAS LOZANO.

Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Servicio de Promoción de la Salud

SONIA LÓPEZ PALACIOS.

Servicio Madrileño de Salud. Directora de Enfermería de Atención Primaria. Área 7

AUTORÍA

MAR RODRÍGUEZ GIMENA.

Médica de Familia. Servicio de Atención Rural. Área 5

EDITH PÉREZ ALONSO.

Médica de Familia. Atención Primaria

LAURA MORATILLA MONZÓ.

Médica. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.

MARISA PIRES ALCAIDE.

Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Servicio de Promoción de la Salud

ESPERANZA ESCORTELL MAYOR.

Servicio Madrileño de Salud. Técnica de Salud de Atención Primaria. Área 3.

LUISA LASHERAS LOZANO.

Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Servicio de Promoción de la Salud

JULIA DOMÍNGUEZ BIDAGOR.

Servicio Madrileño de Salud. Técnica de Salud de Atención Primaria Área 11

ROSA BALTUILLE FERNÁNDEZ.

Enfermera. Atención Primaria. Área 5

MARISA LÓPEZ GIRONÉS.

Psicóloga. Servicio de Salud Mental. Oficina Regional de Salud Mental. Área 4.

RAQUEL MILLÁN SUSINOS.

Trabajadora Social. Atención Primaria. Área 10

ROSA M^a ARRANZ GONZÁLEZ.

Trabajadora Social. Atención Primaria. Área 9

MARINA PASCUAL MALDONADO.

Trabajadora Social. Atención Primaria. Área 9

SERGIO MARTÍN SALAS ECHARTE.

Médico de Familia. Atención Primaria. Área 1

PILAR GARCÍA PINEDA.

Matrona. Atención Primaria. Área 1.

COLABORACIÓN Y REVISIÓN EXTERNA

ANA ISABEL GONZÁLEZ GONZÁLEZ.

Médica de Familia. Responsable del Sistema de Información. Área 10

ÁNGEL ABAD REVILLA.

Médico. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Agencia Laín Entralgo

AURORA HERNÁNDEZ BARBA.

Trabajadora social. Atención Primaria. Área 9

CARMEN SAA REQUEJO.

Medica Interna Residente 4º año. Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Ramón y Cajal

CRISTINA DE LA CÁMARA GONZÁLEZ.

Médica de Familia. Atención Primaria. Área 11

CRISTINA POLO USAOLA.

Psiquiatra. Jefa de los Servicios de Salud Mental de Hortaleza. Oficina Regional de Salud Mental

DAVID HERNÁNDEZ VIVANCOS.

Médico del Servicio de Atención Rural. Área 5

ELISA TORRES BUTRINO.

Medica Interna Residente 4º año. Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Puerta del Mar.

FILOMENA RODRÍGUEZ.

Técnica de Apoyo. Dirección General de la Mujer.

INMACULADA ROMERO SABATER.

Psicóloga. Dirección General de la Mujer.

ISABEL COGHEN.

Matrona. Atención Primaria. Área 7.

LUCIA MAZARRASA ALVEAR.

Enfermera. Instructora de Sanidad. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III.

LUISA CABELLO BALLESTEROS.

Servicio Madrileño de Salud. Técnica de Salud de Atención Primaria. Área 10

LUISA RUIZ SÁNCHEZ.

Psicóloga. Experta en Psicología Social. Profesora Escuela de Enfermería de la Comunidad de Madrid

MARIA JOSÉ LLORENS BALDUCIEL.

Médica de Familia. Coordinadora de Equipo de Atención Primaria. Responsable del Protocolo de Maltrato Infantil Área 9

MARÍA LUISA DE SANTIAGO HERNANDO.

Médica de Familia. Atención Primaria. Área 9

NIEVES PLANA FARRAS.

Médica Interna Residente 3º año. Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Ramón y Cajal

PATRICIO RAYÓN RODRÍGUEZ.

Técnico de Apoyo. Dirección General de la Mujer.

PILAR BLANCO PRIETO.

Médica de Familia. Coordinadora Grupos de Mujeres.

Presentación

De todas las formas de violencia que padecen las mujeres, la más frecuente, la más invisible y, probablemente, la más destructiva, es la que proviene de una pareja actual o anterior. Por este motivo, y para distinguirla de otros tipos de violencia que se produce dentro y fuera del seno familiar, en este documento únicamente se hablará de **violencia de pareja hacia las mujeres (VPM)**.

La violencia de pareja hacia las mujeres se considera un **problema complejo con repercusiones en la salud** y no una cuestión íntima de la pareja.

La presente Guía va dirigida al colectivo de profesionales que integran los Equipos de Atención Primaria y pretende servir de apoyo a un aspecto concreto del Servicio **“Detección de riesgo de maltrato familiar”** de la Cartera de Servicios Estandarizados del Servicio Madrileño de Salud, que es el de la violencia de pareja hacia las mujeres. Se propone la realización de *valoraciones e intervenciones profesionales de forma coordinada*.

Esta Guía de actuación responde a la necesidad de aportar información y herramientas para el manejo de cuestiones como la intervención con mujeres que sufren este problema a partir del conocimiento del proceso en el que están inmersas, de la necesidad de la relación empática con las mismas; clarifica los aspectos legales, tanto del hecho mismo de la violencia ejercida sobre la mujer, como del papel profesional en la notificación de sospecha o del caso, la identificación del riesgo y la protección de las mujeres y sus hijas e hijos; los recursos socio-sanitarios específicos, la coordinación requerida, los criterios de derivación, etc.

En consecuencia, dado que se trata de un problema complejo y que puede ser detectado y abordado por un amplio espectro de profesionales, parece manifiesta la necesidad de unificar criterios tanto para la detección, como para la actuación, coordinación y derivación a otros recursos.

Por tanto, este documento pretende ser una herramienta que ayude al logro de esta finalidad en el ámbito de la Comunidad de Madrid (CM).

Índice

INTRODUCCIÓN	9
<i>Definición y clasificación</i>	9
<i>Epidemiología</i>	10
<i>A propósito de esta guía</i>	11
CONSIDERACIONES PREVIAS	
<i>El sistema sanitario de la Comunidad de Madrid y la VPM</i>	11
<i>Aspectos clave para el manejo de la VPM en Atención Primaria</i>	12
<i>Consecuencias sobre la salud de las mujeres</i>	13
<i>Hijos e hijas víctimas de la situación de violencia</i>	14
POBLACIÓN DIANA	15
OBJETIVOS	
<i>General</i>	16
<i>Específicos</i>	16
PLAN DE ACTUACIÓN	17
<i>Detección y Valoración de la situación de VPM</i>	
<i>Detección de la situación de VPM</i>	17
<i>Búsqueda de indicadores de sospecha y factores de riesgo</i>	17
<i>Cómo preguntar</i>	22
<i>Valoración de la situación de VPM</i>	24
<i>Valoración del riesgo vital</i>	25
<i>Valoración de las fases de cambio del comportamiento de la mujer</i>	25
<i>Intervención</i>	27
<i>A. Intervención de acuerdo a las fases de cambio del comportamiento de la mujer</i>	29
<i>B. Intervención en estallido agudo de violencia</i>	38
<i>C. Intervención ante una situación de riesgo vital</i>	40
<i>D. Derivación en el marco de los servicios sanitarios</i>	42
<i>E. Activación de otros recursos</i>	43
REGISTRO CONFIDENCIAL DE LA INFORMACIÓN	43

Anexos

I) ASPECTOS CLAVE PARA EL MANEJO DE LA VPM	47
<i>Ciclo de la violencia</i>	47
<i>Dificultades para salir de la situación de violencia</i>	48
<i>Falsas creencias que contribuyen a trivializar el proceso de VPM</i>	50
<i>¿Qué es una crisis?</i>	51
<i>Profesionales sociosanitarios ante la intervención de VPM</i>	52
<i>El cuidado del personal de salud que atiende a mujeres en situación de VPM</i>	54
<i>La conducta del hombre que maltrata</i>	55
<i>La actitud ante el hombre que maltrata</i>	55
II) VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE VPM	59
<i>Valoración del riesgo vital</i>	59
<i>Tipo, intensidad y duración de la violencia</i>	60
III) PLAN DE SEGURIDAD	63
IV) PRINCIPIOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL. NEGOCIANDO EL PLAN DE CAMBIO	65
<i>Principios generales de la entrevista motivacional</i>	65
<i>Negociando el Plan de Cambio</i>	69
V) RECURSOS PARA MUJERES VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA COMUNIDAD DE MADRID	71
<i>Red de Puntos Municipales del Observatorio Regional contra la Violencia de Género</i>	71
<i>Red de Centros Residenciales para mujeres</i>	71
<i>Otros servicios</i>	72
VI) ASPECTOS JURÍDICOS, ÉTICOS Y LEGALES	
<i>Aspectos jurídicos</i>	75
<i>Aspectos éticos y legales</i>	77
<i>Dudas más frecuentes respecto a la realización del parte de lesiones</i>	78
BIBLIOGRAFÍA	81
GLOSARIO DE TÉRMINOS	85

Introducción

La Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en 1993, subrayó la importancia de eliminar la violencia hacia las mujeres en la vida pública y privada e instó a los Estados miembros a que la combatieran, de conformidad con las disposiciones de la Declaración. Posteriormente, en el año 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) acordó que la violencia hacia las mujeres es una prioridad en salud pública en todo el mundo e instó a los Estados a que evaluaran la dimensión del problema en sus respectivos territorios.

La presión social ejercida por las asociaciones feministas de mujeres ha contribuido a visibilizar la violencia hacia las mujeres, y ha obligado a los gobiernos a tomarla en consideración. La violencia de pareja hacia las mujeres (VPM), objeto de este documento, es por sus particularidades una de las formas de violencia más invisibilizada hoy día y se caracteriza porque no desaparece sino que adquiere visos de mayor sutileza a medida que se combate. Estos hechos hacen que este tipo de violencia requiera especial atención, precisando un conocimiento profundo de sus diferentes formas y manifestaciones. Dada la especificidad de este tipo de violencia, es preciso llevar a cabo intervenciones complejas, intersectoriales y coordinadas para su afrontamiento efectivo.

En este documento se trata de caracterizar someramente el fenómeno, pero sobre todo de presentar algunas intervenciones que pueden ser realizadas desde el sector sanitario, y en concreto desde Atención Primaria, para una adecuada atención a la salud de las mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas.

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

La VPM es un proceso en el que los actos y comportamientos violentos son ejercidos por un compañero o cónyuge, actual o anterior, con el fin de someter a la mujer. Los malos tratos generalmente comienzan de modo insidioso, por lo que con frecuencia son difíciles de reconocer, incluso por la propia mujer.

En el inicio, suele manifestarse por actitudes de dominio y control que se identifican culturalmente como pruebas o actos de amor, y que impiden la autonomía e independencia. Paulatinamente, los actos violentos se van incrementando en intensidad y frecuencia, observándose mayor riesgo de morbilidad y mortalidad para las mujeres cuando la relación violenta tiene varios años de evolución. Este proceso repercute tanto en las esferas biológica y psicológica como en la social de las mujeres, atentando contra su integridad.

La VPM puede adoptar diferentes formas que en general se ejercen simultáneamente, si bien también pueden darse de forma aislada. Las más comúnmente señaladas son: violencia psicológica, física, sexual, económica y ambiental.

EPIDEMIOLOGÍA

Las cifras de prevalencia acumulada de VPM obtenidas en población general mediante encuestas son muy variadas. Estas variaciones pueden ser debidas a las diferencias de frecuencia en los distintos ámbitos de investigación, pero también a diferencias en la metodología utilizada.

- Investigaciones realizadas con cuestionarios estandarizados, cuyas preguntas hacen referencia al último año de la vida de las mujeres, muestran cifras de prevalencia menores y más consistentes: entre un 6% y un 12%.
- En el *"Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica"*, (2005), realizado con la misma metodología y los mismos cuestionarios traducidos en 10 países diferentes, se observó una prevalencia acumulada de violencia física o sexual (o ambas) que oscila del 15% al 71%. Entre el 10% y el 69% de las mujeres, mencionaron haber sido agredidas físicamente por su pareja en algún momento de sus vidas (Informe Mundial de la OMS sobre Violencia y Salud, 2002).
- En el ámbito europeo, existen datos de base poblacional obtenidos en Francia a través de la *"Encuesta Nacional sobre las violencias hacia las mujeres- ENVEFF"*. La prevalencia de violencia, en el año previo a la realización de la encuesta, alcanzó al 9% de las mujeres.
- En España, el Instituto de la Mujer ha realizado tres cortes transversales con la *"Macroencuesta Violencia contra las Mujeres"*, en los años 1999, 2002 y 2006 respectivamente. La población diana han sido mujeres de 18 o más años, que residen en el estado español y las preguntas se refieren a los últimos 12 meses. Los resultados arrojaron unas cifras de prevalencia del 12,4%, 11,1% y 9,6%, respectivamente.
- En la Comunidad de Madrid en el año 2004 se realizó una encuesta de base poblacional, con el cuestionario ENVEFF validado en nuestra población, a 2136 mujeres con edades comprendidas entre 18 y 70 años. Los resultados mostraron que el 10,1% (IC: 8,9% - 11,5%) de las mujeres que respondieron a la encuesta habían sufrido algún tipo de violencia (psicológica, física o sexual) por parte de su pareja o expareja, en el año anterior a la realización de la encuesta. Así pues estos resultados indican que la VPM tiene una prevalencia muy superior a la de las enfermedades más frecuentes en nuestro entorno inmediato. Des-

agregado el análisis en función de las diferentes formas de violencia estudiada se obtuvo la siguiente información:

- » Actitudes o conductas de abuso psicológico: 6,8%(IC 95%.:5,7-7,9)
- » Violencia física: 2,4% (IC 95%.:1,7-3,1)
- » Abuso sexual: 0,8% (IC 95%.:0,4-1,2)

A PROPÓSITO DE ESTA GUÍA

Se manifiesta la necesidad de potenciar la realización de valoraciones e intervenciones interprofesionales (enfermería, trabajo social, salud mental, pediatría, servicios de atención especializada, etc.), y no sólo por parte de la médica o el médico de familia.

Cada profesional utilizará la herramienta adecuada para actuar en cada fase del proceso de actuación.

Se considera la necesidad de formación específica para el aumento de conocimientos en cuestiones tales como: el entendimiento del ciclo de la violencia; los aspectos legales tanto del hecho de la violencia ejercida sobre la mujer, como del papel profesional en la notificación de sospecha o de riesgo; la importancia de la relación empática con la mujer; los recursos socio-sanitarios y la coordinación requerida, etc. Este documento pretende ser una herramienta que ayude a esta finalidad en el ámbito de la CM.

Consideraciones previas

EL SISTEMA SANITARIO Y LA VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LAS MUJERES

- La institución sanitaria es la mejor valorada en cuanto a la confianza que puede depositar en ella la mujer que denuncia. Según el Barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 2005), el 13,5% de las personas encuestadas muestra "muchísima confianza" y el 61% "bastante confianza".
- La consulta de Atención Primaria (AP) es un lugar ideal para la detección precoz e intervención con mujeres en situación de maltrato ya que éstas acuden con frecuencia a los servicios sanitarios y los centros de salud son especialmente accesibles. Posibilitan una continuidad en la atención que favorece el establecimiento de relaciones de confianza y se puede facilitar la confidencia con quienes les atienden.

- En este contexto es importante resaltar el proceso de acompañamiento que todo profesional sociosanitario debe incorporar en la atención a las mujeres. Este acompañamiento consiste en el establecimiento de una relación de ayuda, de seguimiento y el respeto a las decisiones de las mujeres.

ASPECTOS CLAVE PARA EL MANEJO DE LA VPM EN ATENCIÓN PRIMARIA

- Lo habitual es que las mujeres consulten por las secuelas del maltrato, pero no por el maltrato mismo que se mantiene, en la mayoría de los casos, oculto para el Sistema Sanitario.
- Cuando se detecta VPM o se interviene con las mujeres que la sufren, se movilizan pensamientos y sentimientos complejos que se deben conocer y saber afrontar. Con ello, es posible neutralizar los efectos subjetivos que genera la atención, por ejemplo, ser testigo de actos violentos como profesional.
- Como miembros de la sociedad, el personal sociosanitario participa de los mismos mitos y prejuicios respecto al maltrato.
- A pesar de la alta prevalencia de la VPM, se detecta poco y, cuando se hace, suele ser en fases tardías. Las mujeres víctimas de malos tratos acuden durante años a los centros de salud, antes de reconocer y consultar por violencia.
- El personal de salud puede utilizar en la relación con las mujeres que sufren violencia, la estrategia del *"no decir"* o la del *"decir a medias"*, evitando nombrar, reconocer y, por tanto, dando lugar a la censura de distintas formas de hechos violentos. Se trata de la *"estrategia del silencio"*. Sin embargo, a partir de nombrarla, detectarla y reconocerla se podrían ejercer prácticas preventivas y asistenciales permanentes y eficaces:
 - » Aunque las mujeres que son víctimas de relaciones violentas pueden acudir a una consulta y no hacer referencia a la violencia que padecen, la detección y la asistencia oportuna y apropiada son responsabilidades profesionales. Más allá de la evidencia de lesiones físicas, existen violencias simbólicas que son inculcadas socialmente y que han sido asimiladas por las personas e instituciones. Esto es particularmente notable, cuando quienes atienden a estas mujeres en una consulta "naturalizan" ciertos "síntomas" como propios del sexo femenino (estados depresivos, histéricos...).
 - » Algunas situaciones pueden incrementar la vulnerabilidad ante la VPM, por lo que es preciso tenerlas en cuenta. Entre éstas se encuentran las migraciones (incluso dentro de un mismo país), la discapacidad, las enfermedades limitantes en la mujer y el embarazo.

En el Anexo I se profundiza en cuestiones fundamentales a la hora de intervenir en AP.

CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES

Las manifestaciones de la violencia sobre la salud de las mujeres pueden presentarse de diferentes formas, afectando tanto a la esfera física, como emocional y relacional:

- La mayoría de los homicidios cuyas víctimas son mujeres han sido cometidos por una pareja actual o previa (en España esta proporción alcanza el 75%).
- El riesgo de muerte de las mujeres expuestas a la violencia de sus parejas, se incrementa con la separación.
- El riesgo de suicidio es hasta 4 veces mayor en las mujeres maltratadas que en las que no lo son.
- Existe mayor probabilidad de experimentar peor percepción de su salud.
- La vulnerabilidad a los problemas de salud, tanto físicos como psíquicos, es mayor en las mujeres maltratadas que en las que no lo son; por ejemplo: dolor crónico, enfermedades de transmisión sexual, infección de vías urinarias, etc.
- Pueden presentar una gran variedad de lesiones físicas: erosiones, contusiones, heridas superficiales en diversas localizaciones, roturas de tímpano, fracturas o traumatismos craneales graves que conducen a la discapacidad o la muerte.
- Las consecuencias de la violencia para la salud mental abarcan también un amplio rango. De una forma general, los trastornos más estrechamente asociados son: el trastorno por estrés postraumático, la reacción por estrés agudo y los trastornos adaptativos con síntomas depresivos y ansiosos, incluyendo diversas somatizaciones, que suelen estar presentes, en mayor o menor grado, en todas las formas de violencia. Cuando las amenazas y demás actitudes violentas son intensas y persistentes, la víctima con frecuencia incorpora el sistema de creencias del agresor como un modo defensivo, frente a la amenaza potencial que implicaría diferenciarse. Este hecho puede producir alteraciones en su identidad y provocar cambios emocionales y conductuales que podrían confundirse con trastornos de personalidad.
- En cuanto a las consecuencias para la salud sexual y reproductiva se destaca: carencia de autonomía sexual, aumento de embarazos no deseados y de alto riesgo, mayor riesgo de contraer Enfermedades de Transmisión Sexual y de VIH y abortos. También puede tener repercusiones en la salud del feto y/o recién nacido, se ha descrito muerte fetal, distrés fetal prematuridad, bajo peso al nacer, etc.
- Las violencias física y sexual contra las jóvenes adolescentes se han asociado con un incremento del riesgo de abuso de ciertas sustancias (como alcohol, tabaco, cocaína) con

comportamientos poco saludables para controlar el peso (uso de laxantes o píldoras o la provocación de vómitos), con comportamientos de riesgo sexual (primer coito en menores de quince años y un incremento de parejas sexuales) con embarazo e intento de suicidio.

HIJOS E HIJAS VÍCTIMAS DE LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA

- La exposición reiterada a un ambiente de abuso hacia la madre, constituye una forma grave de maltrato psicológico hacia las y los menores a su cargo.
- Estos menores tienen más riesgo de sufrir gran variedad de problemas de conducta y emocionales: deterioro en la autoestima, competencia social y capacidad para solucionar problemas.
- En ocasiones nos encontramos en las consultas con mujeres que aprovechan para hacer referencia a alguna preocupación respecto a síntomas y signos que presentan sus hijos e hijas. Si existe sospecha o confirmación de VPM se debería valorar con ella la posibilidad de informar a su pediatra sobre el proceso.
- Tras una escucha atenta de esta sintomatología, será preciso tranquilizarla diciendo que su hija o hijo va a recibir la ayuda que necesite. Es conveniente, entonces, que se investigue sobre la posible existencia de maltrato hacia ella.
- Se debe considerar el daño que padecen estos niños y niñas, por vivir en un entorno con modelos tan inadecuados de identificación parental. Esto puede tener efecto en etapas posteriores de su vida aprendiendo e interiorizando conductas que pueden constituir un factor de riesgo para llegar a ser maltratadores o víctimas.

ATENCIÓN

Es necesario tener una postura activa de búsqueda ante signos de sospecha y factores de mayor vulnerabilidad, así como establecer una relación de confianza con las mujeres, ya que para detectar precozmente, ellas deben confiar en la o el profesional, y contarle su problema.

Es importante saber que la intervención y el propio maltrato son procesos extensos en el tiempo.

Es preciso respetar las decisiones de las mujeres y acompañarlas en el proceso, para que superen progresivamente las dificultades que se encuentren. Para ello, es imprescindible contar con una adecuada formación y una efectiva coordinación institucional e interinstitucional.

Población diana

Mujeres en las que se detectan signos o síntomas que induzcan a valorar la posibilidad de maltrato.

Objetivos

GENERAL

Establecer una pauta de actuación en la CM, que posibilite una atención integral a la salud de las mujeres que sufren violencia de pareja.

ESPECÍFICOS

1. Sensibilizar al colectivo de profesionales sanitarios acerca de la magnitud, gravedad e impacto en salud de la Violencia de Pareja hacia las Mujeres (VPM).
2. Aumentar la detección de casos de VPM en Atención Primaria.
3. Adecuar la actuación profesional al momento del proceso de VPM en que se encuentran las mujeres.
4. Mejorar los circuitos de derivación y la coordinación entre los profesionales sociosanitarios y los recursos comunitarios.
5. Facilitar pautas al personal de salud que favorezcan el propio cuidado en el afrontamiento de este problema de salud.

Plan de actuación

Es responsable del Plan de Actuación la o el profesional en quien la mujer deposita su confianza, ya sea de medicina, enfermería, matrona, trabajo social.

Siempre se tendrá en cuenta la importancia que tiene el equipo de atención primaria en la toma de las distintas decisiones a lo largo del proceso de atención a la mujer.

DETECCIÓN Y VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE VPM

Detección de la situación de VPM

En la entrevista con las mujeres, existe una serie de signos, actitudes y comportamientos que pueden orientar sobre una situación de VPM.

BÚSQUEDA DE INDICADORES DE SOSPECHA Y FACTORES DE RIESGO

La identificación de indicadores de sospecha y factores de riesgo se puede ver condicionada por la percepción profesional del fenómeno de la VPM (Anexo I).

En las tablas siguientes se recoge un EXHAUSTIVO LISTADO DE INDICADORES que, en diferentes combinaciones pueden sugerir un proceso de violencia.

TABLA 1. INDICADORES DE SOSPECHA QUE ALERTAN SOBRE UNA POSIBLE SITUACIÓN DE VPM EN TODA MUJER QUE TENGA O HAYA TENIDO PAREJA.

MUJERES SIN LESIONES APARENTES QUE...
• Consulta de forma frecuente y reiterada; con síntomas crónicos y vagos que no se corresponden con un diagnóstico de enfermedad orgánica. • Muestra retraso u "olvido" de las citas, salida precipitada de la consulta o actitud apresurada y atemorizada. • Manifiesta agresividad sin causa aparente, actitud evasiva, mirada huidiza, se manifiesta confundida y/o temerosa, aparecen contradicciones múltiples en el relato de los hechos. • Evidencia ansiedad, actitud deprimida o triste, ingesta crónica de tranquilizantes o consumo excesivo de alcohol. Refiere historia de depresión o intentos de suicidio. • Presenta un aspecto físico que sugiere envejecimiento prematuro. • Viste ropa inadecuada para la época del año (jerséis de cuello alto o manga larga en verano) con el objeto de ocultar lesiones. • Se desvaloriza a sí misma, calificándose de torpe e incapaz. • Padece aislamiento social: no tiene relaciones sociales ni se relaciona con su propia familia. • Define a su pareja como colérico, agresivo o celoso. • Teme a su pareja, le mira antes de hablar. • Presenta obesidad extrema, anorexia o bulimia, problemas con alcohol o drogas • Manifiesta trastornos del sueño
▶ EN LA EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA PUEDE OBSERVARSE:
• 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 sobre todo heridas, hematomas o desgarros perineales cuyas explicaciones son incoherentes. • Infecciones de transmisión sexual (ITS) no justificables con las prácticas sexuales referidas. • Mastalgia no justificada por mamas fibroquísticas, visualización de hematomas en lugares no compatibles con caídas. • Dificultad de la mujer para negociar el tipo de anticonceptivo o muestra preocupación ante la opinión de su pareja. • Rechazo de métodos anticonceptivos que requieren la cooperación de la pareja; uso incorrecto del método anticonceptivo debido a que lo oculta a su pareja. • Demanda repetida de métodos anticonceptivos de emergencia argumentando frecuentes incidentes. • Rechazo al método anticonceptivo alegando mala tolerancia. • Dispareunia, deseo sexual inhibido.



EN LA ATENCIÓN AL EMBARAZO PUEDE OBSERVARSE:

- Inicio tardío de las visitas de control prenatal.
- Consulta frecuente por disminución de la percepción de movimientos del bebé.
- 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 para asistir a las clases de educación maternal.
- Antecedentes: abortos de repetición; bajo peso al nacer, sufrimiento fetal.



EN LA ATENCIÓN AL PUERPERIO PUEDE OBSERVARSE:

- 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.

MUJERES CON LESIONES APARENTES QUE...

- Relatan hechos de forma incoherente.
- Dejan un lapso de tiempo demasiado largo entre el accidente y la consulta u ocultan el origen de las lesiones.
- Tienen historia de alta accidentabilidad.
- Huellas de golpes y/o hematomas, en diferentes lugares del cuerpo.

TABLA 2. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE VIOLENCIA EN ALGUNOS COLECTIVOS VULNERABLES DE MUJERES

MUJERES PROCEDENTES DE OTROS PAÍSES	
	• Barrera idiomática que dificulta la expresión de sus problemas. • Ausencia de redes de apoyo familiar y social. Mujeres recién llegadas al país. • Situación de irregularidad administrativa. • Dependencia económica o Situación laboral precaria. • Miedo a continuar asistiendo a las citas en el Centro de Salud. • Desconocimiento de los recursos.
MUJERES CON DISCAPACIDAD	
▶	VIOLENCIA ACTIVA • Abuso físico: estado de sedación, nerviosismo; disfunción motora ajena a la deficiencia; deterioro de la capacidad física residual o señales de violencia física (marcas en muñecas y tobillos, fracturas, mordiscos, lesiones internas, quemaduras, etc.). • Abuso emocional: depresión, dificultad en la comunicación e interrelación; inseguridad, baja autoestima. • Abuso sexual: lesiones en genitales, miedo a relacionarse con ciertas personas; embarazos no deseados, ITS, dificultad o resistencia a la exploración de genitales. • Abuso económico: excesiva dependencia de terceros, escasas expectativas sobre sí misma y su proyección personal o profesional.
▶	VIOLENCIA PASIVA • Abandono físico: desnutrición, frecuentes enfermedades ajenas a la discapacidad, vestuario inadecuado en relación al sexo, tiempo atmosférico y a la discapacidad de la persona, ropa sucia, largos periodos sin vigilancia, problemas físicos agravados por falta de tratamiento. • Abandono emocional: ausencia de interacción, ausencia de motivación por su desarrollo personal, escasa o nula participación en actividades familiares o sociales.

TABLA 3. ACTITUDES O COMPORTAMIENTOS DE LA PAREJA QUE PUEDEN CONTRIBUIR A DETECTAR UNA SITUACIÓN DE MALOS TRATOS HACIA LA MUJER

» Nunca deja sola a la mujer.
» No le deja hablar / le interrumpe continuamente / cuando se le dirige una pregunta a ella contesta él.
» La pone en evidencia en la consulta criticando su forma de hacer las cosas, a su familia a sus amistades o su trabajo.
» Manifiesta actitudes paternalistas: "sabe y resalta lo que es mejor para ella".
» Solicita o intenta acceder al historial clínico de ella.
» Proyecta en su mujer los problemas que tiene.
» Controla la documentación o el teléfono de ella.
» Manifiesta una actitud demandante/ agresiva ante un problema de salud de ella.

TABLA 4. SIGNOS Y SÍNTOMAS EN LA INFANCIA QUE PUEDEN HACERNOS SOSPECHAR VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LAS MUJERES

A la consulta de pediatría acuden mujeres acompañando a sus hijas e hijos, siendo éste un buen momento para explorar la situación familiar. Se puede sospechar a través de la actitud de la madre o de síntomas y signos de los menores.

» Detención o retraso del crecimiento.
» Enfermedades psicosomáticas de repetición.
» Accidentes frecuentes.
» Dificultades o retraso en cualquier área del desarrollo evolutivo: psicomotricidad, inteligencia, lenguaje, social.
» Trastornos del comportamiento: dificultades en el control de impulsos, alternancia entre agresividad-pasividad, inhibición.
» Trastornos del sueño y de la alimentación.
» Trastornos en el control de esfínteres.
» Dificultades escolares: falta de concentración, bajo rendimiento, absentismo, dificultad en la relación con sus iguales.
» Depresión e intentos de suicidio

ATENCIÓN

Cuando se detecta un caso de violencia es preciso realizar la valoración del riesgo vital.

CÓMO PREGUNTAR

Las siguientes cuestiones están pensadas para introducir el problema en las consultas, como una pregunta más de salud. Es importante evitar estereotipos y prejuicios en relación con la atención a las mujeres.

Se ha elaborado una frase introductoria, seguida de ejemplos de preguntas directas, que facilitan la entrevista. (Tabla 5).

Cualquier profesional puede utilizarlas, registrando y monitorizando las respuestas así como el lenguaje no verbal, que hacen sospechar la presencia de una situación de VPM subyacente.

TABLA 5. PREGUNTAS TIPO A FORMULAR A LAS MUJERES EN LAS QUE SE DETECTAN SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE INDUZCAN A VALORAR LA POSIBILIDAD DE MALTRATO.

SITUACIONES	FRASE INTRODUCTORIA	PREGUNTAS TIPO A FORMULAR
MUJER	<i>Se ha visto que cuando hay problemas en las relaciones de pareja, pueden tener repercusiones en la salud de la mujer y por eso estamos empezando a hacer estas preguntas</i>	¿Tiene usted algún conflicto con su pareja? Si lo tiene, ¿cómo lo manejan?
MUJER EMBARAZADA	<i>Durante el embarazo a veces, se agudizan los problemas/conflictos en la pareja.</i>	¿Le gusta cómo la tratan en casa?
MUJER INMIGRANTE	<i>Se ha visto que a veces al estar lejos de casa, pueden aumentar los problemas en la pareja.</i>	¿Cómo van las cosas en casa?
MUJER CON DISCAPACIDAD	<i>Se ha visto que cuando hay situaciones de dependencia, pueden aparecer conflictos/problemas con las personas que se convive y que la cuidan y que pueden producir alteraciones de salud, por lo que me gustaría saber:</i>	¿Cómo es la relación con las personas con las que convive? ¿Tiene oportunidad para tomar decisiones sobre cuestiones cotidianas de su vida (qué comer, qué ponerse, tomar o no la medicación...)?
MUJER ADOLESCENTE (revisión de los 14 años) *	<i>Se ha visto que cuando hay problemas en las relaciones de pareja, pueden tener repercusiones en la salud y por eso estamos empezando a hacer estas preguntas a todas las adolescentes que vienen al centro.</i>	¿Cómo es tu relación de pareja?
MUJER/HOMBRE ADOLESCENTE (revisión de los 14 años) */ **	<i>Se ha visto que cuando hay problemas en las relaciones de pareja, pueden tener repercusiones en la salud de la mujer y de sus hijos y por eso estamos empezando a hacer estas preguntas a todas las adolescentes que vienen al centro.</i>	¿Cómo van las cosas en casa? ¿Cómo se llevan tus padres?

* La entrevista con la adolescente se realizará con ella, sin la presencia de sus padres / tutores.

** Se pretende identificar a adolescentes que sufren las consecuencias del maltrato hacia la madre y que son testigos de violencia en casa.

VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE VPM

Si la mujer es receptiva a las preguntas de la tabla 5 y se intuye VPM, se puede realizar la siguiente pregunta clave: **¿Ha sentido alguna vez miedo de su pareja?**

Se trata de una pregunta con alta capacidad para predecir una situación de malos tratos. Tanto si la respuesta es afirmativa como negativa, será preciso realizar una valoración según se indica a continuación.

Si la mujer responde de forma negativa y se mantiene la sospecha se realizará una valoración bio-psico-social y seguimiento en consulta.

Si la mujer responde que ha sentido miedo, se realizará la **Valoración del riesgo vital** (Anexo II).

La valoración permitirá decidir qué tipo de intervención es más apropiada para cada mujer en su contexto concreto. Puede contemplar varios aspectos, pero sin necesidad de reiterar preguntas que se hayan realizado con la exploración de los apartados precedentes.

En la Figura 1 se encuentran los pasos a seguir en la atención de la mujer.

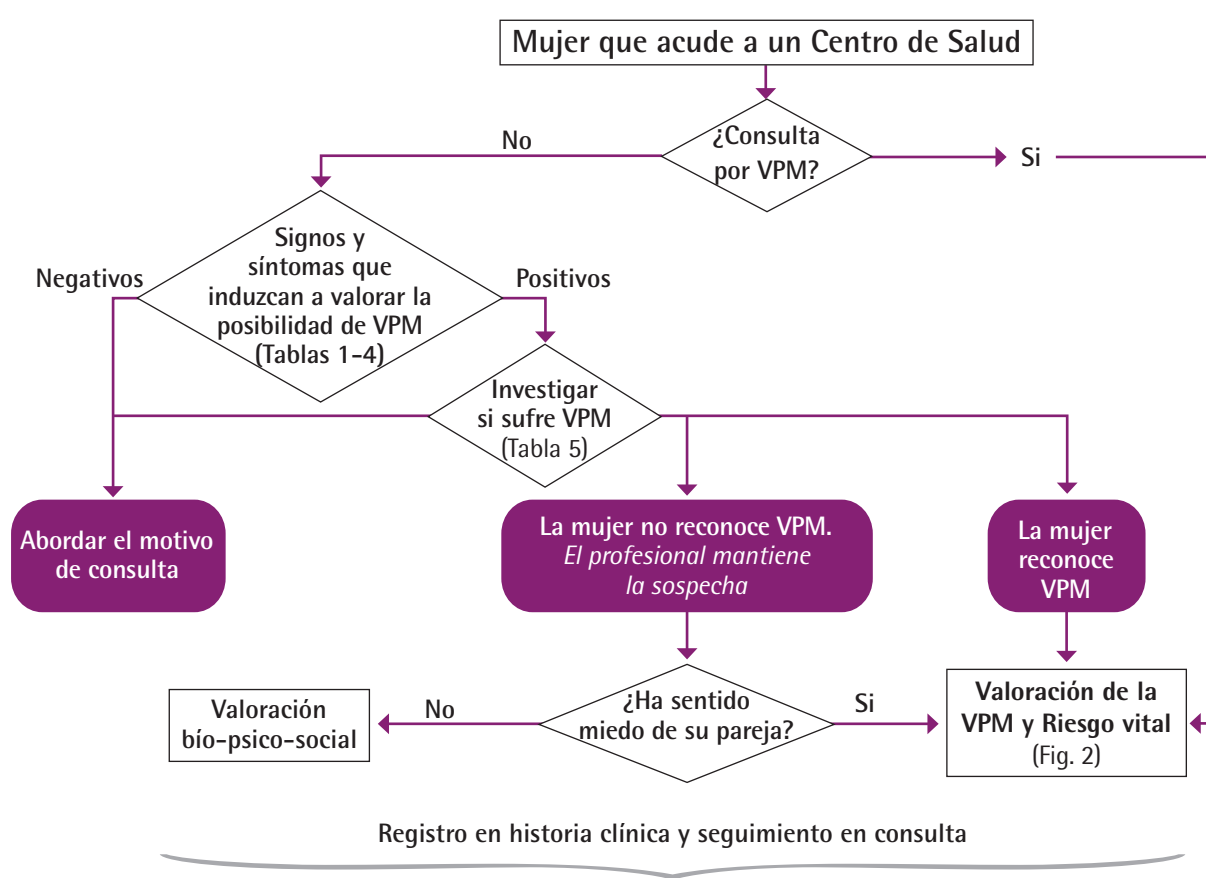


Figura 1. Detección y valoración de VPM

Valoración del riesgo vital

Una vez confirmada la situación de VPM (figura 2), el primer paso es valorar el riesgo vital, teniendo en cuenta el tipo, la intensidad y la duración de la violencia (Anexo II).

En toda mujer se debe valorar la existencia de riesgo para su vida, la de sus hijas e hijos y la de familiares y personas cercanas. Si se detecta riesgo vital para la mujer y/o sus hijos e hijas, es necesario poner en marcha un plan de seguridad (Anexo III).

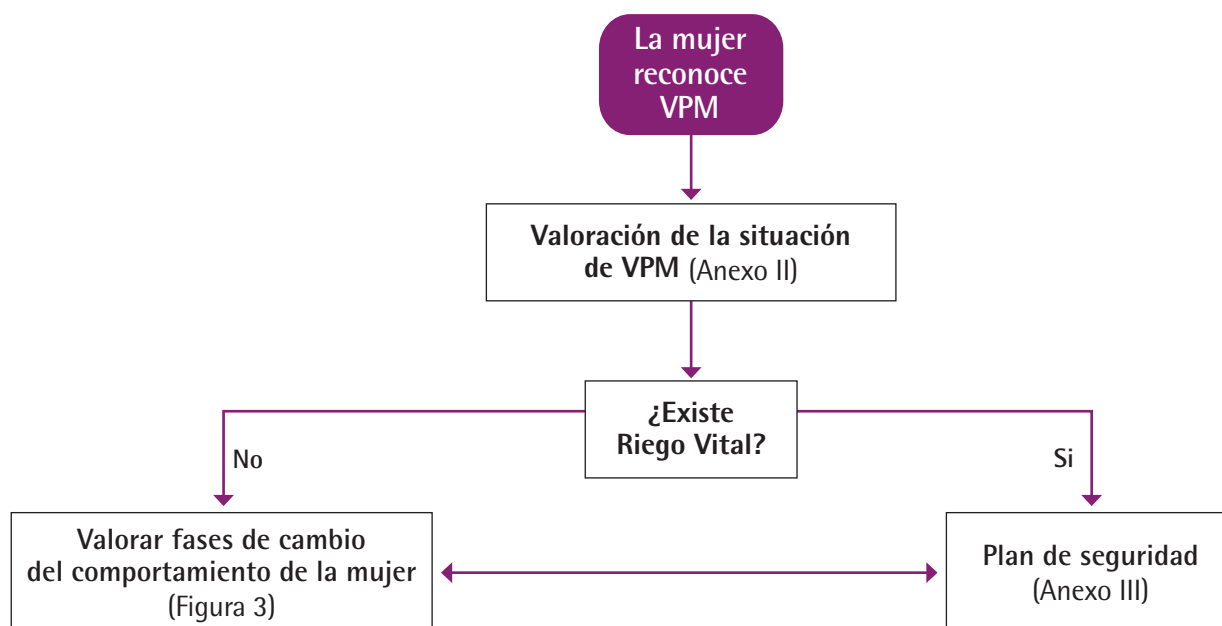


Figura 2. Valoración de la VPM y del Riesgo Vital

Valoración de las fases de cambio del comportamiento de la mujer

El modelo que a continuación se propone con mujeres que sufren violencia por parte de su pareja o expareja está basado en el modelo teórico de cambio de Prochaska y Di Clemente.

Este modelo se dirige al análisis del comportamiento, facilitando su categorización en las fases pre-establecidas por el mismo, lo que conllevará la posibilidad de establecer una línea de actuación y una elección de los recursos, técnicas e instrumentos.

Es fundamental identificar en qué fase del proceso de violencia se encuentra la mujer:

► FASE PRECONTEMPLATIVA

La mujer no reconoce la violencia como un problema.

Las características son las siguientes:

- **La mujer no tiene conciencia del problema.**
 - » 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.
- **Formas de reaccionar de la mujer:**
 - » Negar la relación de maltrato.
 - » Defender al maltratador (ej.: *"es un buen padre"*).
 - » Autoculpabilizarse (ej.: *"si la cena hubiese estado a tiempo, no me hubiera 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..."*).
 - » Mostrar desesperanza (ej.: *"no es necesario hablar de ello ya que no va a cambiar nada"*).
 - » Abandonar la relación con quien le presta atención.

► FASE CONTEMPLATIVA

Se puede identificar a través de las siguientes características:

- **Empieza a tomar conciencia** de que existe una relación abusiva y/o problemática.
- Análisis de **pros y contras** respecto del posible cambio que aún no está dispuesta a realizar.
- Pueden establecerse dos etapas:
 - » **Ocultación.** No quiere o no puede revelar lo que le ocurre a otras personas.
 - » **Revelación.** Se dispone a comunicar lo que le ocurre.

► FASE DE PREPARACIÓN

- La mujer va realizando **pequeños cambios**, por ejemplo, puede 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.

► FASE DE ACCIÓN

- **Hace cambios manifiestos para mejorar su situación respecto de la violencia**, por ejemplo, empezar a buscar trabajo (si no lo tenía anteriormente) para tener independencia económica, participar en algún grupo de apoyo o buscar algún abogado para el proceso de separación.
- Los cambios que tienen lugar han podido ser iniciados y solaparse con la fase de preparación.

► FASE DE MANTENIMIENTO

- Pueden reaparecer **sentimientos de ambivalencia hacia su agresor** y su situación anterior.
- En esta fase la mujer mantiene los cambios que ha hecho.

► FASE DE RECAÍDA

- La mujer **vuelve a vivir una situación de VPM**. Lo adecuado es realizar de nuevo la valoración en una o varias visitas concertadas.

ATENCIÓN

Hay que tener presente que la valoración es un proceso abierto ya que la situación cambia con el paso del tiempo. Las primeras entrevistas son fundamentales para definir y enmarcar las actuaciones y tienen un peso específico en el conjunto del proceso de acompañamiento.

MODELO ESPIRAL DE LAS ETAPAS DE CAMBIO



Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC (1994)

INTERVENCIÓN

A continuación, se presentan las diferentes intervenciones según la situación en que se encuentre la mujer. Vienen desglosadas en distintos tipos de intervención para facilitar su lectura y comprensión, sin embargo **no se trata de intervenciones alternativas sino complementarias**:

- La **intervención según fases de cambio** facilita al profesional la adaptación al grado de reconocimiento del problema y pensamientos de cambio en el futuro (Figura 3).
- La **intervención en estallido agudo de violencia** recoge las especificidades de la atención cuando se produce una agresión ya sea física, psicológica o sexual.
- La **intervención ante una situación de riesgo vital** explica cómo actuar cuando está en riesgo la vida de la mujer o de su entorno cercano.

Estas intervenciones las realizará, en la medida de lo posible, quien esté llevando el proceso de la mujer más directamente.

Es preciso recordar de nuevo que la **coordinación** profesional es imprescindible para un afrontamiento efectivo de la VPM. Para evitar la revictimización de la mujer no se le debe pedir que repita su historia.

Es importante comprender que dar información sobre la violencia a las mujeres que la sufren, es en sí misma una intervención terapéutica. Es esencial que los profesionales socio-sanitarios comprendan este proceso, que respeten la voluntad de la mujer y que apoyen los esfuerzos de ésta para tomar una decisión propia sobre qué hacer.

Una vez que las experiencias traumáticas han sido localizadas en el espacio y en el tiempo, la mujer puede comenzar a hacer distinciones entre situaciones estresantes de la vida actual y experiencias traumáticas pasadas y, de esta manera, disminuir el impacto del trauma sobre el presente.

La meta principal es la estabilización y control de la propia vida, recuperando su estado emocional en relación a su experiencia traumática.

En la intervención el énfasis se realiza sobre el *hoy y el ahora*, reconociendo como premisa básica el hecho de que las personas adultas pueden aprender a protegerse y, en consecuencia, hacer una elección consciente sobre cómo evitar conductas que se prevén dañinas.

En todos los casos el objetivo es prestar atención a su salud pero también es importante proporcionar a las mujeres información acerca de recursos específicos de apoyo.

Antes de abandonar el centro se facilitará a las mujeres información sobre el **Servicio telefónico 012- Mujer de la CM**. Se trata de un dispositivo centralizado sobre los recursos disponibles en materia de violencia de género que dispone también de la información actualizada de la Red de Puntos Municipales del Observatorio Regional de Violencia de Género (PMORVG) y proporciona a la mujer o al profesional que lo requiera, la dirección, teléfono y horario de atención del Punto Municipal que le corresponda por domicilio. Su horario de atención es: de 8,00 a 22,00 horas de lunes a viernes, sábados de 10,00 a 22,00 y domingos y festivos de 10,00 a 14,00 horas. Se indicará a las mujeres que fuera de ese horario se ha de llamar al 112.

Es recomendable que desde trabajo social se contacte directamente Punto Municipal del Observatorio Regional contra la Violencia de Género para facilitar el proceso. (Anexo V).

Servicio telefónico 016. Es un servicio de atención a mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas o exparejas. Funciona las 24 horas, los 365 días al año. Ofrece información de recursos de toda España y asesoría jurídica, de lunes a viernes de 9 a 21 horas; sábados y domingos de 12 a 20 horas. Dependencia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

A. INTERVENCIÓN DE ACUERDO A LAS FASES DE CAMBIO DEL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER

El modelo de fases de cambio es conocido como herramienta que permite clasificar a la mujer en diferentes fases y, por tanto, ofrecer la intervención adecuada en función de la situación en la que se encuentre. Se emplea este modelo por la **familiaridad** y su mayor aplicabilidad en el ámbito de la Atención Primaria.

Consideraciones previas a la intervención sobre la VPM:

- El hombre que maltrata es el responsable de la violencia ejercida y de las consecuencias sobre el comportamiento y salud de la mujer.
- La relación que establece la mujer con su pareja es una **relación afectiva** y su conducta a lo largo de todo el proceso puede estar determinada por el **miedo**.
- Las **fases de cambio no necesariamente son equiparables con las fases del ciclo de la violencia** (Anexo I). Por ejemplo, la fase de explosión y distanciamiento (fase del ciclo de la violencia) es el momento más propicio para replantearse la situación de violencia y tomar una decisión al respecto. Si bien, la mujer puede encontrarse en "*fase precontemplativa*" (fase de cambio) cuando esto ocurra.
- La VPM es un **proceso dinámico y reversible**, y nuestra actuación ha de adaptarse a las distintas fases, favoreciendo una toma progresiva de conciencia y facilitando la toma de decisiones autónomas y el empoderamiento de la mujer.
- Tras la **confidencia** de la mujer, hay una demanda implícita o inconsciente de ayuda, pero mientras la demanda no se haga explícita y consciente nada obliga a derivar a la mujer.
- Es importante saber identificar las **situaciones de crisis**. Cuando la mujer entra en crisis es cuando el potencial para hacer cambios es máximo (Anexo I).
- La **actuación ante una situación de riesgo vital se recoge de forma separada**, ya que deberá aplicarse siempre que exista riesgo para la vida de la mujer, independientemente de la fase de cambio en la que se encuentre y de si ha entrado o no en crisis (Apartado C).

- Aunque se llegue a la **fase de mantenimiento** esto no supone que el problema se haya **resuelto**, ya que una situación mantenida de violencia puede tener consecuencias a largo plazo sobre la salud e integridad física, psíquica y social de la mujer. Por ello es preciso continuar el acompañamiento y perseguir en todo momento el restablecimiento de su salud cuando esté afectada.
- Es preciso tener presente durante esta intervención que la puesta en conocimiento del caso a la Fiscalía o juzgado correspondiente es una responsabilidad legal del sistema sanitario (Anexo VI)

ATENCIÓN

El objetivo prioritario es la seguridad y protección de la mujer.

En la Figura 3 se resumen las actividades a realizar a lo largo de las fases de cambio.

A continuación se presentan las intervenciones a realizar en cada una de las fases de cambio en que se puede encontrar la mujer.

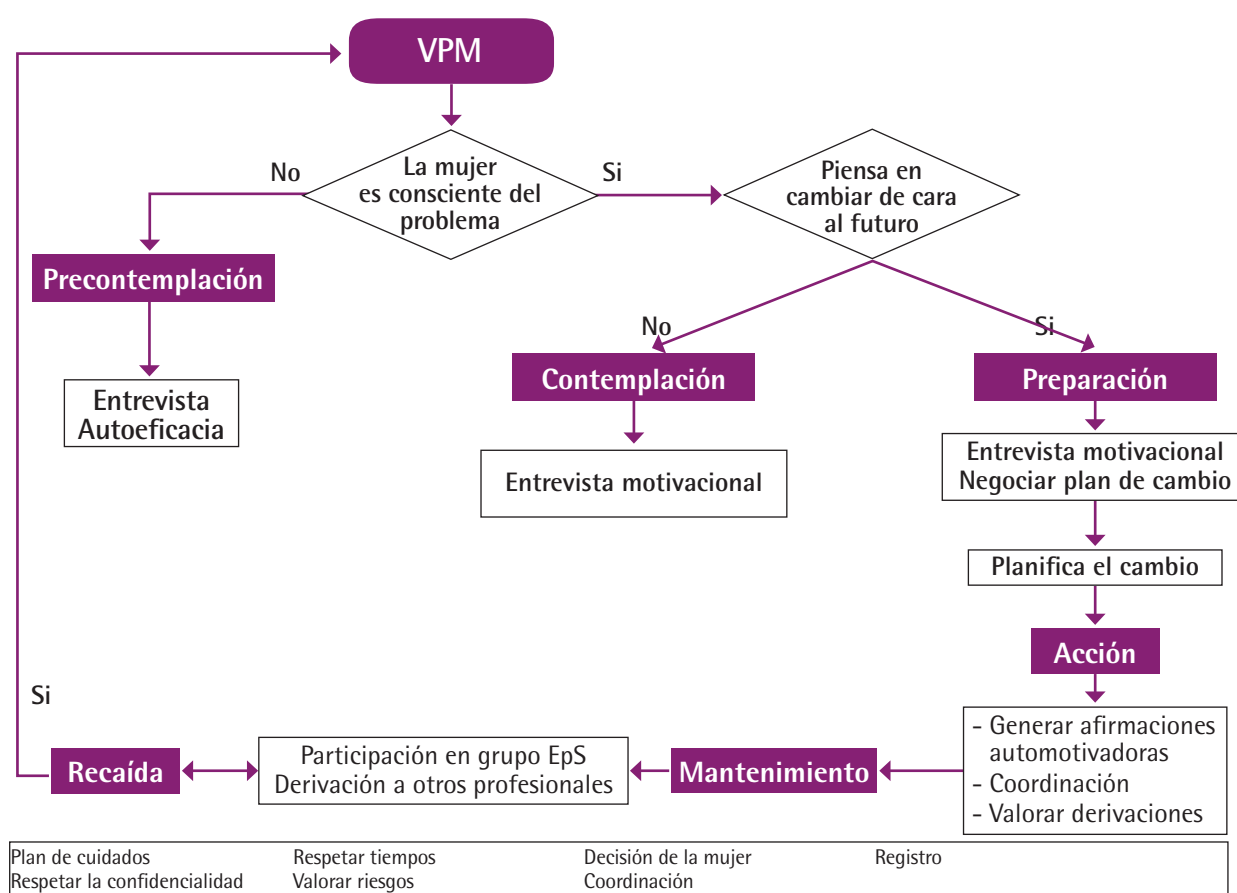


Figura 3. Intervención según fases de cambio del comportamiento de la mujer

1 FASE PRECONTEMPLATIVA (PRE-INTENCIÓN)

EN ESTA FASE LA MUJER NO RECONOCE LA VIOLENCIA COMO UN PROBLEMA

OBJETIVO (QUÉ)	• Fomentar la duda de la mujer respecto a su situación. • Aumentar la percepción de riesgo al que está sometida por su situación de VPM. • Fomentar la creencia de que es capaz de cambiar la situación (autoeficacia).
INTERVENCIÓN (CÓMO)	• ENTREVISTA MUY BREVE, aproximadamente 5 minutos, ya que es posible encontrar un alto nivel de resistencia, rechazo, nerviosismo o incluso llanto que no permiten una intervención larga y detallada. • Hacer una devolución a la mujer sobre su estado de salud relacionando el motivo de consulta con su situación de VPM. <i>Ejemplo: Veo que está sufriendo por alguna situación que está influyendo en su insomnio. En otras mujeres con este problema he podido detectar que puede haber algún problema en casa.</i> • Mantener una actitud empática. • Insistir en que la violencia nunca está justificada (ante excusas o minimizaciones de la violencia). • Fomentar la auto-eficacia. <i>Ejemplo: Todas las personas podemos hacer cambios poco a poco. 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...</i>
A TENER EN CUENTA...	• La confidencialidad es imprescindible. • No se debe proponer la derivación (salvo grave peligro para la mujer) como primera medida de la actuación en respuesta a la confidencia de la mujer. • Evitar: ordenar, sermonear, desaprobar, interrogar, ironizar e interpretar. • Dejar la puerta abierta para retomar el tema en un futuro y proponer una nueva cita. • La elaboración de un plan de seguridad según las circunstancias (<i>ejemplo: agresión física grave, riesgo de suicidio</i>) puede servir como excusa para aumentar la toma de conciencia. • Proporcionar información acerca del derecho al buen trato (vinculada a información general de salud).

2 FASE CONTEMPLATIVA (INTENCIÓN) EMPIEZA A TOMAR CONCIENCIA DE QUE EXISTE UNA RELACIÓN ABUSIVA Y/O PROBLEMÁTICA

OBJETIVO (QUÉ)	• Favorecer la inclinación de la balanza hacia el cambio de situación. • Aumentar la toma de conciencia de la existencia real de un proceso de VPM.
INTERVENCIÓN (CÓMO)	Los siguientes aspectos se abordarán en sucesivas citas concertadas de 15 a 30 minutos, utilizando la escucha reflexiva: • Iniciar la entrevista recalcando nuestro respeto a las decisiones que tome a lo largo de su proceso. • Visibilizar y nombrar lo que está ocurriendo en su relación de abuso, sin culparla, relacionándolo con los hallazgos de la valoración. <i>Ejemplo: "Alguna vez me ha comentado que su pareja le pone en evidencia delante de su familia. ¿A qué situaciones en concreto se refiere?... ¿Me podría explicar lo que ocurre con más detalles?..."</i> • Analizar con ella el ciclo de la violencia. Reflexionar sobre 3 episodios de violencia: el primero, el más grave y el último. Se le propone a la mujer que sitúe estos episodios en un gráfico y los valore 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 la fase de arrepentimiento como refuerzo positivo para continuar con la relación. • Enfatizar la importancia del propio bienestar y el autocuidado, frente a mantener una relación nociva. <i>Ejemplo: "Todo lo que me ha contado influye directamente en su salud y dificulta que se pueda cuidar".</i> • Demostrar la existencia real de una situación de VPM. <i>Ejemplo: "El hecho de que se ponga en evidencia continuamente, como hemos estado hablando, se corresponde con violencia psicológica según los estudios existentes".</i> • Indagar acerca de los recursos personales y sociales: apoyo: familiar, de amistades y laboral. • Identificar razones para seguir o no en esa relación. Puede ser un trabajo que ella traiga por escrito en la siguiente cita concertada. • Analizar los miedos a un posible cambio. • Elaborar un plan de seguridad según las circunstancias (Ejemplo: agresión física grave, riesgo de suicidio). • Apoyar y dar valor a su decisión. • Advertir sobre la importancia del riesgo que supone compartir esta información con su pareja.

A TENER EN CUENTA...	• Para la entrevista es preciso utilizar la información obtenida en la/s visitas de valoración de la situación de violencia. • Fijar los objetivos sabiendo qué se va a hacer en cada entrevista, respetando el proceso de cada mujer. NO precipitarse. Lo más probable es que sean necesarias varias entrevistas. • Enfatizar lo contraproducente de intentar convencer a su pareja o de negociar con ella, ya que no es útil y puede ser peligroso. • Es conveniente tener previsto un plan de seguridad por si surge una contingencia. • En esta fase la pregunta que se deben hacer los profesionales sanitarios NO es: ¿Por qué no le deja? SINO: ¿Por qué no puede dejarle? o ¿Por qué el hombre que la maltrata no le permite dejarle?
-----------------------------	---

3 FASE DE PREPARACIÓN (DECISIÓN) LAS MUJERES VAN REALIZANDO PEQUEÑOS CAMBIOS

OBJETIVO (QUÉ)	• Apoyar y ayudar a la mujer a determinar el mejor plan a seguir para conseguir el cambio.
INTERVENCIÓN (CÓMO)	ENTREVISTA MOTIVACIONAL (Anexo IV). • Realizar en citas concertadas de 15 a 30 minutos utilizando la escucha reflexiva: • Escuchar los planes de la mujer y expresar la importancia de los esfuerzos que está realizando. • Analizar objetivamente con ella la situación actual y, si en el pasado intentó hacer cambios y qué ocurrió). • Valorar qué problemas anticipa para hacer un cambio en la actualidad. Es relevante 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 de la VPM. Por lo tanto, es conveniente revisar el plan de seguridad con ella. NEGOCIANDO EL PLAN DE CAMBIO (Anexo IV). • Es imprescindible en esta etapa valorar y consensuar con la mujer la derivación y/o coordinación con trabajo social o con recursos disponibles de la zona (municipales, regionales...).
A TENER EN CUENTA...	La ambivalencia es un estado de conflicto en el que la persona tiene sentimientos contrarios de forma simultánea. En el caso de la mujer maltratada se puede dar la ambivalencia "querer y no querer dejar a la pareja que la maltrata". Comprender que la ambivalencia es algo habitual, aceptable y comprensible en un proceso de cambio, facilitará que no se produzcan resistencias a la escucha por parte de la mujer. Trabajar la ambivalencia supone: • Evitar "ponerse persuasivo". Ejemplo: "Creo que lo mejor que puedes hacer sería dejarle porque ya sabes lo que pasa con estas relaciones y si no le dejas todo va a ir a peor, piénselo". • Evitar explicar demasiado pronto los riesgos de la relación de maltrato. Ejemplo: "Si sigues en esta situación puedes llegar a ser una de las mujeres que salen en la televisión porque las han matado". • Manifestar a la mujer la conveniencia de tomar una decisión. Ejemplo: "Nos hemos visto varias veces ahora creo que es conveniente ir perfilando las decisiones que quieres tomar, el camino a seguir, cómo lo vas a hacer..." • Considerar que los valores y las expectativas sobre los cambios, pueden ser radicalmente diferentes para cada mujer. Es muy relevante comprender los valores, sentimientos y creencias de la mujer. • Considerar el contexto familiar, social, de la comunidad a la que pertenece la mujer ya que éste puede contribuir de forma positiva al cambio o interferir en él.

ATENCIÓN

A partir de esta fase es imprescindible priorizar la seguridad y protección de la mujer.

4 FASE DE ACCIÓN (ACCIÓN INTERNA Y EXTERNA DE LA MUJER) LA ACCIÓN CONSISTE EN AUMENTAR LA SEGURIDAD DE LA MUJER RESPECTO A LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA	
OBJETIVO (QUÉ)	• Acompañar a la mujer para que no se sienta sola y reafirmar su proceso. • Garantizar y extremar la seguridad.
INTERVENCIÓN (CÓMO)	• Aprovechar la entrevista motivacional para generar afirmaciones automotivadoras que, partiendo del proceso de reflexión de la mujer, están relacionadas con: » El reconocimiento del problema. <i>Ejemplo: "Me está diciendo que la ansiedad que sufre puede tener que ver con los problemas en casa".</i> » Expresión de preocupación. » Intención de cambiar. » Optimismo sobre el cambio. » El balance de pros y contras de la decisión a tomar. • Para ayudar a la generación de estas afirmaciones, podemos: » Preguntar por un episodio concreto para recoger información. <i>Ejemplo: "¿Cómo fue el día que le insultó?"</i> » Utilizar situaciones extremas <i>Ejemplos:</i> <i>"¿Cuáles son los peores miedos o consecuencias si no cambia la situación? o ¿Qué cosas peores podrían ocurrir si sigue la escalada de violencia?"</i> » Mirar hacia atrás. <i>Ejemplo: "Antes me decía que no salía apenas de casa"</i> » Mirar hacia delante. <i>Ejemplo: "Si toda la situación cambiara ¿cómo se sentiría?"</i> » Replantear los objetivos. <i>Ejemplo: "En las primeras entrevistas me decía que quería estar mejor, que no podía más y lo que quería hacer Ahora ¿cómo lo ve?"</i> » Utilización de la paradoja. <i>Ejemplo: "Por lo que me dices sigue dejándote en ridículo ¿eso es bueno para usted?"</i> • Seguir la coordinación con los otros recursos dentro y fuera del equipo. • Valorar la derivación, de acuerdo con la mujer, a Salud Mental para avanzar en su proceso de recuperación. • Establecer que la mujer nos llame periódicamente para valorar su seguridad. • Revisar el plan de seguridad con ella (Anexo III).
A TENER EN CUENTA...	• Es importante recordar a la mujer que existe un riesgo especial y preparar los recursos necesarios para salir de la situación en que se encuentra.

5

FASE DE MANTENIMIENTO

LA MUJER MANTIENE LOS CAMBIOS QUE HA HECHO

OBJETIVO (QUÉ)	• Ayudar a identificar y utilizar estrategias para prevenir recaídas. • Mantener la vigilancia del riesgo.
INTERVENCIÓN (CÓMO)	• Animar a la mujer a participar en algún grupo de mujeres • Preparar con la mujer una posible derivación.
A TENER EN CUENTA...	• Analizar de nuevo con ella el ciclo de la violencia. Se incidirá en que la fase de "luna de miel" o reconciliación es un momento especialmente vulnerable para volver a la situación anterior. • Mantener la seguridad y protección de la mujer. No debemos olvidar repasar el plan de seguridad y el escenario de protección para ella y sus hijos e hijas. • Revalorizar todas las facetas de la vida saludable. • Los grupos de educación para la salud en los que participan mujeres (madurez, etapas vitales, preparación al parto, cuidadoras, relajación, autoestima) son recursos a utilizar para evitar el aislamiento y favorecer el empoderamiento. Es importante que se incluya la perspectiva de género en dichos grupos.

6 FASE RECAÍDA¹ / RUPTURA EVOLUTIVA LOS CAMBIOS NO SE ESTABILIZAN Y LA MUJER VUELVE CON SU PAREJA, REINSTAURÁNDOSE LA VPM	
OBJETIVO (QUÉ)	Ayudar a la mujer a renovar el proceso de contemplación, determinación y acción sin que aparezcan bloqueos o desmoralización por la recaída.
INTERVENCIÓN (CÓMO)	- Volver a mostrar nuestra empatía y cercanía. - Evitar caer en desánimo o en sentimientos de fracaso. <i>Ejemplos:</i> <i>"Usted no es la única. Esto le ocurre a muchas mujeres."</i> <i>"Usted no tiene la culpa"</i> - En la entrevista motivacional se trabajará con la mujer: » Su historia de maltrato y se hará una devolución. <i>Ejemplo: "¿se acuerda cuando me decía que no le dejaba salir?"</i> » El sentimiento de culpa que aparece en la mujer. <i>Ejemplo: "¿Le culpa de todo lo que sucede?"</i>
A TENER EN CUENTA...	- Recordar el ciclo de la violencia: "fase de luna de miel". - Revalorizar todas las facetas de la vida saludable. - 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 incompreensión para evitar dirigir nuestra agresividad hacia ellas. - Las mujeres maltratadas hacen una media de 7 a 8 intentos antes de conseguir separarse completamente de sus parejas. - A pesar de que vuelva con la pareja y se reinstaure 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.

¹ Recordamos que se trata de una Fase incluida en un proceso de cambio vital, lo que no supone la vuelta al mismo punto de inicio, sino una vuelta "atrás" en alguno de los factores de las etapas anteriores.

LO QUE NO SE PUEDE OLVIDAR:

- Elaborar un **plan de actuación** adaptado a la situación de la mujer.
- Buscar ayuda, presentar una denuncia, solicitar una orden de protección o de alejamiento, o decidir abandonar a su pareja, son **alternativas válidas, siempre y cuando los costes no superen los beneficios**, es decir si se reduce la peligrosidad a la que están expuestas la mujer y su familia (hijos, amistades, familiares...).
- El **personal sociosanitario** informará a la mujer sobre la necesidad de tener elaborado un **plan de seguridad y de protección**.

- **El éxito de la intervención no debe medirse por la decisión de abandonar a su pareja o permanecer con ella.** Ya es un éxito que pueda hablar sobre los malos tratos que sufre y que empiece a hacer planes de futuro. Hay que respetar el tiempo que necesita para efectuar este proceso.
- **Es importante que la decisión de denunciar la tome la mujer con tranquilidad, sin presiones, y lo haga cuando lo considere oportuno y sólo cuando esté protegida y a salvo.**
- Es preciso tener presente, en todo momento, los deseos de la mujer, y respetar la **confidencialidad** a la que nos debemos, como profesionales. En caso contrario, quebraríamos la necesaria relación de confianza entre la mujer y el personal de salud y, por tanto, la protección emocional que tanto necesita y que todo entorno sanitario debe garantizar.
- **Una situación excepcional sería aquella en que la mujer y sus hijas e hijos corren un grave peligro** y observamos que no está en condiciones de darse cuenta de ello. Es importante para ella acudir a un lugar seguro, para lo que es preciso llamar al 112, desde donde se iniciarán todos los trámites de protección de la mujer y de sus hijas e hijos. Siempre habrá que tener presente que la actuación es para proteger a la mujer y su familia, y no para protegernos los profesionales.

B. INTERVENCIÓN EN ESTALLIDO AGUDO DE VIOLENCIA

El estallido agudo de violencia se produce tras una fase más o menos larga de construcción de la tensión (Anexo I). Se trata de un momento explosivo más o menos duradero en el que tiene lugar una agresión ya sea psicológica, sexual, física, o una combinación de las anteriores. Tras este momento es cuando la mujer suele pedir ayuda y/o presentar una denuncia.

Cuando se da esta situación **hay varias peculiaridades que debemos tener en cuenta:**

- La mujer suele encontrarse asustada, con ansiedad, y suele resultarle difícil relatar lo ocurrido.
- Puede ser el primer momento en que se detecte un proceso de violencia no diagnosticado previamente. Es una oportunidad, por lo tanto, de identificación y orientación de nuevos casos.
- Con frecuencia la mujer acude a consulta "sin cita" o a un servicio de urgencias. En estas situaciones, dada la alta demanda asistencial, tiende a descuidarse la escucha y a reducirse el tiempo de atención.
- En ocasiones, la mujer que consulta no pertenece al cupo del profesional que le atiende, o incluso le corresponde otro centro de salud. En estos casos es preciso establecer, con el consentimiento de la mujer, mecanismos que garanticen la continuidad de la atención.
- Puede existir un riesgo para la vida de la mujer y sus hijos e hijas.
- Los episodios agudos de violencia pueden producir una crisis que favorezca el cambio (Anexo I), por lo que constituyen una oportunidad de incorporar a la mujer en un proceso de acompañamiento favorecedor del cambio más amplio (Apartado A).

Por todos estos motivos, es fundamental cuidar especialmente la entrevista con una mujer que acude tras un estallido agudo de violencia, prestando atención a nuestra actuación y potenciando las actitudes más pertinentes (Anexo I).

QUÉ HACER:

- » Preguntarse: **¿Reconoce la agresión como violencia?** Nos permite distinguir si la mujer se encuentra en fase precontemplativa, adecuando nuestro lenguaje a dicha fase.
- » **Valorar la seguridad.** ¿Existe riesgo vital para la mujer o sus hijas e hijos? (Anexo III). En caso afirmativo se deberán poner en marcha las medidas pertinentes encaminadas a garantizar la seguridad (Apartado C).
- » **Valorar y atender las lesiones físicas.**
 - En caso de urgencia vital se actuará de acuerdo a los protocolos de urgencia establecidos. Se garantizará el traslado de la mujer hasta el hospital en condiciones seguras.
 - Debe valorarse la posibilidad de contactar con Trabajo Social del hospital de referencia para poner en conocimiento el caso; comunicar al Servicio de Urgencias la derivación, con el fin de optimizar la coordinación de recursos y la atención.
 - Se prestará la atención sanitaria pertinente para las distintas lesiones tras una valoración inicial de las mismas. Es importante explicar despacio y cuidadosamente las intervenciones que se van a realizar, tomando en consideración el estado emocional de una mujer tras una agresión.
 - En caso de que las lesiones precisen un seguimiento o tratamiento posteriores es conveniente explicarlo pausadamente a la mujer, aclarando las posibles dudas y dándole las indicaciones escritas con claridad. Hay que tener en cuenta que tras una agresión la mujer puede sentirse aturdida, lo que dificulta la asimilación de la información.
 - En caso de agresión sexual con violación o tentativa, no realizar exploración ginecológica. Derivar al hospital de referencia para la atención y toma de muestras en presencia de un/una médico forense explicando a la mujer el proceso. Es preciso que la mujer no se lave ni cambie de ropa para realizar la toma de muestras, explicándole por qué se actúa así.
- » **Valorar y atender el estado psicológico.**
 - Se favorecerá el desahogo de la mujer y la expresión de sentimientos manteniendo una actitud empática y de escucha activa.
 - Se valorará la existencia de sintomatología ansiosa o depresiva, ideas de suicidio y estrés agudo postraumático.
 - Cuando sea preciso se derivará al servicio de salud mental de referencia. (Apartado D).
- » **Valoración breve de la red de apoyo social:** Explorar la presencia de personas cercanas que puedan asistir, apoyar o acoger a la mujer en caso de necesidad.
- » **Realización del parte de lesiones cuando sea preciso.**

LO QUE NO SE DEBE OLVIDAR:

- Leer a la mujer el parte de lesiones emitido.
- Informar sobre los **recursos y derechos** (Anexo V y VI).

- Registrar el proceso en la **historia clínica**.
- Garantizar el **seguimiento y la continuidad** en la atención.
- Indagar acerca de la posibilidad de malos tratos a otros miembros de la familia.
- Informar sobre la elaboración del Plan de Seguridad (Anexo III), si tuviera que abandonar la casa de forma urgente.

C. INTERVENCIÓN ANTE UNA SITUACIÓN DE RIESGO VITAL

Esta actuación es pertinente cuando en la valoración detectamos la presencia de un riesgo alto de muerte o de lesiones graves para la mujer o para sus hijos/as o familiares. **Debe priorizar garantizar la seguridad por encima de otras intervenciones.** Ante una situación de estas características hay que tomar en cuenta varias medidas:

- » Asistir los posibles daños y lesiones físicas y psíquicas, derivando a un centro hospitalario cuando el tratamiento de las mismas así lo requiera.
- » Registrar minuciosamente en la historia.
- » Informar a la mujer sobre la necesidad de preparar un Plan de Seguridad (Anexo III). Explorar asimismo su red de apoyo social, con el fin de determinar con qué personas podría contar (si las hubiere) en caso de salida del hogar y dónde podría alojarse.
- » Evitar en todo momento que la mujer esté sola, garantizando el acompañamiento si fuera necesaria la derivación a otro centro sanitario. Avisar a los familiares y amistades por indicación de la mujer.
- » Si existen lesiones físicas o psíquicas debe realizarse un parte de lesiones en consulta médica.
- » Si la mujer desea volver a su domicilio a pesar del alto riesgo se le hará entender que su vida corre peligro y se le recordarán las medidas para aumentar su protección (Anexo III).
- » Si la mujer quiere salir del domicilio como medida de seguridad se contactará con el 112 para proceder, si fuera preciso, a la gestión de un centro de emergencia. (Anexo V).

RESUMEN DE LAS INTERVENCIONES			
SEGÚN FASES DE CAMBIO	Precontemplación	Entrevista Autoeficacia	Plan de cuidados Plan de seguridad Respetar tiempo Respetar la decisión de la mujer Respetar la confidencialidad Valorar el riesgo Coordinación Registro
	Contemplación	Entrevista motivacional Escucha reflexiva	
	Preparación	Entrevista motivacional Escucha reflexiva Negociar Plan de Cambio	
	Acción	Generar afirmaciones automotivadoras Coordinación Valorar derivaciones. Plan de seguridad.	
	Mantenimiento	Animar a la mujer para que participe en grupo de mujeres Valorar derivación	
	Recaída	Acompañar a la mujer para que no caiga en el desánimo	
SITUACIONES ESPECIALES	Estallido agudo de violencia	Acogida Contención Valoración seguridad Gestión de recursos	
	Riesgo vital	Identificar recursos Preparar la marcha Plan de seguridad Abandono urgente Si permanece en la casa...	

D. DERIVACIÓN EN EL MARCO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Cualquier profesional que detecte o sospeche VPM, será responsable del proceso de atención y seguimiento, mientras la mujer así lo permita y no se requiera la actuación de profesionales específicos.

Cuando sea necesaria la consulta o derivación a otros profesionales se explicará detalladamente a la mujer las ventajas que tiene para ella y el cuidado de su salud a fin de garantizar la continuidad de cuidados; por tanto si ella no tiene inconveniente se procederá a la derivación. Es preciso tener cuidado en la explicación de los motivos que justifican actuar de esta manera para no revictimizar a la mujer y actuar en contra de sus deseos. En caso de que ella manifieste su negativa, no insistir.

La o el profesional responsable se encargará de comunicar la situación de VPM a quienes deban en el proceso de atención a las mujeres.

Si la mujer accede a tener una cita con otra u otro profesional (de trabajo social, de salud mental, de ginecología...) la derivación se realizará a través del informe social o del parte de interconsulta.

Si la mujer tuviese hijas o hijos, se contactará con los profesionales de **pediatría** para que se realice la valoración infantil y se gestione la intervención que proceda.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A SALUD MENTAL

La derivación a los servicios de Salud Mental se realizará a través de partes de interconsulta. El tipo de derivación a estos servicios puede ser urgente, preferente o normal.

- **Criterios de derivación urgente relacionados con situaciones de VPM:**

- » Planificación autolítica.
- » Episodios de agitación psicomotriz.

Se procederá a la derivación de la mujer al servicio de urgencias de psiquiatría del hospital de referencia para su valoración.

- **Criterios de derivación preferente relacionados con situaciones de VPM:**

- » Episodios depresivos graves (con ideación autolítica, alteración importante de ritmos biológicos, aislamiento marcado, abandono de autocuidados...). Se entiende por ideación **autolítica** cuando se expresan verbalmente deseos de acabar con la vida, pero no se ha establecido un plan para ello. Cuando existe **planificación autolítica**, al deseo de acabar con la vida se añade un modo específico para hacerlo ("tomar pastillas", "tirarse por la ventana").
- » Trastorno de estrés postraumático.
- » Descompensación de trastornos psicóticos crónicos

- **Criterios de derivación por vía normal relacionados con situaciones de VPM:**

- » Episodios depresivos leves o moderados en el tiempo.
- » Trastornos de ansiedad en los que existen limitaciones graves.
- » Asociación de abuso de sustancias.

E. ACTIVACIÓN DE OTROS RECURSOS

Lo que va a indicar la activación de recursos específicos va a ser la situación de violencia y por tanto, la situación de riesgo para la mujer.

TELÉFONO DE EMERGENCIAS 112:

- Riesgo vital para la mujer por la situación de violencia que padece
- Lesiones de pronóstico grave/muy grave si la mujer no ha sido llevada al centro por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado
- Incumplimiento por parte del Agresor de las Órdenes de Alejamiento/Protección

Registro confidencial de la información

Es muy importante tener cuidado con el registro de una información tan sensible como ésta.

¿Quién debe registrar?

La o el profesional en quien la mujer haya depositado su confianza, ya sea de medicina, enfermería, matrona, trabajo social...

Algunos aspectos a cuidar:

- Hay que valorar cuidadosamente a quién se permite el acceso profesional a la historia, (suplentes, otros profesionales que pueden participar en el proceso...), teniendo en cuenta la necesidad de seguimiento de la paciente y a la vez, la relación de confianza establecida con la mujer que ha sufrido violencia.
- Se recomienda especificar el episodio como **"reservado"** con el objetivo de que no aparezca como antecedentes en caso de emitir un parte interconsulta en papel.

Guía de apoyo en
atención primaria
para abordar la
violencia de pareja
hacia las **mujeres**

Anexos



I) Aspectos clave para el manejo de la VPM

CICLO DE LA VIOLENCIA

El ciclo de la violencia consta de **tres fases**:

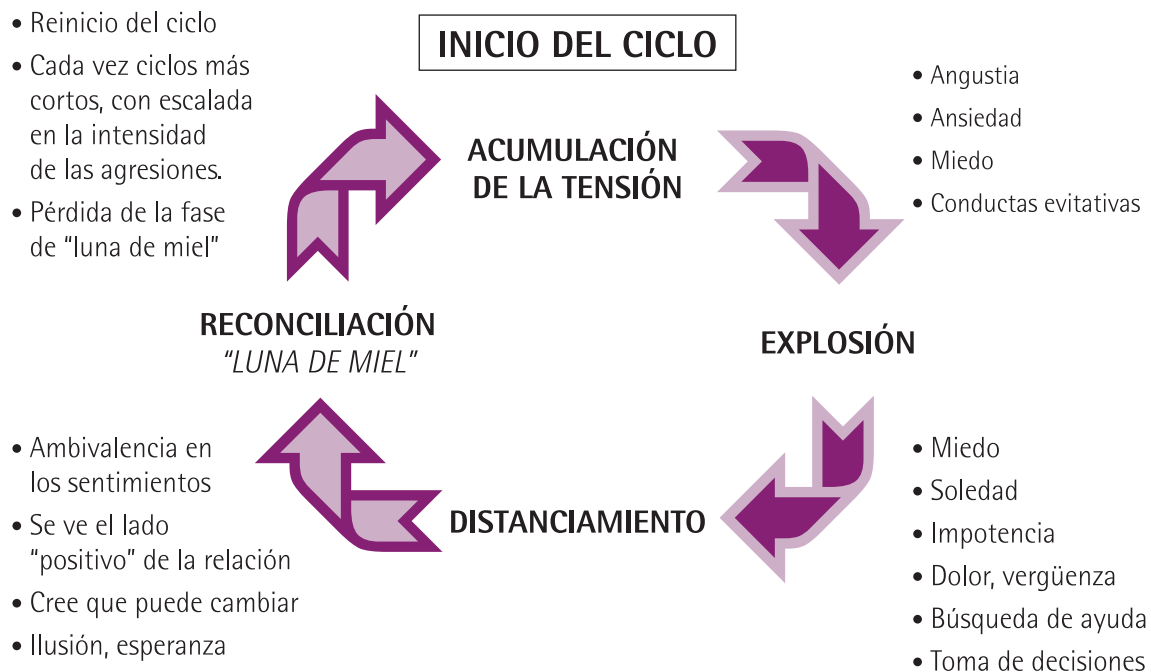
Acumulación de tensión: se caracteriza por una escalada de tensión, y se manifiesta en actos que aumentan la fricción y los conflictos en la pareja. Él expresa hostilidad, aunque no de una manera explosiva, ella lo intenta calmar, complacer, controlarse o al menos no hacer lo que a él le pueda molestar, con la creencia irreal de que ella puede parar la violencia, esta tensión sigue aumentando y se produce la fase siguiente

Explosión de la violencia: Se produce el estallido de la violencia, dando lugar a malos tratos emocionales o psíquicos, físicos y/o sexuales (pueden ser los tres o solamente emocionales o sexuales, y los físicos mucho más tarde). Esta fase puede durar minutos u horas; algunas mujeres se han sentido atemorizadas durante días y semanas. Es en esta fase cuando la mujer suele pedir ayuda, o incluso denunciar aunque no suele ser en las primeras agresiones.

Reconciliación o luna de miel: en esta fase la violencia y la tensión desaparecen. Él le pide perdón, se muestra amable e incluso cariñoso; le promete que va a cambiar, y que ella le tiene que ayudar porque la necesita; le hace regalos y le promete que no volverá a ocurrir. Esto supone un refuerzo positivo para que la mujer mantenga la relación. Además, esta situación le permite ver que la relación tiene su parte buena como ella manifiesta cuando reflexiona sobre sus vivencias, "no todo es agresión y maltrato". La mujer, si ha puesto denuncia la suele retirar y busca cómo ayudar a su pareja que tiene "problemas". A medida que aumenta la violencia esta fase puede llegar a desaparecer quedando sólo las fases de tensión y de agresión. Es en esta fase cuando las mujeres suelen iniciar sus procesos de separación y/o buscan ayuda y es también cuando el riesgo de muerte a manos de su pareja se incrementa.

No todas las mujeres experimentan la violencia de esta forma, algunas nunca pasan por la luna de miel, ya que las conductas controladoras de sus parejas son constantes.

Para hacer más visible lo que se explica en el texto se propone la imagen siguiente:



Adaptado de Blanco Prieto Pilar. Et al. La prevención y detección de la violencia contra las mujeres desde la Atención Primaria de Salud. Asociación para la defensa de la Sanidad Pública de Madrid Madrid, 2002.

DIFICULTADES PARA SALIR DE UNA SITUACIÓN DE VIOLENCIA

Las mujeres sometidas a malos tratos, para salir de la situación de violencia en la que están inmersas, han de superar una serie de dificultades como son:

- Las creencias y valores propios relacionados con la construcción social de género que ella incorpora en mayor o menor grado. Como ejemplos se pueden señalar:
 - El "mito del amor romántico" que hace que la mujer interprete las restricciones que su pareja maltratadora impone a su libertad como el camino a la felicidad.
 - Su responsabilidad para mantener la armonía familiar y ayudar a su pareja a que la situación de maltrato desaparezca y puedan volver a tener una convivencia "normal" de pareja.
- La pérdida de su pareja, de la familia que crearon conjuntamente, del proyecto de vida, de las amistades comunes, de los bienes compartidos.
- El miedo a que la violencia se incremente, a las amenazas del maltratador, al aislamiento, incredulidad e incomprensión sociales.
- Los sentimientos de culpa, de vergüenza, de baja autoestima y de fracaso derivados del proceso de descalificación crónica al que han estado sometidas.

Obstáculos de otro orden que contribuyen a esta dificultad y que es necesario considerar:

- Falta de servicios efectivos, seguros y accesibles. En ocasiones existe falta de información o información sesgada en el colectivo profesional y en las mujeres. Así mismo se pueden observar actitudes y estereotipos profesionales y sociales que culpan a la mujer por la situación de malos tratos.
- Medidas de apoyo social: escasez de plazas gratuitas en algunos de los servicios, como por ejemplo guarderías, centros para personas mayores; dificultad de acceso a una vivienda, a un empleo.
- Desigualdad económica y social, condiciones laborales inestables y discriminación en el empleo por razón de género. Muchas mujeres abandonan su empleo por el acoso y acecho de sus parejas o exparejas. A veces las organizaciones laborales son pocos flexibles y no facilitan que las mujeres realicen las gestiones derivadas de la situación de VPM.
- La inaccesibilidad a los recursos y a las medidas de protección disponibles ya que el maltratador suele ser en muchas ocasiones la única fuente de información de las mujeres.
- Las situaciones de vulnerabilidad que afectan a algunas mujeres como por ejemplo: inmigración, indigencia, discapacidad, la vejez o la infancia.
- Las condiciones sociales, culturales y/o étnicas en las que no se acepta la separación o el divorcio, y se teme el rechazo del grupo social o familiar.

ATENCIÓN

Al intervenir debemos fijarnos en estas dificultades. Si la intervención la centramos en cuestiones internas de la propia mujer, podemos contribuir a incrementar su aislamiento y su culpabilidad por lo sucedido.

La mujer que sufre maltrato **puede tardar años en hacerse consciente** de la situación en la que está inmersa. Este proceso puede comprender varios intentos de abandonar la relación, que pueden hacerse efectivos o no. En consecuencia, el proceso de acompañamiento a la mujer maltratada es largo y complejo.

FALSAS CREENCIAS QUE CONTRIBUYEN A TRIVIALIZAR EL PROCESO DE VPM

ACERCA DE	FALSAS CREENCIAS
LA VIOLENCIA DE PAREJA	• Es un asunto privado de familia • Los trapos sucios se lavan en casa. • Si fuera tan grave, la mujer ya se habría ido de casa. • No tener en cuenta los gustos, opiniones y sentimientos de la pareja, y encontrar defectos en la mayoría de cosas que hace, no es una forma de maltrato. • No se produce maltrato al calificar a la pareja con adjetivos o sobrenombres que le desagradan. • A la hora de mantener relaciones sexuales no siempre hay que respetar la negativa de la mujer, ya que muchas veces "se hace de rogar". • No tener en cuenta ni respetar los deseos sexuales de ella no es maltrato. • Es comprensible tirar o romper algún objeto en discusiones fuertes. • El problema se exagera: no hay tantas mujeres víctimas de violencia de pareja. • La violencia de pareja sólo afecta a sectores social y culturalmente desfavorecidos, marginales y con bajo nivel socioeconómico: pobres, inmigrantes, analfabetos, clases sociales bajas, drogadictos. • La violencia es un hecho inmodificable y es ejercida y sufrida por igual por todas las personas. • El maltrato a la mujer es un tema de moda, pues los hombres también son maltratados. • La violencia es fácilmente reconocible
LAS MUJERES QUE SUFREN VIOLENCIA	• La víctima es una mujer débil, dependiente, inestable o desequilibrada, con bajo nivel cultural, social, económico y educacional y con hijos a su cargo. • Si una mujer maltratada dejara a su marido se resolvería su problema. • Si las mujeres realmente quisieran podrían prevenir nuevos episodios de violencia. • Si una mujer no se separa es porque no quiere. • La mujer es responsable de la situación en la que se encuentra: ella la ha provocado y se lo ha buscado o bien ella lo soporta porque es lo que le han enseñado, forma parte de su cultura y educación. • La mujer es masoquista y en el fondo le gusta. Le gusta la violencia, la provoca, la necesita o es adicta a ella. Es el llamado síndrome de la mujer apaleada. Es una débil mental, con impulsos autodestructivos y dependiente afectivamente de su pareja. • Cuando las mujeres dicen NO quieren decir SÍ. • En el caso de que tengan hijas o hijos es mejor que la mujer aguante.

LOS HOMBRES VIOLENTOS	• Son personas descontroladas. • El agresor es un individuo de carácter violento, alcohólico, drogadicto, con bajo nivel sociocultural o con situaciones sociolaborales precarias. • Los hombres son más violentos y/o agresivos que las mujeres por naturaleza. • El maltratador no es responsable de sus actos por ser un enfermo mental. • Este hombre no responde al perfil del maltratador: un hombre así es incapaz de maltratar a su pareja.
LAS INTERVENCIONES SANITARIAS Y LEGALES	• Entre mis pacientes no hay casos de violencia de pareja. • Se debe respetar la vida privada y su intimidad. • El personal de salud no puede hacer nada para solucionar su problema. • Si los hombres que maltratan fueran a la cárcel, la violencia familiar desaparecería. • Con la nueva ley abundan las mujeres que buscan un beneficio y abusan de las denuncias, por lo que es necesario desconfiar. • El problema de la violencia de pareja se puede abordar objetivamente manteniendo la distancia.

¿QUÉ ES UNA CRISIS?

La crisis es un estado temporal de desequilibrio que impide a la persona funcionar apropiadamente durante un período determinado. Ofrece la oportunidad para que la mujer reflexione y busque nuevos significados de su situación. Representa la oportunidad para tomar decisiones que la conduzcan a un cambio positivo en su situación.

La crisis se caracteriza por su **temporalidad**, dura aproximadamente de cuatro a seis semanas, ya que sabemos que la desorganización y el desequilibrio no son tolerables por largos períodos de tiempo.

Las situaciones de crisis por las que atraviesan las mujeres maltratadas pueden estar **precipitadas por diferentes eventos o circunstancias**.

- Eventos traumáticos: situaciones súbitas e inesperadas que por su naturaleza, provocan miedo intenso, paralización y estupor, y para las que el ser humano no cuenta con los recursos de afrontamiento, siendo por lo tanto sucesos devastadores. Ejemplo: la violación, la revelación de abuso sexual incestuoso por parte de la hija o hijo
- Eventos de poca importancia que se presentan al final de una larga lista de acontecimientos estresantes. Ejemplo: recibir un informe de mala conducta de un hijo/a en la escuela.
- Acontecimientos que exijan cambios en las expectativas personales y de futuro, o en el estilo de vida. Ejemplo: el comienzo de un nuevo trabajo; el embarazo.

- Hechos que reactiven un problema inconcluso. Ejemplo: la revelación de que una persona cercana sufre abuso sexual, puede reactivar la propia experiencia.

Manifestaciones de la crisis

- Incapacidad de enfrentar problemas y pensar con claridad posibles soluciones, impotencia.
- Desorganización y desequilibrio: no puede dar respuesta a las tareas habituales.
- Se muestra cansada y expresa que se siente agotada. Manifiesta que tiene problemas para dormir bien.
- Síntomas de ansiedad, aprensión intensa o angustia.
- Problemas físicos asociados a los estados de angustia como palpitaciones, náuseas, sensación de ahogo, diarrea, dolor de cabeza constante y sensación de debilidad.
- Sentimientos de inadecuación, agobio y desamparo.
- Dificultad para comprender el problema de la violencia ya que es totalmente disonante con sus expectativas, creencias y conocimientos; el maltrato cometido por la pareja representa una frustración de esas expectativas.

PROFESIONALES SOCIOSANITARIOS ANTE LA INTERVENCIÓN DE VPM

El colectivo de profesionales sociosanitarios, como parte de la sociedad, participa en mayor o menor grado de los prejuicios y estereotipos en torno a la VPM.

Para comprender este fenómeno necesitamos analizarlo desde una **perspectiva de género**. Esta perspectiva implica reconocer el género como variable fundamental para entender el posicionamiento personal que cada profesional hace en torno a este tema y tener en cuenta su influencia en la detección, valoración e intervención con las mujeres que sufren VPM.

La investigación cualitativa sobre el discurso del personal de salud y de las mujeres víctimas de violencia, llevado a cabo por la Consejería de Sanidad y Consumo de la CM en el 2004, pone de manifiesto los diferentes modelos de comprensión del fenómeno de la violencia de pareja y las diferentes respuestas profesionales ante dicha problemática **en función del sexo y la propia conformación de la identidad de género**.

Pasar de la sensibilización a la actuación profesionalizada se favorece con formación y con la puesta en marcha de herramientas de abordaje desde la consulta de AP; este es un proceso lento, similar al que transitan las mujeres que sufren maltrato.

Existen una serie de **factores que inhiben el compromiso profesional**. Los debemos conocer para poder intervenir sobre ellos.

- **La no-visión del maltrato:** en la medida que no se identifique, no es necesario el compromiso.
- **Falta de formación** en VPM.
- **La dificultad del manejo** de la situación después de la detección del caso de VPM.
- **La escasez de tiempo:** la sobrecarga en las consultas de Atención Primaria es un obstáculo para intervenir sobre este problema, mientras que la atención a otros problemas de salud no se ve afectada por este motivo. .
- **Dificultades en la coordinación** con otros miembros del equipo de Atención Primaria y con otros niveles asistenciales e institucionales (urgencias, atención especializada, recursos comunitarios...).
- **El tiempo necesario para que la mujer pueda superar la situación de violencia.** Al tratarse de un proceso lento se obtienen resultados a largo plazo.

ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS A EVITAR ²

- Adoptar excesivo dramatismo con el que la mujer podría sentirse presionada para tomar una decisión.
- Pedir reiteradamente a la mujer que relate a distintos profesionales el proceso de maltrato ya que supone la revictimización de la mujer.
- Criticar la actitud o ausencia de respuesta de la mujer.
- Racionalizar, banalizar o justificar la violencia del agresor.
- Infravalorar la sensación de peligro de la mujer.
- Citar al agresor para contrastar la información que proporciona la mujer.
- Prescribir fármacos que disminuyan la capacidad de reacción de la mujer (ansiolíticos, antidepresivos...).
- Hacer terapia de pareja y derivar a mediación familiar (está contraindicado).
- Recurrir a la derivación como primera intervención (salvo casos de peligro inminente).

ACTITUDES Y RESPUESTAS A POTENCIAR

- Crear un clima de confianza.
- Recibir a la paciente sola.
- Preguntar de forma directa y clara.
- Escuchar el relato de la paciente sin interrupciones ni juicios.
- Creer a la mujer y hacérselo saber.
- Ofrecerle mensajes positivos. Señalarle sus capacidades y logros.
- Apoyar sus decisiones.

² Adaptado del Protocolo de Actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico. Gobierno de Canarias, 2003.

EL CUIDADO DEL PERSONAL DE SALUD QUE ATIENDE A MUJERES EN SITUACIÓN DE VPM

Hay que tener en cuenta que en las y los profesionales que trabajamos con víctimas, la exposición a casos de violencia de género nos puede conducir a cambios en nuestros esquemas de creencias, expectativas y asunciones acerca de quiénes somos y del mundo que nos rodea. Como concepto básico, señalamos que la neutralidad ante el trauma, especialmente si éste es provocado por otro ser humano, es imposible; las y los profesionales nos vamos a mover entre un amplio abanico de reacciones que oscilan entre la **sobreimplicación** y el **rechazo** a las víctimas.

- » La **sobreidentificación**, se produce cuando la o el profesional adopta masivamente la posición afectiva de la víctima y se deja llevar por los sentimientos de **humillación, indefensión, dolor, desamparo, pérdida y agresividad** que comporta su situación. La sensación de indefensión puede provocar también que la/el profesional intente asumir desde un papel de "rescatador/a" a actitudes de omnipotencia, que refuerzan aún más la indefensión de la mujer. En estas ocasiones, pueden producirse dificultades en distinguir entre lo que son las necesidades de los /las profesionales y las de las mujeres
- » El **rechazo** se encuentra en la base de muchos de los comportamientos negativos que se dan en la atención inicial a las víctimas y que se materializan en entrevistas inadecuadas. El motivo principal que induce este mecanismo contratransferencial es la identificación del o la profesional con el agresor y la subsiguiente aparición de la víctima como culpable, y de la agresión como castigo.
- » En ocasiones aparece **rabia** cuando las mujeres tienen dificultades para poner fin a su relación violenta, produciéndose abandonos del compromiso de los/las terapeutas en el tratamiento de la mujer, argumentando imposibilidades y resistencias de la mujer al cambio.

Es importante tener en cuenta una serie de estrategias que pueden ser de utilidad para el autocuidado, entre ellas cabe destacar:

- a) **Desarrollar habilidades de afrontamiento** que permitan eliminar o mitigar las consecuencias negativas de esta experiencia y una serie de actividades dentro y fuera del centro de salud.
- b) **Mejorar la calidad de la relación profesional-paciente** intentando encontrar la distancia terapéutica adecuada para mantener una relación empática y comprensiva.
- c) **Tomar conciencia** de nuestros prejuicios, vivencias y afectos movilizados en relación a cuestiones relacionadas con la violencia en nuestra historia vital, nos puede ayudar a entender nuestra forma de reaccionar y de relacionarnos con mujeres sometidas a la VPM.
- d) **Adquirir formación** que facilite las claves para comprender la complejidad del fenómeno del encuentro entre el profesional y la mujer. El conocimiento riguroso de la temática contribuirá a superar los obstáculos que se presentan en el proceso de atención a estas mujeres.

e) Buscar oportunidades para debatir y compartir información y experiencias (sesiones clínicas, grupos de apoyo con los compañeros del EAP, grupos Balint).

f) Adoptar patrones de vida saludables que contribuyan a nuestro bienestar y el de quienes nos rodean.

g) Evitar el desgaste por empatía que se produce al activarse los traumas no resueltos de la o el profesional por el relato de la mujer, dando como resultado una incapacidad para escuchar las experiencias de la misma. La estrategia de superación se basa en la supervisión³, en el humor y en la psicoeducación. **Se trataría de aliviar la carga emocional, disminuir el estrés laboral e identificar el problema para planificar su solución.**

LA CONDUCTA DEL HOMBRE QUE MALTRATA

La conducta del maltratador es estratégica en relación a un fin que va dirigido a dejar a la mujer en la posición más vulnerable posible para poder ejercer sobre ella el maltrato; así podemos encontrar que **sus actuaciones se orientan a:**

- Conseguir que la mujer vaya abandonando sus círculos de pertenencia (familia, amistades, trabajo, etc.). Una de las estrategias que utiliza es recurrir a los celos sexuales.
- Potenciar el sentimiento de culpa de la mujer a la que maltrata para mantenerla paralizada emocionalmente e impedir que intente dejar la relación.
- Castigar a la mujer e impedir que la relación cambie, sobre todo cuando pasa al abuso físico.
- La instauración de un mayor nivel de violencia ante cualquier intento de la mujer de "arreglar las cosas".

LA ACTITUD ANTE EL HOMBRE QUE MALTRATA

En las consultas de Atención Primaria se da una situación compleja puesto que el mismo profesional ha de atender a la mujer maltratada y al hombre que la maltrata, por lo que es importante conocer las siguientes cuestiones:

³ Según Catherall, las características principales de un sistema contenedor son: Brinda apoyo material; escucha y acepta incondicionalmente el material aportado por el profesional y sus reacciones; ayuda a corregir las distorsiones; ayuda a reformular la situación; brinda apoyo empático.

Las estrategias defensivas utilizadas por el agresor persiguen **trasladar la responsabilidad de la agresión a la mujer**, provocando una doble victimización cuando afirma que miente, que está loca o que le provocó.

ESTRATEGIAS DEFENSIVAS DEL HOMBRE QUE MALTRATA	
FUNDAMENTAN	Racionaliza los ataques de forma que parezca que está bien lo que hizo.
MINIMIZAN	Resta importancia a la agresión para conseguir distanciarse del daño causado, argumentando que éste no ha sido tan grave: "no le pegué, sólo le empujé".
DESVÍAN EL PROBLEMA	Suelen achacar su comportamiento a la falta de trabajo, al exceso en los gastos, a sus problemas con el alcohol, etc. Con este mecanismo trasladan la responsabilidad a cuestiones ajenas a sí mismos.
OLVIDAN	Aseguran que no recuerdan, que no son conscientes de lo que se les recrimina. Niegan abiertamente los ataques utilizando como defensa este mecanismo para restar credibilidad al relato de la mujer.
RACIONALIZAN	Explica coherentemente conductas y hechos. Tales explicaciones no serían admitidas por la instancia moral de la personalidad si el entorno social no admitiese esos comportamientos como legítimos.
PROYECTAN	Atribuye a la mujer la responsabilidad de las conductas violentas.

Tomado de la "Guía para Mujeres Maltratadas" de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 8ª edición. 2002

Lo que no hay que hacer:

- Desconfiar de la mujer e intentar verificar su testimonio hablando con el agresor (Ej. "Su mujer me ha comentado en la consulta que tienen algunos problemas/discusiones importantes de pareja, ¿es cierto?").
- Comunicar al agresor que su pareja nos ha contado el problema, incluyendo enseñar documentos médicos de la mujer al hombre que maltrata (pantalla del ordenador, partes de interconsulta, copias de la historia...) en los que pueda estar registrada la situación de violencia.
- Dar la dirección en la que se aloja la mujer si ésta ha abandonado su domicilio.
- Presumir una rehabilitación espontánea sólo porque se confiese avergonzado y arrepentido por el suceso que nos explica en la consulta. En el ciclo de la violencia, durante la fase de luna de miel, el hombre que maltrata se muestra arrepentido y hace promesas de cambio.

- Ceder ante las amenazas y coacciones del hombre que maltrata (ante esta situación, evitar quedarse a solas con él en la consulta).
- Recomendar terapia de pareja o mediación familiar.

Si el maltratador solicita ayuda:

Clarificar la demanda. Puede ser que la demanda explícita venga de la toma de conciencia de la situación y de la voluntad de cambio (y se corresponda con la demanda implícita), pero también puede ocurrir que tras la demanda explícita se esconda la intención de obtener beneficio secundario (que la mujer vuelva, disminución de una posible pena, atenuación de la misma por "problema de salud", etc).

ORIENTACIONES PARA EL MANEJO DEL HOMBRE QUE MALTRATA:

- » Escucha activa, recogiendo la máxima información y atendiendo al lenguaje no verbal para clarificar la demanda.
- » Hablar de forma calmada sin juzgar.
- » No legitimar ni justificar en ningún caso el recurso a la violencia ("ella me provocó", "si la cena hubiera estado hecha", "estaba borracho", "no sabía lo que hacía", "nadie me cree", "nadie me ayuda", "todo el mundo está en contra mía"...)
- » Señalar la responsabilidad de cada persona sobre sus propios actos y la posibilidad de cambio.

ACTUACIONES RECOMENDADAS

- » Si al final de la valoración identificamos intención de cambios, darle una nueva cita, y obtener información acerca del recurso más accesible para el seguimiento (grupos de hombres, terapias individuales y grupales con enfoque de género por parte de especialistas en el tema, etc.).
- » Cuando se detectan otros problemas (alcoholismo, otras adicciones...) aclarar que no son la causa de su violencia y tratar la adicción en el recurso adecuado. Ejemplo: "Otros hombres también beben y no agreden a sus parejas"; "¿Cuándo bebes sólo pegas a tu pareja?"

II) Valoración de la situación de VPM

VALORACIÓN DEL RIESGO VITAL

La siguiente tabla muestra algunas señales de alerta ante las cuales tendremos que iniciar la intervención específica para casos de riesgo vital. **Nunca se debe subestimar el riesgo.** De todas ellas, es especialmente sensible la declaración de temor por su vida o agresiones graves por parte de la mujer.

SEÑALES DE ALERTA DE RIESGO GRAVE EN LA MUJER*

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

* Obtenido de Lasheras Lozano M^a Luisa, Pires Alcaide Marisa (coord.). *La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documento de Apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas. Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública. Documento técnico 86. Comunidad de Madrid. Madrid; 2003*

TIPO, INTENSIDAD Y DURACIÓN DE LA VIOLENCIA

Para la valoración de la VPM es preciso conocer los tipos de violencia, la intensidad, la frecuencia y la duración de los episodios agudos.

En la siguiente tabla se muestran los distintos **tipos de violencia** y ejemplos de cómo explorarlos durante la entrevista.

TIPO DE VIOLENCIA	CARACTERÍSTICAS	PREGUNTAS TIPO
VIOLENCIA PSICOLÓGICA Actos o conductas que producen desvalorización o sufrimiento en la mujer, tanto en público como en privado	• Amenazar. • Humillar • Exigir obediencia. • Culpabilizar a la mujer. • Utilizar conductas verbales coercitivas como insultos o burlas. • Descalificar o ridiculizar la propia opinión. • Impedir relaciones con amigos o familia. Sabotear los encuentros familiares. • Controlar las salidas de casa. • Abrir la correspondencia personal, escuchar y controlar conversaciones telefónicas.	<i>¿Le grita a menudo?</i> <i>¿Le habla de manera autoritaria?</i> <i>¿Le insulta / amenaza / chantajea / ridiculiza / menosprecia?</i> <i>¿Le elogia y humilla alternativamente?</i> <i>¿Ignora su presencia?</i> <i>¿Le llama loca, estúpida, puta o inútil?</i> <i>¿Le habla con un tono paternalista?</i> <i>¿Le culpa de todo lo que sucede?</i> <i>¿Le pone en evidencia continuamente en público?</i> <i>¿Le controla las llamadas / cartas / a diario?</i> <i>¿Le acusa de ser infiel sin motivo?</i> <i>¿Le pone problemas para ver a su familia o amigos? ¿Les trata mal?</i>
VIOLENCIA FÍSICA Cualquier acto, no accidental, que provoque o pueda producir daño en el cuerpo de la mujer	• Empujar. Abofetear. Golpear. Morder • Tirar del pelo. Agarrar. • Producir quemaduras. Puñetazos. • No proporcionar ayuda ante lesiones derivadas de la agresión. • Intentos de asesinato.	<i>¿Alguna vez le ha golpeado / le ha puesto la mano encima?</i> <i>¿Qué hace cuando se pelean?</i> <i>¿Le ha dado alguna bofetada?</i> <i>¿Le ha empujado alguna vez durante una discusión?</i> <i>¿Le ha echado alguna vez de casa?</i>

VIOLENCIA SEXUAL Imposición a la mujer de mantener una relación sexual contra su voluntad.	Cuando en esa relación se produzca penetración no consentida se considera violación (que no necesariamente conlleva utilización de fuerza física).	<i>¿Le obliga a tener relaciones sexuales contra su voluntad?</i> <i>¿Alguna vez se ha sentido obligada a mantener una relación sexual sin que lo deseara?</i> <i>¿Le fuerza a llevar a cabo prácticas sexuales que usted no desea?</i> <i>¿Se siente libre para decidir el uso del preservativo u otros métodos anticonceptivos?</i> <i>¿Se siente respetada por su pareja en las relaciones sexuales? ¿Tiene en cuenta sus deseos?</i>
VIOLENCIA ECONÓMICA Control por parte de la pareja de los recursos económicos. Implica que la mujer no participa en la toma de decisiones sobre la distribución del gasto del dinero.	• Controlar el manejo y uso que hace la mujer del dinero. • Entregar cantidades insuficientes para el mantenimiento de las necesidades familiares. Impedir o negar a la mujer el derecho al trabajo. • No pagar la pensión por alimentos a los hijos/os.	<i>¿Dispone de suficiente dinero?</i> <i>¿Quién dispone del dinero de la pareja?</i> <i>¿Quién es dueño de la casa?</i> <i>¿Le pide explicaciones continuamente acerca de sus gastos? ¿Le acusa de no saber administrar el dinero?</i> <i>¿Puede usted tomar decisiones sobre el manejo del dinero?</i>
VIOLENCIA AMBIENTAL Cualquier acto, no accidental, que provoque o pueda producir daño en el entorno para intimidar a la mujer.	• Dar golpes a puertas, romper objetos. • Destrucción de objetos con especial valor sentimental. • Maltrato de animales domésticos.	<i>¿Cuando se enfada rompe o tira objetos? ¿Golpea las puertas o la pared?</i> <i>¿Desordena o ensucia a propósito?</i> <i>¿Esparce la basura?</i> <i>¿Invade la casa con elementos desagradables o que la atemorizan? (material pornográfico, armas)</i> <i>¿Alguna vez ha roto / estropeado intencionalmente algún objeto al que usted tenga especial aprecio?</i>

La valoración de la **frecuencia e intensidad** de los episodios agudos de violencia va intrínsecamente ligada a la valoración del ciclo de la violencia, ya que se corresponden con las fases de explosión (ver Anexo I).

Podemos preguntar cada cuánto ocurren los episodios de mayor intensidad; si su pareja se muestra arrepentida después de ello y le hace promesas de cambio (fase de reconciliación o luna de miel); si alguna vez ha denunciado esto y en qué momento lo ha hecho; desde cuándo se produce esta situación, etc.

Hay que tener una actitud cuidadosa en el momento de la exploración con el vocabulario empleado y con lo que le transmitimos a la mujer, ya que, como hemos visto previamente puede que ella no reconozca la situación como violenta ni la existencia de un problema. Por ello, conviene no hablar de "violencia" en este momento, sino explorar de forma más indirecta. Ej.: *"Comenta que de vez en cuando se pone hecho una furia y rompe cosas que aprecias, ¿cuánto tiempo llevan ocurriendo este tipo de situaciones?; ¿cada cuánto tiempo se pone así?; ¿se arrepiente después?; ¿qué hace cuándo se arrepiente?"*

III) Plan de seguridad

SI TUVIERA QUE ABANDONAR LA CASA DE FORMA URGENTE SE LE INFORMARÁ SOBRE LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

Tener preparado

- Juego adicional de llaves de la casa y del coche. Listado de teléfonos de familiares, colegios, médicos y otros teléfonos importantes de lugares dónde poder alojarse.
- Documentos legales, como certificado de nacimiento, tarjeta sanitaria, carné de conducir, Documento Nacional de Identidad, pólizas de seguros, escrituras de bienes inmuebles, informes médicos, denuncias, fotos de lesiones...
- Bolso con ropa, medicamentos y algún objeto significativo para cada hijo o hija.
- Una cuenta corriente o libreta de ahorro (que sólo ella conozca) e ir ingresando lo que pueda. Hacer una provisión de dinero en metálico.

Tener precaución de

- Que el agresor no esté en el momento de abandonar el domicilio.
- No dar información ni indicios de sus planes.
- No tomar tranquilizantes ya que ha de estar alerta si decide irse.
- Acudir a las personas y a los lugares con las que había contactado previamente.

SI PERMANECE EN EL DOMICILIO COMÚN INFORMARLE DE QUE TIENE QUE TENER PREPARADO UN ESCENARIO DE PROTECCIÓN PARA ELLA Y SUS HIJOS E HIJAS:

- Retirar armas u otros objetos que puedan ser utilizados como tales.
- Conocer los números de emergencias.
- Concertar señal con vecinos y/o familiares en caso de peligro.
- Enseñar a sus hijos e hijas a conseguir ayuda y protegerse.

- Procurar no estar sola (si es posible) tanto en su domicilio como fuera de él.
- Si ve próxima la agresión, no alejarse de la puerta de salida.
- Hacer todo el ruido que pueda.
- Si el ataque es inevitable, procurar ser el blanco más pequeño posible (protegerse con los brazos la cabeza y la cara).

IV) Principios de la entrevista motivacional. Negociando el Plan de Cambio

A continuación se presentan distintas herramientas útiles para ser aplicadas a lo largo del proceso de intervención.

PRINCIPIOS GENERALES DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La entrevista motivacional se ha convertido en una intervención muy conocida y usada por profesionales sanitarios, especialmente para el tratamiento de hábitos no saludables y adicciones.

A diferencia de técnicas anteriores que usaban la confrontación, el modelo motivacional promueve una aproximación a un trabajo de colaboración con el/la paciente.

La familiarización con esta herramienta por parte del personal de salud sugiere que la aplicación de algunos de sus elementos (con modificaciones) puede ser útil en el caso de la atención a mujeres que sufren VPM.

- **Informar y clarificar** sobre las características de la entrevista que se va a realizar buscando, conjuntamente con la mujer, una definición de temas a tratar y objetivos a conseguir.
- **Mantener una actitud empática facilitando la expresión de emociones**
- **Aclarar y ayudar a ordenar las ideas** para que la mujer pueda visibilizar la discrepancia entre la realidad que vive y los objetivos que quiere conseguir. Para ello es importante que pueda entender las consecuencias que el maltrato ha tenido en su vida.
- **Evitar la confrontación directa y los juicios de valor** ante el relato de la mujer o los argumentos que ella plantea.
- **Trabajar las resistencias:** Tradicionalmente se entiende como resistencia cualquier aspecto de la actividad del o la paciente que surge en un proceso terapéutico y que pensamos que obstruye su curso. En el caso de entrevistas con mujeres maltratadas, es habitual que surjan resistencias en los primeros momentos de la intervención y pueden relacionarse con miedo a su retraumatización, sentimientos de vergüenza y humillación, o a determinadas actitudes o acciones del o la profesional (por ejemplo, estilos confrontativos). En la intervención es importante identificar y utilizar la información que nos dan las resistencias para, de una forma conjunta con la mujer, usarlas como un elemento útil para el cambio.

Algunos ejemplos de resistencias pueden ser: Interrumpir al o la profesional, poner a prue-

ba sus conocimientos o desvalorizarlos, manifestar hostilidad en relación a sus comentarios, minimizar riesgos, negar conflictos, etc.

Ante este tipo de resistencias las y los profesionales podemos proponer un cambio en el ritmo de la entrevista, plantearle temas alternativos a tratar y siempre mostrar disponibilidad y respeto a sus decisiones. En la **tabla 1** se muestran las actitudes de resistencia más frecuentes y posibles respuestas profesionales a las mismas:

TABLA 1. LA ACTITUD PROFESIONAL ANTE LAS RESISTENCIAS POR PARTE DE LA MUJER QUE SE PRESENTAN DURANTE LA ENTREVISTA

CONDUCTAS DE RESISTENCIA	ACTITUD PROFESIONAL
Pone a prueba los conocimientos y habilidades profesionales, reta, desvaloriza y expresa hostilidad.	Evitar la discusión y desviar a otro tema.
Interrumpe de manera defensiva: discute y corta el diálogo	Proponer que la mujer exprese su deseo sobre el discurrir de la entrevista y en qué se le puede ayudar. Mostrar disponibilidad y respeto a sus decisiones.
Niega: no reconoce la existencia del problema, no acepta su parte de responsabilidad, se excusa, minimiza el riesgo y manifiesta reticencias ante las propuestas de cambios.	Elegir con ella un episodio concreto de violencia y analizarlo en profundidad. Verbalizar que se van a respetar las decisiones que adopte.
Muestra señales de ignorar al profesional: desvía la dirección de la conversación, mostrando falta de atención y de respuesta.	Utilizar el lenguaje no verbal y verbalizar lo que está ocurriendo. Ej.: tender una mano hacia ella o tocar en su hombro y decir: <i>"¿hay algo que no va bien? Noto que se está interrumpiendo nuestra comunicación"</i> .

- Fomentar la autoeficacia. Ayudarle a detectar y potenciar estrategias y recursos propios que le sirvan para la realización de sus objetivos. Por ejemplo: ayudarle a recordar otros momentos difíciles y los mecanismos que utilizó para afrontarlos; preguntar por elementos de resistencia a la adversidad; detectar áreas de fortaleza personal; ayudarle a exponer razones que le motivan para realizar un cambio; animar a definir y realizar pequeños cambios que ella plantee como deseables.

En la **tabla 2** se presentan situaciones que se dan con frecuencia a lo largo de la entrevista.

TABLA 2. DIFICULTADES QUE SE PRESENTAN EN LA ENTREVISTA

	SITUACIÓN	ALTERNATIVA
PREGUNTAS /RESPUESTA	En una entrevista que transcurre como un interrogatorio la mujer asume un rol pasivo. Esta forma inhibe las posibilidades para que la mujer analice su situación y elabore un discurso propio que fomente la motivación	<i>Realizar preguntas abiertas y continuar después de la respuesta de la mujer con una señal de que se está realizando una escucha activa y reflexiva y no con otra pregunta.</i> <i>Evitar, como norma, hacer más de 3 preguntas seguidas.</i> <i>Evitar asumir el rol de experto/a.</i>
CONFRONTACIÓN NEGACIÓN	Suele ser la situación más frecuente. Si se detecta o se sospecha maltrato y desde el principio se habla en términos de "gravedad" la mujer posiblemente se sitúe a modo de contrapeso y por la ambivalencia, en el extremo opuesto ("esto que me pasa a mí no es tan grave").	• La escucha activa ya que permite ayudar a la mujer a definir su problema. • Facilitar la verbalización de frases automotivadoras (ver Apartado A. INTERVENCIÓN FASES DE CAMBIO; Fase de acción).
ESTIGMATIZAR Y ETIQUETAR	Abordar la situación de la mujer desde el principio con una visión estereotipada en la que todo se atribuye directamente al maltrato sin dar oportunidades para el cambio.	<i>Para facilitar el cambio lo importante es poner en relación el motivo de consulta con la situación de violencia evitando que la experiencia de maltrato se convierta en un estigma</i>
ÉNFASIS PREMATURO	Suele ocurrir cuando la intervención se centra sobre lo que el/la profesional considera como problema, en lugar de abordar la situación desde el punto de vista de la mujer.	<i>Mediante la relación empática y la escucha activa emergerá la problemática, no forzando a la mujer a que de forma prematura hable sobre algún aspecto de su vida que no desea en ese momento.</i>
CULPABILIZACIÓN	Es frecuente que la mujer en situación de maltrato, tienda a culparse o a disculparse o a atribuir sus responsabilidades a otras personas.	<i>Transmitir que lo importante es cómo actuar de ahora en adelante. Clarificar que el único responsable del maltrato es el agresor.</i>

Algunas estrategias usadas en la entrevista motivacional son:

- **Preguntas abiertas:** permiten no ser contestadas con preguntas cortas y pueden ser una vía de entrada para una comunicación más fluida. Por ejemplo: ¿Querría hablarme de lo que le preocupa?

- **Escucha reflexiva:** En este tipo de intervención el/la profesional no se limita a escuchar, sino que a partir del relato que trae la mujer, y por medio de comentarios o clarificaciones, ayuda a que ella pueda interiorizar algunos elementos de su discurso que son especialmente significativos y que pueden ser útiles en el proceso terapéutico. Para facilitar la escucha reflexiva pueden usarse distintas herramientas: repetir frases o ideas verbalizadas por la mujer, señalar sentimientos asociados, etc. También es importante saber tolerar el silencio evitando la utilización de frases hechas.
- **La recapitulación o resumen,** al finalizar la entrevista de los temas tratados durante la misma, es un elemento útil en la realización de entrevistas motivacionales. Puede enriquecerse con otro tipo de información como señalar las mejorías evidentes y/u observables, los comentarios positivos de la familia, etc.

Ejemplo

- *¿Qué es lo que le preocupa?*
- *Me preocupa que mis hijos están viendo todos los días que mi (marido, pareja,...) me grita y me desprecia delante de ellos diciendo que no valgo para nada.*
- *¿Quiere decir que le insulta y que sus hijos están delante y eso le produce malestar? (comprobar)*
- *Entiendo por lo que me dice que no le gusta lo que pasa en casa. (deducir)*
- *Debe haber sido muy difícil para usted dar el paso de venir a la consulta. (reafirmar)*
- *Ha dado un paso muy importante haciéndolo. (apoyar)*

NEGOCIANDO EL PLAN DE CAMBIO

Esta técnica de la entrevista motivacional se puede utilizar a partir de la Fase de Preparación (decisión) de las "Fases de Cambio"

1 Establecer los objetivos:

¿Cómo le gustaría que cambiaran las cosas?

¿Qué es lo primero que va a cambiar?

¿Cuál cree que es el primer paso?

2 Considerar las opciones de cambio: hacer un balance de las diferentes decisiones a tomar, resolver dudas y anticipar que pueden existir problemas o recaídas

3 Acordar un plan. Para ello se le dará a la mujer una hoja de recogida de información para que la cumplimente.

PLAN DE CAMBIO

LAS RAZONES MÁS IMPORTANTES PARA CAMBIAR SON:

LO PRIMERO QUE VOY A HACER ES:

OTRAS COSAS QUE HARÉ DESPUÉS SERÁN:

¿CON QUÉ PERSONAS VOY A CONTAR PARA QUE ME ECHEN UNA MANO?

LO QUE VOY A CONSEGUIR CON MI PLAN ES:

V) Recursos para mujeres víctimas de violencia de género en la Comunidad de Madrid

RED DE PUNTOS MUNICIPALES DEL OBSERVATORIO REGIONAL CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO (VG)

Los Puntos Municipales del Observatorio Regional de la Violencia de Género (ORVG), organizados en red, bajo la coordinación de la Consejería de Empleo y Mujer, a través de la Dirección General de la Mujer y de su Servicio de Atención Social a la Mujer, tienen como objetivo general, ofrecer servicios básicos desde el ámbito municipal en materia de prevención de la VG y atención a las víctimas y como objetivo específico, entre otros, **ofrecer información, orientación, derivación y acompañamiento, en su caso, a las víctimas de violencia, a los distintos servicios especializados.**

Con el objetivo de mantener la vigencia de esta guía no se ha incluido la relación de los **Puntos Municipales del Observatorio Regional de la Violencia de Género (ORVG)**. Para obtener la información actualizada de los mismos acceder a la web de la Dirección General de al Mujer: www.recursosmujeres.org

RED DE CENTROS RESIDENCIALES PARA MUJERES

La Red de Centros para Mujeres de la CM tiene por objeto prestar a las víctimas de VG una asistencia multidisciplinar y de carácter integral.

La protección de las mujeres víctimas y de sus hijos e hijas, constituye una acción prioritaria y urgente cuando se produce violencia, facilitándoles alojamiento seguro, así como otro tipo de recursos.

Proporcionan alojamiento temporal y manutención tanto a las mujeres como a sus hijos/as, a la vez que desarrollan programas de apoyo, asesoramiento especializado y ayuda en la búsqueda de alternativas estables.

CENTROS DE EMERGENCIA

En una primera instancia, los centros de emergencia dan, a las mujeres y a sus hijas/os, acogida con **carácter de urgencia y por un tiempo limitado**. En coordinación con los

Servicios Sociales de referencia, se valora el tipo de intervención social que se ha de llevar a cabo.

CENTROS DE ACOGIDA

Constituyen un **segundo nivel de intervención**. Los centros de acogida sirven de **alojamiento temporal mientras se lleva a cabo un plan de atención integral dirigido a facilitar la normalización de la vida de las mujeres que sufren violencia**. Estos centros cuentan con equipos multidisciplinares que dan apoyo tanto a las mujeres como a sus hijos/as durante todo el tiempo de estancia. Tienen siempre cubierto el alojamiento, la manutención, la escolaridad y el material escolar.

Se realiza un seguimiento continuo del proceso de recuperación de cada una de las unidades familiares residentes en el centro. En ellas se evalúan los resultados, se fijan nuevos objetivos y se plantean estrategias de intervención.

PISOS TUTELADOS

Los Pisos Tutelados se utilizan como **salida de los centros de acogida**, en aquellos casos en los que, de acuerdo con la situación de las mujeres, se considera necesario apoyarlas como continuación del proceso ya iniciado. Su **objetivo es conseguir la autonomía personal y familiar**, sin que exista la necesidad de una protección tan amplia como la prestada en los centros de acogida.

OTROS SERVICIOS

SERVICIO DE ORIENTACIÓN JURÍDICA

Ofrece atención jurídica individualizada a las mujeres como una forma efectiva de conseguir la igualdad en el ejercicio de los derechos ciudadanos, eliminando las barreras que impiden la realización personal y profesional de aquéllas.

PROGRAMA DE ATENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO A MUJERES VÍCTIMAS DE VG

Presta información, atención y acompañamiento técnico y especializado a las mujeres que sufren cualquier tipo de VG en la CM. Se dirige fundamentalmente a todas aquellas mujeres que todavía no han presentado denuncia.

Proporciona información y, en su caso, realiza la derivación a los recursos y servicios ya existentes y prestados por parte de la Consejería de Empleo y Mujer (Dirección General de la

Mujer), por un equipo de profesionales (información presencial) formado y experto en materia de VG, en un horario amplio de mañana y tarde que permita dar cobertura a todas las mujeres que lo demanden, y se presta en la sede del Consejo de la Mujer (C/ Reina Mercedes, nº 1 y 3. 28020 Madrid).

Acompañamiento a las mujeres que sufren cualquier tipo de VG, que quieran presentar una denuncia y soliciten el Turno de Oficio de VG.

ASISTENCIA JURÍDICA EN LA DENUNCIA

Servicio de asistencia jurídica en el momento de la denuncia a aquellas mujeres que hayan sido víctimas de VG en el ámbito doméstico o afectivo. Se puede solicitar en las dependencias donde se vaya a realizar la denuncia y con carácter previo a la misma, totalmente gratuito y prestado por Letrados/as del Turno de Oficio con especialización en esta materia.

GUÍA DE RECURSOS PARA MUJERES DE LA CM

Ofrece una herramienta de apoyo al trabajo en el ámbito social, así como un acceso para el público en general a la información sobre recursos disponibles para mujeres en la CM, ofertados por la propia Comunidad, por los ayuntamientos y por asociaciones o fundaciones. Su acceso, a través de la página web *www.rekursosmujeres.org*

El carácter on line de esta guía, permite una fácil y ágil búsqueda de recursos adaptada a las necesidades de la mujer demandante de servicios y/o ayudas y se caracteriza por no constituir un mero directorio, sino que describe también las características básicas de los recursos, en relación con los servicios ofertados y los principales colectivos de mujeres destinatarias. Además ofrece herramientas para la intervención de las/os profesionales desde una óptica de género.

CENTRO DE ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES (CAVAS):

Proporciona orientación apoyo asistencia jurídica a mujeres víctimas de agresiones sexuales y a los miembros de su entorno familiar además de la asistencia directa se realizan actividades de prevención, divulgación, sensibilización y formación. Tel. 91 574 01 10. c/ O'Donnell 42. Madrid 28009

VI) Aspectos jurídicos, éticos y legales

ASPECTOS JURÍDICOS

La violencia de género (VG), que constituye uno de los ataques más flagrantes a derechos fundamentales como la libertad, la igualdad, la vida, la seguridad y la no discriminación proclamados en nuestra Constitución, en la actualidad, es objeto prioritario de atención por parte de los poderes públicos que tienen, conforme a lo dispuesto en el artículo 9.2 de la Constitución, la obligación de adoptar medidas de acción positiva para hacer reales y efectivos dichos derechos, contrarrestando los obstáculos que impiden o dificultan su plenitud.

En los últimos años se han producido en el derecho español avances legislativos en materia de lucha contra la VG, así como en el desarrollo de políticas dirigidas a su prevención y atención a las víctimas, que en el ámbito estatal y de la CM, pueden resumirse en:

- ▶ La **Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la VG**, que se aprobó por unanimidad en el Parlamento Español, tiene como objetivo fundamental reducir y erradicar la violencia que sufren las mujeres, fruto de las relaciones de poder, de dominio y de discriminación que han ejercido históricamente algunos hombres sobre éstas, especialmente en el ámbito de la pareja o ex pareja. Este es el ámbito de aplicación de la Ley, tal y como se establece en el artículo primero de la misma; ámbito que se amplía a los hijos e hijas, por ser también víctimas directas o indirectas del entorno familiar.
- ▶ La **Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral contra la VG de la CM**, recoge un conjunto de medidas de carácter integral para la erradicación de la VG y para la asistencia y protección de las víctimas. Aunque la CM lleva años poniendo en marcha toda una serie de acciones conducentes a combatir la VG, es la primera vez que en la Región se aprueba una norma con rango de Ley, que pretende dar una respuesta global al fenómeno de la violencia hacia las mujeres.

La ley incorpora, en su ámbito de aplicación, un concepto amplio de VG, en el que está incluida no sólo la violencia que sufren las mujeres en el ámbito doméstico o afectivo, sino también la que padecen en los ámbitos laboral (acoso sexual) y social (agresiones y abusos sexuales, tráfico con fines de explotación sexual y mutilaciones genitales).

En cuanto al concepto de víctima, la Ley parte de un **concepto amplio y protector de víctima**, entendiendo por tal no sólo a las mujeres, sino también a sus hijos e hijas, que en la gran mayoría de los casos son víctimas sólo por el hecho de ser testigos de la violencia, y en otros

casos son ellos también sujetos de amenazas o agresiones que tienen como fin coaccionar a sus madres. Así mismo, también se prevé que puedan tener la consideración de víctimas de la VG otras personas dependientes de una mujer cuando se les agrede para causar perjuicio a ésta.

La Ley abarca medidas que dan respuesta al doble reto que plantea la VG: su erradicación a través de la sensibilización y prevención, como compromiso de futuro, y la atención y asistencia a las víctimas, como compromiso del presente.

En el campo de la **sensibilización** se establecen medidas que destacan el papel esencial de los medios de comunicación, en especial los de titularidad pública, y de la publicidad a la hora de transmitir imágenes que promuevan la igualdad de hombres y mujeres y la necesidad de que estos sean utilizados por la Administración Autonómica en sus campañas de sensibilización, el reconocimiento a los profesionales de los medios de comunicación especialmente implicados en la lucha contra la VG y el ejercicio de la acción de cesación y rectificación de la publicidad que pueda ser considerada ilícita por atentar contra la dignidad de las mujeres.

Con respecto a la **prevención**, las medidas recogidas se centran en el establecimiento de mecanismos para la detección de las situaciones de VG por parte de los profesionales de los servicios sociales, sanitarios y educativos, el reconocimiento de la educación en valores de igualdad como el principal instrumento de prevención de la Violencia, la formación especializada de los profesionales que, tanto desde el campo de la prevención como de la atención a las víctimas, están en contacto con el fenómeno de la VG y la coordinación entre las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad con el fin de hacer más efectiva la prevención de las situaciones de VG.

En cuanto a la **asistencia integral a las víctimas** ésta tendrá un carácter integral y pretende llegar a todas las víctimas de la VG, no sólo a las que hacen uso de los Centros de Acogida, sino también a las que permanecen en sus domicilios, haciendo extensiva esta atención a sus hijos e hijas y personas dependientes de la misma. Como novedades, se incorpora la personación de la Comunidad de Madrid en los procedimientos penales iniciados por causas de VG, se crea un Fondo de Emergencia para atender con carácter urgente a las necesidades económicas básicas de una mujer, derivadas de la ruptura familiar ocasionada por su decisión de poner fin a la VG, la inserción laboral mediante el establecimiento de un Programa de Empleo Específico en el que pondrán participar todas las mujeres que lo deseen, así como el apoyo psicosocial y la información y asistencia jurídica en el marco de la Red de Centros y Servicios para Mujeres de la CM.

Por último, para conseguir la eficacia deseada se articulan dos instrumentos de coordinación: El **Observatorio Regional de la VG**, como órgano integrador de las políticas contra la VG en el ámbito de la Administración Autonómica y la **Red de Puntos Municipales del Observa-**

torio Regional de la VG, como elementos básicos para la atención cercana a las víctimas y la coordinación entre la Administración Autonómica y la Local.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

En la toma de decisiones ante una situación de maltrato las/os profesionales sanitarios tienen que tener presentes algunos **deberes éticos y legales**. A veces conjugar ambos puede resultar una tarea difícil. Una correcta **valoración de cada mujer en situación de violencia nos ayudará a encontrar el equilibrio en cada caso**. No obstante no debemos olvidar los principios básicos de bioética ni priorizarlos frente a las obligaciones legales.

A continuación se presenta un resumen de los 4 principios éticos básicos:

- Velar por la vida y el beneficio de la salud de las /os pacientes (principio de beneficencia): Todas las intervenciones deben ir encaminadas a mejorar la calidad de vida y la seguridad de la mujer en situación de violencia.
- Evitar perjuicios para la salud de las pacientes (principio de no maleficencia). Si se emite un parte de lesiones sin tener presentes los factores desarrollados en el punto relativo al estallido agudo de violencia (ver Apartado B) de esta guía puede agravarse la situación de violencia y contribuir, no voluntariamente, a empeorar la seguridad de la mujer.
- Respetar la autonomía de la paciente. En todo el proceso de acompañamiento, salvo en los casos de situación de riesgo vital (ver Apartado C) debemos respetar las decisiones que tome la mujer y favorecer el aumento progresivo de su autonomía.⁴
- Respetar el compromiso de confidencialidad respecto a la información conocida en virtud del ejercicio profesional. Es básico mantener la confidencialidad y la confianza que ha depositado en las/os profesionales la mujer en situación de VPM. En muchas ocasiones lo que la mujer relata es una experiencia dura, dolorosa y vergonzante. La confidencia que se produce en el ámbito de las consultas es un catalizador del proceso de toma de conciencia y recuperación de la mujer que sufre VPM.

⁴ "Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica"

DUDAS MÁS FRECUENTES RESPECTO A LA REALIZACIÓN DEL PARTE DE LESIONES

¿Qué se debe notificar?

El conocimiento o sospecha de una situación de maltrato.

¿Cómo se debe notificar?

Mediante la cumplimentación por parte del personal facultativo con letra legible y clara de un parte de lesiones.

La violencia de pareja hacia las mujeres, según recoge el ordenamiento jurídico, tiene la consideración de delito. El personal de salud tiene la obligación de poner en conocimiento de la autoridad competente los hechos que crean que puedan ser constitutivos de infracción penal, que en el caso de la VPM se presta a alguna matización, como se comenta más adelante.

Para clarificar las actuaciones a seguir, éstas se desglosan a continuación según las distintas situaciones que pueden presentarse.

VPM confirmada y con lesiones físicas.

En una situación de VPM confirmada en la que existan lesiones físicas, se cumplimentará el correspondiente parte de lesiones que será remitido al Juzgado de Guardia.

En el parte de lesiones se debe recoger de manera exhaustiva todo aquello que la mujer refiera en cuanto al modo de producción de las lesiones, identidad del autor de la agresión y cualquier otra circunstancia referida a lugar y modo en que se haya producido la agresión, incluida la negativa a denunciar si ésta se produjera.

Se reseñarán pormenorizadamente las lesiones que presenta, incluidos estadio y localización.

¡Atención! Es muy importante reseñar si existen lesiones en distinto estadio de evolución, cicatrices, etc., ya que permiten valorar si la violencia se ha perpetuado en el tiempo o se ha producido en diferentes momentos.

Se debe tener muy presente que todos los datos que aporte la mujer, así como las lesiones y distintas manifestaciones que observe el profesional son relevantes, por lo que deben ser recogidas en el parte de manera exhaustiva.

Sospecha de VPM hacia las mujeres con lesiones físicas.

Se cumplimentará el parte de lesiones de manera exhaustiva, recogiendo todas las lesiones que se evidencien, así como si éstas se encuentran en distinto estadio.

Se incluirán los síntomas/signos que hacen sospechar que el origen de las mismas se pudiera corresponder con una situación de VPM.

También se dejará constancia de todas las incongruencias que se encuentren entre el relato de la mujer de las causas de las lesiones y la localización, forma, tamaño, etc. de las mismas.

Violencia de pareja hacia las mujeres confirmada sin lesiones físicas.

En este caso se cumplimentará el correspondiente parte de lesiones que será remitido al Juzgado de Guardia.

Al cumplimentar el parte de lesiones se tomarán en consideración las recomendaciones siguientes: recoger exhaustivamente todo lo que la mujer refiera, identidad del autor de la agresión, lugar y modo en que se haya producido, negativa a denunciar si ésta se produjera, reseñar todos los datos que se faciliten y que permitan valorar la situación de violencia. Como ya se ha referido, se debe tener muy presente que todos los datos que aporte la mujer, así como los distintos síntomas y signos que observe el profesional son relevantes, por lo que deben ser recogidos en el parte de manera exhaustiva.

Sospecha de violencia hacia las mujeres sin lesiones físicas.

En estos casos se puede posponer la puesta en conocimiento de la autoridad competente, siempre y cuando la valoración del riesgo vital sea negativa y se anoten todas las intervenciones que se realicen con la mujer en la historia clínica. Transcurrido el plazo prudencial que permita tanto constatar la situación de violencia como el proceso de acompañamiento a la mujer a fin de que ésta adopte las correspondientes medidas de autoprotección o pueda ser derivada a otros recursos, se cumplimentará un informe clínico-social exhaustivo, que aporte la mayor información posible sobre la situación de violencia (duración, intensidad...). Este informe se remitirá por Fax o por correo a la Fiscalía de Género de la Audiencia Provincial de Madrid, sita en la Plaza de Castilla, o al Juzgado de Guardia correspondiente.

¡Atención! Si se produjera cualquier cambio en la situación se tramitará el informe clínico-social y si las circunstancias lo aconsejan, se cumplimentará el parte de lesiones y/o se pondrá el caso en conocimiento de las Fuerzas de Seguridad del Estado.

Valoración riesgo vital confirmado

En estos casos, se avisará de forma inmediata a las Fuerzas de Seguridad del Estado, además de cumplimentar el parte de lesiones según se ha referido en los apartados anteriores.

¿Puede incurrir el médico/a en responsabilidad legal si emitimos un parte de lesiones en contra de la voluntad de la mujer y ello motiva que el agresor reaccione violentamente agrediéndola o asesinándola?

Posiblemente no incurrirá en responsabilidad legal, ya que cumplió literalmente la ley.

A nivel ético la situación es más cuestionable. Si la situación era de riesgo vital posiblemente el error se cometió en las medidas de protección. Si la situación era de bajo riesgo el balance riesgo /beneficio no se realizó correctamente.

ATENCIÓN

Siempre que se emita un parte de lesiones previamente hay que valorar la seguridad y tomar medidas de protección para minimizar el riesgo

Siempre leer a la mujer el parte de lesiones que se emita.

¿Puede incurrir el médico/a en responsabilidad legal si no emite un parte de lesiones ante una situación de violencia?

Según el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal "los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio fiscal, al Tribunal competente, al Juzgado de instrucción y, en su defecto, a la comisaría más próxima al sitio, si se tratare de un delito flagrante. Los que no cumpliesen esta obligación incurrirán en la multa señalada en el [artículo 259](#), que se impondrá disciplinariamente. Si la omisión en dar parte fuere de un profesional de Medicina, Cirugía o Farmacia y tuviese relación con el ejercicio de sus actividades profesionales, la multa no podrá ser inferior a 125 pesetas ni superior a 250".

Bibliografía

- » Álvarez Álvarez, Ángeles: Guía para mujeres maltratadas. VIII [monografía en Internet] Edición Junta de Comunidades de Castilla la Mancha; 2002 [citado en julio 2006].
Disponible en www.mujeresenred.net/IMG/pdf/guiamalostratos-alvarez.pdf
- » Berdullas Silvia, Poveda Dulce. Violencia del género: Aportaciones de los psicólogos. Infocop.2005;(25):3-4
- » Blanco Prieto Pilar. et al. La prevención y detección de la violencia contra las mujeres desde la Atención Primaria de Salud. Asociación para la defensa de la Sanidad Pública de Madrid. Madrid, 2002.
- » Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro de marzo. Estudio nº 2597. Marzo 2005. [acceso el 2 de julio de 2006].
Disponible en: www.cis.es/pencms/ES/2_barometros/
- » Claramunt M^a Cecilia. Serie Género y Salud Pública 6 Mujeres Maltratadas. Guía de Trabajo para la intervención en crisis [monografía en Internet]. San José de Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud; 1999 [citado 2 jul 2006]
Disponible en www.paho.org/Spanish/AD/GE/gph1.pdf
- » Claramunt M^a Cecilia. Serie Género y Salud Pública 7. Ayudándonos para ayudar a otros: Guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia intrafamiliar [monografía en Internet]. San José de Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud; 1999 [citado 2 jul 2006]
Disponible en: www.paho.org/Spanish/AD/GE/gph7.pdf
- » Comisión contra la Violencia de Género. Consejo Inter-territorial del Sistema Nacional de Salud Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [citado en septiembre 2007].
Disponible en: www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf
- » Cordero Guevara J, Herrero Velázquez Sonia, Maderuelo Fernández JA, González Castro María Luisa, Fernández Alonso María del Carmen. Protocolo para la evaluación de la efectividad de una intervención sensibilizadora y formativa en profesionales de atención primaria para la mejora de la detección de la violencia doméstica (ISFVIDAP). Aten Primaria. 2006;38(3):168-173
- » Dienemann J, Campbell J, Landenburger K, Curry MA. The domestic violence survivor assessment: a tool for counseling women in intimate partner violence relationships. Patient Education and Counseling. 2002;46(3):221-228.
- » Echeburúa E, Corral P. Manual de Violencia Familiar. Madrid: Siglo XXI; 1998.
- » Fernández Alonso, M^a del Carmen, Herrero Velázquez, Sonia. Guía de actuación ante los malos tratos contra la mujer. 2^a ed. Valladolid. Sociedad Castellano Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria. 2005.
- » Frasier PY, Slatt L, Kowlowitz V, Glowa PT. Using the stages of change model to counsel victims of intimate partner violence. Patient Education and Counseling. 2001 may; 43(2):211-217.
- » García-Moreno Claudia, Jansen H, Ellsberg L, Heise L, Watts C. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. [monografía en internet]. Geneva: World Health Organization; 2005 [citado julio 2007].
Disponible en: www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/index.html

- » Instituto de la Mujer [Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales]. Madrid; 1999 [actualización 1 de diciembre de 2007; citado 5 de diciembre de 2007]. Instituto de la mujer: la mujer en cifras. La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta 2002 [aproximadamente 5 pantallas]. Disponible en: www.mtas.es/mujer/mujeres/cifras/violencia/macroencuesta_violencia.htm
- » Instituto de la Mujer [Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales]. Madrid; 2002 [actualización 1 de diciembre de 2007; citado 5 de diciembre de 2007]. Instituto de la mujer: la mujer en cifras. La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta 2002 [aproximadamente 5 pantallas]. Disponible en: www.mtas.es/mujer/mujeres/cifras/violencia/macroencuesta_violencia.htm
- » Instituto de la Mujer [Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales]. Madrid; 2006 [actualización 1 de diciembre de 2007; citado 5 de diciembre de 2007]. Instituto de la mujer: la mujer en cifras. La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta 2002 [aproximadamente 5 pantallas]. Disponible en: www.mtas.es/mujer/mujeres/cifras/violencia/macroencuesta_violencia.htm
- » J Chang, P Cluss, L Ranieri, L Hawker, R Buranosky, D Dado, M McNeil, S Scholle. Health care interventions for intimate partner violence: What women want. *Women's Health Issues*. 2005; 15(1):21-30.
- » Jaquotot Rosario, Lamote Eva, Granizo Cristina, Faustino Dolores, Amorín M^a Jose, Gracia M^a del Carmen. Guía de atención sanitaria a la Mujer Víctima de Violencia Doméstica en el Sistema de Salud de Aragón. [Monografía en Internet]. Zaragoza: Gobierno de Aragón. Dpto. de Salud y Consumo. Dirección General de Planificación y Aseguramiento; 2005 [citado julio 2007]. Disponible en: portal.aragob.es/pls/portal30/docs/FOLDER/INF_SANITARIA/MUJERYSALUD/GUIA.PDF
- » Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R, editors. World report on violence and health. World Health Organization. Geneva: 2002.
- » La Violencia contra las Mujeres. Instituto Vasco de la Mujer-EMAKUNDE. Gobierno vasco. 2005
- » Lasheras Lozano M^a Luisa, Pires Alcaide Marisa (coord.). La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documento de apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas. Documento técnico 86 [monografía en Internet] Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid. Madrid; 2003 [citado en julio 2006]. Disponible en: www.publicaciones-isp.org/productos/d086.pdf
- » López García E. La figura del agresor en la violencia de género: características personales en intervención. *Papeles del Psicólogo* 2004 mayo-agosto; 25(88):31-38
- » Lopez Ibor Aliño Juan, Valdes Miyar Manuel. DSM-IV-TR. BREVIARIO. Criterios Diagnósticos. Masson. Barcelona. 2002
- » M. Jaspard et al. Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France. 2000 (ENUEFF). Service de droits des femmes, edit. 2006. Paris.
- » Marita Iglesias, Gema Gil, Anelli Joneken, Bärbel Mickler, Janne Sander. Violencia, mujer y discapacidad. Informe METIS [monografía en Internet]. Ciudad mujeres; 2006 [citado en jul 2007]. Disponible en: www.ciudadmujeres.com/articulos/article.php3?id_article=26
- » Migallón Lopezosa M^a Pilar, Gálvez Ochoa Beatriz. Los grupos de mujeres: metodología y contenido para el trabajo grupal de la autoestima. Madrid: Instituto de la Mujer; 2001.
- » Millar, Wr., Rollnick S. La entrevista motivacional. Barcelona: Paidós; 1999.
- » Nanda. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2005-2006. 1^a ed. Nanda Internacional. Ed Elsevier 2005.
- » Prochaska James O, Di Clemente Carlo C, Norcross John C. Cómo cambia la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos. *RET, Revista de Toxicomanías*. 1994;(1):1-12

- » Programa integral de detección y abordaje de la violencia doméstica desde el sistema sanitario público de La Rioja. Servicio Riojano de Salud. 2003
- » Protocolo de actuación ante el maltrato doméstico. Área 11. Atención Primaria. INSALUD. Madrid. 2000.
- » Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico. Servicio Canario de la Salud. Edita Gobierno de Canarias, 2003.
- » Protocolo de atención sanitaria ante la violencia contra las mujeres. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Gobierno del Principado de Asturias. 2003
- » Romero, Inmaculada: Desvelar la violencia: una intervención para la prevención y el cambio. Papeles del Psicólogo 2004 mayo-agosto;25(88):19-25
- » Rueda Lozano D, García de Vinuesa L, Garralón Ruiz LM, Raya Ortega L, Ruiz Pérez Isabel, Carmona Molina MP, et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. Aten Primaria 2004; 34(3):117-24.
- » Ruiz-Jarabo Quemada, Consuelo, Pilar Blanco Prieto (coord.) La violencia contra las mujeres: prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas, Ed Díaz de Santos, Madrid 2005.
- » Salber P, Taliaferro E. Reconocimiento y prevención de la violencia doméstica en el ámbito sanitario. Cedecs. 2000
- » Seoane Pascual Luis, La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud. Informe del estudio cualitativo. Documento técnico 92 [monografía en Internet]. Madrid: Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid. Madrid; 2004 [citado en Julio 2006].
Disponible en: www.publicaciones-isp.org/productos/d092n.pdf
- » Therese Zink, Nancy Elder, Jeff Jacobson, Brenda klostermann. Medical management of intimate partner violence considering the stage of change: pre-contemplation and contemplation. Ann Fam Med 2004;2:231-239.
- » United Nations General Assembly. Declaration on the elimination of violence against women. Proceedings of the 85th Plenary Meeting. Geneva, 20 de diciembre de 1993.
Disponible en: [www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.RES.48.104](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.RES.48.104)
- » Velazquez Susana. Violencias cotidianas, violencia de género. Escuchar, comprender, ayudar. Paidós. Madrid; 2003.

Glosario de términos

Abuso. Todo acto u omisión que desencadena un daño en la integridad física, social, sexual o emocional. Se incluye en esta definición toda acción que intente controlar y coartar la libertad.

Acciones afirmativas o positivas. Son medidas correctoras o compensatorias de situaciones de desigualdad entre hombres y mujeres para prevenir futuras desigualdades. Supone vencer obstáculos ideológicos y estructuras. Estas medidas tienen un carácter temporal hasta corregir la situación de desigualdad.

Algoritmo de actuación. Conjunto ordenado y finito de actuaciones, que pueden presentarse gráficamente, ante un problema o circunstancia determinada.

Ámbito privado. Históricamente, el patriarcado lo ha circunscrito a la mujer, reduciendo todo lo referido a ésta al ámbito de lo doméstico y negándole trascendencia social a todo lo que en dicho terreno ocurre. Este hecho contribuye a que los actos de violencia o maltrato que ocurren en la esfera doméstica, sean considerados como de la esfera de lo íntimo. Socialmente está más arraigado su encubrimiento, tanto por la víctima como por el entorno.

Ámbito público. Relativo a toda la sociedad, que tiene trascendencia social. Históricamente, el hombre se ha reservado el espacio de lo público como su dominio de acción, ocupando de esa manera un lugar privilegiado en este, creando sus propias leyes, así como un pacto social base del patriarcado, que le ha beneficiado desde los orígenes.

Autoestima. Los conceptos del yo y de la autoestima se desarrollan gradualmente durante toda la vida, empezando en la infancia y pasando por diversas etapas de progresiva complejidad. El resultado es una autopercepción de la valoración personal, ya sea en sentido positivo o negativo.

Ciclo de la violencia contra la mujer. Generalmente las distintas expresiones de la violencia en la pareja se repiten una y otra vez, convirtiéndose en un ciclo de situaciones reincidentes que cada vez se tornan más graves y frecuentes. Primera etapa: acumulación de tensiones. Comienza con cambios anímicos del agresor, el que reacciona con enojo ante cualquier problema cotidiano en el hogar y culpabiliza a la mujer de todo lo malo que ocurre. Posteriormente, presenta algunas manifestaciones de violencia: discute, grita y algunas veces destruye bienes.

Segunda etapa: estallido de la violencia. El agresor descarga todas las tensiones y el enojo acumulado y es el momento en el que arremete totalmente mediante golpes y/o humillaciones.

Tercera etapa. Arrepentimiento y reconciliación. El agresor se arrepiente y promete que no volverá a ocurrir. La mujer confía y lo perdona y pasan una pequeña "luna de miel", la que desgraciadamente dura poco tiempo, pues pronto existirá un nuevo pretexto para que se repita el ciclo de violencia.

Cribado. Programa epidemiológico orientado a detectar en una población determinada y asintomática, un problema de salud grave en estadio inicial o precoz, con el objetivo de disminuir

la tasa de morbi-mortalidad asociada mediante una intervención eficaz o curativa. Existen programas de cribado universal que se aplican de manera sistemática a toda la población y programas de cribado selectivo. Para que se apliquen los primeros han de darse unas condiciones predeterminadas, entre ellas que se disponga de un tratamiento eficaz y aceptado por la población en caso de encontrar la enfermedad en estadio inicial y que la prueba de cribado tenga una buena relación coste-efectividad (entendiendo en el coste no sólo el económico sino también el incremento de riesgos, el impacto en el bienestar de la persona, etc.). Si no se dan estas condiciones, entre otras, no se recomiendan los cribados poblacionales o universales, sino que en todo caso se aplicarán programas de cribado selectivo, dirigidos únicamente a una población que se considera más susceptible de padecer la enfermedad o problema.

Deconstrucción. Desarrollo de una visión crítica para “desaprender” la propia cultura, la propia subjetividad y para organizar una nueva visión que permita transformar la realidad.

Detección precoz. Identificación en una población determinada y asintomática, un problema de salud grave en estadio inicial o precoz, con el objetivo de disminuir la tasa de morbi-mortalidad asociada mediante una intervención eficaz o curativa.

Discriminación. Trato desfavorable de un grupo sobre otro basado en categorías tales como la etnia, la nacionalidad, la religión o el sexo. Este tratamiento injusto y antidemocrático tiene que ver con prejuicios y con relaciones de poder desiguales entre grupos sociales sin considerar las valías y capacidades de los sujetos y grupos.

Equidad. Imparcialidad en el trato a mujeres y a hombres permitiendo la igualdad de oportunidades en función de las necesidades.

Empoderamiento. Es el proceso por el cual las personas adquieren capacidades para afrontar las relaciones de poder y cambiarlas. Cuestiona la ideología patriarcal y persigue transformar las relaciones, las estructuras y las instituciones que las reproducen con el objetivo de alcanzar una sociedad democrática y corresponsable en la que hombres y mujeres disfruten de los mismos derechos y oportunidades.

Estereotipo. Generalización distorsionada, simplificada e inexacta sobre un grupo, institución o acontecimiento. Es una forma de categorizar o agrupar a la gente y generalizar sus características enfatizando las negativas y dotándolas de una fuerte carga emocional. Son códigos compartidos por un gran número de personas que reflejan creencias populares y prejuicios. Su función es ocultar la realidad y conservar o crear diferencias de un grupo respecto a otro, derivando en prejuicios y en comportamientos discriminatorios.

Estigma. Desde la perspectiva sociológica condena, etiqueta, censura a una persona o grupo, produciendo desigualdad. Genera dos efectos: devalúa la identidad de la persona y la desacredita.

Género. Lo socialmente construido (mujer/hombre) a partir de lo biológicamente determinado. Características, funciones, normas, valores, ideas, actitudes, temores, gustos, expectativas, etc., Que cada cultura asigna de forma diferenciada a hombres y a mujeres (poder y desigualdad).

Gestor/a de casos. Pretende favorecer la atención de la mujer de forma integrada en el ámbito hospitalario, así como garantizar la continuidad asistencial mediante la coordinación con

la atención primaria, evitando en la medida de lo posible la pérdida de la mujer. Del mismo modo esta figura proporcionará a la mujer la información precisa sobre los dispositivos y recursos de atención a la violencia de género existentes en la comunidad de madrid.

Igualdad. Concepto que apuesta por las relaciones de equivalencia entre las personas, para que éstas sean libres de desarrollar sus capacidades y de tomar decisiones sin limitaciones producidas por las relaciones de género. No significa tratar igual a todas las personas sino establecer las pautas necesarias para conseguir una sociedad más justa para todas y todos.

Informe médico. Consiste en la descripción y valoración por escrito que hace el personal facultativo de las lesiones encontradas.

Maltrato. Cualquier acción, omisión o trato negligente que vulnere los derechos fundamentales de la persona y comprometa la satisfacción de las necesidades básicas de la persona e impida o interfiera en su desarrollo físico, psíquico y/o social. Incluye los malos tratos físicos, psíquicos y sexuales hacia menores, personas mayores o personas dependientes (aquellas que por falta o pérdida de la capacidad física y/o psíquica están en situación de dependencia de los demás).

Patriarcado. Sistema familiar, social, ideológico y político mediante el cual los hombres, por la fuerza, usando la presión directa o por medio de símbolos, ritos, tradiciones, leyes, educación, el imaginario popular o inconsciente colectivo, la maternidad forzada, la heterosexualidad obligatoria, la división sexual del trabajo y la historia robada, determinan qué funciones pueden desempeñar o no las mujeres. Siempre está subordinado al grupo, casta o clase compuesto por hombres, aunque pueda ser que una o varias mujeres tengan poder, hasta mucho poder, como las reinas o primeras ministras o, que todas las mujeres ejerzan cierto tipo de poder.

Parte de lesiones. Documento médico-legal de notificación obligatoria al juzgado competente, frente a cualquier lesión que pudiera ser constitutiva de falta o delito. Constituye uno de los puntos de partida de diligencias previas o de sumario penal por lesiones o muerte.

Perspectiva de género. Forma de interpretar la realidad con el objetivo de intervenir sobre ella para reducir las desigualdades entre hombres y mujeres. Aplicar esta perspectiva implica realizar un análisis que trascienda la biología como único determinante de las desigualdades entre los sexos y considere los determinantes sociales y culturales como generadores de las desigualdades.

Prejuicio. Juicio previo o decisión prematura desfavorable acerca de algo que se conoce mal.

Prevención primaria. Conjunto de actividades sanitarias que se realizan tanto por la comunidad o los gobiernos como por el personal sanitario antes de que aparezca un determinado problema de salud. Comprende la promoción de la salud, la protección de la salud y la quimioprofilaxis o vacunación.

Prevención secundaria. Ver cribado, detección precoz.

Prevención terciaria. Restauración de la salud una vez que ha aparecido la enfermedad. Es aplicar una intervención para intentar curar o paliar un problema de salud o unos síntomas determinados.

Rol. Conjunto de expectativas acerca de los comportamientos sociales considerados apropiados para las personas que poseen un sexo determinado. Formado por el conjunto de normas, principios y representaciones culturales que dicta la sociedad sobre el comportamiento masculino y femenino, esto es, conductas y actitudes que se esperan tanto de las mujeres como de los hombres.

Sexismo. Creencia y actitud compartida por mujeres y hombres sobre superioridad del sexo masculino.

Sexo. Lo biológicamente determinado (macho/ hembra). Características que distinguen a la hembra del macho y viceversa.

Socialización. Proceso por el que las personas desde la infancia van adquiriendo conocimientos e interiorizando actitudes. Hombres y mujeres integran a lo largo de sus vidas sistemas de valores, comportamientos, reacciones y actitudes socialmente impuestas dependiendo del sexo.

Supervisión. Estrategia técnica a disposición de los profesionales como apoyo a la comprensión de la problemática del paciente además de la comprensión de las propias dificultades del profesional o del equipo de trabajo, llevada a cabo por un supervisor ajeno al quehacer cotidiano de los profesionales, y que cuenta por tanto con una mirada mas amplia y menos concernida de dicho quehacer. Su utilidad consiste en la contención y sostén del equipo de trabajo, facilitando el intercambio de la productividad grupal o personal y un espacio para la reflexión de las dificultades que conlleva la tarea.

Victimización secundaria. Se refiere al hecho de que la mujer maltratada, además de ser víctima de la situación de maltrato, es en ocasiones culpabilizada también de esta situación.

Violencia contra la mujer. Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada (definición contenida en la declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de naciones unidas de 1993). Lo que diferencia a este tipo de violencia de otras formas de agresión, es que el principal factor de riesgo es el hecho de ser mujer.

Violencia de género: violencia ejercida por hombres hacia las mujeres y viceversa. Este término se equipara a violencia contra las mujeres por la elevada frecuencia con que la ejercen los hombres y la padecen las mujeres en base a la subordinación de las mujeres en la sociedad patriarcal.

Violencia de género. Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada. La violencia de género se produce como consecuencia de la relación desigual entre hombres y mujeres y la existencia de la «cultura de la violencia» como medio para resolver conflictos.

Guía de apoyo en
atención primaria
para abordar la
violencia de pareja
hacia las **mujeres**



Dirección General de Salud
Pública y Alimentación

 Comunidad de Madrid



Servicio Madrileño de Salud

 Comunidad de Madrid



Agencia Laín Entralgo
para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios

 Comunidad de Madrid