



Guía de actuación en atención especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres

Guía de Actuación en Atención Especializada para abordar la Violencia de Pareja hacia las Mujeres

COORDINACIÓN TÉCNICA

Carmen García Delgado

Médica. Técnica de Apoyo. Dirección General de Hospitales

Marisa Pires Alcaide

Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Atención Primaria

Celestino Buey Mayoral

Servicio de Ordenación Asistencial. Dirección General de Hospitales

AUTORÍA

Cristina Polo Usaola

Psiquiatra del Centro Salud Mental de Hortaleza

Isabel Romero Claver

Ginecóloga. Hospital Universitario Santa Cristina

Marisa Pires Alcaide

Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Atención Primaria

Carmen García Delgado

Médica, Técnica de Apoyo. Dirección General de Hospitales

Ana Belén Arredondo Provecho

Enfermera. Servicio de Medicina Preventiva. Unidad Calidad del H. U. Fundación Alcorcón

Margarita Muñoz Cano

Enfermera. Hospital Universitario de Móstoles

Concha Gutiérrez de los Ríos

Trabajadora Social. Unidad de trabajo Social. Hospital Clínico San Carlos

Elia González Guitián

Trabajadora Social. Oficina Regional de Salud Mental

Amparo García Vega

Enfermera, Unidad Calidad del Hospital Clínico San Carlos

Juan Gómez Valencia

Trabajador Social. Hospital Universitario Ramón y Cajal

Eva Molina Alen

Enfermera. Servicio de Atención al Paciente. Hospital Universitario de Móstoles

COLABORACIONES

Belén Zorrilla Torras

Servicio de Epidemiología. Dirección General de Atención Primaria

Carmen Fuentes Leal

Servicio de Información Sanitaria. Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria

Luisa Lasheras Lozano,

Servicio de Promoción de Salud. Dirección General de Atención Primaria

Ramón Aguirre Martín-Gil

Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Atención Primaria

Mercedes Bueno Campaña

Pediatra. Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Antonio Gancedo Baranda

Pediatra. Integrante de la Comisión contra la violencia. Hospital U. Fundación Alcorcón

Raquel Roy Rodríguez

DUE de Urgencias. Integrante de la Comisión contra la violencia. Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Fátima Fernández Salgado

Médica de Urgencias. Integrante de la Comisión contra la violencia. Hospital U. de Móstoles

Asunción Caballero Romero

Enfermera de Urgencias. Integrante de la Comisión contra la violencia. Hospital U. de Móstoles.

M^a Teresa Villar Varela

Matrona. Integrante de la Comisión contra la violencia. Hospital Universitario de Móstoles

María Bermúdez Cañete

Trabajadora Social. Integrante de la Comisión contra la violencia. Hospital U. de Móstoles

Laura Moratilla Monzó

Médica Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública

Ángel Abad Revilla

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

Maria José Calvente Lestache

Médica. Servicio de Calidad. Hospital Universitario Gregorio Marañón

Raquel Pizarro

Trabajadora Social. Hospital Universitario Ramón y Cajal

Marta Sancha Naranjo

Ginecóloga del Hospital Universitario La Paz

REVISIÓN

Comisión permanente de Coordinación y Seguimiento de actuaciones en violencia intrafamiliar en Atención Especializada

Carmen García Delgado

Médica, Técnica de Apoyo. Dirección General de Hospitales

Ana Belén Arredondo

Presidenta Comisión contra la violencia, Hospital Universitario Fundación de Alcorcón

Antonio Arbelo

Presidente Comisión contra la violencia, Hospital Universitario de Móstoles

Begoña Gutiérrez

Presidenta Comisión contra la violencia, Hospital Universitario Ramón y Cajal

Blanca Franco

Presidenta Comisión contra la violencia, Hospital Psiquiátrico Doctor R. Lafora

Jesús Grande

Presidente Comisión contra la violencia, Hospital Universitario Doce de Octubre

Margarita Sánchez-Pastor

Presidenta Comisión contra la violencia, Hospital Universitario La Paz

Oficina Regional de Coordinación Salud Mental

M^a Dolores Crespo

Psiquiatra. Coordinadora de la Oficina Regional de Salud Mental

Antonio Escudero Naff

Psiquiatra. Servicio de Salud Mental Majadahonda

Cristina Polo Usaola

Psiquiatra. Servicio de Salud Mental de Hortaleza

Josefina Mas

Psiquiatra. Hospital de día. Area III

Jose Luis Ayuso

Catedrático de Psiquiatría. Hospital Universitario de La Princesa

Jose Luis Pedreira

Psiquiatra. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

Marina Diaz Marsá

Psiquiatra. Hospital Clínico San Carlos

José Luís González de Ribera

Profesor titular de Psiquiatría. Fundación Jiménez Díaz

Adela Alonso Abolafia

Psicóloga Clínica. Hospital Universitario Ramón y Cajal

Agradecimientos

Teresa Peramato Martín

Fiscal Decana de la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de Madrid para la Sección de Violencia sobre la Mujer, por su inestimable colaboración en la elaboración de los contenidos relativos a los aspectos legales.

Concepción Nicolás Bueno

Enfermera. Dirección General de Hospitales, por su apoyo técnico en la elaboración de los algoritmos que se incluyen en la Guía.

Rafael Sánchez Delgado

Servicio de Promoción de Salud. Subdirección de Promoción de Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria, por su apoyo técnico en la elaboración del soporte electrónico (PDF) de esta Guía.

Esta guía forma parte del proyecto institucional desarrollado en la CM que incluye la elaboración de guías de actuación sanitarias para Atención Primaria y Atención Especializada. Ambas guías han sido elaboradas por dos grupos de trabajo independientes que han intercambiado sus conocimientos y experiencias para que estas guías hayan sido posibles, así como para garantizar la adecuada coordinación entre niveles asistenciales. Por tales motivos, este documento tiene su origen en las bases conceptuales y metodológicas de la *Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*, habiéndose revisado, adaptado e innovado de acuerdo a la especificidad de las intervenciones en atención especializada.

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 como un **problema complejo con repercusiones en la salud** y no como una cuestión íntima de la pareja.

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. Se propone la realización de **valoraciones e intervenciones profesionales de forma coordinada**.

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.

Índice

página

INTRODUCCIÓN

Definición y Clasificación	10
Epidemiología	11
A propósito de esta Guía	12

CONSIDERACIONES PREVIAS

El Sistema Sanitario y la VPM	12
Aspectos clave para el manejo de la VPM	12
Consecuencias sobre la salud de las mujeres	13
Hijas e hijos como víctimas de la situación de violencia	14

OBJETIVOS

General	14
Específicos	15

PLAN DE ACTUACIÓN GENERAL 15

Detección	16
Búsqueda de indicadores de sospecha y factores de riesgo	16
¿Cómo preguntar sobre VPM?	21

VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE VPM

Valoración del riesgo vital	23
Valoración del tipo, intensidad y duración de la VPM	25
Valoración de las fases de cambio del comportamiento de la mujer	26

INTERVENCIÓN

Intervención de acuerdo a las fases de cambio del comportamiento de la mujer	30
Intervención en estallido agudo de violencia	34
Intervención ante una situación de riesgo vital	36
Actuación en Urgencias	37
Actuación en hospitalización	38
Actuación en Consultas Externas	38
Atención en los Servicios de Salud Mental	39
Algoritmos de Actuación	42

Derivación en el marco de los Servicios Sanitarios

Criterios de derivación a Atención Primaria	46
Criterios de derivación a los Servicios de Salud Mental	46

ACTIVACIÓN DE OTROS RECURSOS	47
INFORMACIÓN DE OTROS RECURSOS	47
REGISTRO	47

Anexos

I. ASPECTOS CLAVE PARA EL MANEJO DE LA VPM	
Ciclo de la violencia	49
Dificultades para salir de la situación de violencia	50
Falsas creencias que contribuyen a trivializar el proceso de VPM	51
¿Qué es una crisis?	52
Profesionales sanitarios y de trabajo social ante la intervención de VPM	53
El cuidado del personal de salud que atiende a mujeres en situación de VPM	54
La conducta del hombre que maltrata	55
La actitud ante el hombre que maltrata	56
II. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NANDA RELACIONADOS CON LA VPM	58
III. PLAN DE SEGURIDAD	61
IV. INTERVENCIÓN POR FASES DE CAMBIO. PRINCIPIOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL Y ESCUCHA REFLEXIVA	62
V. ORIENTACIONES PARA LA INTERVENCIÓN EN TRABAJO SOCIAL	73
VI. PROTOCOLO DE PROTECCIÓN EN URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTAS EXTERNAS	74
VII. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	
Aspectos jurídicos	76
Principios éticos	77
Comunicación al Juzgado/Fiscalía de Género	78
VIII. COMISIONES HOSPITALARIAS CONTRA LA VIOLENCIA	80
IX. RECURSOS PARA MUJERES VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA COMUNIDAD DE MADRID	
Red de Puntos Municipales del Observatorio Regional contra la Violencia de Género	82
Red de Centros Residenciales para mujeres de la CM	82
Otros Servicios	83
Bibliografía	84
Glosario de términos	88

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 intervenciones necesarias y pertinentes que pueden ser realizadas desde el sector sanitario, y en concreto desde Atención Especializada, 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 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 pueden darse de manera aislada, aunque lo más frecuente es que se ejerzan simultáneamente. Las más comúnmente señaladas son: violencia psicológica, física, sexual, económica y ambiental.

Violencia psicológica toda agresión en forma de insultos, humillaciones, desprecios, descalificaciones, abandono, amenazas o aislamiento social, que se efectúan tanto en público como en privado. Esta forma de maltrato puede incorporar la violencia económica y ambiental.

Violencia física: son las conductas en las que se usa la fuerza para producir heridas o lesiones corporales en las víctimas, independientemente de que se consiga o no este objetivo. Incluye empujones golpes, palizas, utilización de armas, intentos de homicidio o asesinatos.

Violencia sexual: cualquier actividad no deseada impuesta a la mujer a través de intimidación o coacción, o bien en otras situaciones de indefensión. El maltrato sexual se produce aunque no haya **violación**, entendiéndose como tal la penetración vaginal, anal u oral del pene o de cualquier otro objeto.

Violencia económica: dirigida a controlar de forma estricta el manejo del dinero que realiza la mujer, quien debe rendir cuentas al maltratador de todos sus gastos. Este control se produce independientemente de que la mujer tenga o no trabajo remunerado, siendo en ocasiones el maltratador quien le impide realizar un trabajo asalariado.

Violencia ambiental: Cualquier acto no accidental que provoque o pueda producir daño en el entorno para intimidar a la mujer. Es hacer despliegues de violencia con la intención de que la mujer perciba que lo mismo le puede ocurrir a ella. Destrucción de objetos con especial valor sentimental para la mujer, dar golpes a las puertas, maltrato de los animales domésticos.

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 referencian 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. Desagregado 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 considera que la VPM es un problema de salud que es preciso afrontar desde el sistema sanitario y en ningún caso debe entenderse como una cuestión íntima de la pareja.

Se manifiesta la necesidad de realizar valoraciones e intervenciones inter-profesionales (enfermería, trabajo social, salud mental), así como con los servicios de Atención Primaria.

Cada profesional utilizará la herramienta adecuada para actuar en cada fase del proceso de intervención, garantizando la coordinación con otros profesionales a fin de mantener la coherencia en las indicaciones que se le hagan a la mujer.

Se analiza 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 riesgo; la importancia de la relación empática con la mujer; los recursos socio-sanitarios y la coordinación requerida, etc.

Esta Guía de Actuación pretende ser una herramienta que ayude al afrontamiento sanitario de esta problemática, y atiende a la violencia ejercida por la pareja o expareja hacia las mujeres mayores de 14 años, por entender que es la violencia más frecuente e invisible en nuestro medio.

Consideraciones previas

EL SISTEMA SANITARIO Y LA VPM

- La institución sanitaria es la mejor valorada, en cuanto a la confianza que puede tener en ella la mujer que denuncia. Según el Barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 2005), el 13,5% de los encuestados muestra "muchísima confianza" y el 61% "bastante confianza".
- Los servicios sanitarios son un lugar idóneo para la detección precoz e intervención con mujeres en situación de maltrato, ya que éstas acuden con frecuencia a los servicios sanitarios, y puede ser una oportunidad para favorecer la salida de una mujer de una situación de maltrato.
- En este contexto es importante resaltar el respeto a las decisiones de la mujer.

ASPECTOS CLAVE PARA EL MANEJO DE LA VPM

- Lo habitual es que las mujeres consulten por las secuelas del maltrato, pero no por el maltrato mismo que queda, en la mayoría de los casos, oculto para las y los profesionales del Sistema Sanitario.
- Cuando se detecta VPM o se interviene con la mujer que la sufre, 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.

- El personal sanitario y de trabajo social participa de los mismos mitos y prejuicios respecto al maltrato que el conjunto de la sociedad.
- 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 y reconocer, dando lugar, por tanto, a la censura de las 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:
 - o Aunque las mujeres que son víctimas de relaciones violentas pueden acudir a una consulta y no hacer referencia a las violencias que padecen, la detección y la asistencia 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 género femenino (estados depresivos, histéricos...).
 - o 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.

CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES

Las manifestaciones de la violencia sobre la salud de las mujeres pueden adoptar muy diferentes formas de presentación, 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 hasta la discapacidad o la muerte.
- Las consecuencias de la violencia para la salud mental abarcan también un amplio rango de problemas de salud. 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: aumento del riesgo de embarazos no deseados y de contraer ETS/VIH; aumento del riesgo de dolor pélvico crónico, aumento de flujo vaginal, disfunción sexual y problemas premenstruales, además de abortos e hijos con bajo peso al nacer. El hecho de haber presenciado o sufrido la violencia contra las mujeres durante la infancia se ha asociado con comportamientos arriesgados durante la adolescencia y la edad adulta: iniciación sexual temprana, embarazo en las adolescentes, parejas múltiples, abuso de sustancias psicotrópicas, prostitución, no emplear preservativos u otros métodos anticonceptivos.
- El temor, el aislamiento social y la falta de recursos económicos pueden impedir que las mujeres acudan a los servicios de salud reproductiva —atención prenatal, servicios ginecológicos y de planificación familiar, detección y atención de ETS/VIH— y atención adecuada para sus hijos.

HIJAS E HIJOS COMO 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. Los hijos e hijas son víctimas directas: la violencia se produce en un contexto de enorme tensión y estrés, igual de impredecible que para la madre; intervienen conflictos de lealtad, sensación de impotencia por no ayudar a la madre o posturas parentificadas en defensa. El riesgo de sufrir violencia directa es mayor.
- Estos menores tienen más riesgo de sufrir gran variedad de problemas de conducta y emocionales: deterioro de la autoestima, competencia social y capacidad para solucionar problemas.
- Se debe considerar el daño que padecen estos menores por vivir en un entorno con modelos tan inadecuados de identificación parental. Esto puede tener efecto en etapas posteriores de su vida, al aprender e interiorizar conductas que pueden constituir un factor de riesgo para llegar a ser maltratadores o víctimas.

Por otra parte, en el **Anexo I** se incluyen aspectos clave para la comprensión y el manejo de las situaciones de VPM.

Objetivos

GENERAL

Establecer una pauta de actuación para las y los profesionales de salud (sanitarios y de trabajo social) de la Comunidad de Madrid, que posibilite una atención integral a la salud de las mujeres que sufren violencia de pareja.

ESPECÍFICOS

- Sensibilizar a las y los profesionales acerca de la magnitud, gravedad e impacto en salud de la violencia de pareja hacia la mujer.
- Optimizar la prevención, detección y atención de los efectos de la violencia de pareja considerando aquellas situaciones de mayor vulnerabilidad.
- Mejorar y unificar el registro de casos de mujeres que sufren VPM.
- Facilitar los instrumentos necesarios para la garantizar la adecuada atención sanitaria.
- Adecuar la actuación profesional a la demanda y al momento del proceso de violencia en el que se encuentra la mujer.
- Mejorar los circuitos de coordinación y derivación entre los diferentes niveles de atención sanitaria y con los recursos comunitarios.
- Facilitar pautas de autocuidado al personal de salud que favorezcan el afrontamiento de la violencia.
- Sensibilizar a las y los profesionales de la salud sobre su responsabilidad ético legal frente a la VPM.

Plan de actuación general

Para facilitar el logro de los objetivos mencionados se han creado en todos los hospitales de la Comunidad de Madrid las **Comisiones Hospitalarias contra la Violencia** que dependen de la Comisión Central de Garantía de Calidad y son un órgano de asesoramiento de la Junta Técnico Asistencial y de la Dirección Asistencial/Médica, al igual que otras Comisiones Clínicas. La composición de la Comisión contra la Violencia es multidisciplinar (Anexo VIII).

En el seno de la Comisión se nombrará la figura del **gestor/a de casos**. Se sugiere el perfil profesional de trabajo social. Su función es la coordinación de los casos detectados en Atención Especializada con Atención Primaria, así como el tratamiento de los aspectos sociosanitarios, tan relevantes en este problema de salud.

La actuación frente a la violencia de pareja hacia las mujeres se puede sistematizar en las siguientes fases:

- Detección
- Valoración
- Intervención
- Derivación
- Activación e información de otros recursos
- Registro

A continuación se analiza detalladamente cada una de ellas, teniendo en cuenta que es responsable del Plan de Actuación la o el profesional en quien la mujer deposita su confianza, ya sea de medicina, enfermería, trabajo social. Se debe tomar en consideración la importancia del equipo multidisciplinar en la toma de las distintas decisiones a lo largo del proceso de atención a la mujer.

DETECCIÓN

Se buscará el momento oportuno para realizar una anamnesis a toda mujer con signos, actitudes y comportamientos que puedan orientar a la identificación de un proceso de VPM.

Se ha demostrado que la manera más eficaz de identificar la violencia de pareja es pensar en ella y buscar elementos que permitan detectarla a través de la entrevista y la exploración, actuando como en cualquier otro proceso.

La Figura 1 (Detección y valoración de VPM) recoge la pauta de actuación a seguir según el motivo de consulta.

BÚSQUEDA DE INDICADORES DE SOSPECHA Y FACTORES DE RIESGO

Cuando se entrevista a las mujeres existen una serie de signos, actitudes y comportamientos que pueden pasar desapercibidos y, sin embargo, orientan sobre una situación de VPM.

La identificación de factores de riesgo se puede ver condicionada por la percepción que tenga el profesional del problema de la VPM (Anexo I. Profesionales sanitarios y de trabajo social ante la intervención de VPM).

Se advierte que si se identifican situaciones de maltrato hacia los menores, también la mujer puede estar siendo maltratada.

En las tablas siguientes (de I a IV) se recoge un exhaustivo listado de indicadores que, en diferentes combinaciones, pueden sugerir un proceso de violencia.

TABLA 1. INDICADORES DE SOSPECHA

MUJERES SIN LESIONES APARENTES QUE...	
▪	Consultan de forma frecuente y reiterada. Refieren síntomas crónicos y vagos que no se corresponden con un diagnóstico de enfermedad orgánica.
▪	Muestran retraso u "olvido" de las citas, salida precipitada de la consulta o actitud apresurada y atemorizada.
▪	Manifiestan agresividad sin causa aparente, actitud evasiva, mirada huidiza, se manifiestan confundidas y/o temerosas, aparecen contradicciones múltiples en el relato de los hechos.
▪	Evidencian ansiedad, actitud deprimida o triste, ingesta crónica de tranquilizantes o consumo excesivo de alcohol. Refieren historia de depresión o intentos de suicidio.
▪	Presentan un aspecto físico que sugiere envejecimiento prematuro.
▪	Visten ropa inadecuada para la época del año (jerséis de cuello alto o manga larga en verano) con el objeto de ocultar lesiones.
▪	Se desvalorizan a sí mismas, calificándose de torpes e incapaces.
▪	Padecen aislamiento social: no tienen relaciones sociales ni se relacionan con su propia familia.

- Definen a sus parejas como coléricos, agresivos o celosos.
- Temen a sus parejas, les miran antes de hablar.
- Presentan obesidad extrema, anorexia o bulimia.
- Presentan 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: 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; preocupación ante la opinión de su pareja.
- Rechazo de métodos anticonceptivos que requieran 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.
- Embarazo en la adolescencia.
- Poco o ningún interés por asistir a las clases de educación maternal.
- Antecedentes: abortos de repetición, criaturas con bajo peso al nacer, partos instrumentales por riesgo de pérdida del bienestar fetal.

- Atención: en los casos en los que el hombre no desee ese embarazo o lo viva como una situación de amenaza el riesgo de maltrato se incrementa.

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 para 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.

EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA SE OBSERVA:

- Huellas de golpes y/o hematomas en diferentes lugares del cuerpo y en distinto estadio de evolución.
- Hematomas y/o heridas en el interior de los muslos
- Sangrado anal y/o vaginal
- Fisuras anales
- Desgarros genitales
- Contusiones en el monte de Venus, vulva y mamas
- Traumatismo en vulva

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 programadas. ▪ Desconocimiento de los recursos.
MUJERES CON DISCAPACIDAD
VIOLENCIA ACTIVA
▪ Abuso físico: estado de sedación, nerviosismo; disfunción motora ajena a la discapacidad; 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: señales, lesiones en genitales, miedo a relacionarse con ciertas personas; embarazos no deseados, ITS. ▪ Abuso económico: excesiva dependencia de terceros, escasas expectativas sobre sí mismas 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 MALTRATO 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.
» Le 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 la 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 VPM

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.

• Enfermedades psicosomáticas de repetición.
• Detención o retraso del crecimiento.
• Accidentes frecuentes.
• Problemas de socialización: aislamiento, inseguridad, agresividad.
• Problemas de integración en la escuela, problemas de concentración, déficit de atención, disminución del rendimiento escolar, absentismo.
• Síntomas de estrés postraumático, insomnio, pesadillas, fobias, ansiedad, trastornos disociativos.
• Trastornos del sueño y de la alimentación
• Conductas regresivas; enuresis y encopresis.
• Síntomas depresivos e intentos de suicidio.
• Trastornos del comportamiento: dificultades en el control de impulsos, alternancia entre agresividad-pasividad, inhibición.
▪ Alteraciones del desarrollo afectivo, dificultad de expresión y manejo de las emociones, interiorización o aprendizaje de modelos violentos y posibilidad de repetirlos, internalización de roles de género erróneos.
▪ Parentalización de los niños y niñas, asumiendo roles protectores de la madre que no les corresponden por su edad.

ATENCIÓN

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

Por otra parte, el personal de enfermería, mediante la elaboración de los Planes de Cuidados dispone de una herramienta de detección propia. En el [anexo II](#) se recogen los diagnósticos enfermeros NANDA relacionados con la VPM.

¿CÓMO PREGUNTAR?

Las siguientes cuestiones están pensadas para introducir este problema como una pregunta más. 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 VPM

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 le 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 *	<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.</i>	¿Cómo es tu relación de pareja?
MUJER/HOMBRE ADOLESCENTE **	<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 los adolescentes.</i>	¿Cómo van las cosas en casa? ¿Cómo se llevan tus padres?

- La entrevista con la adolescente se realizará 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 la violencia en casa.

Al final de este proceso el/la profesional puede encontrarse ante dos situaciones distintas:

• No se confirma la sospecha VPM:
Intervenir según motivo de consulta.
• Se confirma la VPM:
Se procederá a la valoración de la situación de VPM, según apartado: Valoración de la situación de VPM

Valoración de la situación de VPM

Una vez confirmada la situación de violencia que sufre la mujer, es preciso realizar la valoración de la misma. Hay que tener presente que es un proceso abierto ya que la situación de VPM cambia con el paso del tiempo.

Los contenidos de las valoraciones que se proponen a continuación en ocasiones pueden superponerse dada la interrelación que se mantiene en algunos aspectos. Por ello, lo importante es que la valoración contemple aspectos relevantes, sin necesidad de reiterar preguntas que ya se hayan efectuado en el proceso de detección.

El proceso de valoración se realiza en función de:

- El riesgo vital.
- Tipo, duración e intensidad de la violencia.
- Grado de percepción de la mujer sobre su situación de VPM (se utilizará el modelo teórico de cambio de Prochaska y Di Clemente que se detalla mas adelante).

La valoración permitirá decidir qué intervención es más apropiada para cada mujer en su contexto concreto.

VALORACIÓN DEL RIESGO VITAL

Una vez confirmada la situación de VPM, el primer paso es valorar el riesgo vital.

Se entiende por RIESGO VITAL el derivado de la situación de VPM que puede comprometer la vida de la mujer. Debe distinguirse claramente de la gravedad de las lesiones que pueda presentar la mujer.

**UNA SITUACIÓN DE RIESGO VITAL ES SIEMPRE UNA URGENCIA.
NUNCA SE DEBE SUBESTIMAR EL RIESGO.**

Para realizar la valoración del riesgo vital es preciso tener en cuenta: las **señales de alerta de riesgo grave**, que figuran en la **Tabla 6**, así como lo recogido en el apartado **Valoración del tipo, intensidad y duración de la VPM**

TABLA 6. 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 María 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.

Es especialmente sensible la declaración por parte de la mujer de temor por su vida o agresiones graves. Por ello, en la valoración del riesgo vital se debe formular la siguiente pregunta clave, dada su alta capacidad predictiva:

¿Ha sentido alguna vez miedo de su pareja?

Si se detecta una situación de riesgo vital, preguntar además:

- ¿Se siente segura en su casa?
- ¿Puede ir a casa ahora?
- ¿Están sus hijos/hijas seguros?
- ¿Dónde está ahora el agresor?
- ¿Lo saben sus amistades o familiares? ¿Le ayudarían?

ATENCIÓN:

En caso de confirmarse riesgo vital para la mujer y sus hijos e hijas

- *Intervenir de forma específica recogida en el apartado **Intervención ante una situación de riesgo vital***
- *Poner en marcha un Plan de Seguridad (**Anexo III**)*
- *Activar el Protocolo de Protección (**Anexo VI**)*

VALORACIÓN DEL TIPO, INTENSIDAD Y DURACIÓN DE LA VPM

Es necesario profundizar para saber qué tipos de violencia está o ha estado sufriendo la mujer, la intensidad y la frecuencia que tienen los episodios agudos de violencia, así como cuál es la duración del proceso de violencia.

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.	¿Le grita a menudo? ¿Le habla de manera autoritaria? ¿Le insulta/ amenaza/ chantajea/ ridiculiza/ menosprecia? ¿La elogia y humilla alternativamente? ¿Ignora su presencia? ¿Le llama loca, estúpida, puta o inútil? ¿Le habla con un tono paternalista? ¿La culpa de todo lo que sucede? ¿Le pone en evidencia continuamente en público? ¿Le controla las llamadas/ cartas/ a diario? ¿Le acusa de ser infiel sin motivo? ¿Le pone problemas para ver a su familia o amigos? ¿Les trata mal?
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.	¿Alguna vez le ha golpeado/ le ha puesto la mano encima? ¿Qué hace cuando se pelean? ¿Le ha dado alguna bofetada? ¿Le ha empujado alguna vez durante una discusión? ¿Le ha echado alguna vez de casa?
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).	¿Le obliga a tener relaciones sexuales contra su voluntad? ¿Alguna vez se ha sentido obligada a mantener una relación sexual sin que lo deseara? ¿Le fuerza a llevar a cabo prácticas sexuales que usted no desea? ¿Se siente libre para decidir el uso del preservativo u otros métodos anticonceptivos? ¿Se siente respetada por su pareja?

		en las relaciones sexuales? ¿Tiene en cuenta sus deseos?
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 las hijas/os.	¿Dispone de suficiente dinero? ¿Quién dispone del dinero de la pareja? ¿Quién es dueño de la casa? ¿Le pide explicaciones continuamente acerca de sus gastos? ¿Le acusa de no saber administrar el dinero? ¿Puede usted tomar decisiones sobre el manejo del dinero?
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.	¿Cuando se enfada rompe o tira objetos? ¿Golpea las puertas o la pared? ¿Desordena o ensucia a propósito? ¿Esparce la basura? ¿Invade la casa con elementos desagradables o que le atemorizan? (material pornográfico, armas) ¿Alguna vez ha roto/ estropeado intencionalmente algún objeto al que usted tenga especial aprecio?

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. Ciclo de la violencia](#)).

Podemos preguntar cada cuánto ocurren los episodios de mayor intensidad; si su pareja se muestra arrepentido 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 aprecia, ¿cuánto tiempo llevan ocurriendo este tipo de situaciones?; ¿cada cuánto tiempo se pone así?; ¿se arrepiente después?; ¿qué hace cuándo se arrepiente?*".

VALORACIÓN DE LAS FASES DE CAMBIO DEL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER

El modelo de valoración que a continuación se propone 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

En este momento 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 asesoría legal 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.

ATENCIÓN

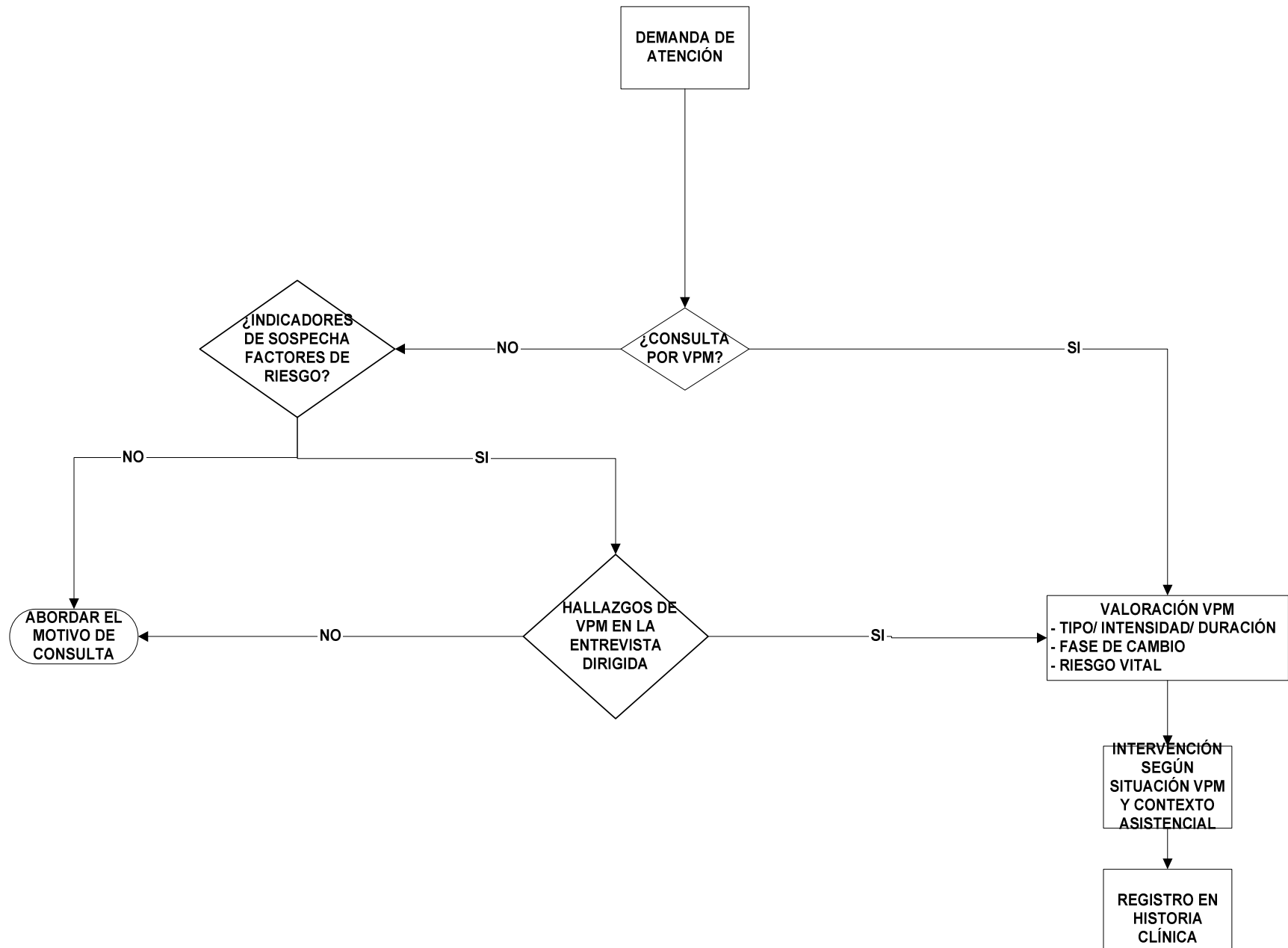
Hay que tener presente que la valoración es un proceso abierto ya que la situación cambia con el paso del tiempo y es fundamental para definir y enmarcar la intervención.

MODELO ESPIRAL DE LAS ETAPAS DE CAMBIO



Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC (1994)

DETECCIÓN Y VALORACIÓN VPM



Intervención

La intervención en VPM se desglosa en diferentes tipos para facilitar su lectura y comprensión. Es importante tener en cuenta que no se trata de intervenciones excluyentes sino complementarias.

Todas las actuaciones en VPM conllevan la intervención de la Unidad de trabajo Social. En el [Anexo V](#) se incluye una serie de orientaciones para la intervención en Trabajo Social.

La **intervención** viene determinada por:

- **La situación de violencia que presenta la mujer:**
 - Fases de cambio del comportamiento de la mujer (grado de percepción de la misma).
 - Riesgo vital
 - Estallido agudo de violencia
- **El contexto asistencial en el que se produce:**
 - Urgencias
 - Hospitalización
 - Consultas Externas

ATENCIÓN

El objetivo prioritario es la SEGURIDAD Y PROTECCIÓN de la mujer.

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

El modelo de fases de cambio es una herramienta que encuadra en diferentes fases la percepción que la mujer tiene sobre su situación de VPM y, por tanto, permite adecuar la actitud e intervención profesional a la misma, incluso en aquellos contextos asistenciales de carácter puntual, como por ejemplo Urgencias.

Consideraciones previas a la utilización del modelo:

- 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**.
- La VPM es un **proceso dinámico** y nuestra actuación ha de adaptarse a las distintas fases, favoreciendo una toma progresiva de conciencia y facilitando la toma de decisiones autónoma y el empoderamiento de la mujer.

- Las fases de cambio no son necesariamente equiparables con las fases del ciclo de la violencia ([Anexo I. Aspectos claves para el manejo de la VPM. Apartado 1, Ciclo de la violencia](#)). 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; sin embargo, la mujer puede encontrarse en "*fase precontemplativa*" (fase de cambio) cuando esto ocurra.
- 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. Aspectos claves para el manejo de la VPM. Apartado 4, ¿Qué es una crisis?](#)).
- La **intervención ante una situación de riesgo vital se recoge en un apartado específico**. 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 ([ver apartado Intervención ante una situación de riesgo vital](#)).
- 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.

A continuación se presenta una pauta breve de intervención basada en este modelo. No obstante, en el [Anexo IV](#) se ofrece el modelo de intervención para aquellas situaciones asistenciales que permitan un seguimiento.

Fase precontemplativa

La mujer no reconoce la violencia como problema:

Objetivos de la intervención:

- Fomentar la duda de la mujer respecto a su situación
- Aumentar la percepción de riesgo al que está sometida.
- Fomentar la creencia de que es capaz de cambiar la situación (autoeficacia).

Intervención

- Entrevista muy breve (aproximadamente 5 minutos).
- Relacionar el motivo de la consulta con situaciones de VPM (problemas en casa).
- Proporcionar información acerca del buen trato, vinculada a información general de salud.

A tener en cuenta

- Evitar: que la entrevista se convierta en un interrogatorio, ironizar, criticar, hacer comentarios negativos.

Fase contemplativa

La mujer comienza a tomar conciencia de la relación abusiva y/o problemática.

Objetivos de la intervención:

- Aumentar la toma de conciencia de la existencia real de un proceso de VPM.

Intervención

- Visibilizar y nombrar lo que está ocurriendo en su relación de abuso, sin culpar, relacionándolo con los hallazgos de la valoración.
- Recalcar nuestro respeto a sus decisiones.
- Indagar acerca de los recursos familiares y sociales de apoyo.
- Ayudarle a elaborar un plan de actuación urgente si fuera preciso.

- Advertirle de la importancia del riesgo de compartir esta información con su pareja, hijos e hijas u otras personas del entorno.
- Enfatizar en lo contraproducente de intentar convencer a la pareja o negociar con él, ya que no es útil y puede ser peligroso.
- Recalcar la importancia del propio bienestar y el autocuidado, frente a mantener una relación afectiva nociva.

A tener en cuenta

- En esta fase la pregunta que se deben hacer los profesionales NO es:
- ¿Por que no le deja? SINO
- ¿Por qué no puede dejarle? O
- ¿Por qué el hombre que la maltrata no le permite dejarle?

Fase de preparación

La mujer va realizando pequeños cambios.

Objetivos de la intervención:

- Apoyar y ayudar a la mujer a determinar el mejor plan a seguir para conseguir el cambio.

Intervención:

- Analizar con ella la situación actual y reforzar la importancia de los esfuerzos que está haciendo por modificar la situación en la que se encuentra.
- Elaborar o revisar un plan de seguridad. Advertir a la mujer de que los pequeños cambios que está realizando pueden aumentar el riesgo, ya que si el maltratador percibe que está perdiendo el control puede intensificar la violencia.
- Valorar el contexto social y familiar de apoyo.

A tener en cuenta

- Evitar actitudes paternalistas que puedan presionar a las mujeres a que tomen decisiones no elegidas por ellas, obviando sus criterios.

ATENCIÓN:

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

Fase de acción

La mujer hace cambios manifiestos para mejorar su situación respecto de la violencia (acción interna y externa).

Se debe aumentar la seguridad de la mujer respecto a la situación de violencia.

Objetivos de la intervención:

- Garantizar y extremar la seguridad

Intervención:

- Revisar el plan de seguridad.
- Informar de los recursos específicos existentes.

A tener en cuenta:

- Recordarle que existe un mayor riesgo para ella, resaltando las medidas de autoprotección recogidas en el Plan de Seguridad.

Fase de mantenimiento

La mujer mantiene los cambios que ha hecho.

Objetivos de la intervención:

- Incidir en la vigilancia del riesgo.

Intervención:

- Revisar la seguridad y la protección de la mujer.
- Repasar el plan de seguridad y el escenario de protección para ella y sus hijos.

Fase de recaída/ Ruptura evolutiva.

Los cambios no se estabilizan y la mujer vuelve con su pareja, reinstaurándose la VPM.

Objetivos de la intervención

- Ayudar a la mujer a renovar el proceso de contemplación, determinación y acción sin que aparezcan bloqueos o desmoralización por la recaída.

Intervención:

- Actuar con empatía y cercanía.
- Revalorizar todas las facetas de la vida saludable.
- Potenciar su autoestima.
- Tener presente que el maltrato es un proceso en el que se produce desvalorización y baja autoestima de las mujeres que lo sufren, por ello es importante evitar caer en el desánimo o en sentimientos de fracaso.

A tener en cuenta:

- Se debe tener en cuenta que a pesar de que vuelva con la pareja, es posible que la crisis personal y las intervenciones profesionales realizadas hagan que la mujer no vuelva exactamente al punto de partida.

ATENCIÓN

- Es imprescindible asegurar en todo momento de la actuación la intimidad y confidencialidad. La entrevista se efectuará a solas con la mujer. En caso contrario, quebraríamos la necesaria relación de confianza entre la mujer y el colectivo de profesionales socio-sanitario, y por tanto, la protección emocional que todo entorno sanitario debe garantizar (OMS, 2002).
- El personal sanitario y de trabajo social debe participar con la mujer en la elaboración del **plan de seguridad y escenario de protección para ella y las personas a su cargo.**
- **El éxito de la intervención no debe medirse por la decisión de abandonar a su pareja o mantenerse en ella.** Es un logro que las mujeres puedan hablar sobre los malos tratos que sufren y empiecen a hacer planes de futuro. Hay que respetar el tiempo que necesitan para efectuar este proceso.
- **Una situación excepcional, sería aquella en la que la mujer y las personas a su cargo corren un grave peligro,** y ella no está en condiciones de darse cuenta. Es importante para su protección que acuda a un lugar seguro y por ello es preciso llamar al 112, desde donde se iniciarán todos los trámites de protección. Siempre hay que tener presente que la finalidad de esta actuación es proteger a la mujer y a su familia y no a nosotros mismos.

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, Aspectos claves para el manejo de la VPM. Apartado 1, Ciclo de la violencia](#)). 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. Es tras este momento cuando la mujer suele pedir ayuda y/o presentar una denuncia.

Cuando se da esta situación **debemos tener en cuenta:**

- La mujer suele encontrarse asustada, con ansiedad y le suele resultar difícil el relato de lo ocurrido. Deben reseñarse textualmente las expresiones propias de la mujer, en las que ella describe las conductas o sus sentimientos ante las expresiones de violencia de la pareja.
- 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 consulta a un profesional distinto al suyo de referencia o incluso recibe atención habitualmente en un centro sanitario diferente. En estos casos es preciso establecer, con el consentimiento de la mujer, mecanismos para garantizar una continuidad de la atención.
- Puede existir un riesgo para la vida de la mujer y las personas a su cargo.
- Los episodios agudos de violencia pueden producir una crisis que favorezca el cambio ([Anexo I. Aspectos clave para el manejo de la VPM. Apartado 4, ¿Qué es una crisis?](#)), por lo que constituyen, una oportunidad de incorporar a la mujer en un proceso favorecedor de un cambio más amplio.

Por todos estos motivos, es fundamental cuidar especialmente la entrevista con la mujer que acude tras un estallido agudo de violencia, prestando atención a nuestra actuación y potenciando las actitudes más pertinentes ([Anexo I. Aspectos clave para el manejo de la VPM. Apartado 5, Profesionales sanitarios y de trabajo social ante la intervención en VPM.](#)).

¡Atención! La agresión sexual es una **señal de alerta de riesgo grave** por lo que se hace necesaria una valoración exhaustiva del mismo. ([ver apartado Valoración del riesgo vital.](#)).

En aquellos casos en los que sea necesario y si la mujer no ha sido trasladada al centro por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, se pondrá el hecho en conocimiento de la Dirección Médica/Jefe de hospital para el aviso inmediato a los mismos.

En aquellos casos en los que esté comprometida la seguridad de la mujer se activará el protocolo de protección del centro ([Anexo VI](#)).

Qué hacer

- Preguntarse: ¿reconoce la agresión como violencia?. Permite distinguir si la fase de cambio en la que se encuentra, adecuando nuestro lenguaje a dicha fase.
- Si la mujer no está en un Servicio de Urgencias se debe garantizar su traslado, si este fuera necesario, en condiciones seguras. Se contactará con la unidad de trabajo

social del hospital o con el/la Jefe/Jefa de Hospital con el fin de optimizar la coordinación de recursos y la atención.

Valorar y atender las lesiones físicas:

- Si la mujer manifiesta haber sufrido una agresión sexual y expresa su deseo de presentar denuncia, se pondrá el hecho en conocimiento inmediato del Juzgado de Guardia.
- 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 la mujer tras una agresión.
- En caso de que las lesiones precisen un seguimiento o tratamiento posterior es conveniente explicárselo pausadamente a la mujer, aclarando las posibles dudas y dejando las indicaciones escritas con claridad. Hay que tener en cuenta que tras una agresión la mujer pueda sentirse aturdida lo que aumenta la dificultad de recepción de la información.

Valorar y atender el estado psicológico:

- Se favorecerá la expresión de sentimientos de la mujer manteniendo una actitud empática y de escucha activa.
- Se valorará la existencia de sintomatología ansiosa, ideas de suicidio, sintomatología depresiva y estrés agudo postraumático.
- Cuando sea preciso se derivará al servicio de salud mental de referencia ([ver apartado Criterios de derivación a los Servicios de Salud Mental](#))
- **Valorar brevemente la red de apoyo social:** explorar la presencia de personas cercanas que puedan asistir, apoyar o acoger a la mujer en caso de necesidad.

Valorar la seguridad. ¿existe riesgo vital para la mujer o sus hijas e hijos? ([ver apartado Valoración del riesgo vital](#)).

- Si la valoración del riesgo vital es positiva se procederá según recoge en el apartado Intervención ante una situación de riesgo vital.

Realización del parte de lesiones cuando sea preciso ([Anexo VII](#)). Es preciso constatar daños físicos y el estado psicológico de la mujer en el momento de la atención, detallando las lesiones físicas y la sintomatología psicológica que presenta.

Lo que no se debe olvidar:

- Leer siempre a la mujer el parte de lesiones emitido.
- Información acerca de derechos y recursos ([Anexo IX](#)).
- Registrar SIEMPRE el proceso en la historia clínica e incluir en ésta el informe social.
- Garantizar el seguimiento y la continuidad en la atención.
- Indagar acerca de la posibilidad de malos tratos a otros miembros de la familia.
- Plan de seguridad ([Anexo III](#)), si tuviera que abandonar la casa de forma urgente.
- Activar el Protocolo de protección del centro, si la valoración del riesgo vital fuera positiva, hubiera orden de alejamiento ó de protección ([Anexo VI](#))
- Notificar al gestor de casos.

INTERVENCIÓN ANTE UNA SITUACIÓN DE RIESGO VITAL

Se entiende por **RIESGO VITAL** el derivado de la situación de VPM que puede comprometer la vida de la mujer. Debe distinguirse claramente de la gravedad de sus lesiones.

Las siguientes actuaciones son pertinentes cuando en la valoración se detecta la presencia de un riesgo alto de muerte o de lesiones graves para la mujer o para las personas dependientes de ella. **Debe primar garantizar la SEGURIDAD por encima de otras intervenciones.** Ante una situación de estas características hay que adoptar las siguientes medidas:

- Evitar que la mujer esté sola en todo momento, garantizando el acompañamiento si fuera necesaria la derivación a otro centro sanitario. Se avisará a los familiares y amistades por indicación de la mujer. Se activará el protocolo de protección del centro. ([Anexo VI](#)).
- En toda situación de riesgo vital confirmado, se contactará con la Dirección Médica/Jefe de Hospital para el aviso inmediato a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.
- Asistir a los posibles daños y lesiones físicas y psíquicas, derivando al centro hospitalario o a otro Servicio cuando el tratamiento de las mismas así lo requiera. El traslado se efectuará en condiciones seguras; para ello se informará a la Dirección Médica/Jefe/a de Hospital a fin de optimizar la coordinación de recursos y la atención, así como garantizar la seguridad.
- Reflejar minuciosamente en la historia clínica las actuaciones efectuadas, incluyendo el informe social y las medidas de seguridad adoptadas (protocolo de protección del centro, plan de seguridad). Deben reseñarse textualmente las expresiones propias de la mujer, en las que ella describe las conductas o sus sentimientos ante las expresiones de violencia de la pareja.
- Si existen lesiones físicas o psíquicas debe realizarse el parte de lesiones tal como se recoge en el [Anexo VII](#).
- 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.
- Se planteará la elaboración del Plan de Seguridad con la mujer ([Anexo III](#)). Se explorará asimismo la 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.
- 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. ([ver apartado Activación de otros recursos y Anexo IX](#)).

Una situación excepcional, sería aquella en la que la mujer y las personas a su cargo corren un grave peligro y ella no está en condiciones de darse cuenta. Es importante para su protección acudir a un lugar seguro y por ello se contactará con el 112, desde donde se iniciarán todos los trámites de protección. Siempre hay que tener presente que la finalidad de esta actuación es proteger a la mujer y a su familia y no a la persona que efectúa la actuación.

ACTUACIÓN EN URGENCIAS

En muchas ocasiones la urgencia es el primer punto de contacto de la mujer que sufre VPM con los servicios de atención y, de forma específica, con el sistema sanitario.

- Se habilitará un espacio que garantice la seguridad de la mujer y su protección. Asimismo, debe garantizarse su seguridad durante los traslados por el Centro Sanitario o a otro Centro cuando el tratamiento de las lesiones físicas/psíquicas que presente la mujer así lo requiera.
- Se atenderá el estado de salud de la mujer y se establecerá el diagnóstico y tratamiento adecuado.
- Se realizará un examen detallado de la superficie corporal, identificando la localización de las lesiones, su gravedad, estadio y todos aquellos datos que puedan ser de interés, así como una valoración del estado emocional. Deben reseñarse textualmente las expresiones propias de la mujer, en las que ella describe las conductas o sus sentimientos ante las expresiones de violencia de la pareja.
- Si la mujer acude tras un estallido agudo de violencia se actuará de acuerdo con lo recogido en el apartado [Intervención en estallido agudo de violencia](#).
- Ante una valoración del riesgo vital positiva, se actuará de acuerdo con el apartado [Intervención ante una situación de riesgo vital](#).
- En caso de agresión sexual, si la mujer así lo manifiesta y expresa su deseo de presentar denuncia se contactará con el Juzgado de Guardia.
- A lo largo del proceso de atención se pulsará la fase de cambio en la que se encuentra la mujer para adecuar la intervención y establecer las recomendaciones necesarias.
- **Atención:** La situación de VPM es un proceso complejo por lo que podemos encontrarnos ante la necesidad de realizar varias intervenciones en una misma mujer (ej.: mujer que acude por una agresión sexual, con valoración de riesgo vital positiva).
- **Atención:** El protocolo de protección del Centro Sanitario ([Anexo VI](#)) debe ser activado en el caso de que la mujer refiera o se conozca por otra vía la existencia de orden judicial de protección para la mujer u orden de alejamiento para el agresor, aunque el motivo de consulta no esté relacionado con VPM, o esté comprometida su seguridad.
- **Atención:** Cualquier quebrantamiento de la orden de protección o de alejamiento debe comunicarse a la Dirección Médica/Jefe de Hospital para el aviso inmediato a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. Hasta la llegada de éstas se velará por la seguridad de la mujer.
- Se cumplimentará el parte de lesiones según se recoge en el [Anexo VII](#).
- **Recordar:** Leer siempre a la mujer el parte de lesiones emitido.
- Cumplimentar la hoja de registro y remitir a gestor de casos.
- En todos los casos: se contactará con la unidad de trabajo social. Fuera del horario de trabajo de la misma, se contactará con el/la Jefe/Jefa de Hospital, a quien le corresponderá facilitar información sobre los derechos de la mujer, los recursos disponibles y la garantía de la continuidad asistencial.
- Elaborar informe de alta. Reflejar exhaustivamente las lesiones y/o sintomatología física o psíquica. Advertir a la mujer que lo guarde en un lugar seguro y que no comparta esta información con el agresor o con personas allegadas a él.

- Si se procede al ingreso, en aquellos casos en los que se deba activar el protocolo de protección del Centro Sanitario, garantizar que en la planta de hospitalización de destino conocen esta circunstancia y se han tomado las correspondientes medidas.

ACTUACIÓN EN HOSPITALIZACIÓN

- Activar el protocolo de protección del Centro Sanitario en aquellos casos en que éste sea necesario (confirmación de riesgo vital, existencia de orden de protección o de orden de alejamiento) [Ver Anexo VI](#).
- **Atención:** Cualquier quebrantamiento de la orden de protección o de alejamiento debe comunicarse a la Dirección Médica/Jefe de Hospital para el aviso inmediato a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. Hasta la llegada de éstas se velará por la seguridad de la mujer.
- Valorar las fases de cambio y planificar la intervención (ver [Intervención de acuerdo a las fases de cambio del comportamiento de la mujer](#).)
- Registrar en la historia clínica el episodio de violencia actual, los antecedentes de violencia si los hubiera, así como las actuaciones realizadas, incluyendo las de seguridad y protección de la mujer.
- Cumplimentar la hoja de notificación del registro y remitir a gestor/a de casos.
- Comprobar que la Unidad de Trabajo Social conoce el caso. Si no fuera así notificarlo.
- **Elaborar informe de alta.** Reflejar exhaustivamente las lesiones y/o sintomatología física o psíquica. Advertir a la mujer que lo guarde en un lugar seguro y que no comparta esta información con el agresor o con personas allegadas a él.
- Al alta, se explicará detalladamente a la mujer las ventajas que tiene para ella y el cuidado de su salud, el comunicar su situación al personal sanitario de su Centro de Salud, a fin de garantizar la continuidad de cuidados; por tanto si ella no tiene inconveniente se procederá a esta comunicación.
- 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.
- Cada centro, en función de sus características, disponibilidad de correo interno con AP, etc., articulará el circuito de notificación que, en todo caso, deberá proteger la intimidad de la mujer.
- Se informará sobre los recursos disponibles.

ACTUACIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS

- La primera actuación es atender el estado de salud de la mujer y establecer el diagnóstico y tratamiento adecuados.
- Se realizará un examen físico detallado, identificando la localización de las lesiones, su gravedad, estadio y todos aquellos datos que puedan ser de interés, así como una valoración del estado emocional. Deben reseñarse textualmente las expresiones propias de la mujer, en las que ella describe las conductas o sus sentimientos ante las expresiones de violencia de la pareja.
- A lo largo del proceso de atención se pulsará la fase de cambio en la que se encuentra la mujer para establecer las recomendaciones necesarias, así como garantizar la continuidad asistencial.
- Si la mujer acude tras un estallido agudo de violencia, se actuará según los criterios de intervención especificados en el [apartado Intervención en estallido agudo de violencia](#).

- Si se confirma el riesgo vital, se actuará según lo establecido en el [apartado Intervención ante una situación de riesgo vital](#). En este caso se activará el del Centro Sanitario para garantizar la seguridad de la mujer. ([Anexo VI](#))
- En ambos casos, si la situación de la mujer aconseja su atención en Urgencias, será remitida a este Servicio, garantizando en todo momento su seguridad ([ver protocolo de protección. Anexo VI](#))
- En los casos anteriores, si la mujer ha sido atendida en Consultas Externas del CEP y su situación hace necesario el traslado al hospital, éste se efectuará en ambulancia. Durante la permanencia de la mujer en el centro se garantizará su seguridad, adoptando las medidas necesarias para ello [ver protocolo de protección del Centro Sanitario. \(Anexo VI\)](#). Se avisará al Servicio de Urgencias del traslado de la mujer en aquellos casos que lo hagan aconsejable (riesgo vital positivo).
- Si la mujer acude por una agresión sexual, se trasladará al Servicio de Urgencias, garantizando en todo momento su seguridad [ver protocolo de protección del Centro Sanitario. \(Anexo VI\)](#).
- Si se considera necesaria su valoración/tratamiento por Salud Mental, se procederá según lo establecido en el apartado [Criterios de derivación a los Servicios de Salud Mental](#).
- Se anotará cuidadosamente la intervención efectuada en la historia clínica, incluyendo las medidas de seguridad adoptadas (protocolo de protección del centro, plan de seguridad).
- Se cumplimentará la hoja de registro que será enviada por correo interno a la gestora de casos.
- Se explicará detalladamente a la mujer las ventajas que tiene para ella y el cuidado de su salud, el comunicar su situación al personal sanitario de su Centro de Salud, a fin de garantizar la continuidad de cuidados; por tanto si ella no tiene inconveniente se procederá a esta comunicación.
- Cada centro, en función de sus características, disponibilidad de correo interno con AP, etc., articulará el circuito de notificación que, en todo caso, deberá proteger la intimidad de la mujer.
- 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.
- Si la atención se ha prestado en las consultas externas del hospital, se requerirá la intervención de trabajo social y en su ausencia, el/la Jefe/Jefa de Hospital para facilitar a la mujer información sobre sus derechos, los recursos disponibles y la garantía de la continuidad asistencial.
- Se informará sobre los recursos disponibles.

ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Además de las intervenciones de apoyo que debe realizar todo el personal de salud que contacta con las mujeres que son víctimas de VPM, en los casos en los que aparecen secuelas psicopatológicas severas (trastorno de estrés postraumático, trastornos depresivos moderados, graves o persistentes en el tiempo, etc), es necesario realizar una intervención psicoterapéutica específica por parte de las y los profesionales de los Servicios de Salud Mental.

De una forma global, los objetivos generales de la intervención psicoterapéutica son permitir a la mujer hablar progresivamente de su relación traumática con el agresor, ayudándola así a visibilizar la naturaleza de su relación abusiva y superar la negación, culpa y otras secuelas psicológicas que el maltrato le ha producido, y tratar de encontrar y poner en práctica los recursos psíquicos que posee y que le permitirán –junto con la conexión con su red social-

comenzar una nueva vida. Resulta aconsejable asociar terapias individuales y grupales.

Pasamos a describir **algunas etapas que suelen recorrerse en la intervención psicoterapéutica de las mujeres maltratadas**, a partir fundamentalmente de los aportes de Judith Herman (1997) y Leonore Walker (1999). El orden y el ritmo de cada uno de estos pasos es orientativo y variable en función de cada mujer, del momento en el que se encuentre y del modelo teórico en el que esté formado el/la profesional que realiza la intervención psicoterapéutica. Considerar la violencia como un problema individual y no social, que afecta a todas las mujeres en las diferentes etapas del ciclo vital, distorsiona la intervención. En este sentido, independientemente del modelo teórico que sustente la intervención, resulta imprescindible el enfoque de género en cualquier actuación con una mujer maltratada.

Identificación e información

- o Identificar con la ayuda de la mujer los distintos tipos de maltrato a los que está sometida.
- o Dar información a partir de lo que nos está diciendo sobre: derechos de las personas, situaciones de riesgo, ciclo de violencia, estrategias habituales del hombre violento, etc.
- o Valorar el grado de peligro que suele estar en relación con su sensación de riesgo y reestablecer la seguridad. La experiencia traumática arrebató a la víctima su sensación de control y de poder. La primera tarea es devolver a la mujer la seguridad porque ningún trabajo terapéutico puede tener éxito si no se ha establecido un nivel razonable de seguridad.

Esta intervención provoca en la mujer:

- o la sensación de que se reconoce su experiencia y se la acepta como válida;
- o la posibilidad de comenzar a percibir a su agresor como el responsable de la violencia, en vez de seguir culpándose así misma;
- o la posibilidad de tener un mejor conocimiento del peligro que corre y elaborar estrategias de protección.

Conectar los síntomas psicológicos con el maltrato

Los síntomas que presenta la mujer (ansiedad, depresión, trastorno por estrés postraumático, etc.) tienen un significado completamente distinto si se consideran asociados a un contexto de violencia. La ansiedad puede interpretarse como una respuesta normal a una situación permanente de terror y de peligro; la depresión puede entenderse como la consecuencia de una situación en la que la mujer se ha sentido durante mucho tiempo descalificada, humillada y agredida. Aunque la mujer decida romper, hay muchas variables en torno a esta situación (miedo a represalias por parte de la pareja, dificultades económicas, incertidumbre en cuanto al futuro, soledad...) que pueden explicar sus síntomas.

Pueden asociarse técnicas específicas en el tratamiento de los síntomas: relajación, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, entrenamiento en habilidades de comunicación, entrenamiento en habilidades de solución de problemas y mejora de la autoestima.

Reconstrucción de la experiencia traumática

Es importante que la mujer relate la historia del trauma en profundidad y con detalle. La reconstrucción de la historia traumática comienza con una revisión de la víctima antes de su encuentro con el agresor: relaciones, ideales, proyectos, conflictos, etc. Después se pasa a la descripción de los acontecimientos traumáticos, incorporando también la respuesta de la víctima y de las personas más relevantes de su vida.

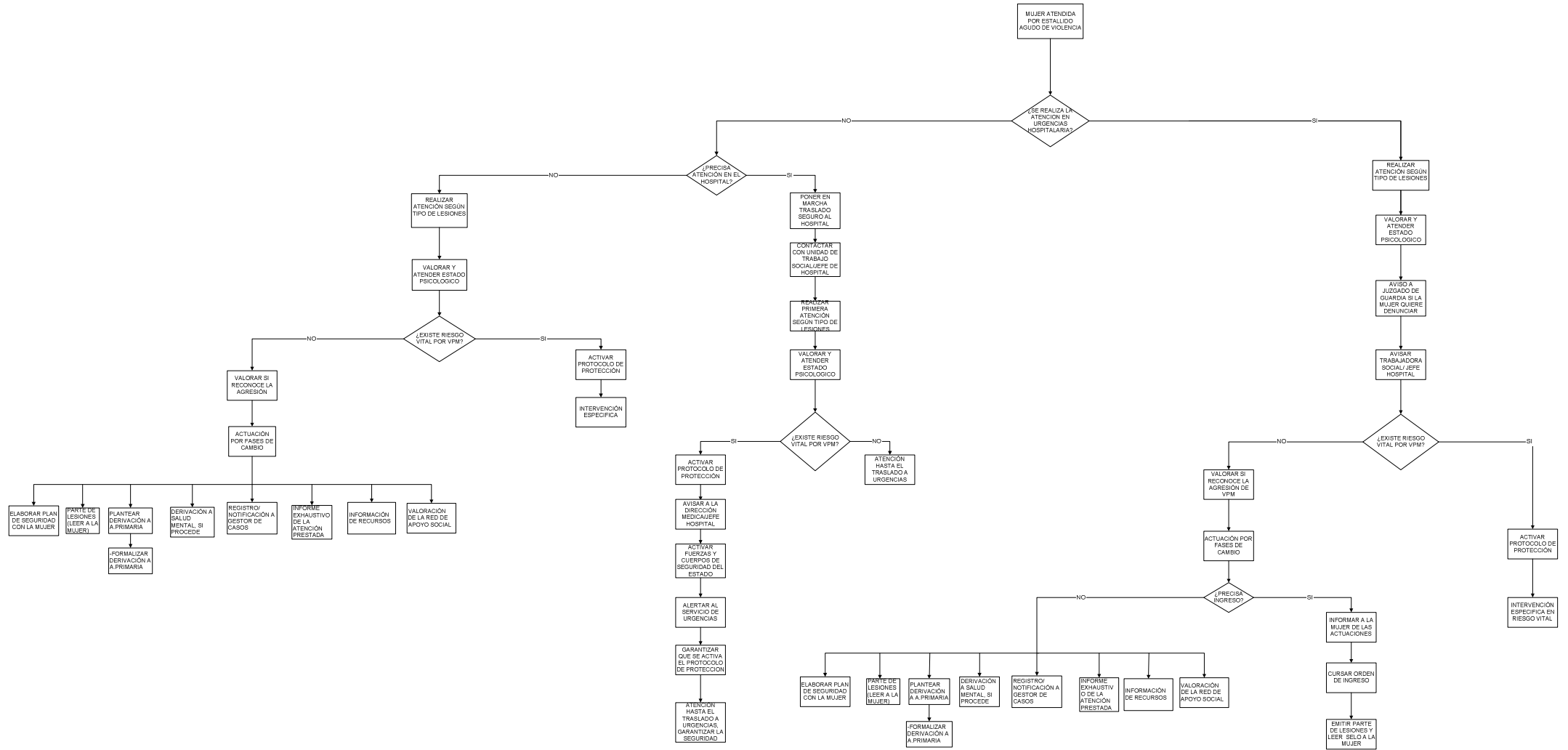
Es importante guardar un equilibrio en el ritmo del relato, ya que evitar los recuerdos traumáticos lleva al estancamiento del proceso de recuperación, pero enfrentarse a ellos con demasiada precipitación conduce a revivir el trauma de manera dañina. Si hay un empeoramiento importante de la sintomatología durante la exploración activa del trauma, ajustar el ritmo de la intervención. Mientras se produce el relato del trauma, el terapeuta va ayudando a que la víctima ponga nombre a lo relatado, comparte la carga emocional y contribuye a la construcción de una nueva interpretación de la experiencia traumática que reafirme la dignidad y el valor de la víctima. Pueden aparecer lagunas de memoria y sentimientos contradictorios.

Reconexión con vida social

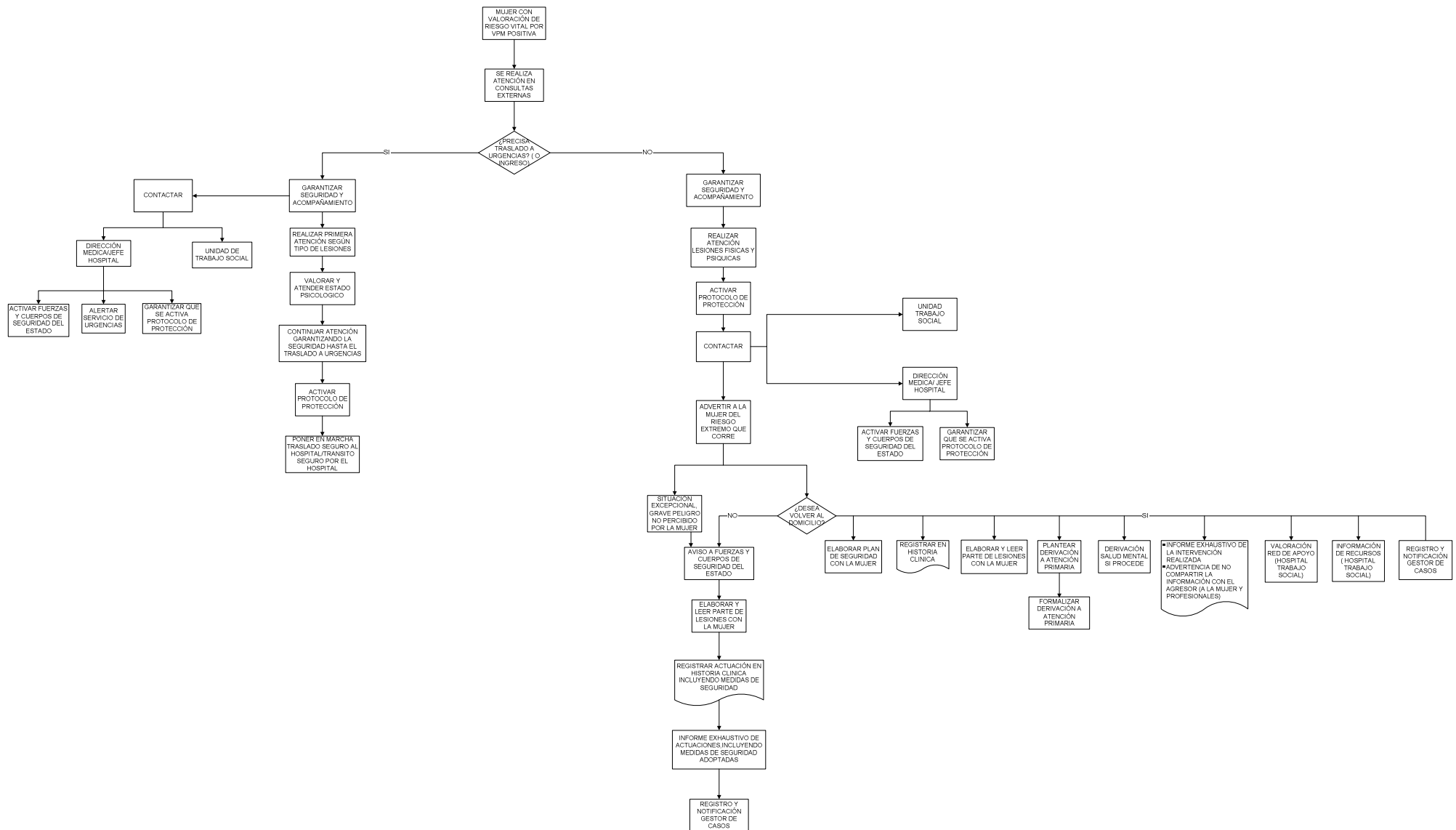
Esta fase se inicia cuando se observa que contar la historia del trauma no despierta sentimientos tan intensos y en el relato de la mujer van surgiendo otras experiencias sobre las que trabajar:

- Identificar las creencias erróneas sobre identidad y rol femenino.
- Estimular la autonomía y desarrollo de la mujer, en especial ante la figura masculina y la sociedad.
- Estimular a la mujer para que sea parte activa en resolver su situación.
- Facilitar estrategias para el desarrollo de redes de apoyo social.
- Proporcionar herramientas a la mujer para ayudar a sus hijos e hijas a superar las secuelas que les ha producido la violencia.
- Valorar la derivación a otros recursos y asociaciones de mujeres, aunque con seguimiento por nuestra parte.

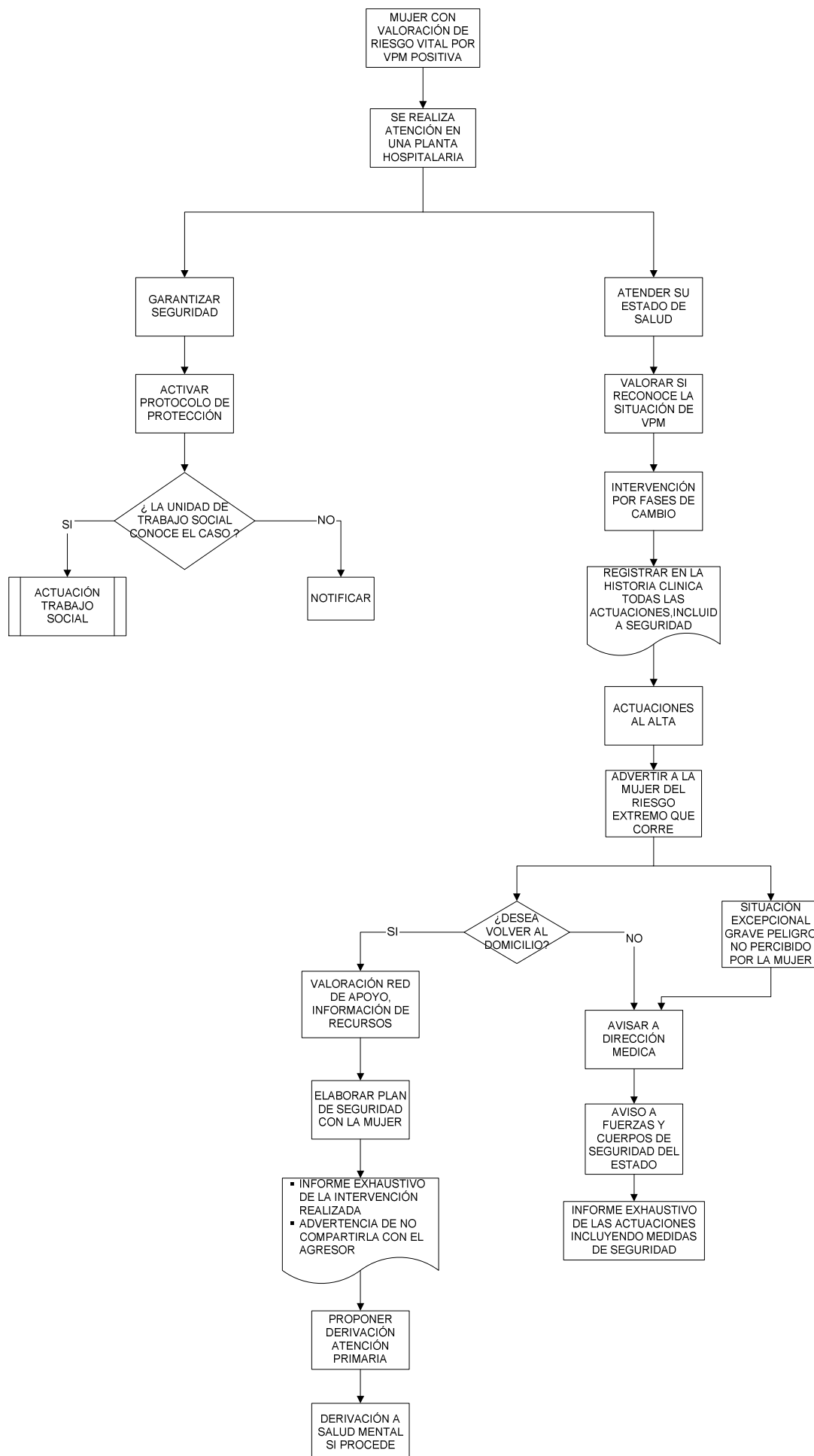
INTERVENCIÓN ESTALLIDO AGUDO VPM



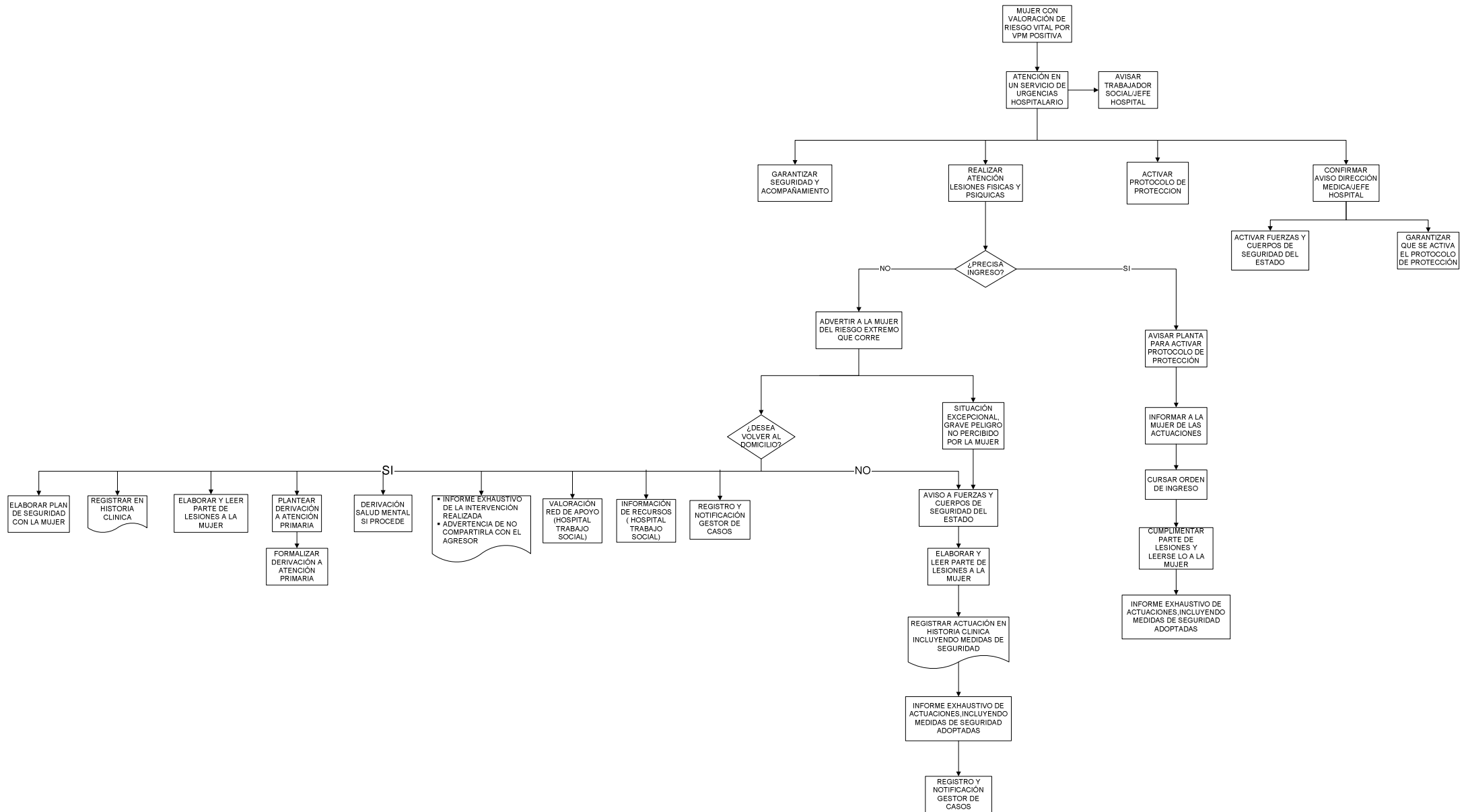
INTERVENCIÓN EN RIESGO VITAL EN CONSULTAS EXTERNAS



INTERVENCIÓN EN RIESGO VITAL EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN



INTERVENCIÓN EN RIESGO VITAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS



Derivación en el marco de los servicios sanitarios

- Antes de iniciar una derivación y/o consulta, en cualquier momento del proceso, se explicará a la mujer la actuación que se va a seguir y el hecho que la motiva. **Es preciso mantener una actitud profesional que no revictimice a la mujer.**

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A ATENCIÓN PRIMARIA

- **Previo consentimiento de la mujer,** los casos atendidos en Atención Especializada serán comunicados a Atención Primaria, para garantizar la continuidad asistencial en su Centro de Salud.
- Cada centro, en función de sus características, disponibilidad de correo interno con Atención Primaria, etc. articulará el circuito de notificación que, en todo caso, deberá proteger la intimidad de la mujer.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

La derivación a los Servicios de Salud Mental se realizará a través de partes de interconsulta. Los tipos de derivación a estos servicios pueden ser urgente, preferente o normal.

Criterios de derivación urgente

- o Planificación autolítica.
- o Episodios de agitación psicomotriz.
- o Crisis aguda de ansiedad

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

- 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

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

Activación de otros recursos

Lo que indica la activación de recursos específicos es la situación de violencia y por tanto el riesgo que corre la mujer.

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

Juzgado de guardia

- Agresión sexual por parte de su pareja o expareja cuando la mujer quiera denunciarla

Información de otros recursos

Antes de abandonar el centro se facilitará a las mujeres información sobre el **Servicio telefónico 012- mujer de la Comunidad de Madrid**. Se trata de un dispositivo centralizado sobre los recursos disponibles en materia de violencia de género. 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, domingos y festivos de 10,00 a 22,00 horas.

Se indicará a las mujeres que fuera de ese horario se ha de llamar al 112.

Es recomendable que, para facilitar el proceso, desde la unidad de trabajo social se contacte directamente con el punto municipal del observatorio regional contra la violencia de género.

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.

900 116 016 para personas con discapacidad auditiva.

En el Anexo IX se amplía la información sobre otros recursos disponibles para la atención a las mujeres que sufren VPM.

Registro

La persona que atienda un caso de VPM, deberá cumplimentar la hoja de notificación específica, haciéndosela llegar a la gestora de casos.

Guía de actuación en atención especializada 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**:

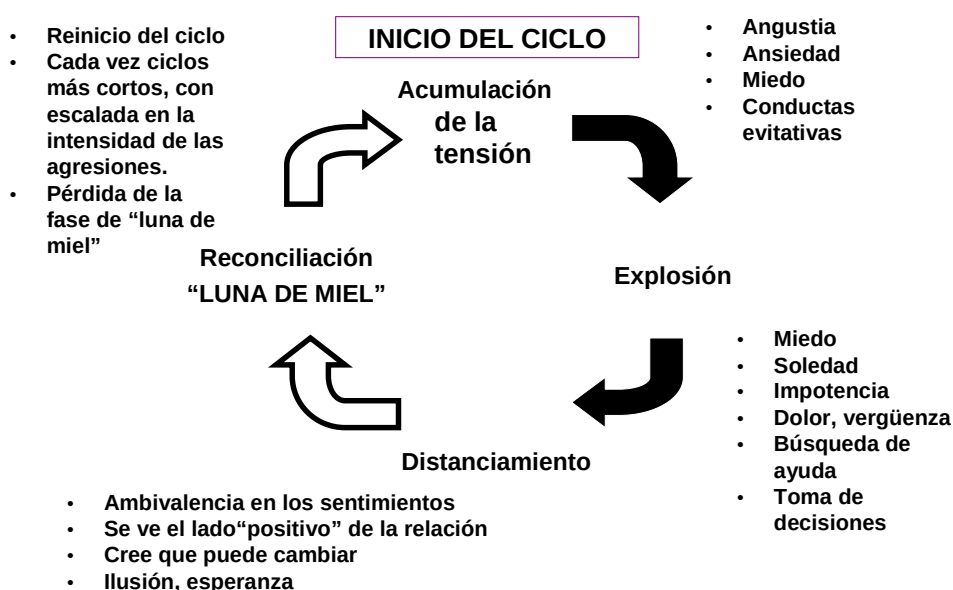
Acumulación de tensión: se caracteriza por una escalada de tensión y se manifiesta en actos que aumentan la fricción y los conflictos en la pareja. Él expresa hostilidad, aunque no de una manera explosiva, ella lo intenta calmar, complacer, controlarse o al menos no hacer lo que a él le pueda molestar, 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.

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, 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 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 víctima 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.

Estas dificultades contribuyen a que las mujeres no hablen, no actúen o no puedan cambiar

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 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 SANITARIOS Y DE TRABAJO SOCIAL ANTE LA INTERVENCIÓN DE VPM

El colectivo de profesionales sanitarios y de trabajo social, 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 en el marco de Atención Especializada; 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 el abordaje de las situaciones de VPM.**
- **La dificultad del manejo de la situación** después de la detección del caso de VPM.
- **La escasez de tiempo:** la sobrecarga asistencial en Atención Especializada 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 profesionales y niveles asistenciales e institucionales (Atención Primaria, 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 EVITAR¹

- Adoptar excesivo dramatismo: 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.

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

Hay que tener en cuenta que la exposición a casos de VPM puede producir en el personal que los atiende cambios en sus esquemas de creencias, expectativas y asunciones acerca de quiénes son y del mundo que les rodea.

Como concepto básico, señalar que la neutralidad ante el trauma, especialmente si es provocado por otro ser humano, es imposible. Las y los profesionales se van 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” hasta 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.

¹ Adaptado del Protocolo de Actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico. Gobierno de Canarias, 2003.

- **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 de la/el profesional con el agresor, la subsiguiente consideración de la mujer 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 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 sanitario.

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 por 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 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, Comisión Hospitalaria contra la violencia, grupos Balint).

f) 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 supervisión,² 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".

² 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.

La actitud ante el hombre que maltrata

Es importante conocer las siguientes cuestiones:

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 MALTRATA³

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: <i>"no le pegué, sólo le empujé"</i> .
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.

³ 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 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 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).
- 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, remitirle a la unidad de trabajo social para que le faciliten información acerca de los recursos más accesibles 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 bebe sólo pega a su pareja?".

II. Diagnósticos enfermeros NANDA relacionados con la VPM⁴.

NECESIDAD REPOSO / SUEÑO (5):

ALTERACIÓN DEL PATRÓN DE SUEÑO

Signos y síntomas

- Dificultad de concentración.
- Dificultad para quedarse dormida.
- Interrupción del sueño.

Preguntas a realizar

- ¿Cuántas horas duerme habitualmente?
- ¿Se despierta durante la noche? ¿Cuántas veces?
- ¿Le cuesta quedarse dormida?

NECESIDAD SEGURIDAD (9):

TEMOR / ANSIEDAD

Signos y síntomas:

- Alteración de las constantes vitales.
- Aumento de la sudoración.
- Llanto
- Palpitaciones
- Inquietud

Preguntas a realizar

- Tomar constantes vitales
- Observar estado de ansiedad e inquietud y registrar
- ¿Tiene ganas de llorar frecuentemente?
- ¿Hay en casa alguna situación que le produzca inquietud o temor?

RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA

Signos y síntomas

- Antecedentes de lesiones autodirigidas.
- Carencia de sistemas de apoyo.
- Amenazas verbales de agresión física.

Preguntas a realizar

- ¿Qué relación tiene con su familia?
- ¿Tiene amigas o amigos a quienes pueda contar sus problemas?

NEGACIÓN INEFICAZ

Signos y síntomas

- Retraso en solicitar atención sanitaria en detrimento de la salud
- No percepción de la situación personal y del peligro.

⁴ North American Nursing Diagnosis Association

Preguntas a realizar

- ¿Ha consultado con algún profesional sanitario sobre sus problemas de salud?
- ¿Cree que en casa tiene algún problema con su marido, hijas e hijos, etc. que pueda causarle algún daño?

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN (10): **AISLAMIENTO SOCIAL****Signos y síntomas**

- Expresa sentimientos de soledad o rechazo
- Deseo de tener más contacto con las personas

Preguntas a realizar

- ¿Qué relación tiene con su familia?
- ¿Tiene amigas o amigos a quienes pueda contar sus problemas?
- ¿Hay personas que puedan ayudarla?

ALTERACIÓN DE LOS PATRONES DE SEXUALIDAD**Signos y síntomas**

- Cambios en la conducta sexual.
- Dificultad en el mantenimiento de la conducta sexual.

Preguntas a realizar

- ¿Ha ocurrido algo últimamente con su pareja que dificulte sus relaciones sexuales?

AFRONTAMIENTO INDIVIDUAL INEFICAZ**Signos y síntomas**

- Expresiones verbales de incapacidad para afrontar la situación.
- Deterioro de la participación social.
- Enfermedades frecuentes.

Preguntas a realizar

- ¿Ha habido cambios en sus relaciones con sus amistades, familia, etc. últimamente?
- ¿Se siente capaz de hacer frente a su situación actual?
- ¿Acude a las consultas sanitarias con más frecuencia de lo habitual?

NECESIDAD DE REALIZACIÓN (12)**BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL****Signos y síntomas**

- Sentimientos de inutilidad.
- Sentimientos de vergüenza.
- Sentimientos negativos acerca de sí misma
- Problemas de pareja.
- Antecedentes de relaciones de malos tratos.

Preguntas a realizar

- ¿Se siente útil con las actividades que realiza habitualmente?

- ¿Ha tenido últimamente algún problema en casa que le resulte difícil de resolver y le cree sentimientos negativos?
- ¿Ha sufrido en alguna ocasión situaciones de agresiones verbales o físicas por parte de su pareja?

DESESPERANZA

Signos y síntomas

- Expresión de apatía intensa.
- Falta de energía.
- Dificultad para expresar sentimientos.
- Deterioro de las relaciones personales.
- Ideas de suicidio.

III. Plan de seguridad

1. Se pide a la mujer que recuerde un episodio agudo de violencia y que haya vivido como peligroso; que vaya hacia atrás en su recuerdo para que identifique el paso de la fase de tensión a la de explosión. Identificar con ella cómo se ha construido la tensión.

2. Preparar la marcha. Una vez que sepa identificar que se va a producir la explosión, se le aconseja que vaya preparando cómo salir a un lugar más seguro (por ejemplo donde haya más gente) y que aprenda a decir “si esto sigue así nos vamos a apartar de ti, me llevo a los niños y luego hablamos más tranquilamente”.

3. Plan de escape. Indicarle que debe pactar con sus hijas e hijos una señal de escape y ensayarlo detalladamente. Saber por dónde va a escapar y dibujar con ella el plano de su casa. Que lo ensaye en su propia casa para que no lo tenga ni que pensar si tiene que usarlo. Se acordará la elección de una clave o código con algún amigo. Esta clave solo la comprenderán la mujer y la persona de contacto y servirá para comprobar que la mujer está bien y no corre peligro.

4. 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 la 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.

5. 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 peligrosos.
- Conocer los números de emergencias.
- Concertar una 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. Intervención por fases de cambio. Principios de la entrevista motivacional y escucha reflexiva

A continuación se presentan las intervenciones a realizar en cada una de las fases de cambio en que se puede encontrar 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. Ejemplo: <i>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. Ejemplo: <i>Todas las personas podemos hacer cambios poco a poco. Por lo que me has contado (por ejemplo si ha referido que tiene trabajo fuera de casa o cuida de sus hijas e hijos) en esta situación difícil tú estás 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 (Ejemplo: <i>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) Intervención (cómo)	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. 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. Ejemplo: <i>"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 valores de 0 (no tensión ni peligro) a 10 (máxima tensión y peligro). Prestar especial atención al reconocimiento de la tensión y la agresión. • Señalar la importancia de 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. Ejemplo: <i>"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. Ejemplo: <i>"El hecho de que la 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: <i>agresión física grave, riesgo de suicidio</i>). ▪ 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/las profesionales 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: “<i>Creo que lo mejor que puede hacer sería dejarle porque ya sabe lo que pasa con estas relaciones y si no le deja todo va a ir a peor, piénselo</i>”. ▪ Evitar explicar demasiado pronto los riesgos de la relación de maltrato. Ejemplo: “<i>Si sigue en esta situación puede llegar a ser una de las mujeres que salen en la televisión porque las han matado</i>”. ▪ Manifestar a la mujer la conveniencia de tomar una decisión: Ejemplo: “<i>Nos hemos visto varias veces, ahora creo que es conveniente ir perfilando las decisiones que quiere tomar, el camino a seguir, cómo lo va a hacer...</i>” ▪ 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 EN 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. Ejemplo: <i>"Me doy cuenta de que la ansiedad que sufro 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. Ejemplo: <i>"¿Cómo fue el día que la insultó?"</i> - Utilizar situaciones extremas: Ejemplos: <i>"¿Cuáles son los peores miedos o consecuencias si no cambia la situación?"</i> o <i>"¿Qué cosas peores podrían ocurrir si sigue la escalada de violencia?"</i> - Mirar hacia atrás. Ejemplo: <i>"Antes me decía que no salía apenas de casa"</i> - Mirar hacia delante. Ejemplo: <i>"Si toda la situación cambiara ¿cómo se sentiría?"</i> - Replantear los objetivos. Ejemplo: <i>"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. Ejemplo: <i>"Por lo que me dice sigue dejándola en ridículo ¿eso es bueno para usted?"</i> - Seguir la coordinación con otros recursos. - Valorar la indicación de derivación, de acuerdo con la mujer, a los Servicios de 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 proclive 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.

6. FASE RECAÍDA⁵ / 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. Ejemplos: <i>"Vd. no es la única. Esto le ocurre a muchas mujeres".</i> <i>"Vd. no tiene la culpa"</i> • En la entrevista motivacional se trabajará con la mujer: ▪ Su historia de maltrato y se hará una devolución. Ejemplo: <i>"¿se acuerdas cuando me decías que no la dejaba salir?"</i> ▪ El sentimiento de culpa que aparece en la mujer. Ejemplo: <i>"¿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 la mujer que lo sufre. Identificar nuestra frustración e incompreensión para evitar dirigir nuestra agresividad hacia ella. Las mujeres maltratadas hacen una media de 7 a 8 intentos antes de conseguir separarse completamente de su pareja. 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.

⁵ Recordamos que se trata de una fase incluida en un proceso de cambio vital, lo que no supone la vuelta al mismo punto

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 prueba 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 auto-eficacia. 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 la motivan para realizar un cambio; animar a realizar y definir 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.	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. Evitar, como norma, hacer más de 3 preguntas seguidas. Evitar asumir el rol de experto/a.
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 Intervención por fases de cambio, Anexo IV, 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.	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
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.	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.
Culpabilización	Es frecuente que la mujer en situación de maltrato tienda a culparse, o a disculparse, o a atribuir sus responsabilidades a otras personas.	Transmitir que lo importante es cómo actuar de ahora en adelante. Clarificar que el único responsable del maltrato es el agresor.

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 de 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 hacer 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 mejoras 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 la 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: Orientaciones para la intervención en Trabajo Social

En la historia social se explorarán los siguientes elementos:

- Situación familiar
- Situación laboral
- Situación económica
- Situación de vivienda
- Apoyo social : formal e informal
- Recursos personales

Al actuar como condicionantes que dificultan la salida de la situación de VPM, se prestará especial atención a:

La situación de dependencia económica

La existencia de personas a su cargo

La existencia de aislamiento social o falta de apoyo familiar.

Presencia de situaciones de especial vulnerabilidad (mujeres inmigrantes, situaciones de discapacidad ...)

La valoración social precisará de los siguientes datos, si la detección ha sido realizada por otro profesional:

- Si ha acudido sola o acompañada y por quien.
- Si hay antecedentes de maltrato o agresión.

En función de la situación de riesgo y de la decisión de la mujer se iniciará un proceso de información y asesoramiento, o una intervención con carácter de protección de la mujer y de las personas a su cargo si las hubiere.

Se trabajará el refuerzo positivo y el apoyo en la toma de decisiones.

Se explicará detalladamente a la mujer las ventajas que tiene para ella y el cuidado de su salud el comunicar su situación a otros recursos, a fin de garantizar la continuidad de cuidados y la prestación de las diferentes ayudas; por tanto si ella no tiene inconveniente se procederá a esta comunicación. 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.

Se facilitará al máximo el contacto con los recursos que la situación de VPM aconseje.

Una vez realizada la intervención se procederá al Registro del caso y se comunicará a la Gestor/a de Casos.

VI. Protocolo de protección en Urgencias, hospitalización y consultas externas

Urgencias

- Comunicar a los Servicios de Admisión General y de Admisión de Urgencias la prohibición de facilitar información sobre la situación de la mujer en el hospital.
- Comunicar igualmente al Servicio de Atención al Paciente, al Servicio de Información y a centralita telefónica la prohibición de facilitar cualquier tipo de información sobre la mujer.
- Comunicar a todo el personal del Servicio que no se debe facilitar información sobre la situación de la mujer, ni su ubicación en el Servicio de Urgencias.
- Garantizar que mientras la mujer permanezca en el Servicio de Urgencias se encontrará en un lugar seguro, bajo la vigilancia del personal de enfermería (box de aislamiento, sala de observación, etc.). Si es posible mantener siempre acompañada por la persona que ella decida: familiar o persona de su confianza o, en su defecto, personal del centro.
- Facilitar el acompañamiento de la mujer en los desplazamientos que deba realizar (RX, quirófano, planta de hospitalización, etc.)
- **Atención:** La prohibición de facilitar información sobre el estado de la mujer o su ubicación en el Servicio de Urgencias es extensible a todo el personal implicado en su asistencia.
- Advertir al personal sanitario y no sanitario de la obligación de notificar a la Supervisión del Servicio o en su defecto a la Supervisión de Guardia con carácter urgente cualquier intento de aproximación que efectúe el agresor si éste tuviera una orden de alejamiento o la víctima orden de protección.
- Una vez conocida esta situación, la Supervisión del Servicio o de Guardia avisará de forma inmediata a Seguridad y a la Dirección Médica del centro/Jefe de Hospital.
- **Atención:** El quebrantamiento de una orden de alejamiento/orden de protección supone tanto un grave riesgo para la integridad física de la mujer, como un delito. Los responsables del centro sanitario (Dirección Médica/Jefe de Hospital) deberán poner inmediatamente este hecho en conocimiento de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado. En estas situaciones, aunque la mujer manifieste su deseo de ver al agresor, no se accederá a la petición.
- Recoger en la historia clínica las medidas de protección adoptadas.

Hospitalización

- Comunicar a los Servicios de Admisión General y de Admisión de Urgencias la prohibición de facilitar información sobre la situación de la mujer en el hospital.
- Comunicar igualmente al Servicio de Atención al Paciente, al Servicio de Información y a Centralita telefónica la prohibición de facilitar cualquier tipo de información sobre la mujer.
- Comunicar a todo el personal del Servicio que no se debe facilitar información sobre la situación de la mujer, ni su ubicación.
- En caso de que la mujer esté ya ingresada, realizar un cambio de habitación incluso de planta si fuera preciso, para evitar la posibilidad de localización.
- En la puerta de la habitación colocar un cartel de "Prohibidas las visitas por orden facultativa".
- Advertir al personal sanitario y no sanitario de la obligación de notificar con carácter urgente a la Supervisión de la Unidad o a la Supervisión de Guardia cualquier intento de aproximación que efectúe el agresor si este tuviera una orden de alejamiento o la víctima orden de protección.

- Una vez conocida esta situación, la Supervisión de la Unidad o de Guardia avisará de forma inmediata a Seguridad y a la Dirección Médica del centro/Jefe de Hospital.
- **Atención:** El quebrantamiento de una orden de alejamiento/orden de protección supone tanto un grave riesgo para la integridad física de la mujer, como un delito. Los responsables del centro sanitario (Dirección Médica/Jefe de Hospital) deberán poner inmediatamente este hecho en conocimiento de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado. En estas situaciones, aunque la mujer manifieste su deseo de ver al agresor, no se accederá a la petición.
- Recoger en la historia clínica las medidas de protección adoptadas.

Consultas externas del hospital

- Facilitar el acompañamiento de la mujer en los desplazamientos que deba realizar (RX, planta de hospitalización, etc.)
- Prohibir que se facilite información sobre la mujer.
- Advertir al personal sanitario y no sanitario de la obligación de notificar a la Supervisión del Servicio o en su defecto a la Supervisión de Guardia con carácter urgente cualquier intento de aproximación que efectúe el agresor si este tuviera una orden de alejamiento o la víctima orden de protección. En estos casos se actuara según queda recogido en los apartados de urgencias y de hospitalización.
- Recoger en la historia clínica las medidas de protección adoptadas

Consultas externas de los CEP

- Facilitar el acompañamiento de la mujer en los desplazamientos que deba realizar (RX, etc.).
- Prohibir que se facilite información sobre la mujer.
- Advertir al personal sanitario y no sanitario de la obligación de notificar con carácter urgente a la Supervisión de Área Funcional/Responsable del Centro cualquier intento de aproximación que efectúe el agresor si este tuviera una orden de alejamiento o la víctima orden de protección. En estos casos se actuara según queda recogido en los apartados de urgencias y de hospitalización.
- Caso de que sea necesario el traslado de la mujer (Servicio de Urgencias) se debe garantizar que se efectúa en condiciones seguras. Se contactará con la Unidad de Trabajo Social del Hospital o persona designada por la Dirección del Centro de optimizar la coordinación de recursos y la atención.

Recoger en la historia clínica las medidas de protección adoptadas.

VII. Aspectos 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, removiendo 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 contra 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 la 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 éstos 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 Observatorio Regional de la VG**, como elementos básicos para la atención cercana a las víctimas y la coordinación entre la Administración Autonómica y la Local.

PRINCIPIOS ÉTICOS

En la intervención en situaciones de VPM, como de hecho en cualquier otra intervención sanitaria, deben respetarse los principios éticos siguientes:

- Velar por la vida y el beneficio de la salud de las /os pacientes. (principio de beneficencia):
- Evitar prejuicios para la salud de las/os pacientes (principio de no maleficiencia).
- Respetar la autonomía de la/el paciente.
- Respetar el compromiso de confidencialidad respecto a la información conocida en virtud del ejercicio profesional.

COMUNICACIÓN AL JUZGADO/SECCIÓN DE LA FISCALÍA PROVINCIAL DE MADRID PARA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

¿Qué se debe comunicar?

El conocimiento o sospecha de una situación de maltrato.

¿Cómo se debe comunicar?

El personal facultativo cumplimentará con letra clara y legible un parte de lesiones/ parte judicial.

A continuación se presentan las actuaciones a seguir en función de las distintas situaciones que se pueden presentar:

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 la mujer, incluido 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 Violencia de Pareja hacia las mujeres.

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 todas las recomendaciones del punto 1: 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 Sección de la Fiscalía Provincial de Madrid para la Violencia de Género, 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 en conocimiento de las Fuerzas de Seguridad del Estado.

Valoración de 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.

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 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.

VIII. Comisiones hospitalarias contra la violencia

El objeto de la Comisión contra la Violencia es establecer una pauta de actuación normalizada e integrada para las y los profesionales del Centro que posibilite una atención integral a la salud de las mujeres, niños y ancianos que sufren o han sufrido violencia así como implementar todas las acciones que en esta materia se consideren.

Debe de dar cobertura a todas las manifestaciones de violencia de las personas más vulnerables: mujeres, niños y ancianos. Es importante reseñar que en el caso de la violencia hacia las mujeres por parte de la pareja o expareja, con frecuencia está acompañada de la misma hacia niños, ancianos, discapacitados. La violencia doméstica es el término que se ha venido utilizando para expresar este problema de salud del entorno familiar.

Las funciones de la Comisión contra la Violencia están alineadas con los objetivos específicos elaborados y aprobados en el Grupo de Trabajo de Atención Especializada y Salud Pública dependiente de la *"Comisión Técnica para la coordinación de las acciones orientadas a la prevención, detección precoz y atención a la salud de las mujeres víctimas de la violencia de pareja"*, y son las siguientes:

1. Sensibilizar a las y los profesionales acerca de la magnitud, gravedad e impacto en salud de la violencia.
2. Optimizar la prevención, detección y atención de la violencia considerando aquellas situaciones de mayor vulnerabilidad.
3. Aumentar el registro de casos de violencia en los servicios de Atención Especializada.
4. Facilitar los instrumentos necesarios para la garantizar la adecuada atención sanitaria mediante información actualizada.
5. Adecuar la actuación profesional a la demanda y al momento del proceso de violencia.
6. Mejorar los circuitos de coordinación y derivación entre los diferentes niveles de atención sanitaria y con los recursos comunitarios.
7. Facilitar pautas a los profesionales que favorezcan su autocuidado en el afrontamiento de las situaciones de violencia.

El desarrollo de los aspectos de estructura y organización hospitalaria contemplan la constitución obligatoria en los Centros de determinadas Comisiones Clínicas así como también la creación de las que se consideren oportunas, este es el caso de la Comisión contra la Violencia. Siguiendo dicha estructura y organización dependerá de la Comisión Central de Garantía de la Calidad y tendrá como misión ser un órgano de asesoramiento de la Junta Técnico Asistencial y de la Dirección Asistencial/Médica de cada Centro, al igual que otras Comisiones Clínicas.

La Comisión Hospitalaria contra la Violencia debe de ser multidisciplinar e incluir en su composición a 7-10 miembros de entre los siguientes profesionales: trabajadores sociales, personal de enfermería (urgencias, matronas, planta), facultativos de urgencias, cirugía, traumatología, ginecología, psiquiatría, pediatría, geriatría-medicina interna. Los miembros de la misma tendrán que adecuarse a las peculiaridades de cada Centro en relación a las especialidades de la cartera de servicios de cada hospital.

Es importante incorporar como miembro de la Comisión a un/una psiquiatra especialista de Área para la mejora de la coordinación de acciones en esta materia y que necesitan los/as pacientes. Al respecto se ha enviado una comunicación al responsable de la Oficina Regional de Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud para que facilite la incorporación de profesionales a estas Comisiones contra la Violencia. Cada hospital

solicitará a dicha Oficina un miembro para dicha Comisión y el coordinador de Salud Mental de cada Área realizará la propuesta correspondiente para cada Centro.

Una vez constituida la Comisión se elegirá un Presidente/a y Secretario/a entre los miembros de la misma y con vistas a la operatividad de su funcionamiento se podrán constituir Subcomisiones o Grupos de Trabajo sobre los diferentes aspectos de la violencia familiar (mujeres, niños, ancianos).

Asimismo en el seno de la Comisión se nombrará la figura del gestora de casos. Se sugiere el perfil profesional de los/as trabajadores/as sociales. La función es la coordinación de los casos detectados dentro del propio Centro con Atención Primaria así como el tratamiento de los aspectos sociosanitarios, tan relevantes en este problema de salud. Este punto se desprende de la importancia de garantizar la continuidad asistencial en los casos de violencia detectados en el entorno familiar.

Se celebrarán un mínimo de 9 reuniones anuales, elaborando el acta correspondiente que se dirigirá a la Dirección Médica/Asistencial del centro para su conocimiento y acciones oportunas.

Finalmente y siguiendo el funcionamiento habitual, la propuesta de objetivos de la Comisión se establece en el seno de la misma, una vez constituida, y se pactan con la Dirección Médica/Asistencial y Responsable de Calidad.

IX. Recursos para mujeres víctimas de la Violencia de Género en la Comunidad de Madrid

RED DE PUNTOS MUNICIPALES DEL OBSERVATORIO REGIONAL CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

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, www.recursosmujeres.org

RED DE CENTROS RESIDENCIALES PARA MUJERES DE LA COMUNIDAD DE MADRID

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 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, las mujeres 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

1. 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.
prestado por Letrados/as del Turno de Oficio con especialización en esta materia.

2. Guía de Recursos para Mujeres de la CM

Ofrece una herramienta de apoyo al trabajo en el ámbito social, así como un acceso al 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 <http://www.recursosmujeres.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 Integral a las Víctimas de Agresiones Sexuales (CIMASCAM)

Proporciona atención social, jurídica y psicológica a mujeres víctimas de agresiones sexuales y a los miembros de su entorno familiar. Además de la atención directa se realizan actividades de prevención, divulgación, sensibilización y formación.

91.534.09.22. C/ Dr. Santero 12. Madrid 28039

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 <http://www.mujaresenred.net/IMG/pdf/guamalostratos-alvarez.pdf>
- Barba Martínez, José M^a, Ferrer Prior, Virtudes, Gea Serrano, Amor, Guillén Martínez, Rosa M^a, López Asensio, Catalina, Tourné García, Marina. Protocolo Regional de Prevención y detección de Violencia en la Mujer Mayor de 65 años. Instituto de la Mujer de la Región de Murcia,[accedido en junio 2008] disponible en <http://imrm.es/im009.asp?ipag=63>
- 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.
- Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. La violencia de Pareja contra la mujer: Magnitud del problema. Vol. 9, Febrero, 2003. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
- Carpenito Linda Gual. Manual de diagnóstico de enfermería (9ªed). Ed. Mcgraww-Hill Interamericana. Madrid, 2003.
-
- Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro de marzo. Estudio nº 2597. Marzo 2005. [acceso el 2 de julio de 2006]. Disponible en: http://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 <http://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: <http://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: <http://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.
- Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir. Procedimiento de Malos tratos y Agresiones Sexuales en Urgencias. Junta de Andalucía. 2004
- 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: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/index.html
- Heise, L; Ellsberg, M; Gottemoeller, M. "Ending Violence Against Women." Population Reports, Series L. No. 11, 1999. (Book Review).
- Hospital Costa del Sol .Guía de Actuación en la detección y manejo de la Violencia Familiar. 1^a revisión. Noviembre 2001.
- Informe Amnistía internacional. Sección España, Recomendaciones de Amnistía Internacional al proyecto de ley orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Julio 2004.
- Informe Amnistía Internacional. Más derechos, los mismos obstáculos. Amnistía Internacional. España Junio 2006.
- 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: http://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: http://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: http://www.mtas.es/mujer/mujeres/cifras/violencia/macroencuesta_violencia.htm. Instituto de la Mujer Región de Murcia. Prevención y detección de la violencia en la mujer mayor de 65 años.
- 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: http://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: <http://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 2004mayo-agosto;25(88):31-38
- Lopez Ibor Aliño Juan, Valdes Miyar Manuel. DSM-IV-TR. BREVIARIO. Criterios Diagnósticos. Masson. Barcelona. 2002
- 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: http://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.
- Nogueiras García, Belen, Arechederra Ortiz, Ángeles, Bonino Méndez, Luis. La atención Sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 2000.
- 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
- Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Comisión contra la Violencia de género. Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007
- Romero, Inmaculada: Desvelar la violencia: una intervención para la prevención y el cambio. Papeles del Psicólogo 2004mayo-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.
- Servicio Andaluz de Salud. Atención Sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos. Granada, 2001
- 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 <http://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: [http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.RES.48.104](http://www.unhchr.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. El concepto 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.

Reconstrucción. 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 especializada
para abordar la
violencia de pareja
hacia las mujeres



Servicio Madrileño de Salud

Comunidad de Madrid



Agencia Lain Entralgo

para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios

Comunidad de Madrid