



12 artículo

Sonia Herrero Velázquez [[Buscar autor en Medline](#)]

María del Carmen Fernández Alonso [[Buscar autor en Medline](#)]

Ion K. Iribar Diéguez [[Buscar autor en Medline](#)]



Prevención terciaria de la Violencia Doméstica: Actuaciones ante un caso de malos tratos.

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

Texto completo

El sistema sanitario, pero en especial la atención primaria de salud, tienen un papel clave en la actuación contra la violencia hacia las mujeres por parte de su pareja o expareja, conocida habitualmente con el término de Violencia Doméstica (VD). La situación que ocupa la Atención Primaria de Salud dentro del sistema sanitario y las características de la atención que prestan, le posibilitan además de para realizar un abordaje integral de la víctima para detectar, en ocasiones, situaciones precoces de maltrato.

El sistema sanitario, pero en especial la atención primaria de salud, tienen un papel clave en la actuación contra la violencia hacia las mujeres por parte de su pareja o expareja, conocida habitualmente con el término de Violencia Doméstica (VD) o "Violencia inflingida por la pareja"¹. El lugar que ocupa la Atención Primaria de Salud dentro del sistema sanitario y las características de la atención que prestan, le posibilitan para llevar a cabo un abordaje integral de la víctima y para detectar, en ocasiones, situaciones precoces de maltrato. El conocimiento o la sospecha, en nuestras consultas, de un caso de violencia de doméstica deberían suponer la puesta en marcha de las medidas profesionales que como problema de salud que es, requiere.

Muchas son las cuestiones planteadas acerca de las actuaciones que se llevan a cabo tanto en el abordaje como en el tratamiento de la violencia doméstica. La necesidad de estudios que avalen nuestras actuaciones es evidente tanto para diagnóstico como para el abordaje del problema^{2,3,4,5}. La evidencia de las intervenciones en violencia está, al igual que otros aspectos, en revisión. Algunos estudios⁶ han evaluado la efectividad de las actuaciones que, tras el diagnóstico, se están llevando a cabo con una mujer víctima de malos tratos. Por otro lado las revisiones de los estudios realizados nos ponen de manifiesto la dificultad en la comparabilidad de resultados de los mismos dado su diferencias metodológicas en población, ámbito de estudio, tipo de intervención evaluada...

La USTF⁷ revisa los abstracts de 667 investigaciones sobre intervención en VD. Solamente 2 de ellos cumplían los criterios de inclusión establecidos para medir su efectividad.. En uno de ellos, Mc Farlane¹ compara 3 grupos randomizados de mujeres embarazadas hispanas que cumplían criterios de maltrato, a las que se incluyeron en 3 programas de intervención diferentes: el grupo 1º fue "una intervención breve", en el 2º grupo se llevo a cabo un programa de "consulta o consejo" con acceso ilimitado a un "consultor" clínico y el 3º grupo participó en un programa de apoyo con una persona experimentada de la comunidad. Concluye que en los meses de seguimiento (6,12, 18 meses) los marcadores de violencia eran menores en todos los grupos, sin diferencias significativas entre grupos. En el otro estudio, Parker² compara los resultados de 2 intervenciones realizadas con 199 mujeres embarazadas con criterios positivos de maltrato. Un grupo recibió consejo durante 3 sesiones y al otro grupo se le facilitaron tarjetas con el listado de los recursos comunitarios existentes. En el seguimiento a los 6 y 12 meses, en el primer grupo se produjo un descenso significativo de la violencia en el ISA (índice de abuso a la esposa).

La CTF¹⁷ da las siguientes recomendaciones respecto a intervenciones concretas probadas:

1. No hay evidencia ni a favor ni en contra para recomendar el asesoramiento desde Atención Primaria, envío a casas de acogida y consejo personal y profesional *por ausencia de estudios válidos o no concluyentes* (Recomendación tipo I).

bibliografía

1. Garcia-Moreno Claudia, Jansen H, Watts Charlotte, Ellsberg M and Heisa L. Estudio multipais de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. OMS. Ginebra. 2005.

2. MacMillan HL, Wathen CN. Violence against women: integrating the evidence into clinical practice [editorial]. *CMAJ* 2003;169(6):570-1

3. Wathen CN, MacMillan HL, with the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Prevention of violence against women. Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* 2003;169(6): 582-4

4. Ferris L. Intimate partner violence. *BMJ* 2004; 328: 595-6

5. Taft A, Broom DH, Legge D. General practitioner management of intimate partner abuse and the whole family: qualitative study. *BMJ* 2004;328: 618-21.

Ver 

enlaces

No hay enlaces de interés



2. Una intervención de apoyo tras pasar una noche en un casa de acogida puede disminuir la tasa de reabuso y puede producir cambios positivos que incrementan la calidad de vida de mujeres maltratadas durante los dos años siguientes a la intervención (Recomendación tipo B).
3. Hay evidencias contradictorias sobre la efectividad de las intervenciones con los maltratadores, con o sin participación de la pareja, para la reducción de la violencia doméstica a largo plazo (Recomendación tipo C).

En otro estudio⁴ llevado a cabo con 1152 mujeres de entre 18 y 65 años de las consultas del médico de familia, se les preguntó entre otras cuestiones, acerca de la existencia de maltrato por parte de sus parejas (físico, psicológico y sexual). El estudio concluye que en las mujeres que sufrían cualquier tipo de maltrato, existía asociación entre la presencia de éste y una mala percepción de su salud física y mental, el abuso de sustancias, el síndrome de estrés postraumático, la depresión, la ansiedad y las ideaciones suicidas y además encuentra que en estas mujeres existe una asociación significativa entre disponer de elevados soportes sociales y la reducción de la percepción de la mala salud física y mental, de depresión, de síndrome de estrés postraumático y de los intentos autolíticos pudiendo ser sanitarios, familiares y amigos quienes proporcionen los soportes sociales necesarios. Otros estudios⁵ coinciden en aportar resultados positivos con el apoyo de recursos comunitarios.

Otras posibles causas que han contribuido a la dificultad del manejo de la violencia doméstica por parte del profesional sanitario es que la formación y el entrenamiento de los profesionales en el diagnóstico y tratamiento de este problema de salud es, aun hoy, insuficiente y la difusión de guías de actuación y de los recursos existentes no ha resultado adecuada para conseguir la implantación de las mismas. Este hecho ha podido contribuir a la demora en el diagnóstico y a que las actuaciones de los profesionales sanitarios no hayan sido homogéneas ni basadas en protocolos con líneas comunes de actuación. Esto ha supuesto intervenciones que, aunque a pesar de la buena intención y el apoyo y la actitud empática, no han sido intervenciones sistematizadas, integradas y apoyadas en un protocolo/guía de actuación aceptado, cuestión ésta que han podido ocasionar en ocasiones frustración en las expectativas tanto en la víctima como del propio profesional.

A pesar de las limitaciones y de las imperfectas opciones que tenemos para la detección y manejo de la Violencia Doméstica, debemos tener claro que, para aquellas familias que sufren la violencia será sustancialmente beneficioso el simple hecho de que el ciclo de la violencia pueda ser interrumpido. Esto nos debe animar a los sanitarios a mantener un alto grado de sospecha cuando examinamos a personas con riesgo de sufrir o de cometer malos tratos y apoyarnos en otros profesionales y soportes sociales que puedan ayudarnos a prevenir futuros incidentes⁷. Suponemos que sistematizar nuestra actuación hará más eficaz nuestro abordaje y nos ayudará a minimizar los riesgos y a mejorar el bienestar y la salud de la mujer víctima de maltrato. Creemos necesario incluir en nuestros protocolos elementos de evaluación que nos permitan conocer el resultado de nuestras actuaciones valoradas no solo como descenso de número de casos, sino también la resolución y mejora de los denominados "costos intangibles", como son el sufrimiento, el miedo, la depresión, pérdida de la autoestima, el costo de las vidas destrozadas... tan difíciles de cuantificar.

Las necesidades de atención sanitaria⁶ que puede requerir una mujer maltratada variará en función de la valoración de:

- Tipo de maltrato.
- Gravedad del mismo.
- Cronicidad de la situación.
- Deterioro de la salud física y psicológica de la mujer.
- De la red de apoyo con la que cuente así como de sus recursos personales.

Valoramos las actuaciones a llevar a cabo en la consulta ante el diagnóstico de maltrato dividiéndolas para ello en tres apartados:

1. Actuaciones a realizar en la primera consulta de diagnóstico.
2. Actuaciones en la consulta de seguimiento.
3. Otras actuaciones.

Actuaciones a llevar a cabo en la primera valoración en la que se realiza el diagnóstico de Violencia de Doméstica

Se proponen realizar al menos las seis primeras actuaciones en la primera consulta, y las restantes, en una consulta programa poco diferida en el tiempo:

1. Fijar el marco de la nueva situación.
2. Tiempo de evolución de maltrato. Valorar fase de "crisis aguda".
3. Preguntar sobre los tipos de maltrato sufridos.
4. Sintomía con su situación: valorar "fase del cambio".
5. Valorar red de apoyos
6. Exploración física, psicológica y social. Valoración de RIESGOS VITALES.

7. Oferta expresa de recursos disponibles.
8. Valorar la realización de parte de lesiones.
9. Establecer plan de actuación integral y coordinado.
10. Registro de los hechos y de nuestra actuación en la historia clínica.

La primera será **fijar el marco de la nueva situación**, expresándole a la mujer con una actitud empática y facilitadora de la comunicación que su problema nos importa, que esto que nos cuenta puede tener graves consecuencias relacionadas con su salud, que violencia es un problema que afecta a muchas mujeres, que su uso nunca está justificado y que ella no es la culpable de lo que le pasa. Es importante en esta primera entrevista permitirle reconocerse como víctima de violencia doméstica ya que el primer paso para buscar solución a un problema es saber que lo tienes.

Hay que preguntar por el tiempo de evolución de esta situación. Si es reciente, valorar alguna situación desencadenante de la misma y que pudiera tener un tratamiento distinto (situación de crisis vital en la familia, sobre carga familiar, abuso descontrolado reciente de sustancias tóxicas...). Debemos valorar si en este momento se encuentra en una situación de crisis aguda o está en una fase de maltrato cronificado no agudo. Para ello se le preguntará a la mujer la situación actual del maltrato.

Preguntar sobre todos los tipos de maltrato sufridos expresamente; físicos, psicológicos y sexuales. A veces por la magnitud de las lesiones físicas obviamos investigar los otros malos tratos que pueden incluso ser para la mujer más dolorosos que las propias lesiones físicas y muchas veces, incluso, más difíciles de manifestar y de percibir.

La receptividad de la mujer a nuestro mensaje, variará en función de la sintonía con su situación de violencia doméstica. A veces la respuesta de la mujer no es la que nosotros esperaríamos o deseáramos que tuviera. Esto en parte depende de su grado de reconocimiento del problema y de su actitud para afrontar el cambio de situación⁸. Se distinguen como las siguientes fases:

- Fase de precontemplación: no hay reconocimiento el problema ni de la necesidad de afrontar ningún cambio a pesar de que no les satisfaga su situación.
- Fase de contemplación: reconoce el problema y empieza a tomar conciencia de la necesidad de hacer algo para solucionarlo.
- Fase de preparación y de acción: la mujer va tomando decisiones y realiza actuaciones para solucionar el problema.
- Fase mantenimiento. Suele ser bastante habitual, dado el problema del que hablamos y los condicionantes externos del mismo que a lo largo de todas las fases, la mujer se cuestione de nuevo la situación e incluso se produzca la restauración de la relación con la persona maltratante.

El conocimiento de las consecuencias psicológicas que sobre la mujer puede tener una situación de maltrato y el respeto hacia la libertad de decisión, nos ayudará a entenderla y a ofrecer nuestro apoyo y ayuda ante decisiones de la mujer que aunque no comportamos si respetaremos. Explorar su actitud frente al problema y la fase del cambio en la que se encuentra nos permitirá estar mas en sintonía con su propio ritmo y adecuar nuestro mensaje en función de la fase y de las expectativas de la mujer.

Siempre hay que valorar los **apoyos familiares y sociales** con los que cuenta. La red de apoyo es un elemento clave en la resolución del conflicto. En la mayoría de las veces estará muy deteriorada por la labor de aislamiento que el agresor ha hecho. Preguntar a la mujer si tiene hijos y valorar la situación en la que se encuentran los mismos.

Además siempre se realizará una valoración integral de la víctima a través de:

- Exploración física sistemática y meticulosa de zonas visibles y ocultas. Hay que informar a la paciente de las posibles exploraciones que se le van a realizar, en especial si se va a explorar el área pélvica, así como la finalidad de las mismas. Se recogerá en la historia clínica la descripción de las lesiones: naturaleza, número, forma, localización y tamaño e incluso, si fuera posible y la paciente lo permitiera (firmar autorización), obtener registro fotográfico de las mismas.
- Exploración del estado emocional y psicológico de la víctima que nos permitirá valorar las repercusiones del maltrato en la esfera psicológica. No es preciso, si no se conoce de un modo exhaustivo, dar diagnósticos psiquiátricos, sino recoger el estado de psicoemocional que presente la mujer en ese momento (ansiedad, tristeza, llanto incontenible, bloqueo emocional...), así como la necesidad o no de instaurar tratamiento farmacológico. Cuando la paciente sufra un trastorno por ansiedad o depresión, debemos abordar este problema pero ser muy cautos a la hora de prescribir psicofármacos, como tratamiento exclusivo, sobre todo por periodos prolongados, porque a veces pueden mermar su capacidad de reacción o de autodefensa que le permita salir de la situación. Aquí no se trata de adaptarse a la situación de violencia; y otra razón para ser cautos es el mayor riesgo de adicción a sustancias, en las que puede ver una ayuda para sobrellevar situaciones límite. Los psicofármacos, sobre todo las benzodiazepinas pueden favorecer un

enmascaramiento del problema por lo que su uso requiere un seguimiento por parte de profesional

- Valoración del potencial riesgo de nuevas agresiones y de la posible gravedad de éstas deducido esto último por el grado de amenazas recibidas.

Esta actuación nos permitirá realizar una valoración de **los riesgos vitales** a los que pudiera estar expuesta la mujer y continuar la actuación acorde a la apreciación hecha de los mismos.

Valoración inicial de la situación del riesgo vital inmediato (R. V. I.):

- **R. V. I. Físico:** riesgo inmediato para la vida a causa de las lesiones sufridas. Se *valora* a través de la exploración médica de las lesiones producidas.
- **R. V. I. Psíquico:** riesgo de suicidio. Todos los tipos de maltrato tienen repercusiones psicológicas y su máxima expresión es el riesgo de suicidio. ¿Cómo valorar el riesgo de suicidio? Este se debe abordar con preguntas sencillas, pero directas. Serán progresivas en función de la respuesta.
 - ¿Ha tenido deseo en algún momento de "tirar la toalla", de desaparecer?
 - ¿Ha pensado alguna vez que desearía estar muerta para dejar de tener problemas?
 - ¿Ha pensado en quitarse la vida?, ¿Con qué frecuencia?
 - ¿Ha pensado en el modo de hacerlo?
 - ¿Lo ha intentado alguna vez?
 - ¿Tiene armas en casa? ¿En qué piso vive?...

La valoración del riesgo será alto sobre todo si la paciente declara directamente su intención, si lo tuviera planeado, y cuando lo haya intentado en otras ocasiones.

- **R. V. I. Social:** potencial riesgo de homicidio o de nuevas agresiones. Debemos recoger en el historia la sensación personal de seguridad que tiene la paciente sobre su propia vida.
 - ¿Se siente segura esta noche en casa?
 - ¿Su marido la ha amenazado alguna vez con armas o cuchillos?
 - ¿Ha tenido que consultar alguna vez por heridas que le ha provocado su marido?

Valorar si el agresor presenta factores de riesgo para un ataque brusco de violencia: alcoholismo, drogadicción trastornos psicopatológicos.

Valorar con preguntas sencillas los recursos familiares de apoyo con los que cuenta la paciente en caso de urgencia:

- ¿Conoce su problema algún familiar o amigo?
- ¿Podría contar con su apoyo si lo necesitara?
- ¿Podría acudir a casa de ellos en caso de sentirse amenazada?

La valoración del riesgo será alto sobre todo si el agresor ha amenazado con suicidarse tras darles muerte a ella o sus hijos (suicidio ampliado).

Una situación especial lo constituyen las **agresiones sexuales agudas**. En ellas aun cuando no exista riesgo vital a causa de las lesiones físicas, siempre se valorará como una situación de riesgo vital para la misma y como tal se actuará²¹.

Si se confirman alguno de ellos, tras realizar las actuaciones urgentes e inmediatas en nuestra consulta:

- En los casos de RV físico, psicológico y en las agresiones sexuales se remitirá *a/ hospital con carácter urgente* asegurando la llegada de la víctima al servicio de urgencias a través del traslado en ambulancia medicalizada, si fuera necesario, y comunicando al hospital el envío de la paciente.
- En el RV Social, se pondrá en conocimiento del juez de guardia la situación con carácter urgente, para que establezca las medidas de protección oportunas.

Si NO se confirman ningún riesgo vital, anotaremos en la historia la valoración y ausencia de los mismos y en función de la situación de la mujer y del desarrollo de la consulta el profesional consideraremos realizar las actuaciones que a continuación exponemos en esta misma consulta o en una consulta programada en breve.

Informar a la paciente de:

- Recursos Sociosanitarios⁸ (**Anexo 1**). En función de la situación de cada centro la citación con el trabajador social se fijará en el mismo momento del diagnóstico o en

esta segunda cita. Los trabajadores Sociales del centro de salud o de los CEAS son una figura clave e imprescindible. Pueden coordinar y poner en marcha la mayoría de los recursos sociales y sanitarios disponibles para la atención de las víctimas de violencia doméstica así como de las posibilidades de actuación y los pasos legales para formalizar la denuncia.

En caso de que la mujer sea remitida a su casa porque se descarte una situación de riesgo vital el profesional sanitario deberá informarle de cómo actuar si surge una situación de urgencia. Se recomienda por su generalización, atención 24 horas y fácil accesibilidad el teléfono único de emergencias: **112**. Otros teléfonos de INTERÉS de ámbito nacional, para una situación de urgencia:

- Policía nacional: 091 / Policía Municipal: 092 / Guardia Civil: 062.
 - Teléfono de urgencia para denuncia de malos tratos: 900 100 009 (llamada gratuita 24 horas).
 - Teléfono gratuito de Información 24 horas para la mujer: 900 19 10 10 y teléfono para mujeres sordas: 900 152 152.
- Informarle de los riesgos a los que está expuesta de mantenerse la situación. Puede ser útil para entender la situación explicarle a la mujer como es el "Ciclo de la Violencia" para que ella misma identifique las fases: Fase de aumento de la tensión, fase de crisis o aguda y fase de luna de miel. La situación más común es que sobre un fondo constante de violencia, generalmente de maltrato psicológico, hay ciclos de violencia física o psicológica mas grave que empiezan por una fase de tensión creciente que acaba con un episodio de agresión aguda, tras la cual aparece un periodo cada vez mas corto de arrepentimiento o de luna de miel. También es importante decirle que la violencia suele evolucionar de un modo creciente por lo que puede estar expuesta a riesgos aún mayores.
 - Se debe informar a la paciente de la necesidad de tener preparado **un plan de protección y huida**²² (**anexo 2**), con independencia de su deseo de continuar o no la relación, ante el riesgo de nuevos episodios.

El trabajador social y las asociaciones de ayuda a las víctimas pueden completar la información y poner en marcha los recursos necesarios ante una nueva situación de riesgo, pero el profesional sanitario debe proporcionar al menos esta información básica a la mujer en el momento del diagnóstico del problema.

Valorar la realización del parte judicial: Siempre se debe informar a la paciente de la responsabilidad legal que nos obliga como profesionales a informar al juez, a través del parte de lesiones, si tenemos constancia o sospecha de lesiones por violencia en nuestra consulta. En los casos donde exista Riesgo Vital de cualquiera de los tres tipos, se considera necesario la realización del parte de lesiones, incluso sin la aprobación de la mujer, dado que se ha valorado que está en peligro su vida y que *el parte de lesiones* es una herramienta legal para poner en conocimiento del juez unas lesiones físicas o psicológicas o una situación de riesgo de homicidio, que pueden tener relación con una supuesta situación de maltrato. En los casos en los NO exista riesgo vital y si la mujer nos declara expresamente su deseo de que no formulemos parte de lesiones, podríamos "demorar" su realización siempre y cuando no se encuentre en situación de riesgo vital y "negociar" con ella otras posibilidades de actuación (acudir a la asociación de víctimas, trabajadora social, grupo de autoayuda, psicólogo...) en tanto se *aplaza* la emisión de mismo, respetando su decisión y ritmo.

Se recomienda el modelo de parte propuesto en el protocolo del Servicio Interterritorial⁹, que ha sido adaptado en la mayoría de las comunidades autónomas. En el se recoge:

1. Información sobre

- Naturaleza de las lesiones y su descripción: localización, forma, disposición, tamaño aspecto y color.
- Contiene dibujos topográficos a fin de describir mejor las lesiones
- Antecedentes personales de la víctima
- Valoración del estado emocional de la víctima
- Pruebas realizadas
- Tratamiento administrado

2. Actuaciones llevadas a cabo con la mujer maltratada. Para el caso particular de las agresiones sexuales, dispone de un epígrafe específico.
3. Deberá dar un pronóstico supuesto, e informar si es remitida o otros servicios o si es hospitalizada.
4. Consta de 3 copias: una se entrega a la víctima, otra se envía la juzgado y otra se conserva en la historia del centro sanitario.

Siempre se debe informar a la paciente si se decide realizarlo y explicarle el itinerario que habitualmente sigue el parte de lesiones, así como las consecuencias que para ella tendrá la emisión del mismo y no exponerla así a riesgos mayores. Las consideraciones legales específicas propias de la violencia domestica son objeto de uno de los artículo de esta misma revista, al cual les remitimos.

Establecer un plan de actuación integral y coordinado:

- Contactar con el / la **trabajadora social** del centro de salud o de los CEAS quienes pondrán en marcha recursos específicos (casas de acogida, grupos de ayuda a las víctimas, grupo de autoayuda de mujeres...) o se coordinaran con otros profesionales cuya disponibilidad, al igual que los recursos disponibles, varían en función de provincias o comunidades autónomas. En función de la situación de cada centro la citación con el trabajador social se facilitará en la primera consulta o en la de seguimiento. Un recurso muy útil cuando está disponible son las asociaciones de víctimas. En ellas se da un apoyo, psicológico, legal y sobre todo personal, de acompañamiento a la mujer a lo largo del proceso (durante la fase aguda, para cursar la denuncia, en el juicio...), así como de terapia con otras mujeres víctimas cuando la situación lo permite.
- Informar al **pediatra** si tiene hijos: Si se ha detectado maltrato en la mujer y ésta tiene hijos, **debemos contactar con el pediatra** e informarle, por el riesgo potencial de los hijos, tanto por ser testigos de la violencia como por la posibilidad de estarlo sufriendo directamente. Debe de existir una buena coordinación entre pediatra y médico de familia, ya que en muchas ocasiones a través del pediatra podemos detectar malos tratos no solo hacia el niño sino también hacia la mujer. El maltrato debe sospecharse cuando se observe negligencia, abandono o maltrato en el niño y conductas inapropiadas del niño hacia la madre (sobreprotección o agresividad).
- Remitir a los **servicios especializados** si precisa. Es necesaria siempre la valoración y el seguimiento psicológico por el equipo de salud mental u otros equipos de apoyo psicológico de centros de atención a víctimas o asociaciones. Puede ser necesaria la intervención de otros especialistas (ginecólogo...) así como la intervención del forense, dependiendo del tipo y gravedad de las lesiones. Para una buena aceptación de la misma siempre se le informará a la mujer del motivo de la derivación y de la realización de su seguimiento por nuestra parte.
- Establecer un **plan de seguimiento** con la mujer, que tenga en cuenta la coordinación de las actuaciones puestas en marcha con los distintos servicios y profesionales.

Registrar los hechos en la historia clínica y codificación: se deben registrar los hechos descritos por la mujer y nuestra actuación en todas las visitas que tengamos con la mujer, ya que los registros de violencia doméstica en las historias clínicas son aún memores a los casos diagnosticados.

Debería registrarse no solo la confirmación de un maltrato sino también la sospecha del mismo indicando que signos o señales de alerta se apreciaron o si fue la existencia de algún factor de riesgo o situación de especial vulnerabilidad la que nos llevó a preguntar a esa mujer sobre la posibilidad de este diagnóstico y su respuesta negativa.

Es importante registrar los detalles expuestos en la valoración, el tiempo de evolución del maltrato, si ha habido denuncias previas, si alguien mas conoce la situación etc... Registrar siempre la valoración de los riesgos, si se remitió o no a otro profesional o institución y si se realizó o no parte judicial por maltrato. Si no se hizo explicar las razones.

Hay razones importantes que justifican el registro en la historia clínica:

- Por su utilidad para el seguimiento del proceso por el médico o para otro profesional que participe en el seguimiento del problema (enfermera, pediatra, trabajador social)
- Por la posibilidad de que sea requerida por el juez. La historia tiene un valor como documento legal y puede ser de gran utilidad para la defensa del profesional, si fueron adecuadamente registradas las actuaciones profesionales razonadas y justificadas.
- También puede ser utilizada para aportar pruebas en los casos de maltrato en los que no se cumplimentaron partes judiciales previos pero la paciente revele al juez que recibió atención médica en otras ocasiones a causa de maltrato.
- Porque si somos requeridos como testigos en un juicio por maltrato, (con frecuencia puede celebrarse al cabo de meses) nos permitirá recordar detalles que puede requerir el juez, y que se olvidan si no hay un registro escrito.
- Un buen registro de violencia doméstica y la codificación del problema nos permitirá disponer de datos epidemiológicos y conocer mejor la magnitud y características del mismo.

Sabemos que la información registrada en una historia clínica es confidencial. En los equipos de atención primaria, donde la atención es multidisciplinar, las historias son compartidas por varios profesionales. Esto unido a la informatización de las historias clínicas, hace necesario disponer de mecanismos para ocultar la información que el profesional considere mas "sensible", ya que muchos de los documentos generados por el sistema informático (como las Interconsultas al segundo nivel), recogen de un modo automático el listado de problemas de la paciente. Si además somos conscientes de que en la mayoría de los casos, la víctima ha necesitado mucho tiempo para decidirse a compartir su problema del maltrato y de que su seguridad pueda verse comprometida tras desvelar la situación de maltrato, hace mas primordial, si cabe, garantizar la confidencialidad de los

registros de la historia clínica.

Otro hecho importante a tener en cuenta es la falta de homogenización de los sistemas de codificación que está dificultando la cuantificación de la violencia doméstica en registros clínicos. De los sistemas de codificación de los malos tratos que utilizamos actualmente en Atención Primaria, ambos presentan limitaciones importantes, pero el que permite ser más explícito para codificar los posibles diagnósticos de malos tratos es el CIE- 9 MC, que además incluye la posibilidad de indicar quien fue el autor del hecho.

Actuaciones en el plan de seguimiento.

Para garantizar una evolución satisfactoria será preciso garantizar a la mujer un seguimiento y apoyo del proceso. Por ello se debe acordar con la mujer siempre un plan de seguimiento y que profesional va ser el encargado del mismo. Consideramos que el médico de familia es el profesional que mejor podrá llevar a cabo la coordinación entre lo social y lo sanitario, recursos ambos que con mucha probabilidad va a necesitar la mujer, así como un seguimiento cercano de su estado de salud. Para ello será preciso establecer la coordinación entre los profesionales del equipo (trabajador social, enfermera, pediatra, matrona...) y definir las funciones que tendrá cada uno en el seguimiento, para evitar repeticiones o deficiencias en éste. Una vez iniciado todo el proceso y puestas en marcha todas las acciones que se consideren en cada caso, habrá que desarrollar el plan de seguimiento acordado. Se fijarán con la mujer las citas y las posibles metas a alcanzar así como los plazos para las mismas. Se manifestará de un modo expreso que los tiempos y logros a alcanzar los fijará ella, que en este proceso se presentarán altibajos para los que debemos estar preparados y que nosotros apoyaremos sus decisiones aun en el caso de que no las compartamos. Se irán registrando:

- Valoración actual de los riesgos vitales, anotando de modo expreso su percepción de seguridad.
- Evolución de su estado de salud y de la medicación prescrita.
- Estado de las consultas especializadas pendientes, si hubieran sido necesarios y de los recursos sociales utilizados.
- Fase del cambio en la que se encuentra.
- Estado de los hijos.

Se irán valorando las actuaciones en función de las necesidades de la mujer y acordes a la fase del cambio en la que se vaya encontrando. Nuestra misión en cada caso será distinta en función de sus expectativas y circunstancias. Será muy importante en esta fase actuaciones de fortalecimiento de su *autoestima* así como de estrategias para *control de la ansiedad* que puede aparecer como respuesta a una continua sensación de peligro y de ansiedad extrema (técnicas de relajación, de control de la ansiedad, técnicas de distracción...). Los grupos de apoyo puestos en marcha por enfermería, trabajadoras sociales, asociaciones de mujeres o de víctimas pueden facilitar estas actuaciones y hacer una labor imprescindible en el proceso de cambio.

Otras actuaciones que pueden plantearse tras el diagnóstico de un MT

Actuación con los hijos: Valorar la situación de los hijos a través de la entrevista. Esta debe ser realizada por el profesional que mejor conozca al niño y en quien tenga más confianza, generalmente el pediatra.

Normas de actuación en la entrevista: En la medida de lo posible crear una atmósfera de confianza y seguridad:

- Ayudar a verbalizar sus emociones: miedo, culpabilidad, cólera, tristeza ambivalencia.
- Decirle que él no es culpable de los problemas familiares.
- Evaluar el grado de aislamiento del niño
- Evaluar su red social: familia, colegio, amigos
- Enseñarles a poner en práctica mecanismos de autoprotección: identificar situación de riesgo de agresión, instruirle sobre como actuar, saber a que teléfono tiene que llamar o a quien pedir ayuda y cuando.
- Comprobar si el niño tiene comportamientos autodestructivos.
- Si hay sospecha de agresión al niño: actuar según protocolo de maltrato infantil²³.
- Siempre se debe informar al pediatra para su seguimiento como niño en situación de riesgo, determinando si precisa aumentar la frecuencia de las visitas de seguimiento en el programa del niño o si se requiere la intervención de otros profesionales (psicólogos) o instituciones (equipos psicopedagógicos).

Actuación con el agresor: un aspecto que genera mucha inseguridad en el profesional es la intervención con el agresor. Los profesionales de atención primaria vivimos una situación no habitual para otros profesionales que atienden víctimas de maltrato como abogados, psicólogos o psiquiatras, etc., y es que **habitualmente compartimos la atención de víctima y maltratador**. Somos médicos de la familia, y por tanto casi siempre, de ambos y a veces de los hijos.

El abordaje del maltratador es especialmente difícil tanto por la complejidad de las intervenciones, como por la escasez de recursos; esto unido al hecho de que ser médicos de la víctima y del agresor y conocedores de sus antecedentes como tal, puede suponer una barrera en la relación, por mucho que no sea nuestra misión juzgar ni moral ni legalmente; o por el contrario al tener nuestro juicio previo sobre el agresor, cuestionar la credibilidad de la víctima.

Sin embargo, como médicos no debemos eludir esta responsabilidad cuando el agresor sea también nuestro paciente, atención a la que nos "obliga" el compromiso ético profesional. El médico debe valorar individualmente si es o no oportuno el contactar con el agresor y el momento que considera mas adecuado. Para ello se deberá contar con el consentimiento de la víctima. Este tema se trata ampliamente en el artículo específico del maltratador, en esta misma revista.

Las actuaciones propuestas se apoyan en las recogidas en el *Protocolo Sanitario* del Servicio Interterritorial⁹ para la actuación ante los malos tratos, así como en otras guías de actuación ante la VD de ámbito autonómico¹⁰, nacional^{11,12} e internacional^{13,14}.

Por todo lo expuesto consideramos que un lugar clave en el abordaje de la violencia de doméstica son las consultas de atención primaria, en especial las consultas de la enfermería y del médico/a de familia. Conocemos a las mujeres por problemas anteriores, tenemos múltiples posibilidades de contacto con ellas, somos accesibles, conocemos el contexto familiar lo que facilita que la mujer consulte su problema y que podamos intervenir preventivamente con los hijos así como detectar incluso en ocasiones, situaciones precoces de maltrato. Somos conscientes de que el diagnóstico de la violencia doméstica tiene importantes consecuencias para la mujer, los hijos, la familia extensa, los amigos, el agresor... pero también para los profesionales que las atienden, entre ellos, los sanitarios. El conocimiento de este diagnóstico en nuestras consultas puede originar en los mismos, sensaciones de rabia, impotencia, empatía, compasión, ansiedad, frustración, incomodidad, rechazo por una experiencia previa negativa, o miedo a no saber como abordarlo, difícilmente cuantificables, pero no por ello menos importantes.

Partiendo de la premisa de que la actuación frente al maltrato no va ser objetivamente fácil y de que éste va a ser un largo acompañamiento en el que será clave respetar el ritmo y las decisiones de la víctima, creemos que con la formación adecuada de los profesionales así como con la puesta en marcha de protocolos de actuación que permitan sistematizar, coordinar y evaluar nuestras intervenciones, podremos dar una mejor respuesta profesional al problema de la Violencia Doméstica (**Anexo 3**).

