

Atención Primaria de Calidad

GUÍA de BUENA PRÁCTICA CLÍNICA en

*Abordaje
en situaciones
de violencia
de género*

Atención Primaria de Calidad

Guía de Buena Práctica Clínica en

Abordaje en situaciones de violencia de género

Autores Dr. Miguel Lorente Acosta
*Director del Instituto de Medicina Legal.
Granada.*

Dr. Francisco Toquero de la Torre
*Médico de Familia. Facultativo de
Urgencias y Cuidados Críticos.
Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén.*

© IM&C, S.A.

Editorial: International Marketing & Communications, S.A. (IM&C)

Alberto Alcocer, 13, 1.º D. 28036 Madrid

Tel.: 91 353 33 70. Fax: 91 353 33 73. e-mail: imc@imc-sa.es

Prohibida la reproducción, por cualquier método, del contenido de este libro, sin permiso expreso del titular del copyright.

ISBN: 84-688-7355-1

Depósito Legal: M-30958-2004

ÍNDICE

Prólogos	5-7
Introducción	9
La violencia sobre la mujer, un problema de salud	13
Concepto y características de la violencia sobre las mujeres. Síndrome de agresión a la mujer y síndrome de maltrato a la mujer	25
Epidemiología y cifras	51
El papel del profesional de la Medicina frente a la violencia sobre las mujeres	61
El parte judicial y las cuestiones médico-legales	85
Hacia la atención integral frente a la violencia sobre las mujeres: prevención y protocolos de coordinación	101
Pautas de detección del maltrato en la asistencia clínica	109
Bibliografía	123

PRÓLOGO

La elaboración de esta Guía sobre la violencia de género no puede ser más oportuna. En efecto, la Guía se presenta cuando el Gobierno ha anunciado su voluntad de enviar al Parlamento un proyecto de Ley Orgánica integral contra la violencia de género, que ha suscitado a continuación el consiguiente debate público sobre su alcance y contenido.

En el proyecto de ley que se ha enviado al Parlamento, los profesionales de la salud y el sistema sanitario tienen un destacado papel, porque es vital su implicación en el ámbito de la prevención, en el diagnóstico precoz de la situación de violencia y en desencadenar los mecanismos de atención, protección y rehabilitación de la víctima.

Precisamente por ello, sobre un problema tan grave y complejo como éste, la Guía adopta un enfoque muy pertinente basado en tres premisas: arrojar luz sobre un fenómeno cuya magnitud real no se conoce bien; situar la violencia de género como un problema de salud pública que puede y debe ser prevenido y, en todo caso, ha de ser adecuadamente tratado, y definir el papel de los profesionales de la salud frente a la violencia contra las mujeres, incluidas las repercusiones médico-legales y judiciales de la misma.

Como dicen sus autores, esta Guía no pretende ser un protocolo concreto de actuación, sino más bien

«una luz que alumbré el camino a seguir». Yo estoy convencida de que ayudará a que los médicos y otros profesionales de la salud colaboren a desterrar de entre nosotros una lacra que nos avergüenza.

D.^a Elena Salgado Méndez
Ministra de Sanidad y Consumo

PRÓLOGO

La violencia sobre mujeres, entendida como todo acto de agresión, física o psíquica, basado en la superioridad de un sexo sobre otro, constituye, junto con los malos tratos a menores y ancianos, la expresión de un problema más amplio, la llamada violencia doméstica o violencia en el medio familiar.

Este tipo de violencia se enmarca dentro de las llamadas patologías de la civilización que han sido definidas «como un conjunto de problemas de salud, de etiología multifactorial, que tienen en común el que, tanto en su origen como en su tratamiento y curación, influyen poderosamente la formación cultural, las circunstancias sociales y la conducta personal».

La labor del profesional médico de Atención Primaria en la detección precoz de la violencia sobre mujeres es fundamental para poder determinar y actuar sobre una cuestión que trasciende más allá de la mera asistencia sanitaria y que se ha convertido en una lacra de la sociedad moderna.

La implicación del médico de familia es fundamental, por cuanto es el primer profesional cualificado y formado al que accede la mujer sobre la que se ha realizado el acto de violencia. En la actualidad, el Protocolo de actuación sanitaria ante malos tratos domésticos, del Consejo Interterritorial de Salud, era el único documento oficial con el que contaban los

profesionales sanitarios para abordar este tema. Esta Guía de Buena Práctica Clínica quiere convertirse en un manual de cabecera capaz de proporcionar al médico las técnicas y habilidades necesarias para la detección de la violencia contra mujeres dentro de la Atención Primaria, como el primer paso para realizar una evaluación precoz de la víctima y de su entorno familiar.

No olvidemos que la violencia sobre mujeres es, hoy por hoy, una patología prevalente, pero que su diagnóstico inicial requiere de una sospecha, por lo que el profesional sanitario tiene que tener siempre presente la posibilidad del maltrato y mantener una conducta activa frente a los mismos. Se ha comprobado que las preguntas sencillas y directas son más eficaces, sobre todo si son formuladas con claridad por el profesional, quien debe mantener una actitud de escucha activa y confidencial, evitando emitir juicio y procurando indagar la posibilidad de malos tratos a otros miembros de la familia. Hemos mantenido la terminología de «violencia de género» por ser ésta la conocida socialmente. El debate actual de maltrato a la mujer sólo vamos a analizarlo desde la evidencia de nuestras consultas, en las que se refleja la conducta social.

Esta Guía ha supuesto un reto para sus autores y un compromiso de la Organización Médica Colegial para con la sociedad, destinataria última de todas las acciones que realiza esta institución colegial.

Dr. Guillermo Sierra Arredondo
Presidente de la Organización
Médica Colegial

INTRODUCCIÓN

Esta Guía no pretende ser un protocolo de actuación ni la recomendación para asistir a las mujeres que acudan a un centro médico por haber sido víctimas de la violencia de género ejercida por sus parejas; los diferentes procedimientos de actuación se han ido desarrollando a lo largo de estos últimos años por las distintas instituciones y administraciones, y el nuevo escenario que abre la futura Ley Orgánica Integral contra la Violencia de Género, hace que las cuestiones relacionadas con la actuación a seguir se planteen ahora desde esa nueva perspectiva, para lo cual será necesario abordar unos nuevos protocolos de actuación que iremos desarrollando próximamente en coordinación con el resto de profesionales implicados en la asistencia de estos casos.

Sin embargo, ningún protocolo llevará a conclusión alguna si no se actúa bajo el compromiso de la profesionalidad y la responsabilidad, de ahí que esta Guía pretenda actuar, casi en sentido literal, como una luz que alumbré el camino a seguir y establezca sus límites y referencias de manera general, pero sin marcar el recorrido concreto, obra más propia de los protocolos y procedimientos de actuación. Por eso hemos querido presentarla como una guía, porque ante la oscuridad que envuelve a una violencia que ha sido ocultada en el seno de lo privado y que sólo trasciende en forma de graves agresiones, para ser de nuevo

cubierta con el velo de las justificaciones, el elemento fundamental es la luz del conocimiento que vaya guiando al profesional por un camino repleto de obstáculos y salpicado de imprevistos, circunstancias que pueden hacer pensar que se ha llegado al final ante la detención del camino o tomar el primer atajo ante la dificultad encontrada, evitando así el problema, pero sin resolverlo.

Una de las mayores dificultades que plantea el correcto abordaje de la violencia sobre las mujeres es el desconocimiento que la acompaña. Se desconocen los casos reales, pues sólo se llega a denunciar un 10-15% del total, y se desconocen las características de una violencia que va más allá y viene de más lejos que las agresiones puntuales que habitualmente conducen a las denuncias o a la demanda de una asistencia médica; no es difícil, pues, que no se sepan cuáles son las consecuencias que produce sobre las mujeres ni cómo se manifiestan en lo que respecta a la salud, tanto como pérdida de la misma, como en lo referente a las actitudes que las mujeres pueden adoptar ante el profesional que las atiende.

La respuesta desde la Medicina también ha estado envuelta por esos claroscuros que acompañan a la violencia. Por una parte se ha actuado, básicamente, sobre las cuestiones clínicas agudas de los casos con un resultado lesivo de mayor gravedad, pero en otros muchos no se ha sabido identificar el cuadro de malos tratos que había detrás de muchas de las manifestaciones que presentaba la mujer, y si se ha sospechado,

no se ha sabido profundizar para aclarar las dudas y los miedos que se generaban ante la posibilidad de que se estuviera ante un caso de violencia, y en Medicina, al igual que en el Derecho, cuando hablamos de dudas, el *in dubio pro reo* beneficia al agresor, pero en este caso a costa de la víctima, que continuará bajo su red y expuesta a una violencia que siempre va a más. «No hacer» es hacer que la violencia continúe, y que la salud de la mujer se vea cada vez más deteriorada; por eso los profesionales de la Medicina y la Sanidad deben de actuar con profesionalidad y responsabilidad para aclarar las circunstancias y los factores etiológicos relacionados con determinados cuadros clínicos, y hacerlo considerando que la violencia de género puede estar entre ellos. El riesgo está en la propia relación violenta y la noxa continuará actuando mientras no se haga algo para apartarla de su víctima. Esta medida exige un compromiso que vaya más allá de la sensibilidad o la implicación individual, ha de hacerse desde el conocimiento, pues desde esa perspectiva no es sólo el caso particular el que se resolverá, sino que también se contribuirá a hacer desaparecer los mitos y creencias que acompañan, como cómplices necesarios, a la violencia de género.

Por eso, antes de iniciar al camino mediante cualquiera de los protocolos desarrollados, es necesario disponer de la luz que da el saber para que nos abra el paso y nos acompañe en el trayecto, y así superar los pasajes más oscuros de una situación causada por un contexto de violencia sistemática y continuada, reple-

ta de agresiones puntuales. Sólo un pequeño porcentaje de las víctimas denuncian su situación, pero todas ellas acuden a un centro médico en demanda de asistencia clínica por cuadros que ni siquiera relacionan con la violencia, por eso el papel de los profesionales de la Medicina es fundamental para detectar, identificar, diagnosticar y tratar de una manera integral a las mujeres víctimas de la violencia de género. Esta Guía, de manera sencilla, quiere contribuir a avivar esa llama del conocimiento que ilumine el camino hacia la salud.

Quiero hacer constar, en nombre de los autores, nuestro agradecimiento a las Consejerías de Igualdad y Bienestar Social, Justicia y Administraciones Públicas de la Junta de Andalucía, impulsora de este tema, así como al Ministerio de Sanidad y Consumo por su sensibilidad respecto a este problema.

La violencia sobre la mujer, un problema de salud

La violencia que se ejerce sobre las mujeres es un problema de salud; es cierto que no es sólo un problema de salud, pero antes que nada, y mucho antes de trascender a la sociedad mediante el quebrantamiento de una norma, afecta a la salud física y psicológica de la mujer que la sufre: a la primera, para dañarla, y a la segunda, para someterla.

Estos son los dos objetivos de la violencia de género: producir un daño y conseguir el control de la mujer, por eso se produce de manera continuada en el tiempo y sistemática en la forma, como parte de una misma estrategia que va más allá de las agresiones puntuales que se repiten con más o menos frecuencia, y por eso ataca también a la posición social de estas mujeres. Sin embargo, los aspectos sanitarios y las consecuencias sobre la salud han sido los grandes olvidados al haber prevalecido una visión casi exclusivamente jurídica de la violencia sobre la mujer; es cierto que el resultado supone la comisión de un delito de lesiones, pero la agresión a la mujer es algo más que un delito y su solución no sólo pasa por la condena del agresor y por la reparación del daño causado a la mujer víctima de la misma. La verdadera solución va de la mano de la prevención, ésta de la modificación de los valores culturales que dan lugar al inicio de este tipo de conductas, y ello supone detectar, identificar y tratar

adecuadamente la mayor parte de los casos, que, hoy por hoy, aún siguen en ese terreno oculto del hogar. Sin una adecuada intervención sanitaria que permita el diagnóstico de todas estas situaciones y el tratamiento integral de las repercusiones clínicas para que las mujeres puedan recuperarse y adoptar una posición activa e independiente ante el nuevo panorama que deja atrás la violencia, el problema no podrá ser resuelto. De ahí que el papel de los profesionales de la Medicina sea clave, pues los síntomas y los signos de la violencia se presentarán envueltos por ese camuflaje de normalidad que la cultura ha desplegado para ocultar aquello que significa un ataque a los valores de la convivencia pacífica.

La Organización Mundial de la Salud, en la Asamblea General celebrada en Melbourne en 1996, adoptó la resolución 49.25, por la que declaraba que la violencia es un problema de salud pública, destacando de manera muy especial las repercusiones sociales de la violencia contra las mujeres. Pero ya antes (1952), al definir la salud como «no sólo la ausencia de enfermedad, sino también el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad», permitió superar el concepto biologicista de salud tradicionalmente vinculado a la violencia, e introdujo el componente social y político, los cuales pasaban a jugar un importante papel junto con el científico y posibilitan enfatizar las relaciones de poder dentro de la sociedad.

No todas las víctimas de esta violencia denuncian su caso y se abre una investigación judicial, pero todas

ellas ven mermada su salud, y en consecuencia todas acuden por un motivo más o menos directo en demanda de asistencia médica. Algunos estudios han puesto de manifiesto las importantes consecuencias de la violencia sobre la medicina clínica, demostrando que se produce una mayor demanda asistencial, traducida tanto en una mayor medicación, pues habitualmente la respuesta que se da es medicar los síntomas sin profundizar en su etiología, y en un mayor número de hospitalizaciones, que en algunos países como Canadá se ha cuantificado en tres veces más, todo ello ocasiona unos costes mayores, que llegan a ser el 92% más elevados que el de una mujer que no ha sufrido malos tratos.

Respecto a las repercusiones puntuales de la violencia de género sobre las mujeres y el grado de extensión de los casos, se ha comprobado que entre el 11 y el 30% de las mujeres que acuden a urgencias con lesiones han sido maltratadas. Entre los síntomas que presentan destaca el dolor crónico, fundamentalmente cefaleas y de espalda, alteraciones neurológicas centrales (mareos, convulsiones...) ocasionadas por el estrés crónico y por alteraciones neurofisiológicas derivadas de los traumas repetidos, alteraciones gastrointestinales (pérdida de apetito, modificación de los hábitos alimenticios, colon irritable...), hipertensión arterial por los hábitos de riesgo relacionados con la violencia, resfriados de repetición y procesos infecciosos respiratorios como consecuencia de una disminución del sistema inmunitario por los efectos de la depresión y

del estrés... En el aparato genito-urinario aparecen con frecuencia enfermedades de transmisión sexual, sangrado y fibrosis vaginal, disminución del deseo sexual, irritación genital, dispareunia, dolor pélvico crónico, infecciones urinarias..., en general la probabilidad de que una mujer maltratada tenga alteraciones ginecológicas es tres veces mayor que una mujer que no sea víctima de este tipo de violencia. Además, en un porcentaje significativo, concretamente entre el 40 y el 45%, las mujeres maltratadas también sufren agresiones sexuales en el seno de su relación de pareja, lo cual suele ir acompañado de una mayor degradación y humillación verbal, por lo que los efectos se ven agravados, especialmente en lo que respecta a las alteraciones psicológicas, caracterizadas por la depresión, la baja autoestima y el estrés postraumático.

La violencia sobre las mujeres no se limita a los ataques puntuales, ni sus consecuencias a los efectos de los golpes o de los ataques psicológicos que las amenazas o la humillación producen de manera inmediata. La violencia es una situación mantenida caracterizada por el control y el dominio de la mujer, y sus repercusiones sobre la salud también permanecen en el tiempo sin saber que son producto de la violencia, como no saben que su relación de pareja está construida sobre ella. Es el lenguaje simbólico que toma lo normal por lo normalizado y lo invisible por lo inexistente; de ahí que sea la luz del conocimiento la única que pueda poner un poco de claridad en este oscuro ámbito para encontrar la salida.

«Sólo se ve lo que se mira, y sólo se mira lo que se tiene en la mente». Con esta frase el investigador francés Alphonse Bertillon, a finales del siglo XIX, resumió de forma gráfica cómo el principio directivo de la conducta hacia la consecución de un determinado objetivo parte de su identificación, y ésta del conocimiento de la situación que se va a presentar y de sus posibles variables, que como interferencias en las ondas, se pueden entrometer entre la imagen o la idea que tenemos de esa realidad para deformarla, ocultarla o, incluso, hacerla desaparecer. De manera que ante la propia realidad permaneceremos ciegos de entendimiento, no por negar lo objetivo o lo evidente, sino por dejarlo hueco de valor o sentido, ligero de significado y capaz, por esa maleabilidad que da la orfandad conceptual, de integrarlo a cualquier contexto con tal de hacerlo desaparecer de nuestra conciencia, si su presencia nos genera algún tipo de conflicto o inseguridad. Es lo que ha ocurrido con la violencia sobre las mujeres, que no ha trascendido y cuando lo ha hecho se ha preferido mirar para otro lado, salvo que las lesiones fueran especialmente intensas, de manera que no se rompiera aquello que se consideraba como reservado a las decisiones internas que tomaran las personas implicadas, el agresor por un lado, y la víctima por otro, ignorando la situación de desigualdad y dependencia que presenta la mujer y desconociendo los efectos sobre la salud, especialmente psíquica, que la violencia (no sólo la agresión puntual) ha causado y las dificultades para adoptar una decisión en esas circunstancias. De ahí que al igual que se hace un

diagnóstico diferencial ante una cuadro de malestar general, fiebre, cefalea y tos, para saber su etiología y adoptar el mejor tratamiento, también habrá que poner en marcha el juicio clínico ante un caso de violencia para llegar a su identificación y diagnóstico y, posteriormente, a establecer todas las medidas dirigidas a la recuperación integral de la mujer que la ha sufrido.

La violencia no puede ser considerada tan sólo como el resultado de las agresiones, sería como pensar que la enfermedad sólo son sus síntomas y dejar a un lado todo lo relacionado con su etiología, sus circunstancias y los mecanismos y factores que hacen que una persona recurra a la violencia como mecanismo para conseguir unos determinados objetivos y mantener una posición en concreto. Cuando prevalece el resultado sobre todo lo demás, también lo hace el significado de ese resultado sobre el resto de los elementos. Esta situación hace que, al margen de la atención clínica de las lesiones sufridas, sea la vertiente legal la que prevalezca sobre los aspectos relacionados con la salud de la víctima, pues, ante todo, la sensación que predomina en la sociedad ante un caso de agresión es que se trata de un problema legal. La víctima recibirá la atención médica necesaria, pero como algo inmediato para recuperarla del estado en que ha quedado, como si el resultado de la violencia sólo fuera el resultado de la agresión, pero sin dejar de pensar que el problema es, sobre todo, una cuestión jurídica o legal, puesto que se ha cometido un delito de lesio-

nes, y ello conlleva la intervención policial, judicial y forense para aclarar lo ocurrido y responder penalmente ante lo sucedido. De este modo, el problema se desplaza hacia la vertiente jurídica, y desde el punto de vista de la Medicina y de los profesionales de la salud parece que el único compromiso es tratar las lesiones agudas que haya sufrido la víctima; además, como la agresión se ha producido en un momento concreto y en un contexto determinado que desaparecen con el propio conflicto, da la sensación de que cuando se actúa desde la Medicina y la sanidad ya todo ha acabado, y no interesa en esas circunstancias reavivar la llama del enfrentamiento.

La realidad es muy distinta. El resultado en forma de agresión no es una conducta aislada que se repite con más o menos frecuencia según unas determinadas causas, sino una estrategia en la que la violencia se ha convertido en una forma de lenguaje, en un modo de comunicar e imponer a la mujer las pautas de comportamiento en la relación de pareja, por eso las lesiones sobre las mujeres víctimas de la violencia de género no se limitan al episodio aislado que caracteriza a una agresión, sino que son acumulativas y van produciendo un daño cada vez mayor, sobre todo desde el punto de vista psicológico. Y también, por dicha razón, el episodio no ha terminado cuando la mujer acude al hospital o al centro de salud; de hecho la mayoría de las veces la mujer trata de ocultar la causa de las lesiones al estar bajo los efectos de la violencia.

Si analizamos la situación desde esta perspectiva, anteponiendo la persona a los hechos y la salud al resto de las implicaciones, veremos que las consecuencias son muy distintas. Ya no se trata de un problema fundamentalmente jurídico, sino de un problema de salud, de una situación que afecta a la salud individual de las víctimas directas de las agresiones, pero también a las víctimas indirectas o secundarias que están cerca del ambiente donde se producen las agresiones, fundamentalmente los hijos y las hijas.

¿Cuáles serían las consecuencias inmediatas de este cambio de actitud por parte de los profesionales de la Medicina, que permitiera pasar a un primer plano la consideración de la violencia como un problema de salud? Desde el punto de vista individual, el conocimiento de las características del maltrato y de la situación de la víctima ayudarían a la detección, identificación y diagnóstico correcto de los casos, tanto de los que la víctima refiriera directamente como de aquellos otros en los que la sintomatología y lesiones de la mujer hagan sospechar la posibilidad del maltrato sin que ella lo reconozca o acepte. Conocer el papel de la sanidad, tanto desde el punto de vista individual como social, evitará que ante los casos menos claros el médico dude sobre cuál es la conducta a seguir, tanto en lo referente a la asistencia y tratamiento que se debe adoptar, que debe dirigirse a la recuperación completa de la mujer, no sólo a la cura urgente de las lesiones recientes y, por tanto, puede requerir la actuación coordinada con otros profesionales, como a la hora de abordar

las cuestiones médicas de tipo social, especialmente a la hora de emitir el correspondiente parte judicial.

Desde el punto de vista social, al margen de poner en conocimiento de la autoridad judicial la posibilidad de que se haya cometido un delito y la consecuente actuación de los profesionales correspondientes para resolver estos aspectos, la actuación clínica contribuirá de manera eficaz a que afloren un gran porcentaje de casos en los que las mujeres que sufren las agresiones no ponen la denuncia, pero sí acuden al centro médico en busca de un tratamiento. Y lo hará al conseguir un mejor diagnóstico, incluyendo los elementos que apuntábamos con anterioridad, y al evitar que casos que antes no eran diagnosticados queden ahora en el anonimato. Por otra parte, se conseguirá un abordaje integral y global de la asistencia de la mujer maltratada, coordinando desde ese primer momento toda la atención clínica (física y psicológica) que requiera la mujer, no sólo para asistirle de las lesiones sufridas en la última agresión, sino para recuperarla de las consecuencias derivadas de la situación de violencia que ha venido viviendo. Y en tercer lugar, también bajo la filosofía del tratamiento integral, la mujer será puesta en contacto con los servicios sociales, instituciones y oficinas encargadas de informar y asesorar a la mujer en las cuestiones sociales, legales y jurídicas que pudieran derivarse de su situación para conseguir responder a todas las cuestiones surgidas y recuperar a la mujer, preparándola para que pueda actuar con autonomía e independencia.

De no hacerlo así continuaremos en una situación parecida a la actual, en la que el éxito se basa en la actitud individual, pero valorando más el resultado de la agresión que el significado de la violencia, y en la que cada una de las diferentes actuaciones profesionales (clínica, social, policial, jurídica y psicológica) se presentan inconexas, sin garantías de continuidad y, lo que es aún más grave, sin poder evitar que todo ello actúe de alguna manera en contra de la mujer.

Vemos cómo la consideración de la violencia de género como un problema de salud ayuda a mostrar la situación como algo más que un conflicto puntual propio de las relaciones de pareja, y pasa a ser considerado como una situación de violencia mantenida con episodios repetidos de agresión y que, en consecuencia, el proceso no es propio de una relación de pareja si no fuera porque una sociedad androcéntrica previamente lo ha normalizado como tal y la ha situado dentro de ese contexto. De lo contrario, no se perpetuaría en el tiempo ni produciría lesiones físicas ni psíquicas tan graves. El problema, por tanto, no es jurídico, sino que tiene una base social y cultural, y ello requiere recuperar a la mujer víctima de esa situación, no sólo curar a las mujeres de las lesiones puntuales que hayan podido sufrir, pues eso será insuficiente para la solución definitiva del problema. Para ello, los profesionales de la salud han de adoptar una nueva actitud basada en los conocimientos científicos que los últimos estudios han ido aportando, pues de lo contrario el simple hecho de no hacerlo bien, ya significará estar

realizándolo mal y contribuir a perpetuar la situación de violencia.

La violencia en el seno de las relaciones de pareja conducirá a un aumento de la violencia social y a la socialización de niños y niñas sometidos a ese ambiente bajo un patrón de violencia, permitiendo que el ciclo continúe y se perpetúe en el tiempo por medio del aprendizaje y de la transmisión intergeneracional.

Concepto y características de la violencia sobre las mujeres. Síndrome de agresión a la mujer y síndrome de maltrato a la mujer

Para entender el significado de esta conducta debemos situar el hecho, la violencia, en el contexto en el que se produce.

Toda conducta humana, incluyendo la delictiva, tiene dos componentes fundamentales: el instrumental y el afectivo o emocional. El primero hace referencia a la motivación de la conducta que se realiza y va dirigido a la consecución de unos objetivos más o menos determinados; el componente afectivo dota de una carga emocional a la realización de esa conducta. En el caso de la agresión a la mujer el análisis demuestra que en el componente instrumental no existe un objetivo concreto ni delimitado, existiendo una gran desproporción entre la conducta en sí y el resultado respecto a los motivos que la desencadenan o a los objetivos que pretenden conseguir, que finalmente demuestran que sólo pretenden mantener un grado de control y un contexto que le beneficie en términos de privilegio y tranquilidad, basado en la posición de superioridad del hombre y a la subordinación de la mujer.

El contexto que posibilita y permite este tipo de conductas por parte del hombre es lo suficientemente complejo y difuso, y está lo bastante entremezcla-

do con otras normas y valores de la sociedad como para que resulte difícil delimitarlo. Resulta más fácil tratar de identificar la realidad de la agresión a la mujer con las características de los casos que se conocen y relacionar el origen del problema al problema puntual que existía en cada uno de los casos denunciados. Surge así uno de los grandes obstáculos con los que ha contado el problema, la dispersión y el aislamiento como hechos sin relación, y la identificación de la globalidad del problema con el de los casos conocidos o denunciados, que en cualquiera de las manifestaciones de este tipo de violencia no suponen más del 5-10% de la totalidad de ellos.

Estas circunstancias nos han permitido definir el *síndrome de agresión a la mujer* (Lorente, 1998) como «agresiones sufridas por la mujer como consecuencia de los condicionantes socioculturales que actúan sobre el género masculino y femenino, situándola en una posición de subordinación al hombre, y manifestadas en los tres ámbitos básicos de relación de la persona: maltrato en el seno de las relaciones de pareja, agresión sexual en la vida en sociedad y acoso en el medio laboral».

El síndrome queda definido como un hecho general caracterizado por la realización de una serie de conductas de agresión hacia la mujer en las que la violencia se desarrolla bajo unas especiales circunstancias, persiguiendo unos determinados objetivos y motivada por una serie de factores comunes. Aunque el síndrome incluye al maltrato, las agresiones sexuales y el

acoso, nos centraremos fundamentalmente en el maltrato en el seno de las relaciones de pareja, por ser la conducta violenta más extendida y estar en la base del resto de las manifestaciones de género.

SÍNDROME DE MALTRATO A LA MUJER

El síndrome de maltrato a la mujer es una de las tres manifestaciones del síndrome de agresión a la mujer, y viene caracterizado por su estrecha relación con los condicionamientos socioculturales, tanto en su origen, como en su manifestación y consideración, así como por la reciprocidad de la agresividad. Esto hace que la violencia sea especialmente intensa, que existan lesiones de defensa y que el daño psíquico sea uno de los elementos más importantes.

No podemos equiparar, por tanto, el síndrome de maltrato a la mujer al maltrato en la infancia ni a ninguno de los otros cuadros, ya que a pesar de tener algunas características en común, son más las diferencias que existen. Entre ellas destaca al hecho de la violencia sobre la mujer también se produce fuera del ambiente de la familia, tanto antes de su formación durante el noviazgo, como, y especialmente, una vez finalizada la relación familiar tras la separación o el divorcio.

Estas características nos hacen insistir en la independencia y autonomía conceptual del síndrome de maltrato a la mujer respecto a otros cuadros de violencia interpersonal en los que la mujer puede ser víctima de agresiones que no buscan el objetivo de con-

trol y dominio. También debemos evitar encuadrarlo o denominarlo con terminologías que pueden inducir a error y favorecer que no se desenmascare la realidad del problema por insistir en determinadas circunstancias concretas. Nos referimos fundamentalmente a las referencias que se hacen al tema como «violencia doméstica» y «violencia familiar». Por una parte, hemos visto cómo las víctimas de este tipo de violencia no son sólo las mujeres, sino que pueden llegar a serlo todos los miembros de la familia (hijos, ancianos, padre, madre...), del mismo modo los autores pueden ser cualquier miembro del grupo, actuando normalmente por motivos más específicos que no se ajustan a los del síndrome de maltrato.

El ambiente doméstico o familiar, pues, sólo es un escenario, quizá el más importante en términos de frecuencia, pero no el único ni probablemente el más trascendente, ya que se puede iniciar durante la relación de noviazgo y, sobre todo, no finaliza cuando se acaba la relación familiar o desaparece el contexto doméstico. En ocasiones es más bien al contrario, la situación se agrava y se produce un mayor acoso y persecución de la mujer con el consiguiente daño psíquico, y unas agresiones físicas quizá no tan repetidas, pero sí más violentas, como si en una agresión descargara toda la agresividad acumulada de varios de los episodios anteriores, llegando en algunas ocasiones a cuadros que suponen un importante riesgo para la mujer e incluso al homicidio. Es en esta situación en la que la relación está en vías de acabar o ya

finalizada es cuando la idea de la mujer como pertenencia más puede desencadenar la violencia al ver que le ha sido «arrebataada y que puede ser compartida con otra persona».

Por todo lo anterior, el *síndrome de maltrato a la mujer* (Lorente, 1998) queda definido como el «conjunto de lesiones físicas y psíquicas resultantes de la situación de violencia creada y de las agresiones repetidas llevadas a cabo por el hombre sobre su cónyuge, o mujer a la que estuviese o haya estado unido por análogas relaciones de afectividad».

El síndrome de maltrato a la mujer viene definido, pues, por un cuadro lesional resultante de la interacción de los tres elementos que intervienen en las lesiones: el agresor, la víctima y las circunstancias del momento o contexto. Ello quiere decir que no toda lesión producida a una mujer debe considerarse como un síndrome de maltrato, sino que deben existir una serie de características que estudiaremos a continuación.

EL AGRESOR EN EL MALTRATO

El agresor es el hombre que mantiene o ha mantenido una relación afectiva de pareja con la víctima.

La primera gran característica de los autores de estos hechos es que no existe ningún dato específico ni típico en la personalidad de los agresores. Se trata de un grupo heterogéneo en el que no existe un tipo único, apareciendo como elemento común el hecho de

mantener o haber mantenido una relación sentimental con la víctima.

Los estudios realizados en este sentido se han dirigido en diferentes direcciones y han puesto de manifiesto algunas características generales. Entre ellas destaca el hecho de que el factor de riesgo más importante es *haber sido testigo o víctima de violencia por parte de los padres durante la infancia o adolescencia*, y que entre las razones y motivaciones existentes en este tipo de hechos están la necesidad de control o de dominar a la mujer, sentimientos de poder frente a la mujer y la consideración de la independencia de la mujer como una pérdida de control del hombre. Con frecuencia los hombres atribuyen las agresiones hacia sus parejas al hecho de no haber desempeñado correctamente sus obligaciones de buenas esposas. Hotaling (1989) encontró entre las respuestas de los agresores que el propósito primario de la violencia era «intimidar», «atemorizar» o «forzar a la otra persona a hacer algo». De este modo, como Sonkin y Dunphy (1982) observaron, muchos hombres maltratan simplemente porque funciona como medio de obtener sus objetivos, lo cual supone una crítica al argumento emocional o situacional que escapa al control del agresor, también actúa como una salida segura para la frustración que pueda tener, tanto si ésta proviene de dentro del hogar como si lo hace de fuera. La gratificación obtenida al establecer el control por medio de la violencia también puede reforzar a los agresores y hacerlos persistir en esta actitud. Por lo tanto, como resumen, pode-

mos establecer que la gratificación por el uso de la violencia frente a sus parejas (esposas o novias) puede ser debida a:

1. Liberación de la rabia en respuesta a la percepción de un ataque a la posición de cabeza de familia o de déficit de poder.
2. Neutralización temporal de los intereses sobre dependencia o vulnerabilidad.
3. Mantenimiento de la dominancia sobre la compañera o sobre la situación.
4. Alcanzar la posición social positiva que tal dominación le permite.

No se han encontrado diferencias significativas con relación a la edad, nivel social, educación... Sí se ha hallado una mayor incidencia de conductas antisociales en estos hombres, pero sin que se haya determinado de forma consistente un patrón psicopatológico en los individuos que agreden a su pareja.

A pesar de estos resultados, generalmente basados en muestras relacionadas con episodios de maltrato en el medio familiar, debemos tener en cuenta que la mayoría de estos agresores no se encuentran envueltos o relacionados en hechos criminales o disturbios públicos. Estos casos, caracterizados por una gran violencia al ser más conocidos y llamativos, producen una especie de efecto umbral sobre la sociedad que identifica el maltrato con ellos, minimizando los restantes.

Como hemos visto no existe, pues, una característica clara en la personalidad de los agresores estudiados, haciendo hincapié en la heterogeneidad de este grupo de individuos. Esto ha hecho que se estudien algunos factores o circunstancias que han favorecido la adopción de esa peculiar forma de conducta violenta.

Las características del agresor son los elementos que más condicionan al síndrome. A pesar de que en la mayoría de los casos el agresor es una persona «normal» que no se puede encuadrar dentro del grupo de las psicopatías o trastornos de la personalidad ni como enfermo mental, es importante conocer que en algunos casos el agresor puede padecer algún tipo de trastorno o patología mental, aunque sería una mínima proporción del total de los casos y bajo ningún supuesto puede interpretarse como un justificante, ya que no existe ninguna enfermedad que justifique la agresión a la mujer de forma específica. Nos referimos al grupo que hemos denominado como «agresor patológico».

Las alteraciones que pueden suponer una agresividad más acentuada se pueden encuadrar en los siguientes grupos: trastornos de la personalidad (trastornos de la personalidad paranoide, antisocial, límite y pasivo-agresivo) y enfermedades mentales (enfermedades orgánicas —traumatismos craneoencefálicos, epilepsia...—, psicosis funcionales —esquizofrenia, psicosis paranoide, psicosis maníaco-depresiva—, ...).

Un grupo aparte por la frecuencia con la que aparece y por los razonamientos que se hacen alrededor del mismo es el del alcohol y las sustancias tóxicas, de hecho, según los barómetros del CIS, el 94% de los españoles y españolas afirman que los malos tratos se deben a estos factores. En estos casos hay que diferenciar entre la relación de la agresividad y la personalidad del consumidor, que podría llevarnos a cualquiera de los otros grupos de agresores, y la acción directa de las sustancias tóxicas sobre la personalidad. Muchos autores consideran el consumo de sustancias tóxicas como un suicidio crónico y, por tanto, como una forma de autoagresividad. También se ha comprobado cómo la mayoría de estas sustancias conducen a un estado de intoxicación en el que la heteroagresividad está aumentada, no sólo por la acción sobre la fisiología del organismo, sino también por los factores ambientales en los que se desenvuelven estos individuos. En general, la agresividad viene condicionada fundamentalmente por la desinhibición que producen estas sustancias y por el contexto, por lo que el grado de agresividad puede ser muy variable, dependiendo de la participación de cada uno de los componentes.

En todos estos casos debe llegarse a la conclusión de agresividad patológica por medio del diagnóstico del proceso o enfermedad en la que se enraiza y de la que surge la conducta violenta, sin que ésta justifique la anormalidad clínica del sujeto, y siempre considerando que pueden existir características de diferentes tipos de agresores en un mismo individuo.

Desde el punto de vista clínico resulta importante llegar a un diagnóstico del agresor patológico desde un primer momento para iniciar las medidas judiciales oportunas y evitar nuevos episodios de agresión, que en algunos casos pueden traer fatales consecuencias por partir de enfermos mentales sin los recursos psicológicos suficientes para poder inhibir sus acciones.

LA VÍCTIMA DEL MALTRATO

La consideración de la víctima de la violencia de género ha venido condicionada y matizada por la propia valoración y consideración de este tipo de violencia en la sociedad.

Los primeros estudios centrados sobre la víctima, partiendo de la base de que la conducta es el reflejo de la interacción de la persona con una situación, llevaron a la conclusión de que determinadas características en algunas mujeres hacían que tuvieran una mayor probabilidad de ser maltratadas. Estos trabajos se basaron en el estudio de mujeres que habían sido agredidas, las cuales presentaban una serie de síntomas que fueron considerados como causa de la violencia frente a ellas (Schultz, 1960; Kleckner, 1978; Symonds, 1979; Walker, 1979).

Estudios posteriores demostraron que los trabajos anteriores fallaban en el análisis de la interacción entre las personas y la situación, confundiendo la etiología con las consecuencias del trauma, quedando por tan-

to desacreditados. Analizando tres grupos de mujeres, por un lado víctimas de malos tratos que no han adoptado ninguna conducta para acabar con la situación hasta fases avanzadas, por otro mujeres que han adoptado una actitud más activa en contra de la agresión y, finalmente, otro grupo formado por mujeres que no han sido víctimas de dicha agresión, se llegó a la conclusión de que no existen diferencias en las características de la personalidad entre los tres grupos (Koss, 1991). Si se encontró (Koss y Dinero, 1989) un «perfil de riesgo», en las que el riesgo de ser maltratadas era dos veces más elevado que en el resto, pero sólo afectaba al 10% de las mujeres. El principal factor de riesgo eran los antecedentes de abuso sexual y exposición a la violencia durante la infancia y las consecuencias reflejadas como alteraciones de conducta derivadas de los mismos. Este hecho, por lo tanto, caracteriza a ambos, al agresor y a la víctima.

Tampoco se encontraron en las víctimas relaciones consistentes con los ingresos económicos, nivel de educación, ser o no ama de casa, pasividad, hostilidad, integración de la personalidad, autoestima, ingesta de alcohol o emplear violencia con los niños. Del mismo modo, no se hallaron evidencias con relación al estatus que la mujer ocupa, al trabajo que desempeña, a las conductas que realiza, a su perfil demográfico o a las características de su personalidad. Ninguno de estos factores influye de forma significativa en las posibilidades de que sufran una agresión en su vida familiar.

Por el contrario, las características del hombre con el que la mujer mantiene la relación actúan como marcadores más apropiados para conocer el riesgo de que una mujer llegue a ser víctima de la agresión de su pareja. Esta situación hizo afirmar a Hotaling y Sugarman que «el precipitante más influyente para la víctima es ser mujer. La victimización de las mujeres puede ser mejor comprendida como la realización de una conducta masculina».

La explicación del porqué se llega a producir una victimización tras los abusos en la infancia ha sido aportada por diferentes estudios clínicos, apuntando que el hecho de abusar sexualmente de un niño va asociado con un mayor riesgo de revictimización en fases más avanzadas de su vida por diferentes tipos de agresores, incluyendo a sus parejas. Los clínicos han especulado que puede ser debido a una ausencia de oportunidad para desarrollar mecanismos de protección adecuados combinado con otros efectos post-traumáticos, tales como la dificultad de análisis de la situación o de las personas con relación al peligro, el fatalismo relacionado a la depresión o la sensación de incapacidad y desamparo. También puede deberse a respuestas alteradas por la amenaza de peligro, que van desde la negación y aturdimiento psíquico hasta la disociación (Herman, 1992).

Quedan, pues, desacreditadas las teorías que argumentaban que la causa del maltrato era el «masoquismo de la mujer» basadas en que la mayoría de las víctimas expresan amor por sus agresores.

EL CONTEXTO EN EL QUE SE PRODUCE EL MALTRATO

Las características de las normas culturales y el papel del género en la conducta sobre el tipo de hechos que estamos analizando podemos resumirlos en los siguientes puntos:

- La violencia funciona como un mecanismo de control social de la mujer y sirve para reproducir y mantener el *statu quo* de la dominación masculina. De hecho, las sociedades o grupos dominados por ideas «masculinas» tienen mayor incidencia de agresiones a la mujer. Los mandatos culturales, y a menudo también los legales, sobre los derechos y privilegios del papel del marido han legitimado históricamente un poder y dominación de éste sobre la mujer, promoviendo su dependencia económica de él y garantizándole a éste el uso de la violencia y de las amenazas para controlarla.
- La conducta violenta frente a la mujer se produce como patrones de conducta aprendidos y transmitidos de generación a generación. La transmisión se hace fundamentalmente en los ambientes habituales de relación.
- Las mismas normas sociales minimizan el daño producido y justifican la actuación violenta del marido. Se intenta explicar atribuyéndola a trastornos del marido o, incluso, de la mujer. Por mucho que el hombre tenga problemas de estrés,

de alcohol, de personalidad, curiosamente la violencia sólo la ejerce sobre la mujer, no contra un conocido o amigo, y, por supuesto, nunca contra su jefe, por ejemplo. También influyen toda la serie de mitos arraigados en la sociedad que perpetúan la violencia y niegan la asistencia adecuada a estas víctimas.

- El modelo de conducta sexual condicionado por el papel de los géneros también favorece en algunos casos la existencia de una actitud violenta contra la mujer al tratarse de un modelo androcéntrico. Existen una serie de factores que favorecen esta agresividad, entre los que se encuentran: los patrones de hipermasculinidad, el inicio de un mayor grado de relación sentimental, la duración prolongada de la relación y los modelos sexuales existentes, que contienen una tensión intrínseca entre hombres y mujeres, creando la posibilidad o las condiciones para que se produzcan errores en la comunicación que desemboquen en una situación de violencia frente a la mujer.
- Por el contrario, el alcohol, tantas veces esgrimido como causante o precipitante del maltrato, ha sido eliminado como un factor etiológico directo de este tipo de violencia. Se ha comprobado que actúa de forma general como desinhibidor y de forma particular como excusa para el agresor y como elemento para justificar la conducta de éste por parte de la víctima.

EL RESULTADO DE LA VIOLENCIA: LESIONES FÍSICAS Y PSÍQUICAS

Las lesiones derivadas del síndrome de agresión y de maltrato a la mujer pueden ser de tipo físico o psíquico, si bien, dadas las características de este tipo de violencia y su curso crónico, siempre existen manifestaciones psíquicas, tanto en los momentos cercanos al ataque físico, como con posterioridad al mismo, perdurando como puentes entre cada una de las agresiones.

Lesiones físicas

Las lesiones producidas en los casos de agresiones por parte del hombre abarcan toda la tipología lesional de la traumatología forense, desde simples contusiones y erosiones, hasta heridas por diversos tipos de armas. Del mismo modo, las regiones anatómicas que se pueden afectar cubren todas las posibilidades, así como las distintas estructuras orgánicas (piel, mucosas, huesos, vísceras...). No obstante, el cuadro lesional más frecuente suele estar conformado por excoriaciones, contusiones y heridas superficiales en la cabeza, cara, cuello, pechos y abdomen.

El cuadro típico en el momento del reconocimiento viene determinado por múltiples y diferentes tipos de lesiones con combinación de lesiones antiguas y recientes, así como referencias vagas de molestias y dolores cuya naturaleza no se corresponde con lo referido por la mujer en el motivo de consulta.

A diferencia del Síndrome del Niño Maltratado, resulta típico de este cuadro la presencia de lesiones de defensa, la inexistencia de lesiones que indiquen extrema pasividad de la víctima (quemaduras múltiples por cigarrillos, pinchazos leves repetidos sobre una misma zona...), así como la localización de gran parte de las lesiones (o las más intensas) en zonas no visibles una vez que la mujer está vestida. Stark, Flitcraft y Frazier (1979) encontraron que las víctimas de este tipo de agresiones presentaban una probabilidad 13 veces más alta de tener lesiones en los pechos, tórax o abdomen que las víctimas de otros accidentes. En este sentido suele ser muy frecuente la expresión de la mujer que manifiesta: «mi marido ha aprendido a agredir: me pega, pero no me señala».

En un trabajo realizado sobre 9.000 mujeres que acudieron a los servicios de urgencias de diez hospitales diferentes, Muellerman (1996) encontró como datos significativos que la lesión más típica en las mujeres maltratadas era la *rotura del tímpano*, y que tienen mayor probabilidad de presentar lesiones en la cabeza, tronco y cuello. Las no maltratadas, por el contrario, suelen sufrir las lesiones con mayor frecuencia en la columna vertebral y extremidades inferiores.

Las circunstancias de las que depende el cuadro lesional son (Browne, 1987): el grado de violencia empleado, la repetición seguida de la agresión y la unión del maltrato a otro tipo de hechos.

Estos dos últimos factores, la repetición de los hechos y la unión a otras acciones dentro de un incidente, aumentan la capacidad lesiva, ya que conllevan un incremento del grado de violencia y hacen, además, que la víctima sea incapaz de recuperarse para protegerse de la siguiente agresión al encontrarse física y psicológicamente aturdida por la rapidez de los sucesos (Patterson, 1982; Reid *et al.*, 1981).

A pesar de lo anterior, muchas de las víctimas se abstienen de acudir a un hospital, incluso cuando hay lesiones de cierta intensidad debido a la vergüenza, a las amenazas por parte del agresor si busca cualquier tipo de ayuda y al temor a que el hospital comunique al juzgado el origen de sus lesiones y se tomen medidas que puedan afectar a su familia.

Otro dato significativo es que la mayoría de las mujeres que han sido víctimas de estos hechos y que se deciden a ir al médico como consecuencia de sus lesiones, cada vez que vuelven a acudir lo hacen con lesiones más graves (Koss *et al.*, 1991).

Lesiones psíquicas

Los trabajos realizados durante los últimos quince años han demostrado que la sintomatología psíquica encontrada en las víctimas debe ser considerada como una secuela de los ataques sufridos, no como una situación anterior a ellos (Margolin, 1988). Los estudios en dicho sentido se llevaron a cabo realizando análisis comparativos con la respuesta humana al trauma, exis-

tiendo una correlación estrecha entre la sintomatología desarrollada por las víctimas del maltrato y la respuesta a determinadas situaciones estresantes.

Las lesiones psíquicas pueden ser agudas, tras la agresión, o las denominadas lesiones a largo plazo, aparecidas como consecuencia de la situación mantenida de maltrato.

Lesiones psíquicas agudas

Alexandra Symonds propuso en 1979 la denominada «Psicología de los sucesos catastróficos» como un modelo útil con el que analizar las respuestas emocionales y conductuales de las mujeres frente a las que se había dirigido algún tipo de violencia, observando que las reacciones a los traumas ocasionados por sus parejas están muy próximas a las de los supervivientes de diferentes tipos de sucesos traumáticos.

Al igual que otras víctimas, la primera reacción normalmente consiste en una autoprotección y en tratar de sobrevivir al suceso (Kerouac y Lescop, 1986). Suelen aparecer reacciones de shock, negación, confusión, abatimiento, aturdimiento y temor. Durante el ataque, e incluso tras éste, la víctima puede ofrecer muy poca o ninguna resistencia para tratar de minimizar las posibles lesiones o para evitar que se produzca una nueva agresión (Walker, 1979; Browne, 1987).

Estudios clínicos han comprobado que las víctimas de malos tratos viven sabiendo que en cualquier momento se puede producir una nueva agresión. En

respuesta a este peligro potencial, algunas de las mujeres desarrollan una extrema ansiedad, que puede llegar hasta una verdadera situación de pánico. La mayoría de estas mujeres presentan síntomas de incompetencia, sensación de no tener ninguna valía, culpabilidad, vergüenza y temor a la pérdida del control. El diagnóstico clínico que se hizo en la mayor parte de los casos fue el de depresión (Hilberman, 1980). El seguimiento de las víctimas ha demostrado cómo la sintomatología se va modificando y cómo tras el tercer incidente el componente de shock desciende de forma significativa. Browne ha comprobado cómo estas mujeres, a menudo, desarrollan habilidades de supervivencia más que de huida o de escape, y se centran en estrategias de mediar o hacer desaparecer la situación de violencia.

Existen dos condicionamientos fundamentales típicos del síndrome de maltrato a la mujer con relación a las lesiones psíquicas:

- La repetición de los hechos da lugar a un mayor daño psíquico, tanto por los efectos acumulados de cada agresión, como por la ansiedad mantenida durante el período de latencia hasta el siguiente ataque.
- La situación del agresor respecto a la víctima. Desde el punto de vista personal el agresor es alguien a quien ella quiere, alguien a quien se supone que debe creer y alguien de quien, en cierto modo, depende. Desde el punto de vista

general, las mujeres agredidas mantienen una relación legal, económica, emocional y social con él.

Todo ello repercute en la percepción y análisis que hace la mujer para encontrar alternativas, viéndose estas posibilidades limitadas y resultando muy difícil la adopción de una decisión. La consecuencia es una reinterpretación de su vida y de sus relaciones interpersonales bajo el patrón de los continuos ataques y del aumento de los niveles de violencia, lo cual hace que la respuesta psicológica al trauma y la realidad del peligro existente condicionen las lesiones a largo plazo.

Lesiones psicológicas a largo plazo

Las reacciones a largo plazo de las mujeres que han sido agredidas física y psíquicamente por sus parejas incluyen temor, ansiedad, fatiga, alteraciones del sueño y del apetito, pesadillas, reacciones intensas de susto y quejas físicas: molestias y dolores inespecíficos (Goodman *et al.*, 1993). Tras el ataque, las mujeres se pueden convertir en dependientes y sugestionables, encontrando muy difícil tomar decisiones o realizar planes a largo plazo. Como un intento de evitar un abatimiento psíquico pueden adoptar expectativas irreales con relación a conseguir una adecuada recuperación, persuadiéndose ellas mismas de que pueden reconstruir en cierto modo la relación y que todo volverá a ser perfecto (Walker, 1979). Como ocurre en todas las víctimas de la violencia interpersonal, las mujeres agredidas por sus parejas aprenden a sopesar

todas las alternativas frente a la percepción de la conducta violenta del agresor. Aunque esta actitud es similar a aquella producida en otros tipos de agresiones o en situaciones de cautividad, los efectos en las víctimas del maltrato están estructurados sobre la base de que el agresor es alguien al que están o han estado estrechamente unidas, y con el que mantienen cierto grado de dependencia (Browne, 1991). En dichos casos la percepción de vulnerabilidad, de estar perdida, o de traición pueden aparecer de forma muy marcada (Walker, 1979).

El primer gran estudio que se llevó a cabo sobre la respuesta psicológica de mujeres envueltas en relaciones en las que eran maltratadas fue publicado por Lenore Walker en 1979, recogiendo los efectos potenciales a largo plazo que podían aparecer en las relaciones de pareja en las que el hombre agredía a la mujer. El resultado fue la descripción de una serie de síntomas, entre los que destacaban los sentimientos de baja autoestima, depresión, reacciones de estrés intensas y sensación de desamparo e impotencia. A estos síntomas unía las manifestaciones de las víctimas refiriendo e insistiendo en la incapacidad para controlar el comportamiento violento de sus agresores. Sin embargo, en contra de lo que se esperaba, estas mujeres presentaban un *elevado control interno*, quizá porque están muy pendientes de manejar sus propias respuestas al trauma y a las amenazas, al mismo tiempo que se encuentran inmersas en las necesidades de la familia y en otras responsabilidades.

Otros estudios (Romero, 1985) han comparado las reacciones de las mujeres maltratadas con las de los prisioneros de guerra, encontrando tres áreas comunes a ambos tipos de víctimas:

1. El abuso psicológico que se produce dentro de un contexto de amenazas de violencia física conduce al temor y debilitación de las víctimas.
2. El aislamiento de las víctimas respecto a anteriores fuentes de apoyo (por ej. amigos o familia) y a las actividades fuera del ambiente hogareño conllevan una dependencia al agresor y la aceptación o validación de las acciones del agresor y de sus puntos de vista.
3. Existe un refuerzo positivo de forma intermitente ocasionado por el temor y la pérdida personal que refuerza la dependencia emocional de la víctima a su agresor.

El resultado de la situación descrita y la consecuente reacción psicológica a largo plazo configura el denominado Síndrome de la Mujer Maltratada, el cual hace referencia a las alteraciones psíquicas y sus consecuencias por la situación de maltrato permanente. Este síndrome no debe confundirse con el síndrome de agresión o maltrato a la mujer, ya que éstos se centran en el cuadro lesional y las características de los elementos que lo configuran, siendo el síndrome de la mujer maltratada consecuencia del maltrato a la mujer.

Estas alteraciones, junto con el aislamiento de la mujer que el agresor va consiguiendo respecto a los diferentes puntos de apoyo de ésta, así como el contexto sociocultural que minimiza los hechos, justifican o trata de comprender más al agresor que a la víctima; explica, entre otras razones, por qué es tan difícil salir de esta relación para la mujer, o cómo se pueden producir reacciones de agresividad de la mujer hacia el agresor.

LAS FORMAS TAMBIÉN IMPORTAN EN LA VIOLENCIA: DINÁMICA DEL SÍNDROME DE MALTRATO A LA MUJER

El objetivo del control y la sumisión que pretende alcanzar el agresor, y que va a hacer que la mujer trate de ocultar la situación de violencia en que vive y el origen de las lesiones y molestias que la hacen acudir a una centro de salud, necesita seguir un proceso progresivo de violencia de intensidad creciente, en el que, junto a las agresiones y humillaciones, aparezcan manifestaciones de afecto y cariño, pues de lo contrario se produciría la crítica y el rechazo de la mujer. De ahí que la dinámica de la violencia sea clave en su consolidación.

El síndrome de maltrato a la mujer tiene tres fases que se repiten de forma continuada en la mayoría de las ocasiones, aunque no son de obligada aparición en todas ellas, lo cual dependerá de las circunstancias.

1. Fase de tensión creciente

La propia dinámica de la relación revela la agresividad latente frente a la mujer, que en algunos casos se manifiesta de forma específica como determinadas conductas de agresión verbal o física de carácter leve y aisladas.

La mujer va adoptando una serie de medidas para manejar dicho ambiente y adquiriendo mecanismos de defensa psicológicos. No obstante, esta situación va progresando, aumentando la tensión paulatinamente.

2. Fase de agresión aguda

Se caracteriza por una descarga de las tensiones que se han ido construyendo durante la primera fase. La falta de consideración y su mayor capacidad lesiva distingue a este episodio de los pequeños incidentes agresivos ocurridos durante la primera fase.

Esta fase del ciclo es más breve que la primera y tercera fase. Las consecuencias más importantes se producen en este momento, tanto en el plano físico como en el psíquico, donde continúan instaurándose una serie de alteraciones psicológicas por la situación vivida.

La mayoría de las mujeres no buscan ayuda inmediatamente después del ataque, a menos que hayan sufrido importantes lesiones que requieran asistencia médica inmediata. La reacción más frecuente es per-

manecer aisladas durante las primeras 24 horas tras la agresión, aunque pueden transcurrir varios días antes de buscar ayuda o ir al médico, lo cual hace que no siempre acudan a urgencias, sino que en muchas ocasiones lo hacen a consultas ordinarias, quizá para tratar de restar importancia y para evitar que identifiquen la agresión. Esta actitud se ha denominado *síndrome del paso a la acción retardado*.

3. Fase de amabilidad y afecto

Se caracteriza por una situación de extrema amabilidad, amor y conductas cariñosas por parte del agresor, gráficamente se le denomina como *fase de «luna de miel»*. Es una fase bien recibida por ambas partes y donde se produce la victimización completa de la mujer, ya que actúa como refuerzo positivo para el mantenimiento de la relación.

El agresor muestra su arrepentimiento y realiza promesas de no volver a llevar a cabo algo similar. Realmente piensa que va a ser capaz de controlarse y que debido a la lección que le ha dado a la mujer, nunca volverá a comportarse de manera que sea necesario agredirla de nuevo, situación que no se produce, puesto que la violencia depende de él, no de la conducta o actitud de la mujer.

Durante esta fase el agresor trata de actuar sobre familiares y amigos para que convencen a la víctima de que le perdone. Todos ellos, de forma más o menos inconsciente, hacen que la mujer se sienta culpable en

cierto modo, y que a pesar de reconocer que la agresión ha sido un acto del marido criticable, sería ella la responsable de las consecuencias de dicha agresión al romper el matrimonio y la familia si no lo perdona. Suele ser frecuente tratar de hacerle ver que el marido necesita ayuda y que no puede abandonarlo en dicha situación.

El tiempo de duración de esta fase es muy variable, aunque lo habitual es que sea inferior al de la primera fase y más largo que el de la segunda.

Creemos que con el conocimiento de las circunstancias en las que se produce la agresión a la mujer, en general, y el maltrato, en particular, podremos enfocar el estudio médico de los diferentes elementos (víctima, agresor y contexto) de forma más específica con relación a los hechos y, sobre todo, ayudaremos a la correcta solución de los casos, lo cual servirá para aumentar la confianza en el sistema y a que muchas mujeres se decidan a buscar ayuda y a denunciar su situación. De este modo se irán produciendo los necesarios cambios en la sociedad para que este tipo de violencia vaya desapareciendo.

Epidemiología y cifras

Hablar de epidemiología y cifras referentes a la violencia sobre las mujeres es entrar en un terreno resbaladizo, en el que la reflexión puede quedar en lo anecdótico de los números, olvidando la esencia del significado de las conductas que los producen. Y es resbaladizo porque los datos obtenidos son incompletos y no siempre se pueden comparar por partir de diferentes planteamientos y centrarse en cuestiones que no siempre son las mismas.

Diferentes estudios realizados en distintos países han demostrado que la prevalencia de la violencia de género es del 10 al 50% de las mujeres. Otros trabajos basados en el porcentaje de mujeres que han sufrido violencia en el año inmediatamente anterior han encontrado que estaba entre el 3 y el 52%.

Las importantes diferencias halladas en los distintos estudios elaborados se deben, fundamentalmente, a la utilización de métodos de investigación diferentes, a la variación en lo que es considerado como violencia y sus tipos, así como a otros factores relacionados con la experiencia y habilidad en técnicas de entrevista y a los elementos culturales que influyen sobre las personas a la hora de revelar experiencias que son consideradas muy íntimas y de las que en parte se sienten responsables.

En España, la macroencuesta realizada por el Instituto de la Mujer en el año 2002, determinó que el

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Delitos maltrato	2.178	2.893	3.318	2.648	3.126	3.531
Delitos lesiones	18.046	16.657	15.888	16.028	18.419	344.163
Agresiones sexuales	1.929	2.735	2.350	2.669	3.047	3.931
Homicidios y asesinatos	74	22	1.920	932	1.093	731
Asesinatos	—	66	861	54	124	92
AGRESIONES SEXUALES (todas)	5.461	3.224	4.001	3.434	4.002	4.366

11,1% de las mujeres mayores de 18 años padecen malos tratos, algunas de ellas (12,4%) sin ni siquiera reconocerlo como tal, sufriendo maltrato y agresiones, pero sin que ellas las consideraran como tales, en lo que se ha denominado «maltrato técnico», una situación común cuando la agresiones se producen en el seno de la violencia y al amparo de un contexto general (sociocultural) que justifica este tipo de conductas. De esta manera, se produce la normalización de la violencia y posteriormente su invisibilización.

Con respecto a la incidencia y a su comportamiento durante estos últimos años en España, tenemos las estadísticas que hacen referencia a ese mínimo porcentaje de casos que se denuncia, el cual queda reflejado en los siguientes gráficos.

En la tabla superior podemos ver una representación general de las principales conductas violentas que tienen a las mujeres como víctimas casi en exclusiva

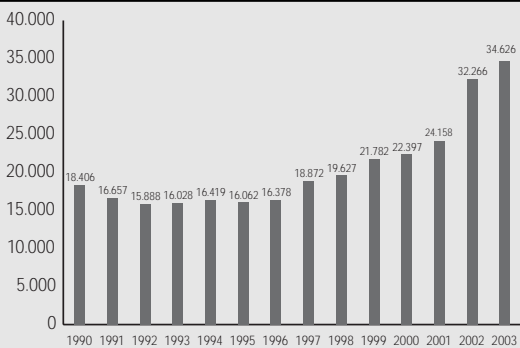
1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
4.826	1.775	6.709	8.615	11.890	16.083	45.247
387.615	174.481	472.292	480.614	498.031	479.030	469.447
4.342	4.884	5.586	5.449	5.260	5.050	5.525
932	898	1.105	1.129	1.316	1.145	1.273
154	31	112	130	157	177	93
5.331	2.659	7.754	8.007	7.885	7.526	8.052

(en blanco), y en cualquier caso las agresiones que constituyen el síndrome de agresión a la mujer, así como su comparación con otras conductas que forman parte de la violencia interpersonal en general (delitos de lesiones, homicidios y asesinatos).

Centrándonos en la violencia sobre la mujer, en el gráfico 1 se observa cómo el número de denuncias ha ido aumentando de forma progresiva durante los últimos años, todo ello coincidiendo con las campañas de información y el desarrollo de medidas de apoyo y asesoramiento a las víctimas.

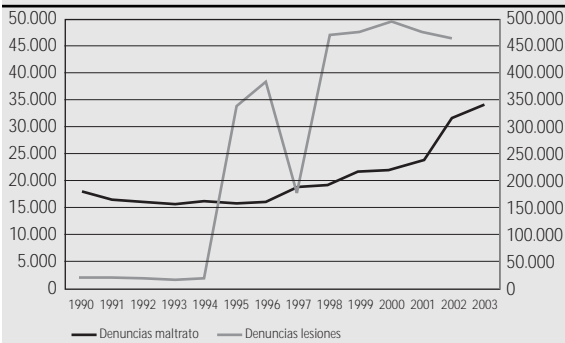
Si se compara la evolución del número de denuncias por maltrato con el número de casos de denuncias por lesiones en general, se comprueba que siguen tendencias completamente distintas, porque, al contrario de lo que en muchas ocasiones se ha planteado, las conductas violentas que terminan en el mismo destino, la producción de lesiones o muerte, no tienen el

Gráfico 1. Denuncias por maltrato contra las mujeres



Fuente: Instituto de la Mujer MTBSI.

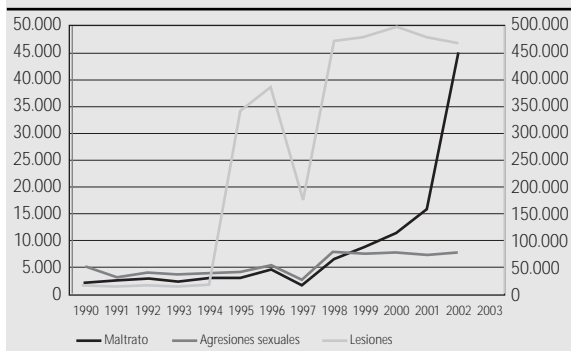
Gráfico 2. Denuncias por maltrato frente a denuncias por lesiones



mismo significado, porque éste se esconde, no en el resultado, sino en el origen, en los objetivos y motivaciones del que recurre a la violencia (gráfico 2).

Si, por el contrario, se compara las diligencias iniciadas por malos tratos con las que se han abierto por

Gráfico 3. Denuncias por maltrato, agresiones sexuales y lesiones

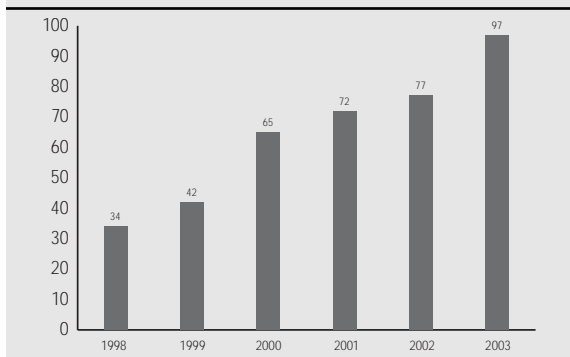


agresiones sexuales (dejando como testigo una conducta distinta, como son las denuncias por lesiones generales), vemos que la evolución es completamente paralela, y sólo se ha modificado cuando la información y el desarrollo de recursos, incluyendo la mayor preparación de los profesionales para asistir a las víctimas, ha llegado a superar el nivel de la desconfianza y la percepción de falta de efectividad (gráfico 3).

Otro dato importante para entender las consecuencias de la violencia sobre las mujeres y la necesidad de adoptar medidas para atajarlas y modificar los valores de donde surgen, son los homicidios que se han producido como parte de esta violencia y expresión de su grado máximo. Estas muertes generalmente son desencadenadas alrededor de la separación (gráfico 4).

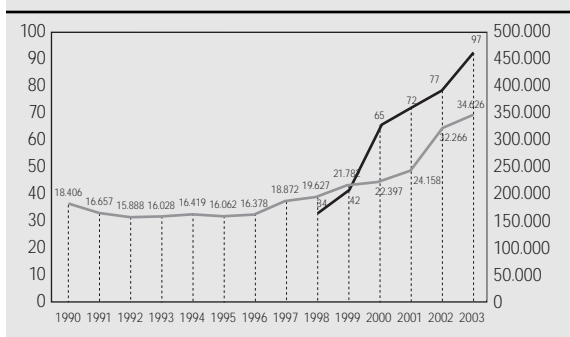
La situación, siempre preocupante, genera una mayor agitación cuando se compara la evolución

Gráfico 4. Homicidios de mujeres en relaciones de pareja



Fuente: Instituto de la Mujer MTBSI.
Federación Mujeres Separadas y Divorciadas.

Gráfico 5. Denuncias por maltrato contra las mujeres frente a homicidios



Fuente: Instituto de la Mujer MTBSI.
Federación Mujeres Separadas y Divorciadas.

de los homicidios y de las denuncias por malos tratos y vemos su aumento progresivo y su marcha en paralelo (gráfico 5).

Todo ello sólo refleja la punta del iceberg, un iceberg que asoma sobre el mar de prejuicios sociales que intenta ahogar entre sus aguas toda la injusticia que significa la persistencia de la desigualdad y su manifestación en forma de violencia.

La extrapolación de estos datos al terreno de la salud es especialmente grave; por una parte, por el significado que estas agresiones físicas y psíquicas tienen de manera inmediata sobre la salud de esas mujeres que la sufren, pero por otra, porque sólo reflejan una mínima parte del total de casos que se producen y porque sólo indican los resultados agudos y más graves con repercusión sobre la salud de las víctimas, pero nada indican sobre todas las alteraciones que hemos descrito en el primer punto, derivadas de los traumatismos repetidos y de la situación de estrés crónico en la que viven, ni menos aún de las implicaciones sobre los hijos y las hijas que viven expuestos a la peor de las influencias: a la violencia desarrollada en el seno de la relación familiar.

Una imagen más completa de las repercusiones sobre la salud individual y pública nos la da la valoración alrededor de un indicador mixto basado en la pérdida de Años de Vida Saludable (AVISA), es decir, el número de años que se pierden sobre una esperanza de vida teórica basada en las características de la población y de la sociedad concreta. De este modo, se ha podido determinar el número de pérdidas de AVISA que se produce como consecuencia de la violencia a las mujeres y saber a qué se deben estas pérdidas. Con

este enfoque se ha podido demostrar que los daños físicos suponen el 55% de los AVISA perdidos, mientras que los daños «no físicos», refiriéndose a los psicológicos y a la salud reproductora, dan lugar al 45% de pérdidas.

En el apartado de los daños «no físicos» es importante destacar, por la frecuencia con que pasan inadvertidos o no son considerados, que el 60% de las mujeres maltratadas tienen trastornos psicológicos moderados o graves, que el 92% presentan disfunciones de la libido, que la violencia durante el embarazo se produce en el 30% de los casos y que conlleva un mayor riesgo de patología en el niño o niña y en la madre, además de presentar un menor peso al nacer.

Sobre estos daños directos derivados de las lesiones debemos considerar una situación indirecta de gran trascendencia: el suicidio de mujeres con antecedentes de violencia de género. Entre el 20 y el 40% de las mujeres que se suicidan cada año habían sufrido malos tratos, lo cual indica la probable relación entre el maltrato, sus consecuencias sobre la persona, familia y entorno cercano, y la decisión de recurrir al suicidio como mecanismo de huida y salida de la situación.

Pero cuando realmente se alcanza una adecuada percepción sobre las consecuencias en términos de salud de la violencia sobre la mujer, es cuando se relaciona con otras patologías o situaciones. Así, un estudio internacional realizado en países en vías de desarrollo y países desarrollados, mostró que del porcentaje

total de AVISAs perdidos como consecuencia de la violencia de género, aparecía como la tercera causa de pérdida de salud.

- Diabetes: 8,1%
- Problemas del parto: 7,9%
- **Agresión a la mujer: 5,6%**
- Cardiopatía isquémica: 5,5%
- Accidentes de tráfico: 2,2%

Estos datos y estas consideraciones que presentan a la violencia como un problema global, no como hechos aislados, son lo suficientemente trascendentes para que se entienda que los profesionales de la Medicina y la sanidad deben desarrollar al máximo toda su profesionalidad para detectar, identificar, diagnosticar y tratar de manera integral y coordinada la violencia de género y todas sus implicaciones.

El papel del profesional de la Medicina frente a la violencia sobre las mujeres

La violencia es un problema de salud, pero un problema de salud que no se manifiesta como tal, pues, por un lado, la sociedad lo considera como una cuestión legal y sólo acude a los centros sanitarios cuando la manifestación del mismo es de especial intensidad en su presentación aguda y, por otro, la persona que ve mermada su salud, la mujer víctima de los malos tratos, no pone en relación su situación clínica con una violencia que con frecuencia ni siquiera es reconocida como tal.

En estas circunstancias, la importancia de los profesionales de la Medicina es de especial trascendencia, pues su compromiso no sólo debe consistir en hacer un diagnóstico diferencial a raíz de unos síntomas que les serán revelados, sino que deberán ir más allá y ante un determinado cuadro físico-psíquico ser ellos quienes profundicen en las circunstancias para alcanzar unas causas en su origen que estarán protegidas por los prejuicios, los miedos y las dudas que se levantan junto a la violencia en el seno de una relación de pareja. Por eso, habrá que detectar la violencia ante determinados síntomas y signos relacionados con ella, identificar las alteraciones clínicas que presentan las mujeres como parte de las consecuencias crónicas de la violencia, y proceder a su diagnóstico definitivo y tratamiento continuado en coordinación con el resto de

profesionales e instituciones implicadas, siempre considerando tanto las cuestiones clínicas como las médico-legales.

Podría parecer que estamos ante una situación sencilla, pues si detectar es, tal y como recoge el diccionario de la Real Academia Española, «poner de manifiesto lo que no puede ser observado directamente», aquello que sí se observa debe ser detectado de forma fácil.

Luego, si tenemos que hablar de «detección» de los malos tratos, sólo podemos estar ante dos situaciones: o realmente nos encontramos ante algo que no puede ser observado directamente, o lo que ocurre es que ese algo, que sí se puede observar, es ocultado y, por tanto, en la práctica no se puede apreciar de manera directa.

Si no puede ser observado, caben dos posibilidades: que los hechos referidos no lleguen al nivel de percepción por su baja intensidad, o que llegando, exista un problema en el receptor, una disminución de su agudeza perceptiva que lo hace incapaz de observar ese estímulo. Por el contrario, si se pueden observar directamente pero es ocultado, el obstáculo que se interpone entre la manifestación y quien la observa puede afectar al hecho en sí, cubriéndolo, o puede actuar sobre el observador, cegándolo.

La realidad nos muestra que la violencia contra las mujeres existe y da lugar a manifestaciones objetivas y graves en forma de lesiones físicas y psíquicas, y en

los casos más graves a muertes por homicidios y asesinatos. Sólo hay que echar un vistazo a las estadísticas para comprobar que en los últimos años se han producido en España más de 300 homicidios y más de 100.000 denuncias por malos tratos, a lo que hay que unir todo el daño psicológico de las que denuncian y de las que no lo hacen, los suicidios, los días de hospitalización y de incapacidad... Todo ello nos indica que, efectivamente, las consecuencias de las agresiones contra las mujeres son observadas, pero sabemos también que sólo suponen la punta del iceberg, ese 10% que deja a la gran mayoría de los casos escondidos bajo un mar contaminado.

Desde el punto de vista analítico, y siguiendo con el sentido de esta Guía, debemos destacar ese 90% de casos que no llegan a sobrepasar el nivel de percepción al quedar por debajo de la superficie marina apuntada. Si las consecuencias, como hemos recogido, son observables, el hecho de que no lleguen a ser visualizados nos indica que hay algo que debe actuar sobre ellos para que queden confinados en el lugar donde son producidos, el ámbito privado en el que se desenvuelven las relaciones de pareja. Pero más que las cuatro paredes, han sido las cuatro ideas que la cultura patriarcal nos ha dado sobre lo que debe ser el hogar y las relaciones de pareja las que lo han retenido en su interior, pero, además, cuando por cualquier circunstancia el caso se ha asomado a la ventana o ha salido a la puerta, en lugar de prestarle atención, lo que se ha hecho ha sido mirar hacia otro lado, y ahí es donde

entra el segundo factor, la ocultación. Cuando algo oculto logra salir y encuentra toda una serie de factores que en lugar de llevarlo hacia la luz lo empujan de nuevo hacia el ostracismo y la oscuridad de la relación violenta (por ejemplo, el responsabilizar a la víctima de lo ocurrido, decir que ella ha provocado, justificar la agresión por el alcohol u otra situación que implique una pérdida de control pasajera por el hombre, restarle importancia y revestirla de normalidad, «son cosas de pareja»...), queda en una situación de la que le será mucho más difícil salir y se evitará que el problema llegue a formar parte de la conciencia social.

De esta manera, poco se sabrá sobre lo que entra en el campo de la percepción social, y cuando sí lo hace, las explicaciones, las justificaciones, el confinamiento a determinadas circunstancias actuarán como lentes situadas ante los ojos de esa sociedad para que, en lugar de corregir esa curvatura anómala de la córnea del ojo social, la mantenga e incluso la aumente hasta llegar a desplazar la imagen observada hasta la parte más marginal de la sociedad, esos contextos relacionados con el alcohol, las drogas, el paro, el bajo nivel económico, la falta de educación, las alteraciones psicológicas en el agresor..., tantas y tantas razones que son presentadas como causas del maltrato, cuando en realidad sólo son concausas de una situación que va más allá y que viene de más lejos que los factores puntuales y concretos que un determinado momento histórico puedan caracterizar a una determinada sociedad.

Uno de los campos donde más se ha deformado la violencia contra la mujer ha sido el de la salud. En muchas ocasiones, observando las lesiones, no se ha criticado el mecanismo etiológico referido por la mujer y simplemente se ha aceptado como bueno, cuando se observaba una incompatibilidad entre el cuadro lesional y lo referido por ella, otras veces, aun reconociendo la agresión por parte de la pareja, no se ha querido comunicar al Juzgado de Guardia al pensar que era un asunto familiar y que ellos, como profesionales sanitarios, no eran nadie para entrometerse, y, por otro lado, en casi todos los casos no se ha sabido diagnosticar la agresión a la mujer como parte de un síndrome para actuar de una manera global y coordinada sobre todas las manifestaciones, desde la salud en lo referente al tratamiento clínico sobre las lesiones físicas y psicológicas, tanto con carácter de urgencia como a largo plazo, y desde otro tipo de servicios sobre las cuestiones relacionadas con sus campos (sociales, jurídicas, informativas...).

La detección de la violencia ejercida sobre la mujer nos debe llevar a la acción, y en ella la principal protagonista y el objetivo fundamental debe ser la mujer, no sólo la solución de los problemas de salud ni las cuestiones jurídicas, la Mujer, con mayúsculas y como persona que ha sido víctima de un sicario de los valores que intentan mantener la injusticia y la desigualdad.

Si por salud entendemos, siguiendo la definición dada por la Organización Mundial de la Salud, «no sólo

la ausencia de enfermedad, sino también el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad», el objetivo último de los profesionales de la salud será restaurar ese estado de bienestar actuando sobre las causas y síntomas que la alteran, no conformándonos con la mejora de la sintomatología. Y cuando esos síntomas no son expresión de una causa puntual, sino de una situación prolongada, con más motivo deben dirigir la atención hacia las causas ocultas que provocan la enfermedad, pues de lo contrario el efecto en cuanto al tratamiento individual no sólo no será efectivo, sino que probablemente sea una causa de agravación desde el punto de vista social, y en lugar de contribuir a limitar el proceso se puede favorecer su expansión. ¿Qué profesional trataría una infección bacteriana tan sólo con antitérmicos para calmar los síntomas del paciente?; si no instaaura un tratamiento etiológico antibiótico para atacar el origen de la infección, se producirá un agravamiento del estado del paciente y, desde el punto de vista social, se puede producir un daño al favorecer la extensión de la enfermedad a otras personas.

Conocemos las bases de la violencia contra las mujeres, hemos presentado también las manifestaciones clínicas más significativas, tanto en el plano físico como en el psicológico, incluso hemos esbozado algo en lo que más adelante insistiremos, las medidas de tipo social que conlleva la actuación clínica. Pero para poder llevar a cabo adecuadamente nuestro trabajo y función y, así, diagnosticar, tratar y pre-

venir nuevos casos, en la medida de lo posible, por medio de una actuación coordinada, integrada y global debemos conocer una serie de estrategias a la hora de enfrentarnos ante el caso de una mujer víctima de la violencia ejercida por su pareja.

En ningún momento estas recomendaciones deben entenderse como medidas o protocolos rígidos (salvo, ya hemos apuntado, que el objetivo de esta Guía es iluminar el camino a seguir, no trazarlo como tal), sino más bien como unas líneas generales o recomendaciones para superar los obstáculos que, tanto del lado del profesional de la salud como por parte de la propia víctima y acompañantes, se pueden presentar.

Desde el punto de vista práctico pueden ser varias las circunstancias en las que una mujer maltratada acuda a un centro o servicio de salud, lo cual va a tener repercusión tanto en el diagnóstico de la situación como en la priorización de las medidas a adoptar. En ningún caso está en cuestión la asistencia y atención clínica sobre la mujer, que debe prevalecer sobre cualquier otra consideración: la salud de la mujer (física y psíquica) es lo más importante, pero la salud, como apuntábamos al principio, no es sólo la ausencia de una patología objetiva, ni la actuación clínica finaliza cuando se han instaurado las medidas terapéuticas destinadas al tratamiento del proceso agudo que ha llevado a la paciente al centro de salud o al hospital.

En la práctica aparecen una serie de problemas relacionados con la agresión a las mujeres. En primer

lugar, en muchas ocasiones la mujer no acude de inmediato a un Servicio de Urgencias, sino que suele hacerlo algún tiempo después, refiriendo una sintomatología vaga e inespecífica en las que las lesiones suelen quedar en un segundo plano por su levedad y por su antigüedad. En esos momentos llaman más la atención los aspectos psicológicos del cuadro, todo lo cual hace que si no se pone en relación con lo descrito, difícilmente se identifique como un proceso de violencia. En segundo lugar, sigue predominando la idea de que, aun diagnosticando el síndrome, se trataría más de un problema social o familiar y que el papel del médico sólo sería tratar las lesiones físicas o la posible ansiedad o depresión derivada de la situación vivida. Destacaremos a continuación otros aspectos relevantes en la actuación clínica según las diferentes fases de la asistencia:

DETECCIÓN, IDENTIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO

La detección de lo visible, y más aún de lo invisible, exige un conocimiento de aquello que se tiene que encontrar para identificarlo y separarlo de lo demás. En este sentido podríamos recordar de nuevo la frase de Bertillon, «sólo se ve lo que se mira, y sólo se mira lo que se tiene en la mente», para entender que si no conocemos cómo se manifiesta la violencia contra las mujeres, qué tipo de lesiones físicas y psíquicas produce, cómo se comporta una mujer sometida a la situación de violencia y cuáles son las causas que la hacen ir a un centro médico, difícilmente podremos relacio-

nar determinadas manifestaciones y actitudes con la violencia de género.

La situación es compleja, pues el simple hecho de estar ante unos resultados claramente visibles, pero que no son detectados en un gran porcentaje de casos, ya nos indica que, al margen de las cuestiones sociales y culturales que influyen, también existe un cierto desconocimiento de la realidad de la agresión contra las mujeres, tanto en su origen como en sus manifestaciones.

Cuando la mujer se decide a acudir al médico no suele ser tras la primera agresión, sino que ya ha habido algún episodio anterior que, por las características cíclicas del síndrome, se ha vuelto a repetir, lo cual implica que las alteraciones psicológicas del síndrome de la mujer maltratada (lesiones psíquicas a largo plazo) se han instaurado en mayor o menor medida. Por otra parte, en la mayoría de las ocasiones que busca la asistencia médica, nos encontramos con la tercera fase del ciclo, en esa «luna de miel» que tanto contribuye a hundir psicológicamente a la mujer, y, por tanto, a cierta distancia del episodio de agresión como consecuencia del síndrome del paso a la acción retardado.

En estas circunstancias el cuadro vendrá caracterizado por su inespecificidad, destacando una serie de lesiones en diferente fase evolutiva, más intensas en zonas cubiertas por la ropa, posibilidad de fracturas antiguas (fundamentalmente en la parrilla costal), rotura de tímpano..., todo ello unido a referencias de

molestias vagas, ocultando el origen traumático o, una vez puesto de manifiesto, explicándolo de forma accidental difícilmente compatible con los hallazgos de la exploración. Las alteraciones psicológicas agudas, unidas a otras de larga evolución, ocuparán un lugar prioritario en el cuadro general.

El profesional de la Medicina es el único que tiene la posibilidad de ver el cuadro lo suficientemente próximo a la agresión en la mayoría de las ocasiones, y tiene la oportunidad de remitir a la mujer a los servicios de psiquiatría o psicología clínica para afrontar el problema psicológico, por lo que su papel resulta básico para orientar de forma correcta las medidas destinadas a resolver la situación.

La repercusión práctica inmediata sobre la actitud, conducta y comportamiento de la mujer puede plasmarse en los siguientes hechos:

- Debido al síndrome del paso a la acción retardado, la mujer puede acudir a un centro médico varios días después de la agresión y manifestando molestias distintas al resultado de la agresión.
- La disociación cognitiva de la realidad que se produce como consecuencia de la situación psicológica que vive la mujer maltratada, puede hacer que no sea del todo consciente de lo que le está ocurriendo, y que sólo piense que se trata de episodios sin importancia propios de una relación de pareja.

- El elevado control interno que suelen mantener como asidero a la rutina y como alejamiento de la realidad que viven, puede hacer pensar que la mujer agredida realmente no está tan mal y que, por tanto, si refiere algo relacionado con la violencia es porque se lo está inventando. La realidad es, precisamente, lo contrario.
- Las amenazas a que son sometidas y el miedo con el que viven las pueden llevar a la simulación y a la disimulación, con lo cual sus relatos no se corresponden con las verdaderas causas de sus lesiones y patologías.
- El síndrome depresivo y la baja autoestima que aparecen como resultado del daño psíquico hace que muestren una actitud pasiva e indiferente ante su situación.
- La dependencia emocional con el agresor las lleva a adoptar una actitud de protección hacia el agresor. Si a esta situación le unimos los efectos del miedo y las amenazas, comprobaremos que la mayoría de las mujeres no querrán colaborar en todo aquello que ellas piensen que pueda tener alguna repercusión negativa sobre su pareja.

Es esa actuación complementaria, pero tan necesaria como la terapéutica, la que puede variar según las circunstancias en relación con dos criterios fundamentales: el tiempo transcurrido desde la agresión y la actitud de la mujer frente a ese episodio de violencia.

Las principales situaciones que se pueden presentar serían:

- Agresión reciente, la mujer refiere violencia.
- Agresión reciente, la mujer no refiere violencia.
- Agresión no reciente, la mujer refiere violencia.
- Agresión no reciente, la mujer no refiere violencia.

Las matizaciones pueden ser muy diversas y las situaciones presentarse sin una excesiva claridad, pero las referencias a este componente bidimensional (tiempo respecto a la agresión y actitud de la mujer) resulta de gran utilidad a la hora de adoptar las decisiones y de coordinar una respuesta integrada y global.

Desde el punto de vista clínico-sanitario el elemento fundamental es el tiempo transcurrido desde la última agresión, puesto que, por una parte, estará relacionado con una mayor gravedad de las lesiones físicas y psíquicas y, por otra, habrá más elementos objetivos para llegar al diagnóstico y establecer toda la serie de medidas complementarias derivadas de las clínicas. Cuando el tiempo transcurrido es mayor, a la dificultad diagnóstica, se suele unir la actitud de la mujer, pues el hecho de no haber acudido con anterioridad ya nos debe poner tras la pista de que la colaboración de la mujer será menor; además, el distanciamiento del momento de la agresión nos indica que la forma de abordaje del problema exige una vía menos directa para conseguir la participación activa de la mujer.

Veamos las diferentes situaciones desde el punto de vista práctico:

1. Agresión reciente, la mujer refiere violencia

La mujer ha sufrido una agresión en un momento cercano a la visita clínica. Ese tiempo «próximo» podría ser establecido, a modo de referencia, dentro de las primeras 72 horas, pues en esos momentos las características de las lesiones físicas y psicológicas de la mujer víctima del ataque y los posibles indicios a tomar en caso de que fuera necesario demostrar la identidad o algunas de las circunstancias de los hechos, muestran y conservan ciertas características de utilidad práctica, aunque en ningún caso la referencia de las 72 horas, que como todo límite es artificial, debe verse como un obstáculo o una limitación; se trata, simplemente, de una referencia.

La actuación clínica debe ir destinada a:

- Tratamiento de las lesiones físicas.
- Tratamiento de las lesiones psíquicas e inicio del tratamiento de las lesiones psicológicas crónicas (el denominado síndrome de la mujer maltratada) que pudiese padecer.
- La mujer debe ser informada de las consecuencias psicológicas de la situación de maltrato, caracterizada por la violencia mantenida y las agresiones puntuales repetidas, para que de este modo entienda la actuación que se está llevando a cabo y participe de manera activa en ella.

- Poner en conocimiento del equipo de trabajo social del hospital o centro la existencia del caso para que se lleven a cabo todas las medidas sociales y se ponga en contacto con los servicios de asistencia jurídica para que asesoren e informen sobre todas aquellas circunstancias en las que se pueda ver envuelta la mujer.
- Emitir el parte judicial indicando la existencia de la agresión y toda la información necesaria para favorecer la constatación de los hechos y facilitar la investigación.

La mujer debe ser informada en todos los casos de las medidas a adoptar. Al mostrar una actitud colaboradora ante el tratamiento y el resto de las medidas complementarias, tanto las de tipo social como las jurídicas, no se producirá un conflicto entre la voluntad de la mujer y las decisiones adoptadas para la correcta solución del caso, tanto desde el punto de vista clínico como desde el social.

2. Agresión reciente, la mujer no refiere violencia

La situación viene caracterizada por la presencia de un cuadro agudo de lesiones físicas y psíquicas, pero sin que la mujer refiera su etiología durante la anamnesis y la exploración clínica. La consecuencia más significativa es que negará el verdadero origen de las lesiones y tratará de justificarlas mediante un mecanismo más o menos burdo.

El grado de falta de colaboración puede variar e ir desde una actitud relativamente neutral, en la que no responde a las preguntas e intenta evadir la situación con un cierto distanciamiento emocional e insistencia en otro tipo de temas, hasta la simulación y disimulación, bajo las cuales negará, ocultará y dará razones distintas a los hechos y circunstancias clínicas presentes.

En este caso, al igual que el anterior, predomina la situación aguda debido a la proximidad de la agresión. Las lesiones psicológicas en estas mujeres estarán especialmente presentes, por lo que la falta de participación vendrá causada, en parte, por esa dependencia emocional que se establece con el agresor como consecuencia del maltrato, unida a las amenazas continuas que pesan sobre ella y que cobran aún más verosimilitud ante la realidad de la última agresión. Podríamos entender que en esas circunstancias es relativamente normal que la mujer reaccione de ese modo, lo cual no significa que sea esa la forma que le gustaría enfrentarse a la situación, simplemente es la manera aprendida, casi obligada, que tiene de hacerlo, deformada aún más por las agresiones que ha venido sufriendo. En estos casos, cuando se sospeche la situación apuntada, una orientación sobre las circunstancias que pueden estar influyendo sobre la mujer para que mantenga esta actitud no participativa pueden ser aclaradas preguntando por el tiempo de convivencia en pareja, puesto que cuanto más prolongada sea la situación de maltrato, más acentuadas serán las lesiones psíquicas.

La conducta clínica debe ir orientada a:

- Tratamiento de las lesiones físicas.
- Tratamiento de las lesiones psicológicas. Resulta fundamental, pues será básico para poder iniciar el tratamiento psicológico a largo plazo y para ayudar a la mujer a tomar conciencia de la realidad que está viviendo.
- Los profesionales clínicos que la atiendan o bien desde el equipo de trabajo social se debe informar a la mujer de lo que le ocurre para conseguir vencer su resistencia y ofrecerle todas las medidas sociales y jurídicas para que no se sienta sola y abandonada en su suerte, como si fuera algo irremediable y de lo que ella también es responsable.
- Emitir el parte judicial indicando la existencia de las lesiones y la posible comisión de un hecho sancionado por la ley. Es muy importante informar a la mujer que se tiene que emitir el parte de lesiones, tanto porque lo manda la ley como por su propio bien, debe insistirse en que no es algo en contra de la mujer, sino la forma para solucionar lo ocurrido y, en cierto modo, para evitar que se vuelva a producir. Muchas veces, aunque tratan de no denunciar los hechos, cuando ven que ésta es irremediable pueden cambiar de actitud y volverse más participativas. Se debe insistir en la necesidad de aceptar la colaboración de los servicios sociales y jurídicos que

se le ofrecen, pues en la situación en la que se encuentra los va a necesitar.

Si las circunstancias del caso indicaran cierta gravedad en relación con una situación de riesgo o el estado psicológico de la mujer es grave, se podrá optar por la hospitalización al tiempo de comunicar de manera urgente (telefónica) al Juzgado de Guardia la situación.

3. Agresión no reciente, la mujer refiere violencia

No es frecuente esta situación, pues respecto a una situación teórica ideal (agresión reciente, mujer que refiere violencia) el elemento que impide que se muestre como tal ideal suele estar relacionado con las circunstancias en que se desarrolla la relación del agresor con la mujer, con la percepción de amenaza en caso de intentar denunciar en comisaría o guardia civil o explicar el origen de las lesiones si acude al médico.

Desde el punto de vista clínico, el motivo de la visita será en un porcentaje significativo de casos, en apariencia diferente a la situación de maltrato. Y decimos en apariencia, porque gran parte de la sintomatología vaga e inespecífica que presentan estas mujeres es consecuencia del maltrato repetido y mantenido, así como la percepción que tienen sobre su estado de salud bajo el síndrome depresivo que suelen padecer. Todo ello hace que acudan con cierta frecuencia al médico sin que manifiesten, ni siquiera sepan ellas mismas, que su

estado es derivado del maltrato. Los profesionales clínicos deben conocer estas manifestaciones y estar atentos a estos casos para barajar, dentro del diagnóstico diferencial, bien como causa o como concausa, la posibilidad de los malos tratos.

La mujer no hará una referencia directa a la violencia, pues no cree que lo que le ocurre sea consecuencia de las agresiones que recibe, probablemente, incluso, «normalizada» como algo propio de las relaciones de pareja debido a los factores sociales y culturales que favorecen esa interpretación. Ante esta situación, el profesional de la Medicina debe dirigir sus cuestiones, al principio de forma más indirecta, para ir poco a poco entrando en una comunicación más directa, hacia la revelación del maltrato.

Cuando haya concluido y se haya alcanzado el diagnóstico, el médico o la médica que la hayan atendido deben informar sobre todos los detalles y características de las consecuencias clínicas del maltrato y ponerla en contacto con los servicios de psiquiatría o psicología clínica para iniciar el tratamiento psicológico.

Respecto al parte judicial, hay que hacerlo, pero en este caso la urgencia dada por la evidencia de las lesiones físicas y psíquicas recientes no es tanta, puesto que las físicas no estarán presentes o lo harán en una fase muy evolucionada, y las psíquicas lo harán como alteraciones crónicas. Desde el punto de vista práctico, resulta más eficaz recuperar a la mujer y ponerla en contacto con los servicios sociales sanitarios para que,

tras la información apropiada y el asesoramiento jurídico y técnico, se presente el parte judicial, en muchos casos acompañado de un informe multidisciplinar, explicando la situación de la mujer y por qué se ha actuado de esa manera. De este modo, mantendremos la colaboración de la mujer, y, lo que es más importante, el hecho de enfrentarse a su situación tendrá más sentido al saber por qué lo hace y tendrá también más garantías de éxito al establecerse de forma paralela a la denuncia las medidas oportunas para proteger a la mujer, si este hecho fuera necesario.

4. Agresión no reciente, la mujer no refiere violencia

La actitud no participativa tras la agresión a la mujer hay que considerarla como patológica, por utilizar una terminología clínica; es decir, algo desviado de la normalidad, que puede ser entendido cuando conocemos las circunstancias y los factores que influyen en este tipo de violencia, pero que no puede ser compartido ni amparado, pues de hacerlo significaría que estamos contribuyendo a la normalización de algo tan anormal como la violencia, máxime si se produce en el seno de las relaciones caracterizadas por lo contrario, por el amor y la afectividad. Nadie acepta la violencia, ni nadie permite que estas agresiones se repitan una y otra vez; ante estos casos todo el mundo denunciaría, la mujer también, pero cuando la violencia se produce en el seno de las relaciones de pareja, se acepta por medio de la justificación y de la contextualización y

tiende a normalizarse. Esta situación ya nos indica que se trata de algo anormal.

El hecho de que en una sociedad androcéntrica se haya aceptado el maltrato como algo que puede ocurrir en las relaciones entre hombres y mujeres, no quiere decir que no nos enfrentemos a él para evitar que las mujeres sigan sufriendo un daño físico y psicológico cada vez mayor, para impedir que los hijos e hijas sufran las consecuencias en forma de lesiones psicológicas y alteraciones conductuales simplemente por ser testigos de esta violencia, mucho más si la sufren de manera directa, y que toda la sociedad reciba las consecuencias negativas del imperio de la violencia en las relaciones de pareja.

En este caso (agresión no reciente, actitud no participativa) nos encontraremos con dos obstáculos: por una parte, la dificultad de obtener una conclusión diagnóstica sobre la existencia pasada de agresiones múltiples derivadas del maltrato, y, por otra, la ausencia de referencias explícitas de la mujer, que repercutirán en el proceso para llegar al diagnóstico y en las medidas a adoptar, tanto las referentes al tratamiento de las lesiones físicas y psíquicas como en lo referente a las medidas de tipo social, incluyendo la comunicación a la autoridad judicial de un posible caso de agresión.

Nada se puede hacer en contra de la voluntad de la paciente en lo que se refiere a su persona; por eso, el objetivo fundamental es no provocar el rechazo de la mujer, para lo cual debemos, como en tantas otras

ocasiones, seguir la estrategia más oportuna para conseguir el mayor beneficio social, que pasa por el mayor beneficio también de la mujer. La manera de aproximarse a esa realidad ocultada es por medio de las preguntas indirectas que hagan referencia a la situación de los malos tratos, y así, poco a poco, ir logrando superar barreras y miedos que impiden a la mujer enfrentarse a su situación y a las consecuencias de las agresiones que la caracterizan.

Ante la dificultad diagnóstica y el rechazo de la mujer a reconocer la situación de violencia mantenida, debe prevalecer aún más la salud de la paciente, pues cualquier paso en falso en este sentido no garantizará la adecuada solución judicial tras una posible denuncia, pues tendríamos la negativa de la mujer y la ausencia de lesiones que justificaran las agresiones, y sí podríamos perder la posibilidad de recuperar a la mujer en el plano psicológico y clínico. Si se logra este segundo objetivo, sí podríamos vencer su resistencia y hacer desaparecer sus reticencias y, de este modo, abordar el proceso con el reconocimiento de la violencia y con una participación activa, por su parte, durante todo el proceso.

La coordinación de todos los profesionales es fundamental, pues el más mínimo error, como hemos apuntado, nos puede hacer retroceder todo lo andado y, a diferencia de otros casos y situaciones, en la agresión a la mujer no se hará para volver a iniciar la marcha, sino que, y ahí es donde reside la gravedad, se retrocederá para no volver a iniciar el camino, pues

los miedos, las dudas y la desconfianza se verán aumentados, y el problema social e individual ante esta situación se verá agravado. Lo más importante es «no perder» a la mujer, con lo cual ante la sospecha del maltrato y la imposibilidad de resolverlo en esa primera visita, lo que debemos hacer es anotar en la historia clínica este dato y comunicarlo a los diferentes profesionales del equipo multidisciplinar para hacer un seguimiento en las próximas visitas, y de esta manera conseguir una aproximación progresiva y paulatina que nos permita ir recuperando a la mujer e ir conociendo algunas características objetivas del maltrato, para que, bien por la colaboración de la mujer o bien por los elementos objetivos, podamos emitir el parte judicial y resolver el problema social al mismo tiempo que lo hacemos el individual.

Al prevalecer una concepción de salud, podremos conseguir transformar la situación de «agresión no reciente y no participativa» a cualquiera de las otras situaciones, desde la más optimista de «colaboración» incluso ante hechos no recientes, hasta una situación de participación ante una nueva agresión. En cualquier caso, lo que sí habremos conseguido es recuperar a la mujer en el plano clínico (físico y psíquico) y ponerla en un mejor estado para afrontar su situación y cualquier posible nuevo maltrato. Será más grave perder a la mujer para siempre si introducimos en ella la desconfianza, que perder una agresión ocurrida tiempo atrás, sin perjuicio de que pongamos en marcha todos los sistemas de alarma para evitar que se

produzca una nueva agresión y, sobre todo, que continúe la situación de violencia mantenida.

La historia clínica y la consideración de la violencia de género como una causa a considerar en el diagnóstico diferencial, se convierten en elementos claves de la asistencia médica frente a la violencia sobre las mujeres.

PRONÓSTICO

La evolución clínica del cuadro generalmente es satisfactoria en el terreno físico; no así en el psíquico. Esta situación, unida a las características cíclicas del síndrome, hacen que el pronóstico clínico general y social no sea favorable; de ahí la trascendencia de la intervención médica para iniciar el tratamiento y las medidas preventivas, lo cual exige la participación de las Unidades de Salud Mental y otros centros de tipo social, fundamentalmente los Centros de la Mujer.

Con independencia de la evolución seguida por la mayoría de los casos, existen otros, cada vez más frecuentes, en los que la espiral de violencia gira como un auténtico tornado, llevando a lesiones de extrema gravedad e, incluso, al homicidio en un período de tiempo breve. Esta posibilidad ha de tenerse en cuenta para llegar a identificarla en la medida de lo posible, para orientar el tratamiento y para adoptar las medidas oportunas sobre la víctima y sobre el agresor. En ningún caso deben minimizarse los hechos por la levedad de las lesiones físicas.

Ante la sospecha hay que actuar con carácter de urgencia para evitar el riesgo, lo cual pasa por poner en conocimiento del Juzgado de Guardia la posibilidad de la agresión.

TRATAMIENTO

Al margen de los aspectos puramente clínicos en el tratamiento de las lesiones, es importante centrar los casos en el contexto apropiado. Así, aunque en la mayoría de los casos el cuadro lesional de la mujer no será una indicación suficiente para la hospitalización de la víctima, podría ser importante actuar en este sentido con vistas a romper el círculo de violencia que va a llevar a la mujer a una nueva agresión, que, además, puede verse precipitada por el simple hecho de haber acudido al médico, aunque no es una situación frecuente.

En este sentido es conveniente iniciar lo antes posible el tratamiento psicológico clínico y social, tratando de aconsejar a la mujer la adopción de medidas por medio del Centro de la Mujer o por los trabajadores sociales del hospital.

El parte judicial y las cuestiones médico-legales

Si la violencia es un problema de salud pública, la respuesta no puede limitarse a la actuación clínica individual, del mismo modo que la actuación médica ante una enfermedad infecto-contagiosa no se limita a la prescripción de un tratamiento farmacológico antiinfeccioso, y se dan otro tipo de recomendaciones sobre aspectos relacionados con su vida pública y privada, al tiempo de mandar el correspondiente comunicado de Enfermedad de Declaración Obligatoria. La asistencia a la víctima de la violencia también conlleva las recomendaciones que eviten la exposición al daño y la «declaración obligatoria» por medio del parte judicial, para que desde las diferentes instituciones se pueda abordar el problema en su vertiente social.

Las ramas social e individual que parten del tronco común de la Medicina no crecen de manera divergente, distanciándose cada vez más de los objetivos comunes que la Medicina mantiene con los enfermos y con la sociedad; es más, son muchas las relaciones que los brotes establecen entre ambas ramas, creciendo el árbol, pero de manera armónica e integrada, no sólo en altura, sino también en frondosidad.

De este modo, tanto desde la actuación clínica como desde la individual, se toman decisiones y medidas orientadas a las posibles consecuencias sobre la

sociedad, por ejemplo, con la declaración obligatoria de enfermedades, como desde la Medicina social se adoptan decisiones a aplicar sobre personas concretas y particulares, como ocurre cuando se procede a una vacunación o se adoptan determinadas medidas en el ambiente laboral.

La violencia es un problema de salud pública cuya consecuencia más importante no es la sensación o percepción de inseguridad ciudadana, que lo es, sino los efectos sobre la persona víctima directa de los ataques físicos o psíquicos, los efectos sobre las víctimas secundarias (hijos, familiares y personas cercanas a la agredida) y, en tercer lugar, de forma más indirecta y más distante en el tiempo, las consecuencias sobre el conjunto de la sociedad. La Medicina y el resto de las disciplinas relacionadas con la salud (individual y pública) tienen un papel fundamental en la resolución de los problemas derivados de la violencia, pues el efecto es doble: por una parte, la adecuada solución y la restauración del estado de salud previo a la agresión por medio de una actuación global, integrada y coordinada y, por otra, contribuir a la prevención a través de la correcta intervención de las instituciones y de la persona que ha sufrido la agresión, pues habrá tomado conciencia de su situación y del significado de los hechos participando de forma más activa en el proceso.

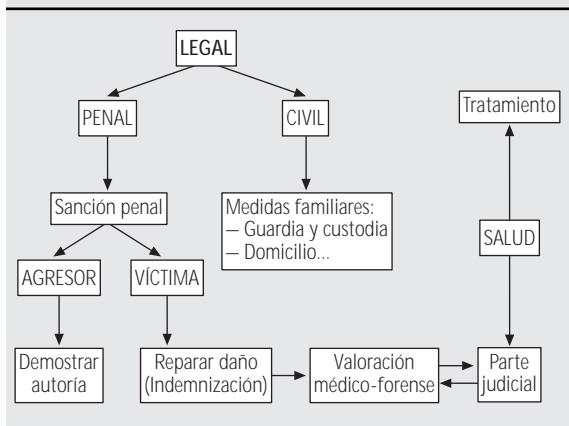
Vemos, pues, que, aunque las consecuencias sobre la salud son las más importantes, no son las únicas, y que mientras que no se resuelvan todas las conse-

cuencias que los casos de violencia conllevan, no se podrán resolver del todo los casos de violencia y, por tanto, sus efectos, de una forma u otra, perdurarán entre nosotros.

Si la consecuencia fundamental es la ruptura del estado de salud, la siguiente es la quiebra de la norma; el atentar contra una ley implica la necesidad de actuar, desde el punto de vista jurídico y legal, para resolver las importantes cuestiones que surgen. Para ello resulta fundamental la adecuada actuación clínica. Debemos ser conscientes de que estamos ante un problema de salud con repercusiones jurídicas, no ante una cuestión jurídica con consecuencias clínicas, pues dependiendo de donde situemos el centro de gravedad, veremos que la actuación se desplaza hacia uno u otro lado.

Si planteamos la situación como un hecho fundamentalmente legal (esquema 1), nos encontramos que los objetivos fundamentales serán la resolución de las cuestiones jurídicas, que ante un caso de agresión fundamentalmente estarán relacionadas con el Derecho Penal y con el Derecho Civil. En el primero de ellos interesa imponer una sanción penal que fundamentalmente busca la condena del agresor, ante lo cual la víctima (la mujer) quedará situada en un lugar secundario para ser reparada por el daño sufrido. Es en estas circunstancias cuando el Derecho se interesa por el resultado de la agresión, por las lesiones sufridas que han de ser valoradas para establecer una reparación y una condena proporcional a las mismas. Con esta pers-

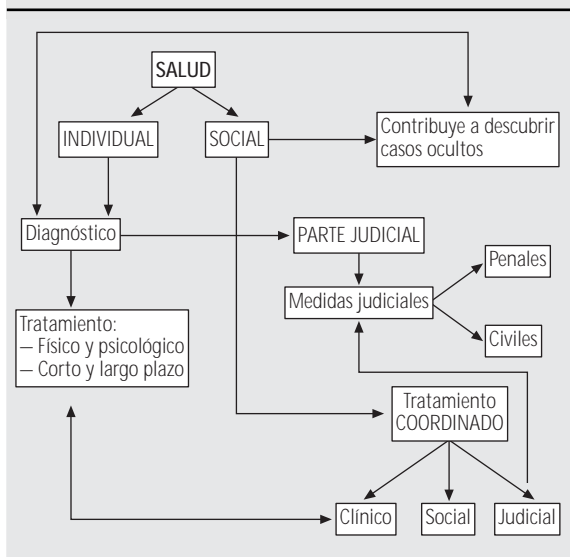
Esquema 1. Consecuencias de la consideración de la violencia de género como un problema fundamentalmente legal



pectiva eminentemente jurídica, las cuestiones relacionadas con la salud generalmente van destinadas al tratamiento de las lesiones agudas producidas por la agresión, sin que se perciba el problema de salud como una entidad diferente al caso judicial. Ello conduce a una inadecuada resolución de los problemas de salud y del resto de las cuestiones de tipo psicológico, social y rehabilitador que afectan a la mujer, pues se piensa que la respuesta adecuada y la solución del caso se produce con la condena del agresor y la posible indemnización a la mujer.

Por el contrario, si se presentan los hechos como un problema de salud (esquema 2), comprobamos que la actuación sanitaria va dirigida tanto a las cuestio-

Esquema 2. Consecuencias de la consideración de la violencia de género como un problema fundamentalmente de salud



nes individuales, como a las sociales, las primeras alcanzando como objetivo prioritario el diagnóstico y el tratamiento de las alteraciones que presenta, lo cual supone un abordaje terapéutico agudo y a largo plazo, tanto de los problemas físicos como psíquicos; y las segundas, dirigiendo la atención y asistencia de manera multidisciplinaria y coordinada a todos los elementos que necesitan ser solucionados y emitiendo el parte judicial para que también se resuelvan las cuestiones jurídicas, contribuyendo de este modo al descubrimiento de casos ocultos.

Para abarcar de manera global e integral el caso de violencia sobre la mujer es necesario que, al margen del correcto tratamiento de las lesiones físicas y psíquicas, pongamos en conocimiento de la autoridad judicial la posible existencia de un delito, pues es la única forma de que las cuestiones diferentes a las clínicas puedan ser resueltas. Y para ello se debe cumplir el parte judicial.

Se trata de una obligación que surge de un imperativo legal, luego al margen de la obligación moral que debe situar a la persona que atiende a la mujer agredida en la situación que conlleve el apoyo para resolver una situación en la que se ha producido un delito y, por tanto, colaborar para que se establezca la justicia, máxime cuando sabemos que no se trata de un hecho aislado, sino que lo habitual es que se adopte como estrategia para conseguir el control y el sometimiento de la mujer. En estas circunstancias existe, como decimos, una obligación que emana de la ley, y su incumplimiento se traduce en una infracción merecedora de sanción.

Los preceptos legales de los que se deriva la obligatoriedad de poner en conocimiento de la autoridad judicial el posible hecho delictivo son el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECrim) y el artículo 355 de la misma ley. El primero de ellos (art. 262 LECrim) concretamente dice:

«Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán

obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al tribunal competente, al juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratase de un delito flagrante».

Más adelante, en su párrafo tercero, hace una referencia específica a los profesionales sanitarios, y recoge «si la omisión en dar parte fuese un profesor en Medicina, Cirugía o Farmacia y tuvieren relación con el ejercicio de sus actividades profesionales [...]», presentando esta situación como de mayor gravedad.

En el segundo de los artículos referidos especifica aún más los hechos y la participación de los profesionales de la salud. Así, en el artículo 355 de la LECrim se establece:

«Si el hecho criminal que motive la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los médicos que asistieran al herido estarán obligados a dar parte de su estado y adelantos en los períodos que se les señalen [...]».

Desde el punto de vista práctico, conviene insistir en algunas cuestiones que pueden inducir a error, sobre todo al tomar estos dos artículos de manera aislada del articulado completo de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Se trata de una ley de 1882 y en la redacción del texto las referencias a los profesionales vienen matizadas por las circunstancias de finales del siglo XIX, por tanto, no hay que hacer una lectura literal y sí captar

el sentido amplio del artículo 262. Veamos algunos de los puntos de mayor interés práctico:

- Cuando se refiere «al que por razón de sus cargos, profesiones u oficios» indica que es una obligación de cualquier profesional, sea éste de la Medicina, de enfermería, trabajo social, psicología o cualquier otro.
- La obligación es de poner en conocimiento de la autoridad judicial el resultado de una situación en la que se puede haber producido un delito o una falta de lesiones, no de hacer una denuncia, que se refiere a unos hechos, personas y circunstancias particulares. El profesional que atiende a la víctima de la agresión, lo único que hace es comunicar las circunstancias que su trabajo le ha revelado, pero no denuncia unos hechos concretos ocurridos en unas determinadas circunstancias y protagonizados por unas personas específicas.
- Tampoco tiene por qué poner en conocimiento de la autoridad judicial la existencia de un delito sin lugar a dudas; es decir, no ha de estar en el convencimiento pleno de que lo que ha ocurrido es un delito o una falta recogidos en el Código Penal para que sea entonces cuando emita el parte judicial. El sentido que guarda la ley es que ante el conocimiento de un posible hecho delictivo, éste sea puesto en conocimiento de quien puede investigar lo ocurrido, tanto

desde el punto de vista del resultado por medio de la investigación médico-forense de las lesiones, como desde la averiguación de lo ocurrido a través de las declaraciones de los implicados y de la investigación policial.

En alguna ocasión se comenta, por parte de los profesionales sanitarios, que ellos no son policías para investigar y saber lo que ha ocurrido, y amparándose en esa actitud no emiten el parte judicial, pensando que lo único que pueden hacer es empeorar la situación. Bien, pues precisamente por esas circunstancias es por lo que deben comunicar los hechos, porque puede ser que estemos ante un delito de lesiones y éste debe ser investigado para aclarar lo ocurrido por quien tiene la obligación y los medios para hacerlo. La actitud pasiva no es equivalente a una imparcialidad, sino todo lo contrario, es una parcialidad y una toma de posición por omisión en favor del agresor que, de haberse producido la agresión, se verá impune y amparado por la actuación del propio sistema. Si se emite el parte judicial, se podrá aclarar lo ocurrido, y de esta manera ayudar a romper el ciclo de violencia y todos los efectos psicológicos que el mantenimiento de esta situación conlleva.

En el peor de los casos, lo que puede suceder es que la mujer presente una serie de lesiones derivadas de un hecho accidental, y al mandar el parte de lesiones al juzgado ante la posibilidad

de que sean consecuencia de un delito, ella y su pareja tengan que ir a declarar y explicar lo ocurrido, todo lo cual, efectivamente, puede causar una incomodidad, cierto trastorno e, incluso, una situación desagradable por ser considerado el hombre como un posible agresor de la mujer. Debemos entender, si así ocurre, que este tipo de situaciones incómodas pueden evitar muchas nuevas agresiones a quien sí las sufre, victimizaciones de mujeres, niños y niñas y también muertes. Deben, por tanto, ser aceptadas con normalidad.

Respecto a la sospecha de la agresión, ésta debe ser una duda racional; es decir, con una base científica, argumentada y sometida a la crítica de la razón; es cierto que no se puede, ni de hecho se trata de judicializar la actuación médica, y dentro de ella a determinadas especialidades como la Medicina de Urgencias, la Traumatología o la Psiquiatría, por ser las que estudian las lesiones físicas y psíquicas. Por eso, ante esta situación no se debe adoptar una actitud pasiva, sino que se tiene que profundizar estudiando la situación de la mujer y las consecuencias objetivas para hacer el diagnóstico correcto y adoptar las medidas terapéuticas correspondientes. Pero si la situación no llega a alcanzar la entidad de la duda y se queda en una mera sospecha o en una posibilidad, entonces debe continuar la asistencia sobre la salud y

la recuperación de la mujer, por lo que no debemos perder su confianza por medio de un parte judicial que de poco servirá en estas circunstancias (ausencia de datos objetivos y negación de la posible agresión por la mujer), y sí continuar trabajando con ella, pues tiempo habrá más adelante para que la mujer o el equipo clínico puedan comunicar al Juzgado de Guardia los hechos basándose en datos concretos. En esos casos lo que hay que hacer es incluir en la historia clínica la sospecha diagnóstica para hacer un seguimiento multidisciplinar y conseguir la adecuada resolución de las cuestiones clínicas, sociales y jurídicas cuando la situación lo permita y aconseje.

- Otro tipo de argumentos que también se suelen dar para no emitir el parte judicial es que, si se hace, el agresor puede enfurecerse y tomar represalias más graves sobre la mujer. La realidad muestra lo contrario; este tipo de reacciones no suele ocurrir, más bien sucede lo opuesto, ante la realidad de las consecuencias de la agresión cometida y siendo consciente de la actuación policial y judicial, el hombre suele adoptar una actitud pacífica. No estamos hablando de un loco o desalmado que actúa de manera violenta sobre la mujer para disfrute personal, sino de una persona consciente que recurre a la violencia para obtener y mantener una posición de privilegio y superioridad

en la relación, sabe, por tanto, lo que hace y por qué lo hace, y para ello se basa, precisamente, en la impunidad de sus acciones. Cuando ve esa impunidad amenazada no suele aumentar la violencia, sino todo lo contrario, pues de repente se presentan ante él todas las consecuencias negativas que desde el punto de vista social su conducta conlleva.

Por otra parte, la actuación clínica debe estar lo suficientemente coordinada para que otros profesionales e instituciones salvaguarden y protejan a la víctima y sus intereses en todos aquellos casos en que sea necesario dicha protección para evitar nuevas agresiones. El hecho de pensar que esto puede ocurrir y que es mejor no comunicar la agresión cometida, lo que realmente significa es que el profesional tiene relativamente claro que la agresión ha existido y que la denuncia puede violentar al agresor, luego no existe duda o ésta está más en relación con las consecuencias del parte judicial que con la realidad de la agresión, y en estas circunstancias no se puede inhibir, sino que debe poner en conocimiento de la autoridad judicial la posible comisión del delito para que se establezcan todas las medidas necesarias. No es una cuestión de sensibilidad o solidaridad con las mujeres víctimas de malos tratos, es un tema de responsabilidad y profesionalidad, de actuar tal y como la sociedad espera que se responda des-

de el punto de vista profesional, tanto bajo un imperativo moral, como ciudadanos, como legal por las normas que regulan el ejercicio de la profesión.

En otras ocasiones, las dudas que le plantean al médico a la hora de emitir el parte judicial ante un caso de maltrato pueden estar en relación con el secreto médico y al hecho de no denunciar por la dificultad diagnóstica y por el compromiso personal que implica una denuncia de este tipo.

En relación con la posible revelación del secreto profesional, debemos tener en cuenta que tiene la obligación de poner en conocimiento de la autoridad judicial el presunto hecho delictivo del que tenga conocimiento. Por otra parte, las tendencias internacionales van en el sentido de que se debe guardar el secreto profesional en cuanto se refiere al enfermo, pero no al delincuente, ya que, de lo contrario, permitiría la continuidad de los malos tratos.

Tampoco debe escudarse en una dificultad diagnóstica para no denunciar, quizá más preocupado por el compromiso personal derivado de la misma, ya que, como hemos indicado, ante un caso de este tipo la simple sospecha razonable justificaría el inicio de una investigación judicial en la cual el peso de los aspectos médicos recaería sobre el médico forense. Además, como afirmaron Reinhart y Elmer con relación al maltrato infantil, «la denuncia no es el fin, sino el medio para restaurar el equilibrio familiar».

Todo ello resulta paradójico si lo comparamos con el maltrato del niño, en el que no existe una polémica en relación con la conveniencia o no de denunciar los casos conocidos o sospechados. Quizá sea debido a la situación de indefensión, desprotección y dependencia del agresor que tiene el niño, cuando el hecho en sí, la denuncia, tiene el mismo significado en lo referente al secreto médico o la dificultad diagnóstica. Por otra parte, la mujer se encuentra en la misma situación de indefensión, desprotección y dependencia, necesitando el mismo tipo de ayuda, una ayuda que en muchas ocasiones es buscada y pedida en silencio por medio del médico, ya que ella está totalmente incapacitada para tomar esa iniciativa.

Debemos insistir en que las estadísticas manejadas, las consecuencias de este problema, así como el conocimiento de que, a pesar de ser una mínima parte del mismo, sólo en un pequeño porcentaje de estos casos se logra actuar, nos indican que se trata de un problema grave y que no debemos buscar salidas reglamentarias o administrativas para esquivar el tema, sino que debemos de asumir la responsabilidad que cada pieza juega en el engranaje social. El médico tiene un papel insustituible en un doble sentido:

1. Con relación al tema de las lesiones, es necesario conocer sus características, a pesar y precisamente de su levedad, para identificarlas como parte del síndrome de maltrato a la mujer junto con las alteraciones psicológicas gracias a su naturaleza, tipología, localización y diferente

data. De este modo, al igual que está ocurriendo con el maltrato infantil, podremos descubrir los casos y ponerlos en manos de la autoridad judicial para resolver el problema social y jurídico que conlleva el clínico.

2. En segundo lugar, debemos romper con los mitos y prejuicios en cuanto a considerarlo sólo como un problema privado, familiar o social. El médico no debe prejuzgar ni valorar las consecuencias legales de una posible denuncia, tampoco debe confundir su actuación y limitarla a lo objetivamente clínico. Al igual que en el caso de una enfermedad infecto-contagiosa trata de romper con la cadena de transmisión, en este caso debe actuar para romper el ciclo de violencia que, además, sabemos que irá creciendo en intensidad. Sólo él y el personal sanitario van a ser capaces de identificar el cuadro del síndrome del maltrato en muchos casos, sólo él va a posibilitar que se inicien los mecanismos para evitar nuevas agresiones, y quizá sea él la única persona a la que la mujer maltratada puede acudir en busca de ayuda «sin pedirla» de manera explícita, confiando que sea el médico quien saque a relucir una situación que ella es incapaz por falta de decisión y por miedo a las amenazas y posibles represalias.

La fórmula para ir acabando con el maltrato a la mujer consta de tres elementos fundamentales: solucionar adecuadamente los hechos denunciados

(5-10% del total), evitar que se produzcan nuevos casos y desenmascarar ese 90-95% de casos que no llegan a denunciarse, a pesar de que la mayoría de ellos pasan por las consultas médicas. El factor común más significativo en esta ecuación es el papel del profesional de la Medicina clínica, de ahí la trascendencia de que conozca las características que permitan identificar y diagnosticar los casos del síndrome de maltrato a la mujer.

Hacia la atención integral frente a la violencia sobre las mujeres: prevención y protocolos de coordinación

En los puntos anteriores hemos visto cómo la agresión a las mujeres es fundamentalmente un problema de salud con repercusiones jurídicas y sociales, y que, en consecuencia, debemos tratar de dirigir nuestros esfuerzos a solventar las diferentes cuestiones que se presenten, pero, ante todo y antes de nada, la salud de la mujer.

La actuación sobre la salud física y psíquica debe ir dirigida a la recuperación completa de la mujer, no sólo a la asistencia de urgencia, así como de todas aquellas facetas en las que la violencia ha tenido repercusión, bien por haberlas afectado o bien por no poder haber sido desarrolladas al haber estado sometida y controlada por la situación de violencia.

Todo ello supone que sea necesaria una actuación multidisciplinar, en cuanto a los profesionales que han de intervenir, y continuada en el tiempo, tanto en los aspectos específicos que requieran una asistencia que se prolongue a lo largo de las semanas o meses, como para poder abordar en los diferentes campos afectados que, obviamente, no podrán ser tratados de manera simultánea desde el primer momento.

La única forma de conseguir la recuperación completa de la mujer es por medio de una actuación global e integral llevada a cabo de forma coordinada, lo cual exige establecer protocolos para que en cada una de las disciplinas se realice esa asistencia completa y al mismo tiempo se haga en coordinación con el resto de los profesionales. De esta manera se conseguirá el objetivo pretendido, sin que ello suponga una victimización o el rechazo de la mujer, reacción que puede aparecer como consecuencia de la descoordinación y de la sensación de falta de eficacia.

En ocasiones, no es que las ramas no dejen ver el bosque, es que se introducen en los ojos y no dejan ver nada o todo aparece borroso. Es por eso que no vamos a tratar de aumentar el número de ramas ni la frondosidad del árbol con un nuevo protocolo. En la mayoría de las Comunidades Autónomas se han establecido protocolos multidisciplinares para la atención y asistencia de las víctimas del maltrato, y, por tanto, son esos protocolos los que deben ser utilizados, puesto que serán el lenguaje común que, con independencia del profesional que atienda a la mujer y del centro donde acuda o sea trasladada, puedan comunicar a las diferentes instituciones implicadas en la resolución de estos casos. La futura Ley Orgánica Integral contra la Violencia de Género permitirá el desarrollo de nuevos protocolos que nos indiquen el camino a seguir, pero previamente tendremos la luz que esta Guía intenta poner al alcance de los profesionales.

Lo que sí resulta de interés y conviene insistir en ello es que los protocolos no deben ser considerados como algo que simplemente se debe cumplimentar, sino como una parte importante del proceso (no acaba ahí) con la que se debe cumplir profesionalmente. Es por eso que hay que conocerlos y haberlos estudiado o analizado antes de que surja el caso. Como en otras muchas facetas de la asistencia sanitaria, debemos estar preparados para actuar, no esperar que llegue el caso para ponernos a buscar y a cumplimentar de manera irreflexiva y casi automática las diferentes preguntas que nos pide el cuestionario.

El análisis previo nos permitirá conocer y ordenar la entrevista clínica y la exploración física y psicológica, integrándola dentro de la asistencia sanitaria, así como destacar aquellas partes del protocolo que no sean propiamente sanitarias o que perteneciendo al campo de la salud pueden ser cumplimentadas por otros profesionales sanitarios. De este modo, cada uno de los profesionales se sentirá identificado con el trabajo a desarrollar y no se producirá un rechazo al pensar, como ocurre en la actualidad en algunos casos, que no es competencia profesional suya el atender a determinadas partes del protocolo. En cualquier caso, quien asista a la mujer víctima de la agresión debe entender que parte del protocolo va dirigido a la resolución de las cuestiones y problemas derivados de la de las consecuencias sociales y jurídicas de la agresión, y que muchos de esos datos están relacionados con los aspectos médico-legales de la Medicina, estando,

por tanto, relacionados con la intervención médico-sanitaria.

Esta perspectiva global permitirá coordinar las medidas para conseguir la verdadera solución de la violencia sobre las mujeres, que sólo pasa por su prevención, pues de lo contrario cualquier actuación será paliativa y destinada a restaurar una situación anómala, pero nunca evitará el daño causado durante la exposición a la violencia. La única solución es la prevención, en el sentido de actuar antes de que se produzca la violencia con un doble fin, evitar que llegue a ocurrir y, si se ha producido una agresión, evitar la repetición y algunas de sus manifestaciones. Estos dos elementos conceptuales de la prevención nos aproximan de manera realista al problema de la violencia de género en toda su dimensión, y permite afrontar un planteamiento que ya habíamos expuesto en otras ocasiones, buscar la prevención y la evitación.

Por un lado, se ha de proceder con medidas generales que actúan sobre toda la población para conseguir la prevención, que no ocurran los casos, y, por otro, una vez que hayan sucedido llevar a cabo actuaciones sobre las personas implicadas para que no llegue a ocurrir una nueva agresión ni muchas de las situaciones que se presentan a raíz de la denuncia y que también pueden ser traumáticas. Es la filosofía que se deriva de una concepción global del problema y de una actuación integral en la que la prevención se convierte en una pieza clave. Una prevención que, basada en el concepto tradicional de primaria, secundaria y terciaria, según don-

de dirija su atención, vamos a modificar siguiendo a Gordon, para hablar de intervención universal, selectiva e individual, pues recoge de manera más clara el destino de las medidas y la filosofía de la actuación.

La intervención universal irá dirigida a la sociedad en general, y en ella se incluirán una serie de actuaciones muy generales e inespecíficas en cuanto a la población diana, como pueden ser las campañas informativas, las políticas de sensibilización, el cuestionamiento de los valores androcéntricos tradicionales, la desestructuración de mitos que se mantienen mutuamente junto a políticas concretas que busquen los mismos objetivos de manera específica, y en este sentido tenemos políticas educativas que evitan la desigualdad y que fomenten los valores de la igualdad reforzando los valores que la sustentan, educación crítica y reflexiva para posicionarse ante la actitud violenta en general y en particular frente a la que se ejerce sobre las mujeres, no sólo por medio de agresiones, sino también por todas aquellas situaciones de rechazo que habitualmente se producen en los colegios. Otras medidas pueden ir dirigidas al tratamiento informativo de determinadas noticias en los medios de comunicación o a la utilización de la imagen y el concepto de mujer en la publicidad. En definitiva, todas aquellas medidas que, actuando sobre el conjunto de la población, pueden contribuir a romper el cortocircuito que se produce a la hora de interpretar determinados acontecimientos, noticias o imágenes que han venido sirviendo para mantener la situación tradicional.

La intervención selectiva se aproxima más a las situaciones de riesgo, no tanto por estar inmersas en la tormenta de la violencia, sino por vivir en los márgenes de un río que cuando llueve siempre se desborda. Las medidas van dirigidas de manera más concreta a abordar las situaciones que, bajo el criterio tradicional de las relaciones de pareja y los roles de hombre y mujer, pueden resultar anegadas por la violencia. No tendrían por qué existir, pero existen, y, en consecuencia, no podemos ignorarlas, pues de lo contrario muchas de ellas terminarían sumidas en la violencia.

Finalmente, la intervención individual se centrará en situaciones y personas específicas que necesiten de medidas para evitar entrar en el torrente multiplicador de las agresiones, o habiendo sido arrastradas por él, actuar para ponerlas a salvo y a buen recaudo, de manera que no vuelva a precipitarse en sus aguas.

Ninguna de ellas será eficaz si no actúan las tres de manera simultánea; es algo en lo que los estudios y los autores insisten cada vez más, para que las medidas de prevención sean exitosas han de dirigirse al mismo tiempo hacia la intervención universal, la selectiva y la individual; de lo contrario sólo se conseguirá que en algunos casos se eviten ciertas manifestaciones, pero nada que vaya más allá de esas respuestas particulares. Si se insiste mucho en la intervención universal, pero no se hace en la selectiva e individual, cuando algún individuo o situación sobrepase los límites técnicos de los escenarios que se presentan con esas

medidas, caerá de bruces en el terreno pantanoso del riesgo o en la propia violencia; y si por medio de intervenciones selectivas e individuales se logra rescatar a alguien del barrizal donde la violencia actúa de manera sistemática y no lo situamos en el terreno firme de la seguridad, en el que pueda ser limpiado del barro violento entremetido hasta en los lugares más recónditos y contemplar otras alternativas, antes o después volverá a deslizarse por la pendiente hacia el lodazal.

La conclusión es clara, las medidas deben dirigirse hacia lo universal, lo selectivo y lo individual, y deben hacerlo simultáneamente, y esa visión global en el abordaje e integral en la respuesta, no se están manteniendo, con lo cual la eficacia de cada una de las medidas que se ponen en marcha no llega a alcanzar los objetivos pretendidos, y la efectividad de todas ellas queda muy lejos de la potencialidad que realmente guardan.

Pautas de detección del maltrato en la asistencia clínica

La llama del conocimiento también titilea y se ve sometida a los vientos de las inclemencias en las que en ocasiones se desarrolla el ejercicio profesional; por eso, con independencia de contar con su luz, conviene presentar algunas recomendaciones sobre elementos concretos que nos permitan detectar los casos que se puedan presentar en una consulta médica.

Diferentes estudios han revelado que cuando en la anamnesis se incluyen cuestiones y referencias a la violencia de género, alrededor del 50% de las mujeres indican que la han sufrido, lo cual coincide con la prevalencia encontrada en otros trabajos. Además, la disponibilidad de las mujeres para hablar de estos temas es muy elevada, quizá un ejemplo gráfico lo tenemos en el caso comentado por Richard Jones, ex presidente del Colegio Americano de Ginecólogos, quien, un día después de leer un folleto educativo sobre la violencia en el hogar, le preguntó, más por curiosidad que por interés, a una paciente si su marido le había pegado alguna vez. La respuesta le dejó estupefacto: «Doctor Jones, no sabe cuánto tiempo he esperado esa pregunta».

Ella, como muchas mujeres, en realidad están buscando una ayuda o un apoyo sobre el que levantar y sacar a la luz todas las vivencias relacionadas con el

Atención Primaria de Calidad
GUÍA DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA EN
ABORDAJE EN SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO

maltrato; por eso, alrededor del 60% revelarían sin problemas su situación al médico si éste se lo preguntara, y sólo un 12% manifiesta que no lo haría. La realidad indica que no sucede, pues los médicos de familia sólo lo realizan entre un 10 y un 15% de las mujeres que acuden a una primera consulta, los ginecólogos en el 20%, y los internistas sólo entre el 8%.

El simple abordaje de la asistencia considerando la alta frecuencia con la que se presenta la violencia de género y las múltiples manifestaciones que tiene de hacerlo en forma de pérdida de salud, tanto física como psíquica, debería llevar al «cribado universal» de la violencia, es decir, a realizar una serie de preguntas relacionadas con esta situación de manera sistemática, permitiría detectar la violencia y comenzar a tratarla de manera específica desde la perspectiva de la salud de la mujer.

Sin embargo, la realidad es muy distinta, y al margen de hacer un cribado en un porcentaje muy bajo de casos, las razones que esgrimen los profesionales para no hacerlo están muy generalizadas y se presentan como obstáculos difíciles de remover. En un estudio realizado en la Universidad de Seattle se entrevistó a los médicos de familia, para averiguar el porqué del temor a preguntar por la existencia de violencia doméstica, y entre las causas más frecuentes se encontraron:

- El 20%: por miedo a lo imprevisible, a la sensación de pérdida del control de la entrevista

Pautas de detección del maltrato en la asistencia clínica

por parte del médico al preguntar sobre violencia en el hogar.

- El 50%: por limitaciones de tiempo, falta de preparación sobre el tema, miedo a ofender a la paciente, sensación de incapacidad y frustración al tratar el tema; en definitiva, a «no saber cómo abordarlo o cómo preguntar».
- El 42%: por frustración, por no poder controlar el comportamiento de la víctima.
- El 39%: porque se identifican con sus pacientes.
- Algunos profesionales sanitarios plantean problemas de credibilidad a la mujer, y piensan que mentirían.
- A veces la mujer no quiere comunicarlo, por desconfianza hacia los servicios sanitarios, pero en estos casos se estaría ante un problema diferente, que como tal debería ser abordado.

La situación es compleja ante el desconocimiento de la realidad y consecuencias de la violencia sobre las mujeres, y por la falta de formación especializada en un tema tan trascendente como éste, en el que, junto a las cuestiones científico-técnicas, aparecen todos los condicionantes socioculturales que se reflejan en las manifestaciones dadas por los profesionales entrevistados. Para sortear algunos de esos obstáculos, se han elaborado una serie de pautas de carácter práctico que facilitan la aproximación y el abordaje de manera progresiva. A continuación expondremos algunas:

1. INTRODUCIR LA PREGUNTA

- «Antes de hablar de anticonceptivos posibles, convendría hablar un poco más sobre las relaciones de pareja.»
- «Como la violencia es común en la mujer, hemos comenzado a hacer preguntas sobre abusos, a todas las pacientes.»
- «No sé si usted tiene este problema, pero las tensiones en el hogar y familiares es un problema que me consultan muchas pacientes; como algunas se sienten intimidadas o incómodas para mencionarlo ellas mismas, ahora hago habitualmente esta pregunta.»

2. PREGUNTAR INDIRECTAMENTE

- «Sus síntomas pueden estar relacionados con el estrés. ¿Tiene usted o su compañero a pelearse mucho? ¿Ha quedado lastimada alguna vez?»
- «¿Tiene su marido o pareja algún problema con el alcohol, drogas o el juego por dinero?»
- «¿Quiere su pareja mantener relaciones sexuales con usted cuando no quiere? ¿Qué sucede?»

3. PREGUNTAR DIRECTAMENTE

- «He visto lesiones como las de usted en personas que han sido golpeadas ¿Es éste su caso?»

Pautas de detección del maltrato en la asistencia clínica

- «¿Alguna vez le pegó o lastimó su compañero?»
- «¿Tuvo de pequeña alguna vez experiencias sexuales desagradables?»

En las tablas que se presentan a continuación también se recogen algunas recomendaciones para llevar a cabo una adecuada entrevista y asistencia.

Normas para la entrevista clínica a la mujer sospecha de maltrato

- Ver a la mujer sola, sin la presencia de familiares.
- Asegurarse de disponer del tiempo necesario, para realizar historia clínica.
- Asegurar en el entorno el ambiente y la confidencialidad.
- Observar las actitudes y estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal).
- Propiciar confianza para facilitar la comunicación y expresión de sentimientos.
- Mantener una actitud empática.
- Mantener la atención durante el relato, evitando interrupciones.
- Dar importancia a su relato sin emitir juicios de valor, dándole credibilidad.
- Reafirmar una postura de antiviolenencia en las relaciones humanas.
- Ayudarse con preguntas para abordar el tema.
- Alertar a la mujer sobre los riesgos que corre.
- Respetar a la mujer ayudándole a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones.
- Registrar con precisión en la historia clínica estos hechos.

Síntomas de maltrato

La mejor manera de describir una historia de abuso en una paciente es preguntarle sobre ello. Por otra parte, determinadas lesiones físicas, trastornos de salud y actitudes de la paciente deberían despertar sospe-

Atención Primaria de Calidad
GUÍA DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA EN
ABORDAJE EN SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO

chas de la existencia de violencia en el entorno de la relación de pareja. Muchos de estos síntomas ya se han recogido, pero entre los más significativos se encuentran:

- Trastornos crónicos, inespecíficos sin una causa física clara.
- Lesiones que no concuerdan con la explicación de la forma en que ocurrieron.
- Un compañero demasiado atento, dominador o reacio a separarse del lado de la mujer.
- Lesión física durante el embarazo.
- Comienzo tardío de la atención prenatal.
- Historia de intento de suicidio o pensamientos suicidas.
- Demora en buscar tratamiento para las lesiones recibidas.
- Infección de las vías urinarias.
- Síndrome crónico de intestino irritable.
- Dolor pélvico crónico.

Como resumen general de los síntomas y signos más específicos tenemos:

Signos y señales de alerta de maltrato

Físicos:

- Heridas, huellas de golpes, hematomas, discrepancia entre características y descripción del accidente, localización, demora en la solicitud de atención.

Psíquicos:

- Ansiedad, depresión, confusión, agitación, síndrome de estrés postraumático, intentos de suicidio.

Pautas de detección del maltrato en la asistencia clínica

Signos y señales de alerta de maltrato (cont.)**Actitudes y estado emocional:**

- Actitudes de la víctima: desviación de la mirada, temor, nerviosismo, intranquilidad, sobresalto al menor ruido, pasividad, ensimismamiento, tendencia a culpabilizarse y a exculpar a su pareja, reticencia a responder preguntas o a dejarse explorar, incapacidad para tomar decisiones.
- Estado emocional, tristeza, miedo a morir, ideas suicidas, ansiedad extrema. Si acude el cónyuge debemos explorar también su actitud, excesiva preocupación y control o bien excesiva despreocupación intentando trivializar los hechos. En estos casos deben entrevistarse a los elementos de la pareja por separado.

Otros síntomas:

- Sensación de enfermedad perenne, insomnio, cefaleas, trastornos gastrointestinales crónicos, disfunciones sexuales, consumo abusivo de medicamentos, aumento de la frecuencia de demanda asistencial clínica, absentismo laboral, abortos provocados o espontáneos, etc.

Si la paciente sufre trastornos por ansiedad o depresión, se debe abordar este problema, pero se debe ser muy cauto a la hora de prescribir psicofármacos como tratamiento exclusivo, sobre todo por períodos prolongados, porque a veces pueden mermar su capacidad de reacción y de autodefensa, que le permita salir de la situación, además de incrementar el riesgo de adicción a estas sustancias, sobre todo las benzodiazepinas, en las que puede ver una ayuda para sobrellevar situaciones límite, cuando en realidad lo que hacen es enmascarar el problema y adaptar la mujer a la violencia, no sacarla de ella.

Preguntas facilitadoras:

- Le veo preocupada.
- ¿Cómo van las cosas en su trabajo?

Atención Primaria de Calidad
GUÍA DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA EN
ABORDAJE EN SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO

- ¿Tiene algún problema con su esposo o con los hijos?
Esperar respuesta.
- ¿Ha sido alguna vez perseguida en su trabajo?
- ¿Siente que no le tratan bien en casa?
- ¿Se siente minusvalorada ante su pareja?
- ¿Le reprocha el pedir dinero?
- ¿Ha sentido inseguridad y/o miedo?
- ¿Ha sido violentada o agredida físicamente, sexualmente?
- ¿Controla sus salidas?
- ¿Le controla el dinero?
- ¿Le ha amenazado alguna vez?
- ¿Ha sido amenazada con armas u objetos contundentes?
- ¿Ha contado su problema a algún familiar o amigo?

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 testigo de la violencia como por la posibilidad de ser también víctimas.

Debe haber una buena coordinación entre los diferentes niveles y entre el pediatra, médico de familia y cualquier otro profesional que haya intervenido, pues en ocasiones se puede llegar al diagnóstico de una situación de violencia de género de forma indirecta, por ejemplo, a través del pediatra tras detectar los malos tratos sobre un niño o una niña, y comprobar después que la mujer también es víctima de la violen-

Pautas de detección del maltrato en la asistencia clínica

cia, pues entre el 30 y el 40% de los casos de violencia sobre la mujer, también hay maltrato infantil.

El protocolo sanitario del Servicio Interterritorial para la actuación ante los malos tratos y otras guías de actuación ante la violencia de género, recomienda una serie de actuaciones generales que quedan recogidas a continuación:

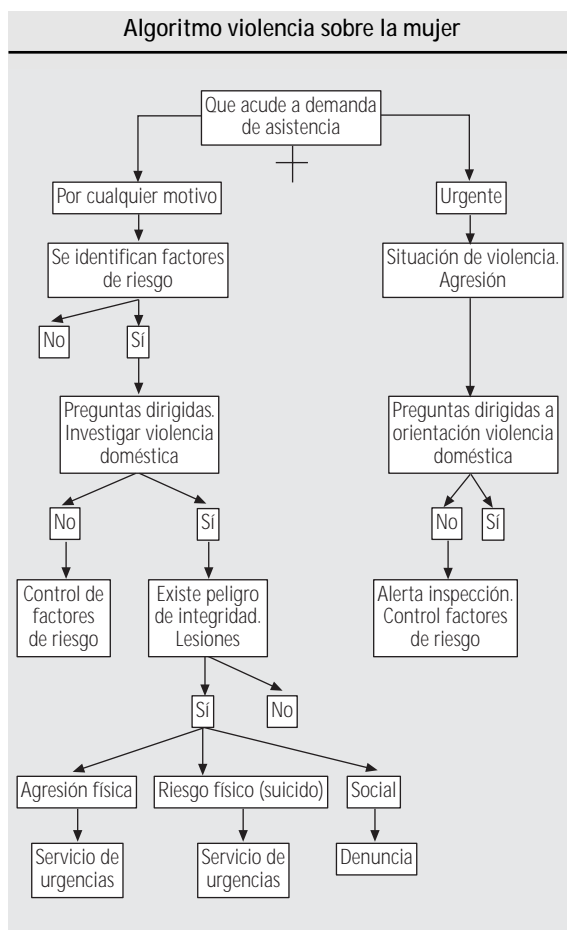
Actuación del profesional de Atención Primaria ante la violencia de género

- Identificar actuaciones de riesgo y de especial vulnerabilidad.
- Descifrar signos de malos tratos a través de indicios.
- Establecer un diagnóstico lo más pronto posible con un examen físico y una valoración psicológica.
- Identificar lesiones corporales, trastornos psicopatológicos de la víctima, valorando gravedad de las lesiones, riesgo autolítico y el grado de peligrosidad o riesgos de nueva agresión.
- Diseñar estrategias y un plan de actuación integral y coordinado.
- Hacer parte de lesiones y remitir al Juzgado de Guardia.
- Contactar con el Trabajador Social y servicios sociales.
- Informar y poner en marcha los mecanismos para establecer una estrategia de protección cuando exista riesgo físico.
- Registrar los hechos en la historia clínica.
- Derivar al especialista si se requiere en función de las lesiones.
- Facilitar e informar de los trámites de denuncia.

Normalmente es necesaria la intervención de Atención Especializada, ya que la secuela más frecuente es el estrés postraumático, así como la intervención del forense, circunstancias que han de tenerse en cuenta para conseguir la mayor colaboración y cooperación.

Somos conscientes de que hablar de prevención «global» de la violencia doméstica pueda parecer pre-

Atención Primaria de Calidad
 GUÍA DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA EN
 ABORDAJE EN SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO



tencioso por las dificultades objetivas que entraña, ya que como hemos dicho para prevenir la violencia de género hay que afrontar las causas estructurales y

Pautas de detección del maltrato en la asistencia clínica

Recomendaciones básicas para los profesionales de Atención Primaria: PAPPS (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria) Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud

- Estar alerta ante la posibilidad de maltrato.
- Identificar personas en riesgo.
- Identificar situaciones de riesgo y mayor vulnerabilidad.
- Estar alerta ante demandas que pueden ser una petición de ayuda no expresa.
- Una vez diagnosticado el maltrato, poner en marcha estrategias de actuación con la víctima y con los hijos.
- Identificación de trastornos psicopatológicos en la víctima.
- Coordinar nuestra actuación con el trabajador social, los servicios especializados y el pediatra si fuera preciso, e informar sobre la red social disponible.
- Realizar el informe médico legal si procede.
- Registrar los hechos en la historia y en la hoja de problemas.

Recomendaciones para la administración sanitaria

- Facilitar a los profesionales actividades de formación para mejorar el abordaje profesional de la violencia doméstica.
- Garantizar las condiciones estructurales y organizativas (tiempo, número de pacientes, confidencialidad, etc.) que faciliten el abordaje de problema a través de la entrevista.
- Incluir en los currículos de pregrado y en los programas postgrado de los profesionales sanitarios la enseñanza de la violencia de género como problema de salud.
- Implantar un sistema de registro de casos de violencia de género en los servicios sanitarios, sin olvidar los requisitos legales relacionados con la protección de datos.

sociales que sustentan las desigualdades de género, sociales, económicas y políticas ancladas en la estructura de nuestra sociedad, pero no por ello inamovibles. En este contexto, los profesionales de la salud sólo somos un pequeño eslabón de la gran cadena nece-

Atención Primaria de Calidad
GUÍA DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA EN
ABORDAJE EN SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO

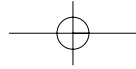
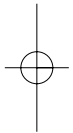
saría para abordar eficazmente el problema de la violencia sobre las mujeres, pero quizá seamos los únicos que tenemos la posibilidad de establecer un contacto con todas las mujeres maltratadas, contacto que además se hace en el ámbito de una relación caracterizada por la confianza y la confidencialidad, por eso jugamos un papel clave en la modificación de las estructuras para hacer lo extraordinario parte de la rutina y lo invisible completamente objetivo.

En el abordaje de la violencia de género es especialmente importante ser consciente de que se trata de un problema multidimensional y que nuestra actuación sólo será efectiva si trabajamos en coordinación con los muchos profesionales e instituciones que tienen un papel en el problema, entre ellos, y de forma muy especial, con todos los profesionales de enfermería, pues el abordaje integral del problema exige la colaboración desde todos los campos de la sanidad.

Tampoco se debe olvidar que la prevención debe asentar en el desarrollo comunitario que favorezca los cambios en actitudes, valores y comportamientos respecto al lugar igualitario de mujeres y hombres en la sociedad, y sabemos que esto supone un largo camino a recorrer, por eso hay que iniciarlo cuanto antes. Muchas experiencias están en marcha en todo el mundo, que es preciso analizar, y hay muchos campos en los que investigar aún, pero en las dos últimas décadas se ha despertado la «conciencia de problema», se han marcado líneas de actuación y se han dado pasos ini-

Pautas de detección del maltrato en la asistencia clínica

maginables hace tan sólo unos pocos años. Ha pasado de ser un problema exclusivamente legal a ser un problema social; ahora estamos en un momento clave para que también sea considerado como un problema de salud para que la respuesta integral desde todos los ámbitos consiga, simplemente, que deje de ser un problema. Entonces, y sólo entonces, podremos decir que hemos alcanzado la salud como «no sólo la ausencia de enfermedad, sino también el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad».



Bibliografía

Alberdi I, Matas N. La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. La violencia doméstica en cifras. Ed. electrónica: www.estudios.LaCaixa.es. Año 2002.

Álvarez A. Guía para las mujeres maltratadas. Ed. Consejo de la Mujer de la Comunidad Autónoma de Madrid.

American Medical Association. Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence. *Arch Fam Med* 1992; 1: 39-47.

Browne, A. When the battered women kill. New York: Macmillan/Free press; 1987.

Campbell J, Snow Jones A, Dieneman J, et al. Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. *Arch Intern Med* 2002;162: 157-63.

Castellano Arroyo, M. Valoración médico forense de algunos aspectos de la violencia contra la mujer. I Jornadas Catalanas de actualización en medicina forense 1989.

Castellano Arroyo, M. Violencia contra la mujer: Tipos de agresiones. Cuadernos de Sección. Ciencias Médicas 1994; 3: 95-107.

Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Violence Against Women. Relevance for Medical Practitioners. *JAMA* 1992; 267 (23).

Editorials Violence Against Women. *BMJ* 1995; 31.

Encuesta «La violencia sobre la mujer». Instituto de la Mujer. Madrid; 2000.

Federal Bureau of Investigation Uniform crime reports. Washington, DC: U.S. Department of Justice; 1991.

Ferris LE. Canadian Family Physicians and General Practitioners. Perception of their Effectiveness in Identifying and Treating Wife Abuse. *Medical Care* 1994; 32 (12): 1.163-72.

García Moreno C. Dilemmas and Opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet* 2002; 359.

Gisbert Calabuig, JA Medicina legal y toxicología. 50 edición. Barcelona: Editorial Masson; 1998.

Goodman LA, Koss MP, Russo NF. Violence against women: Physical and mental health effects: Part 1. Research findings. *Applied and Preventive Psychology* 1993; 2: 79-89.

Goodman LA, Koss MP, Russo NF. Violence against women: Mental health effects: Part 2. Conceptualizations of post-traumatic stress. *Applied and Preventive Psychology* 1993; 2: 123-30.

Grupo de Salud Mental del PAPPS de SEMFYC. Fernández Alonso MC, Herrero Velásquez S, Buitrago Ramírez F, et al. Ministerio de Sanidad y Consumo 2003.

Herman JL. Trauma and recovery. New York: Basic Books, 1992.

Hilberman E. Overview: The «Wife-beater's wife» reconsidered. *American Journal of Psychiatry* 1980; 137: 1.336-47.

Hotaling GT, Sugarman DB. An analysis of risk markers in husband to wife violence: The current state of knowledge. *Violence and Victims* 1986; 1: 101-24.

Kerouac S, Ryan J. Dimensions of health in violent families. *Health Care for Women International* 1986; 7: 413-26.

Kleckner JH. Wife beaters and beaten wives: Co-conspirators in crimes and violence. *Psychology* 1978; 13: 54-6.

Koss MP, Dinero TE. Predictors of sexual aggression among national sample of male college students. *Human sexual*

agresions: Current perspectives. *Annals of the New York Academy of Science* 1989; 528: 113-46.

Koss MP, Koss P, Woodruff W. Deleterious effects of criminal victimization of women's health and medical utilization. *Archives of International Medicine* 1991; 151: 342-57.

Larrauri E. (comp.) *Mujeres y Derecho Penal*. Madrid: Siglo XXI de España editores, SA; 1994.

Little K. Detección Precoz de la Violencia Doméstica. Identificar, asistir, dotar de recursos a las víctimas. *Postgraduate Medicine* 2002; (7) 5: 104-14.

Lorente Acosta M, Lorente Acosta JA. *Agresión a la mujer: Maltrato, violación y acoso*. Granada: Editorial Comares, 1998.

Lorente Acosta, M. *El Rompecabezas. Anatomía del maltratador I*. Editorial Crítica, 2004.

Lorente Acosta, M. *Mi marido me pega lo normal*. Editorial Crítica, 2001. Edición de Bolsillo, 2003.

Margolin G. Interpersonal and intrapersonal factors associated with marital violence. In Hataling GT (eds.). *Family abuse and its consequences: New directions for research*. Newsbury Park, Ca: Sage, 1988. p. 203-17.

Mejía R, Alemán M, Fernández A. Conocimientos y detección de violencia doméstica por los médicos clínicos. *Medicina*. Buenos Aires 2000; (60).

Nogueira B, Arechederra A, Bonino L. *Atención Socio-sanitaria ante la Violencia Contra las Mujeres*. Madrid: Ed Instituto de la Mujer; 2001.

Patterson G. *Coercive family processes*. Eugene or Cataglia, 1982.

Polo Usaola C. *Maltrato a la mujer en la relación de pareja*: Tesis Doctoral. Madrid: Universidad de Alcalá.

Protocolo Sanitario ante los malos tratos domésticos. Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ed Ministerio de Sanidad; 2000.

Reid JB, Taplin PS and Lorber S. A social interactional approach to the treatment of abuse families. In: Stuart RB (ed.). *Violent Behavior: Social learning approaches to prediction, management and treatment*. New York: Brunner/Mazel; 1981. p. 3-19.

Richardson J, Coid J, et al. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ* 2002; 324 (7.332): 274.

Romero M. A comparison between strategies used on prisoners of war and battered wives. *Sex roles* 1985; 13: 537-47.

Ruiz Ogara C, Sánchez Blanque A. Las violencias psíquicas en el medio familiar. *Actes du Congrès International de langue française de Medicine Legale et de Médecines Sociale*. Granada, 1980.

Sánchez Blanque, A. Criado del Río, MT, Castellano Arroyo, M. Estudio comparativo de los perfiles de personalidad en sujetos agresores y agredidos. *Proceeding of the Mediterranean Conference of Legal Medicine*. Greece: Halkidiki; 1984. p. 250-7.

Sasseti MR. Domestic Violence. *Primary Care* 1999; 26 (2) 373-84.

Schultz LG. The wife assulter. *Journal of social therapy* 1960; 6: 103-12.

Sonking DJ, Dunphy M. *Learning to live without violence: A hand book for men*. S. Francisco Vulcano Press; 1982.

Stark E, Flitcraft A, Frazier W. Medicine and patriarchal violence: The social construction of a «private» event. *International Journal of Health Service* 1979; 9: 461-93.

Sugg NK, Inui T Primary Care Physicians Response to Domestic Violence. Opening Pandora's Box. JAMA 1992; 267 (23).

Symonds A. Violence against women: The myth of masochism. American Journal of Psychotherapy 1979; 33: 161-73.

Villanueva Cañadas E. Aspectos médico-legales de la Ley Orgánica 3/1989, de actualización del Código Penal. IV Jornadas anuales de la Sociedad Española de Medicina Legal y Forense. Cádiz, abril 1990.

Walker LE. The battered woman. Ed. Harper and Row; 1979.

Watts Ch, Zimmerman C, Violence against Women. The Lancet 2002; 359; 1.232-37.

Work Group of Domestic Violence. Institute for Clinical Systems Improvement. Mayo Clinic Health Care Guideline Domestic Violence 2000.

Patrocinado por