

Septiembre

2013

COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS DE BARCELONA

COLLEGI
OFICIAL DE METGES
DE BARCELONA

Edita:



CENTRO DE ESTUDIOS COLEGIALES
Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

Cuadernos de la Buena Praxis

“El abordaje médico
de la violencia
hacia las mujeres
y sus hijos e hijas”

31



Expertos redactores de este cuaderno

Coordinadores:

Pilar Arrizabalaga Clemente. Secretaria de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

Manel Santiñà Vila. Presidente de la Comisión de violencia intrafamiliar y de género del Hospital Clínic de Barcelona.

Equipo redactor:

Manel Santiñà Vila. Médico del Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología. Dirección de Calidad y Seguridad Clínica. Hospital Clínic de Barcelona.

Lluïsa Garcia-Esteve. Coordinadora del Programa de Psiquiatría Perinatal y Género. Servicio de Psiquiatría. Instituto Clínic de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona.

Pilar Babi Rourera. Médico de Familia EAP La Pau. Miembro del Grupo de Malos Tratos a la Mujer y Atención Primaria de Salud. Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFIC).

Amaia Hervás Zúñiga. Jefe de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Hospital Universitari Mútua de Terrassa.

María Isabel Morán González. Fiscal para la Violencia de Género. Audiencia Provincial de Barcelona.

Expertos revisores y asesores de este cuaderno

Miquel Bruguera Cortada. Ex presidente del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

Jordi Medallo Muñoz. Médico forense. Director del Instituto de Medicina Legal de Catalunya. Departamento de Justicia. Generalitat de Catalunya.

Rosa Maria Pérez Pérez. Presidenta del Colegio Oficial de Médicos de Lleida.

Izabella Rohlf. Doctora en Epidemiología y Salud Pública. Unidad de Planificación. Regió Sanitària Girona. Servei Català de la Salut.

Comité editorial de los Cuadernos de la Buena Praxis

Miquel Vilardell Tarrés. Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

Ramon Pujol Farriols. Vocal octavo de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

Jordi Craven-Bartle Lamote de Grignon. Vocal sexto de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

Marius Morlans Molina. Presidente de la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

Alex Ramos Torre. Director del Centro de Estudios Colegiales del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

Edita

Centro de Estudios Colegiales. COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE BARCELONA.

Paseo de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona. e-mail: cecfmc@comb.cat

Dirección editorial: Alex Ramos Torre • *Coordinación editorial:* Raquel Dolado Murillo.

Cuadernos de la Buena Praxis es una publicación periódica del COMB, editada por su Centro de Estudios Colegiales desde 1991 y caracterizada por ser:

- Una acción de Formación Médica Continuada que promueve el Desarrollo Profesional de los médicos en beneficio de los ciudadanos.
- Una Guía de Práctica Clínica que fomenta la Buena Praxis y la prevención de riesgos profesionales.
- Una herramienta del ámbito medicolegal que protege al mismo tiempo al ciudadano y al profesional de la medicina.

© 2013 Centro de Estudios Colegiales. COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE BARCELONA. No se puede reproducir ninguna parte de esta publicación, ni almacenarla en un sistema recuperable, ni transmitirla por ningún medio electrónico, mecánico, fotocopiado, en discos, ni de cualquier otra forma, sin la previa autorización por escrito del propietario del copyright.

Coordinación gráfica, diseño e impresión:

AMBIENT GRÀFIC. Roger de Llúria, 90, baixos. T. 93 459 23 98. 08009 Barcelona. Depósito legal: B-46.873-96

En el año 2001 se editó el primer *Cuaderno de la Buena Praxis (CBP)* sobre “Detección de los malos tratos intrafamiliares a la mujer”, que entonces se identificaba en gran parte con los servicios de urgencias hospitalarias. En la actualidad se ha convertido en una condición mórbida emergente que se aborda desde diferentes ámbitos del ejercicio de la medicina y éste es el motivo de la reedición del presente *CBP*.

índice

Concepto de violencia de género	4
Los comportamientos: cómo actúa el maltratador y cómo actúa la mujer maltratada y lo que comporta	5
El modelo integral de atención: el trabajo en red	9
El papel de los profesionales sanitarios	11
La detección precoz de la violencia de género	14
Impacto de la violencia de género en el ámbito familiar sobre la salud de los hijos y las hijas	17
La violencia de género desde el punto de vista legal: importancia del informe médico	20
Conclusiones	22
Bibliografía	22

1 Concepto de Violencia de Género (VG)

La Violencia de Género (VG) es aquel tipo de violencia machista que se ejerce contra las mujeres como manifestación de la discriminación y de la situación de desigualdad, en el marco del sistema de relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, y que, ejercida por medios físicos, económicos o psicológicos, produce daños o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, incluidas las amenazas a partir de estos actos y la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en el ámbito público como en el privado.

La violencia se puede dar en diferentes ámbitos, pero en este Cuaderno nos referiremos al ámbito de la pareja, que identificaremos como Violencia de Género. Dentro de esta terminología incluimos implícitamente los términos de violencia hacia las mujeres, violencia por razón de sexo, violencia intrafamiliar y violencia doméstica.

La VG no es un acto puntual, sino que es un proceso que se va instaurando y cronificando en el tiempo, por lo que es necesario detectarla precozmente y prevenir su desarrollo, mantenimiento y secuelas.

La VG tiene graves consecuencias para la salud de la mujer a corto y largo plazo. El 60% de las mujeres que sufren malos tratos presentan trastornos psicósomáticos, además de lesiones físicas. La violencia continuada genera estrés crónico, que favorece la aparición de enfermedades y empeora las existentes.

No se sabe con exactitud cuantas mujeres la sufren, ya que sólo se conocen

los casos que llegan a los servicios sanitarios o jurídicosociales. La última macroencuesta de VG, realizada en 2011 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, estima que en España el 10,9% de las mujeres la han sufrido alguna vez en la vida y el 3% identifican malos tratos activos.

La violencia afecta a todas las edades y a todas las clases sociales, niveles económicos y educativos, y tanto a las mujeres que viven en zonas rurales como a las que viven en zonas urbanas.

Habitualmente coexisten diferentes clases de violencia en una misma relación de pareja, pero hay que diferenciar lo que es VG de lo que es una mala relación o un conflicto de pareja. En esta segunda situación existe una relación igualitaria entre mujer y hombre, con diferentes clases de conflicto, pero no hay una situación de abuso. En el primer caso, la relación es desigual.

En muchos casos los malos tratos comienzan con conductas de control y desvaloración de la mujer. Más adelante, si no se consiguen los objetivos de obediencia y sumisión por parte de la mujer, los malos tratos se intensifican con la violencia física y sexual. La mayor parte de las víctimas de agresiones físicas se ven sometidas a múltiples formas de violencia durante largos períodos de tiempo. La identificación precoz al principio puede detener la progresión de la VG hacia formas más severas. De aquí su importancia.

Los comportamientos: cómo actúa el maltratador y cómo actúa la 2 mujer maltratada y lo que comporta

2.1. La conducta del hombre que maltrata

La VG no es un fin en sí mismo, sino un instrumento de dominación y control, que se utiliza como mecanismo de mantenimiento del poder masculino y de reproducción de la sumisión femenina. Por consiguiente, hablamos de un comportamiento habitual, de trato abusivo y violento, sustentado por un sistema de creencias machistas, con la finalidad de infundir miedo, controlar, dominar, aislar y conseguir la subordinación de la mujer. La conducta violenta se expresa de diferentes maneras y con diferentes intensidades, que incluyen la violencia psicológica, la violencia física y la violencia sexual.

El maltratador niega y minimiza sus actuaciones violentas, racionaliza los ataques de manera que parezca que eran necesarios, resta importancia a los daños causados: "Sólo fue un empujón, no le hice daño." Atribuye sus actos a causas externas, como problemas en la infancia, el paro, el alcohol o las dificultades económicas, y carga a la mujer la responsabilidad de su conducta violenta: "Me hace perder el control, me pone nervioso, me hace enfadar."

2.2. Tipos de conductas violentas

La violencia psicológica incluye un repertorio de comportamientos hostiles verbales y gestuales de abuso emocional, como las amenazas, las humillaciones, los actos de control, la restricción de los mo-

vimientos y de relaciones, así como las conductas destructivas de los objetos y de las pertenencias.

La violencia física es más fácil de detectar, aunque a menudo la mujer la esconde atribuyendo las lesiones observables a un accidente. Se trata de actos de agresión física dirigidos a hacer daño, a lastimar y aniquilar físicamente la víctima, que incluyen empujones, tirones de pelo, golpes, patadas, quemaduras, heridas, mordiscos, asfixia, palizas, puñaladas, agresión con armas, objetos y, en algunos casos, el asesinato.

La violencia sexual, la más invisible de las violencias, incluye cualquier actividad sexual forzada no consentida.

La violencia se manifiesta también en:

- situaciones sociales o en la consulta, cuando el maltratador interrumpe a la mujer y contesta por ella, la descalifica, la critica;
- la pone en evidencia públicamente criticando su forma de hacer las cosas, su trabajo, sus amistades y su familia;
- no la deja nunca sola con los profesionales;
- pone de manifiesto actitudes paternalistas decidiendo por ella lo que le conviene o lo que necesita;
- exige conocer su documentación clínica o terapéutica y tener acceso a ella;
- suele exhibir una actitud demandante y exigente ante un problema de salud de la mujer.

En la **Tabla 1** se presentan los tipos de conductas de VG y cómo explorarlas.

TABLA 1. TIPOS DE CONDUCTAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y CÓMO EXPLORARLAS

CONDUCTAS DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA	¿CÓMO EXPLORARLAS?
Desvaloraciones frecuentes en público	¿La pone en evidencia continuamente delante de los demás? ¿Ridiculiza sus opiniones?
Críticas sobre la comida, la forma de vestir, la forma de educar a los hijos, la forma de ser o de comportarse	¿Le dice que viste mal? ¿Que la ropa le queda fatal? ¿Que la comida que prepara es mala? ¿Que no sabe hacer de madre? ¿Que no sabe ir por la vida? ¿Que cada día está más fea?
Culpabilización	¿Le echa la culpa de todo lo que sucede? ¿De todo lo que sale mal? ¿De las dificultades cotidianas?
Humillaciones. Agresividad verbal	¿La llama loca, estúpida, inútil o puta? ¿A menudo le dice las cosas gritando?
Acusaciones	¿La acusa a menudo de ser infiel? ¿De coquetear con todos?
Amenazas	¿Le dice que se llevará a los hijos? ¿Que la matará? ¿Que le hará daño? ¿Que le romperá la cara?
Control de la comunicación, del tiempo y de los movimientos	¿Le controla las llamadas de teléfono? ¿Le mira los mensajes del móvil o del ordenador? ¿Le abre la correspondencia? ¿La llama constantemente mientras está fuera? ¿Quiere saber donde está en cada momento?
Control y restricción del dinero y de la economía	¿Quién controla el dinero, las cuentas bancarias, las tarjetas de crédito? ¿Le controla a menudo los gastos?
Restricción de movimientos	¿Controla el tiempo que está fuera de casa? ¿Controla con quien va y a donde va?
Limitación de las relaciones familiares	¿Le impide ir a casa de los padres o hermanos? ¿Boicotea los encuentros familiares?
CONDUCTAS DE VIOLENCIA FÍSICA	¿CÓMO EXPLORARLAS?
Conductas destructivas de violencia ambiental	¿Cuando se enfada da portazos? ¿Maltrata a los animales domésticos? ¿Rompe o destruye sus objetos (fotografías, libros, cartas,...)?
Agresiones físicas. Mordiscos, patadas, asfixia, quemaduras	¿Qué hace él cuando se pelean? ¿Alguna vez le ha pegado? La ha golpeado, la ha asfixiado? ¿Le ha dado algún bofetón? ¿La ha echado de casa?
Agresión a los hijos e hijas	¿Alguna vez ha hecho daño a sus hijos?
Intentos de asesinato	¿Alguna vez le ha lanzado un objeto, la ha herido o ha intentado matarla?
CONDUCTAS DE VIOLENCIA SEXUAL	¿CÓMO EXPLORARLAS?
Relaciones sexuales no consentidas	¿La ha obligado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad? ¿La obliga a prácticas sexuales que no desea?
Uso de la fuerza durante las relaciones sexuales	¿Le hace daño mientras mantienen relaciones sexuales? ¿La ha asfixiado alguna vez?
Imposición de los métodos y formas de anticoncepción	¿Puede utilizar preservativo u otros anticonceptivos cuando quiere? ¿Tiene en cuenta sus deseos? ¿Ha tenido algún embarazo no deseado?

2.3. El curso cíclico de la violencia

El curso de la violencia es previsible. Cuando aparece un episodio de violencia, lo más probable es que se repita. Se intensifica con los años y, en determinadas condiciones, como el embarazo, en el momento de cesamiento de la convivencia y cuando la mujer rehace su vida con otra pareja.

A lo largo de la convivencia se produce un aumento progresivo de los episodios de violencia en forma de tres fases cíclicas que se han descrito como el "ciclo de la violencia". Los comportamientos son diferentes en cada una de las tres fases:

1) Fase de acumulación de tensión en la que se inician actos y conductas hostiles que aumentan escalonadamente. En esta fase el maltratador tiene conductas hostiles hacia la mujer en forma de humillaciones, amenazas, insultos, descalificaciones y control. Él la culpabiliza de su violencia, argumentando que es su carácter el que lo pone fuera de sí. Se produce un incremento progresivo en la tensión. La mujer intenta adaptarse y modifica su comportamiento desarrollando estrategias de sumisión para calmarlo, evita cualquier conducta o comentario que lo pueda molestar y cree que podrá cambiar estas actitudes agresivas; no obstante, la tensión sigue aumentando hasta la siguiente fase.

2) Fase de explosión de la violencia, en la que el maltratador explota con un repertorio de conductas violentas con actos de agresión física, sexual, emocional, así como agresiones contra objetos (romper cosas, portazos) y amenazas contra la vida de la mujer y la de los hijos e hijas. Esta fase puede durar minutos, horas, días o semanas. Es un momento de riesgo vital para la mujer y los hijos e hijas, en el que ésta puede decidir pedir ayuda, avisar a la policía, interponer denuncia o comunicarlo a la familia, a los amigos y a los profesionales. A menudo, cuando los malos tratos se han repetido varias veces, contacta con un ser-

vicio sanitario y a partir de aquí la situación de violencia a la que está expuesta puede ser identificada. Los episodios de intensificación de la violencia pueden producir una crisis que favorece el comienzo del proceso de cambio.

3) Fase de reconciliación o luna de miel en la que la tensión desaparece, él le pide perdón, niega sus actos violentos, se muestra amable y afectuoso y le promete que cambiará. Le dice que la ama, que la necesita y que ella debe ayudarlo, con el compromiso de que no volverá a comportarse así. En esta fase la mujer puede retirar la denuncia, restablecer la convivencia si la había roto, perdonarlo y disculparlo ante los familiares, amigos, profesionales o hijos e hijas. Es fácil que piense que ella también es culpable. Con los años esta fase puede ir desapareciendo, se acortan los ciclos y quedan sólo las fases de tensión y agresión.

La duración de la convivencia con el agresor oscila entre cinco años en la población general y diez años o más en mujeres con problemas de salud.

2.4. Consecuencias y daños para la salud de la mujer

Los diferentes tipos de violencia (psicológica, física y sexual) se relacionan y producen efectos y daños en diferentes aspectos de la salud física, psíquica y sexual, a corto y largo plazo. La salud de la mujer queda afectada por una condición mórbida que presenta fases agudas, tiende a la cronicidad y a las recaídas (retiran denuncias, vuelven con el maltratador, lo perdonan,...). Mientras se mantiene la exposición al factor patógeno (maltratador), la recuperación de la salud está limitada. Los efectos de la violencia permanecen durante años, incluso después de haber cesado la exposición a los malos tratos. Las mujeres que han estado expuestas a la violencia de pareja presentan alteraciones complejas y diversas en

la salud física, reproductiva y muy especialmente en la salud mental (**Tabla 2**).

Aproximadamente un 60% presenta patología psíquica. Los trastornos mentales y el tratamiento psiquiátrico se hacen cinco veces más frecuentes que en la población general. Pueden verse afectadas desde las emociones hasta la personalidad. Las capacidades cognitivas (alteración de la planificación, ejecución y memoria); las estrategias de afrontamiento con predominio de la evitación y la ausencia de respuesta emocional frente a la violencia; disminución de la asertividad y el autoconcepto (baja autoestima, pobre autoconfianza, pobre autoimagen); la forma de relacionarse con el otro y con el mundo (ambivalencia con el agresor y desconfianza, distancia-

miento con el resto). La presencia de trastornos por estrés postraumático, trastornos depresivos, el abuso del alcohol y de sustancias y los intentos autolíticos son de cuatro a cinco veces más frecuentes que en la población general de mujeres no maltratadas. Entre un 20-40% de los suicidios en población femenina están relacionados con los malos tratos.

La mujer suele ser la protagonista del cambio. Se trata de un proceso largo de cambios cognitivos que facilitan la identificación de las violencias y de la responsabilidad y el conocimiento de las capacidades de autonomía y gestión de la propia vida y la de sus hijos e hijas. El apoyo profesional, familiar e institucional será muy relevante para conseguir el cambio.

TABLA 2. IMPACTO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO SOBRE LA SALUD FÍSICA, PSÍQUICA, SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES

Salud física	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte • Trastornos funcionales (dolor crónico, intestino irritable, somatizaciones) • Lesiones y traumatismos • Hipoxia por asfixia • Lesiones cerebrales • Fibromialgia • Más días de hospitalización
Salud sexual y reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades de transmisión sexual • Disfunciones sexuales • Dolor pélvico • Embarazos no deseados • Prematuridad • Bajo peso • Abortos
Salud psíquica	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno por estrés postraumático • Trastornos depresivos • Trastornos de ansiedad • Trastornos del sueño • Trastornos de la conducta alimentaria • Abuso o dependencia de alcohol y drogas • Intentos de autolisis • Abuso o dependencia de psicofármacos

3

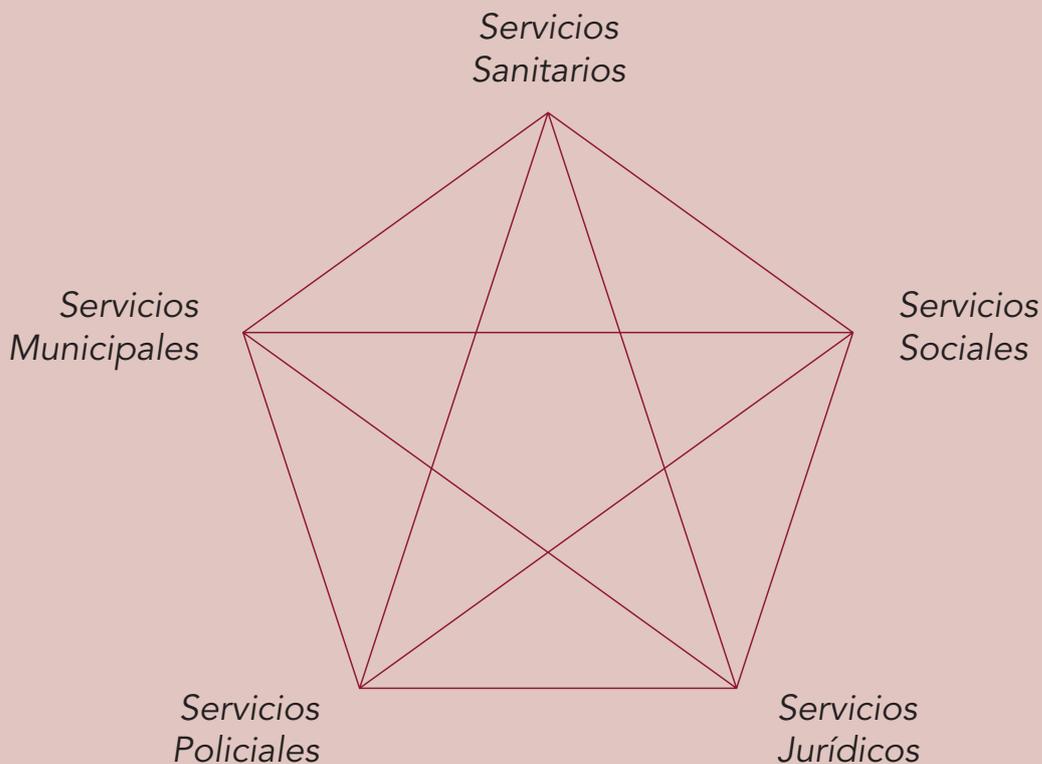
El modelo integral de atención: El trabajo en red

Dada la multifactorialidad de la VG, su atención exige compartir recursos, esfuerzos y objetivos. La finalidad es articular un trabajo común, coordinado y con unos objetivos bien formulados.

El trabajo en red de las diferentes instituciones implicadas es un modelo necesario, eficiente y eficaz (**Figura1**):

Un ejemplo es el Circuito Barcelona contra la violencia hacia las mujeres. Este circuito se replica para cada uno de los diez distritos de la ciudad y participan servicios municipales de atención a la mujer, servicios sociales, servicios sanitarios, servicios jurídicos, diferentes cuerpos policiales y diferentes entidades de mujeres.

FIGURA 1. MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO



Servicios Sanitarios:

- Centros de Salud Mental
- Hospitales
- Centros de Atención Primaria
- 061
- Centros de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias (CAS)
- Programas de Atención Sexual y Reproductiva (PASSIR)

Servicios Policiales:

- Mossos d'Esquadra
- Guàrdia Urbana

Servicios Municipales:

- Puntos de Información y Atención a la Mujer (PIAD)
- Equipo de Atención a la Mujer (EAD)

Servicios Sociales:

- Centro de Urgencias y Emergencias Sociales (CUESB)
- Servicios Sociales Municipales

Servicios Jurídicos:

- Oficina de Atención a la Víctima del Delito del Departamento de Justicia (OAVD)
- Turno de Oficio Especializado en Violencia Doméstica del Colegio de Abogados de Barcelona
- Servicios de Atención a la Víctima de la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña

- Equipo de Asesoramiento Técnico Penal (EATP)
- Instituto de Medicina Legal de Cataluña

La Comisión Técnica del Circuito es la encargada de velar por el buen funcionamiento del mismo y por la buena coordinación de los diferentes dispositivos e instituciones que forman parte de él. En esta comisión participan representantes de varias instituciones y servicios dependientes de las diferentes Administraciones, lo que garantiza que el abordaje integral de la violencia hacia las mujeres sea posible: Consorcio Sanitario de Barcelona y Entidades Proveedoras (hospitales, atención primaria, salud mental, drogodependencias, servicio de emergencias médicas), Ayuntamiento de Barcelona (dirección de programas de mujeres, dirección de prevención, dirección de servicios sociales, instituto municipal de educación, guardia urbana), Consorcio de Educación de Barcelona, Consorcio de Servicios Sociales de Barcelona, Mossos d'Esquadra, Instituto Catalán de la Mujer, Plan Director de Salud Mental y Adicciones del Departamento de Salud, Departamento de Justicia, Juzgados, Médicos/as Forenses y Fiscalía.

4 El papel de los profesionales sanitarios

Las pautas de intervención en el ámbito de la VG deben partir de la prevención, la detección y la asistencia.

Las estrategias preventivas deben ir dirigidas a impedir la normalización de la violencia, a evitarla y a reducir los factores de riesgo. A tal efecto la formación de los profesionales en el abordaje de situaciones de VG, la sensibilización y concienciación de la ciudadanía y la educación en la salud sexual y afectiva son los tres ejes de acción de las actividades preventivas y de promoción de la salud.

La detección de la VG puede tener lugar en cualquier consulta médica, dado que durante el contacto paciente-médico puede presentarse la oportunidad de plantear cuestiones relacionadas. Lo que es muy importante es que él/la profesional sanitario/a piense en ello y sea proactivo en este tema.

La mayoría de mujeres que sufren VG no manifiestan abiertamente la situación en la que se encuentran. Además, la sintomatología derivada de la violencia acostumbra a ser inespecífica o poco evidente. Las lesiones traumáticas, que son las que más llaman la atención, son las más infrecuentes. Por otro lado, aunque exista y haya algún indicador que pueda hacer sospechar de esta situación, el personal sanitario raramente sospecha. Muchos casos pueden pasar desapercibidos y, por esto, se aconseja el cribaje sistematizado mediante preguntas orientadas a detectarlos como éstas:

- ¿En el último año alguien le ha dado golpes, bofetadas o patadas?
- ¿Se relaciona usted con alguien que la maltrate físicamente o que la amenace?
- ¿Alguna vez su pareja o ex pareja le ha pegado o la ha lesionado físicamente?

- ¿Alguna vez alguien próximo a usted la ha amenazado de lesionarla?
- ¿Se siente usted controlado/da o aislado/da por su pareja?
- ¿En su casa va todo bien?
- ¿Alguna vez ha tenido miedo de su pareja? ¿Se siente usted en peligro? ¿Es seguro para usted volver a casa?
- ¿Alguna vez su pareja la ha forzado a tener relaciones sexuales? ¿Alguna vez su pareja se ha negado a practicar sexo seguro?

Las preguntas sobre la posible situación de violencia deben hacerse privadamente. No deben hacerse si está presente algún miembro de la familia, ni siquiera los hijos. Deben tenerse en cuenta las peculiaridades culturales de cada paciente, que nunca debe culpabilizarse por lo que le pasa. Las personas agredidas a menudo se sienten culpables de la situación y necesitan que les confirmen que no son las culpables de la violencia.

Para facilitar la comunicación y la empatía con las personas afectadas y para romper las barreras que puedan existir, hay algunas frases que facilitan introducir el tema. Algunos ejemplos son los siguientes:

“La violencia es tan habitual en la vida de muchas personas que he empezado a preguntar a mis pacientes sobre esta cuestión.”

“Me preocupa que sus síntomas puedan estar causados por alguien que la esté maltratando.”

“No sé si usted tiene este problema, pero algunas de las mujeres que visito sufren relaciones abusivas. Estas mujeres están demasiado asustadas o avergonzadas para comentarlo directamente; por esto he empezado a preguntarlo de forma sistemática.”

Hay que saber que las mujeres víctimas de malos tratos utilizan más los servicios sanitarios que otras y se someten más a cirugía, prolongan más su estancia hospitalaria y consumen más fármacos.

En la mayor parte de los casos no se detecta que el problema de salud que presenta la paciente tenga su origen en una violencia, a menudo, crónica. Existen barreras psicológicas y culturales que dificultan que las mujeres lo cuenten. Estas barreras conviven con las barreras organizativas de los centros sanitarios y formativas de los profesionales. La consecuencia de todo esto es la dificultad para identificar de forma correcta y precoz los casos de malos tratos. Factores que deben hacernos pensar en una posible situación de violencia son:

- Visitas repetidas, por problemas varios, golpes inexplicables o con explicaciones ilógicas.
- Visitas reiteradas por problemas relacionados con ansiedad, incluido el insomnio.
- Consultas por dolor de cabeza, dolor torácico, pélvico o de columna.
- Historia de intentos de autolisis, depresión o abuso de fármacos o drogas.
- Conducta errática: anulación de visitas, visitas imprevistas, visitas repetidas a servicios de urgencia.
- Historia de traumatismos en mama, genitales, boca; quemaduras; fracturas dentales o perforación del tímpano.
- Lesiones musculoesqueléticas; áreas del cuero cabelludo sin cabello; hematomas en brazos, cara, cuello; lesiones en tejidos blandos, cara.
- Excesiva conformidad, conducta pasiva y sumisa o resistencia y respuestas evasivas.
- Historia de embarazos no deseados o de abortos; partos pretérmino; bebés de bajo peso; sangrado durante el primer o segundo trimestre; controles inadecuados del embarazo.

Ante una respuesta afirmativa, el siguiente paso es la intervención y la asistencia.

Es muy importante apoyar a las pacientes que se encuentran en esta situación. Si no, la detección no solo habrá sido inútil, sino que incluso podría ser perjudicial. Por este motivo es básico que haya una buena comunicación con los diferentes niveles asistenciales que pueden intervenir.

Siempre debe tenerse en cuenta la situación personal de cada persona. Muchas mujeres agredidas no quieren romper la relación con su agresor por múltiples motivos (miedo, amor, dependencia económica, normas culturales y religiosas, presiones familiares, incertidumbres) y, por consiguiente, nunca se debe obligar a hacer ninguna acción ni se debe castigar la falta de respuesta a consejos u ofrecimientos por parte del personal sanitario o social. En este sentido, debe tenerse en cuenta que una mujer está más en peligro en los seis meses siguientes al abandono de su domicilio que si permanece con el agresor.

En todos los casos debe tenerse en cuenta la atención sanitaria, la social y la legal. Inicialmente, con independencia del grado de sospecha o de riesgo que se valore, debe atenderse el motivo médico de consulta. Este motivo puede estar relacionado directamente con la violencia (lesiones traumáticas, intentos de autolisis, violaciones), estarlo indirectamente (somatizaciones, síntomas psiquiátricos) o no estarlo. Cuando la violencia se identifica, deben hacerse las interconsultas pertinentes, en función de los problemas que presente, con las diferentes especialidades y servicios que pueden ayudar a la paciente.

Es importante comunicar cualquier situación de malos tratos, aunque sólo sea una sospecha, a Trabajo Social, que tendrá que encargarse de informar a la paciente de los recursos que hay disponibles para ayudarla y, si procede, ponerla en contacto con el recurso más adecuado a su situación. La actuación concreta dependerá de la voluntad de esta persona de reconocer o denunciar su situación y

del grado de riesgo que sufrirá cuando vuelva a su domicilio.

1. Que el personal sanitario sospeche una situación de violencia, pero que la paciente no la reconozca. En este caso nunca debe forzarse a la paciente a reconocer la situación y mucho menos a actuar para salir adelante. Debe ofrecerse apoyo de manera general y dejar la puerta abierta a nuevas consultas.
2. Que la paciente reconozca la situación, pero que no la quiera denunciar. En ese caso, deben ofrecerse los recursos necesarios de acuerdo con la situación social y el riesgo de la paciente.
3. Que la paciente reconozca la situación y desee denunciarla. En ese caso, deben ofrecerse los recursos necesarios conforme a la situación social y el riesgo de la paciente e informarla sobre los trámites que deberá realizar para poner la denuncia.

La situación de malos tratos que sufre una persona se puede clasificar globalmente en tres niveles de riesgo:

- **Nivel I.** Nivel subclínico. Se da cuando la relación de pareja no va bien. Por ejemplo, la mujer no tiene la posibilidad de hablar con la pareja, o le tiene miedo. Pero no hay manifestaciones clínicas, por lo que, si no se pregunta, la situación pasa desapercibida. Este nivel se acostumbra a detectar en la atención primaria. Es el nivel en el que se puede ayudar más precozmente y actuar más preventivamente.
- **Nivel II.** En este nivel los malos tratos son fundamentalmente de tipo psicológico. Puede haber abuso de fármacos, ansiedad, desvaloración. La pareja no deja salir a la mujer de casa sola, no le da dinero. Existe control económico y social.
- **Nivel III.** En este nivel existen malos tratos de tipo físico o ideas autolíticas. La pareja amenaza con pegar o matar. Este nivel representa una situación de mucho riesgo y puede implicar que la mujer no pueda volver a su casa.

Hay situaciones de riesgo vital que deben valorarse en cada ocasión puntual, sea cual sea el lugar en el que se detectan. Estas situaciones se acostumbran a dar en el nivel III de riesgo y son:

- Consumo de drogas o abuso de alcohol por parte del agresor.
- Aumento de la frecuencia de los episodios de violencia.
- Sufrir alguna lesión o lesiones graves.
- Malos tratos de los hijos u otros miembros de la familia.
- Cambios en la situación laboral del agresor (ej.: pérdida de trabajo, paro).
- Fase de separación conyugal.
- Amenazas de muerte con posterioridad a la presentación de denuncia.
- Psicopatología del agresor (delirio de celos, paranoia, etc.).
- Posesión de armas de fuego por parte del agresor, con licencia o sin ella.

Es muy importante no subestimar el riesgo. Si se detecta alguna de estas situaciones o la paciente asegura que se halla en situación de riesgo vital, es preciso darle credibilidad y adoptar las medidas pertinentes.

Si creemos que el riesgo vital es inmediato, se le debe hacer ver la situación de peligro y gestionar la salida del domicilio a través de Trabajo Social.

Por último, deben rellenarse los documentos legales adecuados en cada caso. La historia clínica siempre debe recoger toda la información, describiendo las lesiones, los hallazgos, la patología, la cronología y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

En los casos de lesiones físicas, agresiones sexuales, intoxicaciones o intentos de autolisis, siempre debe rellenarse un comunicado judicial en el que se explique bien el tipo de lesiones, las intervenciones diagnósticas y terapéuticas y la gravedad del cuadro clínico.

Los datos de mortalidad, morbilidad y la elevada prevalencia entre la población general justifican medidas proactivas para la detección precoz de la VG.

Dentro de la atención a las patologías o circunstancias relacionadas con la salud que se consideran emergentes, la VG es una de las destacadas. Esta lacra social recibe la repulsa de los gobiernos y de una parte muy importante de la ciudadanía. Tanto la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, del Estado español, como la Ley del 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, de la Generalitat de Catalunya, son un valioso ejemplo de ello. Las dos leyes obligan a los profesionales de la salud a detectar y asistir a las mujeres en situación de violencia.

5.1. ¿Debe hacerse detección precoz desde el sistema de salud?

La prevalencia de la VG en la población justifica la detección, pero son las consecuencias para la salud de las mujeres (**Tabla 2**) las que justifican la detección desde el sistema de salud.

Sin olvidar las repercusiones que la violencia hacia la madre tiene en los hijos e hijas, que, además de ser testigos de esta violencia, a menudo son también víctimas de la violencia (véase capítulo 6).

5.2. ¿Por qué las mujeres no explican a los profesionales su situación de VG?

- Porque no identifican la situación de violencia vivida como malos tratos.

- Porque la relación de violencia es vivida con ambivalencia, a veces con vergüenza y con culpa.
- Por el miedo a no ser creídas: a menudo se ha respondido a la mujer que estos eran asuntos privados o bien que no era posible que ese hombre, que quizá es un paciente conocido, fuera un hombre que maltrata.
- El miedo al agresor: los hombres que maltratan aumentan la tensión y las conductas violentas en momentos en los que la mujer toma iniciativas que acaben con la relación. Comunicarlo al sistema de salud puede ser una de ellas.
- Miedo a consecuencias legales que no desean.
- Tolerancia a la situación de VG: el proceso de sometimiento y victimización hace que vivan como normales situaciones de VG muy graves.

Por consiguiente, es necesario que los profesionales pregunten por la posibilidad de violencia en la relación de pareja (véase preguntas capítulo 4).

Las mujeres no se molestan cuando se les pregunta por la posibilidad de violencia en sus relaciones personales. Existen estudios de tipo cualitativo que muestran justamente lo contrario, que esperan ser preguntadas por los profesionales de la salud y agradecen su interés.

5.3. ¿Cuál es la estrategia que debe aplicarse?

- **Detección universal.** La detección sistemática realizada a través de la anamnesis habitual como estrategia de cribaje se ha recomendado por la alta prevalencia de la VG y las graves consecuencias para la salud, aunque no existen datos de que la estrategia haya

TABLA 3. DETECCIÓN SELECTIVA DE VIOLENCIA DE GÉNERO (VG): SITUACIONES OPORTUNAS PARA LA DETECCIÓN

Mujeres en momentos de riesgo del ciclo vital	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo, sobre todo en adolescentes • Separación de la pareja • Jubilación propia o del marido • Cuidar de los demás
Mujeres con trastornos mentales	<ul style="list-style-type: none"> • (véase Tabla 2)
Consultas gine/obstétricas (véase Tabla 2)	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de anticonceptivos • Infecciones ginecológicas de repetición • Embarazo • Disfunciones sexuales • Interrupción del embarazo • Anticoncepción de emergencia
Mujeres con historia traumatólogica sugestiva	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones sugerentes de agresión • Reiteración de las lesiones • Discordancia entre la clínica y el relato • Retraso en la consulta después de un traumatismo
Según la forma de presentación en la consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Consultas demasiado frecuentes • Dificultades de relación con los profesionales • Mala adherencia a los regímenes terapéuticos • Dificultad para ser entrevistadas sin pareja
Situaciones que disminuyen la autonomía	<ul style="list-style-type: none"> • Ancianas frágiles • Régimen de atención domiciliaria • Deterioro cognitivo • Curas paliativas • Trastornos mentales graves • Discapacidades físicas o psíquicas • Situaciones sociales que disminuyen la libertad: mujeres reclusas, que ejercen la prostitución, emigración irregular, marginación social • Abuso o dependencia a alcohol o sustancias
Por sospecha o derivación de otros profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Niños y niñas con síntomas de estrés postraumático o malos tratos • Casos derivados por los servicios sociales, educativos u otros

Fuente: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. VG i Atenció Primària de Salut: una visió des de la consulta. CAMFIC. 2012.

comportado cambios en la situación de violencia a largo plazo.

- **Detección selectiva.** La detección ligada a situaciones que favorecen la identificación puede resultar más eficaz (**Tabla 3**).
- **Detección mediante el autoinforme.** Además de la detección a través de la anamnesis, se dispone de instrumentos autoinformados, cuestionarios y escalas, diseñados por la identificación de la VG, algunos de ellos validados en nuestro país.

5.4. ¿Para qué debe servir la detección?

La detección de la violencia hacia las mujeres es sólo el comienzo de la atención. Si el profesional identifica una situación de VG puede iniciar intervenciones dirigidas a facilitar la toma de conciencia y el inicio del cambio (**Tabla 4**).

Los diferentes servicios de atención deben tener protocolizados los pasos para la atención posterior.

Debe registrarse en la historia clínica la presencia o los indicios de VG (el tipo de violencia, las consecuencias para la salud, la valoración del riesgo), ya que ayuda a la atención clínica de la mujer y tiene potenciales implicaciones medicolegales.

Detectar la violencia contra la mujer y no hacer nada más es mala práctica. Al finalizar la detección, la mujer puede salir de la consulta con la idea de que este es un factor relevante para la salud, que hay personas y organismos que la pueden ayudar y que los servicios de salud están comprometidos con su atención.

TABLA 4. MENSAJES INEQUÍVOCOS QUE LA MUJER DEBE RECIBIR EN EL MOMENTO DE LA DETECCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO (VG)

Estos mensajes no agotan todas las posibilidades, son una propuesta de “paquete de mínimos” que la mujer debería llevarse de la consulta en el momento de la detección.

- Haber hablado de su situación es un primer paso muy importante (**Invitación al diálogo**).
- Entiendo lo que le sucede (**Empatizar**).
- La relación con su pareja no es adecuada, es una relación de malos tratos, constituye un delito (**Reconocer el abuso**).
- Nadie merece ser maltratado. La culpa no es suya (**Romper mecanismos de control**).
- Los malos tratos son un hecho común que afecta a millones de mujeres (**Contextualizar y reconocer la injusticia**).
- Este asunto nos interesa porque afecta directamente a su salud (**Reinterpretar los síntomas**).
- El peligro puede ser real (**Valoración del riesgo y estrategias de seguridad**).
- No está sola, hay personas y asociaciones que se han especializado en ayudar a mujeres en esta situación (**Romper el aislamiento. Trabajo en red**).
- Respetaremos sus decisiones (**Empoderamiento. Evitar victimización**).

Fuente: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. VG i Atenció Primària de Salut: una visió des de la consulta. CAMFIC. 2012.

Impacto de la violencia de género en el ámbito familiar sobre la salud de los hijos y las hijas

6

La palabra “infancia” proviene del latín y significa “el que no habla”. Durante la historia, más bien ha significado “el que no tiene palabra” ya que al niño siempre se le ha considerado un adulto pequeño y vulnerable, que trabajaba y acudía a los espacios de los adultos, que se podía controlar y decidir su destino. Así, aun que existieran los malos tratos infantiles físicos, sexuales, emocionales y laborales en todos los niveles sociales, no se consideraban malos tratos, dado que el concepto de infancia con necesidades de protección no surge hasta pasada la era industrial (siglo XIX). Pero no es hasta la segunda mitad del siglo XX cuando se reconoce desde la comunidad científica y la opinión pública, que los niños son objeto de malos tratos de todo tipo, y surge la necesidad de formular sus derechos con la Convención de los derechos del niño en 1989.

La VG en el ámbito familiar es el factor de riesgo más importante de abuso de cualquier clase de violencia hacia los hijos. Los hijos y las hijas no son sólo espectadores silenciosos, sino que son víctimas que viven en la violencia. Los y las menores que sufren VG viven en una familia en la que su padre o la pareja de su madre tiene comportamientos contra la mujer. Presencian actos violentos, gritos, insultos, ruidos de golpes, sienten el miedo y la tensión en sus madres y viven inmersos en el ciclo de la violencia.

En el 30-60% de los casos, además, existe abuso físico, sexual, emocional o negligencia hacia los hijos. Crecen pensando que la violencia de los hombres contra las mujeres es una pauta de relación normal

entre los adultos. Entre el 26 y el 73% de las familias con abuso hacia sus hijos existe violencia de la pareja hacia la madre.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) pone de manifiesto los efectos nocivos sobre la salud, la supervivencia, el desarrollo y la dignidad que causa en los y las menores la exposición a la VG en el ámbito familiar. Además, la violencia emocional, física y sexual hacia la mujer incluye varias formas de malos tratos hacia los hijos: ser testigos presenciales de la violencia, ser víctimas directas de malos tratos y ser utilizados por el agresor para dañar, amenazar, controlar y someter a la mujer.

6.1. Violencia de género en el ámbito familiar: Psicopatología en los hijos

Los hijos pueden mostrar síntomas inespecíficos de estancamiento o ir retrasados en el desarrollo o bien en su psicopatología emocional o conductual. Los niños y las niñas no explican generalmente las agresiones de las que son testigos en casa, generalmente por miedo al agresor o porque se les ha dicho que no se debe hablar de ello, como si fuera una especie de secreto familiar. Por esto manifiestan su malestar generalmente con psicopatología (**Tabla 5**).

Los y las menores expuestos a violencia hacia la madre pueden desarrollar creencias y valores patriarcales como que “el hombre es el que manda, las mujeres son inferiores a los hombres y están supeditadas a él. Cuando un hombre pega

TABLA 5. VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO FAMILIAR: PSICOPATOLOGÍA EN LOS HIJOS

Edad Infantil	Síntomas de afectación física y del desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Múltiples quejas somáticas: insomnio, cefalea,... • Estancamiento o retrasos evolutivos: enuresis, encopresis,...
	Síntomas de afectación socioemocional y conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Conductas inhibidas en el juego o en el contacto social: poca habla espontánea, desconfianza en los adultos. • Estrés postraumático: niños expuestos a situaciones traumáticas con visiones altamente violentas. • Ansiedad con excesiva dependencia de la madre: miedo a separarse de ella y fobia escolar. • Sentimientos de culpa y de responsabilidad por las conductas violentas. • Problemas escolares: bajo rendimiento, pocos amigos.
Edad Adolescente	Afectación conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de conducta, agresividad, consumo de alcohol y drogas, huidas de casa.
Edad Adulta	Factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Factor de riesgo de perpetuación de actitudes de aceptación o ejecución de violencia en sus propias familias.

a una mujer es porque se lo merece; pegar a las mujeres es normal; si quieres que te respeten debes ser violento”.

6.2. Abordaje de la violencia de género en el ámbito familiar

Es necesario el desarrollo de políticas preventivas y mejora en la detección o tratamiento de los malos tratos, incluidos los malos tratos hacia los hijos (Tabla 6).

6.3. Tratamiento del/la menor

Abordaje desde la salud mental infantil y juvenil:

- Facilitar el procesamiento de experiencias traumáticas.
- Liberar al menor de sentimientos de culpa o responsabilidad, miedo y sumisión hacia el agresor.

- Mejorar las habilidades sociales: autoestima y resolución de conflictos para romper posibles círculos de violencia en chicos y evitar víctimas de violencia en chicas.
- Detectar posibles abusos y tratarlos de forma especializada.
- En casos de agresiones graves con hospitalizaciones o incluso muerte de la madre, los hijos y las hijas pueden requerir tratamientos farmacológicos para crisis agudas de ansiedad por duelo o porque ven en peligro su propia vida.

Abordaje escolar:

- Evaluar las necesidades curriculares considerando apoyos tutoriales y adaptaciones curriculares.

Abordaje social:

- Desde los servicios sociales locales, con integración de estos niños y niñas en programas deportivos y culturales, mediante apoyos económicos y sociales.

TAULA 6. ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO (VG) EN EL ÁMBITO FAMILIAR

MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA VG	MEDIDAS DE DETECCIÓN DE LA VG	MEDIDAS DE INTERVENCIÓN DE LA VG
<p>Abordaje ámbito territorial:</p> <p>Equipos multidisciplinares que diseñen políticas y protocolos en la prevención, detección y tratamiento de la violencia de género y malos tratos infantil.</p>	<p>Programas de formación a los profesionales:</p> <p>Principalmente del ámbito educativo y pediátrico, cuando existen señales de alarma de malos tratos en la madre o en los hijos y las hijas.</p>	<p>En casos de agresión leve y madre capaz de cuidar de sus hijos:</p> <p>Protocolo de atención a la mujer maltratada.</p> <p>Exploración de los hijos e hijas para evaluar el impacto o la exposición a la violencia, y que sean víctimas de abuso.</p>
<p>Abordaje ámbito escolar:</p> <p>Elaboración de programas educativos de prevención dirigidos a niños y adolescentes para promover el desarrollo de relaciones de género igualitarias.</p>	<p>Formación en el protocolo a seguir.</p>	<p>En casos de agresiones graves y madre hospitalizada o muerta:</p> <p>Primordialmente preservar la seguridad de los niños y niñas: seguridad, residencia de acogida, tutoría.</p> <p>Es obligatoria la activación local del protocolo urgente de malos tratos infantiles.</p> <p>Coordinación de la situación infantil por parte de los equipos de atención general a la infancia locales: planificación a corto y largo plazo de la situación de los niños en el contexto familiar.</p> <p>Es necesario el alejamiento inmediato de los niños y las niñas del agresor hasta que se realice una valoración especializada.</p> <p>Valoración por parte del equipo especializado de salud mental infantil de todos los hijos e hijas, para detectar cualquier signo de abuso, estrés postraumático o psicopatología.</p>
<p>Abordaje ámbito familiar:</p> <p>Programas preventivos para familias en riesgo de violencia facilitando programas de educación en técnicas parentales.</p>	<p>Coordinación de los equipos de urgencia hospitalaria o policía con los pediatras de referencia de los hijos, una vez detectados los malos tratos en la madre o en los hijos y las hijas.</p>	<p>Apoyo inmediato económico y social en el caso de los familiares en acogida.</p> <p>Asesoramiento judicial sobre derechos, incluyendo los económicos, de madre e hijos o en acogida-tutela.</p> <p>Asesoramiento escolar (vía psicólogos escolares o inspección de educación) si es necesaria una intervención o cambio escolar.</p>

La violencia de género desde el punto de vista legal: importancia del informe médico

7

Cuando se produce un acto de VG, el proceso penal es necesario para impedir, reprimir y sancionar la conducta violenta.

La información de los mecanismos legales, a todas las mujeres que sufren malos tratos físicos, psíquicos o sexuales por parte de sus parejas, es una de las formas más eficaces para luchar contra el fenómeno de la VG.

Es necesaria la colaboración del ámbito penal con otros ámbitos, entre ellos se encuentra el sanitario, para obtener resultados óptimos en la lucha contra la VG.

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de protección integral contra la violencia de género, estableció esta actuación conjunta, que quedó reflejada en el artículo 15: "Las Administraciones sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia [...] En particular, se desarrollarán programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer en las situaciones de violencia de género a que se refiere esta Ley."

La función de la coordinación entre los diferentes agentes tiene dos finalidades:

- Con la denuncia, evitar las consecuencias de los malos tratos sobre las víctimas, con una respuesta inmediata y contundente, dado que se ha constatado que las agresiones reiteradas provocan una destrucción psicológica, además de física.
- Después de la denuncia, la necesidad que tanto el agresor como la víctima perciban una actuación firme y decidida, con la adopción de medidas de protección para la víctima, si fuera necesario.

La mayoría de los delitos en el ámbito de la VG son lesivos y necesitan atención médica. Lo mismo sucede en la violencia psicológica, que exige la intervención de un profesional.

La importancia del profesional sanitario en el procedimiento penal es indudable porque:

- Es el primero que entra en contacto con la víctima.
- Refiere lo que le es manifestado.
- Aporta datos objetivos de las lesiones o del estado que presenta la víctima.
- El Órgano Judicial tendrá un testimonio imparcial totalmente ajeno a los hechos, profesional y cualificado.

Así, siendo condición necesaria la asistencia médica de las víctimas, la detección precoz de tales situaciones en el ámbito sanitario tendrá un relieve especial en dos momentos diferentes:

- Cuando después de la denuncia viene para ser valorada de las lesiones que le han causado.

- Cuando sin haber denunciado viene para ser tratada de las lesiones que le han causado.

La intervención del profesional sanitario requiere, tanto si hay denuncia como si no, que se recoja siempre en el informe médico la valoración del relato de la víctima y el examen físico completo de las lesiones que explica y de aquellas que estén ocultas.

La intervención es diferente según la fase en que se encuentre el proceso judicial:

1. En la fase de INSTRUCCIÓN (investigación), se necesita obtener datos concretos de lo que pasará, quien es el agresor, cuales fueron las lesiones, cual era el estado, qué manifestó.
2. En la fase del JUICIO ORAL (para probar los hechos), se necesita un testimonio objetivo de lo que se observó y un dictamen profesional sobre el mecanismo de producción de las lesiones.

El informe emitido por el médico que, en una primera instancia, da conocimiento al juzgado de unos hechos presuntamente constituidos de malos tratos es la base de la investigación posterior por dos razones:

- A veces la víctima no presenta denuncia.
- La mayoría de las veces no hay testigos presenciales de los hechos, que se produjeron en el ámbito privado y, por lo tanto, el informe médico es el único dato objetivo de la investigación.

Los informes médicos emitidos deben ser extremadamente claros en cuanto al estado de las lesiones que presenta la víctima. La finalidad de remitirlos al juzgado es iniciar una investigación y, desde esta posición preeminente que tiene el médico que atiende la primera vez, han de facilitarse todos los datos que se tengan. Los datos deben ser lo más precisos posible.

Todos los comunicados de asistencia llegan a los juzgados y se debe discriminar si se trata de lesiones fortuitas, producidas en peleas, accidentes laborales, intoxicaciones. Es necesario hacer constar todos los datos que permitan inferir que se trata de una agresión en el ámbito de la VG. Más que en otros delitos es muy importante esta minuciosidad, porque a veces sólo se cuenta con el informe y, incluso, puede ser que no haya testimonio de la víctima.

Se deberá tener en cuenta que, en otro tipo de delitos, el afectado facilita toda la información de que dispone, va voluntariamente al médico forense, presenta testimonio de su situación y muestra interés porque la denuncia que ha presentado siga adelante.

La víctima de VG en el proceso penal, incluso en casos de lesiones graves, puede acogerse a su derecho de no declarar e incluso puede explicar que la lesión ha sido consecuencia de un accidente casual; por lo tanto, en estos casos, el informe asistencial será el único dato objetivo disponible, dado que puede negarse a ser visitada por el médico forense, y éste puede tener que emitir su informe pericial basándose exclusivamente en el informe asistencial del médico que la ha visitado.

La función del médico forense es la valoración de la VG con criterios medicolegales.

La práctica nos demuestra que el médico que atiende a la víctima en el primer momento es fundamental, ya que si ésta confía en él y se siente escuchada, será más proclive a contestar y a aportar datos.

No se ha de olvidar que en nuestro derecho las lesiones son un delito perseguible de oficio. El único requisito es que el juzgado tenga conocimiento que se ha producido una agresión para iniciar el proceso y continuarlo.

- La Violencia de Género (VG) produce efectos y daños en los diferentes aspectos de la salud física, psíquica y sexual de las mujeres y sus hijos e hijas a corto y largo plazo.
- Los comportamientos hostiles y violentos del agresor son observables e identificables e incluyen conductas de abuso emocional, agresiones físicas y sexuales.
- La detección precoz de la VG es clave para tratar de evitar que esta situación se mantenga y produzca más daños en la salud de la mujer y sus hijos e hijas.
- Los médicos y las médicas deben tener una actitud proactiva en la detección de la VG, incluyendo en la anamnesis de la historia clínica preguntas orientadas a esta detección de forma habitual.
- Cualquier situación de malos tratos, aunque sólo sea una sospecha se debe comunicar a Trabajo Social, que se encargará de informar a la mujer de los recursos que hay disponibles para ayudarla.
- El protocolo de atención a la mujer que sufre VG debe incluir la evaluación y la atención a la salud de sus hijos e hijas.
- La denuncia de la mujer víctima de VG es la posibilidad que hay de conseguir impedir, reprimir y sancionar la conducta violenta del agresor.
- El informe médico de la asistencia debe recoger el relato completo y la exploración física y psíquica completa de las lesiones que presente la víctima.

1. Chiung A, Shen T. Self-Esteem of Young Adults Experiencing Interparental Violence and Child Physical Maltreatment. *Parental and Peer Relationships. Journal of Interpersonal Violence* 2009; 24: 770-94.
2. García-Esteve L, Torres A, Imaz ML. Abordaje diagnóstico de los trastornos mentales asociados al maltrato. *FMC* 2010; 17: 449-59.
3. García-Esteve L, Torres A, Navarro P, Ascaso C, Imaz ML, Herreras Z, Valdés M. Validation and comparison of four instruments to detect partner violence in health-care setting. *Med Clin* 2011; 137: 390-7.
4. Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe. Ginebra: OMS; 2005.
5. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Comisión Contra la Violencia de Género. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
6. Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Document marc. Violència en l'àmbit de la parella i família. Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació. Barcelona 2009. <http://www.gencat.cat/salud>.
7. Quaderns de la Bona Praxi núm. 13. Detecció del maltractament intrafamiliar a la dona. Centre d'Estudis Col·legials. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Abril 2001.
8. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Violencia Doméstica. Elaborado por el Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAAPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc). Madrid: 2003.
9. Thompson R, Briggs E, English DJ, et al. Suicidal ideation among 8-year-olds who are maltreated and at risk: findings from the LONGSCAN studies. *Child Maltreatment* 2005; 10: 26–36.
10. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. VG i Atenció Primària de Salut: una visió des de la consulta. CAMFIC. 2012.
11. Zolotor AJ, Theodore AD, Coyne-Beasley T, et al. Intimate partner violence and child maltreatment: overlapping risk. *Brief Treat Crisis Interv* 2007; 7: 305–21.
12. Zolotor AJ, Denham AC, Weil A. Intimate Partner Violence. *Prim Care Clin Office Pract* 2009; 36: 167–79.

Números publicados en catalán

- **Núm. 0:** Recomendaciones para la correcta profilaxis antitetánica.
- **Núm. 1:** El médico y el enfermo de sida.
- **Núm. 2:** Prevención del tromboembolismo venoso.
- **Núm. 3:** La valoración preoperatoria.
- **Núm. 4:** Finalidad y uso de la historia clínica.
- **Núm. 5:** Diagnóstico prenatal de los defectos congénitos.
- **Núm. 6:** Informes y certificados sobre el enfermo mental.
- **Núm. 7:** Cómo actuar cuando un médico es portador del virus de la inmunodeficiencia humana o de los virus de la hepatitis B o C.
- **Núm. 8:** La información clínica facilitada al paciente.
- **Núm. 9:** Normas de actuación después de una exposición accidental a sangre u otros fluidos biológicos en el medio sanitario.
- **Núm. 10:** Guía de la buena prescripción: manual práctico.
- **Núm. 11:** Prevención y manejo de riesgos. Análisis de reclamaciones (Médicos de Atención Primaria).
- **Núm. 12:** Guía de actuación en la situación de agonía del enfermo terminal.
- **Núm. 13:** Detección del maltrato intrafamiliar a la mujer (MIM).
- **Núm. 14:** Guía de actuación en la aplicación de las vacunas.
- **Núm. 15:** Cómo prestar una asistencia de calidad a personas que están en residencias geriátricas.
- **Núm. 16:** Los inmigrantes y su salud.
- **Núm. 17:** Guía para prevenir y gestionar la violencia en el lugar de trabajo contra los médicos.
- **Núm. 18:** Informes clínicos, herramientas de comunicación.
- **Núm. 19:** Detección y orientaciones terapéuticas en los trastornos del comportamiento alimentario.
- **Núm. 20:** Maltratos a la tercera edad.
- **Núm. 21:** Cómo actuar cuando un médico es portador del virus de la inmunodeficiencia humana o de los virus de la hepatitis B o C.
- **Núm. 22:** La gripe, la gripe aviaria y la amenaza de una pandemia gripal.
- **Núm. 23:** Orientaciones medicolegales de la atención en los servicios de urgencias.
- **Núm. 24:** Fibromialgia y síndrome de fatiga crónica.
- **Núm. 25:** El consentimiento informado. La toma de la decisión informada del paciente.
- **Núm. 26:** Valoración del estado de salud de las personas solicitantes de adopción.
- **Núm. 27:** Aspectos médicos relacionados con la conducción de vehículos.
- **Núm. 28:** Historia clínica, tecnologías de la información y derechos del paciente.
- **Núm. 29:** Praxis médica y reclamaciones judiciales.

Números publicados en catalán y castellano

- **Núm. 30:** El medio ambiente y la salud.
- **Núm. 31:** El abordaje médico de la violencia hacia las mujeres y sus hijos e hijas.
- **Núm. 32 (próxima publicación):** Contenciones.

Se disponen de ejemplares de los Cuadernos de la Buena Praxis en papel con un coste unitario de 20 € (gastos de envío no incluidos).

Los interesados pueden enviar una solicitud a cecfmc@comb.cat.

Cuadernos de la Buena Praxis



CENTRO DE ESTUDIOS COLEGALES
Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

Paseo de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona.
<http://cec.comb.cat>