



## ARTÍCULO ESPECIAL

## La respuesta necesaria de los servicios de salud ante la violencia de género. Atención integral y prestación de servicios integrados

María del Carmen Fernández Alonso<sup>a,\*</sup>, Lydia Salvador Sánchez<sup>b</sup>,  
María Begoña González Bustillo<sup>c</sup> y Vicenta Escribá-Agüir<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Interna, Emérita Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, Valladolid, España

<sup>b</sup> Medicina Familiar y Comunitaria, Gerencia Regional de Salud, Consejería de Sanidad de Castilla y León, Valladolid, España

<sup>c</sup> Enfermería Familiar y Comunitaria, Gerencia Regional de Salud, Consejería de Sanidad de Castilla y León, Valladolid, España

<sup>d</sup> Medicina Preventiva y Salud Pública, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública Generalitat Valenciana, España

Recibido el 14 de diciembre de 2023; aceptado el 14 de diciembre de 2023

Disponible en Internet el 24 de enero de 2024

### PALABRAS CLAVE

Violencia de género;  
Violencia contra la mujer por la pareja;  
Detección;  
Intervención ante la VMP;  
Intervenciones comunitarias frente a la violencia de género

**Resumen** La violencia de género tiene múltiples y graves consecuencias para la salud de las víctimas y sus familias, y esta es la razón del importante papel que el sistema sanitario tiene en su abordaje. La respuesta de los profesionales sanitarios debe incluir la detección precoz, la atención y el seguimiento, actuaciones en las que la atención primaria, desde su posición privilegiada en el sistema, puede tener un papel fundamental. En este artículo se establecen las características necesarias para que la intervención sea eficaz: atención integral, abordaje multidisciplinar, coordinación intersectorial, prestación de servicios integrada, con orientación comunitaria y centrada en la persona y adaptada a su contexto (determinantes sociales y vulnerabilidades) con un enfoque interseccional. Se consideran objeto de intervención en la respuesta la mujer, hijos e hijas y otros convivientes y el hombre que maltrata, y se proporcionan pautas concretas de actuación para la detección y para la atención y el seguimiento. Plantea la reorientación de las intervenciones con un enfoque comunitario.

© 2024 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### KEYWORDS

Gender violence;  
Intimate partner violence;  
Detection;  
Intervention IPV;

**The necessary response of health services to gender violence. Comprehensive care and provision of integrated services**

**Abstract** Gender violence has multiple and serious consequences for the health of victims and their families, hence the reason for the important role that the health system plays in addressing it. Health professionals have a key role in the response, which must include early

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [carmenferal@gmail.com](mailto:carmenferal@gmail.com) (M.d.C. Fernández Alonso).

## Community intervention against gender violence

detection, care, and follow-up; actions in which primary care, because of its privileged position in the system, can play a fundamental part. This article establishes the necessary characteristics for the intervention to be effective: comprehensive care, multidisciplinary approach, intersectoral coordination, and integrated service provision; all of it community-oriented, person-centered, and adapted to its context (social factors and vulnerabilities) with an intersectional approach. The woman, her sons and daughters, and other cohabitants, as well as the perpetrator, are considered the object of intervention in the response, and specific guidelines for action are provided for detection, care, and follow-up. Reorientation of interventions, with emphasis on a community approach, is also proposed.

© 2024 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

La violencia de género (VG) constituye una violación de los derechos humanos de las mujeres inaceptable en cualquier sociedad democrática. Las graves consecuencias para la salud de las mujeres víctimas y de sus hijos e hijas llevaron al reconocimiento de la VG como problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que aconsejó a los estados a tomar medidas para su prevención y abordaje mediante intervenciones que involucren a toda la sociedad para dar una respuesta eficaz, que conduzca a su erradicación.

En este artículo, al hablar de VG nos referiremos solo a una de sus formas, la violencia contra la mujer por su pareja (VMP) (en el sentido en que la define la LO 1/2004).

Se han dado pasos muy importantes liderados por las Naciones Unidas y la OMS, y en 2016, en la 69.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, se aprobó el Plan de acción mundial de la OMS para fortalecer la función del sistema de salud en el marco de una respuesta multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general.

España ha tenido una política muy activa en relación con la VG, y contamos con un sólido marco legislativo y normativo que da soporte a los planes y medidas de intervención llevadas a cabo; tras la promulgación de la LO 1/2004, la inclusión en la cartera de servicios obligatorios para atención primaria (AP) fue un hecho relevante, y en paralelo se desarrolló un plan de formación de profesionales, la elaboración de guías y protocolos, la evaluación del servicio y el reconocimiento de buenas prácticas. Aunque se ha hecho mucho esfuerzo y conseguido avances, aún hay retos pendientes para el sistema sanitario, y creemos que es necesaria una respuesta mucho más proactiva y comprometida frente a la VG.

El sector sanitario debe participar en la *prevención primaria*, aspecto clave para erradicar la violencia en nuestra sociedad, y aunque el papel fundamental lo tienen la sociedad, el sistema educativo y los medios de comunicación, el sistema sanitario tiene también un papel relevante, interviniendo mediante estrategias de educación para la salud y de participación comunitaria<sup>i</sup>.

El papel más específico del sistema sanitario es sin duda la *prevención secundaria* (detección precoz) y *terciaria* (atención de calidad para reducir las consecuencias).

Antes de cualquier medida de intervención, es imprescindible la capacitación de profesionales<sup>1</sup>, para lo que se ha desplegado en nuestro país una estrategia de formación estructurada en fases, definiendo contenidos y criterios de calidad, y adaptada a diferentes perfiles y ámbitos profesionales.

En cuanto a las prioridades de intervención, en primer lugar es necesario detectar el problema para poder intervenir precozmente y minimizar las consecuencias.

## Detección de la violencia de género

Dentro de la prevención secundaria cabe destacar la detección precoz de los casos de VG. Aunque sigue habiendo controversia respecto al cribado universal, cada vez más organizaciones sanitarias y sociedades científicas lo recomiendan basándose en nuevas evidencias. La literatura científica aconseja el cribado universal de la VG en mujeres adultas<sup>2,3</sup>. En todo caso, hay unanimidad en recomendar, al menos, estar alerta ante señales sospechosas o en situaciones de vulnerabilidad y preguntar a la mujer. La detección precoz puede reducir las consecuencias negativas en la salud de la mujer y en los hijos e hijas expuestos, así como prevenir la aparición de episodios de maltrato ulteriores<sup>4-6</sup>. Los servicios sanitarios pueden desempeñar un papel crucial en la detección precoz de casos de malos tratos, dado que la mayoría de las mujeres frecuentan el sistema sanitario (embarazo, revisiones ginecológicas rutinarias, para el cuidado de hijos o hijas y de personas mayores, etc.).

Por estas razones, España y otros países han instaurado protocolos para la detección precoz de la VG. La literatura reconoce 2 elementos esenciales para la efectividad de los mismos: 1) apoyo institucional, y 2) disponibilidad de un protocolo diseñado con base en la evidencia científica, que debe incluir: a) instrumentos válidos y fiables que permitan detectar la VG; b) disponibilidad de servicios de atención específica que posibiliten la derivación (inicial y periódica) de las mujeres detectadas, y c) existencia de planes de formación para el abordaje sanitario de la VG<sup>3</sup>.

Disponemos de diversos instrumentos validados para la detección precoz de la VG en el ámbito de AP. El cuestionario WAST tiene 2 versiones: una corta, diseñada para realizar la detección de la VG, que consta de 2 preguntas, y una versión

<sup>i</sup> Prevención primaria: este tema se desarrolla ampliamente en otro artículo de este monográfico sobre violencia de género.

**Tabla 1** Factores favorecedores de un buen abordaje de la violencia de género en Atención Primaria

*Enfoque de atención centrada en la mujer (y personas a su cargo): las actuaciones deben estar dirigidas a las necesidades y prioridades de la mujer*

- Valoración de la salud con enfoque biopsicosocial y de género
- Tomar medidas para mejorar la seguridad de las mujeres
- Minimizar o no causar daño y maximizar los beneficios de los servicios prestados
- Tener en cuenta la perspectiva de la mujer
- Proporcionar a las mujeres información para que tomen decisiones informadas
- Responder a las necesidades y preocupaciones de las mujeres de forma holística
- Apoyar el empoderamiento de las mujeres para que participen en su propio cuidado
- Respeto por los derechos humanos de las mujeres y niños/as
- Aportar apoyos desde la perspectiva de equidad, diversidad cultural y con enfoque de género y teniendo en cuenta otras interseccionalidades: pobreza, discapacidad, inmigración, prostitución o trata, adicciones, enfermedad mental, medio rural, etc.

*Condiciones favorables del Equipo de Atención Primaria para el abordaje de la VG: la respuesta profesional ante la VG es mejor si se trabaja en equipo*

- Estructura de reuniones regulares en las que se pueda abordar el tema de la violencia facilitando la discusión de casos por los y las profesionales
- Centros donde los miembros del equipo se consultan unos a otros ante un caso de violencia
- Equipos formados y motivados, con conocimiento de los recursos y trabajo interdisciplinar con ellos: otros ámbitos de salud, servicios sociales y jurídicos, apoyo psicológico, asociaciones de apoyo, recursos comunitarios
- Figura de trabajador/a social, formada e implicada en el abordaje, y motivada para involucrar a otros intervenientes
- Equipos que promueven un buen clima de trabajo en equipo
- Implementan estrategias concretas centradas en la mujer: atención a la salud con enfoque biopsicosocial y con perspectiva de género, grupos de mujeres en el centro de salud, abordaje de la VG en consulta programada basado en potenciar sus cualidades de resiliencia y desarrollo de red de apoyos de la mujer, entre otros

Elaboración propia basada en<sup>12-15</sup>.

larga, de 8 preguntas. Permite medir la presencia de VMP actual<sup>7</sup>. Existe otro cuestionario, el AAS, que mide la presencia de violencia en los 12 meses previos al momento de la detección, y los antecedentes de maltrato. Recoge todo tipo de violencia contra la mujer (de pareja, doméstica, personas conocidas y extraños), e identifica si es violencia física, psicológica o sexual<sup>8</sup>. El Consejo Interterritorial del SNS elaboró un documento de consenso sobre los instrumentos de ayuda a la detección de la VG y aconseja, para realizar la detección, el cuestionario WAST (versión corta), añadiendo la pregunta sobre antecedentes de violencia del cuestionario AAS. En caso de ser positivo, para la confirmación se aconseja utilizar el cuestionario AAS<sup>9</sup>. Estas herramientas pretenden facilitar al profesional la formulación de las preguntas, pero no sustituyen la entrevista clínica ni otras formas de preguntar que el profesional puede decidir en función del conocimiento de la persona, el nivel de confianza, del momento y motivo de la consulta y del contexto.

## La atención a víctimas y supervivientes de la VMP

Una vez detectado un caso de VMP, debe abordarse mediante un proceso de atención integral, con una prestación de servicios multisectorial e integrada, centrada en la persona y sus necesidades, adaptada a cada situación y contexto. Este proceso comprende la asistencia clínica de su salud (física y psicológica), apoyo jurídico-legal, atención social y apoyo comunitario, para lo que es necesaria una atención multiprofesional y la coordinación entre los profesionales interviniéntes en el proceso.

El sistema de salud, especialmente los servicios de AP, pueden desempeñar un papel clave en la prevención y respuesta a la VG, como se indica en las directrices de la OMS<sup>10-12</sup>. En la tabla 1<sup>12-15</sup> se describen los factores favorecedores para un buen abordaje de la VG en AP.

Las recomendaciones de expertos internacionales basadas en la evidencia científica aconsejan ofrecer apoyo inmediato a las mujeres que revelen haber sufrido violencia por su pareja o expareja. Este *apoyo de primera línea* debe incluir una actitud libre de prejuicios, actuando sin presionar a la mujer, de forma privada y confidencial, respondiendo de forma práctica a las necesidades de la mujer, favoreciendo su autonomía, respetando sus decisiones, facilitando información y acceso a los distintos recursos legales y de apoyo a su seguridad y de los menores, y asegurando el apoyo sanitario, social y psicológico<sup>11</sup>.

Este apoyo de primera línea se presenta de forma didáctica en el manual clínico de la OMS<sup>16</sup>, donde se recogen los pasos a seguir que presentamos en la tabla 2.

Es fundamental la valoración de los riesgos y el apoyo a la seguridad de la mujer orientando hacia los servicios que precise según sus necesidades. Los riesgos físico y psicológico son más fáciles de evaluar desde los servicios sanitarios; sin embargo, valorar el riesgo de nueva agresión es más difícil, y podemos contar con las fuerzas de seguridad o los servicios de atención específica para su valoración. También podemos utilizar en consulta preguntas facilitadoras y cuestionarios de evaluación del riesgo que se aportan en algunas guías de atención ante la VG<sup>17</sup>, y siempre establecer un plan de seguridad con la mujer para ella y los hijos e hijas.

**Tabla 2** Resumen del apoyo de primera línea en el ámbito sanitario

Escucha activa	«Cuéntame qué es lo que está pasando»	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En el lugar adecuado, con intimidad y confidencialidad</li> <li>• Escuchar atentamente a la mujer, con empatía</li> <li>• No juzgarla ni presionarla, no interrumpirla</li> <li>• Observar y cuidar el lenguaje corporal</li> <li>• Utilizar técnicas que favorezcan la verbalización o la elaboración de ideas o emociones</li> </ul>			
Preguntar sobre necesidades e inquietudes	«De todo esto, ¿qué es lo que más te preocupa?»	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar sus diversas necesidades y preocupaciones: emocionales, físicas, sociales y prácticas</li> <li>• Conocer tiempo de evolución, tipo de violencia, apoyos</li> <li>• Saber si existen hijos o personas a su cargo</li> </ul>			
Validar y acoger emocionalmente	«Entiendo cómo te debes sentir. Nunca es por tu culpa»	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creerla, hacerla saber que puede confiar en nosotros/as</li> <li>• Decirle que la entendemos, que no está sola</li> <li>• Posicionarlos claramente en contra de la violencia hacia las mujeres</li> <li>• Desculpabilizar, no hay un porqué, ni una justificación</li> <li>• Mostrarle que sus síntomas y malestares son consecuencia del proceso por el que está pasando</li> </ul>			
Evaluar los riesgos y mejorar su seguridad	«¿Te ha amenazado de muerte? ¿Tienes miedo de volver a casa?»	<b>RIESGO FÍSICO</b> Evaluación médica para detectar lesiones físicas graves	<b>RIESGO PSÍQUICO</b> Evaluación del riesgo de autolisis	<b>RIESGO DE AGRESIÓN GRAVE</b> Evaluación con preguntas sobre el agresor y tipo de agresión o cuestionario de riesgo	<b>AUSENCIA O BAJO RIESGO DETECTADO</b> La mujer quiere irse a casa con el agresor y no quiere denunciar
Acceso a servicios de apoyo	«Hay muchos profesionales que podemos ayudarte»	 Servicio de Urgencias Hospitalarias	 Servicio de Salud Mental de Urgencias Hospitalarias	 FFCCS, Juzgado, Centro de Emergencia de Acogida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EQUIPO DE AP: trabajador/a social AP (apoyo secundario desde AP)</li> <li>- CEAS: servicio psicológico, servicio jurídico, asesoramiento laboral, etc.</li> <li>- Apoyo comunitario</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia basada en el modelo «LIVES» de la World Health Organization<sup>16</sup>.

Tras las actuaciones iniciales, es necesario tener en cuenta 2 aspectos para la toma de decisiones ante una situación de VG:

1. *Identificar la fase en la que se encuentra la mujer en relación con el proceso de cambio*, su vivencia subjetiva de la situación y su disposición a realizar cambios en su vida (**tabla 3**), y trabajar mediante la entrevista motivacional según la fase del cambio en la que se encuentre<sup>18</sup>; a veces puede ser preciso derivar a recursos especializados en salud mental y coordinarnos con otros servicios sanitarios, así como con otras instituciones, servicios comunitarios y asociaciones de atención a víctimas.

2. Es imprescindible *la adaptación de la respuesta a cada situación concreta*, teniendo en cuenta los factores contextuales, el grado de conciencia y los deseos de la mujer, la situación sociofamiliar y otros factores que interseccinan añadiendo complejidad o necesidades específicas a su abordaje. No hacerlo puede conducir a errores que puedan condicionar la efectividad de la intervención, la seguridad de la mujer y otros miembros de la familia y la relación profesional-paciente, que puede cerrar puertas a posibles ayudas futuras, generando frustración en ambas partes.

En el *apoyo secundario* se han descrito intervenciones eficaces para apoyar a las supervivientes de VMP en su empoderamiento, así como intervenciones psicológicas basadas en el abordaje del trauma, con enfoque de género y siempre con profesionales formados en VG. Se recomienda priorizar a las mujeres con problemas de salud mental, mujeres que precisan acogimiento residencial o con maltratos más graves, más vulnerables y mujeres embarazadas<sup>19</sup>. A veces el seguimiento exige la gestión compartida del caso mediante el proceso de coordinación sociosanitaria con un plan de intervención conjunto, para lo que es indispensable el trabajo en equipo<sup>19</sup>.

Es importante fortalecer el papel del sector de salud en la atención a la mujer que sufre VG con profesionales expertos de apoyo, supervisión de casos en el equipo y formación continuada de todos los intervenientes, sobre todo en AP, salud mental, urgencias y salud sexual y reproductiva<sup>20</sup>.

## **El enfoque de salud comunitario: una necesidad en la respuesta a la violencia de género**

El modelo ecológico propuesto por Heise en 1998<sup>ii</sup> para explicar la génesis de la VG como resultado de la interacción entre factores personales, situacionales, comunitarios y sociales sigue teniendo vigencia.

Parece evidente que cualquier respuesta a la VG no puede tener el foco solamente en la persona y su salud, o incluso en la familia, sino que precisa un abordaje social y comunitario en el que la visión de la salud pública y el papel de la comunidad en su respuesta resultan necesarios. Por ello, los actuales modelos de intervención contemplan medidas en los 4 niveles, para poder asegurar una respuesta integral, y que vaya *desde el origen* (la prevención, cuyo papel clave

está en la sociedad y la comunidad) hasta *las consecuencias* (la atención a las víctimas y a las familias), cuyo abordaje exige la participación multisectorial, la prestación de los servicios multiprofesional e integrada, donde el sistema sanitario tendrá un papel importante, pero nunca la respuesta sanitaria sola será suficiente. Resulta imprescindible el abordaje comunitario, para este y para otros problemas de salud con raíces socioculturales.

Por ello, tal vez tengamos que reorientar el enfoque en el abordaje de la VG, guiándonos por los elementos conceptuales que los maestros de la AP orientada a la comunidad acordaron<sup>21,22</sup>:

1. Una orientación poblacional: considerar como responsabilidad del servicio a toda la población cubierta.
2. Conocer a la población de la que somos responsables, y sus determinantes sociales.
3. Una orientación a la salud y no únicamente a la enfermedad.
4. El fortalecimiento de las capacidades personales y colectivas de nuestra población –lo denominamos «empoderamiento»–, y todo ello aplicado a la VG.

¿Cómo puede materializarse el enfoque de salud comunitaria en AP desde el centro de salud que presta los servicios, o desde nuestras consultas, o en la comunidad? ¿Cómo llevar a cabo esta orientación en la práctica?

- En la *consulta individual*, con un abordaje biopsicosocial:
  - Identificando factores de riesgo psicosocial, situaciones de vulnerabilidad para la violencia, relaciones y apoyos familiares.
  - Reconociendo la relación de los síntomas con la situación de maltrato que vive la mujer, la repercusión en los hijos e hijas, sus temores, su seguridad.
  - Promoviendo actuaciones que potencien su resiliencia: valorar y apoyar sus cualidades internas para resolver problemas ayudada por sus redes de apoyo, evitando la medicalización.
- Para ello es fundamental el trabajo en equipo: trabajo social, enfermería, medicina, matrona y pediatra, con una adecuada coordinación con otros servicios sanitarios: salud mental, salud sexual y reproductiva, etc.
- Los *grupos de mujeres*:
  - Los grupos socioeducativos en AP con mujeres para promoción de su salud y los grupos psicoterapéuticos en salud mental, siempre que se aborden con perspectiva de género, son de mucha utilidad para la reflexión y el empoderamiento de las mujeres, así como para crear redes con otras mujeres de la comunidad. Incluso pueden favorecer la detección de casos de VMP.
  - Otras actividades: grupos de preparación al parto y educación para la maternidad y paternidad, o la crianza; grupos de personas cuidadoras.

### **• Otras intervenciones comunitarias:**

- Participando con centros educativos y con asociaciones de padres de alumnos (programas de educación afectivo-sexual).
- Colaborando en la sensibilización frente al maltrato con asociaciones de pacientes, centros de acogida, cárceles, entornos de prostitución o trata, población

<sup>ii</sup> Heise LL. Violence against women: an integrated, ecological framework. Violence Against Women. 1998;4:262-290. doi:10.1177/1077801298004003002

**Tabla 3** Fases del proceso de cambio en la mujer que sufre violencia contra la mujer por la pareja (VMP)**1. Fase precontemplativa***Características*

Ausencia de conciencia del problema  
No reconoce la conducta abusiva como maltrato  
Tiene normalizada su relación de pareja, aunque sea objetivamente una situación de maltrato

*Reacciones de la mujer*

Negación del maltrato o minimizar el problema  
Autoculpabilización  
Trasladar la culpa a otros  
Mostrar resignación y aceptación de la situación, o desesperanza en su capacidad de cambiar  
Ante intervención intrusiva, riesgo de ruptura de la relación

*Actuación*

Entrevista breve. Actitud: respetuosa, prudente y empática  
Transmitir confianza en la posibilidad de cambio.  
Potenciar la autoconfianza.  
Invitarla a la reflexión sobre la situación de su relación (qué es buen trato y qué no lo es, qué cambiaría, evaluar mitos y estereotipos de género, etc.)  
Posicionarse frente a la violencia (nunca justificada). Informar de los riesgos y medidas de protección  
Ofrecer una nueva cita (evitar que se sienta presionada). Importante respetar la confidencialidad

**2. Fase contemplativa***Características*

Toma conciencia de que vive una relación de maltrato  
No se ha planteado cambiar su situación

*Reacciones de la mujer*

Suele haber mayor receptividad y permite avanzar en la intervención. Comienza a hablar de lo que le pasa  
Comienza a ser capaz de hacer crítica a su situación

*Actuación*

Entrevista motivacional. Ayudar a que verbalice lo que le ocurre, poner nombre al maltrato. Dejar claro que no es culpable de ello. Facilitar la expresión de sus emociones, sentimientos, expectativas, sus miedos. Analizar con ella la evolución de la violencia, identificando situaciones propias. Identificar apoyos y estrategias de afrontamiento. Proponerle pensar en razones para seguir o no en la actual relación. Respetar su decisión y apoyarla

**3. Preparada para el cambio***Características*

No solo es consciente del problema, sino que se está planteando la posibilidad del cambio  
Piensa que no puede seguir así (disonancia), pero no sabe cómo, no se ha planteado cuándo, y a veces tiene sentimientos ambivalentes respecto a su pareja

*Reacciones de la mujer*

Permite más posibilidades de ayuda al profesional. Puede pedir información, orientación  
Puede haber iniciado pequeños cambios o estar dispuesta a iniciarlos; ha pensado en alternativas, en qué podría pasar si decide romper, ha imaginado como sería su vida sin su pareja

*Actuación*

Entrevista motivacional. Apoyar en su toma de decisiones para el cambio y ayudarla a establecer el plan más adecuado para conseguirlo. Escucharla, valorar sus inactivas, analizarlas con ella, analizar posibilidades y problemas. Reforzar sus inactivas. Analizar necesidades de apoyo (trabajador social, asesoría jurídica, apoyo psicológico si precisa, etc.) Evaluar con ella la seguridad. Respetar sus decisiones y su ritmo

**4. Fase de acción***Características*

Ha decidido cambios: buscar nueva casa o trabajo, abogado, ha decidido la ruptura

*Reacciones de la mujer*

Miedo, inseguridad, cuando ya ha tomado la decisión, mayor necesidad de apoyo y refuerzo. Sentimientos ambivalentes: satisfacción por haber tomado la decisión y miedo a equivocarse e inseguridad ante el futuro

*Actuación*

En esta etapa es fundamental apoyar y acompañar a la mujer. Reforzar sus decisiones. Trabajar con ella los aspectos de seguridad y protección (etapa de mayor riesgo). Concertar entrevistas periódicas frecuentes de seguimiento del proceso. Coordinar con los recursos necesarios. Potenciar estrategias de afrontamiento positivas

**5. Fase de mantenimiento***Características*

Consolida y mantiene los cambios  
Inicia el proceso de normalización de su vida sin su pareja maltratadora

*Reacciones de la mujer*

Va recuperando la autoconfianza, la autoestima  
A veces puede sentir vacío, soledad

*Actuación*

Es importante en esta etapa reforzar la red social: grupos de mujeres, grupos de autoayuda, etc., y evitar el aislamiento  
Mejorar la autoestima y la autoconfianza  
Evitar recaídas. Anticipar situaciones de dudas, desánimo y dificultades, y trabajar en estrategias para afrontarlas positivamente. Trabajar la seguridad y protección

**Tabla 3** (continuación)

<b>6. Fase de recaída</b>		
<i>Características</i>	<i>Reacciones de la mujer</i>	<i>Actuación</i>
La mujer vuelve con la pareja que la maltrató	Sentimiento de fracaso y culpa por no haber sido capaz de mantener su decisión. Evita al profesional, o se cambia porque piensa que ha fallado. Busca justificaciones a su decisión. A veces culpa al profesional	Respetar su decisión, hacérselo saber. Evitar el sentimiento de fracaso y de culpa. Volver a trabajar el proceso de cambio desde la fase de contemplación No transmitir sensación de fracaso o frustración por parte del profesional Hacerle saber que es frecuente que haya varios intentos, y que al siguiente habrá más posibilidades de éxito

Fuente Tomada del modelo de cambio de Prochaska y di Clemente, aplicada por Zink(2004) a situaciones de maltrato y adaptada por las autoras.

inmigrante, transmitiendo un mensaje de cambio hacia relaciones igualitarias entre hombres y mujeres, promoviendo la corresponsabilidad y el buen trato, el respeto a «los otros» y a sus diferencias, mediante intervenciones con enfoque de género.

También son interesantes los grupos socioeducativos de hombres para trabajar los malestares con enfoque de género y las masculinidades.

Todo ello para crear un clima de comprensión del proceso de la VMP en la sociedad que favorezca la detección de casos y que acoja en todos los ámbitos a las mujeres que lo sufren.

Mostramos en la [figura 1](#) un resumen del apoyo y seguimiento, donde debemos contar con todos los ámbitos que puedan intervenir en la recuperación de la mujer.

*En cuanto a la comunidad*, tiene un papel relevante en la salud de su población, que puede ejercer a través de sus representantes, de sus asociaciones, de las corporaciones locales y del órgano de representación formal que es el Consejo de Salud de Zona. La comunidad debe tener un papel más activo en la sensibilización frente al maltrato en jóvenes y adolescentes y en población general; debe poner al servicio de la población vulnerable y de las víctimas aquellos activos en salud que pueden contribuir a la detección y al apoyo de las víctimas y supervivientes fomentando la participación de las mujeres en actividades sociales y de ocio que les proporcionen información, bienestar y sensación de pertenencia a grupos y redes. En estas mujeres, con frecuencia aisladas e inseguras, puede favorecer su recuperación evitando la medicalización.

En el abordaje comunitario de la VG se pueden establecer 2 líneas de intervención, basadas en:

1. La sensibilización y los conocimientos de la comunidad con relación a la VG.
2. En intervenciones que favorezcan el conocimiento de los recursos propios y las fortalezas de la comunidad para el abordaje de la VG.

Es importante disponer del mapa de recursos frente a la VG tanto en el ámbito estatal como de las comunidades autónomas, y sobre todo de ayuntamientos y entidades locales,

así como asociaciones comunitarias de mujeres y de víctimas de VG.

La labor de las asociaciones comunitarias es importante ya que están constituidas en muchos casos por las mujeres que han sufrido experiencia similares, que se convierten en agentes activos que pueden ayudar a otras víctimas en el afrontamiento de la VG.

Hay evidencia de que el tener un apoyo social tanto formal como informal mejora el empoderamiento de estas mujeres, y en muchos casos estas asociaciones aportan el apoyo social que ellas necesitan<sup>23</sup>.

El trabajo grupal entre iguales para potenciar la autoestima y el empoderamiento de la mujer, ya sean víctimas de VG o no, son importantes tanto para la sensibilización y prevención como para la identificación y el apoyo frente a la VG. Son espacios de reflexión sobre su realidad, sobre aspectos insatisfactorios de su vida, de reconocimiento con otras mujeres sobre aspectos vividos; posibilita conocer otros puntos de vista y el manejo de situaciones, y a veces pueden replantearse su actitud frente al maltrato sufrido<sup>24</sup>. Las asociaciones también trabajan en la promoción de la salud y la prevención a través de búsqueda de activos y realización de intervenciones educativas de sensibilización a la sociedad en ayuntamientos, centros escolares y entre asociaciones.

En la actualidad, desde asociaciones de hombres se está trabajando contra la VG, desde el análisis de la masculinidad hegemónica, promoviendo los buenos tratos y la corresponsabilidad en los cuidados.

### Cómo actuar con el hombre que maltrata cuando es nuestro paciente

Una respuesta global frente a la VG debe incluir a las otras víctimas de esta violencia: hijos e hijas expuestos, personas dependientes de la mujer, el hombre que maltrata y a veces también otros miembros de la familia.

La intervención con hombres que ejercen VG es una de las medidas necesarias para complementar la respuesta a las víctimas en el marco de una estrategia de abordaje integral de este grave problema social y sanitario, así reconocido en el convenio de Estambul<sup>25</sup>.



Figura 1 Abordaje comunitario de apoyo y seguimiento a las mujeres que sufren violencia de género. Elaboración propia.

Con frecuencia los y las profesionales de AP prestan atención sanitaria a la víctima y al maltratador, por lo que pueden entrar en contacto con el agresor a través de la víctima, o por testimonio o indicios del propio maltratador o de familiares, por comunicación judicial o por ser de conocimiento público.

Los y las profesionales, con frecuencia manifiestan dificultades e inseguridad, e incluso rechazo hacia el abordaje del agresor; sin embargo, no podemos eludir la prestación de ayuda por motivos profesionales y éticos a la persona causante de la violencia, que además es nuestro paciente. Se deberá valorar individualmente si es o no oportuno el contactar con el agresor y el momento que se considere más adecuado. Si conocemos los hechos por revelación de la mujer, debemos contar con su consentimiento para contactar con él; si es un caso público, no sería necesario y siempre hay que contemplar como prioritaria la seguridad de la mujer.

Razones que justifican la actuación con el agresor:

- Prevenir futuras agresiones a la pareja y la violencia en hijos e hijas expuestos.
- Prevención de la violencia en futuras parejas.
- La rehabilitación y reinserción social de la persona que maltrata.

Como profesionales, nuestro objetivo es:

- Ayudarles a asumir la responsabilidad del maltrato o abusos cometidos (paso previo necesario a cualquier programa de rehabilitación).
- Ofrecerle la posibilidad de rehabilitarse como ser humano.
- Explorar las motivaciones propias del hombre para el cambio (incluyendo los costes personales de la VG para sí mismo y los efectos sobre los hijos e hijas, familia).
- Prestarles asistencia psicoterapéutica y socioeducativa (ayuda en la búsqueda de modelos de relación igualitarios, en los que es imprescindible el enfoque de género que excluya la violencia).

La actuación en AP con el hombre maltratador se resume en la [tabla 4](#)<sup>26</sup>.

La intervención con el agresor es compleja y supera las posibilidades de actuación de los y las profesionales de AP, haciendo necesaria la participación de psicólogos especializados en terapias a maltratadores.

Las intervenciones con el agresor se orientarán, por un lado, hacia el *repudio social de las conductas maltratantes y al cumplimiento de las medidas punitivas* establecidas por la ley, y por otro, hacia intervenciones psicosociales y educativas *orientadas al cambio*, que conduzcan a la rehabilitación y reinserción social. Los programas de rehabilitación de agresores intentan conseguir que asuman su responsabilidad como tales, así como el cambio de conducta.

A pesar de la controversia respecto a la efectividad de estas terapias, cada vez hay más resultados esperanzadores<sup>27,28</sup>. Parece necesario dar una alternativa

**Tabla 4** Recomendaciones para la actuación en atención primaria ante el hombre agresor en violencia de pareja

La entrevista con el maltratador	Intervención con el maltratador
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar previamente las medidas de seguridad para la mujer y los hijos e hijas, que no deben estar presentes en la entrevista</li> <li>- Hablar con un tono calmado y seguro. Abordar el problema de la VG hablando francamente</li> <li>- Permitirle verbalizar su experiencia, reconocer sus comportamientos violentos y hacerse responsable de sus actos</li> <li>- Identificar los comportamientos inaceptables y no dejarse intimidar</li> <li>- No juzgar</li> <li>- Dejar clara nuestra postura respecto a que la violencia no está nunca justificada</li> <li>- Mantener la confidencialidad (salvo si es de conocimiento público)</li> <li>- Investigar si además tiene algún problema añadido, como alcoholismo, toxicomanías o problemas psiquiátricos</li> <li>- No presumir una rehabilitación espontánea (aunque se confiese avergonzado y arrepentido), ya que muchos agresores mienten y manipulan</li> <li>- Motivar a los agresores para obtener ayuda profesional y especializada en programas específicos y para detener sus comportamientos abusivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asegurar que las mujeres y las hijas e hijos víctimas/supervivientes reciban un apoyo adecuado y las medidas de seguridad, evitando riesgos</li> <li>- Preguntar ante señales de alerta (comportamientos o manifestaciones) de estar ejerciendo la VMP. No hay evidencias para recomendar el cribado poblacional en hombres</li> <li>- Ante la confirmación, abordar el problema con ellos de manera respetuosa y directa</li> <li>- Verbalizar nuestra postura frente a la VG: <i>nunca</i> está justificada y además es un delito</li> <li>- Ofrecer la posibilidad de tratamiento con terapias orientadas al cambio de conducta y a la rehabilitación, <i>porque el comportamiento violento es una elección</i> y se puede cambiar</li> <li>- Informar sobre recursos para agresores, motivarles para participar en programas de rehabilitación y derivar si lo acepta</li> <li>- Estas terapias deberían ser complementarias y nunca sustitutorias de las medidas penales impuestas por el juez</li> <li>- Colaborar en el seguimiento con los servicios especializados dentro de un abordaje integrado</li> <li>- Investigar la posibilidad de factores asociados susceptibles de intervención específica: alcoholismo, adicciones, trastornos psicopatológicos. En estos casos se debe orientar hacia el recurso correspondiente de salud mental, además de las terapias específicas para maltratadores</li> </ul>

**Tabla 5** Aspectos claves a recordar en relación con la respuesta sanitaria ante la VG

Es necesario fortalecer la función del sistema de salud en el marco de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y los niños (OMS), y para ello es preciso:

- *Capacitación en abordaje de VMP a todos/as los profesionales de la salud que realizan atención clínica directa*
  - Saber detectar, cómo preguntar, cómo entrevistar
  - Saber dar la respuesta inicial y conocer primeras medidas para la protección a las víctimas (LIVES)
- Saber que la respuesta ha de ser integral, multisectorial, coordinada y comunitaria
- Es necesaria la *adaptación de la respuesta* a las situaciones específicas de cada mujer y a su contexto, con un abordaje interseccional
- La necesidad de *coordinación y la agilidad en la derivación entre profesionales y entre niveles* son elementos clave para que la respuesta sea efectiva. Solo los procesos integrados son capaces de dar esta respuesta
- *El objeto de una intervención en VMP son la mujer, hijos e hijas, personas dependientes de la mujer y el agresor*
- Es necesario el seguimiento y evaluación del proceso de atención, para lo que es necesaria la adecuación del *sistema de información y codificación* sanitaria en VMP y especialmente el de atención primaria, su registro en la HC, para poder disponer de datos e información de calidad
- *El objetivo final de nuestra intervención es conseguir el empoderamiento de la mujer, que recupere la autonomía y vuelva a tomar las riendas de su vida libremente*

terapéutica a los maltratadores, y aunque el cambio de los comportamientos violentos es un camino largo y complejo, es posible, como señalan los resultados de algunos programas reconocidos como buenas prácticas<sup>24</sup>.

Sabemos que más del 30% de las mujeres maltratadas continúa conviviendo con su agresor. Tratar al maltratador

puede ayudar a romper el ciclo de la violencia en la pareja y minimizar daños.

Consideramos muy importante hacer énfasis en *la prevención*, con intervenciones con hombres adolescentes y jóvenes, en la promoción de la igualdad, del buen trato y la corresponsabilidad, superando roles tradicionales de

hombres y mujeres que aún persisten en nuestra sociedad. Reflexionar sobre los modelos de masculinidad y su relación con la VG que ejercen los hombres, hacer formación para saber detectar y hacer el abordaje inicial, conocer y saber derivar a recursos especializados y el trabajo en red son aspectos que deben conocer todos los profesionales de AP. Estas medidas preventivas nos parecen claves para conseguir la erradicación de la violencia en nuestra sociedad.

Los aspectos clave a recordar que debería incorporar la respuesta sanitaria ante la VG se recogen en la [tabla 5](#).

## Financiación

Este artículo no ha tenido ninguna financiación para su elaboración.

## Conflictos de intereses

Las autoras manifiestan que no tienen ningún conflicto de intereses con la industria u otros agentes financiadores o grupos de opinión.

## Bibliografía

1. Kalra N, Hooker L, Reisenhofer S, di Tanna GL, García-Moreno C. Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;5:CD012423, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012423.pub2>.
2. Moyer VA. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: US preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2013;158:478–86.
3. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;7:CD007007, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007007.pub3>.
4. Escriba-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Saurel-Cubizolles MJ. Screening for domestic violence during pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2007;28:133–4.
5. Sprague S, Slobogean GP, Spurr H, McKay P, Scott T, Arseneau E, et al. A scoping review of intimate partner violence screening programs for health care professionals. *PLoS One*. 2016;11:e0168502, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0168502>.
6. Valpied J, Hegarty K. Intimate partner abuse: Identifying, caring for and helping women in healthcare settings. *Womens Health (Lond)*. 2015;11:51–63, 10.2217/whe.14.59.
7. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Hernández-Torres E. Validation of the short version of the Woman Abuse Screening Tool for use in primary care in Spain [Spanish]. *Gac Sanit*. 2008;22:415–20, <http://dx.doi.org/10.1157/13126922>. PMID: 19000522.
8. Escribà-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Artazcoz L, Martín-Baena D, Royo-Marqués M, Vanaclocha-Espí M. Validity and reliability of the Spanish version of the "Abuse Assessment Screen" among pregnant women. *Public Health Nurs*. 2016;33:264–72.
9. Instrumento común estandarizado para la detección temprana de la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud; 2021.
10. García-Moreno C, Hegarty K, Flavia d'Oliveira AL, Kozoli-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet*. 2015;385:1567–79.
11. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. Geneva: WHO; 2013.
12. Goicoeal I, Marchal B, Hurtig AK, Vives-Cases C, Briones-Vozmediano E, San Sebastián M. Why do certain primary health care teams respond better to intimate partner violence than others? A multiple case study. *Gac Sanit*. 2019;33: 169–76.
13. World Health Organization. Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A manual for health managers. Geneva: WHO; 2017 [consultado 1 Sep 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259489>
14. Salvador Sánchez L. Resiliencia en violencia de género. Un nuevo enfoque para los/las profesionales sanitarios/as. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*. 2015;1:103–13.
15. Palacios-Gálvez MS, Morales-Marente E, Iñáez-Domínguez A, Luque-Ribelles V. Impacto de los grupos socioeducativos de atención primaria en la salud mental de las mujeres. *Gac Sanit*. 2021;35:345–51.
16. World Health Organization. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A clinical handbook. Geneva: WHO; 2014 [consultado 1 Sep 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/136101>
17. Fernández Alonso MC, Salvador Sánchez L. Guía clínica de actuación sanitaria ante la violencia de género. Junta de Castilla y León; 2017. Actualizada en 2019. [consultado 1 Sep 2023]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/guia-clinica-actuacion-sanitaria-violencia-genero>
18. Rodríguez M, Pérez E, Moratilla L, Pires M, Escortell E, Lasheras L, et al. Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Consejería de Sanidad; 2008.
19. Guía para la gestión compartida de casos de coordinación sociosanitaria: equipos de coordinación de base. Valladolid: Consejería de Sanidad, Dirección General de Planificación y Ordenación; 2007.
20. García-Moreno C, Zimmerman C, Morris-Gehring A, Heise L, Amin A, Abrahams N, et al. Addressing violence against women. A call to action. *Lancet*. 2015;385:1685–95.
21. Foz G, Gofin J, Montaner I. Atención primaria orientada a la comunidad (APOC): una visión actual. En: Martin Zurro A, Cano Perez JF, editores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Vol. I. Barcelona: Elsevier; 2008. p. 345–66.
22. Montaner I, Foz G, Pasarín MI. La salud: ¿un asunto individual? *AMF*. 2012;8:374–82.
23. Labrador Rivera C. Empoderamiento de mujeres supervivientes de violencia de género [Trabajo Fin de Grado]. Cádiz: Universidad de Cádiz; 2016 [consultado 1 Sep 2023]. Disponible en: <https://robin.uca.es/handle/10498/18540>
24. De Alencar-Rodrigues R, Cantera LM. Intervención en violencia de género en la pareja: el papel de los recursos institucionales. *Athenaea Digital*. 2013;13:75–100.
25. Hester M, Lilley SJ. Domestic and sexual violence perpetrator programmes: Article 16 of the Istanbul Convention. A collection of papers on the Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence. Estrasburgo: Council of Europe; 2014 [consultado 1 Sep 2023]. Disponible en: <https://rm.coe.int/168046e1f2>

26. Geldschläger H (coordinador del proyecto ENGAGE), Ponce A, Duarte A, Sengoelge M, Nectoux M, Parary E, et al. European Network for the Work with Perpetrators of domestic violence (WWP EN). ENGAGE. Guía para profesionales de primera línea en el abordaje de la violencia de género en hombres. (2019) [consultado 29 Ago 2023]. Disponible en: [https://www.workwithperpetrators.eu/fileadmin/WWP\\_Network/redakteure/Projects/ENGAGE/Final\\_roadmaps/engage\\_ES\\_191210\\_web.pdf](https://www.workwithperpetrators.eu/fileadmin/WWP_Network/redakteure/Projects/ENGAGE/Final_roadmaps/engage_ES_191210_web.pdf)
27. Pérez Ramírez M, Giménez-Salinas Framís A, de Juan Espinosa M. Evaluación de la eficacia del programa de tratamiento con agresores de pareja (PRIA) en la comunidad. *Psychosoc Interv.* 2013;22:105–14, <http://dx.doi.org/10.5093/in2013a13>.
28. Echeburúa E. Adherencia al tratamiento en hombres maltratadores contra la pareja en un entorno comunitario: Realidad actual y retos de futuro. *Psychosoc Interv.* 2013;22:87–93, <http://dx.doi.org/10.5093/in2013a11>.