

Algunas aportaciones respecto al maltrato a la mujer y la atención primaria

Sr. Director: En primer lugar quisiéramos felicitar a los autores por este trabajo¹ oportuno y riguroso. En los últimos años han aparecido en la bibliografía diversas guías de actuación frente al maltrato a la mujer desde la perspectiva sanitaria. Era necesario completar este abanico con una guía que mostrara el punto de vista y las dificultades propias del abordaje de este problema desde la atención primaria de salud (APS). Tal como nos recuerda la Dra. Fernández, no estamos hablando de un hecho marginal. Si bien se desconoce la prevalencia real de maltrato en las mujeres, una encuesta realizada por el Instituto de la Mujer² consideró que un 12,4% sufría maltrato, cifras más altas que la diabetes mellitus o el asma bronquial, por citar dos problemas de salud de importancia reconocida por todos. Por otra parte, estas mujeres ya están acudiendo a nuestras consultas por las consecuencias físicas y sobre todo psíquicas del maltrato, así como por quejas poco específicas que difícilmente relacionamos con la violencia. Además, la baja detección del maltrato y el retraso en el diagnóstico aumentan la victimización³.

La violencia doméstica no puede ser abordada con el modelo biológico de causas y consecuencias porque se trata de una de las llamadas violencias estructurales, es decir, de las que se hallan en la base misma de la civilización. La visualización del problema cuestiona nuestra sociedad y de alguna manera a cada una de nosotras y nosotros. Como se señala en el trabajo citado, nuestra capacidad como profesionales para detectar y abordar la situación de maltrato depende no solamente de nuestra formación, sino fundamentalmente de nuestras actitudes, por lo que es imprescindible la sensibilización y revisión de nuestras creencias sobre este tema.

Palabras clave: Violencia doméstica. Atención primaria. Guías para el manejo de la violencia doméstica.

El algoritmo de actuación, la exposición de la repercusión del maltrato en la salud de la mujer y en la de sus hijos, la identificación del maltrato por el médico general nos han parecido, en el trabajo citado, especialmente claros y detallados. Quisiéramos, mediante esta carta, añadir algunas reflexiones acerca del seguimiento a largo plazo, y las dificultades en el registro, en la comunicación con jueces y fiscales y, por último, las dificultades de la relación asistencial con el agresor.

Seguimiento a largo plazo: el proceso para conseguir el cese de la violencia y la recuperación de la mujer es largo, con recaídas habituales. En APS frecuentemente asistimos a la cronicidad del proceso, al mantenimiento de la convivencia con el agresor y a dificultades para la utilización de otros recursos de la red sociosanitaria. Por tanto, son necesarias estrategias de seguimiento a largo plazo para impulsar a la mujer en el proceso del cambio, evitar la victimización secundaria y preservar a los profesionales del desánimo.

Reflexiones respecto al sistema de registro: creemos que es de gran importancia registrar en la historia clínica el maltrato como problema de salud, reflejando de forma minuciosa sus características, duración, las repercusiones en la salud de la mujer y la valoración del riesgo para ella y/o sus hijos. Además, la historia clínica puede ser requerida por el juez y ser, de este modo, un documento de gran trascendencia. No obstante, es imprescindible garantizar la confidencialidad de los datos para no poner en peligro a la mujer, por lo que debemos ser muy cuidadosos en no hacer demasiado visible el diagnóstico de violencia doméstica. Reflexión aparte merece la anotación en la historia de pediatría: recordemos que el padre tiene derecho a la historia clínica de su hijo/a menor. Varios autores advierten sobre cómo la información de la historia clínica puede así volverse contra la víctima⁴.

La información al juzgado y a la fiscalía: la comunicación al juez y la información a la fiscalía son deberes para con la ley. El conflicto principalmente se genera cuando la mujer no quiere que se desvele la situación relativa al maltrato. Si hay menores en riesgo o la mujer tiene disminuida su capacidad de juicio por cualquier causa física o psíquica, o a consecuencia del propio proceso de victimización, hay poco lugar para

la duda. Si, en cambio, se trata de mujeres que por razones muy diversas han decidido seguir conviviendo con el agresor; si, en el caso de mujeres de mayor edad, la violencia de mayor intensidad sucedió en el pasado; si la mujer teme que cualquier acción exterior pueda empeorar la situación más que mejorarla..., en estas situaciones resulta muy delicado actuar en contra de la voluntad de la mujer. Afortunadamente, en APS es posible, en la mayoría de ocasiones, dar tiempo para reflexionar este tema conjuntamente con la mujer y no precipitarse en ninguna decisión. Aunque la ley nos obliga, como a todos los ciudadanos y las ciudadanas, no podemos olvidar que el principio de beneficencia y el de autonomía lideran las normas éticas de relación con los pacientes. Quienes prestamos asistencia sentimos en propia piel esta contradicción y deseamos una más profunda reflexión sobre el tema⁵.

La valoración del agresor. Las estrategias terapéuticas de atención al agresor han de tener en cuenta que muchas veces éste y la víctima siguen conviviendo durante períodos muy prolongados y que la confidencialidad es imprescindible para garantizar la seguridad de la mujer. Si bien, como dice Fernández et al, sería deseable poder intervenir eficazmente sobre el maltratador, en el momento actual se necesitan más datos para evaluar el impacto de la intervención en APS sobre el agresor y el riesgo que conllevaría para la mujer. Atender a ambas partes crea una relación que es cuando menos compleja: estamos obligados a prestar atención sanitaria siempre, sin perjuicio de la situación moral o legal de cualquier paciente, pero no es habitual en otro tipo de delitos que la víctima y el agresor tengan el mismo médico. A nadie se le escapa que esta situación no es fácil para el profesional. Gracias de nuevo a las autoras por permitirnos seguir indagando y mejorando nuestra práctica asistencial en relación con este grave problema de salud.

P. Babi Rourera^a, A. Rovira Fontanals^a, E. Pujol Rivera^b y N. de Miguel Lorente^a

^aCAP La Pau. Barcelona. España. ^bUnidad Técnica de la dirección del Servei d'Atenció Primària Sant Martí. Barcelona. Grup de treball per l'abordatge del maltractament a la dona. Servei d'Atenció Primària Sant Martí. ICS. Barcelona. España.

1. Grupo de Trabajo de Prevención de los Trastornos de la Salud Mental del PAPPs. Violencia doméstica. Violencia en la pareja. Prevención de los trastornos de salud mental desde la atención primaria. *Aten Primaria* 2003;32(Supl 2):77-101.
2. Instituto de la Mujer. Encuesta: la violencia contra las mujeres. Madrid: Instituto de la Mujer, 2000.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2002.
4. Zinck T. Should children be in the room when they mother is screened for partner violence? *J Fam Pract* 2000;49:130-6.
5. Palomo M. Violencia contra la mujer: atención urgente. Ante el maltrato a la mujer ¿debe prevalecer la seguridad de la mujer o la legalidad vigente? *Semergen* 2004;30:68-70.

Respuesta de los autores

Sr. Director: Quisiéramos agradecer sinceramente a los autores de la carta sus comentarios y aportaciones respecto a nuestro trabajo sobre violencia doméstica.

Compartimos con ellos que el papel del médico de familia no termina en la detección y abordaje inicial, y así se refleja en el documento del PAPPs, si bien éste desarrolla más los aspectos preventivos y menos extensamente el seguimiento. Coincidimos asimismo con las reflexiones respecto al conflicto que nos genera el deber legal de notificación del maltrato tras la detección o sospecha y las dudas y dificultades que tenemos en la práctica cuando la paciente nos manifiesta su deseo de que no sea desvelado.

El papel del médico de familia en el seguimiento del proceso nos parece fundamental, y aunque siempre va a ser necesaria la intervención de otros profesionales e instituciones (trabajador social, psicólogo, asociaciones de autoayuda, etc.), creemos que el médico de familia ocupa el lugar clave en el mismo, así como en la coordinación de las intervenciones que pudieran ser necesarias. Por ello, sería preciso programar un plan de seguimiento con visitas periódicas orientadas a acompañarla en el proceso de toma de decisiones, respetando su ritmo, valorando las estrategias de afrontamiento, las nuevas necesidades, los recursos dispo-

nibles y a apoyarla en el proceso de cambio. Y no sólo debemos hacer el seguimiento de la víctima, sino también de los otros miembros de la familia, sobre todo de los hijos, niños en situación de riesgo por el hecho de ser testigos de la violencia en la familia, y con mayor riesgo de ser víctimas de agresiones en algún momento. Esta situación debe ser conocida por el pediatra para estar especialmente alerta en su seguimiento dentro del programa del niño.

También debemos valorar la situación de otros convivientes, generalmente padres de la víctima o agresor, conocedores de la situación, a veces víctimas y otras más cómplices por ocultación o justificación, generalmente testigos mudos de los hechos, y en los que con frecuencia observamos sentimientos de culpa, de miedo, de impotencia, de vergüenza. Ellos son personas en riesgo no sólo físico, sino sobre todo psicológico. Respecto al sistema de registro y la garantía de confidencialidad, creemos que los actuales programas informáticos que utilizamos ya en muchos centros de salud permiten ocultar la información que consideremos más «sensible», como pueden ser malos tratos, agresiones sexuales, interrupción voluntaria de embarazo, etc. Pero nos parece importante registrarlos, no sólo por su utilidad para el seguimiento y la posibilidad de que sea requerida por el juez, sino porque un buen registro y codificación nos permitirá conocer mejor la magnitud y características del problema.

La información al juzgado mediante la emisión del parte judicial por maltrato nos plantea un conflicto ético-legal en el que con seguridad todos tenemos alguna experiencia: el compromiso ético de confidencialidad con nuestros pacientes, frente al precepto legal de comunicación al juez del descubrimiento o sospecha de maltrato. Podemos encontrarnos en varias situaciones: si presumimos una situación de riesgo vital inmediato para la víctima o para los hijos, debemos realizar el parte judicial y, además, comunicarlo al juez de forma inmediata para que instruya las medidas urgentes de protección que procedan, aun sin el consentimiento de la víctima, a la que debemos informar de que emitimos el parte, explicándole que es para su protección y por la seguridad de su vida.

Si la situación no es de riesgo vital inmediato, en ese caso, en general debemos in-

tentar respetar la opinión de la víctima y contar con su consentimiento. A veces podemos pactar una demora para elegir el momento más seguro para comunicar el hecho, y entre tanto ayudarle a pensar, a reconsiderar la situación, a ordenar sus ideas; a veces, en una visita posterior, ella ya es capaz de cambiar su decisión inicial. Entre tanto, informarle de las medidas de protección, preparar un plan de huida por si fuera necesario e intentar controlar los posibles riesgos. Esta decisión no es fácil para el profesional, como no es fácil estimar el riesgo de nueva agresión y la gravedad de ésta. En cualquier caso, si pensamos que existe probabilidad de poner en riesgo la vida de la víctima al revelar el hecho, nuestro criterio para decidir ha de ser siempre el beneficio de la persona.

Y sin duda, el aspecto más complejo es la intervención con el agresor. El abordaje del maltratador nos parece especialmente difícil, tanto por la complejidad de las intervenciones como por la escasez de recursos, unido al hecho de que ser médicos de la víctima y del agresor y conocedores de sus antecedentes como tal, puede suponer una barrera o dificultad en la relación, por mucho que no sea nuestra misión juzgar ni moral ni legalmente.

Sin embargo, creemos que como médicos no debemos eludir esta responsabilidad cuando el agresor es también nuestro paciente. Podemos encontrarnos en dos tipos de situaciones: cuando hemos llegado al conocimiento del maltrato por una atención en urgencias, o por una denuncia al juzgado y el problema ya está «desapadado», en cuyo caso creemos que lo mejor es hablar abiertamente de ello con el agresor, permitirle reconocerse como tal, ayudarle a asumir la responsabilidad de los hechos cometidos y de la reparación legal de los daños y ofrecerle también la posibilidad de rehabilitarse como persona.

Una segunda situación, más frecuente y quizá más difícil para nosotros, es cuando descubrimos el hecho a través de la mujer, y ella no desea que su pareja sepa que nos lo ha desvelado y nos pide silencio. En este caso creemos que es importante contar con la opinión de la víctima y con su consentimiento para hablar con el agresor de ello, y en todo caso tener prevista las medidas de seguridad y protección por si fueran

necesarias. No debemos olvidar que una de las situaciones de máximo riesgo para la víctima es cuando desvela la situación, y la segunda, cuando decide la separación. Por tanto, debemos ser prudentes y no añadir riesgos a los que ya tiene.

Respecto a las posibilidades de intervención con el agresor, siempre podemos investigar la posibilidad de factores desencadenantes susceptibles de intervención específica: alcoholismo, trastornos psicopatológicos, crisis psicosociales, estrés familiar, etc. Sin embargo, en la mayor parte de los casos no se dan ninguna de estas circunstancias, pero en cualquier caso, deberíamos poder ofertar la posibilidad de tratamiento con terapias orientadas a la modificación de conductas y a la rehabilitación. Sin embargo, el hecho es que a la hora de la verdad este recurso es poco menos que inexistente en el sistema sociosanitario público y escaso en el privado, lo que nos lleva a contar con los sobrecargados

psicólogos de nuestros equipos de salud mental, o con profesionales de fuera del sistema público. Esta intervención con el maltratador nos parece compleja y supera las posibilidades de actuación del médico de familia. La efectividad de las intervenciones con el agresor orientadas a la modificación de conducta sigue siendo motivo de debate, y aunque hay experiencias poco alentadoras, éstas se han realizado con agresores convictos de delitos graves y que en general han acudido no de forma voluntaria sino por orden judicial. Algunos programas en este sentido, realizados en Canadá¹ y otros en nuestro país², nos permiten albergar más esperanzas.

Reiteramos nuestro agradecimiento por sus aportaciones, que nos han permitido compartir nuestras dudas y preocupaciones respecto a nuestro papel en el complejo problema de la violencia doméstica, en el que aún nos quedan muchos interrogantes que creemos iremos aclarando a medida

que vayamos integrando de hecho el maltrato también como un problema de salud.

M.C. Fernández Alonso y Grupo de Salud Mental del PAPPS
(F. Buitrago Ramírez,
L. Chocrón Bentata, R. Ciurana
Misol, J. García Campayo, C. Montón Franco y J. Tizón García)

-
1. Rondeau G, Brodeur N, Boisvert R, Foisy A. Évaluation du programme intensif de traitement pour conjoints violents offert par l'organisme Après-Coup. Recension des écrits. Collection Études et Analyses, no 25. Montréal et Québec: Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes, 2002.
 2. Echeburúa E, Fernández Montalvo J. Tratamiento cognitivo-conductual de hombres violentos en el hogar. Un estudio piloto. Análisis y Modificación de la Conducta 1997;23:354-84.
-