

El médico de familia ante situaciones de violencia

La presencia de la violencia en nuestra sociedad es una constante y sus consecuencias afectan gravemente a la salud de las víctimas. Y no sólo por las alarmantes cifras de muertes, sino también por las lesiones, las secuelas, las discapacidades, las enfermedades físicas y mentales, el miedo, la inseguridad, la frustración y la enorme carga de sufrimiento generado en las personas más vulnerables.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ hace una clasificación de la violencia que tiene un carácter funcional en relación con el contexto donde se produce, la relación con el agresor y los aspectos de la persona que vulnera (físicos, psicológicos o sexuales). Así, diferencia los siguientes tipos:

1. Violencia interpersonal, y según donde tenga lugar:

– Violencia en la comunidad, la violencia de «fuera»: la infligida por extraños, la de la calle, gratuita, anónima, que genera miedo, inseguridad, etc. O cuando los actores son conocidos y próximos, como en el caso de la violencia laboral: la explotación o el acoso que destruye la seguridad y anula la autoestima; la violencia en el ámbito escolar: la experiencia de la humillación y el rechazo que altera la socialización del niño y cultiva el miedo y el odio.

– Violencia «dentro» del hogar: la humillación y el dolor de la mujer maltratada por su pareja, la violencia y el abuso contra los niños, por ser débiles; la violencia vergonzante contra los ancianos por ser frágiles, porque han dejado de ser útiles. La OMS la llama también violencia familiar.

2. Violencia colectiva, definida como el uso instrumental de la violencia por grupos o personas en su nombre contra otros grupos con fines políticos, económicos o sociales, es la violencia que nace de las desigualdades de clases y sexos, de la explotación de los pueblos y de la injusticia; la violencia terrorista alimentada por el fundamentalismo y la intolerancia y la violencia legitimada por gobiernos e instituciones: la guerra, el genocidio, la ausencia de libertad de pensamiento, expresión, asociación y otras violaciones de los derechos humanos dirigidas a grupos, pueblos y comunidades.

3. La violencia autoinfligida y su máxima expresión, el suicidio, una de las primeras causas de muerte violenta en muchos países.

Visto en su globalidad, puede parecer un problema inabarcable y alejado de nuestras posibilidades de intervención, pero al analizar los distintos ámbitos de la violencia podemos ver que hay aspectos abordables desde los diferentes sectores implicados en la solución de este complejo problema, y uno de ellos es el sector de la salud.

Preocupa especialmente la violencia «de dentro» o doméstica, invisible hasta hace poco, parapetada tras la coraza de la «intimidad» familiar y, sin embargo, la más frecuente, la causante de más muertes, secuelas y enfermedades, y sobre todo de más sufrimiento y dolor a mujeres, niños y ancianos, e infligida por las personas que les deberían amor y protección.

Respecto al maltrato contra la mujer en la pareja, hoy día conocemos su alta prevalencia y las graves consecuencias que tiene para la salud de las mujeres que lo sufren, así como la repercusión en los hijos y otros convivientes². La OMS lo ha reconocido como un problema prioritario de salud pública y se han puesto en marcha planes de actuación específicos en un amplio número de países.

Se han producido cambios legislativos, judiciales y penales; se han puesto en marcha recursos sociales, etc., sin embargo, hasta hace poco, la implicación del «sector de la salud» ha sido escasa. La respuesta desde el ámbito sanitario es necesaria y su papel se considera importante. En la mayor parte de los países, los servicios de salud son la única institución a la que acudirán la mayoría de las mujeres en algún momento de su vida, por lo que los dispositivos sanitarios constituyen un lugar preferente para la detección, la atención y el seguimiento de las víctimas de violencia doméstica³.

Los esfuerzos dirigidos al desarrollo de los primeros 2 planes nacionales de actuación contra la violencia doméstica en nuestro país se reflejaron en diversas actuaciones, normativas y legislativas, y en la instauración de medidas de apoyo social. Respecto al sector sanitario, la publicación del Protocolo de Actuación Frente a la Violencia Doméstica elaborado por profesionales de diversas instituciones y aprobado en el Consejo Interterritorial constituyó el pri-

mer documento institucional consensuado que orienta a los profesionales en su actuación ante la detección del maltrato y propone un modelo de parte de lesiones específico, que ha sido incorporado por muchas comunidades autónomas a su sistema de notificación⁴. Sin embargo, tuvo escasa difusión e implantación entre los profesionales. Las guías de actuación publicadas por el Ministerio de Sanidad, como la elaborada por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)⁵, han contribuido a difundir pautas de actuación y recomendaciones, tanto para la prevención como para la actuación ante el caso detectado. Se han puesto en marcha actividades de formación, con el convencimiento de que ningún documento resulta suficiente si no se acompaña de actividades de sensibilización y capacitación de los profesionales.

Los servicios de salud de las comunidades autónomas han comenzado a desarrollar algunos programas de actuación frente a la violencia doméstica, para lo cual han elaborado protocolos de actuación y han estudiado las estrategias de intervención más adecuadas en los ámbitos concretos de actuación, sobre todo en atención primaria.

La promulgación de la Ley Integral contra la Violencia de Género en diciembre de 2004 ha supuesto un impulso para el desarrollo de actuaciones, tanto en el ámbito estatal como en las comunidades autónomas, que pueden tener un impacto importante en la salud si se logra un desarrollo adecuado. Sus efectos se verán a medio y largo plazo.

Esta Ley traduce en su conjunto la «no tolerancia» hacia la violencia doméstica de la sociedad y arbitra medidas concretas que pueden suponer una importante contribución para el cambio necesario que permita erradicar esta lacra social.

Algunas de las acciones necesarias son: *a)* la incorporación en el ámbito escolar de contenidos que tienen como objetivo la educación para la igualdad y la convivencia, actuación clave en prevención primaria; *b)* en el ámbito sanitario, la implantación de programas de actuación sustentados en 4 ejes: la prevención, la detección precoz, la adaptación al contexto y la intervención ante el caso detectado, que ha de ser integral y coordinada, y que contemplará los campos social, sanitario, psicológico y judicial y habrá de prever las condiciones y los recursos para el éxito de la intervención.

El abordaje debe ser global y coherente, asegurar la coordinación de servicios, la complementariedad y la integración de las intervenciones, sensibilizar y formar a los profesionales y evaluar sistemáticamente los programas realizados.

En el campo de la atención primaria, ¿qué actuaciones parece necesario abordar para que este sector sanitario asuma realmente su papel frente a la violencia doméstica?:

1. Las autoridades sanitarias y los equipos directivos de los servicios de salud deben asumir el abordaje de la violencia doméstica como una prioridad y disponer recursos para el

desarrollo de los programas de intervención en todas sus fases (sensibilización, formación, elaboración de guías y protocolos, inclusión en cartera de servicios, recursos, coordinación, implantación, seguimiento y evaluación), así como asegurar las condiciones estructurales que faciliten su abordaje (proporción de pacientes razonable, tiempo de consulta).

2. La sensibilización de los profesionales respecto a la violencia doméstica que aborde los valores, las actitudes y las creencias que subyacen en la génesis de la violencia, y es necesaria su capacitación en aquellos aspectos necesarios para la detección, el manejo del problema y el cumplimiento de sus obligaciones éticas y legales.

3. Definir la estrategia de intervención y elaborar o adaptar los protocolos o guías de actuación que deberían sustentar dichas intervenciones, tanto desde el punto de vista de la evidencia científica como de la estrategia y la factibilidad de implantación.

4. La inclusión en la cartera de servicios, tanto de atención primaria como de atención especializada, es una garantía de implantación y desarrollo; se debe ser realista en cuanto a los objetivos y las metas, y riguroso en las intervenciones propuestas.

5. Unificar los sistemas de información y codificación, que permitan disponer de registros al menos en las estadísticas clínicas y un mejor conocimiento (cuantitativo y cualitativo) del problema.

6. Fomentar la investigación de las causas, el impacto y la prevención para mejorar la eficacia de las intervenciones.

El Ministerio de Sanidad, a través del Observatorio para la Violencia de Género, ha puesto en marcha recientemente una iniciativa que pretende definir los elementos mínimos comunes que deben cumplir algunas actuaciones sanitarias en este campo y ha constituido grupos de trabajo al efecto para, tras conocer las experiencias en las diferentes comunidades autónomas y las aportaciones de los expertos, dar una cierta homogeneidad a estas intervenciones en los siguientes aspectos:

1. Elementos básicos que debe contener una guía de actuación ante la violencia doméstica.

2. Sistema de información, registro y codificación en las estadísticas sanitarias para la violencia doméstica: necesidades de registro, posibilidades de un sistema de codificación común o que al menos permita su agregación o la comparabilidad de datos.

3. Aspectos éticos y obligaciones legales de los profesionales que atienden a las víctimas de la violencia doméstica.

4. Cómo evaluar las intervenciones realizadas y el propio desarrollo de la Ley en cuanto a actuaciones sanitarias se refiere.

Nos parece una iniciativa interesante y puede ser útil para mejorar el conocimiento de la situación, identificar las

barreras y los problemas para la puesta en marcha de estas actuaciones, evaluar sus efectos, justificar qué intervenciones proponer en la cartera de servicios y reorientar la formación de los profesionales en función de las carencias y las necesidades detectadas en la evaluación del desarrollo.

También será necesario desarrollar estrategias similares para abordar otros tipos de violencia vulnerables en algún aspecto desde el sistema sanitario: el maltrato infantil (quizá más asumido desde la pediatría, pero aún infradetectado) y el maltrato o acoso a niños y jóvenes en el medio escolar (*bullying*). También para abordar el maltrato a los ancianos, problema aún menos detectado que los anteriores y preocupante por su significado y por su posible evolución temporal si no se toman medidas preventivas, e igualmente para el acoso laboral (*mobbing*), causa frecuente de absentismo y problemas psicopatológicos secundarios.

La violencia autoinfligida, y el suicidio como su expresión máxima, es la consecuencia última de la depresión; también la última respuesta ante situaciones vitales percibidas como sin salida posible, ante una existencia que resulta frustrante, dolorosa, sin apoyos ni anclajes que motiven para seguir viviendo. Detrás de la autoviolencia a veces están también situaciones de maltrato y abuso. Prevenir el suicidio es prevenir la depresión mediante la detección de situaciones que con frecuencia conducen a ella, como las citadas, y es además detectar precozmente la depresión y tratarla de forma adecuada.

La atención primaria puede ser un ámbito de intervención ante estos tipos de violencia, y el médico de familia puede tener un papel fundamental en la detección precoz y el tratamiento tras el diagnóstico, siempre en coordinación con otros profesionales implicados.

Estamos aún lejos de que el abordaje de la violencia doméstica sea satisfactorio y llegue a toda la población susceptible, pero se han dado pasos importantes en la última década para el conocimiento del problema, sus consecuencias, los factores que lo favorecen y las posibilidades de intervención, y aunque es mucho lo que aún nos falta por conocer y muchos los campos aún por investigar, nos permiten ir elaborando respuestas desde los distintos sectores, orientadas a desempeñar de forma cada vez más eficaz el papel que nos corresponde como profesionales de la salud, contribuyendo de este modo a construir una sociedad más justa, igualitaria y habitable, donde la violencia ocupe un espacio cada vez menor.

María del Carmen Fernández Alonso

Medicina de Familia. Grupo de Salud Mental del PAPPS y Grupo de Violencia Familiar de la Sociedad Castellano-Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria. España.

Bibliografía

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. Campbell JC, Snow-Jones A, Dienemann JA, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. Arch Intern Med. 2002;162:1157-63.
3. García Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. Lancet. 2002;359:1509-14.
4. Protocolo Sanitario ante los malos tratos domésticos. Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ed. Ministerio de Sanidad; 2000.
5. Fernández MC, Herrero S, Buitrago F, Ciurana R, Chocron L, García J, et al. Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) semFYC. Violencia doméstica. Madrid: Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.