

Prevención de la violencia intrafamiliar

Aunque las evidencias no sean aún muy sólidas, la importancia del problema de la violencia intrafamiliar (VI) apoya la necesidad de que el médico de familia y los profesionales de atención primaria en general deban comprometerse en la detección de la VI por su alta prevalencia, por su carácter repetitivo, por las dramáticas repercusiones en la víctima y en los distintos miembros de la familia y por el alto coste sanitario y social.

INTERVENCIÓN DEL MÉDICO DE FAMILIA

¿Qué puede hacer el médico de familia desde el punto de vista de la prevención, en el contexto de nuestra actividad ordinaria en la consulta? ¿Cuál es su papel en los distintos tipos de prevención, primaria, secundaria y terciaria?

En primer lugar:

Es necesaria la sensibilización por parte de los profesionales: la VI es un problema de salud y como tal nos atañe.

PREVENCIÓN PRIMARIA

Si nos referimos a influir en las causas de la violencia doméstica, el papel de los sanitarios en la prevención primaria es limitado, ya que fundamentalmente se trata de actuaciones educativas orientadas al respeto, la igualdad, la tolerancia y la no-violencia en el seno de la familia y a la promoción de una cultura igualitaria entre géneros y clases. La escuela y la sociedad deben jugar un papel orientado a crear un clima de no-tolerancia hacia los agresores, a mejorar el status de la mujer en la sociedad y a exigir cambios en las normas sociales. Podemos contribuir a través de la educación para la salud, respecto a las relaciones interpersonales, la comunicación y la convivencia.

Otras actividades de prevención primaria que el profesional sanitario puede llevar a cabo son:

1-Identificar personas con mayor riesgo de sufrir VI:

-Mujeres con perfil de riesgo de sufrir maltrato (dependencia, baja autoestima, aislamiento, historia de maltrato en la familia de origen...).

-Hombres con perfil de riesgo de maltratadores (hombres violentos y controladores, con bajo control de impulsos, con historia de malos tratos en la familia de origen).

Con estas personas el profesional debe intervenir cuando sea posible, y en todo caso debe estar alerta para hacer una detección precoz.

2-Identificar situaciones de riesgo o mayor vulnerabilidad: abuso de alcohol, pérdida de empleo, consumo de drogas, embarazo, conflictos, pérdidas o fracasos, separación, disfunción familiar.

Actuando en este nivel de prevención rompemos también el círculo de la violencia trasgeneracional.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Existe una preocupación unánime respecto a la baja detección de la VI y al retraso en el diagnóstico con las consecuencias que estos hechos llevan consigo. Se vive la necesidad de encontrar mecanismos para su detección, “para romper el silencio, ayudar a las víctimas y prevenir que se perpetúe o agrave la situación”. Los servicios médicos pueden ser instrumentos muy importantes de detección.

Diferentes profesionales sanitarios deben implicarse en la detección, pero los médicos de familia tienen un papel clave por su accesibilidad y por la alta frecuencia de asistencia de la población en la consulta del médico de familia, por la continuidad en la atención, por el carácter longitudinal de la asistencia que presta porque a menudo goza de la confianza de la paciente. Esto hace que ocupen un **lugar de privilegio para la detección precoz del maltrato** y eso mismo les confiere una responsabilidad respecto a su papel en este importante problema de salud, que hasta el momento como colectivo no han asumido plenamente.

Se han esgrimido varios argumentos para justificar esta situación: la sobrecarga asistencial de los médicos de atención primaria dificulta disponer del tiempo que exige una entrevista ante una sospecha de maltrato; la falta de formación de los médicos en este campo (la total ausencia de temas de violencia intrafamiliar en los curriculum de pregrado y en los programas formativos de postgrado son bastante elocuentes), dificulta llegar al diagnóstico y saber cómo abordarlo.

El médico puede ser la única persona fuera de la familia a la que una mujer le pida ayuda; estos profesionales tienen una oportunidad única y la responsabilidad de intervenir”. Además el profesional del primer nivel tiene la oportunidad de conocer la “evolución natural” de la VI en las distintas fases. Sólo se ha estudiado la punta del iceberg, ese 10 % de las mujeres víctimas de maltrato que se llega a conocer ¿qué pasa con el 90

% restante? ¿Cómo podemos llegar a ellas y ayudarlas a romper su silencio?

Cribado

Aunque por el momento no hay suficientes evidencias científicas que permitan aconsejar el cribado sistemático a la población general para el despistaje de maltrato, se aconseja al médico de familia que esté alerta ante situaciones de riesgo, indicios o síntomas de violencia doméstica. La identificación de víctimas de maltrato es una tarea difícil, pues la mujer con frecuencia no está dispuesta a dar voluntariamente información sobre el abuso; **por ello el médico y la enfermera, deben estar atentos a los signos de alerta.**

Las mujeres que consultan por una agresión física son sólo una pequeña parte de las que sufren violencia. Muchas acudirán a la consulta, quizás con síntomas inespecíficos, consultas reiteradas por motivos banales, quejas somáticas o trastornos psicológicos poco específicos y quizás no lleguemos ni a atisbar el mensaje oculto de esas quejas, que pueden ser la carta de presentación, la llamada de atención ante un problema que la mujer no se atreve a revelar directamente, pero que a la vez nos está pidiendo ayuda.

A veces estará explorando nuestra actitud, nuestra receptividad, y en función de nuestra respuesta, expondrá o no su problema.

Cuestionarios estandarizados para la detección de la violencia intrafamiliar

Aunque no existe consenso respecto a la utilización rutinaria de cuestionarios específicos para el cribado de la VI en población general, sí se aconseja incluir preguntas sobre la existencia de maltrato en el curso de la entrevista clínica, que puede ayudar a la detección.

¿Cómo ha de ser la entrevista en estos casos?

Algunas normas pueden facilitarnos la realización de la entrevista clínica:

- Ver a la mujer sola, asegurando la confidencialidad
- Utilizar el tiempo necesario para la entrevista
- Observar las actitudes y estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal)
- Facilitar la expresión de sentimientos
- Mantener una actitud empática, facilitadora de la comunicación, con una escucha activa
- Hacerle sentir que no es culpable de la violencia sufrida
- Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas
- Abordar directamente el tema de la violencia, con intervenciones facilitadoras
- Creer a la mujer, tomarla en serio, sin poner en duda su interpretación de los hechos, sin emitir juicios, intentando quitar el miedo a la revelación del abuso
- Alertar a la mujer sobre los riesgos que corre
- Respetar a la mujer y aceptar su ritmo y su elección
- Ayudarle a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones
- Registrar con precisión en la historia clínica estos hechos

INVESTIGAR SÍNTOMAS DE MALTRATO

Los signos y señales que nos alertaran hacia la existencia de maltrato se muestran a continuación:

Signos y señales de alerta de maltrato:

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

-Psíquicos: ansiedad, depresión, confusión, agitación, síndrome de estrés postraumático, intentos de suicidio.

-Actitudes y estado emocional: actitudes de la víctima: temor, nerviosismo, ausencia de contacto visual, inquietud, sobresalto al menor ruido, miradas inquietas a la puerta, pasividad, ensimismamiento, tendencia a culpabilizarse y a exculpar a su pareja, reticencia a responder preguntas, o a dejarse explorar, incapacidad para tomar decisiones.

-Estado emocional: tristeza, miedo a morir, ideas suicidas, ansiedad extrema. Si acude el cónyuge debemos explorar también su actitud: excesiva preocupación y control, o bien excesivo desapego y despreocupación intentando banalizar los hechos; debe entrevistarse a los elementos de la pareja por separado.

-Otros síntomas: quejas crónicas de mala salud, insomnio, cefaleas, abdominalgias, disfunciones sexuales, consumo abusivo de medicamentos, hiperfrecuentación, absentismo laboral, abortos provocados o espontáneos, etc. Los trastornos por somatización son una posible consecuencia de la violencia mantenida.

Cuando la paciente sufra un trastorno por ansiedad o depresión, debemos abordar este problema pero ser muy cautos a la hora de prescribir psicofármacos, como tratamiento exclusivo, sobre todo por periodos prolongados, porque a veces pueden mermar su capacidad de reacción y de autodefensa, que le permita salir de la situación. Aquí no se trata de adaptarse a la situación de violencia; y otra razón para ser cautos es el mayor riesgo de adicción a sustancias, en las que puede ver una ayuda para sobrellevar situaciones límite. Los psicofármacos, sobre todo las benzodiazepinas pueden favorecer un enmascaramiento del problema.

Ante estos signos o síntomas podemos formular preguntas facilitadoras, que han de ser graduales y en función de la respuesta, continuar.

Preguntas facilitadoras:

Le veo preocupada.

¿Cómo van las cosas en su familia?

¿Tiene algún problema con su esposo o con los hijos? Esperar respuesta.

¿Siente que no le tratan bien en casa?

- ¿Ha sufrido alguna vez malos tratos?
- ¿Se siente segura?
- ¿Ha sentido miedo?
- ¿Ha sido violentada o agredida físicamente, sexualmente?
- ¿Controla sus salidas?
- ¿Le controla el dinero?
- ¿Le ha amenazado alguna vez?
- ¿Tiene armas en casa?
- ¿Ha contado su problema a algún familiar o amigo?

PREVENCIÓN TERCIARIA

Si se llega al **diagnóstico**, es decir al conocimiento de la existencia de una situación de maltrato, es preciso hacer una **valoración inicial de la situación de riesgo inmediato**: riesgo vital por las lesiones, riesgo potencial de homicidio o de nuevas agresiones y riesgo de suicidio.

Valorar si se trata de una situación aguda o crónica y establecer un plan de actuación (teniendo en cuenta la opinión de la mujer, la situación de los hijos, los apoyos con los que cuenta). Debe llevarse a cabo por un grupo multidisciplinario.

Si existe lesión física que requiera tratamiento médico hay que llenar el **Certificado de primera intención del lesionado** que es un documento que evalúa el estado de un paciente que ha sido presuntamente agredido y que obliga al facultativo a clasificar la gravedad de la lesión recibida y a establecer un pronóstico respecto a la viabilidad de la conservación de la vida del individuo. Dicha clasificación tiene la finalidad que las autoridades policiales determinen la pertinencia de imponer medidas cautelares (detención o advertencia de no abandono de la ciudad) sobre los presuntos causantes de las lesiones físicas y definir la magnitud de la afección infligida, lo cual determina la competencia del tribunal actuante (municipal o provincial) respecto a la tipificación del delito de agresión a la integridad física de la víctima. Este documento que se llena es el Modelo 53/13 MINSAP. Una vez que se ha llenado el certificado el médico de familia lo llevará al policlínico y lo entregará al oficial de la Policía Nacional Revolucionaria que trabaja ahí.

Si se ha detectado maltrato en la mujer y ésta tiene hijos, **debemos contactar con el pediatra** e informarle, por el riesgo potencial de los hijos, tanto por ser testigo de la violencia como por la posibilidad de ser también víctimas.

Debe haber una buena coordinación entre pediatra y médico de familia, ya que en muchas ocasiones a través del pediatra podemos detectar malos tratos no solo al niño sino también a la mujer. El maltrato

debe sospecharse cuando se observe negligencia, abandono o maltrato en el niño y conductas inapropiadas hacia la madre (sobreprotección o agresividad).

Actuación con los hijos

La entrevista debe realizarla el profesional que mejor conozca y en quien tenga más confianza el niño.

Normas de actuación:

En la medida de lo posible crear una atmósfera de confianza y seguridad:

-Ayudar a **verbalizar sus emociones**: miedo, culpabilidad, cólera, tristeza ambivalencia.

-Decirle que **él no es culpable** de los problemas familiares.

-Evaluar el **grado de aislamiento** del niño y su red social.

-Enseñarles a **poner en práctica mecanismos de autoprotección** (identificar situación de riesgo de agresión, instruirle sobre cómo actuar, saber a qué teléfono tiene que llamar, o a quien pedir ayuda y cuando, etc).

-Comprobar si el niño tiene **comportamientos autodestructivos**.

-Si hay sospecha de maltrato al niño: **detectar si hay lesión física y llenar certificado de primera intención y entregarlo en el policlínico al policía que trabaja ahí.**

-Siempre **se debe informar al pediatra** para su seguimiento en el programa del niño en situación de riesgo, determinando si precisa aumentar la frecuencia de las visitas de seguimiento en el programa del niño o la intervención de otros profesionales (psicólogos) o instituciones (equipos psicopedagógicos) si fuera preciso.

Actuación con el agresor

Con frecuencia el agresor comparte médico con la víctima y como médicos no debemos eludir la actuación con el agresor.

La entrevista con el maltratador no es fácil para cualquier profesional de la salud, pero las recomendaciones que siguen pueden servir de orientación y ayuda.

Normas de actuación para la entrevista con el agresor:

-Hablar con un tono calmado y seguro, sin juzgar. Identificar comportamientos inaceptables y no dejarse intimidar.

-Abordar el problema hablando francamente.

-Permitirle reconocer sus comportamientos violentos y hacerse responsable de sus actos.

-Ofrecer tratamiento si tiene problemas de alcoholismo.

-Si tiene problemas psicológicos, toxicomanías o problemas psiquiátricos: ofertar servicios especializados.
-No presumir una rehabilitación espontánea (aunque se confiese avergonzado y arrepentido).

El tratamiento global de la violencia doméstica debe incluir además de la atención a la víctima, también a los hijos y a la pareja o esposo maltratador. Sabemos que un 30 % de las mujeres maltratadas continua viviendo con su agresor. Tratar sólo a la víctima, no sería suficiente. Tratar y hacer un seguimiento al maltratador puede ayudar a romper el ciclo de la violencia en la familia. En muchos casos la mujer se separará del marido violento, pero con frecuencia este, formará una nueva pareja en la que con mucha probabilidad se reproducirá la situación anterior. Las intervenciones con el agresor se orientarán por un lado hacia el repudio social a las conductas maltratantes y al cumplimiento de las medidas punitivas establecidas por la ley y por otro con las intervenciones psicosociales orientadas a la rehabilitación y reinserción social; los programas de rehabilitación de los agresores intentan conseguir que **asuman su responsabilidad y el cambio de conducta, y serán complementarios pero nunca sustitutivos de las medidas penales.**

RECOMENDACIONES BÁSICAS PARA LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA:

-Estar alerta ante la posibilidad de maltrato.
-Identificar personas en riesgo.

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

Somos conscientes de que hablar de prevención “global” de la violencia doméstica pueda parecer pretencioso por las dificultades objetivas que entraña, pero eso no nos exime de la parte de responsabilidad que nos concierne como sanitarios, **siendo sensibles al problema y asumiendo nuestro papel en la detección, en el tratamiento y apoyo a las víctimas.**

En el abordaje de la VI es especialmente importante saber que es un problema multidimensional y que nuestra actuación solo será efectiva si trabajamos en **coordinación** con los muchos profesionales e instituciones que tienen un papel en el problema.

Bibliografía consultada:

Fernández Alonso MC et al. Violencia doméstica. Editorial Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2003.