

GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA

Actuación en **salud mental** con mujeres maltratadas por su pareja



VERSIÓN COMPLETA



GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA

Actuación en **salud mental** con mujeres maltratadas por su pareja



Edición 2010-09-17
Edita: Servicio Murciano de Salud
ISBN: 978-84-694-1688-4
Depósito legal: MU 367-2011
Imprime: O. A. BORM

ÍNDICE

Prólogo	7
Introducción	11
I. Prevalencia y repercusiones sanitarias de la violencia de género	21
I.1. Datos generales sobre violencia de género de la CA de Murcia.....	21
II. Conceptos básicos	29
II.1. Violencia familiar o doméstica y violencia de género.....	29
II.2. Violencia psicológica.....	32
III. Causas	34
III.1. Maltratador	35
III.1.1. Estrategias del maltratador	36
III.2. Ciclo de la violencia.....	40
III.2.1. Mujer maltratada	40
IV. Consecuencias	43
IV.1. Consecuencias generales.....	43
IV.2. Consecuencias de la violencia física	45
IV.3. Consecuencias de la violencia psíquica.....	46
IV.4. Consecuencias de la violencia sexual	46
IV.5. Consecuencias del maltrato para la salud mental.....	46
IV.5.1. Aspectos particulares del TEPT en la violencia de género	48
IV.5.2. Subsíndrome de estrés postraumático (SEPT)	48
IV.5.3. Trastorno por estrés traumático complejo (DESNOS).....	49
IV.5.4. Clasificación de Sluzki	50
IV.5.5. Síndrome de Estocolmo doméstico (SIES-d).....	51
IV.5.6. La teoría de Graham.....	52
IV.5.7. La teoría del ciclo de violencia de L. Walker	52
IV.5.8. Teoría de la dependencia psicológica	52
IV.5.9. Teoría de la unión traumática	53
IV.5.10. La teoría de la indefensión aprendida de Seligman	53
IV.5.11. Persuasión coercitiva	53

IV.5.12. Conclusiones.....	54
IV.6. Consecuencias de la violencia sobre los/las menores	54
V. Intervención con mujeres maltratadas por su pareja.....	57
V.1. Intervención indirecta	57
V.2. Intervención directa	57
V.2.1. Intervención de defensa (ID).....	57
V.2.2. Cribado y revelación	58
V.2.3. Intervenciones psicoterapéuticas	58
V.2.4. Terapia de apoyo y consejo	59
V.3. Modelos de Intervención	59
V.3.1. Programa terapéutico de Echeburúa y Corral (1998).....	59
V.3.2. Modelo terapéutico Suvisor Therapy Empowerment Program.....	60
V.3.3. Modelo de Dutton-Douglas (1992).....	60
V.3.4. Modelo de Weeb	60
V.3.5. Programa de intervención de Villavicencio (2000)	61
V.3.6. Modelo de Lundy y Grossman (2001)	61
V.3.7. Tratamiento dirigido a la secuelas psicológicas.....	61
V.3.8. Modelo centrado en la comprensión de la violencia de género como vivencia traumática incorporando perspectiva de género.....	62
V.4. Intervención en Salud Mental: el modelo RADAR	62
Radar: Recogida datos en salud mental.....	68
rAdar: Abordar con preguntas directas	69
raDar: Diagnóstico confirmatorio	74
radAr: Analizar la seguridad y el riesgo.	77
radaR: Respuesta sanitaria y social.....	82
VI. Marco ético-legal y políticas sanitarias.....	91
VI.1. Aspectos éticos.....	91
VI.2. Aspectos legales y de política sanitaria	91
VI.3. Otros documentos de interés.....	95
VI.4. Consideraciones prácticas para salud mental	96
VII. Actuación con los maltratadores.....	98
VII.1. Prevención de la violencia de género.....	99
VII.2. Detección de hombres maltratadores o en riesgo de serlo.	99

VII.3. Intervención psicosocial, sanitaria y educativa.....	99
VIII. Plan de difusión e implementación de la guía	102
Referencias bibliográficas	103
ANEXO I. Guías utilizadas para las recomendaciones.....	115
ANEXO II. Protocolos nacionales e internacionales de especial interés	116
ANEXO III. Estrategias de control y conductas del maltratador	117
ANEXO IV. Versión española del Index of spouse abuse (ISA).	120
ANEXO V. Guión de entrevista para mujeres maltratadas por su pareja.....	123
ANEXO VI. Escala de riesgo suicida de Plutchik	125
ANEXO VII. Informe clínico	126
ANEXO VIII. Abreviaturas	130
ANEXO IX. CAGE camuflado.....	132
ANEXO X. EDAM	133
Resumen de recomendaciones	139
Algoritmos	147
Índice de ilustraciones	
Ilustración 1. Porcentaje de mujeres que se consideran maltratadas por CC.AA.....	22
Ilustración 2. Porcentaje de mujeres técnicamente maltratadas por CC.AA.....	23
Ilustración 3. Distribución de muertes por violencia de género	24
Ilustración 4. Víctimas mortales por VG (2002-08) Tasa 100.000h por CCAA.....	24
Ilustración 5. Víctimas mortales por VG a partir de la media nacional (2002-08).....	25
Ilustración 6. Mujeres con medidas de protección en la región de Murcia (2008)	25
Ilustración 7. Origen de la mujer víctima de VG y del maltratador en la región de Murcia.....	26
Ilustración 8. Origen de la mujer extranjera víctima de violencia de género en la Región de Murcia	26
Ilustración 9. Origen del maltratador extranjero en la región de Murcia.....	27
Ilustración 10. Relación entre víctima y maltratador en la región	27
Ilustración 11. Rueda de poder y control.....	31
Ilustración 12. Factores implicados en la violencia contra las mujeres.....	34
Ilustración 13. Ciclo de la violencia de L. Walker	41
Ilustración 14. Consecuencias en la salud de la mujer maltratada.	44

Ilustración 15. Consumo de fármacos, alcohol y drogas ilegales en los últimos 3 meses y maltrato en mujeres en atención primaria de Andalucía, 2004.	45
Ilustración 16. Duración media del tratamiento de las mujeres en salud mental.....	45
Ilustración 17: Repercusiones psicopatológicas asociadas a la violencia de género ..	47
Ilustración 18. Consecuencias de la violencia en los hijos.....	56
Ilustración 19. Actuación en función del cribado	73
Ilustración 20. Recomendaciones básicas para la entrevista: QUÉ NO HACER.....	75
Ilustración 21. Recomendaciones básicas para la entrevista: QUÉ HACER.....	76
Ilustración 22. Intervenciones contra la violencia masculina en la pareja	98

PRÓLOGO

Las consecuencias de la violencia ejercida contra la mujer por su pareja son graves y numerosas, tanto para ella, como para sus hijos e hijas. Para el Servicio Murciano de Salud es indiscutible que la asistencia integral a la salud de las mujeres debe tener en cuenta sistemas de detección y actuación ante estos casos.

Estamos convencidos de que, como paso previo, es fundamental la sensibilización y formación del personal. Por eso el “Plan integral de formación en violencia de género”, recientemente aprobado, va dirigido a todos los colectivos profesionales sanitarios y no sanitarios del Servicio Murciano de Salud. En la Subdirección de Salud Mental existe un itinerario formativo ya consolidado en sus planes de formación y viene desarrollándose una línea de investigación específica.

La violencia física normalmente se detecta y se trata en atención primaria o urgencias y por ello Atención Primaria ya ha elaborado un protocolo regional de actuación ante la violencia de género. Pero no debemos olvidar la violencia psicológica, que puede pasar desapercibida y cuyas consecuencias son devastadoras. Más de dos tercios de las mujeres sometidas a este tipo de violencia acabarán desarrollando diversos trastornos psicopatológicos, entre los que destacan los de ansiedad, depresión y abuso de sustancias.

El 24% de las mujeres que consultan en salud mental y drogodependencias en nuestra región, sin preguntarles de forma sistemática, dice sufrir violencia por parte de sus parejas. Sin embargo, no existía hasta ahora un protocolo de actuación que expusiera de forma clara y directa cómo detectar estos casos y cómo intervenir en función de su estado y circunstancias. De hecho, en el campo de la salud mental, esta es la primera guía de práctica clínica de la que tenemos conocimiento a nivel nacional.

La guía viene a cubrir ese hueco que ya reconocía como oportunidad de mejora el Plan de Salud Mental 2010-13, recogiendo en una línea de actuación la “atención a la situación de violencia de género detectada en salud mental”, a través del desarrollo de un protocolo de detección y actuación específico.

Desde esta Dirección General haremos todo lo posible para que el contenido de esta guía se conozca y se aplique en los diferentes servicios, centros y unidades que componen la red regional de salud mental y drogodependencias de nuestra región.

Magina Blázquez Pedrero

Directora General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud

AUTORÍA

Coordinación: Ascensión Garriga Puerto y Julio C. Martín García-Sancho

Envío de sugerencias por e-mail: julioc.martin@carm.es

Comisión elaboradora (por orden alfabético)

Balanza Martínez, Pilar, psicóloga clínica. CSM Infante.

Bonilla Rasines, Eduardo, psicólogo clínico. CAD. Murcia.

Cámara Meseguer, Josefina, trabajadora social. San Andrés – Rehabilitación.

Canovas Cuenca, Sergio, psicólogo clínico. CSM Molina.

Díaz García, Isidora, enfermera salud mental. CSM Lorca.

Garriga Puerto, Ascensión, psicóloga clínica. UDIF- Subdirección de Salud Mental.

González Matas, Juana M^a, psicóloga. Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

López Sabater, Rossana, psicóloga clínica. CSM Morales Meseguer.

López Sánchez, Dulce Nombre de María, psicóloga clínica. CSM Yecla-Jumilla.

Martín Marzo, M^a Soledad, trabajadora social. CAD. Murcia.

Martín García-Sancho, Julio C., jefe de servicio de programas asistenciales. Subdirección de Salud Mental.

Martínez Martínez, Jacoba, enfermera salud mental. CSM Yecla-Jumilla.

Martínez Serrano, José, psiquiatra. Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

Ortiz Oria, M^a de los Ángeles, psicóloga. CSM Lorca.

Pedreño Aznar, M^a Ana, enfermera salud mental. CSM Cartagena.

Pujalte Martínez, M^a Luisa, enfermera salud mental. UDIF-SM.

Sánchez Carreño, Cruz, enfermera salud mental. Rehabilitación San Andrés.

Serra Alemán, M^a del Carmen, psicóloga clínica. CSM Alcantarilla.

Valero Ruiz, Elisa, psiquiatra. Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

Revisión externa

Instituto de la Mujer de Murcia.

Juzgado de violencia de género n.º 1 de Murcia.

Asociación Murciana de Salud Mental (AEN).

Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP).

Colegios profesionales

Agradecimientos

Observatorio de Salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad y Política Social.

José Martínez Serrano, psiquiatra SMS.

Juan Ramón Pagán Garriga, ayuda en ilustración.

INTRODUCCIÓN

Esta guía ha sido elaborada por un equipo multidisciplinar de los distintos dispositivos de salud mental de la Región de Murcia. Una subcomisión ha hecho una revisión bibliográfica, para hacer recomendaciones basadas en pruebas, siempre que ha sido posible. En aquellos puntos en los que no existe evidencia, se ha recurrido al consenso en el pleno de la comisión que elabora la guía.

El borrador ha pasado por los distintos dispositivos de salud mental a través de sus jefes de servicio/coordinadores, con el fin de recibir sugerencias que se han considerado para la redacción final del documento.

Durante los últimos tres años el Plan de formación continuada de la Unidad de docencia, investigación y formación de salud mental (UDIF-SM) ha llevado a cabo dos ediciones de un curso de sensibilización dirigido a todos los profesionales de la red de salud mental, y uno específico de intervención en este campo. Se constituye la comisión a partir de los participantes en estos cursos. También se ha evaluado el grado en que se presenta la violencia de género entre las pacientes de cuatro centros de salud mental de la región, lo que nos permite contar con algunos datos previos a la elaboración de la guía.

Este documento es la versión completa de la guía. Revisa de forma amplia la información y los conocimientos sobre el tema, aportando toda la bibliografía consultada.

La versión resumida (documento operativo) pretende organizar los conocimientos de forma práctica para el clínico con el fin de facilitar su consulta y aplicación. Los algoritmos sintetizan la detección, el diagnóstico y el tratamiento de estos casos.

Metodología

Para la elaboración de la guía de práctica clínica (GPC) se constituyó un grupo de trabajo integrado por profesionales de psiquiatría, psicología clínica, enfermería de salud mental y trabajo social, provenientes de diferentes ámbitos (hospitalario y comunitario) y de diferentes centros del sistema público sanitario de salud mental, que se reunió mensualmente desde el mes de febrero del 2009 hasta el mes de octubre del 2010

Se siguió un procedimiento de siete pasos similar al del grupo ADAPTE para adaptar recomendaciones de guías de calidad:

1. Preguntas para responder.
2. Estrategia de búsqueda. Selección de guías y revisiones Cochrane.
3. Análisis del contenido clínico de la guía por preguntas.
4. Evaluación y selección de guías (AGREE).
5. Adaptación de las recomendaciones.
6. Revisión externa de la guía adaptada.
7. Implementación de la guía.

1. Preguntas para responder

El grupo de trabajo se plantea las siguientes preguntas

- ¿Se pueden detectar de forma fiable los casos de mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja en un servicio sanitario público de salud mental?
- ¿Cuál sería la mejor intervención en caso de detectarse maltrato?
- ¿Hay que utilizar un tratamiento diferente del estándar de salud mental recomendado para un trastorno específico (ansiedad, depresión, consumo de sustancias...)?
- ¿Cuál sería el trastorno mental más comúnmente asociado a la vivencia de maltrato y el tratamiento más adecuado?
- ¿Qué casos deben tratarse en la red de salud mental y cuando derivar a otros servicios?

2. Estrategia de búsqueda. Selección de guías y revisiones sistemáticas

La estrategia de búsqueda pretende identificar en diferentes bases de datos las GPC y revisiones sistemáticas que pudieran responder a las preguntas planteadas. Las bases de datos utilizadas fueron Tripdatabase, Excelencia Clínica, GuíaSalud, NICE, National Guideline Clearinghouse, Embase.

Para la búsqueda se utilizaron los siguientes términos Mesh: “Battered woman”, “intimated partner violence”, “dometic violence”, “domestic abuse” y estos términos junto con “PTSD” y “posttraumatic stress disorder”. La primera búsqueda se llevo a cabo el 10 de marzo de 2009 y se restringió a guías de práctica clínica y a los idiomas inglés y castellano.

3. Análisis del contenido clínico de la guía por preguntas.

Se identificaron 15 GPC que abordaban la violencia de género y 16 GPC sobre el tratamiento del trastorno por estrés postraumático. De estas guías, se descartaron aquellas en las que población, temas, intervenciones o metodología, no respondían a las preguntas planteadas, quedando finalmente 7 y 5 guías respectivamente. De las guías que trataban sobre violencia de género ninguna había sido elaborada en el ámbito de salud mental, sino en atención primaria y, en algún caso, en servicios de ginecología u odontología. En algunas guías el objeto de estudio era la violencia domestica, considerando la de género como la más frecuente. En ese caso, sus recomendaciones se consideraron respetando los términos utilizados en la misma.

Las guías sobre el trastorno por estrés postraumático fueron elaboradas por profesionales de salud mental, pero no consideraron específicamente el trauma derivado del sufrimiento de la mujer maltratado por su pareja.

En ningún caso se encontraron guías de ámbito nacional o local.

4. Evaluación y selección de las guías

Cada una de las GPC seleccionadas fue evaluada por 4 revisores independientes que valoraron mediante el instrumento “AGREE” aquellas que han servido de base para las recomendaciones más importantes.

Se estableció el punto de corte para aceptar las guías en el 60%, exigiéndose qué en el apartado de metodología, el área 3: rigor y elaboración, tenía que ser superior al 75%. Finalmente, sobre tratamiento de la violencia de género solo 3 GPC pasaron el punto de

corte establecido y que se citarán por sus siglas en negrita y entre corchetes (anexo I).

- “Woman Abuse: Screening, Identification and Initial Response” de la Registered Nurses Association of Ontario [**RNAO**].
- “Domestic Violence”; del Institute for Clinical Systems Improvement [**ICSI**].
- “Intimate Partner Violence. Consensus Statement” de la Society of Obstetricians and Gynaecologist of Canada [**SOGC**].

También hemos considerado las recomendaciones de cuatro revisiones sistemáticas sobre intervenciones específicas (anexo I).

- “Intimate Partner Violence toward woman”. Clinical Evidence del British Medical Journal [**BMJ**].
- “Screening for Family and Intimate Partner Violence: Recommendation Statement” del U.S. Preventive Services Task Force [**USPSTF**].
- “Prevention and treatment of violence against women” del Canadian Task Force on Preventive Health Care [**CTFPHC**].
- Intervenciones en defensa para reducir o erradicar la violencia y promover el bienestar físico y psicosocial de mujeres víctimas de abuso por parte de su pareja [**Cochrane**]

Para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático se seleccionó una ya que el resto de guías se referían a las recomendaciones de ésta:

- Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care (National Institute for Health and Clinical Excellence [**NICE**]).

Para obtener información actualizada se realizó una segunda búsqueda bibliográfica el 28 de junio de 2009 utilizando los mismos términos que para las guías, restringiéndolo a metanálisis y ensayos clínicos aleatorios en inglés y castellano. Las bases de datos utilizadas fueron: Medline, Cochrane Library y Embase. Además se consultaron diferentes Web, entidades y asociaciones, como Centre for Reviews and Dissemination (CDR), NICE, American Psychiatric Association (APA), Instituto de la mujer, Observatorio de salud de las mujeres, Instituto Andaluz de la mujer, Asociación de mujeres víctimas de maltrato...

Para obtener información sobre aspectos no recogidos en las guías también se realizó una búsqueda manual en documentos de las administraciones locales de España y en revistas científicas en español. Entre los documentos de interés destacan protocolos nacionales o autonómicos entre los que destacamos los del ministerio de sanidad, los de nuestra región y los de otras autonomías (Anexo II). La última actualización bibliográfica se realizó el 22 de febrero de 2010.

Una vez finalizada la búsqueda bibliográfica, se llevó a cabo un primer cribado de los artículos y documentos encontrados, desechando aquellos que, según título y resumen, no podían responder a nuestras preguntas. Con los restantes se procedió a un segundo cribado y se hizo una primera lectura para ver si aportaban información a la GPC, evaluando su calidad.

5. Adaptación de las recomendaciones

Las recomendaciones se adoptaron de forma directa (adopción) siempre que la guía origen fuera de calidad y el contexto de aplicación igual o extrapolable. En estos casos se cita la guía origen. Por ejemplo, todas las recomendaciones de la guía NICE sobre el TEPT.

En algunos casos las recomendaciones se adaptaron (adaptación mediante evaluación crítica) bien por existir evidencia contradictoria, bien por actualización posterior a las guías. Por ejemplo, la utilización del cribado mediante WAST corto a todas las mujeres que consultan en salud mental.

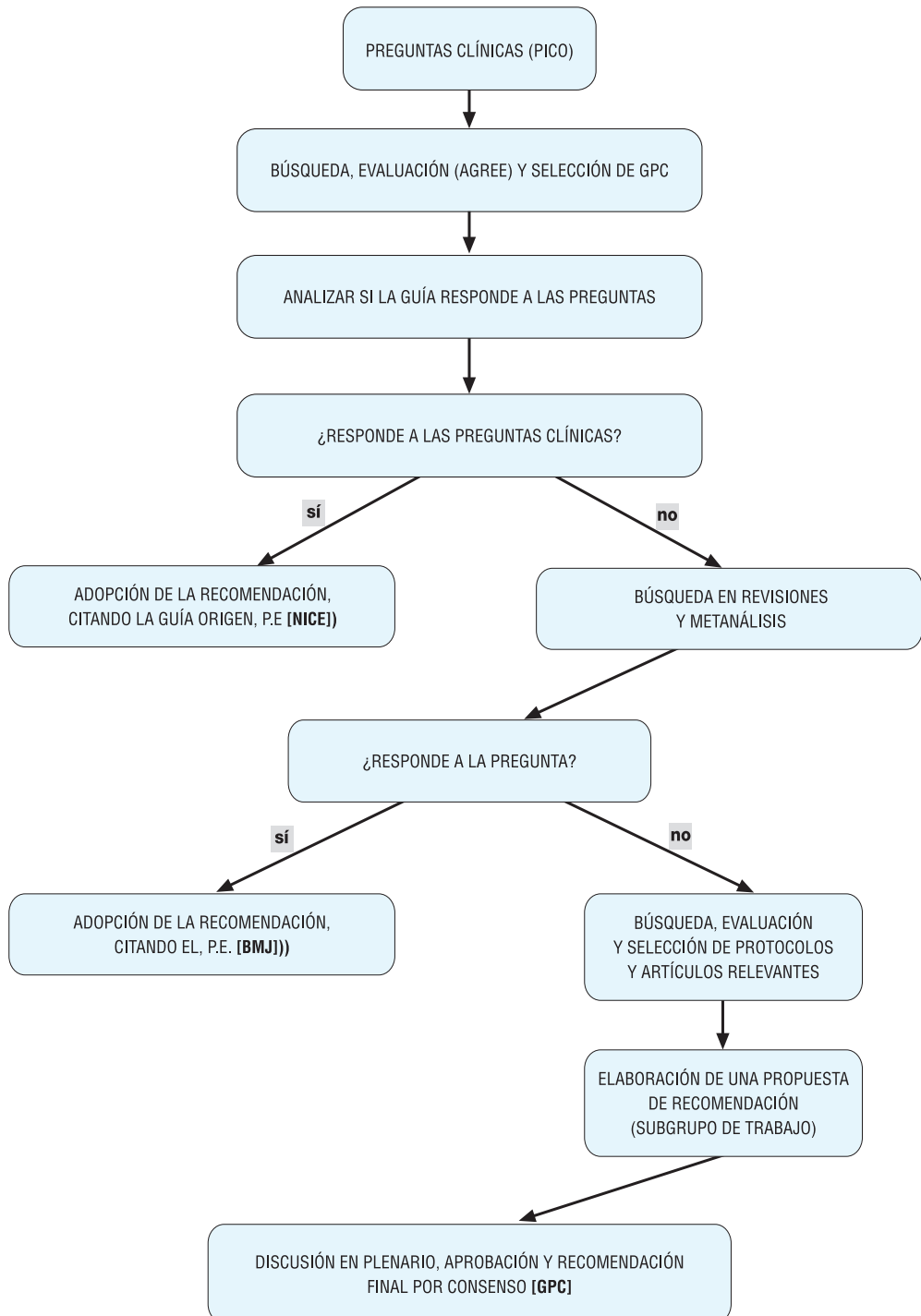
Todas ellas se clasificaron en tres niveles:

- A** Al menos un ensayo clínico aleatorizado (ECA) de buena calidad
- B** Basado en estudios clínicos correctos metodológicamente pero no ECAs
- C** Opinión de expertos o autoridades clínicas reconocidas

Cuando las preguntas planteadas no podían responderse mediante guías, revisiones sistemáticas o metanálisis, se elaboraron recomendaciones ex novo, por consenso del grupo de trabajo **[GPC]**. Para ello, uno de los subgrupos de trabajo revisaba la bibliografía existente y elaboraba una propuesta preeliminar que se distribuía por correo electrónico, se aportaban sugerencias y se discutían en los plenos hasta alcanzar un consenso (reuniones mensuales de todo el grupo). Debajo incluimos algunos ejemplos:

Estrategia	Condición	Ejemplos
Adopción GPCs /Cochrane	Abordado en guías, sin necesidad de actualización, coherencia, recomendación fuerte o Revisión Cochrane actualizada	Recomendaciones de tratamiento del TEPT [NICE] Intervención defensiva [ICS1]
Adaptación: Actualización Búsqueda y evaluación crítica abreviada Evaluación crítica	Evidencia científica no actualizada o Abordado parcialmente (aspectos concretos de la preguntas no abordados en las guías) o Incongruencias entre guías o entre la evidencia científica y las recomendaciones	Cuestiones de seguridad (radAr) Utilización del cribado en todas las mujeres mediante WAST corto
Elaborar ex novo	No abordado en guías o Abordado de forma narrativa o por consenso	Uso de cuestionarios específicos (ISA) [GPC] Consideraciones generales del abordaje terapéutico [GPC]

Debajo incluimos un resumen de todo este proceso:



6. Revisión externa de la guía adaptada.

El texto fue distribuido por todos los centros/unidades de salud mental de la Región de Murcia a través de sus coordinadores. El grupo elaborador consideró cuidadosamente todos los comentarios y aportaciones realizadas durante el periodo de consulta e introdujo los cambios que consideró oportunos derivados de sus comentarios.

Posteriormente el borrador de la GPC se envió al Instituto de la Mujer de Murcia, Juzgado de violencia de género nº1 de Murcia, colegios profesionales de psicología, medicina, enfermería, trabajo social y terapia ocupacional, y a las sociedades científicas: Asociación Murciana de Salud Mental (AEN) y Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP), que aportaron sugerencias muy valiosas.

Igualmente queremos agradecer las observaciones que nos enviaron el Observatorio de Salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad y Política Social y la ayuda en ilustración de Juan Ramón Pagán Garriga.

7. Implementación de la guía.

Se detalla en el capítulo VIII.

Declaración de conflicto de interés

Todos los autores de la guía manifiestan la ausencia de conflictos de interés que puedan interferir en la elaboración de las recomendaciones finales de la guía.

Vigencia de la guía

Por ser un campo en el que se está publicando mucho en los últimos años, despertando un gran interés en diversos ámbitos, consideramos que la guía debe revisarse en un plazo máximo de tres años.

Recomendaciones de investigación futura

En este capítulo se recogen las propuestas de investigación futura que se proponen en los distintos apartados de esta guía.

Se determinan las líneas e indicadores en base a dos circunstancias:

1.ª) Hasta ahora los datos recogidos sobre las repercusiones de la violencia de género en la salud mental son mayoritariamente los del ámbito de la atención primaria y en los centros de acogida específicos de atención a las mujeres maltratadas. Resulta de sumo interés determinar la prevalencia real en la población de mujeres que consultan en servicios de salud mental tras un cribado general, averiguar si se confirma la presencia de determinados trastornos mentales derivados del maltrato y la sintomatología predominante en estos casos, la diferencia en el curso del trastorno con respecto al mismo trastorno en mujeres sin sufrimiento de violencia por parte de su pareja, así como la descripción del maltrato y de las estrategias del maltratador sufridas en relación con la consecuencias emocionales en la mujer. En el colectivo de mujeres que consultan en salud mental es donde más oportunidades existen de detectar e investigar acerca del maltrato psicológico.

2.ª) El estudio previo realizado a la elaboración de la guía que delimitó el impacto de la violencia de género en las mujeres que consultaban en 4 centros de salud mental y drogodependencias de la región de Murcia con relato espontáneo del maltrato, nos permite marcar unos indicadores de partida en cuanto a: prevalencia, sintomatología y diagnóstico asociado, tiempo o número de sesiones que tarda la mujer en contar el maltrato, tipo de maltrato, relación con el maltratador, número de sesiones realizadas en determinado tiempo y/o duración del tratamiento, abandonos, e intervenciones posteriores de los profesionales. La implantación de la guía se acompañará de la reevaluación de estos indicadores para valorar los cambios producidos por las recomendaciones de la guía en la práctica clínica habitual.

Entre los datos e indicadores a estudio nos proponemos averiguar:

1. Porcentaje de mujeres de salud mental que han sufrido maltrato por parte de su pareja.
 - *Indicador:* Porcentaje respecto al total de mujeres que consultan en SM en el mismo tiempo. Comparación con estudio previo.
2. Diagnósticos asociados al sufrimiento de violencia de género.
 - *Indicador:* Porcentaje de diagnósticos en el grupo de mujeres maltratadas comparado con el de mujeres que no refieren maltrato. Comparación con estudio previo.
3. Porcentaje de ideación/intentos suicidas en mujeres maltratadas.
 - *Indicador:* Número de casos detectados con ideación y/o intentos suicidas.
4. Tipo y frecuencia de las estrategias del maltratador y correlación con sintomatología presente y gravedad en la mujer.
 - *Indicador:* Número y porcentaje de las distintas estrategias de control detectadas.
 - *Indicador:* Correlación entre estrategias y diagnóstico.
 - *Indicador:* Correlación entre estrategias y presencia de ideación/intentos suicidas.
5. Presencia de comorbilidad.
 - *Indicador:* Porcentaje por tipo de comorbilidad o segundo diagnóstico.
6. Duración y/o número de sesiones de tratamiento,
 - *Indicador:* Media de número de sesiones/días de contacto/tratamiento con el centro comparado con la muestra de mujeres que no refieren maltrato. Comparación con estudio previo.
7. Determinar la adecuación de la prueba de cribado en el ámbito de la salud mental con la confirmación posterior por entrevista clínica y/o administración del ISA.
 - *Indicador:* Porcentaje de falsos positivos y/o falsos negativos.
8. Determinar número de derivaciones a trabajo social.
 - *Indicador:* Número y porcentaje de casos derivados a trabajo social. Comparación con estudio previo.

9. Determinar número de derivaciones a recursos específicos, de informes al juzgado.
 - *Indicador:* Número de informes de derivación a recursos específicos. Comparación con estudio previo.
 - *Indicador:* Número de informes clínicos y de malos tratos enviados al juzgado.
10. Determinar número de derivaciones de hijos/as a recursos de salud mental.
 - *Indicador:* Número de informes de derivación a salud mental infanto-juvenil.
 - *Indicador:* Número de informes derivación a pediatría.
11. Tiempo transcurrido entre la confirmación de maltrato y la siguiente sesión de un profesional del centro.
 - *Indicador:* Número de días desde el relato confirmatorio y las siguiente sesión. Comparación con estudio previo.
12. Valoración de casos de maltrato con situación de riesgo extremo.
 - *Indicador:* Número casos considerados de riesgo extremo.
13. Seguimiento de la recomendación de asegurar la vida de la mujer.
 - *Indicador:* Número de planes de huida entregados.
14. Efecto del tratamiento terapéutico favoreciendo la salida de la situación de maltrato.
 - *Indicador:* Número y porcentaje de separaciones tras la detección y tratamiento.
 - *Indicador:* Número de altas terapéuticas y porcentaje comparado con muestra total mujeres.
 - *Indicador:* Numero de abandonos y porcentaje comparado con muestra total mujeres (abandono: un año sin contacto con el centro).



I. PREVALENCIA Y REPERCUSIONES SANITARIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La prevalencia global de mujeres maltratadas en España es del 9,6%. Sin embargo, muchas tienen dificultad para reconocer y denunciar el maltrato (Instituto de la Mujer, 2006). De ahí que en nuestra Región sólo el 2,4% de las mujeres se autoclasifica “maltratada” mientras que el porcentaje de mujeres “técnicamente maltratadas” (sin conciencia del problema) es del 10,9%.

En 2009 fallecieron en España 75 mujeres por violencia de género y 10 por violencia familiar (exceptuando pareja o expareja) siendo 4 el número de hombres fallecidos. En 2010, hasta el 30 de abril, son 23 las fallecidas (Ministerio de Igualdad, 2010).

La OMS describe la violencia de género como un problema de salud (OMS, 1996) e insta al desarrollo de una respuesta global del sector sanitario preventiva y asistencial. Todos los servicios sanitarios tienen que implicarse en la mejor atención a estas mujeres, reconociendo los vínculos existentes entre violencia y la salud física y mental.

Dentro de la violencia doméstica, la más frecuente es la que ejerce el poder del hombre sobre la mujer, estableciendo una relación desigual. Por eso, esta guía tiene como principal objetivo la detección y actuación ante las mujeres maltratadas por su pareja.

En la actualidad se utilizan diferentes términos (violencia de género, doméstica, de pareja...) que según el ámbito en el que se aplican, se entienden de forma distinta. Por ello los definiremos más adelante para que el profesional sanitario los conozca y diferencie.

I.1. Datos generales sobre violencia de género de la CA de Murcia

Se desconoce el verdadero impacto de la violencia de género en Murcia. En el año 2006 el Instituto de la Mujer realiza una encuesta nacional en población general, que muestra desde 1999 a 2006 un descenso progresivo en la región de mujeres que se consideran a sí mismas maltratadas, situándose el índice en todo caso por debajo de la media nacional (ilustración 1).

Ilustración 1. Porcentaje de mujeres que se consideran maltratadas por CC.AA

		1999	2002(*)	2006
MUJERES TIPO B (2)	ANDALUCÍA	4,8	4,3	4,1
	ARAGÓN	3,5	2,6	3,4
	ASTURIAS	3,7	3,2	4
	BALEARES	3	3,8	4,2
	CANARIAS	5,4	6,5	3,8
	CANTABRIA	4,6	2,9	2,7
	CASTILLA LA MANCHA	3,5	3,1	3,4
	CASTILLA Y LEON	4,2	3,9	3
	CATALUÑA	4,3	4	4
	C. VALENCIANA	4,5	3,2	3,4
	EXTREMADURA	2,3	4	2,7
	GALICIA	4,7	3,5	3,2
	MADRID	4,9	4,7	4,1
	MURCIA	4,1	3,8	2,4
	NAVARRA	2,5	3,8	2,5
	PAIS VASCO	2,4	3,7	3,1
	LA RIOJA	2,6	3,1	2,5
CEUTA	1,2	4,3	4,1	
MELILLA	6,2			
MEDIA NACIONAL		4,2	4	3,6

(1) Mujeres consideradas técnicamente como “Maltratadas”

(2) Mujeres Autoclasificadas como “Maltratadas” durante el último año.

Nota: A partir del año 2002, los datos de Ceuta y Melilla aparecen de forma conjunta.

Fuente: Instituto de la Mujer; Macroencuesta sobre “Violencia contra las mujeres”

Sin embargo cuando la encuesta recogía la media de mujeres consideradas técnicamente maltratadas la realidad era muy diferente, superando la media nacional y situándose como la cuarta comunidad autónoma en proporción de mujeres maltratadas (Ilustración 2).

Ilustración 2. Porcentaje de mujeres técnicamente maltratadas por CC.AA.

		1999	2002(*)	2006
MUJERES TIPO A (1)	ANDALUCÍA	13,6	13,3	11,1
	ARAGÓN	9,9	7,2	7,4
	ASTURIAS	10,4	9,3	11,2
	BALEARES	7,9	9,2	10,8
	CANARIAS	13,5	11,5	8,7
	CANTABRIA	11,5	8,1	8,3
	CASTILLA LA MANCHA	14,6	11,5	11,5
	CASTILLA Y LEON	12,7	10,7	10,2
	CATALUÑA	12,1	9,7	8,9
	C. VALENCIANA	11,6	9,9	9
	EXTREMADURA	12,7	12,1	9,6
	GALICIA	13,1	10,2	8,5
	MADRID	12,7	13,4	9,6
	MURCIA	13,9	10,7	10,9
	NAVARRA	9,8	10	8,1
	PAIS VASCO	11	11	8,5
	LA RIOJA	11	6,5	7,3
	CEUTA	14,1	9,8	9,1
MELILLA	14,3			
MEDIA NACIONAL		12,4	11,1	9,6

(1) Mujeres consideradas técnicamente maltratadas

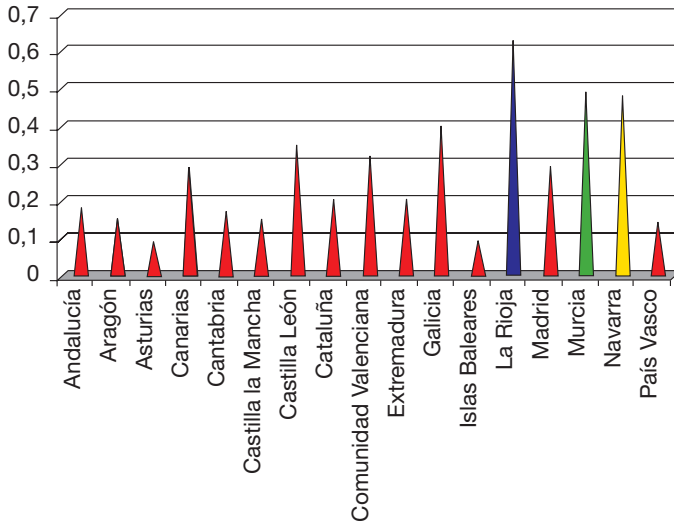
Las mujeres de la región de Murcia en situación de maltrato, en gran medida, no se consideran como tales, hecho que dificulta su visibilización y el registro de casos.

A falta de datos reales acerca de cuántas mujeres de la región se pueden encontrar en situación de maltrato, podemos recoger medidas de hechos derivados o colaterales como:

- Número de mujeres víctimas mortales por violencia doméstica y de género
- Número de medidas de protección y seguimiento y número de denuncias a partir del Sistema de Seguimiento Integral de Víctimas de Violencia de Género VIOGEN, que se lleva a cabo desde el año 2007 (Ministerio del interior, 2007).

El informe del Consejo General del Poder Judicial (CGPJ) recoge el número de mujeres víctimas mortales anualmente y por comunidades autónomas (Ilustración 3). En el año 2008 sitúa a Murcia la segunda comunidad con mayor tasa de muertes por 100.000 habitantes (CGPJ, 2008).

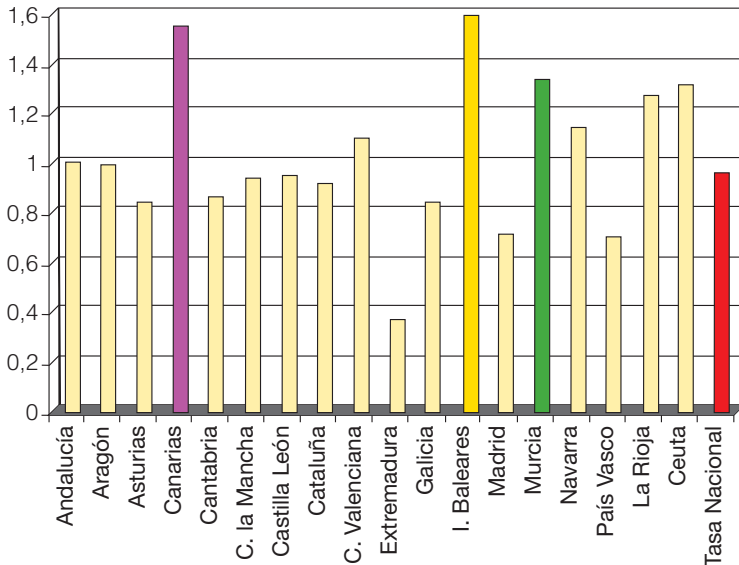
Ilustración 3. Distribución de muertes por violencia de género (tasa por 100.000 h. en 2008).



Informe de Víctimas Morales por violencia doméstica y violencia de género de 2008. Consejo General del Poder Judicial. Servicio de Inspección

Esta dramática realidad no es la primera vez que ocurre en nuestra región. El Consejo General del Poder Judicial realiza un análisis cuantitativo de los últimos 6 años. Murcia repite su tercer lugar en cuanto a la tasa de muertes de mujeres por motivos de género (Ilustración 4).

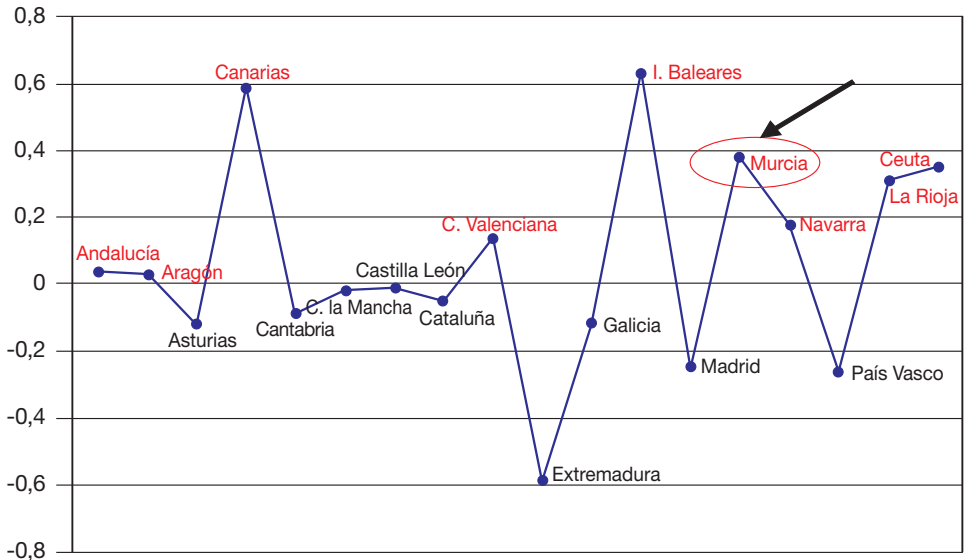
Ilustración 4. Víctimas mortales por VG (2002-08) Tasa 100.000h por CCAA.



Informe de Víctimas Morales por violencia doméstica y violencia de género de 2008 Consejo General del Poder Judicial. Servicio de Inspección.

Las cifras de la región de Murcia se alejan claramente de la media nacional (Ilustración 5).

Ilustración 5. Víctimas mortales por VG a partir de la media nacional (2002-08).

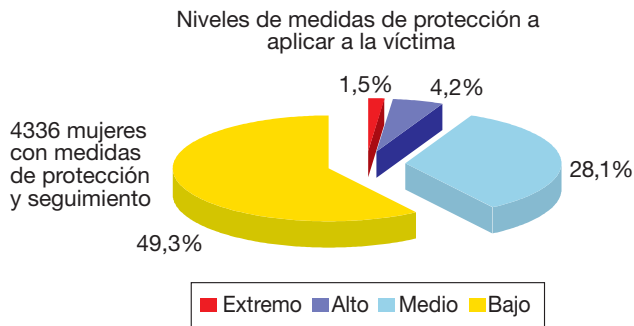


Informe de Víctimas Morales por violencia doméstica y violencia de género de 2008. Consejo General del Poder Judicial. Servicio de Inspección. Tasa por 100.000 h.

Desde junio de 2007 el Ministerio de Interior lleva a cabo un Sistema de Seguimiento Integral de Víctimas de violencia de género - VIOGEN - que permite el control y registro de las medidas de protección mediante un sistema informático. Igualmente actualiza los niveles de riesgo de cada mujer que presenta una denuncia ante los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado (extremo, alto, medio y bajo). En Murcia la cifra de efectivos alcanza 199 miembros del Cuerpo Nacional de Policía y 459 de la Guardia Civil.

Del 1 de enero a octubre de 2008, 4336 mujeres de Murcia estaban con medidas de protección (Ilustración 6).

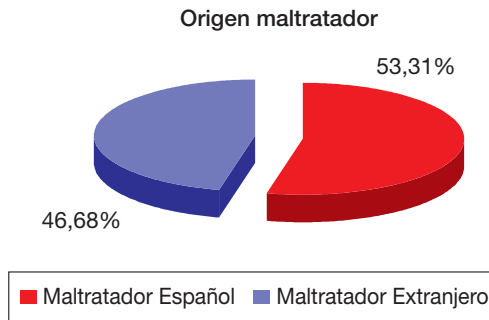
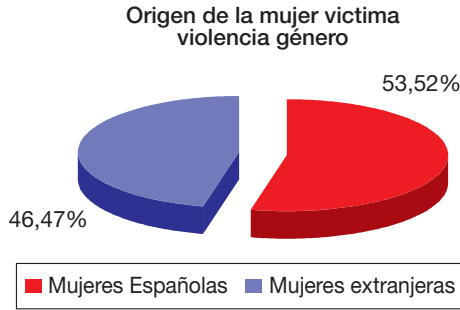
Ilustración 6. Mujeres con medidas de protección en la región de Murcia (2008).



Durante el mismo periodo se han producido 2354 denuncias por violencia de género, de las que el 71,49% son considerados “malos tratos habituales en el ámbito familiar”.

El origen de la mujer maltratada y del maltratador en nuestra región es (Ilustración 7):

Ilustración 7. Origen de la mujer víctima de VG y del maltratador en la región de Murcia.



Por países, el origen de las mujeres víctimas y de los maltratadores extranjeros de Murcia fue (Ilustraciones 8 y 9):

Ilustración 8. Origen de la mujer extranjera víctima de violencia de género en la región de Murcia.

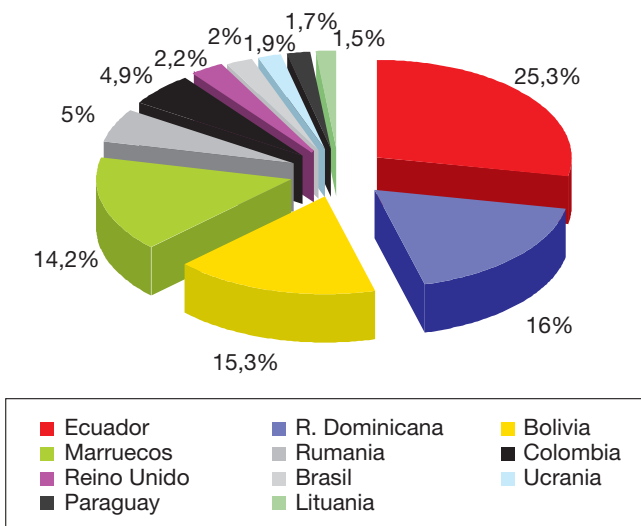
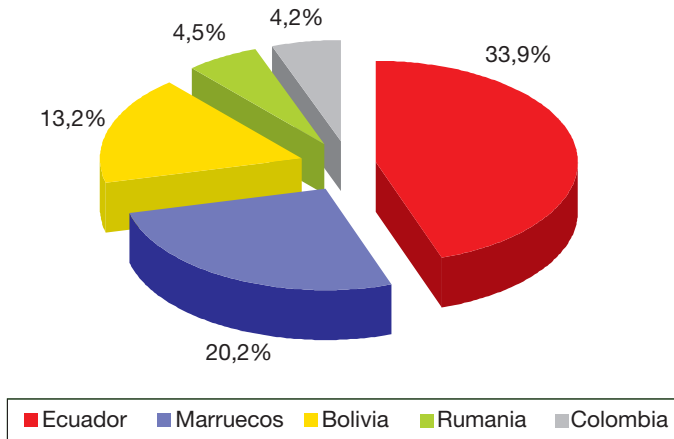
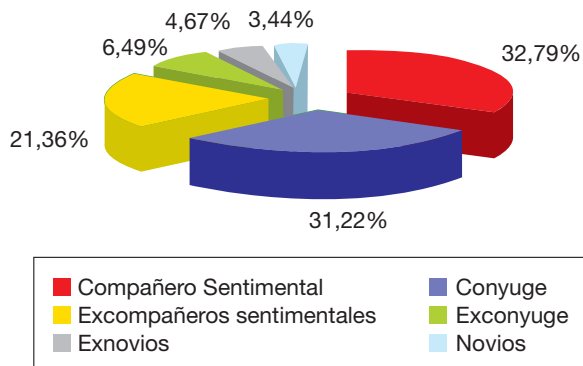


Ilustración 9. Origen del maltratador extranjero en la región de Murcia.



La relación entre víctima y maltratador es mayoritariamente compañero sentimental, seguida por cónyuge y excompañero sentimental (Ilustración 10).

Ilustración 10. Relación entre víctima y maltratador en la región de Murcia.



Si la realidad de nuestra región en cuanto a datos indirectos es dramática, sabemos que estos índices suelen ser mayores en los estudios realizados en ámbito sanitario. Al no existir ningún estudio previo en el campo de la salud mental, era de sumo interés averiguar la realidad del maltrato entre las mujeres que consultaban en los centros de salud mental. Para ello, recogimos las historias clínicas de estas mujeres durante el año 2004, año en el que se aprueba la ley contra la violencia de género. Dado que no se preguntaba específicamente sobre la violencia, los relatos que encontramos son los que realizan espontáneamente las mujeres.

Según este estudio observacional retrospectivo, llevado a cabo con una muestra de 614 historias clínicas, el 24% de las mujeres relataban de forma espontánea haber sufrido algún tipo de maltrato a lo largo de su vida (Garriga et al, 2009). No se encontró ligado a ello ningún motivo de consulta concreto, ni diagnóstico asociado, que en este ámbito pudiera servir de indicador de riesgo.

Como no se pregunta específicamente por el maltrato, se observa que transcurre un intervalo medio de 10 sesiones (16 meses) hasta que la paciente lo relata. Este resultado pone de manifiesto la necesidad de contar con algún sistema de detección del maltrato. En el ámbito de la salud mental, Polo señala que al preguntar específicamente sobre maltrato, el índice de detección pasa del 8% al 28%. (Polo, 2001)

Por tanto, es imprescindible utilizar algún sistema de detección universal ya desde la acogida, junto con métodos de evaluación específicos que se aplicarían posteriormente en caso de cribado positivo.

II. CONCEPTOS BÁSICOS

II.1. Violencia familiar o doméstica y violencia de género

Se define como violencia familiar o doméstica un comportamiento entre adultos consciente e intencional que, por acción o inhibición, causa un daño físico, psíquico, jurídico, económico, social, moral, sexual o personal a otro miembro de la familia, independientemente del sexo, minusvalía, etnia o religión.

Si esta violencia se basa en el género femenino, con independencia de la edad, y tiene como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer se denomina **violencia de género** (Asamblea General de las Naciones, 1993). Este daño incluye las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada.

La **violencia de género** es conceptualizada por la Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, como “una manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas por sus agresores carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión y que tiene como resultado un daño físico, sexual o psicológico” (Ministerio de la Presidencia, 2004). Es importante destacar que la ley integral es de aplicación en los casos de violencia de género que ocurren en el contexto de la relación de pareja o expareja (cónyuge, excónyuge, compañera, excompañera sentimental, novia, exnovia).

En un principio se consideraba violencia contra la mujer cuando existía reiteración o habitualidad de los actos violentos y la relación de dominio. En la actualidad, para considerarla delito, la regulación penal no exige reiteración, con independencia de que ésta agrave la responsabilidad penal (CISNS, 2006).

Pero cuando la violencia se produce en una relación con la pareja o expareja, no siempre hemos de pensar en violencia de género, ya que una pareja puede amenazarse o agredirse mutuamente sin que exista dominación del hombre sobre la mujer. Cuando la violencia no se basa en la consideración de la mujer como carente de derechos mínimos, estaríamos ante un caso de **violencia en la pareja** y no de género.

La violencia de género puede adoptar diversas formas que pueden presentarse por separado o de forma simultánea (CISNS, 2006). Una forma gráfica de representarlo es la rueda de poder y control (ilustración 11) donde sus radios representan los grupos de conductas abusivas frecuentes o maltrato psicológico. En el borde exterior figura la amenaza en general y/o el uso de violencia física y sexual para conseguir la coerción y mantener a la mujer bajo control.

Maltrato físico: comprende cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, como bofetadas, golpes, palizas, empujones, heridas, fracturas o quemaduras, que provoquen o puedan provocar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la mujer. Las conductas de agresión más frecuente son erosiones, escoriaciones, cortes y mordiscos. Además puede incluir la omisión de ayuda ante enfermedades o lesiones derivadas de las agresiones. La escalada de conductas agresivas puede terminar en la muerte de la mujer.

Se pueden localizar en cualquier parte del cuerpo, cabeza, tronco y extremidades, sobre todo en zonas no visibles desde el exterior y puede ser denotada su presencia por movimientos anormales y por dolor manifiesto en el desplazamiento en la consulta. Dichas lesiones pueden estar en distintos momentos de curación y representar sólo cicatrices o hematomas y no ser lesiones recientes.

Cuando la mujer esté en entrevistas de acogida o revisión por enfermería, psicología, psiquiatría o trabajo social y acuda con presencia de lesiones, esto constituirá un indicador de sospecha ante lo que habrá que actuar conforme a lo que establezca esta guía.

Este tipo de lesiones son percibidas objetivamente por otros y facilita la toma de conciencia de la víctima. Se reconoce más fácilmente que la violencia psicológica. Es conveniente que el personal de Salud Mental tenga presente lo anatómico-fisiológico para una detección adecuada.

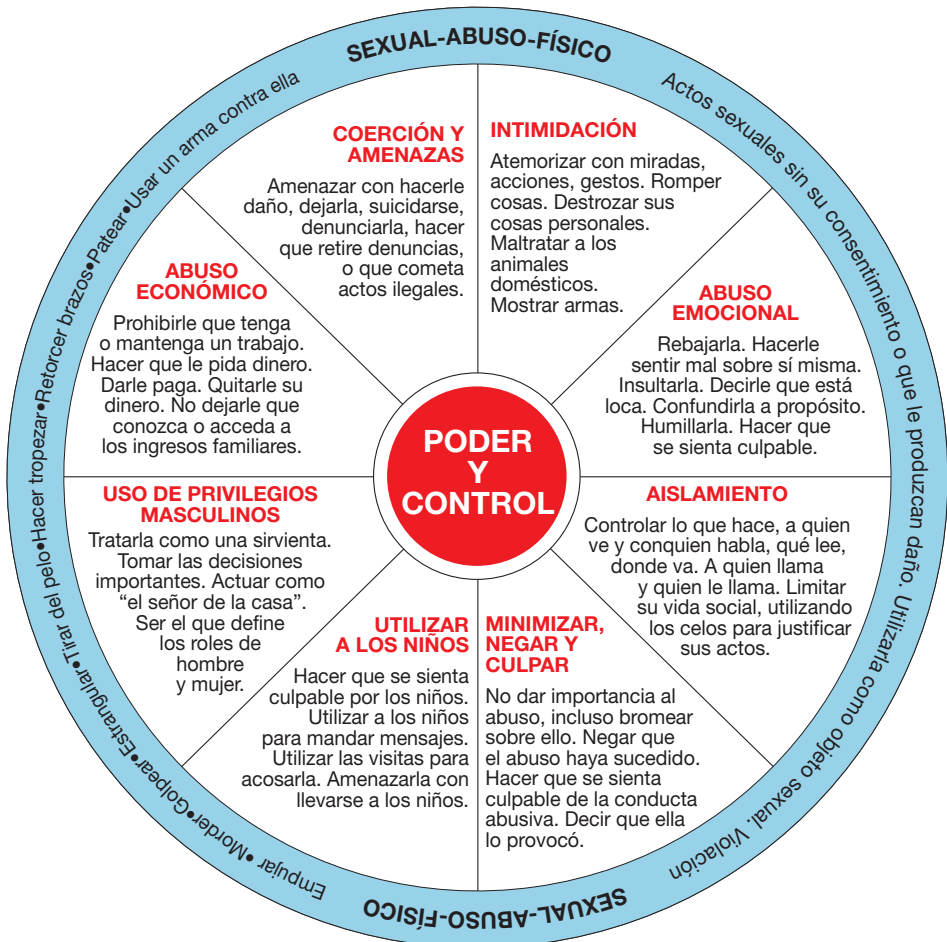
Maltrato sexual: Cualquier conducta que implique un acto de naturaleza sexual realizado sin consentimiento de la mujer con violencia, intimidación, amenaza, o coacción, con independencia de que la agresión se produzca por su pareja o por otras personas.

Formas de violencia sexual:

- **Agresión sin contacto corporal:** exhibicionismo, mensajes por correo o por teléfono u otras formas de comunicación, gestos, observaciones y palabras obscenas, forzarla a ver material pornográfico, insultos sexistas, acoso, proposiciones sexuales indeseadas y voyeurismo.
- **Agresión con contacto corporal,** tanto si el contacto se produce con el agresor como con un tercero a instancias del agresor (tocamientos, caricias, masturbación del agresor, obligación de adoptar posturas que la mujer considera degradantes,...).
- Se consideran **abusos sexuales no consentidos** aquellos en los que el responsable obtiene el consentimiento ante una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la mujer, como puede suceder en algunas relaciones de pareja.
- Finalmente, **la violación** consiste en una agresión sexual o abuso sexual en la que hay penetración con el órgano sexual por vía vaginal, anal o bucal, o la introducción de cualquier clase de objeto o miembros corporales (por ejemplo los dedos) por vía vaginal o anal.
- Existen además otras formas de violencia sexual menos frecuentes en nuestro país pero que no pueden obviarse, como por ejemplo las mutilaciones sexuales, el tráfico de niñas y mujeres, el turismo sexual, mantener relaciones sexuales sin protección siendo portadores del VIH, etc.

En definitiva, podemos identificar el maltrato sexual como aquella actuación que restringe a la mujer el libre ejercicio de su derecho a la salud sexual.

Ilustración 11. Rueda de poder y control



Adaptado de: Pence E y Paymar M. Education groups for men who batter: the Duluth model (1993)

Maltrato psicológico: conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona, y que tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener su pareja.

Este tipo de maltrato es más difícil de demostrar que los anteriores y, en ocasiones, la mujer no lo identifica como tal, sino como manifestaciones propias del carácter del agresor y del amor que le tiene. Por eso vamos a considerarlo en el siguiente apartado.

II.2. Violencia psicológica

La violencia psicológica no es un acto aislado, sino una concatenación de hechos que se prolongan en el tiempo. Puede empezar desde el inicio de la relación de pareja o noviazgo (Gorrotxategi y de Haro, 1999) o durante el primer embarazo, lo que va debilitando gradualmente las defensas físicas y psicológicas de la mujer, generando miedo y sentimientos de indefensión e impotencia.

La violencia psicológica, por sí sola, puede provocar numerosas secuelas, tanto a nivel físico como emocional. Es la causante del mayor y más insoportable sufrimiento en las mujeres. Aunque la violencia física es grave, la violencia psíquica es más perjudicial para la salud a largo plazo, manteniéndose la sintomatología, mucho tiempo después de que termine la relación.

En la violencia psicológica se desvaloriza, se ignora y se atemoriza a una mujer a través de actitudes o palabras. Con el fin de conseguir el control, se mina su autoestima, produciendo un proceso de desvalorización y sufrimiento (Blanco, Ruiz Jarabo, García de Vinuesa, Martín-García, 2004). Actúa desde la necesidad y la demostración del poder por parte del agresor. Se busca la dominación y sumisión mediante presiones emocionales y agresivas. Este tipo de violencia “invisible” e insidiosa puede causarle trastornos psicológicos, desestructuración psíquica, agravar enfermedades físicas o, incluso, el suicidio (Asensi, 2008).

Es el tipo de agresión más frecuente en los contextos de malos tratos en el ámbito doméstico (Asensi, 2008) aunque pueda estar oculta o disimulada bajo patrones y modelos culturales y sociales que la invisibilizan, como el reparto de roles tradicionales en la pareja, costumbres o particularidades de los hombres... Está descrita en los mitos, estereotipos, chistes y refranes, por ejemplo, y como tal se acepta como características particulares de esta cultura.

Las principales acciones de abuso son:

- **Abuso verbal:** Amenazar, rebajar, insultar, ridiculizar, humillar, utilizar juegos mentales e ironías para confundir, exigir obediencia.
- **Abuso económico:** Control abusivo de finanzas, recompensas o castigos monetarios, impedirle trabajar, hacerle pedir dinero, solicitar justificación de los gastos, darle un presupuesto límite. No pasar la pensión o hacerse cargo de gastos extraordinarios necesarios (salud, educación,...).
- **Aislamiento social:** Control abusivo de la vida del otro, vigilar sus actos y movimientos, escuchar sus conversaciones, impedirle cultivar amistades, restringir las relaciones con familiares, etc.
- **Intimidación:** Asustar con miradas, gestos o gritos, o silencios. Arrojar objetos o destrozar la propiedad. Mostrar armas. Cambios bruscos y desconcertantes de ánimo. Irritarse con facilidad por cosas nimias, mantener a la víctima en un estado de alerta constante.
- **Amenazas:** De herir, matar, suicidarse, llevarse a los niños, hacer daño a los animales domésticos, amenazar con irse o echar al otro de casa.
- **Desprecio y abuso emocional:** Desvalorización, tratarle como inferior, tomar decisiones importantes sin consultar, utilizar a los hijos, prácticas de privilegios masculinos. Se la denigra intelectualmente, como madre, como mujer y como persona.

➤ ***Negación, rechazo y culpabilización.***

Para facilitar la detección de estrategias de abuso por parte del maltratador, se puede utilizar el cuestionario de Soria (2009) en anexo III. Como alternativa puede considerarse la Escala de detección y evaluación de abuso y malos tratos o EDAM, elaborado por Ester Ramos e incluido como anexo X.

De forma habitual estas acciones de abuso se intercalan con expresiones de afecto y cariño, que el agresor justifica por el gran amor y deseo de protección, perpetuado por el mito del “amor romántico”. Esto es el llamado “ciclo de la violencia” que desarrollaremos más adelante.

III. CAUSAS

Los principales factores determinantes de la violencia de género son la relación desigual entre hombres y mujeres y la existencia de la «cultura de la violencia» como medio para resolver conflictos (CISNS, 2007).

Este tipo de violencia indica nuestro retraso cultural en valores tan relevantes como la empatía, la tolerancia, la consideración y el respeto por las demás personas, con independencia de su sexo (Amor, Bohórquez y Echeburúa, 2006). La violencia doméstica, aunque no es algo específico de nuestra época, ha crecido a tal ritmo que podemos considerarlo un fenómeno epidémico (Stark, 1988).

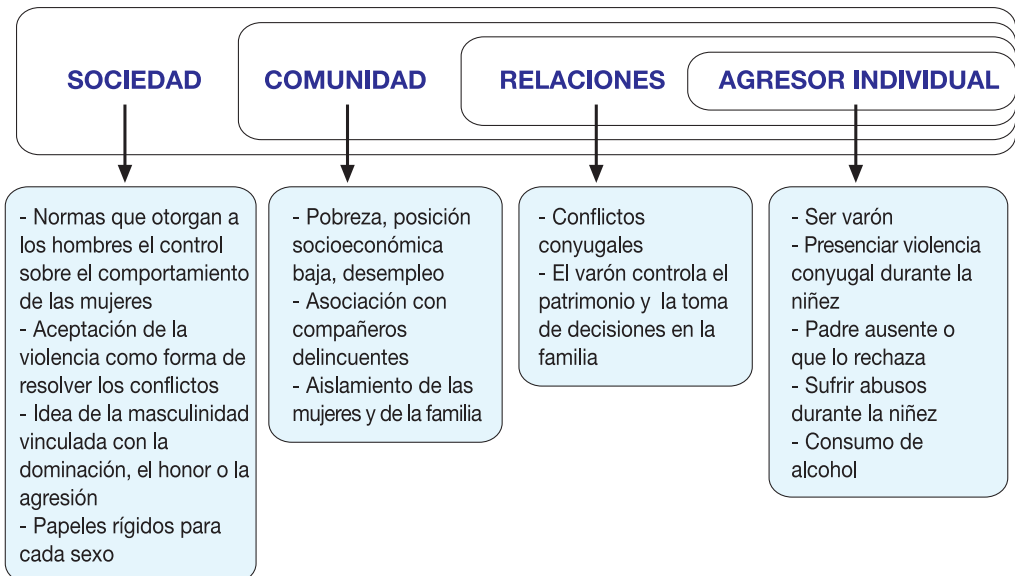
La violencia contra las mujeres es estructural (CISNS, 2007). No se debe a rasgos singulares y patológicos del individuo, sino que tiene rasgos estructurales de una forma cultural de definir las identidades y las relaciones entre los hombres y las mujeres.

Se produce en una sociedad que mantiene un sistema de relaciones de género que perpetúa la superioridad de los hombres sobre las mujeres y asigna diferentes atributos, roles y espacios en función del sexo. Esto sucede en todas las clases sociales, religiones y niveles educativos. En definitiva, el factor principal de riesgo para la violencia contra las mujeres es, precisamente, el hecho de ser mujer.

La violencia contra las mujeres es además instrumental (CISNS, 2007) pues más que un fin en sí mismo, es un instrumento para conseguir la dominación y el control social.

Además intervienen otra serie de factores que hacen complejo el problema, tanto individuales y sociales como del contexto de cada pareja (ilustración 12).

Ilustración 12. Factores implicados en la violencia contra las mujeres.



(Heise, Ellsberg, y Gottemoeller, 1999)

Nuestro objetivo es que, con esta información, cualquier profesional comprenda la telaraña en que está atrapada la mujer cuando la relación de pareja es una relación de maltrato.

Conocer la relación de causalidad entre estrategias de abuso, coerción o dominación del maltratador, el ciclo de la violencia y sus consecuencias psicológicas, es necesario para comprender el conjunto de factores por los que una mujer continúa en una relación de maltrato y situarnos psicoterapéuticamente.

Las mujeres maltratadas sienten vergüenza de sufrir violencia, de no ser capaces de pararla, ni de protegerse a sí mismas y a sus hijos. Se sienten culpables por haber elegido como pareja a un hombre violento o incluso por no haber podido cambiarle. Estos sentimientos les impiden contar lo que les pasa y les lleva a minimizar o negar la violencia. (Ruiz-Jarabo y Blanco, 2005)

A través de la escucha de los episodios vividos que han dado lugar al estado actual, la mujer podrá contar lo que está ocurriendo y recabar apoyos de la familia, amigos, profesionales y sociedad en general.

No son factores causales de la violencia de género ni la biología, ni las “provocaciones” o “agresividad” de la mujer. Las provocaciones y agresividad entre los miembros de la pareja serían consideradas violencia de pareja y no de género.

III.1. Maltratador

No hay un perfil de maltratador ni psicopatología asociada. Se recogen tasas de enfermedad mental, excluyendo alcoholismo, que oscilan entre el 5% y el 7% (Sarasúa, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 1994). Es necesario relacionar el maltrato con la expresión de la masculinidad hegemónica dominante y con la estrategia de ésta para mantener el poder.

Aparentemente el maltratador no es una persona agresiva. De hecho, el 80% no son violentos con nadie excepto con sus parejas. Suelen ser ciudadanos amables, ejemplares y perfectamente adaptados en el ámbito social, que pueden llegar a ser fríos, perversos y controladores en la vida íntima con su pareja (Quintero y Carbajosa, 2008).

Cuando se recoge la opinión sobre el agresor, los vecinos y personas cercanas lo definen como “normal y simpático”, “muy trabajador”, “siempre pendiente de su familia”, “un buen padre”, “un buen vecino”,... sólo de forma ocasional se oyen comentarios que hacen referencia a que de vez en cuando se oían gritos, ruidos o peleas, que, en todo caso, son consideradas como “lo normal dentro del matrimonio” (Lorente, 2006).

Lo más característico en el maltratador es un sistema extremadamente rígido de creencias y actitudes respecto al género y al uso de la violencia como forma de resolver conflictos. Esto conduce a unas pautas de conducta que se repiten. La clave de esta pautas no son patologías psicológicas en la mayoría de los casos, sino pensamientos machistas pertenecientes a un aprendizaje cultural y a una socialización que tendrá que cambiar (Echeburúa y Corral, 1998). Cuestionar su estima personal pone en marcha o acentúa estrategias de dominación. Adquieren una alta susceptibilidad ante la autonomía femenina que se vive como ataque al poder o como humillante herida al orgullo masculino. Existen algunos factores no causales que incrementan la probabilidad de que hombres con

este esquema ejerzan violencia física incidental: estresores socioeconómicos o afectivos (celos, amor pasional, falta de autoestima) el uso de alcohol y/o drogas o padecer trastornos psicopatológicos. (Bonino, 2005)

Los celos, frecuentes en muchos maltratadores, no se centran exclusivamente en la infidelidad clásica de los delirios celotípicos, sino que se activan ante la presencia de una tercera persona o actividad que ocupa la atención de la mujer. Las agresiones durante el embarazo pueden ser consideradas una manifestación de este proceso (Escudero, Polo, López y Aguilar, 2005).

El alcoholismo u otras drogodependencias y el maltrato, son problemas diferentes que sólo a veces coexisten en un mismo hombre. Un tratamiento de la adicción rara vez modifica a un maltratador. La sustancia sólo desinhibe a quien ya es maltratador. El factor determinante es, se beba o no, la intención voluntaria de controlar y someter a la mujer.

Haber sufridos malos tratos en la infancia no conlleva necesariamente ser un maltratador de adulto. Más del cincuenta por ciento de los hombres que los han sufrido nunca se comportaron violentamente con sus propias parejas. (García-Moreno, 2000). En una muestra española de maltratadores penados sólo el 36% habían sufrido maltrato en la niñez (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998).

III.1.1. Estrategias del maltratador

El maltrato es intencional en tanto se dirige a un objetivo: el sometimiento de la víctima. Para ello, el maltratador utiliza diferentes estrategias. Así, las descalificaciones o amenazas veladas se pueden transformar en violencia física, lo que desconcierta a la mujer, quien ve distintos comportamientos (verbales, físicos) pero no el objetivo que comparten (Escudero, et al. 2005a). Cuando el maltratador agrede físicamente no “pierde el control”. Simplemente utiliza una nueva estrategia para mantener el control que cree estar perdiendo. Para representar la compleja dinámica en que se encuentra atrapada la mujer en una relación de maltrato, consideramos muy gráfica la propuesta denominada “Dinámica de la telaraña de abuso en la relación de pareja” (Soria, 2009). Esta tabla sistematiza y ordena estrategias, conductas y consecuencias de la violencia recogidas en los distintos modelos teóricos analizados.

El uso de estas estrategias para conseguir el sometimiento de la mujer, tiene repercusiones negativas para el hombre, entre las que podemos destacar la incapacidad para vivir una relación de intimidad gratificante con su pareja, el riesgo de perder a su esposa e hijos, el riesgo de detención y condena, el aislamiento y pérdida de reconocimiento social, sentimientos de fracaso, frustración y resentimiento, rechazo familiar y social y dificultad para pedir ayuda. (DGSP, 2005)

Las estrategias se resumen en la tabla 1.

Tabla 1. Estrategias de control y conductas del maltratador y consecuencias en la víctima.

ESTRATEGIAS DE CONTROL	CONDUCTAS DE VIOLENCIA	CONSECUENCIAS O DAÑO PSICOLÓGICO
<p>DEGRADACIÓN:</p> <p>Reducir o rebajar el valor esencial e inherente de la persona</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tratar a la mujer como inferior, estúpida e inútil. 2. Insultar: “puta”, “tonta”, “bruja”, “loca”. 3. Realizar observaciones mordaces sobre su imagen y apariencia física. 4. Buscar errores y fallos constantemente. 5. Evidenciar defectos y debilidades. 6. Criticar su falta de habilidad como pareja, compañera sexual, madre o trabajadora (“ni siquiera sirves para...”). 7. Descalificar sus habilidades, capacidades y recursos. 8. Despreciar sus normas, metas y actitudes. 9. Ridiculizar todo lo que para ellas es importante y valioso. 10. Burlarse de lo que hace o dice. 11. No expresar reconocimiento por sus cualidades y aciertos. 12. Sabotear sus éxitos y logros. 13. Manifestar desprecio hacia la familia de origen. 14. Humillar y desacreditar públicamente. 15. Desautorizar delante de terceros. 16. Seducir a otras mujeres en su presencia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Destrucción de la autoestima: <ul style="list-style-type: none"> - Incompetencia para afrontar la vida. - Dependencia del maltratador. - Desaprobación de sí misma. - Merecedora de desprecio y rechazo (del maltrato) 2. Desequilibrio emocional generado (o potenciado) por la situación de violencia.
<p>ESTRATEGIAS DEFENSIVAS</p> <p>Trasladar la responsabilidad de las conductas violentas a la víctima</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Minimización: restar importancia o gravedad a los hechos, argumentando que no han sido tan graves. 2. Fundamentación: argumentar para que parezca que es correcto lo que hizo. 3. Racionalización: explicar coherentemente y desde la lógica, motivaciones, conductas y hechos. 4. Desviación del problema: achacar su violencia a circunstancias externas y ajenas a sí mismo. 5. Negación abierta de la violencia, utilizándolo como defensa para restar credibilidad al relato de la víctima. 6. Olvido: asegurar no recordar lo ocurrido. 7. Chantaje emocional (estrategia de arrepentimiento): Inducir sentimientos de lástima, pena. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La mujer se siente culpable de la violencia que sufre. 2. Alteraciones en la percepción del maltratador: Asumir creencias distorsionadas. 3. Idealización del maltratador. 4. Preocupación porque al maltratador se le haga daño.
<p>DISTORSIÓN DE LA REALIDAD SUBJETIVA</p> <p>Transformar su percepción de la realidad, su juicio, conciencia y memoria</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Negar valor o credibilidad a las observaciones de ella. 2. Utilización sistemática de argumentos contradictorios. 3. Usar la ilusión de alternativas. 4. Utilizar un lenguaje vago, impreciso y confuso (“perverso”). 5. Convertir aspectos triviales, en razones profundas. 6. Tergiversar conversaciones y acuerdos. 7. Manipular a través del malhumor. 8. Elogiar y humillar alternativamente. 9. Realizar pequeñas concesiones (regalos, sorpresas...) para luego ser retiradas. 10. Mantener una imagen social opuesta a la que tiene en privado. 11. Apelar a la superioridad de su lógica o razón. 12. Monopolizar la definición de “seriedad”. 13. “Olvidar” sus promesas. 14. Engañar, mentir o negar lo evidente. 15. Hacer acusaciones de deslealtad, infidelidad o paternidad dudosa. 16. Trasladar o cambiar objetos deliberadamente. 17. Manipular el estado físico (alterar el sueño y el reposo, inducir a tomar tranquilizantes...). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuestionamiento de la validez del mundo. 2. Sensación de confusión e irrealidad (“existencia surrealista”). 3. La duda permanente. 4. Desestabilización psicológica. 5. Amnesia. 6. Episodios disociativos transitorios y despersonalización. 7. Credibilidad nula ante la sociedad.

ESTRATEGIAS DE CONTROL	CONDUCTAS DE VIOLENCIA	CONSECUENCIAS O DAÑO PSICOLÓGICO
<p>SOBRECARGA DE RESPONSABILIDADES</p> <p>Exigir que se haga cargo por entero de los problemas y responsabilidades compartidas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actuar como si fuera el dueño de la casa. 2. Tratar a la mujer como si tuviera que estar siempre disponible y a su servicio. 3. Revisar las tareas domésticas y exigir su estricto cumplimiento. 4. Crear un tiempo de descanso o diversión a costa de la sobrecarga de la mujer. 5. Definir como "impostergables" actividades que en realidad no lo son y que le alejan del hogar. 6. Imponer tiempos y espacios. 7. Exigir que adivine sus pensamientos, deseos o necesidades. 8. Realizar demandas triviales para polarizar su atención en él. 9. No participar en las tareas del hogar y del cuidado de sus hijos e hijas. 10. Mostrarse celoso y competitivo con los hijos/as. 11. Negarle su derecho a ser atendida y cuidada. 12. Culpar de cualquier problema o conflicto familiar. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Maternización de la relación. 2. Sobreesfuerzo que impide su propio desarrollo vital: Espacio privado nulo. 3. Proyecto de vida dañado.
<p>PRIVACIÓN</p> <p>Limitar o reducir la posibilidad de satisfacer las necesidades básicas (personales, sociales y laborales)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Controlar o restringir salidas y horarios. 2. Decidir dónde puede y dónde no puede ir. 3. Impedir que le acompañe a actos sociales o exigir que acuda cuando él quiere. 4. Prohibir las relaciones familiares y sociales. 5. Sabotear o generar situaciones incómodas para que las demás personas se alejen. 6. Retener en el hogar. 7. Desconectar el teléfono o la conexión a internet cuando él se va. 8. Ocultar información sobre los ingresos o la situación económica. 9. Denegar el acceso a los bienes comunes (cuentas bancarias, tarjetas de crédito...). 10. Entregar asignaciones insuficientes para el mantenimiento de las necesidades familiares (frecuentemente con reproches). 11. Interferir en las decisiones de trabajo y/o formación profesional. 12. Obligar a rendir cuentas detalladas de todos los gastos realizados. 13. Endeudarse sin su conocimiento y/o su consentimiento. 14. Llevarla a procedimientos costosos para ella, destruir los bienes comunes, no pagar la manutención a sus hijos/as. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Separación de cualquier otro referente externo al propio maltratador ("Confinamiento mental"). 2. Inseguridad respecto al futuro. 3. Incapacidad para cambiar las circunstancias vitales. 4. Dificultad para buscar ayuda y apoyo. 5. Tensión cotidiana que agota y debilita.

ESTRATEGIAS DE CONTROL	CONDUCTAS DE VIOLENCIA	CONSECUENCIAS O DAÑO PSICOLÓGICO
<p>INTIMIDACIÓN</p> <p>Causar o infundir temor, miedo o terror</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amenazar (con echar de casa, con destruir el patrimonio, con quitar los/las hijas, con incrementar el maltrato, de muerte, de secuestro, de suicidio...). 2. Agredir físicamente: empujar, zarandear, abofetear, perseguir, golpear con objetos, patear, escupir, pellizcar, tirar del pelo, morder, agarrar del cuello, quemar, provocar abortos... 3. Agredir sexualmente/violar. 4. Utilizar gestos, miradas, posturas o tonos de voz amenazantes. 5. Gritar y hacer ostentación del tamaño físico. 6. Acosar telefónicamente, perseguir, vigilar... 7. Romper o lanzar objetos. 8. Destrozar enseres. 9. Crear desorden, ensuciar a propósito, desparramar basura. 10. Atacar a los animales domésticos. 11. Conducir de manera temeraria, poniendo en riesgo su seguridad. 12. Ocupar la cama con elementos que la atemorizan (armas, material pornográfico...). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de alerta constante ante agresiones siempre impredecibles, incontrolables e inevitables. 2. Hiperactivación del Eje III (Endocrino) de la respuesta fisiológica de estrés (Trastornos psicofisiológicos). 3. Atrapada y paralizada (sin posibilidad de escape). 4. Desarrollo de trastornos de ansiedad.
<p>COSIFICACIÓN</p> <p>Convertir a la persona en un objeto: Sin necesidades, deseos, posibilidades o elecciones propias</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ignorar su presencia y lo que ella le dice. 2. Negarle la palabra como forma de castigo. 3. Tomar decisiones de manera unilateral, sin respetar su opinión o sin contar con ella. 4. Invadir espacios privados e íntimos. 5. Espiar continuamente lo que hace. 6. Destruir o dañar objetos con valor afectivo (fotos, cartas, recuerdos...). 7. Privar de necesidades básicas (alimento, aseo, sueño, cuidados médicos...). 8. Descuidar en situaciones críticas (durante el embarazo, en enfermedades o lesiones...). 9. Desdeñar el derecho a su privacidad, intimidad e iniciativa. 10. Imponer las relaciones sexuales o la penetración. 11. Obligar a prácticas sexuales no deseadas (desagradables, dolorosas...). 12. Mostrar desconsideración durante las relaciones sexuales. 13. Exigir el modo en que debe ir vestida, peinada o maquillada. 14. Imponer qué libros tiene que leer o que música debe escuchar. 15. Dar órdenes constantemente. 16. Exigirle obediencia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deconstrucción de su identidad personal ("silenciar al yo"). 2. Negación de su autonomía, individualidad y libertad personal. 3. Obstaculización de su crecimiento y desarrollo personal: dignidad quebrada.

(Soria, 2009)

III.2. Ciclo de la violencia

III.2.1. Mujer maltratada

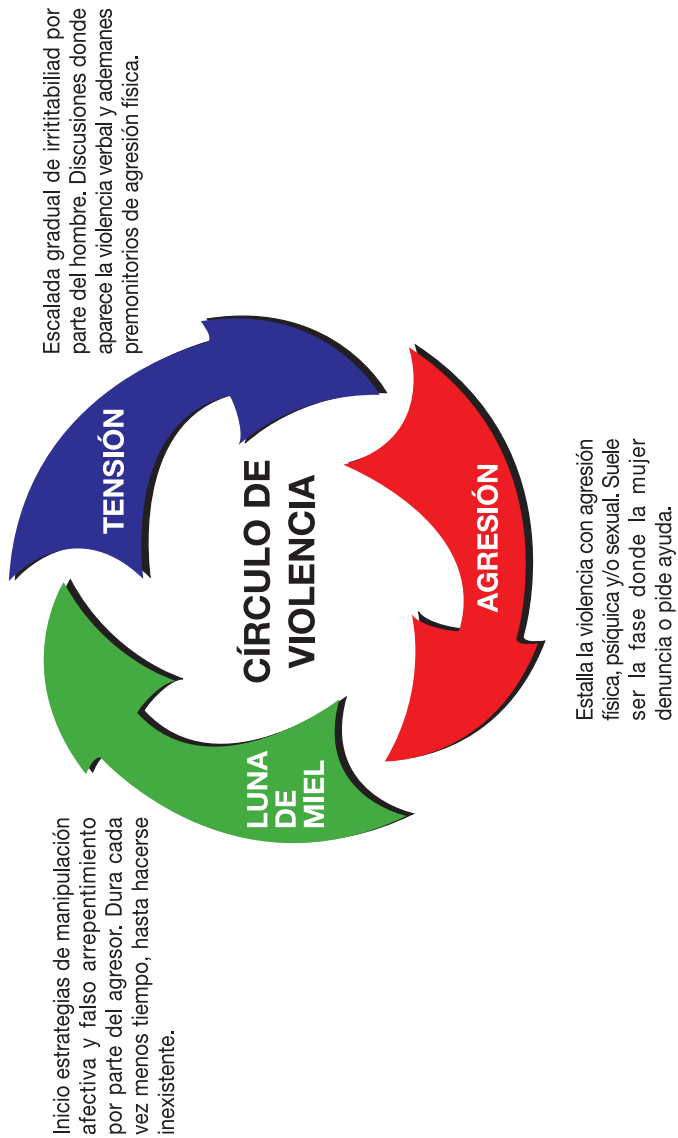
“Toda persona es vulnerable al maltrato si es expuesta durante un tiempo suficiente, si esta sola y sin apoyos y si se encuentra sin esperanza de escapar de la situación” (Sadock, 1995).

No existe un perfil de mujer maltratada. Un tipo de creencias y actitudes acerca del amor y del matrimonio, concretamente, creencias sobre el amor romántico, puede favorecer que cualquier mujer sometida a estrategias de dominación, coerción y control, quede atrapada en el ciclo de la violencia. La vulnerabilidad es mayor en aquellas mujeres que han sufrido abuso físico en la infancia. En resumen, las mujeres maltratadas son personas que han sufrido una violencia inusual y han reaccionado de forma usual.

Tienen en su base dos déficit importantes: una red social pulverizada y falta de recursos para establecer relaciones de confianza.

Entre las teorías de mayor aceptación a la hora de explicar el motivo por el que la mujer mantiene una situación de violencia en el tiempo se encuentra la formulada por Lenor Walker y su ciclo de la violencia (ilustración 13).

Ilustración 13. Ciclo de la violencia de L. Walker.



La Teoría del Ciclo de la Violencia de L. Walker plantea que este fenómeno comprende tres fases (Walker, 1984):

- 1 Acumulación de tensión:** La hostilidad del hombre va en aumento sin motivo comprensible y aparente para la mujer. Se intensifica la violencia verbal y pueden aparecer los primeros indicios de violencia física. Se presentan como episodios aislados y que desaparecerán, pues ella cree que puede controlarlos. Para ello hace cuanto él le pide, actuando de acuerdo con sus gustos. Según algunas investigaciones las agresiones son independientes de lo que la mujer puede hacer o decir (Lasheras y Pires, 2003). Como resultado, la tensión aumenta y se acumula.
- 2 Explosión o agresión:** Estalla la violencia y se producen las agresiones físicas, psicológicas y sexuales. Esta fase suele ser corta y aquí se da la mayor probabilidad de sufrir lesiones graves o de alto riesgo para su vida. Suele ser en esta fase cuando la mujer denuncia o pide ayuda.
- 3 Calma o reconciliación o luna de miel:** En esta etapa el agresor manifiesta que se arrepiente y pide perdón. Para evitar que la relación se rompa utiliza estrategias de manipulación afectiva (regalos, caricias, disculpas, promesas...). También suele transferir la culpa del conflicto a la mujer, negando su responsabilidad. Ella a menudo piensa que todo cambiará y, con frecuencia, retira la denuncia. Incluso rechaza la ayuda ofrecida por la familia o por servicios sociales y sanitarios. En algunas ocasiones busca justificaciones como que su pareja tiene problemas y que debe ayudarle a resolverlos. En la medida en que los comportamientos violentos se van afianzando y ganando terreno, la fase de reconciliación tiende a desaparecer y los episodios violentos se aproximan en el tiempo.

El ciclo suele comenzar de una forma insidiosa y sutil (maltrato psicológico mediante estrategias de control) afectando a la autoestima de la víctima. Después se suceden agresiones verbales que, unidas al maltrato psicológico, aumentan la intensidad del desprecio. Finalmente se produce la agresión física, aumentando tanto la intensidad como la frecuencia del maltrato. Es una escalada de violencia (Jáuregui, 2006).

Sin embargo, aunque el ciclo de la violencia es muy frecuente, no se observa en todos los casos. Recientemente se ha descrito otra forma de relación violenta donde hay una situación continua de frustración y amenaza, pero donde sólo de forma ocasional aparece la agresión física. Es la llamada «forma moderada de violencia», más difícil de detectar que las formas severas de abuso (CISNS, 2007).

Cabe destacar en el trabajo psicoterapéutico que la mujer maltratada puede acudir a consulta en una fase de “luna de miel”. Su pareja, en ese momento, es su “pareja ideal”. La expectativa de cambio, vuelve a parecer posible, incluso segura. Cualquier decisión tomada en sesiones anteriores puede rechazarse ahora. La apuesta de vida y de futuro fue fuerte y quieren seguir luchando para conseguir restablecer su relación.

IV. CONSECUENCIAS

IV.1. Consecuencias generales

Las mujeres maltratadas presentan mayor número de enfermedades y consumen más, ansiolíticos, antidepresivos y analgésicos, así como alcohol y otras drogas (Raya, 2004). La enfermedad asociada con mayor frecuencia es el trastorno por estrés postraumático seguido de depresión, ansiedad y problemas de tipo osteo-muscular.

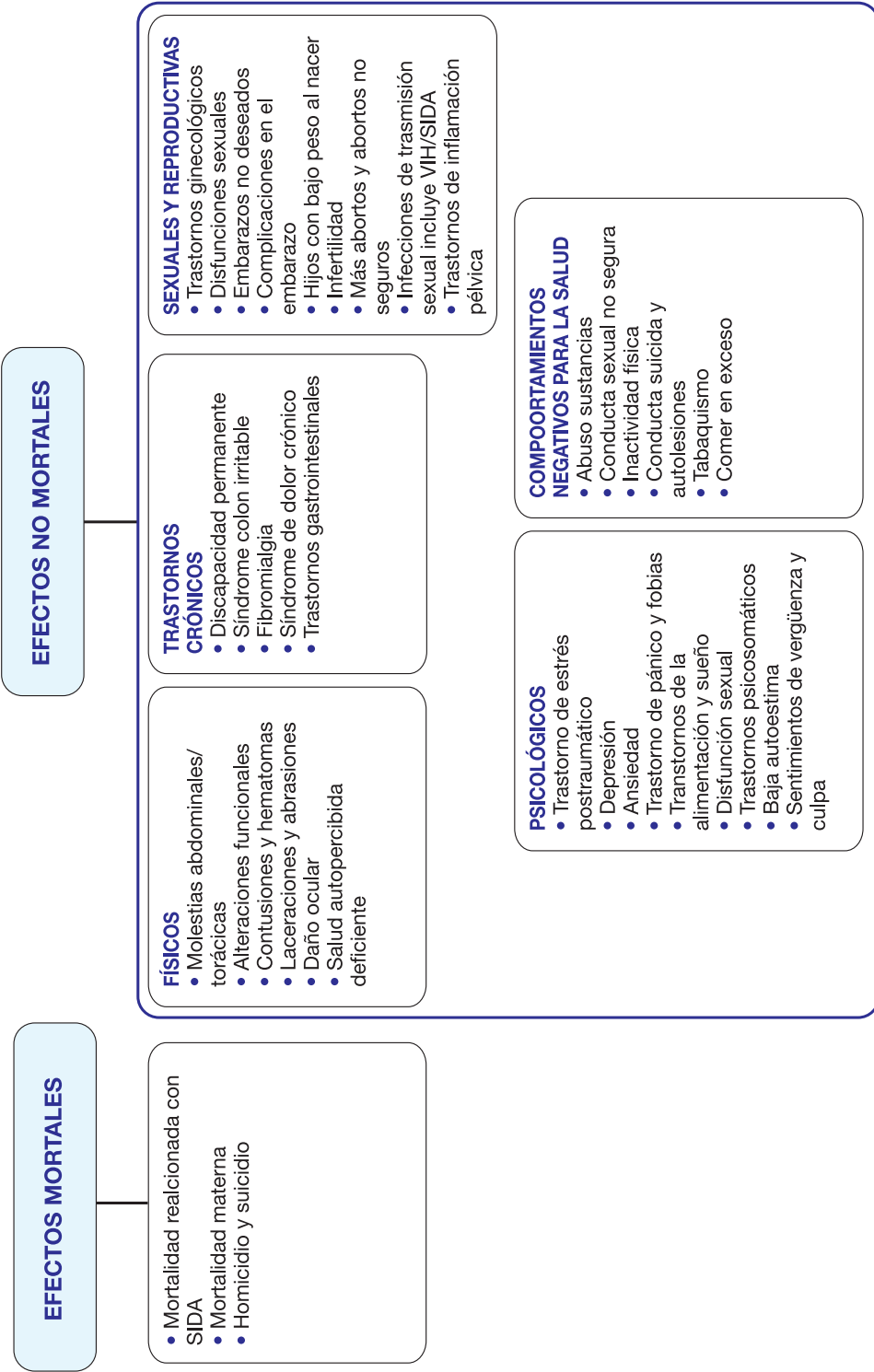
Hacer tratamientos sintomáticos sin que la mujer descubra la relación entre sus síntomas y su situación de maltrato, favorece la iatrogenia y la sobremedicación, contribuyendo a la opacidad de la violencia y generando un gasto sanitario inútil.

Los efectos del maltrato en las mujeres pueden dividirse entre mortales y no mortales (Heise, Ellsberg, y Gottemoeller, 1999; ilustración 14). Entre los efectos mortales que el maltrato puede ocasionar están el homicidio y el suicidio. Los efectos no mortales incluyen tanto alteraciones físicas y trastornos crónicos como alteraciones para la salud mental de las mujeres.

Ante la violencia física la reacción inmediata es de miedo, negación, confusión, desesperanza... entre otras emociones. Hay enfermedades consecuencia del maltrato cuya relación con el mismo es necesario desvelar. Se trata de alteraciones funcionales, no fácilmente diagnosticables, como por ejemplo son los síntomas físicos sin causa orgánica. También es necesario desvelar la relación que ciertos tienen o pueden tener trastornos crónicos (como síndrome del intestino irritable, fibromialgia, síndromes dolorosos crónicos o trastornos gastrointestinales) con la violencia padecida de forma prolongada (Heise et al, 1999).

Otras consecuencias tienen que ver con el estilo de vida: comportamientos perjudiciales para la salud como tabaquismo, abuso de drogas y alcohol, comportamientos sexuales arriesgados, inactividad física, abuso de psicofármacos, etc. (Fajardo, Fernández y Escobar, 2002). También con problemas en la salud reproductiva como embarazos no deseados, trastornos ginecológicos, abortos peligrosos, complicaciones en el embarazo, abortos y partos de niños con bajo peso o enfermedad inflamatoria pélvica (Heise et al, 1999).

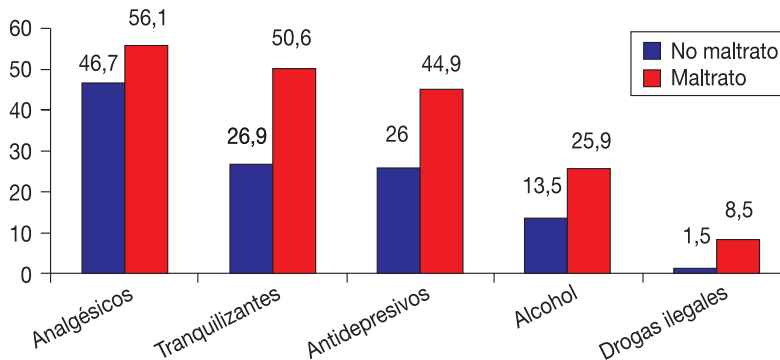
Ilustración 14. Consecuencias en la salud de la mujer maltratada.



Apartado de: OMS (2002) Word report on violence and health y Heise, Ellisberg y Gottemoelle (1999).

Las consecuencias del sufrimiento provocado por la violencia generan malestar general y mala salud percibida (el 62% en las mujeres que sufren maltrato frente al 40% en las que no lo sufren). Esto ocasiona un mayor consumo de recursos asistenciales, farmacológicos y abuso de sustancias (Ilustración 15).

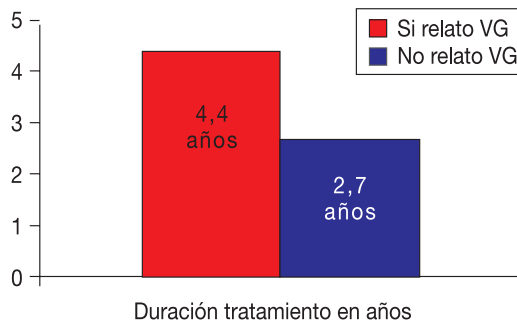
Ilustración 15. Consumo de fármacos, alcohol y drogas ilegales en los últimos 3 meses y maltrato en mujeres en atención primaria de Andalucía, 2004.



(Raya et al, 2004)

En las pacientes de salud mental con relato de maltrato la duración media del tratamiento es significativamente superior con respecto a las mujeres en que no hay relato (Ilustración 16).

Ilustración 16. Duración media del tratamiento de las mujeres en salud mental.



T (611)=7.818: p <.001
(Garriga et al, 2009)

IV.2. Consecuencias de la violencia física

Quando se trata de lesiones las consecuencias son obvias para la salud física de la mujer, con el agravante de que puede querer disimular su origen. Estas consecuencias dependen de una manera importante de si la agresión es reciente y está en una fase aguda, o de si ya ha pasado un tiempo y las lesiones están en fase de remisión.

La importancia que la paciente le da a las lesiones físicas no depende sólo de la gravedad objetiva, sino de la fase en que se encuentra la relación. Al principio de la relación algunas mujeres, para justificar lo sucedido, tienden a buscar explicaciones en lo social y en otras cosas, como el alcohol, problemas laborales, económicos, etc..

Generalmente la violencia física va acompañada de violencia psicológica en la inmensa mayoría de los casos. Por tanto, además del shock traumático que originan las heridas, siempre podremos observar otros síntomas concomitantes y dependientes directamente de los abusos soportados, sean visibles o invisibles.

Se trata de un cuadro sintomático que describe bien el trastorno por estrés postraumático, ya sea completo o por diversas agrupaciones de síntomas, tanto si es reciente como si ha pasado un tiempo considerable.

IV.3. Consecuencias de la violencia psíquica

En el DSM-IV el trastorno por estrés postraumático ya no exige **un acontecimiento extraordinario e inesperado necesariamente**, representando bastante bien la mayoría de las consecuencias psicológicas derivadas del maltrato. Los síntomas de **reexperimentación** mantienen el sufrimiento en su máxima intensidad. Los de **evitación** provocan desconexión con ella misma y con lo que hay a su alrededor siendo responsables de la aparente pasividad de las mujeres. Los de **activación** suponen una imposibilidad de reponerse. Todo junto proporciona una **aparición trastornada y paradójica** de la máxima intensidad.

Generalmente aparece sintomatología concomitante de tipo **depresivo y ansioso**. Es frecuente la ideación suicida y el consumo de sustancias, probablemente como amortiguador de la sintomatología postraumática y depresiva.

Una consecuencia especialmente importante es la **desesperanza**, tanto para la vida en general como para la capacidad de afrontar la situación de sufrimiento que padece. Igualmente es muy frecuente la disminución de la **autoestima**. La desesperanza y la falta de autoestima derivan en una pérdida de la **capacidad y poder para gobernar la propia vida** que está siendo gobernada por el maltratador.

IV.4. Consecuencias de la violencia sexual

El abuso sexual y la violación provocan multitud de consecuencias graves y de larga duración. Además de los síntomas físicos y psicológicos en la esfera sexual se presentan en forma de anhedonia y anorgasmia que pueden mantenerse mucho tiempo después de que haya cesado la relación de maltrato. En este sentido puede perdurar miedo a que se repitan estas conductas en ella o en sus hijos/as.

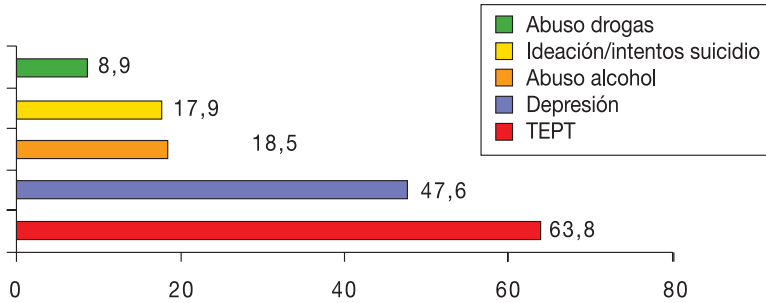
IV.5. Consecuencias del maltrato para la salud mental

No existe un perfil psicológico de mujer que desencadene maltrato por parte de su pareja. Pero del maltrato sí se derivan numerosos síntomas y/o síndromes relacionados con la salud mental. Existen factores de vulnerabilidad que aumentan la probabilidad de mantener relaciones de pareja perjudiciales para la mujer.

En la investigación de la relación del consumo de drogas con el maltrato, se considera generalmente que las dependencias podrían ser una forma de reducir la intensidad de algunos síntomas de cualquiera de los síndromes de estrés postraumático que se han definido (Herman, 1999; Rincón, 2003).

Las repercusiones psicopatológicas más frecuentes son el trastorno por estrés postraumático (TEPT), que afecta a casi dos tercios de las víctimas y la depresión. Otros trastornos frecuentes son el abuso de alcohol y de drogas, y el suicidio (Ilustración 17).

Ilustración 17. Repercusiones psicopatológicas asociadas a la violencia de género



(Adaptación del metanálisis de Golding, 1999)

La prevalencia de TEPT sólo es comparable a las que aparecen en los estudios sobre excombatientes (50%) refugiados de guerra (54-93%) o internados en campos de concentración o exterminio (51-65%). También son frecuentes las fobias y trastornos por ansiedad junto con los problemas de imagen corporal. Entre la población de mujeres maltratadas existe una proporción cuatro veces mayor de trastornos de la conducta alimentaria que en la población general. Se mencionan las disfunciones sexuales que constituyen una secuela, aún habiendo cesado la relación de maltrato (Bados, 2009).

La reacción principal y estructurante de la respuesta de las mujeres a la situación de maltrato es el miedo y, en consecuencia, los síndromes de clasificación diagnóstica más frecuentes son la reacción por estrés agudo (CIE-10 F43.0) el trastorno por estrés postraumático (CIE-10, F43.1) y los trastornos de adaptación (CIE-10, F43.2).

Los síndromes de estrés postraumático definen bien el estado sintomático de las mujeres sobre todo cuando se trata de una relación de abuso de larga duración (Villavicencio y Sebastián, 1999; Montero, 2001; Walker, 1991). Del 45% al 85% de las mujeres maltratadas padece TEPT (Echeburúa, Corral y Amor, 1998, 2002; Levendosky y Graham-Bermann, 2001). En la mitad de los casos el TEPT se cronifica.

Como ya hemos señalado, el trastorno por estrés postraumático tal como aparece en el DSM-IV, en el que ya no se trata necesariamente de un acontecimiento extraordinario e inesperado, representa bien la mayoría de las consecuencias psicológicas. Los síntomas de reexperimentación de los acontecimientos traumáticos, flasback, pesadillas y otros, mantienen actualizado el miedo y, por tanto, la mujer permanece en una situación de alerta, continuando el sufrimiento. Los síntomas de evitación o constricción provocan rechazo a recordar situaciones y/o acontecimientos traumáticos dando lugar a una desconexión consigo misma que puede llegar a producir síntomas disociativos. Los de activación suponen una hiperactivación fisiológica que altera el sueño y le impide recuperarse. Todo ello da lugar a que la mujer se comporte de forma paradójica dada la desesperanza derivada de la indefensión aprendida. (Walker L. 1991)

IV.5.1. Aspectos particulares del TEPT en la violencia de género

El estrés postraumático es el cuadro que mejor recoge las consecuencias de las relaciones de maltrato, tanto físicas, como sexuales y psicológicas. Pero conviene examinar características diferenciales respecto a otras situaciones traumáticas. El maltratador (secuestrador, acosador) aísla, denigra y culpa de su propio daño a la víctima. Lo peculiar de la violencia de género es que se dan conjuntamente amor, sexualidad y maltrato. Esto la convierte en algo singular, tanto más cuando la relación es prolongada.

En los estudios realizados en TEPT con mujeres maltratadas, predominan los síntomas de reexperimentación e hiperactivación, por encima de los de evitación (Echeburúa, Corral y Amor, 1998). En las tres principales subescalas del test de Echeburúa la relación de síntomas más repetidos son:

- **Reexperimentación:** Malestar psicológico al recordar el trauma, recuerdos intrusivos y malestar fisiológico al recordar la situación traumática.
- **Evitación:** Evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas a lo vivido, pérdida de interés en actividades significativas y restricción de la vida afectiva.
- **Aumento de la activación:** Problemas para conciliar o mantener el sueño y dificultades de concentración, si bien todos los síntomas de esta subescala están presentes en más del 50% de las participantes.

Entre los síntomas menos frecuentes se han encontrado amnesia eventual, sentimientos de distanciamiento de los otros y sensación de futuro desolador (Mc Millen, North y Smith, 2000).

En algunos estudios, como consecuencia de la situación de maltrato, se constata **un porcentaje elevado de cronicidad**. Cuanto más tiempo dura la relación con el maltratador más fácilmente aparece el TEPT, habiendo un 67% de mujeres diagnosticadas de TEPT y tan sólo un 15% con el subsíndrome del TEPT, es decir el SEPT. (Rincón, Labrador, Aranero y Crespo, 2004). Este porcentaje de TEPT en mujeres maltratadas es más elevado que el encontrado en personas que sufren otra clase de experiencias traumáticas.

Mantenerse en la relación de maltrato puede cronificar el trastorno psicopatológico asociado. Algunas de las razones por las que la mujer se mantiene en este tipo de relación son:

1. La proximidad afectiva inicial con el agresor, por lo que es más probable que le perdone o simplemente intente negar la evidencia en las primeras agresiones.
2. La dependencia económica del agresor, que le obliga a mantenerse en la situación.
3. El desprestigio social que implica para ella, que en la mayoría de las ocasiones es vivida con sentimiento de culpa o vergüenza por lo sucedido.
4. La influencia familiar y social para que no deje a su pareja, con frases como “no le des importancia” o “ya se le pasará” (Rincón et al, 2004).

IV.5.2. Subsíndrome de estrés postraumático (SEPT).

El **Subsíndrome de Estrés postraumático (SEPT)** se caracteriza por:

- Presencia de uno de los síntomas de reexperimentación (*criterio B*, necesario para el diagnóstico del TEPT, según el DSM-IV) y

- *Cumplir el criterio C* (al menos tres de los síntomas de evitación) o *el criterio D* (al menos dos síntomas de incremento de la activación) pero nunca ambos.

Este subsíndrome permite diagnosticar efectos traumáticos en un breve intervalo tras el acontecimiento. En menos de un mes un SEPT puede convertirse en un TEPT. La probabilidad aumenta cuanto mayor es el tiempo que transcurre (Blanchard, Hickling, Barton, Taylor, Loos, y Jones-Alexander, 1996). En la población de mujeres maltratadas es probable que aparezca el SEPT como paso previo o alternativo al TEPT (Rincón et al, 2004)

IV.5.3. Trastorno por estrés traumático complejo (DESNOS).

En las mujeres maltratadas es frecuente encontrar un síndrome traumático muy similar al TEPT denominado **Trastorno por estrés traumático complejo** (Herman, 2004). El TEPT complejo de Herman, también denominado **DESNOS** por sus siglas en inglés (Disorder Of Extreme Stress Not Otherwise Specified) requiere de una historia de “sometimiento a un control totalitario por un periodo de tiempo prolongado” lo que se ciñe perfectamente a las circunstancias habituales de la violencia machista (Asensi y Araña, 2006).

La diferencia entre TEPT y DESNOS estriba en los síntomas adicionales de éste último. Por un lado, depresión y ansiedad y, por otro, distorsiones cognitivas muy significativas (en concreto idealización del maltratador) y síntomas de disociación, también descritos por otros autores (Levendosky y Graham-Bermann, 2001).

El DESNOS también se aplica al abuso infantil prolongado, a rehenes y prisioneros de guerra en situación de encierro prolongado y a la explotación sexual organizada (trata de blancas).

Para Herman no se trata de víctimas, sino de supervivientes de la violencia. Han tenido que hacer frente a situaciones de coerción con pérdida completa de la libertad y del poder para controlar la propia vida por un tiempo prolongado, cursando esta situación con miedo, pánico u horror. Estas respuestas, que deberían conducir a la huida o la lucha, han sido inútiles (o la persona cree que no han servido para nada).

El síndrome de estrés traumático complejo (DESNOS) comprende:

- **Alteraciones en la regulación de las emociones:** disforia persistente, impulsos suicidas, autolesiones, ira explosiva o sexualidad compulsiva y/o inhibida.
- **Alteraciones de la conciencia:** amnesia de los acontecimientos traumáticos, episodios disociativos pasajeros, despersonalización/desrealización, revivir experiencias tanto en la forma del TEPT, como en forma de preocupación reflexiva.
- **Alteraciones de la percepción de sí misma:** sensación de indefensión o parálisis de la iniciativa, vergüenza, culpa, sensación de profanación y estigma, sensación de absoluta diferencia con respecto a otros (puede incluir la sensación de ser especial, de absoluta soledad, la convicción de que nadie podría comprenderla, o la identidad no humana).
- **Alteraciones de la percepción del perpetrador:** preocupación por la relación con él (incluye la preocupación por la venganza), atribuirle de forma no realista un poder total (cuidado: la valoración que la mujer hace de la realidad del poder puede ser más realista que la del médico), idealización o gratitud paradójica, sensación de una relación especial o sobrenatural, aceptación de su sistema de valores o de sus racionalizaciones.

- **Alteraciones en la relación con los demás:** Aislamiento y distanciamiento, perturbaciones en las relaciones íntimas, búsqueda constante de un rescatador (puede alternarse con aislamiento y distanciamiento) desconfianza persistente, fracasos repetidos en la autoprotección.
- **Alteraciones en los sistemas de significado:** Pérdida de sensación de apoyo, sensación de indefensión y desesperación.

Este síndrome enfatiza las alteraciones en la percepción de sí misma y del maltratador, además de señalar las alteraciones de conciencia. También nos hace ver la importancia que tienen los síntomas evitativos o constrictivos en el estado de la mujer maltratada, frente a otras descripciones como las de Echeburúa y Corral. (1998) que conceden menor importancia a estos síntomas. Acaso la diferencia estribe en la cronicidad del cuadro que describe Herman, siendo los síntomas evitativos o constrictivos los responsables de que la mujer pueda parecer pasiva o incluso masoquista.

Igualmente llama la atención la presencia de síntomas disociativos entre otros síntomas de alteración de la conciencia, que a veces no son destacados por otras teorías y síndromes, aunque sí en nuestro medio (Orengo, 2006). A la vez es congruente con la teoría del síndrome de Estocolmo y con la teoría de la persuasión coercitiva (ver más adelante).

La diferencia entre el TEPT, el SEPT y el TEPT complejo o DESNOS radica en que el SEPT no requiere obligatoriamente síntomas del grupo B o C, sino de un grupo o del otro. El TEPT complejo describe mejor que los anteriores los estados subjetivos que produce el **miedo prolongado** porque se trata de una situación crónica, caso típico en las relaciones de violencia de género.

Además de las descripciones al uso en las clasificaciones internacionales de enfermedades, existen otros síndromes y clasificaciones que aportan aspectos parciales sobre las consecuencias psicológicas del maltrato al no limitarse a la descripción de los síntomas.

IV.5.4. Clasificación de Sluzki

Sluzki hace una clasificación escalonada de las consecuencias psicológicas de la violencia en función de la habitualidad y de la intensidad de las amenazas y el miedo que producen.

Describe un **maltrato cotidiano**, de baja intensidad pero habitual, que no se percibe como tal, ya que culturalmente se considera normal en las relaciones de pareja. Este maltrato puede estar detrás del malestar de muchas mujeres que acuden a consulta y son diagnosticadas, por ejemplo, con trastorno ansioso depresivo o distimia. Este maltrato cotidiano linda en su gravedad y visibilidad con los denominados síndromes del malestar biopsicosocial de las mujeres (Cánovas, S. 2007).

Cuando las amenazas son poco intensas, o tras las primeras agresiones, los efectos del maltrato se limitan a la existencia de disonancia cognitiva, sentimientos de sorpresa, shock, confusión, impotencia, desamparo y desvalimiento. Junto con estos aparecen síntomas de ansiedad, irritabilidad y manifestaciones psicósomáticas que generalmente no llegan a Atención Primaria.

Cuando la intensidad y la frecuencia de las amenazas, y en consecuencia el miedo, aumentan, van apareciendo reacciones de estrés más intenso.

Si la violencia alcanza **un grado máximo** y es extrema, porque implica un riesgo grave para la integridad física o la vida, puede producirse un fenómeno de inundación o parálisis que **maximiza la impotencia**. En esta situación es muy probable la aparición del trastorno por estrés postraumático.

Cuando las amenazas son muy intensas y **persistentes** se produce el **lavado de cerebro**. La consecuencia inmediata es la identificación con el agresor asumiendo sus creencias para lograr una mejor defensa del self. Conlleva una severa inestabilidad emocional. Como consecuencia se produce un estado de **embotamiento-sumisión** o entumecimiento psíquico. La mujer se olvida de sus propias necesidades y sentimientos (incluso llega a relegar el dolor) identificándose con las necesidades y sentimientos del agresor y adoptando una actitud sumisa. Este estado se asemeja a los síntomas de evitación del TEPT. El miedo y la desconfianza son extremos.

IV.5.5. Síndrome de Estocolmo doméstico (SIES-d)

Se denomina así porque, tras un atraco a un banco de Estocolmo, una cajera se enamoró de uno de los atracadores. Sandor Ferenczi (1873-1933) llamó a este mecanismo de defensa identificación con el agresor, vínculo que se crea cuando una persona se encuentra impotente frente a su agresor en una situación donde su vida corre peligro.

El SIES-d es un vínculo interpersonal de protección, construido entre la mujer y su agresor, en el marco de un ambiente traumático y de restricción estimular, a través de la inducción en la mujer de un modelo mental (red intersituacional de esquemas mentales y creencias). La mujer sometida a maltrato desarrollaría el síndrome de estocolmo para proteger su propia integridad psicológica y recuperar la homeostasis fisiológica y conductual. (Montero, 1999)

El síndrome abarca cuatro fases:

1. Fase desencadenante.

Las primeras agresiones físicas rompen el espacio de seguridad previamente construido por la pareja sobre la base de una relación afectiva (espacio donde la mujer había depositado su confianza y expectativas). Está ruptura desencadena en ella un patrón general de desorientación, pérdida de referentes, reacciones de estrés con tendencia crónica y depresión.

2. Fase de reorientación.

La mujer busca nuevos referentes de futuro y trata de efectuar un reordenamiento de esquemas cognitivos para evitar la disonancia entre la elección de pareja y la realidad traumática que está viviendo. Se autoinculpa de la situación y entra en un estado de indefensión y resistencia pasiva.

3. Fase de afrontamiento

La mujer busca vías de protección de su integridad psicológica, tratando de manejar la situación traumática, asumiendo el modelo mental de su pareja.

4. Fase de adaptación

Proyecta parte de la culpa al exterior o hacia otros, como si la conducta agresiva que exhiben hacia ellas fuera el producto de una sociedad injusta (un jefe dictador, paro,

enfermedad o minusvalía física, alcohol...). De forma paradójica, la mujer defiende a su agresor y el SIES-d se consolida a través de un proceso de identificación con el modelo mental explicativo de la pareja.

IV.5.6. La teoría de Graham

Graham y Rawlings (1991) diseñaron su teoría para detectar la aparición de síntomas del síndrome de Estocolmo en mujeres jóvenes sometidas a abuso por parte de sus compañeros. Está basada en la idea de que el síndrome es el producto de un tipo de estado disociativo que lleva a la víctima a negar la parte violenta del comportamiento del agresor mientras desarrolla un vínculo con el lado que percibe más positivo.

IV.5.7. La teoría del ciclo de violencia de L. Walker

Se trata de una teoría que explica tanto las consecuencias psicológicas como el modo en el que esas consecuencias psicológicas contribuyen a explicar el mantenimiento en la relación de maltrato.

Lenor Walker, utilizando el modelo de la teoría del aprendizaje social, mantiene que las mujeres maltratadas no pueden visualizar alternativas para salir de esta situación. El maltrato se produce al principio de la relación y los intentos iniciales para cambiar la situación fracasan (Walker, 1979). Fue la primera autora que habló del síndrome de la mujer maltratada.

La teoría del ciclo de la violencia machista diferencia tres fases (Walker, 1984):

1. **Tensión:** existe una escalada gradual de irritabilidad por parte del hombre, sin motivo comprensible para la mujer, con discusiones donde aparecen la violencia verbal y ademanes premonitorios de agresión física. La tensión sigue aumentando hasta pasar a la siguiente fase.
2. **Agresión:** estalla la violencia con agresión física, psíquica y/o sexual. Suele ser la fase donde la mujer denuncia o pide ayuda.
3. **Calma o "luna de miel":** desaparecen la violencia y la tensión, y el agresor pone en marcha estrategias de manipulación afectiva y falso arrepentimiento, lo que hace difícil la decisión de la mujer de romper con la situación. Esta fase durará cada vez menos tiempo hasta desaparecer por completo

IV.5.8. Teoría de la dependencia psicológica

Strube (1988) señala que la mujer permanece en la relación violenta por el compromiso establecido a través del matrimonio. Se basa en tres modelos teóricos, la teoría de la acción razonada, la teoría de los costos y beneficios y la teoría de la dependencia psicológica. Según el autor la mujer únicamente saldrá de la relación violenta después de comparar las consecuencias positivas y negativas y del apoyo que reciba de sus seres queridos.

IV.5.9. Teoría de la unión traumática

Dutton y Painter (1981a, b) señalan que el desequilibrio en el poder e intermitencia en el tratamiento bueno-malo son los dos factores que provocan que la mujer maltratada desarrolle un lazo traumático con el agresor a través de conductas de sumisión, lealtad y docilidad.

IV.5.10. La teoría de la indefensión aprendida de Seligman

Cuando una persona se enfrenta a un acontecimiento que es independiente de sus respuestas, aprende que es incontrolable.

De esta teoría partió L. Walker para concluir que las actitudes pasivas de la mujer lo eran sólo después de haber ensayado activamente todo el repertorio de habilidades personales para defenderse y anticiparse a las agresiones. Como consecuencia, la mujer aprende que está completamente indefensa porque, haga lo que haga, el maltrato es imprevisible y continuará.

IV.5.11. Persuasión coercitiva

Se trata de un síndrome descrito por vez primera por Schein en 1961. En la persuasión coercitiva la persona destinataria es física o psicológicamente sometida a continuas situaciones de presión para su «desocialización» (Escudero et al, 2005a).

Boulette y Andersen (1985) describen diversas «estrategias coercitivas»:

Dominación: se da desde las primeras fases de la relación por el hombre a través de actos psíquicos y físicos, malinterpretados por la mujer bajo la representación de «hombre con carácter».

Aislamiento/aprisionamiento: produce una escalada en el miedo y su mantenimiento.

Inducción de culpa.

Expresión contingente de «amor». Que genera lealtad al agresor y autodenuncia, lo cual las autoras lo asemejan al Síndrome de Estocolmo.

Promoción del sentimiento de incapacidad e indefensión (relacionado con la indefensión aprendida de Seligman).

Expresión patológica de celos.

Reforzamientos intermitentes: a través de comportamientos que generan esperanza y exigencia de secreto.

Biderman elabora un catálogo de mecanismos de coerción que funcionarían como estrategias coercitivas para conseguir el control completo sobre una persona (Biderman y Zimmer, 1961):.

1. **Aislamiento**

Con el aislamiento se consigue hacer a la mujer dependiente del maltratador.

2. **Monopolización de la percepción**

El maltratador demanda atención mediante quejas y órdenes. Así le hace creer que no le presta suficiente atención o que es incapaz. Intenta promover en la mujer la

introspección permanente y culposa para hacer las cosas supuestamente bien, y la mujer acaba centrándose exclusivamente en lo que interesa al maltratador. Además puede criticar y frustrar todas las iniciativas que no estén de acuerdo con la sumisión que se le exige. El cuestionamiento de las habilidades físicas y mentales de la mujer la debilita para resistir la coerción.

3. **Amenazas:**

Cultivan la ansiedad y desesperación activando los mecanismos del miedo.

4. **Indulgencia ocasional:**

Los maltratadores alternan las actitudes coercitivas con momentos de provisión de bienestar y de reforzamiento positivo ante las conductas sumisas.

5. **Demostración de omnipotencia:**

Con las demostraciones de omnipotencia se recuerda que es alguien temible y que tiene el control. Refuerza la indefensión aprendida demostrando la inutilidad de resistirse y oponerse, favoreciendo la completa sumisión.

6. **Degradación:**

Hace creer que es peor resistirse que ceder.

IV.5.12. Conclusiones

Si bien el TEPT refleja bien el aspecto sintomático de los efectos del maltrato, los síndromes arriba mencionados nos ayudan a comprender el conjunto de factores por los que una mujer continúa en este tipo de relación. Para situarnos psicoterapéuticamente es necesario conocer la relación de causalidad entre estrategias de abuso, coerción o dominación del maltratador, el ciclo de la violencia y sus consecuencias psicológicas en el contexto de una cultura machista.

La escucha de los episodios violentos vividos nos permitirá ver la telaraña en la que está inserta la mujer y reconocer los mecanismos de coerción y control a los que le ha sometido su pareja. Así podrá contar lo que está ocurriendo y recabar el apoyo de la familia, los amigos, los profesionales y la sociedad en general.

IV.6. Consecuencias de la violencia sobre los/las menores

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) pone de manifiesto los graves efectos nocivos que causa en los/as menores la exposición a la violencia de género en el ámbito familiar sobre la salud, la supervivencia, el desarrollo y la dignidad. Como señala UNICEF, presenciar o escuchar situaciones violentas tiene efectos psicológicos negativos, aunque los descendientes no sean el objeto directo de las agresiones (UNICEF, 2006). La Convención Internacional de Derechos del Niño lo considera una forma de maltrato infantil y lo recoge en el artículo 19 como “violencia mental” (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1989).

Los hijos e hijas no son víctimas sólo porque sean testigos de la violencia entre sus padres, sino porque “viven en la violencia”. Son víctimas de la violencia psicológica y, a

veces, también física. Crecen creyendo que la violencia es una pauta de relación normal entre adultos (Save the children ONG, 2006). Si no se tratan de forma precoz y específica, las secuelas físicas y psicológicas permanentes que padecerán como consecuencia de esta violencia, tendrán una repercusión inmediata y a largo plazo en la utilización de recursos asistenciales sanitarios, sobre todo de salud mental (Aguilar, 2008).

Los/as menores que sufren violencia de género viven en una familia en la que su padre o la pareja de su madre es violento contra la mujer. Presencian actos violentos, gritos, insultos, ruido de golpes, sienten el miedo y la tensión en sus madres y están inmersos en el ciclo de la violencia. La probabilidad de que sufran maltrato físico, abusos sexuales y negligencia en estas familias es 15 veces mayor de lo normal (Unicef, 2006).

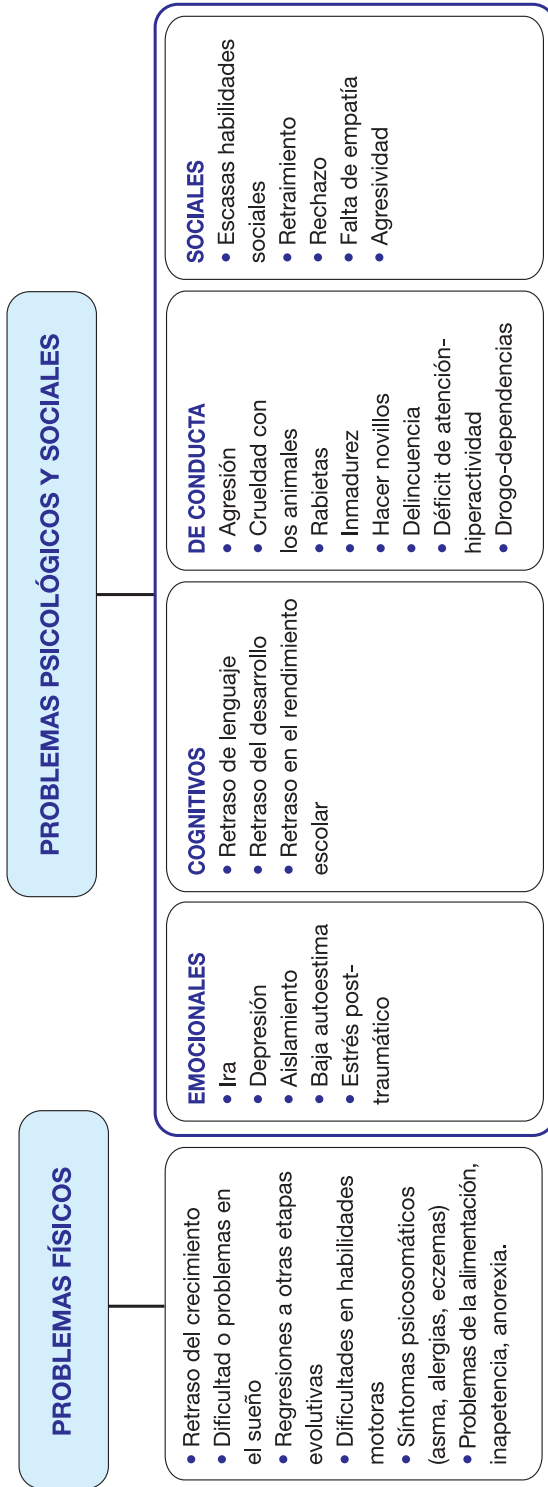
La Academia Americana de Pediatría (AAP) señala que “ser testigo de violencia domestica puede ser tan traumático para el niño como ser víctima de abusos físicos o sexuales” con repercusiones para su salud mental similares a la de niños víctimas directas de maltrato (Jaffe, Wolfe y Wilson 1986). Es una de las principales causas del TEPT en menores (Moreno y Pedreira, 1999). En los/las descendientes mayores el TEPT cursa con pesadillas sobre el trauma que pueden generalizarse en forma de monstruos, rescates espectaculares o amenazas sobre ellos o sobre los demás. En los más pequeños pueden aparecer juegos de carácter repetitivo desagradables que reflejan la reexperimentación del trauma. (Aguilar, 2009).

Los/las menores expuestos a violencia hacia su madre, desarrollarán creencias y valores asociados a violencia de género, tales como, “el hombre es el que manda”; “las mujeres son inferiores”; “si un hombre pega a una mujer es porque se lo merece”; “pegar a las mujeres es normal”; “si quieres que te respeten tienes que ser violento”... (Patró y Limiñana, 2005).

Desde 1997 hasta 2009 han muerto en España 80 niños por esta causa. Desde 1991 hasta esa fecha, las victimas infantiles por terrorismo fueron 20, lo que nos ayuda a reflexionar sobre la magnitud del problema (Aguilar, 2009).

Las alteraciones detectadas en las niñas/niños afectan a diferentes áreas: física, emocional, cognitiva, conductual y social (Wolak y Finkelhor, 1998). (Ilustración 18).

Ilustración 18. Consecuencias de la violencia en los hijos.



Wolak (1998)

V. INTERVENCIÓN CON MUJERES MALTRATADAS POR SU PAREJA

Se han publicado numerosos estudios sobre intervenciones con mujeres que han sufrido o sufren violencia por parte de su pareja. Podemos distinguir entre las que se dirigen a ayudarlas:

- **Indirectamente:** mejorando la respuesta del colectivo profesional con el que establecen contacto (como la introducción de protocolos de detección o la provisión de educación y capacitación acerca del abuso por parte de la pareja).
- **Directamente:** como intervenciones de defensa, psicoterapia....

V.1. Intervención indirecta

La investigación más reciente trata de dilucidar qué actuaciones deberían llevar a cabo el personal sanitario en general y algunos servicios en particular tales como urgencias, ginecología o salud mental.

Los estudios evalúan la adecuación de sistemas de detección precoz o cribado, así como la mejor manera de llevarlos a cabo. Determinan la mejor repuesta profesional en caso de cribado positivo, así como la mejor actuación para asegurar la vida de la mujer y evitar, en la medida de lo posible, nuevas agresiones.

V.2. Intervención directa

V.2.1. Intervención de defensa (ID)

Existe evidencia de que la ID intensiva en casas de acogida, reduce el abuso físico hasta dos años. Sin embargo, se desconoce su efecto sobre la calidad de vida y la salud mental de dichas mujeres. Para las mujeres que todavía viven con los agresores no hay pruebas suficientes para determinar si son efectivas intervenciones menos intensivas realizadas en ámbitos sanitarios (Ramsay et al, 2009).

La ID tiene como objetivo fortalecer a las mujeres (hablar con ellas sobre posibles soluciones, en lugar de ser directivo y decirle que hacer) ayudarlas a alcanzar las metas que se han fijado y a comprender y encontrarle sentido a la situación y sus respuestas a ella (Campbell y Humphreys, 1993) vinculándolas con los servicios comunitarios.

Las ID intensivas incluyen sesiones semanales durante un periodo de hasta 12 meses. Para ello:

1. Facilitan asesoramiento legal, económico y sobre alojamiento.
2. Facilitan acceso y uso de los recursos comunitarios, tales como refugios o albergues, alojamiento de emergencia e intervenciones psicológicas.
3. Proporcionan asesoramiento de planificación de seguridad.
4. Prestan apoyo constante y asesoramiento informal.

Según Wathen y McMillan (2003a, b) con la evidencia actual no se puede concluir que la permanencia en casas de acogida reduzca la violencia.

Sí hay pruebas de que las mujeres que han estado al menos un día recibiendo un programa de defensa y consejo en un centro de acogida, presentan un rango decreciente de reabuso y una mejor calidad de vida. En los estudios de seguimiento a seis meses y a tres años, no hay diferencias significativas en la recidiva de violencia. En cinco de los estudios, la intervención de defensa en mujeres que salen de casas de acogida está asociada con rangos mas bajos de violencia sufrida comparada con centros de acogida sin ID a los dos años de seguimiento (31% vs 37%; un estudio, n=278). Estos beneficios no fueron evidentes a los seis meses (en uno de los estudios, n=141) y no se mantenían a los tres años (en otro de los estudios, n=124). La tutoría más consejo para víctimas embarazadas se asocia con una reducción significativa en violencia a los dos meses, pero no a los 12, ni a los 18 meses, comparado con sólo consejo (en uno de los estudios, n=329). Los servicios sociales y policiales de extensión a victimas no reducen significativamente los rangos de recidivas (Sover et al. 2009).

V.2.2. Cribado y revelación

Preguntar en un cribado y poner de manifiesto la situación de abuso, al igual que revelarlo con la intervención enfermera como gestora de casos, se asocia con reducción de la violencia e incremento de conductas de seguridad (McFarlane, Groff, O'Brien and Watson, 2006). Una valoración sencilla del abuso y explicar la oferta de recursos disponibles puede interrumpir y prevenir la recurrencia de la violencia y el trauma asociado

V.2.3. Intervenciones psicoterapéuticas

Además de las intervenciones de defensa, existen varios tratamientos psicoterapéuticos, con propuestas similares. La mayoría provienen del ámbito de la psicología, aunque con aportaciones de trabajo social y componentes psicoeducativos. Suelen ser intervenciones breves, en grupo, generalmente ambulatorias, con uno o dos terapeutas (Echeburúa y Corral, 1998). El más frecuente es el “grupo de trabajo”. Tienen como objetivo, por un lado, la mejora de los niveles de salud física y psicológica y, por otro, la readaptación de las mujeres a su ámbito de vida cotidiano.

Según la revisión sistemática sobre prevención y tratamiento de la violencia contra las mujeres del grupo de trabajo canadiense de salud preventiva (2001) no hay suficiente evidencia para recomendar o no intervenciones específicas para mujeres expuestas a la violencia machista [I] fuera de las de defensa en casa de acogida [B, CTFPHC].

Aunque no existe mucha investigación controlada sobre la eficacia de las intervenciones terapéuticas, no se pone en duda su utilidad. Estos trabajos se han centrado en evaluar el cambio terapéutico del malestar general a través de variables como el TPET, la autoestima y/o depresión (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta 1996). Según la APA (1999) son fundamentales. Las intervenciones deben tratar los síntomas sin olvidar la dimensión psicosocial implicada, teniendo en cuenta otros aspectos como la integración en el mundo laboral, mejora de la autonomía, capacidad de resolución de problemas o adaptación a la vida cotidiana.

Entre las aportaciones que evalúan eficacia y obtienen resultados más positivos se recogen los trabajos de Echeburúa et al (1996) Kubany, Hill, Owens, Iannce-Spencer, McCaig, Tremayne et al. (2004) y Rincón (2003). En estos tres casos se utilizan programas multicomponentes cognitivo-conductuales diseñados para mujeres maltratadas con TPET (los dos primeros en formato individual y el tercero grupal). La sintomatología postraumática se reduce en un 97%, 87% y 91%, es decir, las mujeres que presentaban TPET dejan de cumplir criterios diagnósticos en el postratamiento y también mejoran las puntuaciones en depresión, autoestima y culpa. Los resultados se mantienen al año en el de Echeburúa y a los seis meses en Kubany.

La terapia de exposición (exposición sistemática a memoria traumática en entorno seguro) es bastante efectiva con mujeres atacadas sexual o no sexualmente, así como con mujeres que han sufrido abuso sexual en la infancia. La terapia de apoyo y consejo es menos efectiva que la exposición, pero es mejor que la no terapia (Foa y Street, 2001).

V.2.4. Terapia de apoyo y consejo

El Centro de efectividad clínica en la base de datos de evaluación de tecnologías sanitarias, compara la efectividad de las intervenciones de consejo, consejo más información sobre recursos, cartera servicios de los recursos, consejo de orientación feminista, y consejo de orientación breve, en cuanto a niveles de abuso posteriores notificados, uso de recursos, uso de policía, autoestima, autoeficacia y actitudes hacia el feminismo. Según tres de los cuatro estudios, la intervención produce un incremento de resultados positivos (Hender, 2001).

Los autores concluyen que hay poca evidencia sobre la mayoría de los tratamientos habituales para víctimas. Hay más pruebas que apoyan el uso de tratamientos para el trauma de la víctima y sobre el abuso de sustancias para maltratadores.

Sadowski (2009) en una revisión sistemática se pregunta que efectos producen las intervenciones iniciadas por los profesionales de la salud dirigidas a mujeres maltratadas por su pareja y concluye que el grado de evidencia es moderado y pueden ser beneficiosas las intervenciones de defensa, el consejo de cuidado más conciencia de peligro frente al consejo sólo, el consejo cognitivo-conductual frente al no consejo, la terapia cognitiva del trauma frente al no tratamiento, el apoyo del grupo de iguales y los planes de seguridad. En el resto de los casos se desconoce la efectividad en consejo versus no consejo, diferentes tipos de consejo versus otros y casas de acogidas, y es improbable que sea beneficioso el apoyo y guía de enfermería. Todo ello no superó la fuerza de evidencia moderada, o fue baja o muy baja.

V.3. Modelos de Intervención

V.3.1. Programa terapéutico de Echeburúa y Corral (1998)

Es un programa de corte cognitivo-conductual, muy flexible, que puede adaptarse a diferentes contextos. Incluye técnicas de expresión emocional, reevaluación cognitiva y entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento. Estas últimas son la fase más compleja, e incluyen los siguientes componentes:

- Adopción de medidas urgentes (en su caso) y búsqueda de soluciones alternativas.
- Entrenamiento en relajación y respiración.
- Habilidades de solución de problemas.
- Ayuda para recuperar gradualmente actividades gratificantes.
- Afrontamiento de conductas evitativas y/o de las preocupaciones reiterativas mediante técnicas de exposición y/o distracción cognitiva, respectivamente.

V.3.2. Modelo terapéutico Survivor Therapy Empowerment Program

Desarrollado por L. Walker (1991) para la recuperación de mujeres, incorpora tres elementos básicos: teoría del trauma, recuperación y superación y sus efectos post-traumáticos. Desde una perspectiva feminista proporciona apoyo, validación y empoderamiento de las mujeres que han sufrido violencia machista. Sigue un abordaje biopsicosocial, con intervención en los tres planos. Propone un programa (fundamentalmente para el TPET) basado en cinco puntos de tratamiento:

- La manipulación y el control externo que sufren las mujeres.
- Los síntomas de disociación.
- Los síntomas de rabia y miedo.
- La confusión entre la intimidad sexual y emocional.
- La sumisión y síntomas de resentimiento.

Según esta autora, la mayoría de las mujeres maltratadas no necesitan psicoterapia para curarse las heridas producidas por la violencia machista si cuentan con un sistema natural de apoyo por parte de la familia y amigos (Walker, 1999).

V.3.3. Modelo de Dutton-Douglas (1992)

Supone una aportación meramente descriptiva, haciendo referencia a las fases por las que pasa una mujer maltratada, crisis, transición y recuperación. Desarrolla una intervención para la fase de recuperación, para tratar de reestructurar e integrar el trauma en su vida habitual. Incluye cuatro componentes:

- Trabajo terapéutico con el trauma.
- Disminución de los síntomas específicos.
- Reestructuración cognitiva.
- Reconstrucción de una nueva vida.

V.3.4. Modelo de Web (1992)

Propone un programa de tratamiento individual, con una breve parte grupal al inicio. Se fundamenta en una buena alianza terapéutica y la intervención cognitiva en proceso de counseling. Las fases son:

- Establecimiento de la alianza terapéutica.
- Evaluación de síntomas.
- Identificación de objetivos.
- Diseño del plan de acción.
- Intervención cognitiva.
- Evaluación de logros conseguidos.

V.3.5. Programa de intervención de Villavicencio (2000)

Señala diez objetivos para la intervención:

1. Apoyo y comprensión y facilitarle un espacio para desahogo emocional.
2. Aumentar la seguridad de la víctima y de sus familiares.
3. Ayudarle a reestablecer el control sobre su propia vida tomando sus propias decisiones.
4. Hacerle comprender que ella no es responsable de la rabia ni de las conductas violentas de su pareja y que nadie tiene derecho a maltratarla.
5. Ayudarle a aclarar las expectativas de roles de género y mitos sobre la violencia machista.
6. Proporcionarle información sobre la violencia domestica y sus consecuencias.
7. Ayudarle a reconocer sus fortalezas y habilidades.
8. Ayudarle a expresar emociones, sobre todo los sentimientos contradictorios hacia el agresor.
9. Afrontar los sentimientos de pérdida y duelo en caso de separación.
10. Ayudar a la víctima a proyectarse hacia el futuro.

V.3.6. Modelo de Lundy y Grossman (2001)

Señalan como herramienta más útil la escucha respetuosa, que la mujer perciba que el terapeuta cree en su historia de malos tratos.

V.3.7. Tratamiento dirigido a las secuelas psicológicas

Programa dirigido a las secuelas padecidas por las mujeres que sufren violencia machista (TPET, trastornos adaptativos...). Los estudios coinciden en que la terapia cognitivo conductual (TCC) constituye el abordaje más indicado. En el caso del TPET, la TCC es considerada como tratamiento de elección (Foa, Friedman y Keane, 2000; Foa y Meadows, 1997; NICE, 2005). En estos se utilizan técnicas de exposición para tratar los síntomas positivos (flashbacks, pesadillas, respuestas exageradas de terror). El programa de “exposición prolongada” de Edna Foa y Barbara Rothbaum (1998) es el más

avalado por estudios empíricos. Sin embargo la técnica de exposición se realiza en pocas ocasiones y, si se lleva a cabo, puede que se piense y relate el trauma o experiencias traumáticas emocionalmente “despegadas” de la experiencia. En este sentido la realidad virtual (RV) puede ayudar a superar algunas limitaciones. La herramienta puede ayudar al relato y superación del maltrato. (Baños, Botella, Alcañiz, Guillén, García-Palacios y Quero,2010).

V.3.8. Modelo centrado en la comprensión de la violencia de género como vivencia traumática incorporando perspectiva de género (Escudero et al., 2005a,b).

Sigue una metodología de grupo de discusión de entre 8 y 10 miembros, abierto en el tiempo, de frecuencia semanal y con una hora y media de duración. Los objetivos son:

- Visibilizar la naturaleza de la relación abusiva.
- Ayudarlas a superar la negación.
- Superar la culpa.
- Superar las secuelas psicológicas producidas por el maltrato.
- Trabajar la reconstrucción de su identidad.
- Movilizar los recursos psíquicos que posee.
- Restitución de su red social.
- Pasar de la situación de víctima a superviviente.

Las pautas de intervención son las siguientes:

1. Establecer seguridad.
2. Establecer un vínculo de confianza con los profesionales.
3. Conectar los síntomas psicológicos con maltrato.
4. Reconstruir la experiencia traumática.
5. Reconectarlas con la vida social.

V.4. Intervención en Salud Mental: el modelo RADAR

Partiendo de los modelos de intervención examinados anteriormente, se ha propuesto el modelo RADAR adaptación del grupo de trabajo de violencia familiar de Filadelfia a la red de salud mental del servicio murciano de salud.

Antes de poner en marcha cualquier sistema de cribado, se recomienda realizar actuaciones previas de carácter formativo ya que el personal sanitario puede no considerar la violencia de género como un problema de salud, al estar inmerso en el mismo proceso de socialización que el resto de la sociedad. Creer que la violencia no es tan frecuente, intentar racionalizar la conducta del agresor, así como la experiencia personal respecto a las relaciones de pareja, pueden conducir a una doble victimización de la mujer (maltratada y culpada de su situación de maltrato). A esto se suma, a veces, el desconocimiento de estrategias para manejar estas situaciones, lo que dificulta la detección y visualización del maltrato. Para ello hacemos uso de

recomendaciones de guías de alta calidad y, aunque algunas versan sobre violencia doméstica, son perfectamente aplicables a la población de mujeres que sufren maltrato.

El colectivo profesional de la salud mental debe:

- Ser consciente de la naturaleza y prevalencia de la violencia doméstica.
- Conocer la dinámica de la violencia doméstica y cómo afecta a la seguridad y autonomía de pacientes afectados.
- Ser capaz de preguntar con sensibilidad sobre la violencia doméstica.
- Ser capaz de suministrar información sobre las distintas intervenciones.
- Ser capaz de realizar una valoración de riesgo y conocer los factores asociados al riesgo de incremento de la violencia, homicidio y suicidio. **[C, BMJ, GPC]**.

Existe evidencia acerca de recomendaciones en la práctica de la actividad de enfermería que, por consenso de nuestro grupo de trabajo, las consideramos adecuadas para el resto de profesionales de salud mental:

- Que enfermería realice una práctica reflexiva (introspección) para examinar hasta qué punto sus propias creencias, valores y experiencias influirían en el cribado **[B, RNAO]**.
- Deben existir programas de formación¹ en el centro diseñados para incrementar:
 - Habilidades y conocimientos del personal de enfermería.
 - Aumentar la conciencia y sensibilidad hacia la violencia de género. **[A, RNAO]**.
- También se recomienda que enfermería sepa qué documentar en el cribado para responder al abuso, así como sus obligaciones legales cuando alguien comunica un abuso **[C, RNAO]**.

No hay suficiente evidencia, ni a favor ni en contra, del cribado universal para detectar la violencia doméstica **[A, USPSTF]**. Una guía basada en el consenso de personas expertas en USA (2004) recomienda que, independientemente de la presencia o ausencia de indicadores de abuso, se realice el cribado de forma rutinaria.

Actualmente las mujeres que consultan en la red de salud mental y drogodependencias son consideradas población de riesgo de estar sufriendo violencia machista. Es bastante frecuente que no tengan conciencia de su situación de maltrato, que la minimicen o que no hablen de ello por diversos motivos. Si no se pregunta específicamente, el relato se retrasa hasta 16 meses de media en CSM/CAD (Garriga et al, 2009).

Por tanto, se recomienda preguntar sistemáticamente a todas las mujeres que consulten en nuestros servicios para detectar precozmente y mejorar la atención, evitando la revictimización, la cronificación y la yatrogenia. **[GPC]**

1. En la actualidad ya se han realizado cursos de sensibilización y de manejo terapéutico en salud mental por la Unidad de Docencia, Investigación y Formación de salud mental (UDIF>SM), y la Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación ha presentado un plan de formación para profesionales sanitarios para los próximos años (Plan integral de formación en violencia de género: PIFOVIG)

Para ello, utilizaremos una estrategia que podemos recordar fácilmente con el acrónimo RADAR. Este sistema, adaptación del desarrollado por el grupo de trabajo de violencia familiar de Filadelfia, empieza con la detección en la recogida de datos, realiza una adecuada entrevista y exploración, confirma la situación de violencia, valora los riesgos para la vida de la mujer y termina dirigiéndola a los recursos pertinentes.



RADAR

RADAR

Recogida de datos en salud mental.

Abordar con preguntas directas.

Diagnóstico confirmatorio.

Analizar la seguridad y el riesgo.

Respuesta sanitaria y social.

Radar: Recogida de datos en salud mental.

La acogida se realizará de la forma habitual en todos los casos. En el apartado “**situación actual socio-familiar**” pueden darse varias posibilidades:

1. Si la mujer relata de forma espontánea una situación de violencia pasada o presente lo anotaremos en la historia e informaremos al personal facultativo de referencia, considerándolo caso para seguir el protocolo en el punto D del RADAR (Diagnóstico confirmatorio).
2. Si no relata situación vivida de maltrato entre los datos recogidos en la acogida, pasaremos a la primera A del RADAR.
3. Si no tiene pareja actualmente pero la ha tenido en el pasado, pasaremos a la primera A del RADAR.
4. Si no tiene pareja ahora y no la ha tenido en el pasado, pero se recoge cualquier indicio, sospecha o duda razonable de maltrato doméstico o familiar (sufrido por ella y/o por niños o mayores vulnerables) acoso laboral o violación previa lo anotaremos en la historia clínica para que lo valore el personal facultativo de referencia. No seguiría la estrategia RADAR, sino la anamnesis habitual donde siempre conviene preguntar por otras posibles situaciones de violencia doméstica sufrida.

rAdar: Abordar con preguntas directas.

- Se recomienda que enfermería aplique un cribado universal rutinario para todas las mujeres **[B, RNAO]**.
- Enfermería desarrollará estrategias de cribado y la respuesta inicial responderá a las necesidades de las mujeres considerando las diferencias basadas en la etnia, clase, creencias religiosas, edad y orientación sexual **[C, RNAO]**.
- **Si en la actualidad tiene pareja**, las preguntas de cribado (WAST corto) se incluyen en la **entrevista de acogida** o re-acogida del centro (CSM/CAD, Unidades de rehabilitación) o bien, en un primer encuentro con la paciente (valoración en urgencias, al ingreso en planta...). De una forma natural, se pueden incluir estas preguntas en el apartado “situación actual socio-familiar” o similar.

VERSIÓN CORTA DEL WOMAN ABUSE SCREENING TOOL

(Fogarty y Brown, 2002)

1. En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?

Mucha tensión

Alguna tensión

Sin tensión

2. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:

Mucha dificultad

Alguna dificultad

Sin dificultad

Normas de corrección:

Se asigna una puntuación de “1” a las respuestas más extremas (mucha tensión y mucha dificultad) y una puntuación de “0” a las demás opciones de respuesta. La puntuación final oscila entre “0” y “2” y tanto las puntuaciones “1” como “2” son consideradas resultados positivos en el cribado.

- **Si en la actualidad no tiene pareja** pero la ha tenido en el pasado en el apartado de “Antecedentes personales” se puede incluir una pregunta acerca de si ha sufrido violencia por su pareja en el pasado, con una pregunta:

¿Hay alguna persona de una relación previa que le haya hecho sentir miedo?

En la primera entrevista se preguntará sistemáticamente a todas las mujeres a solas.

Para contestar con tranquilidad y sin ningún tipo de presión, necesita intimidad. Con el objetivo de conseguir esta privacidad, sin herir susceptibilidades, se puede comentar al acompañante que “necesitamos que nos conteste a alguna pregunta a solas”, y/o que “Esto se hace así siempre en todos los casos”...

En caso de dificultades de idioma, se recomienda utilizar un intérprete que sea independiente de la mujer.

En las consultas de revisión, si la pareja insiste en acompañar a la paciente, o lo tuvieran por costumbre, deberíamos dejar las preguntas para la siguiente entrevista programada y aprovechar para observar la actitud de la pareja.

Resultado del cribado:

1. Cribado positivo (o relata espontáneamente que ha vivido una relación en el pasado que le haya hecho sentir miedo):

- Anotar en la historia clínica.
- Si la mujer da detalles, anotar textualmente palabras o expresiones, entrecomillándolas y recoger lo sucedido pormenorizadamente. Esta información puede ser muy importante si se solicita un informe posterior.
- Comunicárselo verbalmente al profesional que va a hacerse cargo del caso.
- Pasar al paso D (Diagnóstico confirmatorio).

2. Cribado negativo:

- Si no hay indicador de sospecha (cuadro 1) se da por concluido el RADAR.
- Si el personal facultativo recoge algún indicador, o la mujer ya es paciente del centro o unidad antes de la puesta en marcha del cribado (revisiones, rehabilitación, observación en dispositivos de media o larga estancia, etc.) se explorará con preguntas sencillas y directas, de menos a más específicas (cuadro 2). Cada profesional utilizará aquellas preguntas que le resulten más fáciles según el clima de confianza con la mujer. Mantendremos la relación de empatía, transmitiendo la dificultad que reviste tratar estas cuestiones. Podemos abrir la posibilidad de hablar de estos temas en otro momento o, incluso, de acudir a asociaciones de mujeres de nuestro entorno.

Las diversas actuaciones en función del cribado se resumen en la ilustración 19 (pg. 73)

Cuadro 1. Indicadores de sospecha (adaptado CISNS).

- Antecedentes de malos tratos en la infancia.
- Antecedentes personales: lesiones frecuentes, abuso de alcohol/ drogas y /o medicamentos.
- Problemas gineco-obstétricos.
- Síntomas psicológicos: insomnio, depresión, ansiedad, TEPT, intento de suicidio, baja autoestima, agotamiento, irritabilidad, trastorno conducta alimentaria, labilidad emocional.
- Síntomas físicos: cefaleas, cervicalgias, dolor crónico, mareo, molestias gastro-intestinales o pélvicas, dificultades respiratorias.
- Hiperfrecuentadora de servicios sanitarios, abandono de tratamiento, incumplimiento de citas...
- Situaciones de vulnerabilidad y dependencia: situaciones de cambio vital y exclusión social.
- Información proporcionada por familiares o terceros.
- Características de las lesiones y de los problemas de salud**
- Actitud de la mujer**
- Actitud de la pareja
 - No querer dejarla sola durante la entrevista.
 - Controlar a su pareja con gestos, contestando siempre él.
 - Interrumpir para rectificar el relato de ella.
 - Mostrarse excesivamente preocupado o solícito con ella.
 - Mostrarse excesivamente despreocupado, minimizar síntomas.
 - Mostrarse violento verbalmente, hostil con ella o con el profesional.

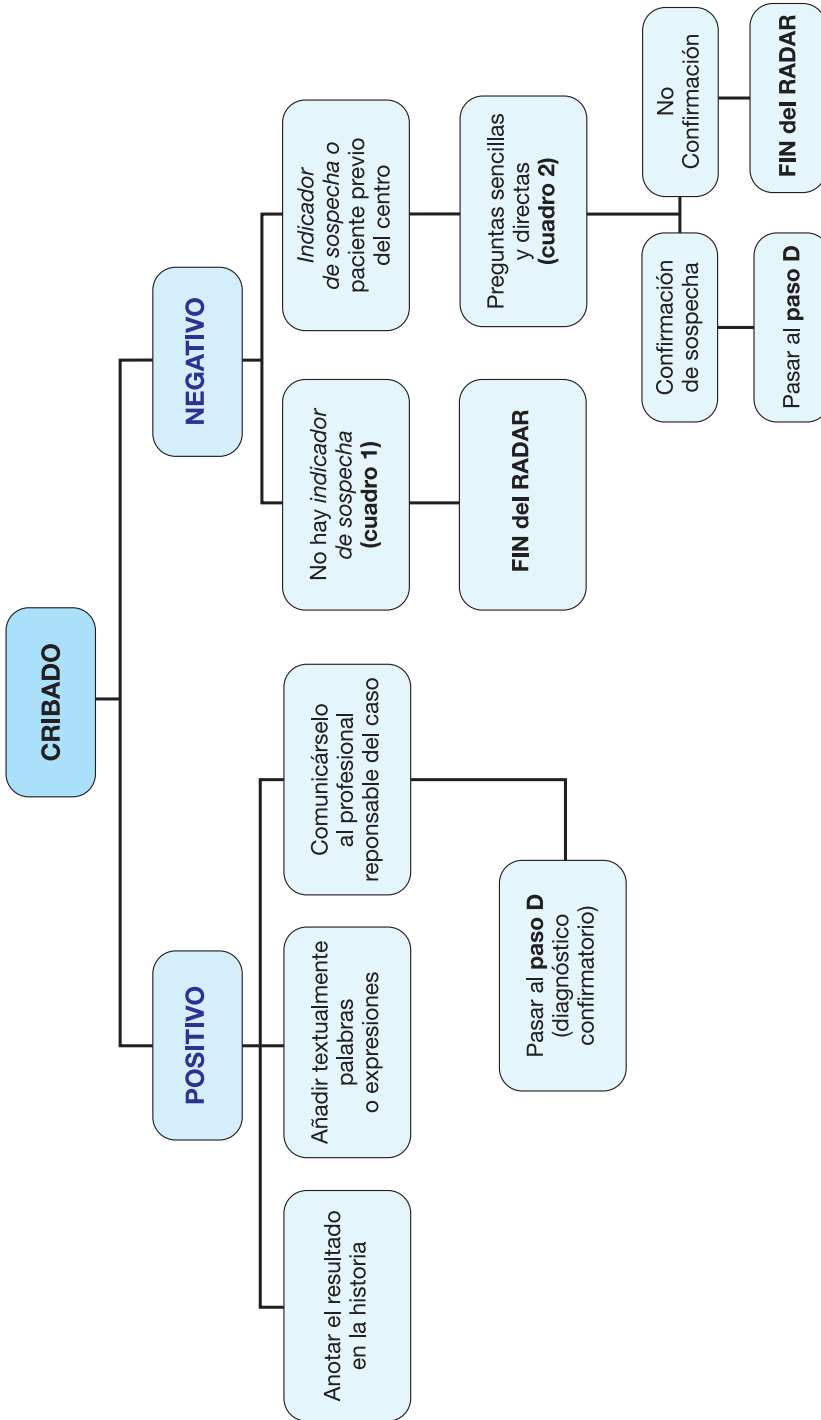
** Consultar protocolo CISNS para mayor detalle.

<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>

Cuadro 2. Modelos de preguntas a utilizar en consultas de revisión.

Con texto introductorio		
<p>“La violencia en la vida de la mujer es un problema frecuente y puede ser muy grave. Por eso, de forma rutinaria pregunto a todas mis pacientes si han sufrido o sufren algún tipo de violencia a lo largo de su vida”</p>		
Sin introducción		
1. Le veo preocupada.	5. ¿Ha sentido miedo alguna vez?	9. ¿Le ha amenazado alguna vez?
2. ¿Cómo van las cosas en su familia?	6. ¿Le controla sus salidas?	10. ¿Tiene armas en casa?
3. ¿Tiene algún problema con su pareja?	7. ¿Se siente segura?	11. ¿Se lo ha contado a algún amigo o familiar?
4. ¿Siente que no le tratan bien en casa?	8. ¿Le controla el dinero?	
Circulares: generan reflexión sobre la experiencia vivida y exploran el entorno de la mujer		
<p>¿Qué diría su madre si usted sufriera maltrato por parte de su pareja? ¿Qué dirían sus amigas? ¿Y sus hijos?</p>		
Dirigidas		
Ante la información obtenida de sus antecedentes	<p>➤ “He revisado su historia y encuentro algunos aspectos que me gustaría comentar con usted (relatar los hallazgos)” ¿A qué cree que se debe?, ¿cree que todo está relacionado?</p>	
Ante síntomas emocionales	<p>➤ La encuentro nerviosa y triste, ¿tiene algún problema con su pareja?, ¿tal vez con sus hijos o con su trabajo? ➤ ¿Qué opina su marido de lo que le pasa?, ¿con qué lo relaciona él?</p>	
Ante lesiones físicas	<p>➤ Tengo alguna duda sobre esta lesión. ¿Puede ser consecuencia de algún tipo de agresión sufrida por usted? ➤ En muchos casos, el tipo de problemas que usted presenta (cicatrices, fracturas antiguas o actuales, hematomas, abortos espontáneos...) son debidos a algún tipo de violencia que está recibiendo la mujer, ¿es ese su caso?</p>	

Ilustración 19. Actuación en función del cribado.



raDar: Diagnóstico confirmatorio.

En caso de cribado positivo o respuesta afirmativa a las preguntas, profundizaremos en el diagnóstico confirmatorio y valorando el tipo de violencia. Tendremos muy en cuenta que:

Todas las mujeres necesitan oír un mensaje claro por parte del personal sanitario de que sus preocupaciones actuales son lógicas y de que no merecen ser maltratadas. Nadie merece ser maltratado **[B, ICSI]**.

El personal sanitario deben tomar notas clínicas objetivas, claras y legibles, utilizando las propias palabras de la mujer sobre el abuso, añadiendo dibujos o fotografías cuando sea oportuno **[B, SOGC]**.

Para realizar el diagnóstico confirmatorio se recomienda utilizar el Index of Spouse Abuse (ISA) (Anexo IV) **en el marco de una relación terapéutica previamente establecida durante la entrevista [GPC]**. Para ayudar a la mujer a hablar del maltrato como primer paso de un proceso largo de elaboración la entrevista va a ser fundamental. La recogida de datos acerca del maltrato puede utilizarse un guión de entrevista (Anexo V). En caso de cribado positivo, se confirme o no con el ISA y/o la entrevista personalizada, se recomienda informar de ello al médico de familia. Para facilitar la detección de estrategias de abuso por parte del maltratador, además se puede utilizar el cuestionario de Soria (2009) en anexo III.

Para detectar el maltrato la actitud del personal facultativo es fundamental. De hecho, puede ser decisiva para que la mujer hable de lo que le sucede, o se vuelva a casa con “su secreto”. Nuestra intervención debe ser coherente con los dos círculos de recomendaciones: “qué no hacer” y “qué hacer” en la entrevista ante las repuestas de las mujeres (Ilustración 20 y 21).

Ilustración 20. Recomendaciones básicas para la entrevista: QUÉ NO HACER



Adaptado de: Pence E y Paymar M. Education groups for men who batter: the Duluth model (1993)

La posición del técnico reflejada en la ilustración anterior es muy inadecuada. Lleva a la mujer a sentirse más cerca del maltratador, refuerza su idea de que ella exagera las cosas, que no es tan raro lo que le sucede y, además, ella es la culpable de lo que pasa por no poder evitarlo. Esta actitud favorece la **revictimización** de la mujer, minando aun más su maltrecha seguridad en ella misma, y confirmándole que no puede hacer nada, que no tiene palabra propia ni dentro, ni fuera del ámbito doméstico, que para ser alguien tiene que seguir pegada al maltratador

Ilustración 21. Recomendaciones básicas para la entrevista: QUÉ HACER



Adaptado de: Pence E y Paymar M. Education groups for men who batter: the Duluth model (1993)

Verbalizar el maltrato es indispensable para poder salir de esa situación, es el primer paso de un proceso, de un recorrido que suele ser largo. La mujer nunca saldrá de esta relación hasta que no pueda hablar de ello. Pero no podemos esperar cambios inmediatos ni, generalmente, a corto plazo. A partir de reconocerse maltratada la paciente podrá empezar a tomar conciencia de la situación destructiva en la que esta inmersa. Pero para poder estar en disposición psicológica de romper ese vínculo y dejar de ser maltratada, tendrá que poder recuperar la autoestima y la subjetividad que el maltratador ha destruido lenta e insidiosamente durante años. La credibilidad, el respeto y el reconocimiento del personal facultativo es la primera puerta para salir de esa relación, tal como señala la ilustración 21.

radAr: Analizar la seguridad y el riesgo.

Confirmada la existencia de maltrato se valorará la seguridad de la mujer y se evaluará el riesgo de agresión y/u homicidio hacia ella, sus hijos y/o personas dependientes, así como el riesgo de suicidio.

A.1. Análisis sobre el riesgo de agresión y homicidio inmediato:

Se le pregunta directamente si cree que es seguro volver a casa. En caso necesario se le ayudará a elaborar un plan de huida para permanecer a salvo.

- Todos los servicios sanitarios deben tener una copia de un plan de seguridad/huida genérico disponible para las pacientes, para usar en su momento, o para que la mujer se lo lleve sin peligro. **[A, ICSI]**
- Los servicios médicos deben tener coordinación con los recursos de violencia doméstica dentro de su área de salud en la región. **[B, ICSI]**
- Es imperativo que el personal sanitario pregunte sobre la seguridad de la mujer que sufre violencia doméstica antes de que la paciente deje la consulta. **[A, ICSI]**
- Preguntar por la violencia hacia otros miembros de la familia o adultos vulnerables que vivan con la familia, para documentar el abuso o negligencia. **[C, ICSI]**
- Los documentos y materiales no se deben enviar por correo a casa de la paciente ya que puede resultar un peligro para la misma. **[C, ICSI]**
- Se debe evitar la coincidencia en el centro del maltratador y su pareja maltratada cuando ambos sean usuarios, caso obligado cuando hay una orden de alejamiento. **[GPC]**

El colectivo profesional debe valorar la situación de peligro en que se encuentra la mujer, para diferenciar entre:

- a) Sospecha de malos tratos.
- b) Mujer maltratada sin peligro.
- c) Mujer maltratada en situación de peligro extremo.

El personal sanitario debe saber que hay situaciones vitales que pueden aumentar el riesgo de agresión o violencia en este tipo de relaciones:

1. Iniciar trámites de separación.
2. Embarazo.
3. Comenzar una nueva relación sentimental.
4. Empezar un nuevo trabajo o formación.
5. Tener una cita en los juzgados (acusación por violencia, separación o divorcio, custodia de los hijos...).

6. Aislamiento por falta de una red de apoyo (inmigración, dificultades con el idioma, dificultad de transporte o movilidad...) [GPC].

Si se detecta una situación de peligro hacer las siguientes preguntas con objeto de ayudarle a preparar un plan de huida en caso necesario:

- ¿Se siente segura en su casa? ¿Puede ir a casa ahora?
- ¿Están sus hijos/as seguros? ¿Dónde está ahora el agresor?
- ¿Lo saben sus amistades o familiares? ¿Le ayudarían?
- ¿Conoce el **teléfono 112*** o dispositivo de atención telefónica 24 horas para mujeres maltratadas?

*Recurso de atención inmediata para mujeres que pueden estar sufriendo maltrato atendido por trabajadores sociales. Permite localizar el número desde el que se llama. El tratamiento de datos es confidencial, respetando la decisión de ella.

Si la mujer **no presenta un riesgo inmediato** para ella o para sus hijos y/u otros adultos vulnerables convivientes, se le explicará igualmente el plan de huida y protección para aplicar en caso necesario. Se continuará con la valoración diagnóstica y el tratamiento psicoterapéutico (consultar 2ª "R" del RADAR). Si procede, se derivará a trabajo social del propio centro, para derivación y coordinación con los dispositivos externos existentes en la comunidad (servicios sociales, pediatría, equipos sanitarios de centro de atención primaria (CAP), centro de atención a víctimas de violencia de género (CAVI)). Si no se dispusiera de trabajador/a social en el equipo, el profesional derivaría y se coordinaría con recursos externos del área.

Si en el momento de la consulta la mujer verbaliza estar pensando en dejar su domicilio, se le darán los siguientes consejos:

1. Recoger documentación necesaria (**cuadro 3**).
2. Fotocopiarla y dejársela a una persona de confianza.
3. No dar indicios de la intención de huida.
4. Pensar previamente el lugar donde acudir y no difundirlo.
5. Evitar los encuentros con el agresor. Si tienes que tratar temas de separación, hazlo siempre a través de tu abogado. Las agresiones machistas más violentas se producen precisamente cuando la mujer decide abandonar el hogar.

Cuando detectamos una alta probabilidad de que la mujer o sus hijos sufran un evento inminente con riesgo cierto para su vida, debemos considerarlo **peligro extremo**. Esta valoración se realizará conjuntamente con la mujer [**CISNS, 2007**] (**Cuadro 4**).

Debemos activar el 112. Existe un acuerdo generalizado entre el personal sanitario en iniciar el procedimiento legal cuando exista peligro extremo (ver aspectos éticos (VI.1) y consideraciones legales (VI.4)) informando siempre a la mujer de la comunicación al juzgado y elaborando con ella un plan de huida. Será el 112 además el que activará la protección de los menores o de personas dependientes de la mujer, si los hubiera, a través de las Fuerzas de Seguridad del Estado. En estos casos será la persona responsable de VG del CSM la

encargada de concertar una cita de esta mujer, a través de un teléfono seguro para ella, con el profesional que seguirá el caso. Otros profesionales a tener en cuenta para coordinarse serían de trabajo social del CSM, equipo AP/Pediatría y CAVI.

Cuadro 3. Plan de huída. Lo que no se debe olvidar.

- DNI, NIF o pasaporte.
- Libro de familia.
- Partidas de nacimiento.
- Documentación sanitaria de la mujer y de los hijos (tarjetas sanitarias, tratamientos médicos, cartillas de vacunaciones, medicinas habituales...).
- Denuncias e informes médicos de agresiones anteriores.
- Ropa para la mujer y los niños.
- Contrato de trabajo, nóminas.
- Permiso de trabajo y/o de residencia, si es extranjera.
- Títulos académicos.
- Cartillas de ahorro, tarjetas y dinero para cubrir necesidades básicas inmediatas (preparar una cuenta donde ir ingresando dinero a su nombre).
- Copia de la escritura de la casa o del contrato de arrendamiento.
- Pólizas de seguros.
- Permiso de conducir.
- Llaves del domicilio y del coche
- Agenda con números de teléfono y direcciones útiles.
- Preparar un neceser con lo imprescindible por si hay que salir urgentemente.

*Nota: Si tienes miedo de que él pueda sospechar o quitarte documentación, déjasela a una persona de confianza y, en su defecto, ten fotocopias de todos los documentos. Si te vas, no digas a nadie dónde estas, pues él querrá encontrarte. Es importante que nunca tengas una entrevista con él a solas. Si tienes que tratar temas de separación, hazlo siempre a través de tu abogado.

(Adaptado de Instituto de la mujer de la Región de Murcia, 2008).

Cuadro 4. Indicadores de peligro extremo.

- La mujer declara temer por su vida o la de sus hijos.
- Amenazas con armas o uso de las mismas.
- Amenazas o intentos de homicidio a ella y sus hijos o hijas.
- Amenazas o intentos de suicidio de la paciente.
- Malos tratos a hijos o hijas u otros miembros de la familia.
- Lesiones graves, requiriendo incluso hospitalización.
- Amenazas o acoso a pesar de estar separados.
- Aumento de la intensidad y frecuencia de la violencia.
- Agresiones durante el embarazo.
- Abusos sexuales repetidos.
- Comportamiento violento fuera del hogar.
- Celos extremos, control obsesivo de sus actividades diarias, adónde va, con quién está o cuánto dinero tiene.
- Aislamiento creciente.
- Consumo de alcohol u otras drogas por parte del cónyuge.
- Disminución o ausencia de remordimiento expresado por el agresor.

(Adaptado de CISNS, 2007 y SMS, 2007)

A.2. Valoración del riesgo de suicidio

Según el metanálisis de Golding (1999) el 17,9% de las mujeres maltratadas por sus parejas han referido ideación suicida o realizado intentos de suicidio. En un estudio del 2006 realizado con casi veinte mil personas de diez países por la OMS, las mujeres que han sufrido maltrato presentan un riesgo de ideación suicida y de intentos de suicidio tres y cuatro veces mayor respecto a las mujeres que no han sufrido maltrato (García-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise y Watts, 2006). Por ello, en la entrevista diagnóstica se tendrán en cuenta antecedentes familiares y personales en relación con este acto (suicidios consumados o intentos) enfermedades previas, malos tratos en la infancia, impulsividad... que pueden orientarnos sobre la valoración del riesgo suicida.

Algunos **signos de alarma de riesgo suicida son:** Euforia tras un período de desesperanza, audacia temerosa o accidentes múltiples, existencia de remordimientos, autocrítica exagerada, desesperanza, discurso con contenidos suicidas y elaboración del testamento o regalo de pertenencias.

Los indicadores de riesgo más citados son:

1. Intentos de suicidio previos.
2. Manifestar deseos de morir o de intentar suicidarse.

3. Tener desarrollado un plan de suicidio.
4. Tener acceso al método para llevar a cabo su plan.
5. Tener planificado el suicidio.

* Para objetivar el riesgo suicida se puede utilizar la escala de Plutchik y Van (1994) siempre en el marco de una relación de confianza previamente establecida durante las entrevistas anteriores. Anexo VI.

A.3. Riesgo para los menores y/o adultos vulnerables

Es imprescindible preguntar en todos los casos acerca de conductas violentas hacia los menores y otros adultos vulnerables, ya que la probabilidad de que sufran maltrato directo es muy elevada. Por ejemplo:

“¿Han presenciado sus hijos e hijas (u otros adultos vulnerables) escenas violentas entre Uds.? ¿Su pareja pega a sus hijos e hijas (u otros adultos vulnerables), les insulta, les amenaza o les obliga a hacer cosas inapropiadas para su edad? ¿Sospecha o tiene constancia de que su pareja abuse sexualmente de sus hijos e hijas (u otros adultos vulnerables)?”

En caso de menores donde la respuesta fuera afirmativa, el personal sanitario debe asegurarse de que se sigue el protocolo de violencia infantil:

www.carm.es/ctra/maltratoinfantil

Cuando se trata de un adulto vulnerable, se considerará la derivación a trabajo social para que valore la situación mediante una visita domiciliaria para una adecuada toma de decisión. Puede consultarse el protocolo regional para mayores:

http://imrm.es/UPLOAD/DOCUMENTO/protocolo_actuacion_proteccion_victimas.pdf

radaR: Respuesta sanitaria y social

Cuando se confirma que la mujer ha sufrido violencia por parte de su pareja, se le proporciona información sobre las alternativas terapéuticas disponibles en los recursos de salud mental y en los recursos sociales regionales.

R.1. Respuesta de salud mental

En primer lugar se determinará el diagnóstico psicopatológico derivado. Posteriormente se elaborará un plan terapéutico adaptado a las necesidades y situación de la mujer.

R.1.1. Diagnóstico psicopatológico.

La violencia es una causa significativa de morbilidad y mortalidad para la mujer. El personal especialista de salud mental determinará el diagnóstico psicopatológico derivado. **[B, SOGC]**

En caso de que la mujer considerada caso de violencia de género no se asocie a psicopatología susceptible de tratamiento en salud mental, se considerará su derivación a recursos externos (R.2). Existe evidencia de que pasar al menos una noche en un recurso de acogida que ofrezca defensa legal y consejo, disminuye la tasa de reabuso y mejora la calidad de vida. **[B, CTFPHC]**

Las mujeres que sufren violencia machista tienen un mayor riesgo de abuso de sustancias, trastornos mentales, trastornos físicos crónicos y problemas de salud sexual. **[B, SOGC]**

Como ya señalamos en la ilustración 17, pg. 49, los diagnósticos más frecuentemente asociados a la vivencia de violencia de género son el trastorno por estrés postraumático (63,8%) y la depresión (47,6%) seguidos por el abuso de alcohol (18,5%) ideación o intentos de suicidio (17,9%) y el abuso de drogas (8,9%).

R.1.2. Abordaje terapéutico

R.1.2.1. Consideraciones generales

Como señala la APA (1999) dada la elevada frecuencia de trastornos psicológicos asociados a la violencia doméstica, las intervenciones deben orientarse al tratamiento de los síntomas, sin olvidar la dimensión psicosocial implicada. Actualmente no hay pruebas suficientes para determinar si son efectivas las intervenciones realizadas en ámbitos de asistencia sanitaria, sobre todo para las mujeres que todavía viven con los agresores **[Cochrane y CTFPHC]**. Sin embargo, existe un amplio consenso sobre las estrategias terapéuticas recomendadas que nosotros asumimos:

- Se recomienda que el personal terapeuta considere la perspectiva de género, preguntándose acerca de su propia historia, de su familia y de sus creencias respecto al género. Además sería aconsejable proponer una reflexión sobre este tema en el equipo de trabajo **[GPC]**.

- La intervención se diseñará teniendo en cuenta la conciencia de maltrato que tenga cada mujer y de su actitud respecto a la relación. Las etapas de la intervención se recorren al ritmo de cada mujer y según el momento del ciclo de la violencia en que se encuentre **[GPC]**.
- De forma transversal, el contenido de las sesiones incluye los temas que afectan a las mujeres. A partir de su relato, se va dando información sobre: derechos de las personas, situaciones de riesgo, ciclo de la violencia, estrategias habituales de los hombres violentos... Otras intervenciones psicoeducativas que se irán introduciendo según el momento del proceso terapéutico son: la indefensión aprendida, el síndrome postraumático, indicadores de violencia, la victimización secundaria, el amor romántico, estereotipos y diferencias de género, dinámica de las relaciones violentas, maltratadores y proceso de maltrato, mitos y creencias, repercusiones de la violencia en los hijos/as, familia de origen, etc. **[GPC]**.
- Resulta aconsejable asociar intervenciones individuales con sesiones grupales **[GPC]**.
- La combinación psicoterapia-psicofármacos estará indicada si la intensidad de los síntomas es elevada, después de que, de una manera conjunta con la paciente, hayamos puesto de manifiesto la relación entre sus síntomas y el maltrato recibido **[GPC]**.

Pautas generales de tratamiento

1. **Seguridad.** Ningún tratamiento puede tener éxito si no se establece un nivel razonable de seguridad. Conviene revisar en todas las sesiones los apoyos emocionales, de protección y de ayuda práctica, ya que el grado de peligrosidad puede variar de una sesión a otra.
2. **Alianza terapéutica.** Previo al abordaje siempre es fundamental establecer una relación de confianza mediante la escucha activa, el acompañamiento, la acogida y poniendo orden en el relato de la experiencia vivida.
3. **Poner en relación los síntomas psicológicos con el maltrato.** Habitualmente el maltratador utiliza la desvalorización y el desprestigio como estrategia de control, por ejemplo, haciéndole creer que está loca. Los síntomas cobrarán un significado diferente cuando la mujer entienda que son secundarios a la vivencia de maltrato. Hay que tratar los sentimientos de culpa, autoengaño, tristeza, vergüenza y la desconfianza generalizada, frecuentes en estos casos.
4. **Exposición a la experiencia traumática.** No suele estar indicado en las entrevistas iniciales, salvo que lo exprese espontáneamente. Será ella quien decida cuándo y cómo. El personal facultativo la animará para que sea así, desempeñando el papel de testigo y aliado. La reexposición puede hacer que experimente un periodo depresivo, por lo que habrá que volver a evaluar la presencia de ideación suicida y otros factores de riesgo como abuso de sustancias, episodio depresivo mayor...
5. **Recuperación de su vida social.** Dado el progresivo aislamiento al que han llegado muchas de estas mujeres, conviene considerar las creencias erróneas sobre identidad y rol femenino, la autonomía y el desarrollo frente a la figura masculina, la facilitación de redes de apoyo social, la derivación a recursos de mujeres... con el fin de recuperar una vida social deteriorada o perdida.

R.1.2.2 Tratamiento específico de la psicopatología más frecuente

La mayoría de los casos cursan con síntomas que podrían configurar el diagnóstico de TEPT cuyo tratamiento si viene determinado por recomendaciones previamente validadas por Guías de práctica clínica de alta calidad. Asumimos las recomendaciones de estas guías que resumimos en el cuadro 5:

Respecto a las comorbilidades frecuentes:

- Cuando el/la paciente presenta TEPT y depresión se recomienda tratar primero el TEPT, ya que la depresión mejorará frecuentemente al tratar exitosamente el TEPT. [C, Nice]
- Para TEPT cuya evaluación identifica un alto riesgo de suicidio o daño a terceros, se recomienda centrarse primero en el manejo del riesgo. [C, Nice]
- Para TEPT asociado a dependencia de alcohol o drogas en los cuales el uso de drogas o alcohol puede interferir de forma significativa el tratamiento efectivo, se recomienda tratar primero el problema de alcohol o drogas. [C, Nice]
- Para TEPT que están severamente deprimidos, lo que hace que el tratamiento psicológico inicial del TEPT sea muy difícil (por ejemplo, evidenciado por una extrema falta de energía y concentración, inactividad o alto riesgo de suicidio) se recomienda tratar primero la depresión. [C, Nice]
- Cuando se ofrecen intervenciones psicológicas centradas en el trauma para el TEPT con Trastorno de personalidad comórbido se recomienda considerar el aumento de la duración del tratamiento. [C, Nice]

En el caso de depresión con ideación suicida, es recomendable utilizar con precaución los ansiolíticos y antidepresivos. El uso de estos fármacos en mujeres maltratadas, puede aumentar el riesgo de que la violencia se agrave. En estos casos, el foco del tratamiento debe ser resolver la situación de maltrato, ya que los síntomas psicopatológicos suelen ser consecuencia y nunca causa del maltrato.

Si existe riesgo para la mujer, para sus hijos o adultos vulnerables de la familia, el/la profesional deberá informar de todos los recursos disponibles para las mujeres maltratadas de la Región de Murcia, aparte del resto de actuaciones clínicas ya señaladas en este documento.

Cuadro 5. Trastorno por estrés postraumático: recomendaciones.

A) Actuación temprana (evento traumático reciente)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se recomienda mantener una actitud alerta si los síntomas son leves y de menos de 4 semanas de duración [C, Nice] y hacer una revisión de seguimiento en un mes. ➤ No debe ser práctica habitual de los servicios proporcionar una sola sesión individual focalizada en el suceso traumático. [A, Nice]
B) Durante los tres primeros meses tras el evento traumático
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se debe ofrecer terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma (TCC-ft) en los tres meses posteriores a partir del evento traumático. [A, Nice] ➤ Si el TEPT presenta síntomas severos se recomienda ofrecer TCC-ft en el primer mes tras el evento traumático en formato individual ambulatorio. [B, Nice] ➤ La duración de la TCC-ft es de 8-12 sesiones, pero si el tratamiento empieza el primer mes tras el evento traumático pueden ser suficiente intervenciones psicológicas de 5 sesiones. [B, Nice] ➤ Cuando se trata el evento traumático la sesión debe ser más larga (p.e. 90'). El tratamiento será regular y frecuente (una sesión a la semana, siempre con el mismo terapeuta). [B, Nice] ➤ No deben ofrecerse de forma rutinaria ni la relajación, ni terapias no dirigidas al trauma. [B, Nice] ➤ Si los tratamientos psicológicos recomendados no obtienen resultado, considerar otros tratamientos psicológicos (dinámicos, sistémicos, etc.) y/o añadirle tratamiento farmacológico. [C, Nice] <p>Respecto al tratamiento farmacológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ No debe ser el tratamiento de elección. [A, Nice] ➤ Para pacientes que rechazan tratamiento psicológico o que no quieran trabajar el trauma (p.e., porque la violencia doméstica todavía esté presente) se considerará paroxetina, mirtazapina, amitriptilina y fenelcina. [C, Nice] ➤ Cuando el sueño es un problema principal, los hipnóticos pueden ser apropiados a corto plazo y a largo plazo los antidepresivos. [C, Nice] ➤ Cuando existe depresión y/o hiperactivación severa que dificulte las habilidades de la paciente, puede beneficiar el desarrollo del tratamiento psicológico. [C, Nice] ➤ Si se produce respuesta al tratamiento se debe mantener durante 12 meses, procediendo después a una retirada gradual. [C, Nice]
C) Más de tres meses después del evento traumático
<p>Son válidas las mismas recomendaciones del apartado anterior añadiendo como técnica terapéutica en todos los casos la terapia de movimientos oculares y reprocesamiento (EMDR). Además:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La TCC-ft y EMDR pueden ofrecerse independientemente del tiempo transcurrido desde el trauma. [B, Nice] ➤ Cuando se dan eventos traumáticos múltiples o prolongados en el tiempo con síntomas severos, problemas sociales y trastornos co-morbidos asociados, el tratamiento puede extenderse más de 12 sesiones e integrarse en un plan global de cuidados. [C, Nice] ➤ En aquellos casos con dificultad para relatar el trauma, el/la profesional dedicará sesiones para establecer una alianza terapéutica y permitir la estabilización emocional antes de centrarse en el trauma. [C, Nice]

R.2. Respuesta de los recursos sociales de la Región de Murcia.

R.2.1. Recursos de atención inmediata:

Dispositivo de atención telefónica urgente 112. Este recurso, dependiente del Instituto de la Mujer, recibe todas las llamadas de mujeres que sufren violencia de género. Las llamadas son gratuitas y permiten localizar el número desde donde se hacen, en caso necesario. Funciona las 24 horas del día.

Sus objetivos son:

- Prestarles información y asesoramiento y derivar, en su caso, al recurso más apropiado.
- Ante situaciones urgentes, proporcionar una respuesta rápida y eficaz a estas mujeres y a sus hijos menores, coordinando las actuaciones de los servicios sanitarios, sociales, de asistencia jurídica y psicológica, protección policial y facilitándoles, si fuera preciso, alojamiento de urgencia.

R.2.2. Recursos de alojamiento.

- **Centro de Emergencia.** Es un centro de asistencia 24 horas al día en el que se facilita a las mujeres maltratadas y a sus hijos/as menores que están en situación de peligro, con carácter inmediato, el alojamiento y protección necesarios.
- **Casas de acogida y pisos tutelados.** Constituyen un recurso de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración, a través del Instituto de la Mujer de la Región de Murcia: están dirigidos a proporcionar a las mujeres y sus hijos menores de 18 años alojamiento y atención integral para que promuevan su autonomía personal y faciliten su reincorporación a la sociedad de forma segura.
- **Otros recursos de alojamiento.** Los Ayuntamientos dispondrán de alojamientos alternativos (pensiones, hostales, etc.) para cuando no haya plaza en los Centros de Emergencia.

R.2.3. Centros de atención especializada para mujeres víctimas de violencia (CAVIs)

Servicios creados en colaboración de los Ayuntamientos y la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración a través del Instituto de la Mujer de la Región de Murcia. Son centros en los que se presta una atención integral a nivel jurídico, social y psicológico.

La Red Regional de CAVIs la integran 20 Centros, ubicados en: Alhama de Murcia, Águilas, Alcantarilla, Archena, Caravaca de la Cruz, Cartagena, Cieza, Fuente Álamo, Lorca, Mazarrón, Molina de Segura, Mula, Murcia, Puerto Lumbreras, San Javier, Santomera, Torre Pacheco, Las Torres de Cotillas, Totana y Yecla (www.cavis.es).

Teléfono 901-10 13 32 a nivel regional. La Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración a través del Instituto de la Mujer de la Región de Murcia, ha puesto en marcha una línea única de teléfono de cita previa en la red regional de Centros de Atención a las Víctimas de la Violencia de Género (CAVI). Se atienden todas las llamadas que solicitan asistencia en cualquiera de los centros que conforman la red regional de CAVI.

R.2.4. Ayudas económicas

➤ **Ayudas económicas para víctimas de violencia de género:** Pretende atender las situaciones de las mujeres que sufren violencia de género que acrediten insuficiencia de recursos y especiales dificultades para obtener un empleo. Dependen del organismo autónomo IMAS (Instituto Murciano de Acción Social), Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. Las solicitudes se presentan en los registros de la red de oficinas de registro en la Administración Regional y el Registro del IMAS. Plazo abierto de forma permanente-.

➤ **Renta activa de inserción:** Regulada por el decreto 945/2003, de 18 de Julio, cuando el trabajador acredite la condición de víctima de violencia doméstica y acredite estar desempleada, no tener derecho a ninguna prestación o subsidio por desempleo o a la renta agraria, carecer de rentas superiores al 75 % del SMI. excluida la parte proporcional de las dos pagas extras y la media de rentas de la unidad familiar, tampoco deberá superar el citado límite. La solicitud se presenta en el SEF.

R.2.5. Otros

➤ **Servicio móvil de atención integral a mujeres víctimas de violencia de género:** Recurso itinerante dirigido a atender a mujeres mayores de 18 años que sufren o han sufrido maltrato a manos de sus parejas ó ex parejas, que residen en zonas rurales o con especiales dificultades de acceso al CAVI de referencia.

➤ **Servicio de atención psicológica para hijos e hijas menores de mujeres víctimas de violencia de género:** Recurso de atención psicológica dirigido a hijos/as menores de mujeres víctimas de violencia de género, que hayan estado expuestos o sufrido dichas situaciones de violencia.

➤ **Servicio de interpretación telefónica de idiomas para mujeres extranjeras víctimas de violencia de género:** Servicio de traducción simultánea, con 51 idiomas disponibles, dirigido a mujeres víctimas de violencia de género que desconocen nuestro idioma.

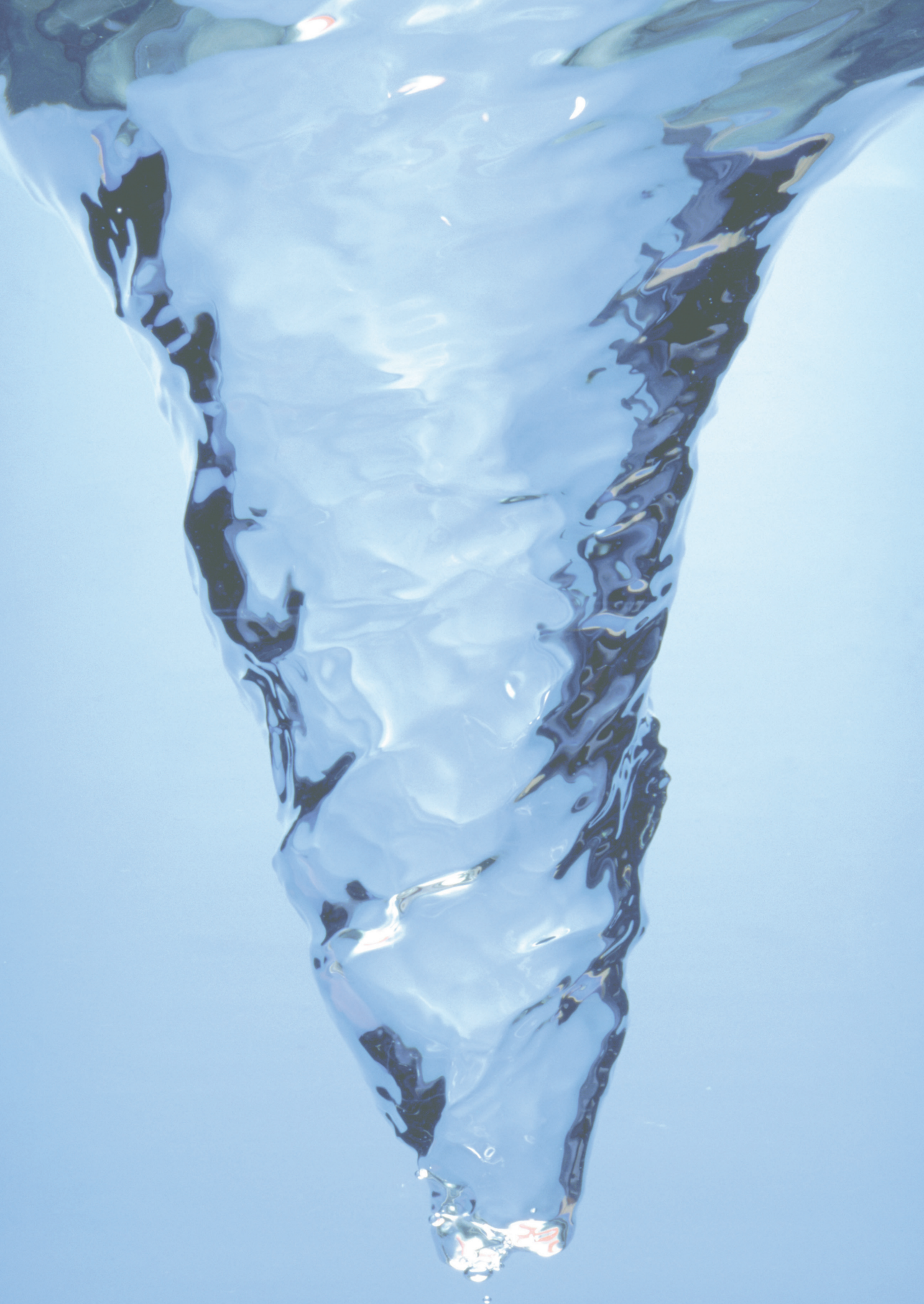
➤ **Servicio de asesoramiento jurídico on-line sobre violencia de género:** Servicio de asesoramiento jurídico en materia de violencia de género, abierto a la ciudadanía en general. Se accede a través de la web www.cavis.es

➤ **Servicio de atención a mujeres víctimas de cualquier situación de maltrato. Federación de Mujeres de la Región de Murcia Carlota O'Neill:** Servicio de información, asesoramiento jurídico, asistencia psicológica y social, tanto telefónica como presencial, a mujeres víctimas de cualquier situación de maltrato, principalmente inmigrantes y de ámbito rural. Teléfono: 968 22 37 18.

➤ **Servicio de la guía de ayuda contra los malos tratos,** descargable en el teléfono móvil al enviar un mensaje con la palabra ADA al 5195. También se puede descargar a través del bluetooth del móvil en las distintas concejalías de la Mujer de la Región de Murcia.

➤ **Oficinas de atención** en los Juzgados a las mujeres que pueden estar sufriendo maltrato por delitos violentos

- **SAF** – Servicio de Atención a la Familia- de Policía Nacional, el EMUME –Equipo de atención a la Mujer y al Menor- de la Guardia Civil, y en algunos municipios como Murcia, el Equipo de Protección y Atención a la Familia –EPAF- que es el servicio especializado de la Policía Local) que son unidades especializadas en la prevención de la violencia de género creadas por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.
- **Turno especial** para la atención y asesoramiento a las mujeres que sufren violencia de género dispuesto por el Colegio de Abogados.



VI. MARCO ÉTICO-LEGAL Y POLÍTICAS SANITARIAS

VI.1. Aspectos éticos

La violencia machista no es un problema de ámbito privado, sino un problema social, el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad. Se trata de una violencia que se dirige hacia las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas por sus agresores carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión.

El Código de Ética y Deontología Médica (1999) en su artículo 30.2 afirma que “el médico que conociere que cualquier persona [...] es objeto de malos tratos, deberá poner los medios necesarios para **protegerla**, poniéndolo en conocimiento de la autoridad competente”.

Cuando un profesional de la salud mental detecta un caso de violencia de género debe escuchar y dar apoyo, respetando en todo momento las decisiones de la mujer que tiene delante. Muchas de estas mujeres, ni siquiera son conscientes de estar en situación de maltrato y en este momento el profesional, como primer paso, debe ayudarlas a reconocer dicha situación, antes de empezar a tomar decisiones (principio de autonomía). Esto puede llevar un tiempo de trabajo terapéutico. Este trabajo implica proteger o velar por la vida y la salud de la mujer (principio de beneficencia) evitando perjuicios para ella (principio de no maleficencia).

Ante un conflicto ético entre la obligatoriedad de denunciar o de guardar el secreto profesional y no deteriorar la relación asistencial, analizaremos los valores en conflicto y escogeremos el curso de actuación más conveniente en cada caso particular, sopesando riesgos y beneficios. El curso óptimo es siempre el que lesiona menos los valores en conflicto. La protección de la integridad física (no maleficencia) es fundamental pero la validación de sus decisiones (beneficencia y autonomía) es imprescindible para el trabajo terapéutico. Aunque los preceptos legales prevalecen, lo correcto legalmente no es necesariamente lo correcto desde un punto de vista ético. El análisis ético no debe confundirse con el análisis legal de los problemas.

Si llega el momento de tener que notificar al juzgado el caso de violencia de género, lo mejor es contar con el consentimiento de la mujer. En cualquier caso, siempre se le ha de informar previamente y debemos asegurarnos que tiene preparado un plan de huida y protección. La notificación tiene como objetivo proteger su vida y su salud y forma parte del proceso de trabajo con ella.

Existe un acuerdo generalizado entre los profesionales sanitarios en iniciar el procedimiento legal cuando exista peligro vital o extremo para ella o para sus hijos y, en el resto de los casos, cuando la mujer esté preparada para afrontar las consecuencias del mismo. De lo contrario podríamos aumentar el riesgo de rechazo y pérdida de confianza o de ruptura de la relación profesional sanitario-paciente, llegando incluso a incrementar el riesgo de agresión, homicidio o suicidio.

VI.2. Aspectos legales y de política sanitaria

La Constitución Española (1978) incorpora en el **artículo 15** el derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, pueda una persona ser sometida a tortura,

ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Estos derechos vinculan a todos los poderes públicos, teniendo la obligación de adoptar medidas de acción positiva para hacerlos reales y efectivos.

En los últimos años se han producido avances legislativos tales como la **Ley Orgánica 11/2003** que establece medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros y la **Ley 27/2003** (reguladora de la Orden de protección de las víctimas de violencia doméstica).

La **Ley Orgánica 1/2004** (de medidas de protección integral contra la violencia de género) pretende atender a las recomendaciones de los organismos internacionales, en el sentido de proporcionar una respuesta global a la violencia que se ejerce sobre las mujeres.

El ámbito de la Ley abarca tanto los aspectos preventivos, educativos, sociales, asistenciales y de atención posterior a las víctimas, como la normativa civil que incide en el ámbito familiar o de convivencia, así como el principio de subsidiariedad en las administraciones públicas.

La violencia de género se enfoca por la ley de un modo integral y multidisciplinar, empezando por el proceso de socialización y educación. La conquista de la igualdad y del respeto a la dignidad humana y la libertad de las personas tienen que ser un objetivo prioritario en todos los niveles de socialización. La ley apoya a las víctimas a través del reconocimiento de derechos como el de la información, la asistencia jurídica gratuita y otros de protección social y apoyo económico.

En el **capítulo III, artículo 15** señala la necesidad de promover e impulsar actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género. En particular, propone el desarrollo de programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación.

En el **capítulo IV, título III, artículo 32** acerca de los Planes de colaboración refiere que se articularán protocolos para asegurar una actuación global e integral de los servicios implicados, y las administraciones con competencias sanitarias deberán promover su aplicación, permanente actualización y difusión. Tales protocolos deben impulsar las actividades de prevención, detección precoz e intervención continuada con la mujer sometida a violencia de género o en riesgo de padecerla.

El **Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de género** de 2006, en el eje Salud, expone que los profesionales sanitarios cobran un protagonismo muy relevante, tanto en la detección del fenómeno como en la atención a las víctimas, ya que la violencia ejercida contra las mujeres constituye un atentado contra su salud física y psicológica. Propone y enmarca la formación de los profesionales sanitarios y un conjunto básico de indicadores para la atención a estas mujeres.

El **Real Decreto 1030/2006**, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS, enumera la Cartera de Servicios en Atención Primaria y en el punto 6.6, propone la detección y atención a la violencia de género y malos tratos en todas las edades, especialmente en menores, ancianos y personas con discapacidad. Así como la comunicación a las autoridades competentes cuando así se requiera.

En el **Plan de Calidad para SNS (2006)** la estrategia 4 "Analizar las políticas de salud y proponer acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades

de género” propone promover, generar y difundir el conocimiento sobre las desigualdades y fortalecer el enfoque de género en las políticas de salud y en la formación continuada.

La **Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud**, 2006, plantea como objetivo “prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población” recomendando como una de las áreas prioritarias de actuación la de violencia de género.

El **“Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género”**, elaborado por el Consejo interterritorial del SNS y aprobado en el 2007, va dirigido a todos los profesionales sanitarios del SNS. Su objetivo principal es establecer una pauta de actuación normalizada y homogénea tanto para la detección precoz como para la valoración y actuación ante los casos detectados y su seguimiento.

La **ley para la Igualdad entre Mujeres y hombres, y de Protección contra la Violencia de Género en la Región de Murcia**, promulgada el 4 de abril de 2007, en su artículo 25 titulado “Salud”, prevé que las administraciones públicas de la Región de Murcia, con el objeto de favorecer la mejora de la salud de las mujeres, y en colaboración con el resto de administraciones competentes, llevará a cabo entre otras actuaciones, programas de sensibilización y formación dirigidos al personal sanitario, con el fin de que conozcan las necesidades específicas de las mujeres.

La **resolución de 15 de octubre de 2008**, del Convenio de colaboración, entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, para la realización de actividades sobre la violencia de género, establece un marco común de actuación en materia de sensibilización y prevención de la violencia de género. Propone entre otras actuaciones desarrollar indicadores de calidad y buenas prácticas en relación a la violencia de género, desarrollar instrumentos e identificar y difundir buenas prácticas para facilitar la inclusión del enfoque de género en las estrategias y programas de salud.

El Plan integral de formación en violencia de género del Servicio Murciano de Salud (2010) formará a todos los colectivos profesionales, sanitarios y no sanitarios de los ámbitos de gestión, administración y asistenciales del SMS.

El **Plan de Salud Mental de la región de Murcia 2010-13** propone actuaciones preventivas, detección y protocolización y un sistema de registro de casos. En la línea de actuación VII.2 del Programa de Adultos, considera la elaboración de una guía de práctica clínica de detección y actuación en los centros de salud mental, así como la derivación a programas sociosanitarios específicos con dos indicadores: la existencia de la propia guía de práctica clínica y un registro del número de casos detectados (anual).

DOCUMENTO	HITO
<i>Constitución Española (1978)</i>	Derecho a la vida y a la integridad física y moral (artículo 15).
<i>Código Penal (reforma de 1995) y Ley orgánica 14/1999 de 9 de junio</i>	Por primera vez se considera delito el maltrato dentro de la familia. La habitualidad en la violencia la convierte en delito y no en falta. Equipara la violencia psíquica a la física. No es requisito la convivencia, considera los ex▶parejas y ex▶cónyuges.
<i>Ley Orgánica 11/2003</i>	Medidas concretas en materia de violencia doméstica.
<i>Ley 27/2003</i>	Orden de protección de las víctimas de violencia doméstica.
<i>Ley Orgánica 1/2004 (LOMPIVG)</i>	Respuesta global a la violencia que se ejerce sobre las mujeres. Abarca aspectos preventivos, educativos, sociales, asistenciales y de atención posterior a las víctimas.
<i>capítulo III, artículo 15</i>	Papel de los profesionales sanitarios en la detección precoz de la violencia de género y desarrollo de programas de sensibilización y formación continuada.
<i>capítulo IV, título III, artículo 32</i>	Planes de colaboración para articular protocolos para asegurar una actuación global e integral de los servicios.
<i>Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la V.G.</i>	Papel del profesional sanitario. Formación de los profesionales sanitarios y un conjunto básico de indicadores.
<i>Real Decreto 1030/2006, de la cartera de servicios</i>	En Atención Primaria: detección y atención a la violencia de género y malos tratos en todas las edades, especialmente en menores, ancianos y personas con discapacidad.
<i>Plan de Calidad para SNS (2006)</i>	Promover, generar y difundir el conocimiento sobre las desigualdades y fortalecer el enfoque de género en las políticas de salud y en la formación continuada.
<i>Estrategia en Salud Mental del SNS, 2006</i>	La recomienda como una de las áreas prioritarias de actuación.
<i>Protocolo común (2007)</i>	Establece pautas homogéneas y normalizadas para los profesionales sanitarios del SNS
<i>Ley para la Igualdad entre Mujeres y hombres, y de Protección contra la Violencia de Género en la Región de Murcia</i>	Programas de sensibilización y formación dirigidos al personal sanitario.
<i>Plan integral de formación en violencia de género del SMS</i>	Formación de todos los colectivos profesionales, sanitarios y no sanitarios del SMS.
<i>Plan de Salud Mental 2010-13</i>	Propone actuaciones preventivas, detección y protocolización y un sistema de registro de casos.

VI.3. Otros documentos de interés

- **Declaración de los derechos del hombre y el ciudadano**, de 26 de agosto de 1789.
- Declaración de derechos humanos proclamada por la Asamblea general de las naciones unidas, Resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948. Artículos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 16, 22 y 25.
- **Declaración de la asociación médica mundial sobre el maltrato de ancianos**. 41^a Asamblea Médica Mundial, septiembre de 1989, celebrada en Hong-Kong.
- **49^a Asamblea mundial de la salud**, celebrada en 1996 (OMS). Acordó que la violencia es una prioridad en la salud pública en todo el mundo e instó a los estados miembros a evaluar la dimensión del problema en su territorio.
- **Declaración de Toronto** de 17/11/2002.
- **Constitución española**, de 27 de diciembre de 1978. Destacamos los artículos 10, 14, 15.
 - Artículo 10: “La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la Ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y la paz social”.
 - Artículo 14: “Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, etnia, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”.
 - Artículo 15: “Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”.
- **Código penal**. Actualmente, la violencia doméstica dispone de un tratamiento sustantivo específico en el Código Penal (Art. 153, modificado en 1995 y 1999). Destacamos como novedoso la consideración de que la habitualidad en la violencia la convierte en delito y no en falta. También contempla la violencia física y psíquica, la paz y el orden familiar.
- **La Ley de Enjuiciamiento Criminal**. En el artículo 262 afirma que “los que por razón de su profesión, cargo u oficio tuvieren noticia de algún delito, están obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, Juez Instructor”. . En el artículo 355 “si el hecho criminal que motivare la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los médicos que asistieren al herido estarán obligados a dar parte de su estado...”. Cuando se refiere “al que por razón de sus cargos, profesiones u oficios” indica que es una obligación de cualquier profesional, sea de medicina, enfermería, trabajo social, psicología o cualquier otro.
- **Códigos de deontología**. de los colegios profesionales.
- **Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos domésticos**, aprobado por el Consejo Interterritorial de Salud el 12/4/1999 de la Región de Murcia: Prevención y detección de violencia en la mujer mayor de 65 años.
- **Ley orgánica** 14/1999 de 9 de junio, de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal introduce la tipificación como delito específico de la violencia psíquica ejercida de forma habitual sobre las personas próximas.

- **Ley orgánica 3/ 2007 del 22 de marzo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.**

VI.4. Consideraciones prácticas para salud mental

El personal de salud mental debe tener en cuenta que:

1. Existe obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la existencia de lesiones o de síntomas con sospecha fundada de malos tratos, mediante notificación al Juzgado de Guardia con:
 - Un **informe de malos tratos y clínico (Anexo VII)** siguiendo las recomendaciones del cuadro 6.
 - **Parte de lesiones*** si fuera el caso, tal como el que propone el Protocolo para la detección y atención de la Violencia de Género en Atención Primaria de la Región de Murcia.
 - Cuando la agresión sea sexual se enviará para valoración ginecológica y se avisará al forense de guardia.

Cuadro 6. Recomendaciones para cumplimentar los documentos.

- Escribir a máquina evitando los problemas derivados de letra ilegible o tachaduras que pudieran cuestionar la veracidad de la información.
- Recoger los datos de la mujer completos, incluido su nº de móvil, para contactar con facilidad con ella.
- Incluir los datos del agresor con su nº de móvil.
- Si la mujer da detalles, se recogerá respetando palabras o expresiones textuales, entrecomilladas, procurando recoger el mayor número de datos posibles de lo sucedido y se comunicará verbalmente al profesional que va a hacerse cargo del caso.
- Mencionar si la mujer está o no conforme con este envío y por qué causa: miedo a un incremento en la agresión, a perder la casa, los hijos, el sustento, la deportación etc.
- Mencionar todas las actuaciones realizadas.
- Si es urgente, enviar por fax si no por correo postal o electrónico al juzgado mencionando expresamente que van al juzgado de violencia de género correspondiente a su zona.
- Dejar copias en la historia clínica, darle una copia a la mujer y si no es seguro que la lleve encima, sugerirle que se la entregue a un familiar o allegado.
- Crear un registro central sanitario y notificarlo a su médico/a de familia.

La notificación debe servir siempre a la mujer maltratada y debe hacerse como parte del proceso de trabajo con ella.

Existe un acuerdo generalizado entre el personal sanitario en iniciar el procedimiento legal cuando exista peligro vital o extremo para ella o sus hijos, y en el resto de los casos cuando la mujer esté preparada para afrontar las consecuencias del mismo. De lo contrario podríamos aumentar el riesgo de agresión, homicidio o suicidio.

2. Si no se emiten los documentos (informe por malos tratos y parte de lesiones) y siempre comunicando a la mujer que vamos a hacerlo, se puede informar a la fiscalía del juzgado de violencia de género o juzgado de guardia.
3. Derivar al trabajador/a social del centro para que le facilite la información sobre los recursos disponibles y la ponga en contacto con los dispositivos especiales de atención dispuestos por el Instituto de la mujer.

Si no es posible derivar al trabajador/a social se le facilitará el teléfono 112 y se le informará de los recursos adjuntando material escrito si lo desea y no le resulta arriesgado transportarlo.

Un documento muy útil y práctico ante las dudas y preguntas más habituales desde el punto de vista legal (por ejemplo, ¿Puedo cambiar la cerradura de mi casa?, ¿si me voy puede denunciarme por abandono del hogar?, etc.) es el manual editado por el instituto de la mujer de la Región de Murcia, capítulo 11.

http://imrm.es/UPLOAD/DOCUMENTO/manual_apoyo_proteccion_mujer_maltratada.pdf

VII. ACTUACIÓN CON LOS MALTRATADORES

Según el ámbito en el que se trabaje, existen distintos niveles de intervención con los maltratadores. Desde la prevención dirigida a población masculina, hasta la intervención con penados (Ilustración 22).

Desde un enfoque preventivo integral, los hombres deberían ser sujetos de sensibilización y prevención, implicándolos tanto en la igualdad como en la lucha contra la violencia de género.

En Murcia existen varios programas de rehabilitación para maltratadores dependientes siempre de instituciones penitenciarias y dirigidos a penados. Estos programas pueden realizarse en prisión o en medios abiertos.

Ilustración 22. Intervenciones contra la violencia masculina en la pareja



(Bonino, 2008)

Fuera de los programas ofrecidos en el ámbito de prisión o en medios abiertos carcelarios, a los centros de salud mental y drogodependencias pueden acudir hombres en busca de ayuda por malestar psicológico, o incluso para resolver un mal manejo de la violencia en el ámbito de la pareja. El personal de salud mental tiene un lugar privilegiado para poder llevar a cabo:

➤ *Estrategias de prevención* de la violencia de género con intervenciones psicoeducativas dirigidas a transmitir mensajes sobre la igualdad y desmontar los estereotipos de género desajustados y mantenedores de las estrategias de control y dominio del hombre sobre la mujer.

- *Estrategias para la detección* de hombres maltratadores o en riesgo de serlo.
- *Estrategias de intervención* psicosociales, sanitarias y educativas precoces y eficaces para hombres que se consideren en riesgo de ser maltratadores o presenten ciertas conductas de abuso.

VII.1. Prevención de la violencia de género

Planteamos la necesidad de realizar cursos de sensibilización y formación para todo el personal sanitario de salud mental que permita difundir conocimientos básicos sobre los contenidos de esta guía. Los profesionales así sensibilizados, podrán aprovechar las oportunidades que surjan con pacientes varones para transmitir valores de igualdad y respeto a la mujer.

VII.2. Detección de hombres maltratadores o en riesgo de serlo

Siguiendo la teoría ecológica de la violencia de pareja de Dutton (1995) hay una serie de factores de riesgo fuertemente asociados a los varones que ejercen violencia de género que son:

- Antecedentes de abuso emocional/verbal.
- Antecedentes de sexo forzado.
- Nivel de satisfacción marital bajo.
- Actitudes a favor de la violencia.
- Uso de drogas.

Otros factores que correlacionan moderadamente son el nivel de estrés en la vida, la historia previa de abuso de pareja, las creencias tradicionales sobre género, la ira/hostilidad, el uso de alcohol y la depresión. En contra de lo que podría pensarse, los celos presentan una asociación baja.

A pesar de que no existe un perfil definido de maltratador ni psicopatología asociada que pueda servir de indicador de sospecha, estos factores, obtenidos de forma empírica mediante un metanálisis, pueden alertarnos de cara a la detección. Ante la presencia de estos indicadores, sería conveniente profundizar en el análisis de creencias y actitudes del paciente respecto al género, así como investigar la calidad de su relación de pareja. (Stith, Smith, Penn, Ward and Tritt, 2003)

VII.3. Intervención psicosocial, sanitaria y educativa

Si se ha valorado que el paciente puede estar llevando a cabo conductas de maltrato o estrategias de abuso y control, conviene realizar una adecuada evaluación del agresor. Existen entrevistas estructuradas y cuestionarios hetero/autoaplicados, que evalúan conductas del maltrato y nos permiten planificar mejor el tratamiento (Echeburúa y Corral, 1998; Echeburúa y Fernandez-Montalvo, 1997; Echeburúa y Fernandez-Montalvo, 1998). Otros datos de interés a recoger en todos los casos son: condiciones laborales, posibles problemas de maltrato en relaciones anteriores, situación actual de pareja y familiar, estado de salud, antecedentes penales y relaciones sociales. Es muy importante recoger con palabras

textuales la frecuencia y duración de los episodios de maltrato, además de la percepción que tiene él sobre la gravedad de los mismos y sobre sus repercusiones (Echauri, Romero y Rodríguez, 2006).

Así mismo, se debe explorar variables psicopatológicas relacionadas habitualmente con la violencia. La mayoría de los estudios sobre prevalencia de trastornos psicopatológicos en maltratadores se han basado en muestras que recibían tratamiento, que estaban en prisión y datos recogidos en auto-informes. Los resultados no han sido consistentes.

Como señala la OMS (Heise y García-Moreno, 2003) la presencia de maltrato no va indefectiblemente unida a la presencia de trastornos psicopatológicos o de consumo de alcohol o drogas. Son mayoría los maltratadores que no presentan ni lo uno, ni lo otro. Las discrepancias entre las cifras obtenidas por diferentes trabajos podrían estar relacionadas con limitaciones metodológicas (como sesgos en la selección de muestras, grupos de control inadecuados, etc.) y con la consideración de los maltratadores como un grupo único y no diferenciado (Ferrer, Bosch, García, Manassero, Gili, 2004).

En el meta-análisis de Ferrer et al. (2004) se pone de manifiesto que los maltratadores presentan más trastornos de personalidad, más psicopatología y más abuso/dependencia de alcohol y drogas que los no maltratadores. Pero la diferencia entre ambos grupos es pequeña para la mayoría de los trastornos evaluados. Si se presentan en ciertos maltratadores, no deben considerarse características distintivas de este colectivo y, por tanto, tampoco factores de riesgo o predictores propiamente dichos, sino tan sólo como factores asociados en un cierto número de casos.

Sin embargo, los maltratadores tienden a obtener puntuaciones altas en algunos rasgos de personalidad, especialmente en los tipos narcisista, antisocial y "borderline". A menudo presentan trastornos depresivos y consumo de alcohol y drogas.

La presencia o no de rasgos psicopatológicos se considera elemento diferenciador de algunos tipos de maltratadores. Algunos autores (Holzworth-Munroe, Meehan, Herron, Rehman, Stuart, 1994) han diferenciado tres tipos: los dependientes pasivo-agresivos, los antisociales y los que no presentan rasgos patológicos. El empleo de tipologías y la identificación de rasgos pueden servir para determinar tanto la eficacia de tratamientos como el riesgo de futura reincidencia (Sellbom et al, 2008). En general los maltratadores con rasgos antisociales y/o psicopáticos y los consumidores de alcohol y drogas, presentan un mayor riesgo de reincidir y poca motivación para el cambio. Los de tipo disfórico suelen estar más motivados para el tratamiento y con ellos se logran mejores resultados terapéuticos.

Si, en el primer momento, se cree factible iniciar un tratamiento, es necesario evaluar el grado de peligrosidad, así como la motivación para el cambio. La terapia cognitivo-conductual (TCC), o los programas con elementos de TCC, son los más utilizados. El tratamiento puede ser voluntario o por orden judicial.

El programa TCC tiene como objetivos modificar el comportamiento mediante estrategias conductuales y, por otro lado, los patrones de pensamiento y las creencias que contribuyen al mantenimiento de la violencia. El tratamiento, individual o grupal, debe considerar tres aspectos fundamentales:

1. **Área cognitiva**, de reestructuración cognitiva de ideas, pensamientos y distorsiones en relación a la figura de la mujer y al uso de la violencia.

2. **Área conductual**, con técnicas de manejo del control de los impulsos y técnicas de relajación.

3. **Área emocional**, con el reconocimiento de emociones de uno mismo y del otro, expresión adecuada y comunicación emocional (Echauri et al 2006).

Una revisión Cochrane comparando TCC y no tratamiento, o TCC y tratamiento de enfoque dinámico y/o TCC y tratamiento de consumo de sustancias frente al tratamiento de los doce pasos, señala que todavía existen muy pocas evaluaciones adecuadas de los efectos del TCC en maltratadores para establecer conclusiones (Smedslund et al, 2008).

Sin embargo, algunos estudios apuntan intervenciones relativamente exitosas. En nuestro país, Echeburúa; Sarasua, Zubizarreta y Corral (2009) publican los resultados de un estudio con diseño experimental de medidas repetidas con maltratadores graves. Estos ejercían violencia física y psicológica como pauta habitual de comportamiento en la relación con su pareja. Se caracterizaban por abuso de alcohol, inestabilidad emocional, adaptación insatisfactoria y trastornos de personalidad de tipo compulsivo, agresivo-sádico y narcisista (evaluados con el cuestionario MCMI-II). Se trata de una experiencia de 10 años de aplicación de tratamiento individual estructurado largo (seis meses de duración, con sesiones semanales y tareas entre sesiones) y seguimiento de 1 año. Al finalizar el tratamiento se tiene éxito en el 88% de los casos (desaparición de episodios de maltrato físico y psicológico). El 53% del total se mantenía bien un año después. El índice de abandono del tratamiento (46%) fue considerado muy alto por los propios autores.

VIII. PLAN DE DIFUSIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA

La GPC se presenta en dos versiones, la completa y la operativa. A ambas puede accederse a través del portal de la Consejería de Sanidad (murciasalud.es) y de Guía Salud (pendiente de aceptación). Las estrategias de difusión e implementación serán las siguientes:

1. Presentación de la guía a la comisión de dirección de la red regional de salud mental (comprende todos los centros, servicios, unidades y programas).
2. Presentación de la guía en cada centro con la participación de los/las profesionales que la han elaborado (calendario de reuniones preestablecido en el punto 1).
3. Entrega de un ejemplar en papel a cada profesional del centro.
4. Presentación y taller de trabajo en los cursos que se programarán a través del plan de formación continuada y dentro de la formación especializada.
5. Elaboración de una ficha de evaluación basándonos en los indicadores sugeridos en la guía.
6. Integración de documentos clave de la guía y de parte de los indicadores en el sistema de registro informático (Selene).
7. Evaluación de la implementación de la guía, nombrando un responsable por centro. Sugerimos:
 - Profesional que participó en la elaboración.
 - Otro/a profesional del centro sensibilizado y/o formado en este tema.
8. Revisión de las evaluaciones a los doce meses de su implementación (grupo elaborador) comparando algunos indicadores con los datos recogidos en el estudio previo.
9. Revisión de la guía (2013).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguilar, D (2008). Investigación cualitativa: secuelas psicológicas en niños/as expuestos/as a violencia de género en su ámbito familiar y diseño de un programa de intervención terapéutica para paliar dichas secuelas. II Jornadas sobre programas para la prevención y atención a la Violencia de Género. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Igualdad.
2. Aguilar, D. (2009). La infancia víctima de violencia de género. III Congreso del observatorio contra la violencia doméstica y de género. Obtenido el 10-06-2010 de <http://www.icava.org/secciones/amav/congreso2009/22.pdf>
3. American Psychiatric Association (2001). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV TR. Barcelona: Masson.
4. Amor, P. Bohórquez, I.A. Echeburúa, E. (2006). ¿Por qué y a qué costes físicos y psicológicos permanece la mujer junto a su pareja maltratadora? *Acción psicológica* 4 (2): 129-154.
5. APA (1999) Resolution on Male Violence Against Women. Disponible en: <http://www.apa.org/pi/wpo/maleviol.html>
6. Asamblea General de las Naciones Unidas (1989). Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. Resolución 44/25.
7. Asamblea General de las Naciones Unidas (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres. Resolución 48/104
8. Asensi, L.F. Araña, M. (2006) TEPT complejo en violencia de género. Congreso Internacional y Virtual de Psiquiatría. Obtenido el 10-06-2010 de http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/psiquiatria_legal/34640/
9. Asensi, L.F. (2008). La prueba pericial psicológica en asuntos de violencia de género. *Revista internea de práctica jurídica*. 21: 15-29. Consultado el 10-06-2010 en http://www.ripi.com/art_jcos/art_jcos/num21/21proper.pdf
10. Bados, A. (2009). Trastorno por estrés postraumático. Universidad de Barcelona. Departamento de psicología. Obtenido el 14-06-2010 de <http://www.diposit.ub.edu>
11. Baños RM, Botella C, Alcañiz M, Guillén V, García-Palacios A, Quero S. La utilización de las nuevas tecnologías para el tratamiento psicológico de las víctimas de violencia de género: “el mundo de EMMA”. Consultado el 10 de junio de 2010 http://in3.uoc.edu/opencms/export/sites/in3/webs/grups_de_recerca/psinet/resources/documents/banos.pdf
12. Barba, J.M, Ferrer, V. Gea, A. Guillen, R.M. López, C. Tourne, M. (2005) Protocolo regional prevención y detección en la mujer mayor de 65 años. Murcia: Instituto de la mujer.
13. Biderman, A.D. y Zimmer, H. (1961). *Manipulation of human behavior*. New York: Wiley.
14. Blanchard, E. Hickling, E. Barton, K. Taylor, A. Loos, W. Jones-Alexander, J. (1996) One-year prospective follow-up of motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, 34 (10), 775-786.

15. Blanco, P. Ruiz-Jarabo, C. García de Vinuesa, L. Martín- García, M (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. Gaceta Sanitaria, 18 (Supl 1), pp.182-188.
16. Bonino, L. (2005). Desconstruyendo la normalidad masculina. Jerez. España. Obtenido el 10-06-2010 de <http://www.violencia-urbal.Net/05d73.htm>
17. Bonino, L. (2008). Hombres y violencia de género. Más allá de los maltratadores y de los factores de riesgo. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Subdirección general de información administrativa y publicaciones.
18. Boulette, T.S. and Andersen, S.M. (1985), "Mind control and the battering of women", Community Ment Health J. 21 (2): 109-18.
19. Campbell JC, Humphreys JC. (1993). Nursing care of survivors of family violence. St. Louis: Mosby.
20. Canovas, S (2007). La escucha activa. Intervención prioritaria ante una mujer víctima de violencia de género. III Jornadas de Responsables de violencia doméstica en Atención Primaria de Salud. Murcia.
21. Carandell, E (2009). Recomendaciones para la actuación sanitaria ante la violencia de género en la comunidad autónoma de las Illes Balears. Servicio de salud de las Islas Baleares. Obtenido el 14-06-2010 en <http://www.caib.es/govern/archivo.do?id=439942>
22. Ramsay, J Carter, Y Davidson, L Dunne, D Eldridge, S Feder, G, Hegarty, K, Rivas, C, Taft, A, Warburton A. Intervenciones de defensa para reducir o erradicar la violencia y promover el bienestar físico y psicosocial de mujeres víctimas de abuso por parte de su pareja (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 3 Art no. CD005043. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
23. Consejo General del Poder Judicial (2008). Informe de víctimas morales por violencia doméstica y violencia de género. Servicio de inspección. Consultado el 16-06-2010 en <http://www.poderjudicial.es/eversuite/GetRecords>
24. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2007). Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Ministerio de Sanidad y consumo. Gobierno de España. Obtenido el 14 -06-2010 en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>
25. Dirección General de Programas Asistenciales (2003). Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstica. Consejería de Sanidad y consumo. Servicio canario de salud. Obtenido el 14-06-2010. en <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=0e2a8f12-ed41-11dd-958f-c50709d677ea&idCarpeta=df4c5b0a-acc9-11dd-bcc2-dd39af5a7493>
26. Dirección General de Salud Pública (2005). Violencia contra las mujeres. Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos. Consejería de sanidad de Cantabria. Obtenido el 14-06-2010 en <http://www.saludcantabria.org/saludPublica/pdf/mujeres/ProtocoloViolencia.pdf>
27. Dirección de Salud Pública y Participación (2005). Protocolo de actuación en atención primaria para mujeres víctimas de malos tratos. Consejería de sanidad de Castilla-

- La Mancha. Obtenido el 14-06-2010 de http://pagina.jccm.es/imclm/fileadmin/user_upload/INSTRUMENTOS_PR_CTICOS/protocolo_actuua_atenci_n_primaria.pdf
28. Dutton, DG., (1995). *The batterer: A psychological profile*. New York, NY: Basic Books.
 29. Dutton-Douglas, M. (1992). *Treating battered women in the aftermath stage*. *Psychotherapy in Independent Practice*, 10, 93-98.
 30. Dutton, D.G y Painter, S.L (1981a). *Desarrollo de estrategias en la mujer maltratada*. Buenos Aires: Anteo.
 31. Dutton, D.G y Painter, S.L (1981b). *Traumatic bonding: The development of emotional attachments in battered women and other relationships of intermittent abuse*. *Victimology: an International Journal*, 6.,139-155.
 32. Echeburúa E y Corral P. (1998a). *Manual de violencia familiar*. Madrid. SIGLO XXI.
 33. Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1998). *Hombres maltratadores*. En E. Echeburúa y P. Corral (Eds.), *Manual de violencia familiar* (pp. 71-175). Madrid: Pirámide
 34. Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1997). *Tratamiento cognitivo-conductual de hombres violentos en el hogar: un estudio piloto*. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 355-384.
 35. Echeburúa, E.; Corral, P. Amor, P. J. (1998b). *Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas*. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24 (96): 527-555.
 36. Echeburúa, E. Corral, P. Amor, P.J. (1998c). *Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: Propiedades psicométricas*. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23 (90), 503-526.
 37. Echeburúa, E.; Corral, P. Amor, P. J. (2002). *Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos*. *Psicothema*, 14 (Supl.), 139-146.
 38. Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996) *Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto*. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 627-654.
 39. Echeburúa E, Sarasua B, Zubizarreta I y Corral P.(2009) *Evaluación de la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para hombres violentos contra la pareja en un marco comunitario: una experiencia de 10 años (1997-2007)*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.9 (2) 109-217
 40. Echauri, J. A. Romero, J. Rodríguez, M.J. (2006) *Teoría y descripción de la violencia domestica. Programa terapéutico para maltratadores del ámbito familiar en el centro penitenciario de pamplona*. Infocoponline. Obtenido el 09-06-2010 en http://www.infocop.es/view_article.asp?id=854
 41. EMAKUNDE (2006). *Guía de actuación ante el maltrato doméstico y la violencia sexual contra las mujeres para profesionales de los servicios sociales*. Instituto de la mujer del País Vasco. Obtenido el 14-06-2010 en http://www.bizkaia.net/gizartekintza/Genero/Indarkeria/blt2/irudiak/guia_malostratos_c.pdf
 42. Escudero, A. Polo, C. López, M y Aguilar, L. (2005a) *La persuasión coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género I:*

Las estrategias de la violencia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 25 (95), 85-117. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n95/v25n3a06.pdf>

43. Escudero A, Polo C, López M, Aguilar L (2005b) La persuasión coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género II: las emociones y las estrategias de la violencia. Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría. 25 (96), 59-91. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n96/v25n4a05.pdf>
44. Fajardo, J. F. Fernández, K. Escobar, O. A. (2002). Estilo de vida, perfil psicológico y demográfico de mujeres maltratadas por su cónyuge. Revista electrónica. Psicología científica.com. obtenido el 16-06-2010 en <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-107-6-estilo-de-vida-perfil-psicologico-y-demografico-de-mujeres-maltratadas-por-su-conyuge.html>
45. Family Violence Prevention Fund (2004). National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings. San Francisco: Family Violence Prevention.
46. Ferrer, V. Bosch, E. García, E. Manassero, M. A. Gili, M. (2004). Estudio Meta-Analítico de Características Diferenciales entre Maltratadores y no Maltratadores: El Caso de la Psicopatología y el Consumo de Alcohol o Drogas. PSYKHE 13 (1), 141-156.
47. Foa, E.B, Keane, T.M. y Friedman, M.J. (2000). Guidelines for treatment of PTSD. Journal of Traumatic Stress, 13, 539-588.
48. Foa, E.B. y Meadows, E.A. (1997): Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. Annual Review of Psychology, 48: 449-480.
49. Foa, E., & Rothbaum, B. (1998). Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD. Nueva York: Guilford Press.
50. Foa EB, and Street GP (2001). Women and traumatic events. Clinical Psychiatry, 62, suppl 17; 29-34.
51. Fogarty, C.T., & Brown, J.B. (2002). Screening for Abuse in Spanish-speaking Women. Journal of the American Board of Family Practice, 15 (2), 101-111.
52. García-Moreno, C. (2000) Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud. Organización Panamericana de la Salud y Harvard Center for Population and Development Studies.
53. Garcia-Moreno, C. Jansen, H. Ellsberg, M. Heise, L. Watts C.H. (2006) Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. Lancet; 368: 1260-69
54. Garriga, A, Navarro, F, Pujalte, ML, Moran, I, Muñoz, J (2009) La violencia de género en Salud Mental y Drogodependencias. En Garriga, A y Martin JC. Protocolo de Actuación en Salud Mental de Murcia para Violencia de Género: I Congreso de Salud Mental Área III. (Águilas, 1-2 Octubre 2009)
55. Golding, J. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. Journal of Family Violence, 14 (2), 99-132.
56. Gorrotxategi, M. y de Haro, I.M. (1999). Materiales Didácticos para la Prevención de la Violencia de Género. Educación Secundaria. Málaga: Consejería de Educación y Ciencia. Junta de Andalucía.

57. Graham, D.L.; Rawling, E.L. (1991), «Bonding with abusive dating partners: dynamics of Stockholm syndrome», en: Levy, B. (ed), Dating Violence, Women in Danger Seattle, WA, Seal Press.
58. Heise L, Ellsberg M y Goettenmeller M. (1999). Ending violence against women, *Populación Reports. Serie L*, N° 11.
59. Heise, L.L. García-Moreno, C. (2003). La violencia en la pareja. En E.G. Krug, L.L. Dahlberg, K.A. Mercy, A.B. Zwi y R. Lozano (Eds.), Informe Mundial sobre Violencia y Salud (pp. 97-131). Washington DC: Organización Panamericana de la Salud (Orig. OMS 2002)
60. Hender, K. (2001) Is therapy/counselling/group work more effective than no treatment for women are victims of domestic violence?. Clayton, Victoria: Centre for Clinical Effective (CCE).19 [Http://www.med.monash.edu.au/healthservices/cce/evidence/](http://www.med.monash.edu.au/healthservices/cce/evidence/)
61. Herman JL (1999), Trauma and memory [Book review]. *Am J Psychiatry* 156(7):1111-1112.
62. Herman, J. (2004), Trauma y recuperación: cómo superar las consecuencias de la violencia, Madrid: Espasa.
63. Hudson, W.W., & McIntosh, S.R. (1981). The Assessment of Spouse Abuse: Two Quantifiable Dimensions. *Journal of Marriage and the Family*, November, 873-88.
64. Instituto de la Mujer. (2006) La violencia contra la mujer. Resultados de la macroencuesta. Madrid: Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales;
65. Instituto de la Mujer de la Región de Murcia (2008). Manual de apoyo y protección de la mujer maltratada. Consejería de Política Social, Mujer e inmigración. C.A. de la Región de Murcia
66. Jaffe P, Wolfe D, Wilson S. (1986). Similarities in behavioral and social maladjustment among child victims and witnesses to family violence. *American Journal of Orthopsychiatry*; 56: 142-146
67. Jáuregui, I. (2006). Mujer y violencia. *Revista crítica de ciencias sociales y jurídicas*. N° 13.
68. Kubany ES, Hill EE, Owens JA Iannce-Spencer, C McCaig MA, Tremayne, KJ et al. (2004) Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 72, 3-18.
69. Lasheras, M.L. y Pires, M. (2003). La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Madrid: Instituto de Salud Pública
70. Levendosky, A. A. y Graham-Bermann, S.A. (2001). Parenting in battered women: the effects of domestic violence on women and their children. *Journal of Family Violence*, 16 (2), 171-192.
71. Llavona, LM (1995) La entrevista conductual. En FJ Labrador, Cruzado JA y Muñoz M. Manual de Técnicas de modificación y terapia de conducta (pp 71-114) Madrid Pirámide
72. Lorente, M.(2006) El rompecabezas, anatomía del maltratador. Barcelona: Crítica
73. Lorente, M. El agresor en la violencia de género. Consideraciones sobre conducta y estrategias. Consultado el 17-06-2010 en <http://www.abogados.es/portalABOGADOS/archivos/ficheros/1208769200709.pdf>

74. Lundy M y Grossman S. (2001). Clinical research and practice with battered women: what we know, what need to know. *Trauma, Violence and Abuse*, 2 (2), 120-141.
75. McFarlane JM, Groff Jy, O'Brien JA and Watson K. (2006) Secondary prevention of intimate partner violence: a randomised controlled trial. *Nursing research*, 55 (1): 52-61
76. MacMillan HL, Wathen CN with the Canadian Task Force on Preventive Health Care. (2001). Prevention and treatment of violence against women: Systematic review & recommendations. CTFPHC Technical Report #01-4. London, ON: Canadian Task Force.
77. Mc Millen, J. North, C. Smith, E. (2000). What parts of PTSD are normal: intrusion, avoidance or arousal? Data from the Northridge, California, Earthquake. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (1), 57-75.
78. Ministerio de igualdad (2010). Información estadística de violencia de género. Secretaría general de políticas de igualdad. Obtenido el 14-06-2010 en http://www.migualdad.es/ss/Satellite?c=MIGU_Multimedia_FP&cid=1193049886848&language=cas_ES&pageid=1193049890202&pagename=MinisterioIgualdad%2FMIGU_Multimedia_FP%2FMIGU_listadoSubcategoria
79. Ministerio del interior (2007). Protocolo de coordinación de las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado con los órganos judiciales, los colegios profesionales y demás implicados en la protección de las víctimas de violencia de género. Secretaría de estado de seguridad. Madrid
80. Ministerio del interior (2007). Seguimiento integral de víctimas de violencia de género VIOGEN. Secretaría de estado de seguridad. Consultado el 14-06-2010 en <http://www.migualdad.es/ss/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadervalue1=inline&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1244652178987&ssbinary=true>
81. Ministerio de la presidencia (2004). Ley orgánica 1/2004. Medidas de protección integral contra la violencia de género. Boletín oficial Del estado. España. Obtenido el 09-06-2010 de <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>
82. Ministerio de la presidencia (2006). Real Decreto 1030/2006. Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Boletín oficial del estado. España. Obtenido el 09-06-2010 de http://www.msc.es/boe/profesionales/CarteraDe_Servicios/docs/CarteraDeServicios.pdf
83. Ministerio de la presidencia (2008). Resolución del 15 de octubre de 2008. Convenio de colaboración, para la realización de actividades sobre la violencia de género. Boletín oficial del Estado. España. Obtenido el 09-06-2010 de <http://www.boe.es/boe/dias/2008/10/27/pdfs/A42627-42628.pdf>
84. Ministerio de sanidad y política social (2006). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Secretaria general de sanidad. Madrid
85. Ministerio de trabajo y asuntos sociales (2006). Plan nacional de sensibilización y prevención de la violencia de género. Secretaria de políticas de igualdad. Madrid.
86. Montero, A. (1999). Shaping the etiology of the Stockholm Syndrome: hypothesis of the Induced Mental Model. *IberPsicología*, 5 (1):4

87. Montero, A. (2000). Featuring Domestic Stockholm Syndrome: a cognitive bond of protection in battered women. Proceedings of the XIV World Meeting of the International Society for Research on Aggression.
88. Montero, A. (2001). Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica: Una propuesta teórica. *Clínica y Salud*, 12 (1), 5-31.
89. Moreno J, Pedreira JL (1999). Trastorno de estrés postraumático en la infancia y la adolescencia: formas clínicas de presentación. *Psiquis*; 20 (6): 221-234
90. OMS. (1996) Prevención de la violencia: una prioridad en salud pública. Resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra,
91. OMS (1993). CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Criterios Diagnósticos de Investigación. Madrid: MEDITOR.
92. OMS (2002). Informe anual sobre la violencia y la salud. Washington: Organización panamericana de salud. Consultado el 16-06-2010 en http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9275324220_spa.pdf
93. Organización Médica Colegial Español (1999). Código de Ética y Deontología Médica español. Obtenido el 16-06-2010 en <http://www.unav.es/cdb/ccdomccedm1999.html>
94. Orengo, F. (2006). Maltrato y estrés postraumático. Madrid: Entheos.
95. Patró, R. Limiñana, R (2005). Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de psicología*; 21 (1):11-17
96. Pelcovitz, D. Van der Kolk, B. Roth, S. Mandel, F. Kaplan, S. Resik, P. (1997) Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10; 3-16.
97. Pence, E. Paymar, M. (1993) Education groups for men who batter: the Duluth model. New York: Springer Publishing Co.
98. Plutchik y Van (1994)
99. Polo, C (2001). Maltrato a la mujer en relación de pareja. Factores relacionales implicados. Departamento de Especialidades Médicas, Universidad de Alcalá.
100. Quinteros, A. Carbajosa, P. (2008): Hombres maltratadores. Tratamiento psicológico de agresores. Madrid: Grupo 5.
101. Ramsay, J, Carter Y, Davidson L, Dunne D, Eldridge S, Feder G, Hegarty K, Rivas C, Taft A and Warburton. Intervenciones en defensa para reducir o erradicar la violencia y promover el bienestar físico y psicosocial de mujeres víctimas de abuso por parte de su pareja (Revisión Cochrane traducida). En : Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 3 Art no. CD005043. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd)
102. Raya, L. Ruiz, I. Plazaola, J. Brun, S. Rueda, D. García, L. González, J.M. Garralon, L.M. Arnalte, M. Lahoz, B. Acemel, M.D. Carmona, M.P. (2004). Intimate Partner Violence as a Factor Associated to Health Problems. *Aten Primaria*;34(3):117-27

103. Rincón P. P. (2003), Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención. Tesis doctoral. Madrid: Facultad de psicología.
104. Rincón, P.P. Labrador, F.J. Arinero, M. Crespo, M (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en psicología latinoamericana*; 22: 105-116.
105. Ruiz-Jarabo, C. Blanco, P. (2005). La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. España: Díaz de Santos.
106. Sadock, V.A (1995). Other additional conditions that may be a focus of clinical attention. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins.
107. Sadowski, L.(2009) Intimate partner violence towards women. *Clinical Evidence*, 02:1013. BMJ Publishing Group Ltd
108. Sarasua, Y., Zubizarreta, Y., Echeburúa, E. De Corral, P. (1994) Perfil psicológico del maltratador a la mujer en el hogar. En Echeburúa (Ed.) *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.
109. Save the Children (2006). Atención a los niños y niñas víctimas de la violencia de género. Análisis de la atención a los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género en el sistema de protección a la mujer. Madrid.
110. Schein, E. H. (1961) *Coercive Persuasion*. N.Y.: Norton, 1961.
111. Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness. On depression, development and death*, San Francisco: Freeman. (Trad. esp. en Madrid: Debate, 1981).
112. Sellbom M, Ben-Porath YS, Baum LJ, Erez E, Gregory C (2008). Predictive validity of the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) Scales in a batterers' intervention program. *J Pers Assess*; 90: 129-35
113. Smedslund G, Dalsbø TK, Steiro AK, Winsvold A, Clench-Aas J (2008). Tratamiento cognitivo-conductual para hombres que maltratan físicamente a su pareja (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, N° 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
114. Soria, T.N. (2009). Deshilando la violencia de género. Dinámica de la telaraña de abuso en relación de pareja. Póster. I Congreso Nacional de Violencia de Género y Salud. Santiago de Compostela.
115. Sover CS, Meadows, AL and Kaufman J (2009). Interventions for intimate partner violence: review and implications for evidence-based practice. *Professional Psychology. Research and Practice*; 40(3): 223-233. <http://dx.doi.org/10.1037/a0012718>.
116. Stark, E. y Flitcraft, A.H. (1988). Women and children at risk: A feminist perspective on child abuse. *International Journal of Health Services*, 18, 97-118.
117. Stein, MB, Kennedy C (2001). Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. *Journal Affective Disorder* ;66;133-8.
118. Stith SM, Smith DB, Penn CE, Ward DB and Tritt D. (2004) Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior* 10, 65-98.

119. Strube, M.J. (1988). The decision to leave an abusive relationship: empirical evidence and theoretical issues. *Psychological Bulletin*, 104, n.º 2, . 236-25
120. Tourné, M, Ruiz, M, Escribano, M.C., Gea, A, Salmerón, E. (2007) Protocolo para la Detección y Atención de la Violencia de Género en Atención Primaria. Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Murcia, 2007.
121. UNICEF (2006). Informe mundial. "Behind the Closed Doors. The Impact of Domestic Violence on Children". New York/London: UNICEF. Consultado el 15-06-2010 en http://www.unicef.org/spanish/evaldatabase/index_35151.html
122. U.S. Preventive Services Task Force (2004). Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2; 140(5):382-6.
123. Villavicencio, P.(2000). Violencia doméstica: Estrategias. En: Las mujeres en el Año 2000: Hechos y Aspiraciones. Seminario Organizado por el Instituto de la Mujer, 11 y 12 de Mayo de 2000. Ponencias y Conclusiones (pp. 77-88). Madrid: Instituto de la Mujer.
124. Villavicencio, P. & Sebastián, J. (1999). Variables predictoras del ajuste psicológico en mujeres maltratadas desde un modelo de estrés. *Psicología Conductual*, 7 (3): 431-458.
125. Walker, L. (1979). *The Battered Woman*. New York: Harper & Row.
126. Walker, L. (1984). *The battered woman syndrome*. New York: Springer.
127. Walker, L. E. (1991). Post-traumatic stress disorder in women: diagnosis and treatment of battered woman syndrome. *Psychotherapy*, 28 (1), 21-29.
128. Walker, L. E. (1999). Terapia para sobrevivientes con mujeres golpeadas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 8, 201-210.
129. Wathen CN, MacMillan HL (2003a). Interventions for violence against women: scientific review. *JAMA* 289(5): 589-600.
130. Wathen CN, MacMillan HL, with the Canadian Task Force on Preventive Health Care (2003b). Prevention of violence against women. Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *JAMA*; 169: 582-584.
131. Webb, W. (1992). Treatment issues and cognitive behavior techniques with battered women. *Journal of Family Violence*, 7 (3), 205-217.
132. Wolak J, Finkelhor D. (1998) Children exposed to partner violence. *Partner violence: a comprehensive review of 20 years of research*. Thousan Oaks, CA: Jasinski LM, Williams (Ed).



ANEXOS

ANEXO I. GUÍAS UTILIZADAS PARA LAS RECOMENDACIONES

- Registered Nurses Association of Ontario (2005). Woman Abuse: Screening, Identification and Initial Response”. Toronto Canada: Nursing Best Practice Guidelines [RNAO]. http://www.rnao.org/Storage/12/655_BPG_Women_Abuse.pdf
- Institute for Clinical Systems Improvement (2006). Domestic Violence. Bloomington (MN). National Guideline Clearinghouse [ICSI], <http://www.vahealth.org/Injury/projectradarva/documents/older/pdf/ClinicalGuide.pdf>
- Society of Obstetricians and Gynaecologist of Canada (2005) Intimate Partner Violence. Consensus Statement. SOGC Clinical Practice Guidelines, 157, Abril. [SOGC]. <http://www.sogc.org/guidelines/public/157E-CPG-April2005.pdf>
- Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care (National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE]). <http://www.nice.org.uk/CG26>

Revisiones sistemáticas utilizadas para recomendaciones específicas:

- MacMillan HL, Wathen CN with the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Prevention and treatment of violence against women: Systematic review & recommendations. CTFPHC Technical Report #01-4. September, 2001. London, ON: Canadian Task Force. [CTFPHC]. <http://canadianmedicaljournal.ca/cgi/reprint/169/6/582>
- Ramsay, J, Carter Y, Davidson L, Dunne D, Eldridge S, Feder G, Hegarty K, Rivas C, Taft A and Warburton. Intervenciones en defensa para reducir o erradicar la violencia y promover el bienestar físico y psicosocial de mujeres víctimas de abuso por parte de su pareja (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 3 Art no. CD005043. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd). [Cochrane]
- Sadowski, L. (2009) Intimate partner violence towards women. Clinical Evidence, 02:1013. BMJ Publishing Group Ltd. [BMJ] <http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/woh/1013/1013-get.pdf>
- U.S. Preventive Services Task Force, 2004 Screening for Family and Intimate Partner Violence: Recommendation Statement Annals of Family Medicine 2:156-160 [USPSTF]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466657/>

ANEXO II. PROTOCOLOS NACIONALES E INTERNACIONALES DE ESPECIAL INTERÉS

- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2007). Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Ministerio de Sanidad y consumo. (CISNS, 2007). Gobierno de España. Obtenido el 14-06-2010 en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>
- Dirección General de Programas Asistenciales (2003). Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstica. Consejería de Sanidad y consumo. Servicio canario de salud. (DGPA, 2003). Obtenido el 14-06-2010. En <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=0e2a8f12-ed41-11dd-958f-c50709d677ea&idCarpeta=df4c5b0a-acc9-11dd-bcc2-dd39af5a7493>
- Instituto Canario de la Mujer. (2009). Guía para la atención a Mujeres víctimas de violencia de género. Servicio de Coordinación del SISTEMA INTEGRAL contra la violencia de género (ICM). http://www.gobiernodecanarias.org/igualdad/documentos/Guia_Atencion_victimas_Violencia_cambiada%2021042008.pdf
- Dirección General de Salud Pública (2005). Violencia contra las mujeres. Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos. Consejería de sanidad de Cantabria. (DGSP). Obtenido el 14-06-2010 en <http://www.saludcantabria.org/saludPublica/pdf/mujeres/ProtocoloViolencia.pdf>
- Dirección de Salud Pública y Participación (2005). Protocolo de actuación en atención primaria para mujeres víctimas de malos tratos. Consejería de sanidad de Castilla-La Mancha. Obtenido el 14-06-2010 (DGSP) http://pagina.jccm.es/imclm/fileadmin/user_upload/INSTRUMENTOS_PR_CTICOS/protocolo_actuua_atenci_n_primaria.pdf
- Tourné, M. Ruiz, M. Escribano, C. Gea, A. Salmerón, E. (2007). Protocolo para la detección y atención de la violencia de género en atención primaria. DGAS. Servicio Murciano de Salud. <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/101242-genero.pdf>
- Instituto de la Mujer, Consejo General del Poder judicial y Consejería de presidencia de la CCAA de Murcia (2006). Protocolo de coordinación interinstitucional. Documento no publicado.
- Barba, J.M, Ferrer, V. Gea, A. Guillen, R.M. López, C. Tourne, M. (2005) Protocolo regional de prevención y detección en la mujer mayor de 65 años. Instituto de la mujer. Murcia. http://imrm.es/recursos_list_image.asp?ipag=63&f=UPLOAD/DOCUMENTO/protocolo_regional_prevencion_deteccion_violencia_mujer_mayor.pdf
- Carandell, E. (2009). Recomendaciones para la actuación sanitaria ante la violencia de género en la Comunidad Autónoma de las Illes Balears. Servei de Salut de les Illes Balears Atenció Primària de Mallorca. <http://www.caib.es/govern/archivo.do?id=439942>
- EMAKUNDE. Instituto Vasco de la Mujer (2006). “Guía de Actuación ante el maltrato doméstico y la violencia sexual contra las mujeres para profesionales de los servicios sociales”. Vitoria-Gastéiz. http://www.aliadasencadena.org/publicaciones/GuiaMalTrat06_c.pdf
- Family Violence Prevention Fund (2004). National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings. San Francisco (CA). <http://www.endabuse.org/userfiles/file/Consensus.pdf>

ANEXO III. REGISTRO DE ESTRATEGIAS DE CONTROL Y CONDUCTAS DEL MALTRATADOR.

(Adaptación de Soria, 2009)

ESTRATEGIAS DE CONTROL	CONDUCTAS DE VIOLENCIA	MARCAR SI APARECE
<p>DEGRADACIÓN:</p> <p>Reducir o rebajar el valor esencial e inherente de la persona</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tratar a la mujer como inferior, estúpida e inútil. 2. Insultar: “puta”, “tonta”, “bruja”, “loca”. 3. Realizar observaciones mordaces sobre su imagen y apariencia física. 4. Buscar errores y fallos constantemente. 5. Evidenciar defectos y debilidades. 6. Criticar su falta de habilidad como pareja, compañera sexual, madre o trabajadora (“ni siquiera sirves para...”). 7. Descalificar sus habilidades, capacidades y recursos. 8. Despreciar sus normas, metas y actitudes. 9. Ridiculizar todo lo que para ellas es importante y valioso. 10. Burlarse de lo que hace o dice. 11. No expresar reconocimiento por sus cualidades y aciertos. 12. Sabotear sus éxitos y logros. 13. Manifestar desprecio hacia la familia de origen. 14. Humillar y desacreditar públicamente. 15. Desautorizar delante de terceros. 16. Seducir a otras mujeres en su presencia. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>ESTRATEGIAS DEFENSIVAS</p> <p>Trasladar la responsabilidad de las conductas violentas a la víctima</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Minimización: restar importancia o gravedad a los hechos, argumentando que no han sido tan graves. 2. Fundamentación: argumentar para que parezca que es correcto lo que hizo. 3. Racionalización: explicar coherentemente y desde la lógica, motivaciones, conductas y hechos. 4. Desviación del problema: achacar su violencia a circunstancias externas y ajenas a sí mismo. 5. Negación abierta de la violencia, utilizándolo como defensa para restar credibilidad al relato de la víctima. 6. Olvido: asegurar no recordar lo ocurrido. 7. Chantaje emocional (estrategia de arrepentimiento): Inducir sentimientos de lástima, pena. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>DISTORSIÓN DE LA REALIDAD SUBJETIVA</p> <p>Transformar su percepción de la realidad, su juicio, conciencia y memoria</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Negar valor o credibilidad a las observaciones de ella. 2. Utilización sistemática de argumentos contradictorios. 3. Usar la ilusión de alternativas. 4. Utilizar un lenguaje vago, impreciso y confuso (“perverso”). 5. Convertir aspectos triviales, en razones profundas. 6. Tergiversar conversaciones y acuerdos. 7. Manipular a través del malhumor. 8. Elogiar y humillar alternativamente. 9. Realizar pequeñas concesiones (regalos, sorpresas...) para luego ser retiradas. 10. Mantener una imagen social opuesta a la que tiene en privado. 11. Apelar a la superioridad de su lógica o razón. 12. Monopolizar la definición de “seriedad”. 13. “Olvidar” sus promesas. 14. Engañar, mentir o negar lo evidente. 15. Hacer acusaciones de deslealtad, infidelidad o paternidad dudosa. 16. Trasladar o cambiar objetos deliberadamente. 17. Manipular el estado físico (alterar el sueño y el reposo, inducir a tomar tranquilizantes...). 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ESTRATEGIAS DE CONTROL	CONDUCTAS DE VIOLENCIA	MARCAR SI APARECE
<p>SOBRECARGA DE RESPONSABILIDADES</p> <p>Exigir que se haga cargo por entero de los problemas y responsabilidades compartidas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actuar como si fuera el dueño de la casa. 2. Tratar a la mujer como si tuviera que estar siempre disponible y a su servicio. 3. Revisar las tareas domésticas y exigir su estricto cumplimiento. 4. Crear un tiempo de descanso o diversión a costa de la sobrecarga de la mujer. 5. Definir como "impostergables" actividades que en realidad no lo son y que le alejan del hogar. 6. Imponer tiempos y espacios. 7. Exigir que adivine sus pensamientos, deseos o necesidades. 8. Realizar demandas triviales para polarizar su atención en él. 9. No participar en las tareas del hogar y del cuidado de sus hijos e hijas. 10. Mostrarse celoso y competitivo con los hijos/as. 11. Negarle su derecho a ser atendida y cuidada. 12. Culpar de cualquier problema o conflicto familiar. 	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>PRIVACIÓN</p> <p>Limitar o reducir la posibilidad de satisfacer las necesidades básicas (personales, sociales y laborales)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Controlar o restringir salidas y horarios. 2. Decidir dónde puede y dónde no puede ir. 3. Impedir que le acompañe a actos sociales o exigir que acuda cuando él quiere. 4. Prohibir las relaciones familiares y sociales. 5. Sabotear o generar situaciones incómodas para que las demás personas se alejen. 6. Retener en el hogar. 7. Desconectar el teléfono o la conexión a internet cuando él se va. 8. Ocultar información sobre los ingresos o la situación económica. 10. Denegar el acceso a los bienes comunes (cuentas bancarias, tarjetas de crédito...). 11. Entregar asignaciones insuficientes para el mantenimiento de las necesidades familiares (frecuentemente con reproches). 12. Interferir en las decisiones de trabajo y/o formación profesional. 13. Obligar a rendir cuentas detalladas de todos los gastos realizados. 14. Endeudarse sin su conocimiento y/o su consentimiento. 15. Llevarla a procedimientos costosos para ella, destruir los bienes comunes, no pagar la manutención a sus hijos/as. 	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>INTIMIDACIÓN</p> <p>Causar o infundir temor, miedo o terror</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amenazar (con echar de casa, con destruir el patrimonio, con quitar los/las hijas, con incrementar el maltrato, de muerte, de secuestro, de suicidio...). 2. Agredir físicamente: empujar, zarandear, abofetear, perseguir, golpear con objetos, patear, escupir, pellizcar, tirar del pelo, morder, agarrar del cuello, quemar, provocar abortos... 3. Agredir sexualmente/violar. 4. Utilizar gestos, miradas, posturas o tonos de voz amenazantes. 5. Gritar y hacer ostentación del tamaño físico. 6. Acosar telefónicamente, perseguir, vigilar... 7. Romper o lanzar objetos. 8. Destrozar enseres. 9. Crear desorden, ensuciar a propósito, desparramar basura. 10. Atacar a los animales domésticos. 11. Conducir de manera temeraria, poniendo en riesgo su seguridad. 12. Ocupar la cama con elementos que la atemorizan (armas, material pornográfico...). 	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>

ESTRATEGIAS DE CONTROL	CONDUCTAS DE VIOLENCIA	MARCAR SI APARECE
<p>COSIFICACIÓN</p> <p>Convertir a la persona en un objeto: Sin necesidades, deseos, posibilidades o elecciones propias</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ignorar su presencia y lo que ella le dice. 2. Negarle la palabra como forma de castigo. 3. Tomar decisiones de manera unilateral, sin respetar su opinión o sin contar con ella. 4. Invadir espacios privados e íntimos. 5. Espiar continuamente lo que hace. 6. Destruir o dañar objetos con valor afectivo (fotos, cartas, recuerdos...). 7. Privar de necesidades básicas (alimento, aseo, sueño, cuidados médicos...). 8. Descuidar en situaciones críticas (durante el embarazo, en enfermedades o lesiones...). 9. Desdeñar el derecho a su privacidad, intimidad e iniciativa. 10. Imponer las relaciones sexuales o la penetración. 11. Obligar a prácticas sexuales no deseadas (desagradables, dolorosas...). 12. Mostrar desconsideración durante las relaciones sexuales. 13. Exigir el modo en que debe ir vestida, peinada o maquillada. 14. Imponer qué libros tiene que leer o que música debe escuchar. 15. Dar órdenes constantemente. 16. Exigirle obediencia. 	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>

ANEXO IV. VERSIÓN ESPAÑOLA DEL INDEX OF SPOUSE ABUSE (ISA)

Hudson y Mcintosh, 1981

La violencia contra las mujeres es un problema muy extendido en nuestra sociedad. En muchas ocasiones, esa violencia es producida por la propia pareja o esposo de la mujer y, a menudo, ni siquiera ella es consciente de que está sufriendo malos tratos. Este cuestionario está diseñado para conocer si usted ha experimentado maltrato en su relación de pareja en el último año y la frecuencia de ese maltrato. No es un examen, por lo que no hay respuestas buenas o malas. Conteste a cada una de las preguntas lo más cuidadosa y correctamente que pueda, marcando con una cruz la respuesta que considere más adecuada para usted. Si usted no convive con su pareja, deje las preguntas 5 y 14 en blanco. Igualmente, si no tiene hijos, deje la pregunta 17 en blanco.

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuente-mente	Muy Frecuente-mente
1. Mi pareja me hace sentirme inferior (por ejemplo me dice que no valgo para nada o que no hago nada bien).					
2. Mi pareja me exige obediencia ante sus caprichos.					
3. Mi pareja se enfada y se pone intratable cuando le digo que está bebiendo demasiado.					
4. Mi pareja me hace realizar actos sexuales que no me gustan o con los cuales no disfruto.					
5. A mi pareja le molesta mucho que la cena, las tareas de la casa o la colada no estén hechas para cuando él piensa que deberían estarlo.					
6. Mi pareja tiene celos y sospechas de mis amigos u otras personas cercanas (por ejemplo vecinos o compañeros de trabajo).					
7. Mi pareja me da puñetazos.					
8. Mi pareja me dice que soy fea y poco atractiva					
9. Mi pareja me dice que no podría arreglármelas o cuidar de mí misma sin él.					

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
10. Mi pareja actúa como si yo fuera su criada personal.					
11. Mi pareja me insulta o me avergüenza delante de los demás.					
12. Mi pareja se enfada mucho si no estoy de acuerdo con él.					
14. Mi pareja es tacaña a la hora de darme dinero para los asuntos de la casa.					
15. Mi pareja controla lo que gasto y a menudo se queja de que gasto demasiado (por ejemplo en ropa, teléfono, etc).					
16. Mi pareja no me valora intelectualmente (por ejemplo me dice que no sé nada, que me calle, que soy tonta, etc).					
17. Mi pareja exige que me quede en casa cuidando de los niños.					
18. Mi pareja me pega tan fuerte que debo buscar asistencia médica.					
19. Mi pareja cree que no debería trabajar o estudiar.					
20. Mi pareja no es una persona amable.					
21. Mi pareja no quiere que me relacione con mis amigas u otras personas cercanas (por ejemplo mi familia, vecinas/os o compañeras/os de trabajo).					
22. Mi pareja exige que tengamos relaciones sexuales sin tener en cuenta si yo quiero o no.					
23. Mi pareja me chilla y me grita por cualquier motivo.					
24. Mi pareja me da bofetadas en la cara y la cabeza.					
25. Mi pareja se pone agresiva conmigo cuando bebe.					

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
26. Mi pareja es un mandón y me da órdenes constantemente.					
27. Mi pareja no respeta mis sentimientos, decisiones y opiniones.					
28. Mi pareja me asusta y me da miedo.					
29. Mi pareja me trata como si fuera idiota.					
30. Mi pareja actúa como si quisiera matarme.					

Físico: 4, 7, 13, 18, 22, 24, 25, 30

No Físico: 1-3, 5, 6, 8-12, 14-17, 19-21, 23, 26-29

ANEXO V. GUIÓN DE ENTREVISTA PARA MUJERES MALTRATADAS POR SU PAREJA

A continuación voy a hacerle unas preguntas en relación con el problema de maltrato que ha vivido. Sé que es difícil hablar de ello, pero necesito saber algunas cosas para prestarle una ayuda adecuada.

1. ¿Cómo describiría el maltrato al que se ha visto sometida?
2. Explíqueme de la manera más clara posible lo que le pasa o siente al respecto.
3. ¿Podría describir detalladamente la última vez que esto sucedió?
4. ¿Cuándo y como sucedió por primera vez?
5. ¿Cuál ha sido el incidente más grave?
6. **Si la paciente vive con el agresor, preguntar:** ¿Con qué frecuencia se da el maltrato? ¿Cuántas veces en el último año? ¿Y en el último mes?
Si la paciente ya no vive con el agresor, preguntar: ¿Con qué frecuencia se daba el maltrato? ¿Cuántas veces en el último año que vivieron juntos? ¿Y en el último mes de convivencia?
7. El maltrato ¿ha afectado a sus hijos? ¿De qué manera?
8. ¿De que manera ha afectado este problema en su vida?
9. ¿En qué momento o situación el problema ha sido más intenso o le ha afectado más?
10. ¿En qué momento o situación el problema ha tenido menos intensidad o le ha afectado menos?
11. **¿Cómo sitúa su estado actual con relación a los anteriores?**
12. ¿Qué ha hecho para solucionar el problema? ¿Con qué resultado?
13. ¿Hace algo para enfrentarse a las agresiones? ¿Qué hace concretamente? ¿Qué ha obtenido con ello?
14. a. ¿Ha denunciado el maltrato?
SI (145)
NO (15)
b. ¿Cuántas veces?
c. ¿Ha retirado la denuncia? ¿Cuántas veces? ¿Por qué motivos?
d. ¿Tiene denuncias en curso en este momento?
15. a. ¿Ha tenido que abandonar su hogar debido al maltrato?
SI (156)
NO (16)

- b. ¿Cuántas veces y por cuanto tiempo?
- c. ¿Dónde se ha quedado en esas ocasiones?
- 16. a. ¿Ha recibido asistencia médica por lesiones provocadas por el maltrato sufrido?
SI (161)
NO (17)
b. ¿cuántas veces? ¿Qué tipo de asistencia?
- 17. ¿Le ha contado el problema a alguien? ¿A quien?
- 18. ¿Cuenta con algún tipo de apoyo legal o social por este problema? Especifique
- 19. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento psicológico debido a este problema? ¿Cuándo y por qué lo abandonó?
- 20. ¿Ha sufrido anteriormente algún otro tipo de maltrato?
- 21. ¿Ha habido en su familia de origen experiencias de maltrato?
- 22. ¿Bebe alcohol o ha bebido en el pasado?
SI (CAGE) (Anexo IX)
NO (23)
- 23. ¿Ha tenido o tiene consumo de drogas?
- 24. ¿Ha tenido algún intento o pensamiento persistente de suicidio?
- 25. ¿Qué espera conseguir al finalizar este tratamiento?

Adaptado de: Echeburúa E y de Corral P (1998) Manual de violencia familiar. Madrid. Siglo XXI.
Llavona, LM (1995) La entrevista conductual. En FJ Labrador, Cruzado JA y Muñoz M. Manual de Técnicas de modificación y terapia de conducta (pp 71-114) Madrid Pirámide.

ANEXO VI. ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que Ud. ha sentido o hecho. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un “SI” o “NO”

	SI	NO
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2. ¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?		
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí misma?		
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasada que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9. ¿Está deprimida ahora?		
10. ¿Está UD separada, divorciada o viuda?		
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadada que habría sido incapaz de matar a alguien?		
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		

Propiedades psicométricas: Consistencia interna : alfa=0,90; fiabilidad test-retest: 0,89; sensibilidad y especificidad del 88% para un punto de corte de 6.

Interpretación: Cada respuesta afirmativa suma un punto. La puntuación de la escala oscila entre 0 y 15. A mayor puntuación, mayor riesgo. Los autores de la validación en español identifican como punto de corte una puntuación igual o mayor a 6.

ANEXO VII. INFORME CLÍNICO

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA		
Hospital/CSM /CAD/UR		
Profesional que lo emite: Nombre y apellidos, CNP		
1. DATOS DE FILIACIÓN DE LA MUJER MALTRATADA		
Nombre y Apellidos		
DNI ó NIE (Nº identificación extranjería)		País origen
Fecha de nacimiento	Edad	Estado Civil
Dirección, municipio (código postal)		
Teléfono		
Acude sola o acompañada de (nombre y parentesco/relación)		
DATOS DEL SUPUESTO AGRESOR		
Nombre y apellidos		
Relación/parentesco con la persona agredida		
Dirección y teléfono supuesto		
2. EXPOSICIÓN DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN EL INFORME		
<i>(Tipo de maltrato, duración, intensidad, frecuencia... según la declaración de la mujer. Entrecomillar expresiones textuales cuando sea posible. Otros datos de interés)</i>		
3. ANTECEDENTES		
<i>(Historia del maltrato, denuncias previas, evolución de las mismas, agresiones a personas del entorno familiar como hijos, ancianos.... testigos del maltrato)</i>		

4. ESTADO EMOCIONAL
<i>(Síntomas emocionales y actitud de la mujer. Una mujer maltratada puede sentirse confusa, contradictoria, huidiza, inquieta, temerosa, agresiva, hipervigilante, apática, inexpresiva... Esta información es necesaria para aproximarnos al estado psíquico de la paciente)</i>
5. EXPLORACIÓN DE ESTRATEGIAS DE CONTROL DEL MALTRATADOR (Anexo III)
DEGRADACIÓN (Reducir o rebajar el valor esencial e inherente de la persona)
ESTRATEGIAS DEFENSIVAS (Trasladar la responsabilidad de las conductas violentas a la mujer)
DISTORSIÓN DE LA REALIDAD SUBJETIVA: (Transformar su percepción de la realidad, su juicio, conciencia y memoria)
SOBRECARGA DE RESPONSABILIDADES (Exigir que se haga cargo por entero de los problemas y responsabilidades compartidas)
PRIVACIÓN (Limitar o reducir la posibilidad de satisfacer las necesidades básicas (personales, sociales y laborales)

INTIMIDACIÓN (Causar o infundir temor, miedo o terror)

COSIFICACIÓN (Convertir a la persona en un objeto: Sin necesidades, deseos, posibilidades o elecciones propias)

6. EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA Y FÍSICA

(El maltrato psicológico puede reflejarse en síntomas de estrés postraumático, depresión, ansiedad, tendencias suicidas, somatizaciones, abuso de sustancias...Escala de valoración utilizadas, incluyendo las específicas de VG. Observación de posibles lesiones físicas).

7. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS.

8. DIAGNÓSTICO

9. PLAN DE ACTUACIÓN Y/ O TRATAMIENTO

En su caso, incluir el alta o la derivación a otras especialidades y recursos, el ingreso hospitalario si ha sido necesario, y el seguimiento requerido.

10. OTROS DATOS

(Aspectos de seguridad y riesgo percibido por la mujer, Actitud de la mujer hacia la presentación de denuncia, notificación al juzgado, si la mujer ha manifestado que no quiere presentar denuncia y la causa (miedo al agresor, a perder la custodia de los hijos, a las reacciones familiares, dependencia económica, etc).

OBSERVACIONES

Fecha

Firma

NB. Es conveniente disponer de varios EJEMPLARES: para la persona interesada / Juzgado / Centro Sanitario (y/o historia clínica) y/o registro central sanitario.

ANEXO VIII. ABREVIATURAS

AAP	Academia Americana de Pediatría
AEN	Asociación Española de Neuropsiquiatría
AEPCP	Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología
APA	American Psychiatric Association
BMA	British Medical Association
BMJ	Clinical Evidence del British Medical Journal
CA	Comunidad Autónoma
CAD	Centro de Atención a la Drogodependencia
CAGE	Cuestionario de abuso de alcohol
CAP	Centro de Atención de Primaria
CAVI	Centros de Atención a las Víctimas de la Violencia de Género
CDR	Centre for Reviews and Dissemination
CGPJ	Consejo General del Poder Judicial
CIE	Clasificación internacional de enfermedades
CISNS	Comisión Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CSM	Centro de salud mental
CTFPHC.	Canadian Task Force on Preventive Health Care
DESNOS	Disorder of extreme stress not otherwise specified
DGPOFSI	Dirección Gral. de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación
DGSPP	Dirección General de Salud Pública y Participación
DSM	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
ECA	Ensayo Clínico Aleatorizado.
EDAM	Escala de detección y evaluación de abuso y malos tratos.
EDM	Terapia de movimientos oculares y reprocesamiento
[GPC]	General practitioners Committee. Consenso del grupo elaborador
GPC	Guía de Práctica Clínica
ICSI	Institute for Clinical Systems Improvement
ID	Intervención de Defensa
IMAS	Instituto Murciano de Acción Social
ISA	Index of Spouse Abuse
NBPG	Nursing Best Practice Guidelines
NGC	National Guideline Clearinghouse
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
OMS	Organización Mundial de la Salud

PIFOVIG	Plan Integral de Formación en Violencia de Género
PSTD	Posttraumatic Stress Disorder
RCPsych	Royal College of Psychiatrists
RNAO	Registered Nurses Association of Ontario
SEF	Servicio de Empleo y Formación
SEPT	Subsíndrome de Estrés postraumático
SGSM	Subdirección General de Salud Mental
SIES-d	Síndrome de Estocolmo Doméstico
SM	Salud Mental
SMI	Salario Mínimo Interprofesional
SMS	Servicio Murciano de Salud
SOGC	Society of Obstetricians and Gynaecologist of Canada
TCC	Terapia Cognitivo-Conductual
TCC-ft	Terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma
TEPT	Trastorno por Estrés Postraumático.
UDIF-SM	Unidad de Docencia, Investigación y Formación de Salud Mental
USPSTF	U.S. Preventive Services Task Force
VG	Violencia de Género
VIOGEN	Sistema de Seguimiento Integral de Víctimas de Violencia de Género
WAST-corto	Woman Abuse Screening Tool
WHO	World Health Organisation

ANEXO IX. CAGE CAMUFLADO

Población diana: Población general. Se trata de un test heteroadministrado con 12 ítems de los cuáles 4 preguntas –marcadas en negrita- son puntuables. El punto de corte se sitúa en más de dos respuestas afirmativas. Las preguntas no deben formularse seguidas para evitar posturas defensivas o de rechazo. Cada pregunta debe intercalarse durante la entrevista.

1. ¿Piensa usted que come demasiados dulces?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Le han ofrecido alguna vez un “porro” o una dosis de cocaína?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Le ha molestado alguna vez la gente que le critica su forma de beber?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Se ha planteado en alguna ocasión hacer algo de ejercicio con carácter semanal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Considera usted que duerme las horas necesarias para estar a tono durante el día?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Se ha planteado seriamente en alguna ocasión dejar de fumar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. ¿Le han comentado alguna vez que debería comer más frutas y verduras?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. ¿Le han comentado en alguna ocasión que debería fumar menos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. ¿Se ha planteado en alguna ocasión cambiar su costumbre de consumir pastillas para dormir por técnicas de relajación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
PUNTUACIÓN TOTAL	

Su sensibilidad oscila entre 49 y 100% y su especificidad entre el 79 y 100% en función al punto de cohorte que se esté valorando.

En la validación española con un punto de corte de 2 (que es el más comúnmente aceptado), se obtiene una sensibilidad del 96% y una especificidad del 100%. Si el punto de corte se sitúa en 1 la sensibilidad es del 100% y la especificidad del 98%.

Debido a lo incisivo de algunos ítems, puede provocar suspicacia en el entrevistado, por lo que debería administrarse siempre “camuflado”. No posee adecuada sensibilidad para detectar problemas leves.

ANEXO X. EDAM

Escala de detección y evaluación de abuso y malos tratos. (Esther Ramos Matos)

Nombre

fecha

AISLAMIENTO Y ABUSO SOCIAL

Estrategias de aislamiento directas

1. Te prohíbe relacionarte con tu familia de origen, amig@s, compañer@s o gente de tu entorno
2. Te impide llevar a cabo actividades que supongan salir fuera del hogar (trabajar, estudiar, etc)
3. Te controla salidas y horarios
4. Te deja encerrada en la casa
5. Otras (concretar)

Estrategias de aislamiento indirectas

1. Genera situaciones que te resultan incómodas y violentas cuando estás con tu familia, amigos o gente de tu entorno para lograr que seas aparentemente tu quién se aleje, por evitación de tales situaciones
2. Monta broncas o se muestra irritable cada vez que te relacionas, por causas aparentemente ajenas al hecho
3. Consigue que carezcas de tiempo para relacionarte sobrecargándote de responsabilidades y normas tales como estar presente y disponible en la casa en todo momento, asumir los trabajos domésticos, la crianza de los hijos, etc.
4. Genera situaciones incómodas para lograr que sean los demás los que se alejen
5. Sabotea los actos que suponen reunirse con familiares o amigos, poniéndose enfermo o creando conflictos horas antes
6. Te hace sentir que “relacionarte” con los demás es “abandonarle”
7. Te hace sentir que no tienes consideración con él o que no te importan sus sentimientos si no renuncias a tus relaciones sociales
8. Acabas por relacionarte con los demás a escondidas o procurando que no se entere para evitar conflictos
9. Otras (concretar)

Abuso social

1. Te impide acompañarle en actividades que impliquen relaciones sociales
2. Te obliga a relacionarte socialmente con quién tu no deseas, su familia, amigos, gente del entorno laboral, etc.
3. En reuniones sociales, impone la hora en que os tenéis que ir, te prohíbe hablar de ciertos temas, te impide bailar o divertirse, etc.
4. Otras (concretar)

DESVALORIZACIÓN Y DESTRUCCIÓN DE LA AUTOESTIMA

Estrategias de desvalorización directas

1. Te grita y/o insulta
2. Te trata como inferior o estúpida, como si no valieras para nada
3. Justifica este modo de tratarte tratando de convencerte y hacerte creer que tú te lo mereces
4. Por esta razón has llegado a pensar que realmente es “normal” ser tratada así
5. Critica o ignora sistemáticamente tus opiniones
6. Encuentra defectos en todas tus actuaciones
7. Insulta tu apariencia física tratando, de hacerte sentir poco atractiva, demasiado provocadora, etc.

8. Te dice que estás trastornada, loca o enferma. Por esta razón has llegado a sentirte confundida y dudar de tu estado mental
9. Se dirige a ti con sobrenombres degradantes o insultos
10. Tergiversa los argumentos de tal modo que tú aparezcas siempre como culpable de todo lo negativo que sucede, incluso de hechos imprevisibles
11. Te critica y/o se muestra decepcionado para chantajearte y lograr que seas y te comportes como él quiere
12. Te culpa y responsabiliza, hasta llegar a convencerte de todos los problemas de la pareja
13. Mal interpreta tu comportamiento y, aunque tú sabes que tus intenciones no eran malas, logra que te sientas culpable
14. Utiliza la aprobación, la amabilidad o el afecto como premio o castigo
15. Se burla y/o ríe de ti de manera irónica o hiriente
16. Te humilla en público criticándote o rebajándote
17. Te compara con otras personas, dejándote en inferioridad
18. Manifiesta desprecio y burla hacia tu familia de origen, tu lugar de procedencia, tu estatus o circunstancias anteriores al matrimonio, etc.
19. Trata de convencerte de que le debes tu calidad de vida y estatus
20. Llega a convencerte de que sin él no saldrás adelante en la vida
21. Utiliza largos monólogos y técnicas de lavado de cerebro hasta llegar a confundirte
22. Otras (concretar)

Estrategias de desvalorización indirectas

1. No tiene en cuenta tus sentimientos, gustos o preferencias
2. Te impide participar en la toma de decisiones comunes a la pareja o impone siempre sus criterios
3. Te ignora, no te contesta, actúa como si no existieras
4. No valora ni reconoce tus cualidades, tus aciertos, tus logros o tu valía
5. Nunca agradece la ayuda que le prestas ni valora los detalles que tienes con él
6. Nunca pide disculpas
7. Otras (concretar)

Abandono afectivo

1. Rechaza cualquier expresión de afecto de manera directa o con excusas y culpabilizándote
2. Nunca expresa afecto, cariño o ternura
3. Nunca permite momentos de complicidad y/o de comprensión
4. Cuando estás enferma no se interesa, te deja sola para acudir a actividades que podría eludir (VG de ocio), no te pregunta como estás
5. No tiene ningún gesto de solidaridad cuando estas enferma o sobrecargada.

Hostilidad

1. Daña o destruye aquello que tiene valor afectivo para ti (animales, fotos, objetos, recuerdos, etc.)
2. Altera tu sueño o tu descanso haciendo ruido de manera intencionada
3. Otras (concretar)

AMENAZAR E INTIMIDAR

Estrategias de amenaza e intimidación directas

1. Te amenaza con echarte de casa
2. Te amenaza con quitarte l@s hij@s
3. Te dice que todo el patrimonio es suyo y que si no accede a sus deseos, lo perderás
4. Te amenaza con matarte
5. Te advierte con que lo vas a pagar o amenaza con hacerte daño si no haces lo que él dice o le llevas la contraria
6. Otras (concretar)

Estrategias de amenaza e intimidación indirectas

1. Rompe o lanza objetos con ánimo de intimidar
2. A veces grita con gestos o expresiones que te asustan
3. Conduce de manera temeraria poniendo en riesgo la seguridad de la familia con intención de provocar miedo o para justificar “lo nervioso que le pones”
4. Te maneja con gestos o miradas que te atemorizan
5. No te atreves a decirle lo que sientes
6. No te atreves a ser tu misma cuando está él
7. Has llegado a tenerle miedo cuando está enfadado o irritable
8. Cuando escucha datos relacionados con malos tratos a mujeres dice frases que indirectamente van dirigidas a ti, tales como “a esa había que matarla”, “Si me lo hiciera a mí, se iba a enterar”
9. Aunque no emite amenazas de manera directa, le crees capaz de cualquier cosa y le temes
10. Otras (concretar)

ABUSO ECONÓMICO

1. Administra los recursos económicos sin consultarte ni dar cuentas
2. Te impide administrar tu propio sueldo o tu patrimonio
3. Te obliga a asumir las cargas económicas del hogar y la familia
4. Dispone del dinero para sus propios intereses, a costa de producir situaciones de carencia a la familia
5. Miente u oculta recursos e ingresos
6. Hace la compra para no facilitarte dinero en efectivo
7. Se endeuda o vende pertenencias sin tu conocimiento o consentimiento
8. Despilfarra los recursos familiares
9. Otras (concretar)

CONTROL Y DOMINIO

1. Quiere conocer en todo momento dónde estás, con quién, qué haces, etc.
2. Te llama por teléfono reiteradamente con intención de controlarte
3. Te espera a la salida del trabajo a fin de que no permanezcas más tiempo del imprescindible y no te relaciones con compañer@s
4. Pone trampas y vigila para comprobar si es engañado
5. Interroga a l@s hij@s acerca de tus actividades
6. Exige que estés donde él quiere
7. Pretende imponer siempre sus criterios y tener la última palabra
8. Exige obediencia
9. Exige conocer hasta lo más privado, sin respetar la intimidad
10. Te pone condiciones inaceptables para que evites ser “castigada”
11. Utiliza la estrategia de echarte o irse cuando se enfada, sabiendo que lo pasarás tan mal, que cuando reinicie la relación, accederás a lo que él quiera
12. Interrumpe la relación como forma de castigo, para después volver con más “poder”
13. Otras (concretar)

ABUSOS Y AGRESIONES SEXUALES

1. Para conseguir tener relaciones sexuales contigo cuando tu no lo deseas, pone en práctica estrategias de coacción tales como:
 - Te acusa de anticuada, fría, estrecha, etc.
 - Pone en duda tus sentimientos por él
 - Te avergüenza haciéndote sentir como un bicho raro
 - Amenaza con buscarse otras para conseguir lo que tú no le das
2. Te exige mantener relaciones sexuales aunque no lo desees
3. Se pone irritable, agresivo o violento si no accede a mantener relaciones sexuales
4. Te obliga a prácticas sexuales no deseadas por ti

5. Te requiere sexualmente en momentos o lugares inapropiados (después de una agresión, cuando está enferma, etc.)
6. Te obliga a tener relaciones sexuales después de un episodio de violencia física
7. Te compara con otras mujeres en el aspecto sexual, para humillarte
8. Se ocupa de su propio placer, sin tener en cuenta tus necesidades
9. Es desconsiderado y/o violento cuando mantenéis relaciones sexuales
10. Otras (concretar)

VIOLENCIA FÍSICA

1. Alguna vez ha cometido algún tipo de agresión física contra ti. SI NO Valoración de la índole, intensidad, frecuencia y secuelas de las agresiones:
 - Empujones, zarandeos
 - Golpes
 - Bofetadas
 - Patadas
 - Intentos de estrangulamiento
 - Quemaduras
 - Agresiones con objetos
 - Otras. (describir)

CHANTAJE EMOCIONAL

1. Manifiesta reiteradamente lo desdichado que es, con el propósito de infundir lástima hacia él para lograr que hagas cosas que no querrías hacer
2. Te induce sentimientos de pena hacia él, insistiendo en argumentos tales como sus dolencias, su infancia desdichada, etc.
3. Adopta actitudes de victimismo injustificado
4. Amenaza con suicidarse si te planteas dejarle
5. Te dice que te quiere tanto que no podría soportar que le dejaras
6. Sé auto lesiona
7. Expresa dependencia
8. Se muestra desvalido
9. Otras (concretar)

Nota. Indagar si el chantaje emocional es una forma cotidiana de coacción o si se ejerce solo como estrategia de retención cuando la víctima se plantea hablar, denunciar o abandonar la relación (fase de arrepentimiento)



RESUMEN DE RECOMENDACIONES

Radar: Rutina de recogida datos. Familia y antecedentes

<p>Los profesionales de la salud mental deben</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Ser conscientes de la naturaleza y prevalencia de la violencia doméstica. ➢ Conocer su dinámica y cómo afecta a la seguridad y autonomía de los pacientes. ➢ Ser capaces de preguntar con sensibilidad, suministrar información sobre las distintas intervenciones, valorar el riesgo y conocer los factores asociados con el riesgo de incremento de la violencia, homicidio y suicidio. 	C
<p>Que enfermería realice una práctica reflexiva (introspección) para examinar hasta que punto sus propias creencias, valores y experiencias influirían en el cribado</p>	B
<p>Deben existir programas de formación en el centro diseñados para incrementar habilidades y conocimientos del personal de enfermería y aumentar la conciencia y sensibilidad hacia la violencia de género</p>	A
<p>Se recomienda que enfermería sepa qué documentar en el cribado para responder al abuso, así como sus obligaciones legales cuando alguien comunica un abuso</p>	C
<p>Es necesario preguntar sistemáticamente a todas las mujeres que consulten en nuestros servicios para detectar precozmente y mejorar la atención, evitando la revictimización y su cronificación, así como la yatrogenia</p>	C

rAadar: Abordar con preguntas directas

<p>Se recomienda que enfermería aplique un cribado universal rutinario para todas las mujeres</p>	B
<p>Enfermería desarrollará estrategias de cribado y respuestas iniciales que respondan a las necesidades de las mujeres tomando en consideración las diferencias basadas en la etnia, clase, creencias religiosas, edad y orientación sexual</p>	B

raDar: Diagnóstico confirmatorio

<p>Todas las mujeres necesitan oír un mensaje claro por parte del personal sanitario de que sus preocupaciones actuales son lógicas y de que no merecen ser maltratados. Nadie merece ser maltratado</p>	B
<p>El personal sanitario deben tomar notas clínicas objetivas, claras y legibles, utilizando las propias palabras de la mujer sobre el abuso, añadiendo dibujos o fotografías cuando sea oportuno</p>	B
<p>Para realizar el diagnóstico confirmatorio se recomienda utilizar el ISA (anexo 1) en el marco de una relación terapéutica previamente establecida durante la entrevista</p>	C

radA: Analizar la seguridad y el riesgo

A.1. Análisis sobre el riesgo de agresión y homicidio inmediato

Todos los servicios sanitarios deben tener una copia de un plan de seguridad/huida genérico disponible para usar en su momento, o para que la mujer se lo lleve sin peligro	A
Los servicios de salud mental deben coordinarse con los recursos de violencia doméstica en su área de salud dentro de la región	C
Es imperativo que el personal sanitario pregunte sobre la seguridad de la víctima de violencia doméstica antes de que deje la consulta	A
Los documentos y materiales no se deben enviar por correo a casa de la mujer, ya que puede resultar un peligro para la misma	B
Se debe evitar la coincidencia en el centro del maltratador y su víctima cuando ambos sean usuarios, caso obligado cuando hay una orden de alejamiento	C
El personal sanitario debe saber que hay situaciones vitales que pueden aumentar el riesgo de agresión o violencia en este tipo de relaciones: Iniciar trámites de separación, embarazo, comenzar una nueva relación sentimental, empezar un nuevo trabajo o formación, tener una cita en los juzgados (acusación por violencia, separación o divorcio, custodia de los hijos...), aislamiento por falta de una red de apoyo (inmigración, dificultades con el idioma, dificultad de transporte o movilidad...).	C

A.2. Valoración del riesgo de suicidio

Se recomienda valorar la ideación suicida así como los antecedentes familiares y personales de intento de suicidio	C
--	---

A.3. Riesgo para los hijos y/o adultos vulnerables

Preguntar por la violencia hacia otros miembros de la familia o adultos vulnerables que vivan con la familia, para documentar el abuso o negligencia	C
--	---

radaR: Recursos

R.1.1. Diagnóstico psicopatológico

Tras la confirmación de caso de violencia de género, el personal especialista de salud mental determinará el diagnóstico psicopatológico derivado. La violencia es una causa significativa de morbilidad y mortalidad para la mujer	B
En caso de que la violencia de género detectada no se asocie a psicopatología susceptible de tratamiento en salud mental, se considerará su derivación a recursos externos(R.2).	B

Las mujeres que sufren violencia tienen un mayor riesgo de abuso de sustancias, trastornos mentales, trastornos físicos crónicos y problemas de salud sexual	B
--	----------

R.1.2. Abordaje terapéutico

R.1.2.1. Consideraciones generales

Se recomienda que los/las terapeutas consideren la perspectiva de género, preguntándose acerca de su propia historia, de su familia y de sus creencias respecto al género. Además sería aconsejable proponer una reflexión sobre este tema en el equipo de trabajo	C
La intervención se diseñará teniendo en cuenta la conciencia de maltrato de la mujer y su actitud respecto a la relación. Las etapas de la intervención se recorren al ritmo de cada mujer y según el momento del ciclo de la violencia en que se encuentren	C
Se recomienda incluir de forma transversal en las sesiones las temáticas que afectan a las mujeres: estereotipos y diferencias de género, dinámica de las relaciones violentas, maltratadores y proceso de maltrato, mitos y creencias, ciclo de la violencia	C
Resulta aconsejable asociar intervenciones individuales con sesiones grupales	C
La combinación psicoterapia-psicofármacos estará indicada si la intensidad de los síntomas es elevada, después de que, de una manera conjunta con la paciente, hayamos puesto de manifiesto la relación entre sus síntomas y el maltrato recibido	C
<p>Pautas de tratamiento</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Seguridad. Conviene revisar en todas las sesiones los apoyos emocionales, de protección y de ayuda práctica, ya que el grado de peligrosidad puede variar. 2. Alianza terapéutica. Es fundamental establecer una relación de confianza mediante la escucha activa, acompañamiento, acogida y poniendo orden en el relato de la experiencia vivida. 3. Poner en relación los síntomas psicológicos con el maltrato. 4. Exposición a la experiencia traumática. No suele estar indicado en las entrevistas iniciales. Será ella quien decida cuándo y cómo. 5. Recuperación de su vida social. Considerar las creencias erróneas sobre identidad y rol femenino, la autonomía y el desarrollo frente a la figura masculina, la facilitación de redes de apoyo social, la derivación a recursos de mujeres 	C

R.1.2.2 Tratamiento específico de la psicopatología más frecuente (TEPT)

1- Actuación temprana (evento traumático reciente)	
➤ Se recomienda mantener una actitud alerta si los síntomas son leves y de menos de 4 semanas de duración y hacer una revisión de seguimiento en un mes.	C
➤ No debe ser práctica habitual de los servicios proporcionar una sola sesión individual focalizada en el suceso traumático.	A

2- Durante los tres primeros meses tras el evento traumático	
➤ Se debe ofrecer terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma (TCC-ft) en los tres meses posteriores a partir del evento traumático.	A
➤ Si el TEPT presenta síntomas severos se recomienda ofrecer TCC-ft en el primer mes tras el evento traumático en formato individual ambulatorio.	B
➤ La duración de la TCC-ft es de 8-12 sesiones, pero si el tratamiento empieza el primer mes tras el evento traumático pueden ser suficiente intervenciones psicológicas de 5 sesiones.	B
➤ Cuando se trata el evento traumático la sesión debe ser más larga (p.e. 90'). El tratamiento será regular y frecuente (una sesión a la semana, siempre con el mismo terapeuta).	B
➤ No deben ofrecerse de forma rutinaria ni la relajación, ni terapias no dirigidas al trauma.	B
➤ Si los tratamientos psicológicos recomendados no obtienen resultado, considerar otros tratamientos psicológicos (dinámicos, sistémicos, etc.) y/o añadirle tratamiento farmacológico.	C
Respecto al tratamiento farmacológico:	
➤ No debe ser el tratamiento de elección.	A
➤ Para pacientes que rechazan tratamiento psicológico o que no quieran trabajar el trauma (p.e., porque la violencia doméstica todavía esté presente) se considerará paroxetina, mirtazapina, amitriptilina y fenelcina.	C
➤ Cuando el sueño es un problema principal, los hipnóticos pueden ser apropiados a corto plazo y a largo plazo los antidepresivos.	C
➤ Cuando existe depresión y/o hiperactivación severa que dificulte las habilidades de la paciente, puede beneficiar el desarrollo del tratamiento psicológico.	C
➤ Si se produce respuesta al tratamiento se debe mantener durante 12 meses, procediendo después a una retirada gradual.	C
3- Más de tres meses después del evento traumático	
Son válidas las mismas recomendaciones del apartado anterior añadiendo como técnica terapéutica en todos los casos la terapia de movimientos oculares y reprocesamiento (EMDR). Además:	B
➤ La TCC-ft y EMDR pueden ofrecerse independientemente del tiempo transcurrido desde el trauma.	B
➤ Cuando se dan eventos traumáticos múltiples o prolongados en el tiempo con síntomas severos, problemas sociales y trastornos co-morbidos asociados, el tratamiento puede extenderse más de 12 sesiones e integrarse en un plan global de cuidados.	C
➤ En aquellos casos con dificultad para relatar el trauma, el/la profesional dedicará sesiones para establecer una alianza terapéutica y permitir la estabilización emocional antes de centrarse en el trauma.	C

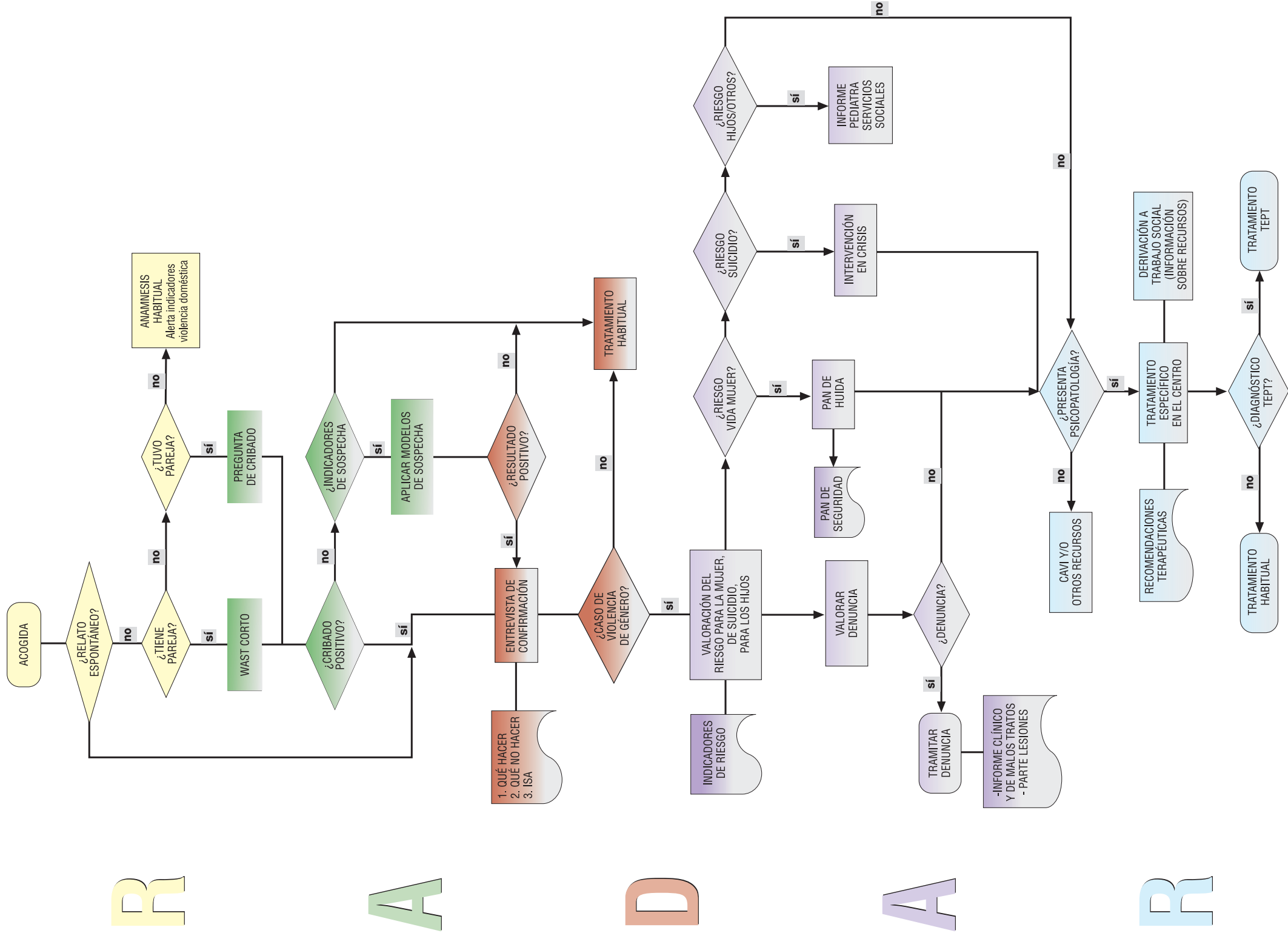
COMORBILIDAD	
Cuando el paciente presenta TEPT y Depresión se recomienda tratar primero el TEPT, ya que la depresión mejorará frecuentemente al tratar exitosamente el TEPT.	C
Para TEPT cuya evaluación identifica un alto riesgo de suicidio o daño a terceros, se recomienda centrarse primero en el manejo del riesgo	C
Para TEPT asociado a dependencia de alcohol o drogas en los cuales el uso de drogas o alcohol puede interferir de forma significativa el tratamiento efectivo, se recomienda tratar primero el problema de alcohol o drogas	C
Para TEPT que están severamente deprimidos, lo que hace que el tratamiento psicológico inicial del TEPT sea muy difícil (por ejemplo, evidenciado por una extrema falta de energía y concentración, inactividad o alto riesgo de suicidio) se recomienda tratar primero la depresión	C
Cuando se ofrecen intervenciones psicológicas centradas en el trauma para el TEPT con Trastorno de personalidad comórbido se recomienda considerar el aumento de la duración del tratamiento	C
En el caso de depresión con ideación suicida, es recomendable utilizar con precaución los ansiolíticos y antidepresivos. El uso de estos fármacos en mujeres maltratadas, puede aumentar el riesgo de que la violencia se agrave. En estos casos, el foco del tratamiento debe ser resolver la situación de maltrato, ya que los síntomas psicopatológicos suelen ser consecuencia y nunca causa del maltrato	C



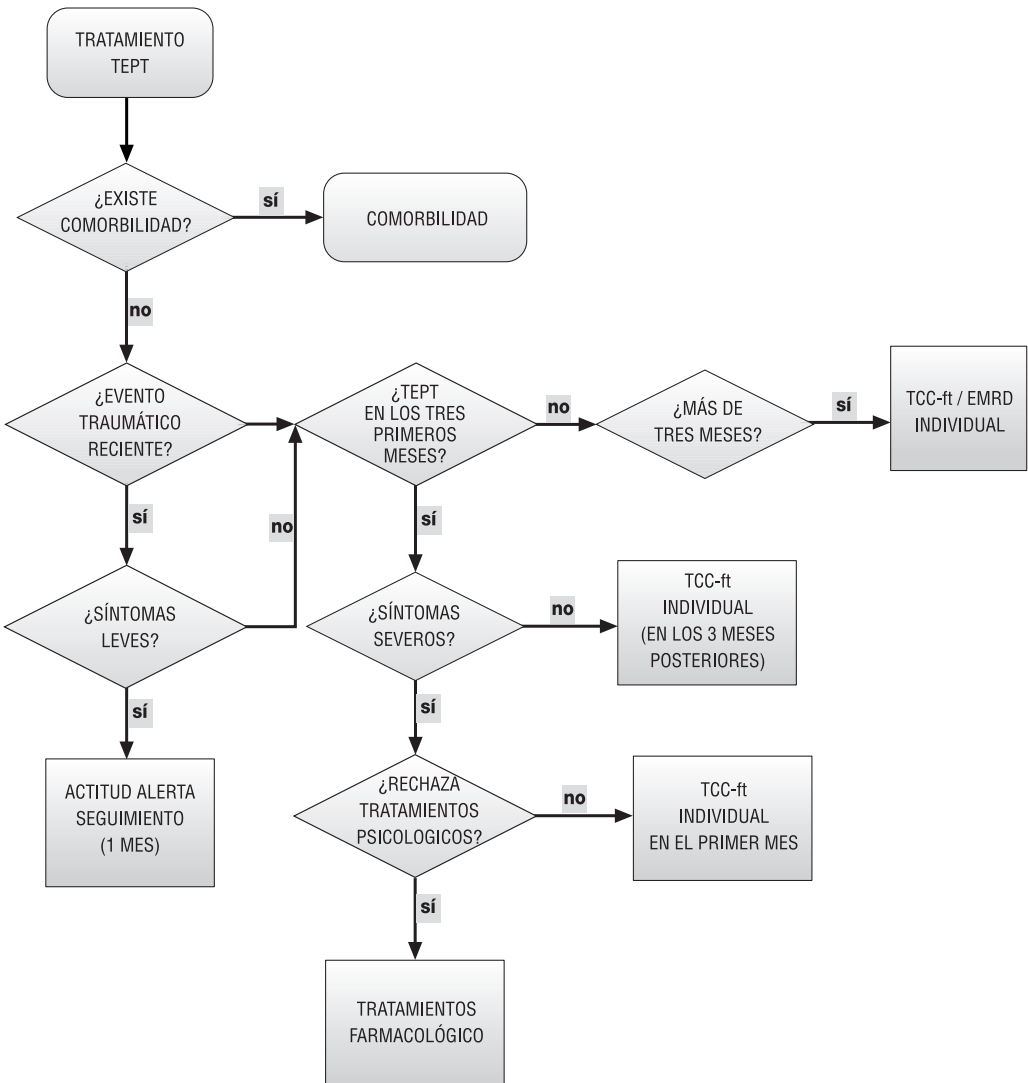
ALGORITMOS



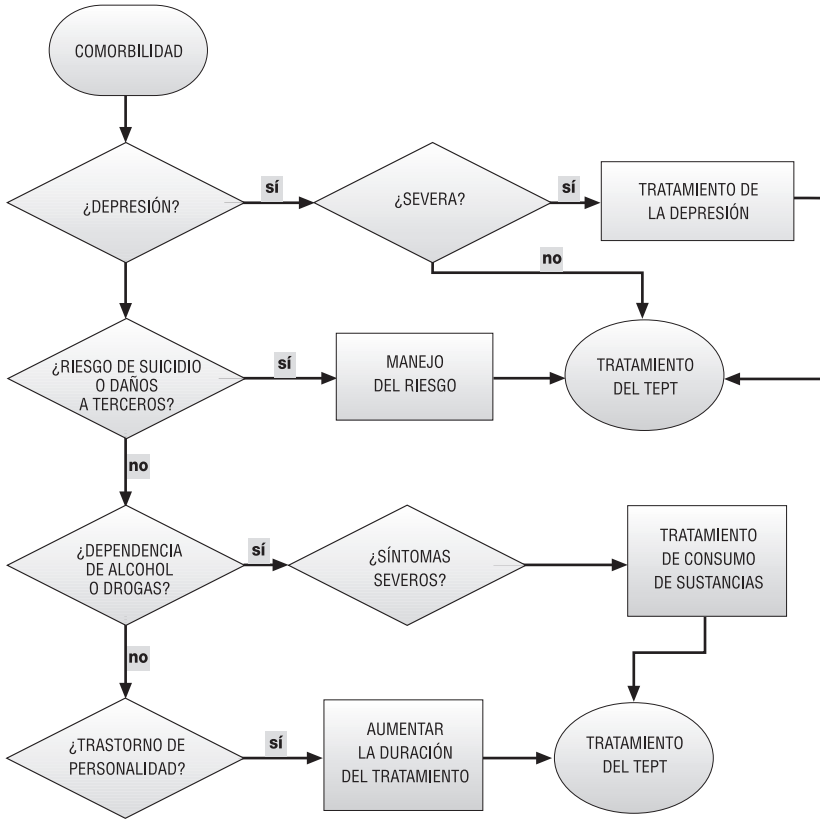
ALGORITMO DE ACTUACIÓN



ALGORITMO DE ACTUACIÓN: TRATAMIENTO DEL TEPT



ALGORITMO DE ACTUACIÓN: COMORBILIDAD





Región de Murcia
Consejería de Sanidad
y Consumo

