

GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA

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



VERSIÓN RESUMIDA



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

Introducción	7
I. Conceptos básicos	15
II. Causas	17
III. Consecuencias	23
IV. Población diana.....	28
V. Intervención en mujeres maltratadas por su pareja.....	28
RADAR.....	33
Radar: Recogida datos en salud mental	34
rAdar: Abordar con preguntas directas	35
raDar: Diagnóstico confirmatorio.	40
radAr: Analizar la seguridad y el riesgo.	43
radaR: Respuesta sanitaria y social	48
VI. Consideraciones legales.....	57
VII. Actuación con los maltratadores.....	59
Algoritmos	63
ANEXO I. Guías utilizadas para las recomendaciones.....	69
ANEXO II. Protocolos nacionales e internacionales de especial interés	70
ANEXO III. Estrategias de control y conductas del maltratador	71
ANEXO IV. Versión española del index of spouse abuse (ISA).....	74
ANEXO V. Guión de entrevistas para mujeres maltratadas por su pareja.....	77
ANEXO VI. Escala de riesgo suicida de Plutchik	79
ANEXO VII. Informe clínico	80
ANEXO VIII. Abreviaturas	84
ANEXO IX. CAGE camuflado.....	86
Resumen de recomendaciones	89

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.

INTRODUCCIÓN

Este documento es la versión resumida (documento operativo) de la guía. 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.

La versión completa revisa de forma más amplia la información y los conocimientos sobre el tema, aportando toda la bibliografía consultada (CD-ROM que se incluye y se puede consultar en las páginas web de [guiasalud](#) y [murciasalud](#)).

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 con 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.

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 febrero del 2009 hasta 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 cuándo 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 llevó 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 que 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 julio 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 señalamos los del ministerio de sanidad, los de nuestra región y los de otras autonomías (Anexo II). La última actualización bibliográfica se llevó a cabo el 22 de febrero de 2010.

En primer lugar se cribaron los artículos y documentos encontrados, desechando aquellos que, según título y resumen, no podían responder a nuestras preguntas. Con los seleccionados se procedió a un segundo cribado tras 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.

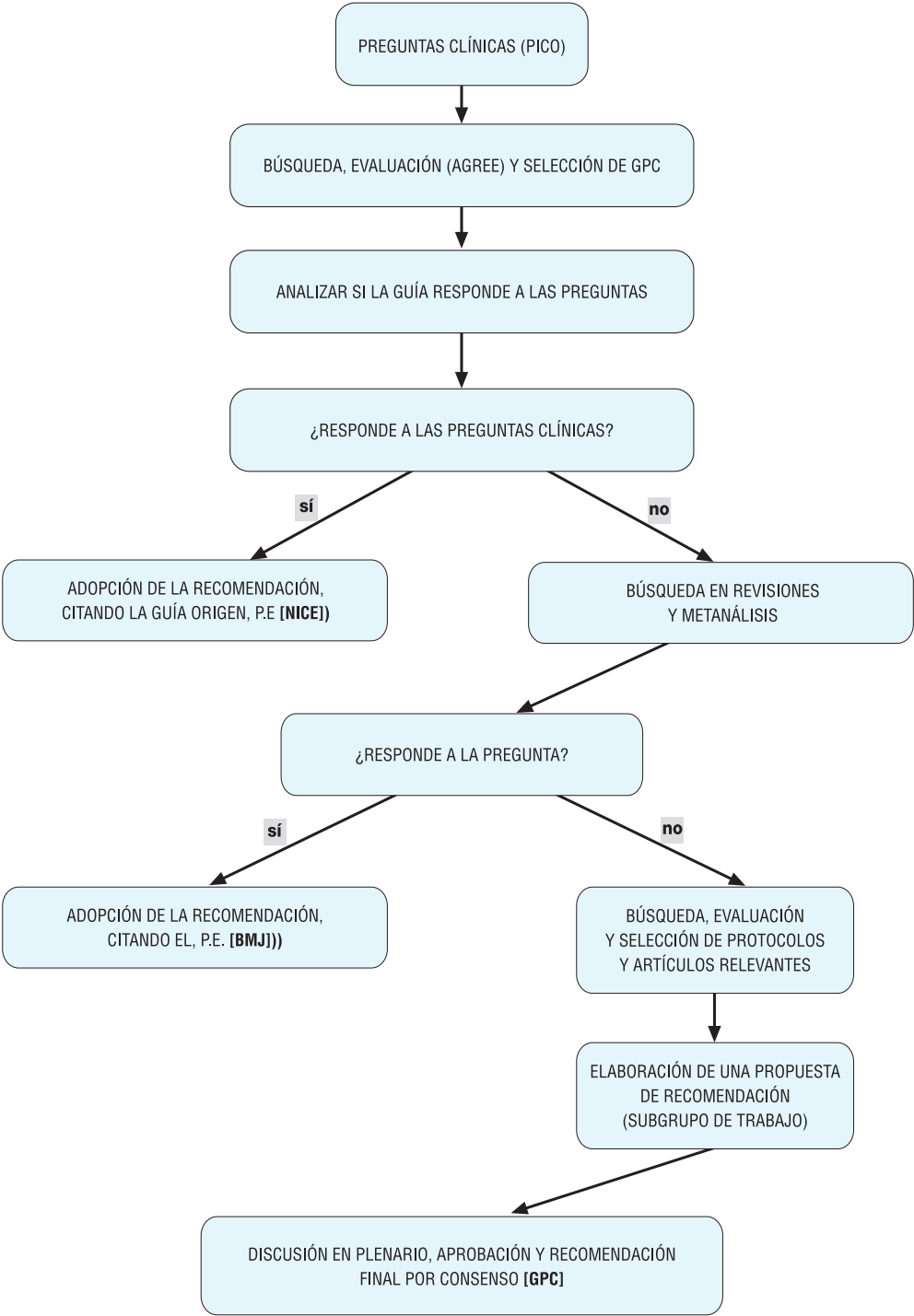
Todas ellas se clasificaron en tres niveles:

- 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 [ICS]
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 del documento versión completa..

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.



I. CONCEPTOS BÁSICOS

Violencia familiar o doméstica se refiere a los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, por acción o inhibición, infligidas por personas del medio familiar, y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables de la misma (menores, mujeres, minusválidos o ancianos).

Violencia de género es la que ejerce el hombre contra la mujer por el mero hecho de serlo, estableciendo y manteniendo una relación de poder, y considerándola carente de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión. Tiene como resultado un daño físico, sexual o psicológico.

Es **violencia en la pareja** y no de género, la que se produce sin que exista una relación de poder del hombre sobre la mujer.

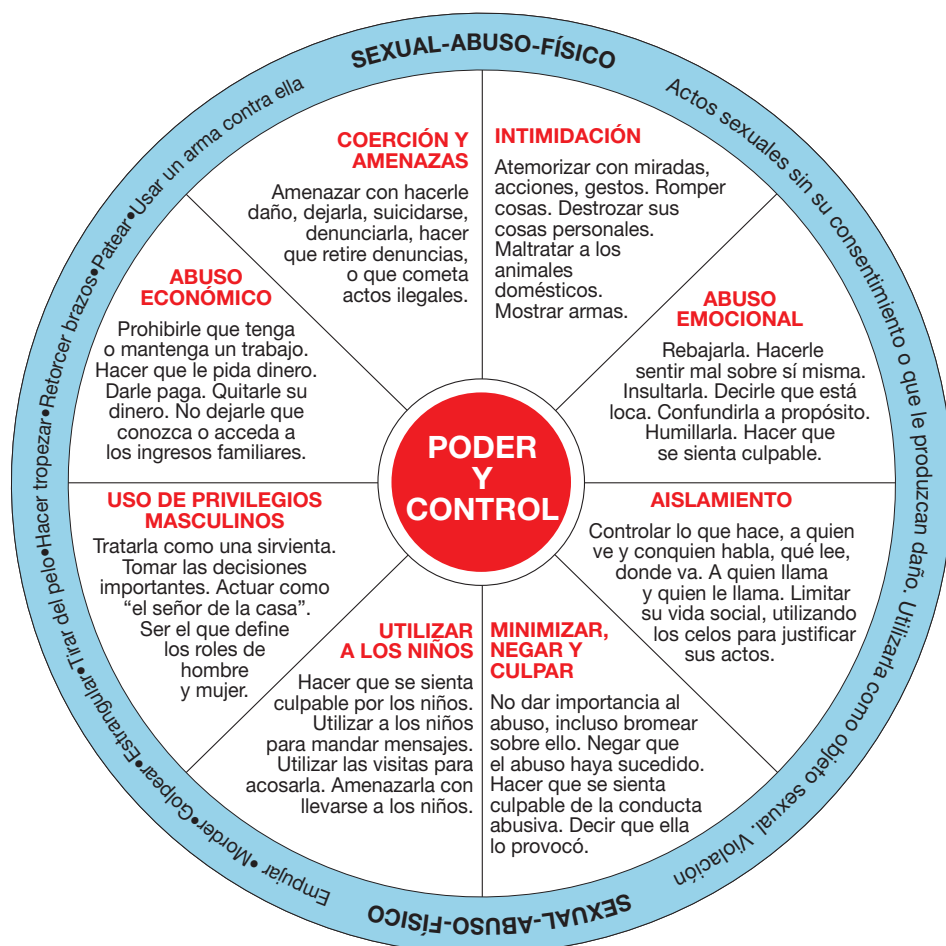
Para el juzgado de violencia de género, sólo se considera caso de violencia de género, la que se produce en el ámbito de una relación de pareja o ex-pareja. El resto de casos los investigarán los juzgados de instrucción ordinarios (el juzgado de guardia).

Tipos de violencia: en la dinámica de poder y control que se establece en una relación de abuso se producen distintos tipos de conductas violentas, siendo la más frecuente la violencia psicológica. Una forma gráfica de representarlo es la rueda de poder y control desarrollada por el “Proyecto de intervención de abuso doméstico” (1993) (figura1).

El germen de este comportamiento es la necesidad del maltratador de mantener el poder y control sobre la mujer y la relación. Aunque las conductas de cada maltratador sean diferentes, presentan muchos rasgos comunes. Los radios de la rueda ilustran esos grupos de conductas abusivas. En el borde exterior de la rueda figura la amenaza del hombre en general y/o el uso actual de violencia física y sexual para conseguir la coerción, y mantener bajo control a la mujer.

El **maltrato sexual** está asociado a una mayor gravedad de la psicopatología para la mujer. Este tipo de maltrato se refiere a 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.

Figura 1. 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. CAUSAS

La relación desigual entre hombres y mujeres, y la existencia de la «cultura de la violencia» como medio para resolver conflictos son factores determinantes de la violencia de género (CISNS, 2007). Una vez que se inicia una relación de maltrato, hay determinados factores que inciden en su mantenimiento. Por ello:

Para comprender el conjunto de factores por los que una mujer continúa en una relación de maltrato y 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.



Maltratador:

No existe un perfil definido, ni psicopatología asociada, porque la agresión es producto del sexismo. 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. Sin embargo, algunos pueden llegar a ser fríos, perversos y controladores en la vida íntima con su pareja.

- Es necesario relacionar el maltrato con la expresión de la masculinidad hegemónica dominante y con la estrategia de ésta para mantener el poder.
- Presentan un sistema característico de creencias y actitudes respecto al género extremadamente rígido y utilizan la violencia como forma de resolver conflictos.
- Utiliza diferentes estrategias de abuso, coerción o dominación para someter a la mujer: Degradación, defensivas, distorsión de la realidad subjetiva, privación, sobrecarga de responsabilidades, intimidación... (tabla 1). Este conjunto de estrategias no siempre las despliega como un proceso aprendido de antemano.
- El alcohol, el consumo de sustancias, la psicopatología o haber sufrido malos tratos en la infancia, agravan el problema, pero no son su causa.
- Los celos, frecuentes en muchos maltratadores, no se centran exclusivamente en la infidelidad clásica de los delirios celotípicos, sino que se producen 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.

Estrategias del maltratador:

Cuando agrede psicológicamente, es para deteriorar la posición de la mujer, alejándola de una relación de igualdad, reclamando su superioridad. Y cuando agrede físicamente no “pierde el control”, está utilizando una nueva estrategia para mantener el control sobre la mujer, que cree estar perdiendo.

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

ESTRATEGIAS DE CONTROL	CONDUCTAS DE VIOLENCIA	CONSECUENCIAS O DAÑO PSICOLÓGICO
DEGRADACIÓN: Reducir o rebajar el valor esencial e inherente de la persona	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.	1. Destrucción de la autoestima: - 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.
ESTRATEGIAS DEFENSIVAS Trasladar la responsabilidad de las conductas violentas a la víctima	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.	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.
DISTORSIÓN DE LA REALIDAD SUBJETIVA Transformar su percepción de la realidad, su juicio, conciencia y memoria	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...).	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
SOBRECARGA DE RESPONSABILIDADES Exigir que se haga cargo por entero de los problemas y responsabilidades compartidas.	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.	1. Maternización de la relación. 2. Sobre-esfuerzo que impide su propio desarrollo vital: Espacio privado nulo. 3. Proyecto de vida dañado.
PRIVACIÓN Limitar o reducir la posibilidad de satisfacer las necesidades básicas (personales, sociales y laborales)	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.	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
INTIMIDACIÓN Causar o infundir temor, miedo o terror	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...).	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.
COSIFICACIÓN Convertir a la persona en un objeto: Sin necesidades, deseos, posibilidades o elecciones propias	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.	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)

Estrategias de supervivencia de la mujer maltratada

No existe un perfil característico de mujer maltratada. Cualquier mujer sometida por su pareja a estrategias de dominación, coerción y control, puede quedar atrapada en el ciclo de la violencia. La dificultad para comprender este tipo de relación, incluso para la propia mujer, se debe a que la violencia se mezcla con su concepto del amor.

Cuanto más se identifique la mujer con el estereotipo de género femenino y más arraigadas sean sus creencias románticas sobre el amor y el matrimonio, mayor probabilidad tiene de continuar en una relación de maltrato. Haber sufrido abuso físico en la infancia es un factor de riesgo.

El temor a la violencia y la idealización del amor romántico “para toda la vida” puede producir respuestas defensivas como estrategia de supervivencia, que el colectivo profesional puede no entender. Son consecuencia del maltrato y serán objeto de trabajo terapéutico. Como ejemplos podemos citar:

- Minimizar los actos brutales: “sólo me golpea, nunca me ha roto un hueso”; “a mi nunca me ha pegado, sólo rompió la mesa y la puerta...”
- Negar el abuso: “El no quería hacerme daño, es que soy muy débil...”; “En el fondo me quiere, pero es que cuando bebe...”
- Minimizar las consecuencias: “Tampoco es tan importante que no quiera que salga sola”; “No es que me forzara, es que él tiene sus necesidades...”
- Culparse de la violencia recibida: “Si no me hubiera ido sin permiso, no me hubiera pegado...”; “Si no hubiera subido en el ascensor con el vecino, no me hubiera dicho que soy una guarra”

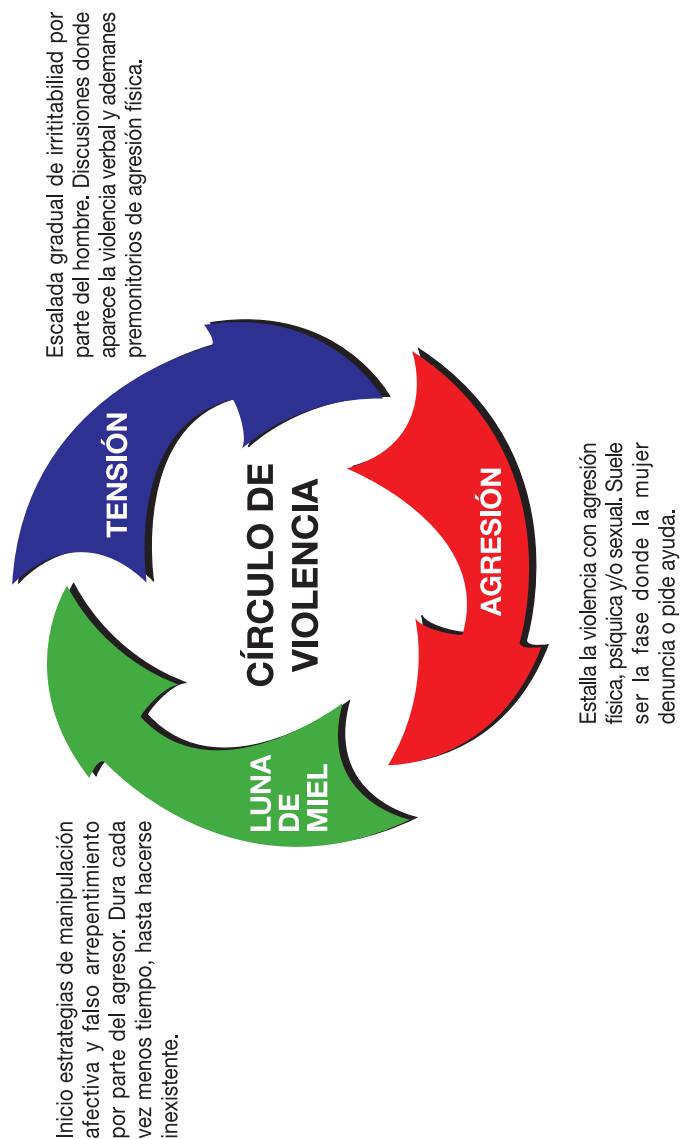
Ciclo de la violencia

El ciclo de la violencia (figura 2) puede iniciarse en las primeras etapas de la relación de pareja, incluso durante el noviazgo. De hecho, el primer episodio de violencia física se da con frecuencia durante el primer embarazo. Se inicia de forma insidiosa y, tras los episodios de mayor violencia, suele haber arrepentimiento por parte del maltratador, produciéndose una especie de “luna de miel”. Conforme se suceden estos ciclos, los periodos de “luna de miel” se acortan, predominando un estado de tensión entre episodios de maltrato más graves.

Las consultas al sistema sanitario por parte de las mujeres suelen darse tras un episodio de violencia y varios años de maltrato. Es muy importante tener en cuenta que las consultas posteriores pueden coincidir con un periodo de “luna de miel”. En este caso, es frecuente que la mujer no acuda o que minimice el maltrato, al volver a tener expectativas de cambio en su pareja.

En las relaciones prolongadas de maltrato puede que ya no se produzca el ciclo completo. Desaparecen los episodios violentos y de luna de miel, persistiendo una amenaza constante basada en el recuerdo de episodios violentos que pueden volver a repetirse. El miedo intenso la inmoviliza, manteniendo indefinidamente la relación de poder y sumisión.

Figura 2. Ciclo de la violencia de L. Walker.

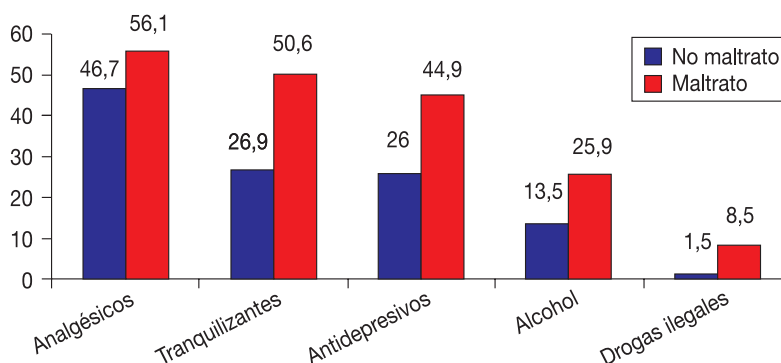


III. CONSECUENCIAS

Los efectos de la violencia machista en las mujeres son devastadores y por ello la OMS lo considera un problema de salud pública. Las consecuencias del sufrimiento provocado por la violencia pueden ir desde malestar general y mala salud percibida, pasando por enfermedades físicas crónicas y agudas de menor o mayor gravedad y una amplia gama de trastornos mentales, hasta la muerte por diversos motivos (**Figura 3**, pg.25).

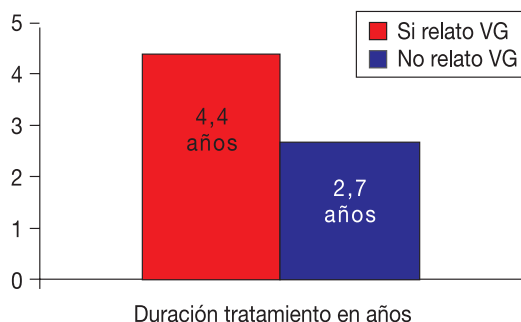
Los problemas de salud ocasionados por la violencia a su vez generan un mayor consumo de recursos asistenciales y farmacológicos (**Figura 4**). El tiempo medio de duración del tratamiento en salud mental es significativamente superior en las pacientes con relato de maltrato que en las que no lo hay (**Figura 5**).

Figura 4. 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)

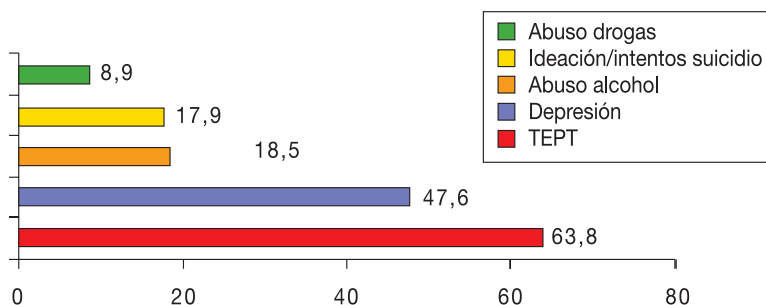
Figura 5. Duración media del tratamiento de las mujeres en salud mental.



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

Las repercusiones psicopatológicas más frecuentes de las mujeres que sufren maltrato en la pareja son el trastorno por estrés postraumático (TEPT) que afecta a casi dos tercios, seguido por la depresión. 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%). Otros trastornos frecuentes son el abuso de alcohol y de drogas, e ideación o intentos de suicidio (Figura 6).

Figura 6. Repercusiones psicopatológicas asociadas a la vivencia de violencia de género.

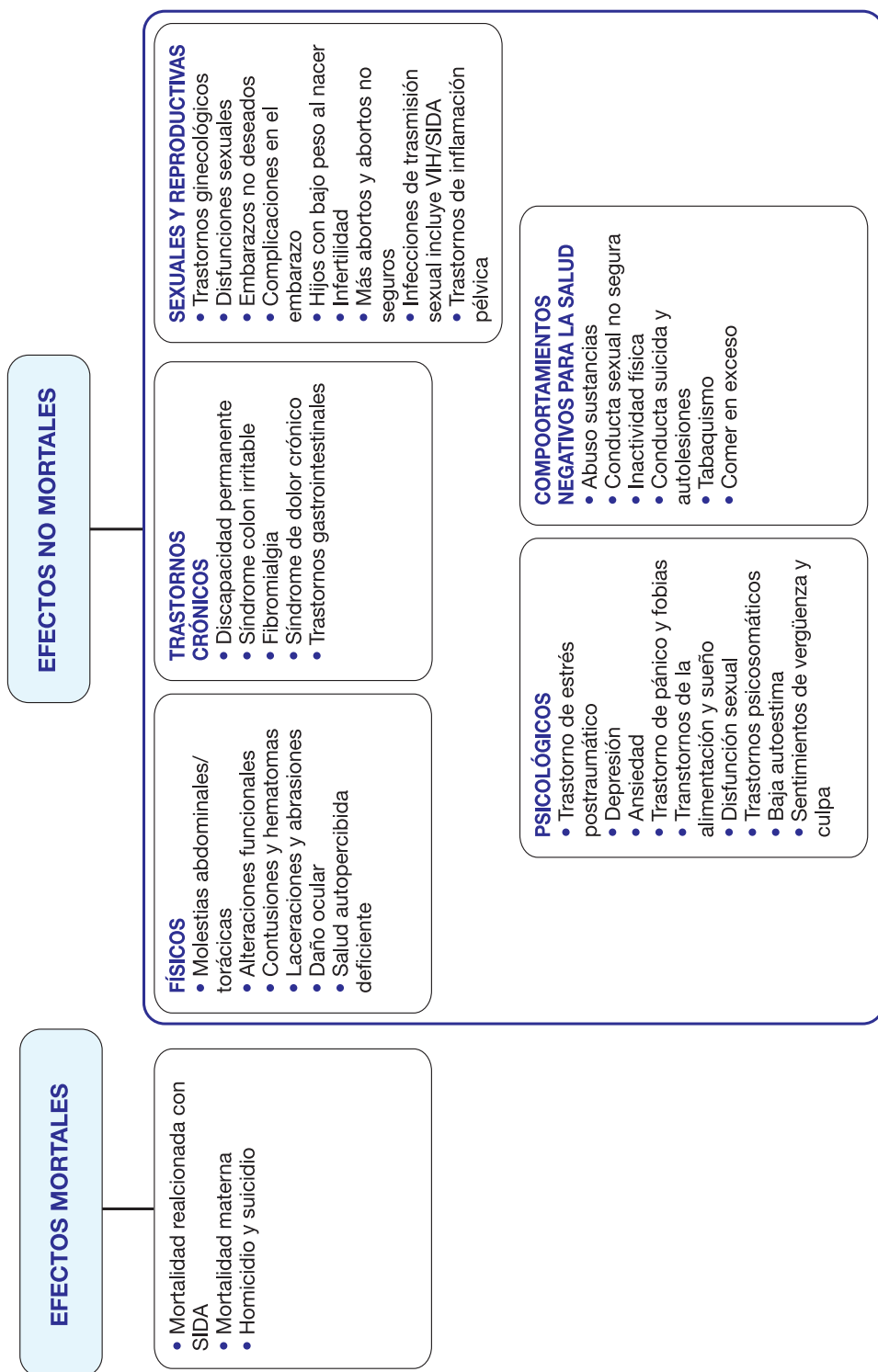


(Adaptación del metanálisis de Golding, 1999)

Es muy común la existencia de síntomas ansioso-depresivos con sentimientos de desesperanza, abandono y aislamiento social que produce interferencia e inadaptación a la vida cotidiana.

La mayor gravedad psicopatológica se asocia con haber sufrido violencia sexual, seguir conviviendo con el agresor, mayor duración de la violencia, antecedentes de maltrato en la infancia y carencia de apoyo familiar y social. Esta mayor gravedad puede cursar con el TEPT complejo o DESNOS (Disorder of extreme stress not otherwise specified) cuyas consecuencias son graves: alteraciones en la regulación de las emociones, de la conciencia, de la percepción de sí misma y del maltratador, de la relación con los demás y de los sistemas de significado de la vida.

Figura 3. Consecuencias en la salud de la mujer maltratada.



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

Consecuencias psicológicas en la mujer según las estrategias de control del maltratador

La violencia psicológica siempre antecede a la violencia física. Mediante actitudes o palabras, el maltratador desvaloriza, ignora y atemoriza a la mujer. Con el fin de conseguir el control, mina su autoestima, en un proceso constante de desvalorización y sufrimiento. Actúa desde la necesidad y la demostración de poder, mediante presiones emocionales y agresivas que buscan la dominación y sumisión. Este tipo de violencia “invisible” e insidiosa puede causarle a la mujer trastornos psicológicos, desestructuración psíquica, agravar enfermedades físicas o, incluso, el suicidio.

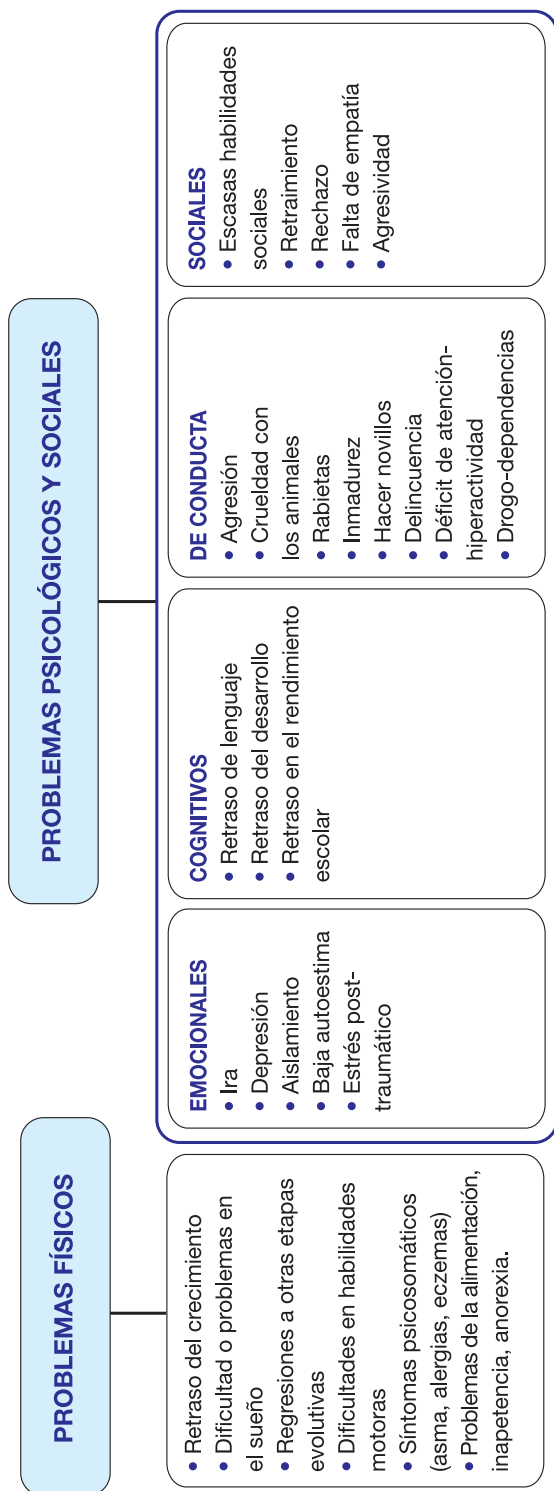
En la **tabla 1** (pg.18) podemos consultar las consecuencias psicológicas características asociadas a las diferentes estrategias de control y conductas violentas típicas que utiliza el maltratador.

Consecuencias para los hijos e hijas

En los descendientes de una pareja donde el padre agrede a la madre, presenciar o escuchar conductas violentas tiene efectos psicológicos negativos. La Convención Internacional de Derechos del Niño lo considera una forma de maltrato infantil y lo recoge en el artículo 19 como “violencia mental”. La infancia es víctima de la violencia psicológica y a veces también física, y crecen creyendo que la violencia es una pauta de relación normal entre adultos.

Los hijos e hijas de mujeres maltratadas tienen una probabilidad 57 veces mayor de haber sufrido lesiones físicas a causa de la violencia de sus padres que los hijos de madres no maltratadas. Estos hijos, además de los problemas físicos, sufren problemas emocionales, cognitivos, de conducta y sociales (**figura 7**). Del 2000 al 2009 han muerto en España 80 niños por esta causa.

Figura 7. Consecuencias de la violencia en los hijos.



Adaptado de Wolak (1998)

IV. POBLACIÓN DIANA

Todas las mujeres que tengan o hayan tenido pareja a lo largo de su vida y que consulten en centros de salud mental (CSM) / centros de atención a drogodependencias (CAD) unidades de rehabilitación, servicios hospitalarios y de urgencias de salud mental de la Región de Murcia.

Las mayores de 16 años serán atendidas en el programa adultos de los centros de salud mental y las menores de 16 años en los programas de infanto-juvenil.

V. INTERVENCIÓN

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. Antes de poner en marcha cualquier sistema de cribado, se recomienda realizar actuaciones previas de carácter formativo. 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 que 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]**

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, pasa por valorar los riesgos para la vida de la mujer y termina dirigiéndola a los recursos pertinentes.

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).



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 (muchacha 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 **figura 8** (pg. 39)

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 gastrointestinales 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.

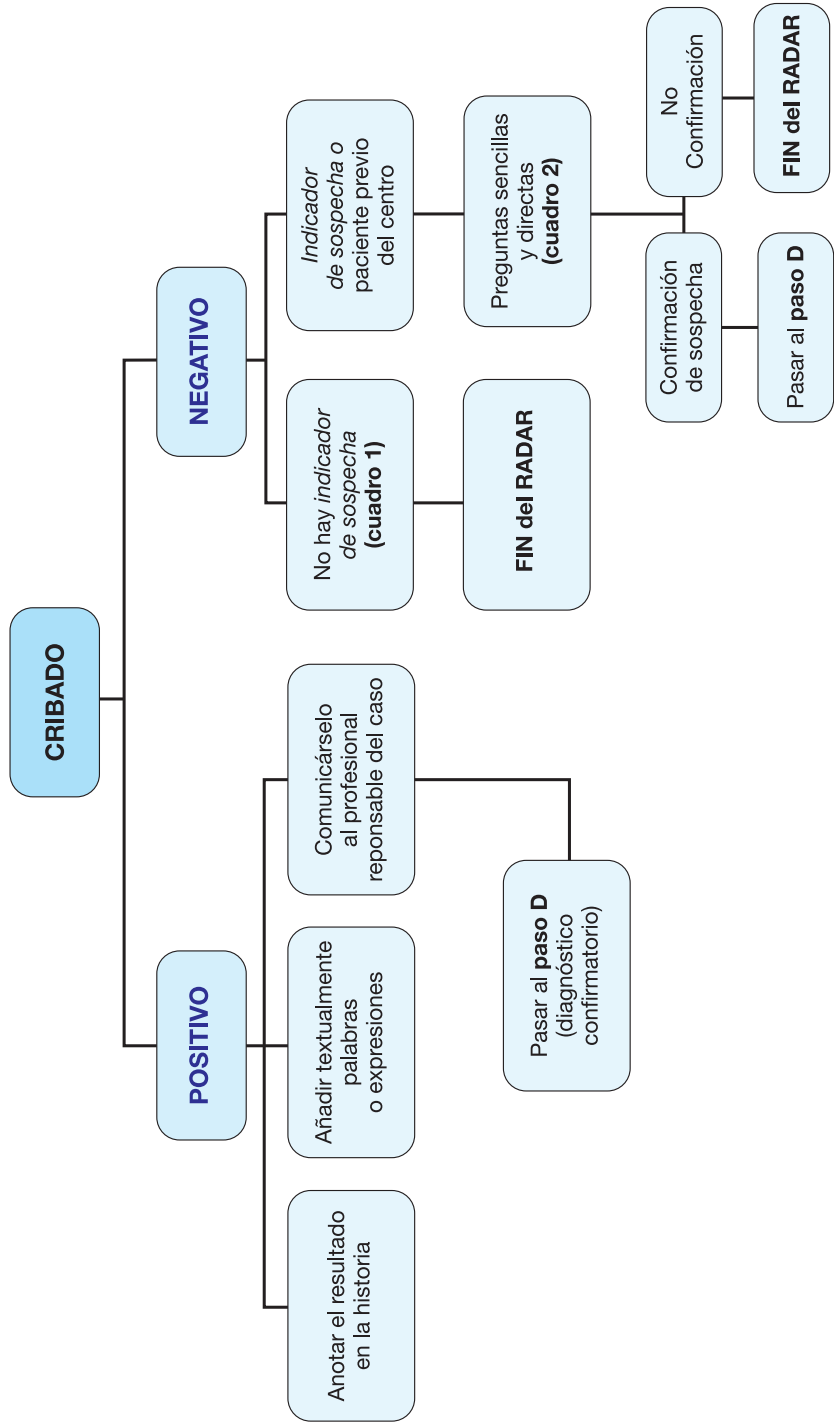
** Consultar protocolo CISNS para mayor detalle.

<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		
“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”		
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		
¿Qué diría su madre si usted sufriera maltrato por parte de su pareja? ¿Qué dirían sus amigas? ¿Y sus hijos?		
Dirigidas		
Ante la información obtenida de sus antecedentes	➤ “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?	
Ante síntomas emocionales	➤ 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?	
Ante lesiones físicas	➤ 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?	

Figura 8. Actuación en función del cribado.



raDar: Diagnóstico confirmatorio.

En caso de cribado positivo o respuesta afirmativa a las preguntas, profundizaremos en el diagnóstico confirmatorio 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 largo proceso de elaboración, la entrevista va a ser fundamental. La recogida de datos acerca del maltrato se puede utilizar 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 registro adoptado 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 (Figura 9 y 10).

Figura 9. 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 la 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

Figura 10. 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.

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].

Para detectar si existe 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.

Cuadro 3. Plan de huida. 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).

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 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.

Si se recoge la posibilidad de intento de suicidio, se procederá a seguir la pauta habitual en estos casos en Salud Mental

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 Figura 6, pg. 24, 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 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 **[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)
➤ 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
➤ 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]
Respecto al tratamiento farmacológico:
➤ 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
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: ➤ 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. CONSIDERACIONES LEGALES

El concepto jurídico de violencia de género se define en el artículo 1 de la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, LO 1/2004 de 28 de diciembre de 2004 como “... la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia...”. La violencia de género a que se refiere la presente ley comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad.

Los juzgados de violencia sobre la mujer investigarán los asuntos en que se produzca un acto de violencia de género entendiendo como tales los delitos relativos a homicidio, aborto, lesiones, lesiones al feto, delitos contra la libertad, delitos contra la integridad moral, contra la libertad e indemnidad sexuales o cualquier otro delito cometido con violencia o intimidación, siempre que se hubiesen cometido contra quien sea o haya sido su esposa, o mujer que esté o haya estado ligada al autor por análoga relación de afectividad, aun sin convivencia.

Cuando se haya producido un acto de violencia de género, también investigará los delitos cometidos sobre los descendientes, propios o de la esposa o conviviente, o sobre los menores o incapaces que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho de la esposa o conviviente.

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 IV)** 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.

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.



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.

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.

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.

INTERVENCIONES CONTRA LA VIOLENCIA MASCULINA EN LA PAREJA



Bonino (2008)

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.

Fuera de los programas ofrecidos en el ámbito de prisión o en medios abiertos carcelarios, los hombres con malestar psicológico y/o por problemas en el manejo de la violencia en pareja pueden ser derivados a centros de salud mental y drogodependencias. El personal de salud mental está en un lugar clave para poder llevar a cabo:

Estrategias de prevención: Los/las profesionales pueden aprovechar las oportunidades que surjan en las sesiones con pacientes varones para transmitir valores de igualdad y respeto a la mujer. Para ello es fundamental haber realizado cursos de sensibilización y formación para el personal sanitario de salud mental que permita adquirir información básica sobre cuestiones de estereotipos de género, machismo y micromachismo, maltrato y tipos de maltrato, etc...

Estrategias para la detección de hombres maltratadores o en riesgo de serlo. Se recomienda indagar acerca de las creencias y actitudes sobre el género, así como investigar la calidad de su relación de pareja en todos los casos. Es especialmente importante en aquellos casos en los que aparezca en la historia del paciente alguno de estos indicadores:

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

Otros indicadores a tener en cuenta son: alto nivel de estrés en la vida, historia previa de abuso de pareja, creencias tradicionales sobre género, ira/hostilidad, uso de alcohol y depresión.

Estrategias de intervención psicosociales, sanitarias y educativas para hombres que se consideren en riesgo de ser maltratadores o presenten ciertas conductas de abuso. El personal de salud mental debe:

1. Evaluar mediante entrevistas específicas y recoger los siguientes datos: condiciones laborales, posibles problemas de maltrato en relaciones anteriores, situación de pareja y familiar actual, estado de salud, antecedentes penales y relaciones sociales. También vamos a recoger textualmente y entrecomillado el relato de los episodios de maltrato, frecuencia, y su percepción sobre la gravedad y repercusiones. Valorar el grado de peligrosidad y motivación para el cambio.

2. Explorar psicopatología para determinar plan terapéutico adecuado y el pronóstico.

3. Intervenir de forma individual y/o grupal (dentro de grupos terapéuticos disponibles en el centro). En la intervención individual los tres aspectos fundamentales son:

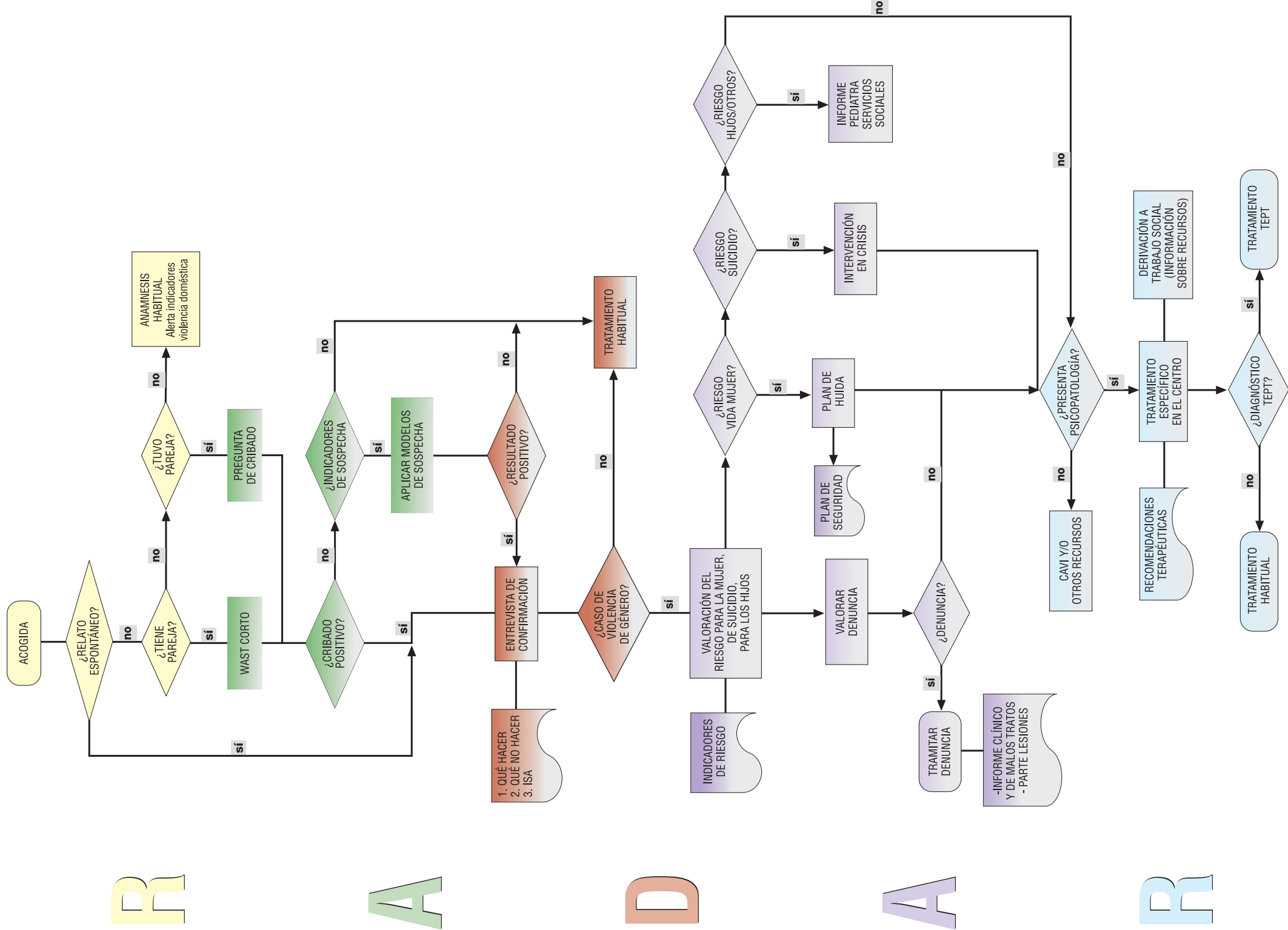
- a. Área cognitiva, con el trabajo de reestructuración de ideas, pensamientos y distorsiones cognitivas en relación a la figura de la mujer y al uso de la violencia.
- b. Área conductual, con técnicas de manejo del control de los impulsos y técnicas de relajación.
- c. Área emocional, con el reconocimiento de emociones de uno mismo y del otro y mejora de la expresión y comunicación emocional.



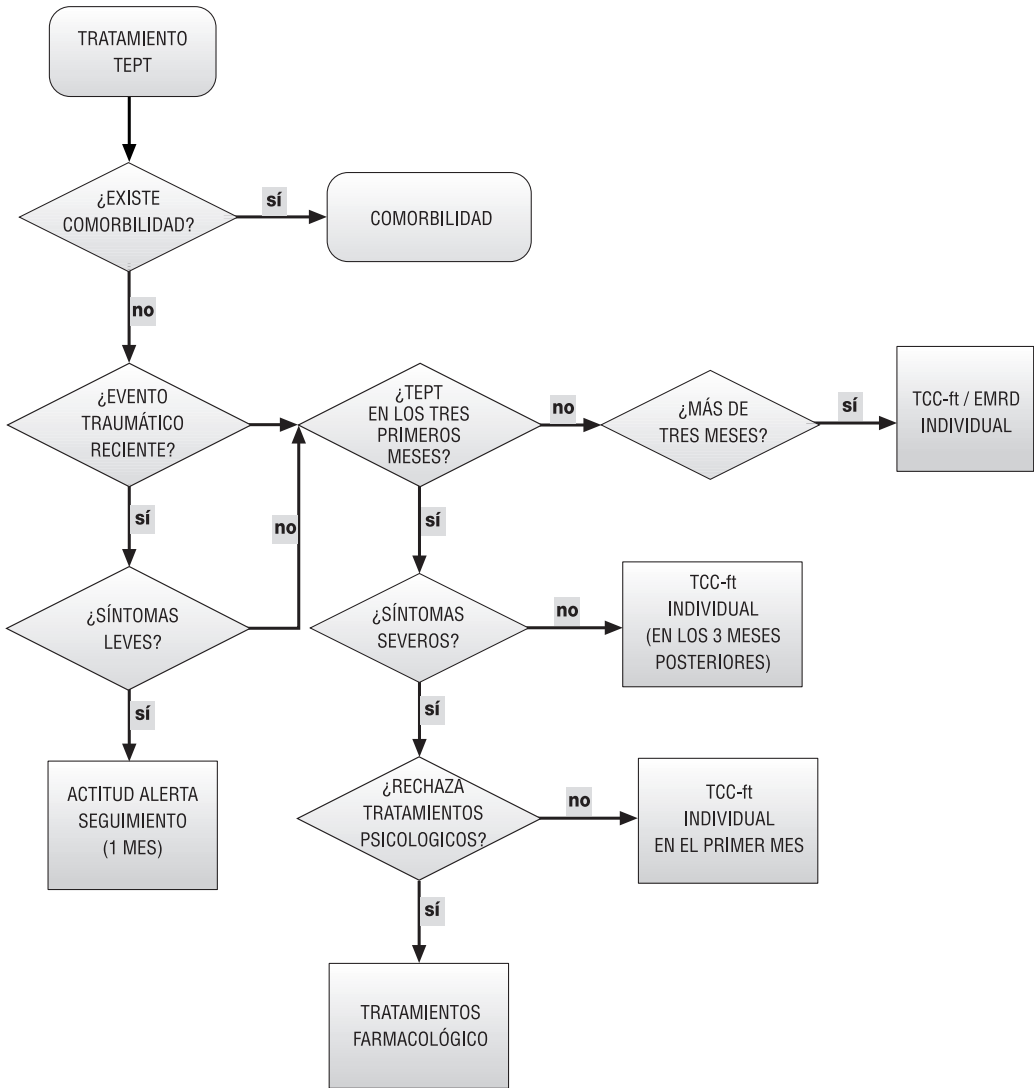
ALGORITMOS



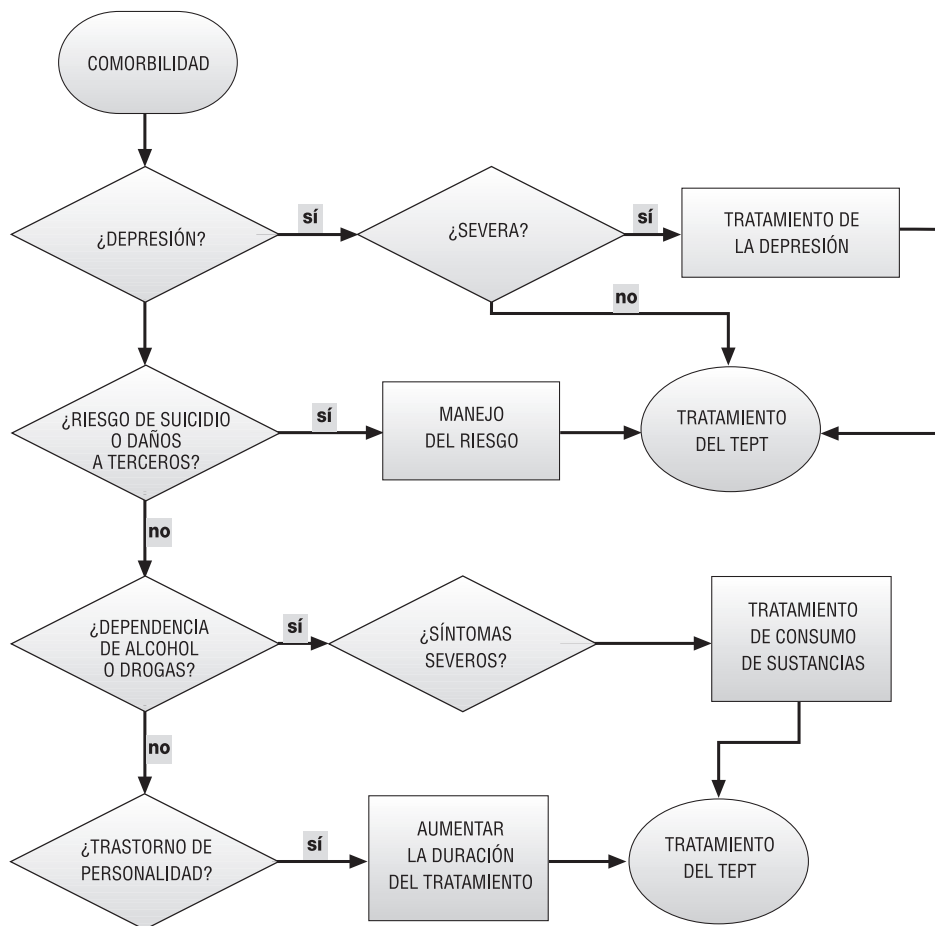
ALGORITMO DE ACTUACIÓN



ALGORITMO DE ACTUACIÓN: TRATAMIENTO DEL TEPT



ALGORITMO DE ACTUACIÓN: COMORBILIDAD





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](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_prevenccion_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.

(Soria, 2009)

ESTRATEGIAS DE CONTROL	CONDUCTAS DE VIOLENCIA	MARCAR SI APARECE
DEGRADACIÓN: Reducir o rebajar el valor esencial e inherente de la persona	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.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
ESTRATEGIAS DEFENSIVAS Trasladar la responsabilidad de las conductas violentas a la víctima	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.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
DISTORSIÓN DE LA REALIDAD SUBJETIVA Transformar su percepción de la realidad, su juicio, conciencia y memoria	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...).	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

[illegible]

ESTRATEGIAS DE CONTROL	CONDUCTAS DE VIOLENCIA	MARCAR SI APARECE
COSIFICACIÓN Convertir a la persona en un objeto: Sin necesidades, deseos, posibilidades o elecciones propias	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.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
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	Frecuente-mente	Muy Frecuente-mente
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 y de 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 : $\alpha=0,90$; 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

(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)

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
<i>(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).</i>
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
DGPOSFI	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?	☐ Sí ☐ No
2. ¿Le han ofrecido alguna vez un “porro” o una dosis de cocaína?	☐ Sí ☐ No
3. ¿Le ha molestado alguna vez la gente que le critica su forma de beber?	☐ Sí ☐ No
4. ¿Se ha planteado en alguna ocasión hacer algo de ejercicio con carácter semanal?	☐ Sí ☐ No
5. ¿Considera usted que duerme las horas necesarias para estar a tono durante el día?	☐ Sí ☐ No
6. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?	☐ Sí ☐ No
7. ¿Se ha planteado seriamente en alguna ocasión dejar de fumar?	☐ Sí ☐ No
8. ¿Le han comentado alguna vez que debería comer más frutas y verduras?	☐ Sí ☐ No
9. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?	☐ Sí ☐ No
10. ¿Le han comentado en alguna ocasión que debería fumar menos?	☐ Sí ☐ 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?	☐ Sí ☐ No
12. ¿Se ha planteado en alguna ocasión cambiar su costumbre de consumir pastillas para dormir por técnicas de relajación?	☐ Sí ☐ 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.



RESUMEN DE RECOMENDACIONES

Radar: Rutina de recogida datos. Familia y antecedentes

Los profesionales de la salud mental deben ➤ 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
Que enfermería realice una práctica reflexiva (introspección) para examinar hasta que punto sus propias creencias, valores y experiencias influirían en el cribado	B
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	A
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
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	C

rAadar: Abordar con preguntas directas

Se recomienda que enfermería aplique un cribado universal rutinario para todas las mujeres	B
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	B

raDar: Diagnóstico confirmatorio

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	B
El personal sanitario debe 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
Para realizar el diagnóstico confirmatorio se recomienda utilizar el ISA (anexo 1) en el marco de una relación terapéutica previamente establecida durante la entrevista	C

radAr: 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	
Pautas de tratamiento 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

