

La detección precoz

¿Qué se puede hacer
para detectar los casos
de forma temprana?

02

2.2. Prevención secundaria. Búsqueda activa de casos

La prevención secundaria se refiere a estrategias dirigidas a hacer un diagnóstico precoz e iniciar intervenciones de manera temprana en casos de violencia de género.

¿Qué se puede hacer para detectar los casos de forma temprana?

La estrategia recomendada es la búsqueda activa de casos para aumentar la detección, por lo que es clave la sensibilización y formación del personal de salud que posibilite contemplar la violencia como un factor presente en las consultas, con atención especialmente a los grupos más vulnerables.

Se sabe que el diagnóstico precoz de violencia de género en los servicios sanitarios disminuye la morbilidad y mortalidad que se asocian a la violencia⁷².

Cuando una mujer esté viviendo una relación de maltrato, y en el caso de que tenga hijas e hijos en edad de asistencia pediátrica, es importante la coordinación entre profesionales que atienden a la mujer y quienes atienden a sus hijos e hijas. Esto favorece una valoración global y seguimiento de la repercusión del impacto de la violencia.

Experimentar violencia en la infancia temprana aumenta, además, el riesgo de victimización posterior y la acumulación de experiencias violentas. Esto refuerza la importancia de reconocer y prevenir la violencia contra los niños y niñas tan temprano como sea posible⁷³. La exposición a la violencia se considera como un factor precursor de otros tipos de maltrato infantil y su identificación o la intervención sobre una mujer que está experimentando una situación de maltrato por parte de su pareja o expareja, se valora como un medio eficaz para prevenir el abuso y negligencia sobre las niñas y los niños⁷⁴.

La detección precoz es la llave para facilitar una intervención temprana que pueda reducir daños. En toda situación de violencia existen una serie de signos, señales, indicios, indicadores actitudes o comportamientos que pueden pasar desapercibidos si no se tiene la formación adecuada para identificarlos y que pueden orientar sobre una posible situación de violencia.

Esta identificación puede ser resultado de la observación directa de profesionales, por la información que ofrecen terceras personas o porque la mujer o NNA lo verbalizan.

⁷² Berkowitz, C. D. (2004). Domestic violence: a pediatric concern. *Pediatrics in review*, 25(9), 306-311.

⁷³ Tarragona Oriols, M. J. (2016). *Historia de victimización materna y su impacto sobre la salud mental de los menores en entornos de violencia de pareja*. Universitat Autònoma de Barcelona.

⁷⁴ Czalbowski, S. (2011). Hijos e hijas de las mujeres víctimas de violencia de género: ¿qué pasa con los hijos y las hijas? Las víctimas invisibles de la violencia de género. In *Perspectivas de la violencia de género* (pp. 201-220).

La detección precoz se fundamenta en:

- a) Saber reconocer indicadores de sospecha de violencia. Anexo 3.
- b) Preguntar en esos casos: la entrevista clínica para la detección de maltrato.

2.2.1. Indicadores de sospecha

Los indicadores de una posible situación de VG los podemos detectar en los hijos e hijas, en la mujer, en la relación de pareja o expareja y en el comportamiento en relación a la crianza. Los indicadores de sospecha se enumeran en el anexo 3.

a) En los hijos e hijas

Los síntomas que se presentan pueden ser muy generales o inespecíficos. Dentro de los factores estresantes que pueden causarlos, debemos considerar que la persona menor esté expuesta a VG como una posibilidad. Es decir, cuando presenta problemas funcionales, emocionales o de conducta debemos pensar también en una posible situación de violencia de género. A su vez deberemos indagar sobre otros procesos que causan malestar en las personas menores, como pueden ser procesos de divorcio, abusos sexuales, consumo de drogas o alcohol, bullying, acoso, depresión u otros motivos.

b) En la mujer

Tal y como se recoge en la “Guía para profesionales de la salud ante la VG y las agresiones sexuales en Euskadi” en el marco de las consultas/servicios en las que es atendida la mujer-madre víctima de VG hay que tener en cuenta que existen situaciones que incrementan la sospecha en las que hay que mantener una actitud especialmente de búsqueda.

c) Observación en la relación de la pareja

Observar la relación y la manera de comunicarse de la pareja en la consulta también nos puede hacer sospechar: los hombres especialmente dominantes⁷⁵, en particular los que contestan a todas las preguntas y no desean dejar a la mujer a solas con las y los profesionales sanitarios, o quienes hacen comentarios para descalificar a las madres o su capacidad para la crianza, nos deben poner en alerta⁷⁵.

d) De comportamiento en relación a la crianza

La frecuentación a las consultas, el grado de adherencia a los tratamientos pautados o la conducta de los progenitores en las consultas nos pueden hacer sospechar.

⁷⁵ Berkowitz, C. D. (2004). Domestic violence: a pediatric concern. *Pediatrics in review*, 25(9), 306-311.

2.2.2. Preguntar: la entrevista clínica para la detección de maltrato

Salvo excepciones (fundamentalmente el grado de madurez de NNA), es preferible no hacer una entrevista de búsqueda activa de violencia de género a la persona menor de edad sino a la madre. La bibliografía consultada^{76, 77, 78} señala que se debe orientar a evitar la repetición del relato por parte de las víctimas y que la entrevista se debe realizar por profesionales con formación específica en VG en personas menores para evitar una victimización secundaria.

Si las personas profesionales que atienden a NNA sospechan una situación de VG, se recomienda contactar inicialmente con los y las profesionales de referencia de la madre para indagar si se trata de una situación que ya están trabajando, y así evitar revictimizar a la mujer.

Hay que considerar que es posible que para entonces algunas mujeres ya hayan realizado un trabajo interno de cuestionamiento de la relación, incluso tomado decisiones y contactado con servicios de ayuda, por lo que es clave prestar atención al momento del proceso de cambio en que se encuentran (ver modelo de Prochaska y DiClemente en la Guía General) y las ayudas que ya se hayan activado, con el fin de no cometer errores en la intervención. Se acordará con sus profesionales de referencia la continuidad conjunta de la asistencia.

En caso de que no sea una situación conocida por sus profesionales de referencia y ante la sospecha, se deberá concertar una cita con la madre e indagar al respecto.

1. Ante la sospecha se recomienda preguntar a los y las profesionales de la mujer. Informarse sobre el proceso de cambio en el que se encuentra.
2. Concertar una cita a solas con la mujer.

¿Cómo iniciar la entrevista con la mujer?

- a) Ante todo, el manejo en consulta de una situación de sospecha exige preguntas precisas de un extremado respeto por la mujer.

<https://www.osakidetza.euskadi.eus/guia-de-actuacion-ante-la-violencia-de-genero-y-las-agresiones-sexuales-en-euskadi/webosk00-procon/es/>

⁷⁶ Elorriaga, E. A., & Horno, P. (2022). Pautas de actuación en casos de abuso y explotación sexual de niños, niñas y adolescentes en Euskadi. *Boletín de la Sociedad Vasco-Navarra de pediatría= Euskal Herriko Pediatria Elkartearen aldizkaria*, (123), 47-49.

⁷⁷ MacMillan, H. L. (2006). *Child Maltreatment: A "what to Do" Guide for Professionals who Work with Children: Overview Paper*. National Clearinghouse on Family Violence.

⁷⁸ Sánchez, L. S. (2015). Resiliencia en violencia de género. Un nuevo enfoque para los/las profesionales sanitarios/as. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, (1).

- b) Existen modelos de preguntas facilitadoras (ANEXO 3- “Guía de Actuación para profesionales de la Salud ante la Violencia de Género y las Agresiones Sexuales en Euskadi) pero cada profesional debe buscar aquellas con las que se encuentre más cómodo o cómoda y se realice de forma natural.

Como ejemplo pueden servir frases como:

“La violencia es habitual en la vida de muchas mujeres. Es algo que me preocupa. Suelo preguntar a todas las mujeres y madres que atiendo en la consulta acerca de la violencia en su casa”.

“Me preocupa esto que te está pasando/que le está pasando a tu hija/o ¿qué tal van las cosas por casa? ¿qué tal la relación de pareja?”.

- c) Cuando preguntemos acerca de una posible situación de VG, la confidencialidad y la seguridad de las personas menores y de la mujer deben ser una premisa fundamental. El espacio de consulta debe asegurar la confidencialidad para poder facilitar la expresión lo más libre que se pueda.
- d) Dedicando el tiempo que cada situación precisa. El factor tiempo tiene sus limitaciones en las consultas y se debe gestionar con destreza en cada situación para abordar las cuestiones claves y dejar otras para otro momento o profesional.
- e) Desde un abordaje directo y sin eufemismos que contemple la violencia como un escenario posible abordable en el contexto clínico.
- f) No preguntaremos si hay otro adulto presente, tampoco si hay personas menores. La entrevista se debe realizar, preferentemente, a solas con la madre, (impacto de oír lo que la madre cuenta, o que más tarde transmita inadvertidamente la conversación sobre la violencia de género al agresor). Escuchar el relato de la madre también puede ser un tipo de maltrato contra las personas menores.
- g) No se debe realizar la entrevista a la madre por teléfono ni dejar mensajes en el buzón de voz, para evitar que el agresor o terceras personas lo descubran.
- h) Debemos ser sensibles a la cultura, etnia y convicciones de la mujer, ya que pueden tener una profunda influencia en la disposición de las mismas para abordar y reconocer su condición de víctimas.

¿Cómo realizar la entrevista a una persona menor?

A pesar de que es preferible hacer la entrevista a la madre en caso de sospecha de VG, puede que se valore realizar una entrevista a la persona menor en el contexto de valoración de una situación de desprotección o signos y síntomas de malestar.

En este caso, se debe intentar:

- a) Hacerla a solas, sin el acompañamiento de la persona adulta, para evitar que se sienta cohibida.
- b) Hacer preguntas generales y abiertas que incluyan el colegio, las amistades, la familia e ir dirigiendo las preguntas según su respuesta.
Por ejemplo:
 - “¿Cómo te encuentras últimamente?”
 - “Últimamente pareces preocupado/a, ¿quieres que hablemos de ello?”
 - “¿Cómo te sientes cuando tu padre y tu madre se enfadan?
¿Qué sueles hacer?”
- c) La entrevista se realizará en un entorno amigable y de confianza, para que pueda explicarse espontáneamente, respetando sus tiempos de respuesta. Escucharemos atentamente lo que nos cuente evitando expresar nuestros propios puntos de vista o sentimientos.
- d) En ningún caso se deben sugerir las respuestas.
- e) Dejaremos claro que la consulta es un espacio seguro al que puede acudir a hablar, o pedir ayuda siempre que quiera.
- f) En caso de que revele cualquier situación de maltrato o abuso, le haremos saber que ha hecho bien en contarlo.

Como se ha mencionado en otros apartados en los diferentes contextos sanitarios se puede y se debe detectar posibles situaciones de violencia de género. Por su especificidad se hace una mención especial a la atención en el embarazo y atención perinatal y a las consultas de salud mental infanto-juvenil.

ATENCIÓN EN EL EMBARAZO Y ATENCIÓN PERINATAL

Los hallazgos en las investigaciones⁷⁹ apuntan a que el embarazo es uno de los momentos claves en los que se inicia o aumenta la violencia de género. Además, ésta no sólo impacta en la salud de la madre sino también en el desarrollo pre y postnatal de sus hijos e hijas.

El seguimiento del embarazo, por lo tanto, debe contemplar la detección de indicadores de sospecha (anexo 3).

El embarazo en una mujer que está sufriendo maltrato, se debe considerar un embarazo de ALTO RIESGO, y hacer el seguimiento correspondiente, tanto físico como psicosocial.

⁷⁹ Hirigoyen, M. F. (2006). Mujeres maltratadas. Barcelona: Paidós.

La violencia machista puede dificultar además las tareas de crianza posterior por condicionar el estado emocional de la mujer, unido a la sobrecarga a la que se va a ver sujeta. El maltratador en ocasiones va a interponerse y dificultar el establecimiento del vínculo de apego entre la madre y su bebé. En el postparto el maltratador puede intentar restringir la capacidad de la madre para amamantar, ocuparse de la criatura, etc., exigiendo mayor atención a expensas de sus hijas e hijos.

Ejemplos de ello pueden ser:

- **“Estás obsesionada con el niño, ya no tienes tiempo para nada más”.**
- **”No me prestas suficiente atención”.**
- **Llamarla para que cuando está realizando una tarea, haga otra.**

La estancia hospitalaria, la consulta con la matrona tras el parto, los grupos de postparto y lactancia materna, así como las primeras citas de atención pediátrica son espacios que permiten observar y abordar el apego, la vinculación madre o padre/bebé. Los servicios de pediatría también son espacios de oportunidad para la detección precoz de síntomas de depresión postparto, sobre todo en el primer año debido a la frecuentación en la atención⁸⁰.

Aunque como se cita en la Guía general, no existe un claro consenso respecto a la recomendación de hacer un uso universal del cribado (screening) en contextos sanitarios, creemos que ante el especial riesgo que supone el embarazo se debería sistematizar preguntas test en esta etapa.

CONSULTA SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

Los estudios obtenidos en comparación con el resto de la población apoyan la idea de que NNA en situación de violencia de género presentan una serie de problemas conductuales y emocionales graves como son ansiedad/depresión, retraimiento, quejas somáticas o agresividad. La influencia negativa en la salud mental de las personas menores de edad que esta situación de estrés crónico provoca, desencadena o acelera cualquier tipo de problema psicológico, siendo frecuente la coexistencia de problemas emocionales y de conducta. Estos problemas pueden permanecer a pesar del cese de la convivencia con el agresor.

Los equipos de salud mental infanto-juvenil tienen un importante papel en la detección de situaciones de violencia de género.

⁸⁰ Chaudron, L. H., Szilagyi, P. G., Kitzman, H. J., Wadkins, H. I., & Conwell, Y. (2004). Detection of postpartum depressive symptoms by screening at well-child visits. *Pediatrics*, 113(3), 551-558.

Se contemplan dos escenarios:

- Paciente ya en seguimiento en el Centro de Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes (CSMNA): es fundamental tener siempre en cuenta la posibilidad de que exista una situación de violencia en el entorno familiar. Habrá que prestar especial atención ante la aparición de nuevos síntomas, o a un empeoramiento de la patología de base. En los dispositivos de salud mental infanto-juvenil se realiza habitualmente un abordaje integral con la participación activa de la familia, lo que permite un conocimiento profundo de las dinámicas familiares y posibilita la detección de violencia.
- Paciente derivado/a desde otro servicio (por lo general Atención Primaria, pero también llegan casos desde Servicios Sociales, Servicios de Urgencias...) por problemas emocionales o de conducta. Habrá que tener siempre en cuenta la posibilidad de violencia en el entorno familiar como causa de los síntomas, dentro del diagnóstico diferencial.

