

Rol del personal de salud en la atención a las mujeres maltratadas

Diva Estela Jaramillo V^a
Tulia María Uribe J^b

RESUMEN

La violencia doméstica contra la mujer, problema de magnitud epidemiológica en el mundo y que acarrea graves daños a la salud física y mental de las mujeres, es un asunto que no se ha asumido como tal por las instituciones de salud. Por tanto, miles de mujeres en Colombia se dejan de diagnosticar y atender en forma integral. Este artículo se propone reflexionar acerca de esta situación y describir los componentes del proceso de atención integral a la mujer maltratada que acude a las instituciones de salud.

Palabras clave.

Violencia contra la mujer
Violencia doméstica
Violencia conyugal
Mujeres maltratadas

En Colombia, al igual que en otras partes del mundo, la violencia doméstica contra las mujeres ocupa los primeros lugares entre los diferentes tipos de violencia intrafamiliar. 1-8 Los informes del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses reportan, para 1995, una proporción de 18 mujeres maltratadas por un hombre maltratado y un estudio realizado en Medellín en 1997 encuentra que el 25% de las mujeres entrevistadas se reconoce víctima de la violencia física.^{9,10} Las formas de maltrato más utilizadas son en su orden: psicológica, -amenazas, insultos, subvaloraciones, humillaciones y prohibiciones, entre otros, física -golpes, heridas, quemaduras o fracturas- y sexual -obligarla a tener relaciones sexuales.^{8,11} Por el trabajo persistente de miles de mujeres en el mundo en favor del mejoramiento de las condiciones de vida de ellas, se logra el reconocimiento e identificación de la violencia doméstica, especialmente contra las mujeres, como un problema prioritario de salud y una violación de los derechos humanos. En cuanto el ser mujer es el factor de riesgo más consistente para ser víctima de la violencia doméstica.¹²

Por tener un comportamiento epidémico y ser causa importante de enfermedad y muerte en las mujeres, constituye un problema de salud pública que requiere atención especial. Si bien en los últimos años internacionalmente se empieza a reconocer como un grave problema médico y de salud pública, el sistema de salud en Colombia y sus profesionales continúan siendo ajenos al mismo.



Se desconoce que las mujeres maltratadas tienen una disminución permanente de su bienestar físico y emocional y, además, presentan una serie de síntomas algunas veces no claramente definidos que las convierte en usuarias permanentes de los servicios de salud; por tanto, representan una considerable proporción de las personas que diariamente son atendidas en las instituciones de salud y que la mayoría de las veces no son identificadas

^a Magister en Salud Pública. Docente Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. E-mail: fcabarcas@epm.net.co

^b Magister en Desarrollo Educativo y Social. Docente Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia.



(Detalle) Diseño de Reynolds, *NOTAS SOBRE LA ENFERMERÍA*, ca. 1938. (Mujera empleada. Panel de EL VENTANAL NIGHTINGALE, Catedral de Washington, Washington DC. (Se muestra a Miss Nightingale escribiendo la obra *NOTAS SOBRE LA ENFERMERÍA*, trabajo que creó una enorme motivación para el estudio de la enfermería.)

Healthcare professionals role in the care of abused women

Diva Estela Jaramillo V^a

Tulia María Uribe J^b

SUMMARY

Domestic violence against women, a worldwide epidemiological problem that results in serious mental and physical damage of women, is an issue that is not recognized as such by healthcare institutions. As such, thousands of Colombian women are not diagnosed and cared for as a whole. This article reflects upon this situation and describes the components of the process of integral care for the abused woman that pertains to healthcare institutions.

Key words.

*Violence against women
Domestic violence
Spousal violence
Abused women*

como tales. Según investigadoras entre el 7 y el 35% de las consultas de mujeres adultas a urgencias tienen relación con este tipo de violencia. Sin embargo, según un estudio de registros hospitalarios, sólo el 57% de las lesiones atribuibles a la violencia doméstica en mujeres fue registrado como tal.¹³

Dada la importancia que para la salud de las mujeres tiene la intervención del maltrato y como recomendación de nuestro quehacer investigativo, es importante iniciar un trabajo tendiente a lograr que las instituciones de salud presten una atención integral a la mujer maltratada, atención que debe contemplar su identificación, evaluación e intervención. De acuerdo con lo anterior, se pretende, a

través de este artículo, reflexionar en torno a la violencia doméstica como un problema que afecta la salud de las mujeres, analizar los factores que intervienen en el reconocimiento del problema por parte de los agentes de salud y describir el proceso de atención por seguir con las mujeres maltratadas dentro de las instituciones de salud, de manera que se les provea un cuidado de salud acorde con sus necesidades.

Impacto de la violencia doméstica sobre la salud de las mujeres

La violencia doméstica contra las mujeres es causa importante de morbilidad y mortalidad. Según el Banco Mundial, las violaciones y la violencia doméstica llevan a la pérdida de nueve millones de años de vida saludable -avisa- por año en el mundo, más que el total de la pérdida ocasionada por todos los tipos de cáncer que afectan a las mujeres y más del doble del total de avisa perdidos por mujeres en accidentes de vehículo automotor.¹⁴ Por su parte Lozano, en ciudad de México, reporta cómo la violencia doméstica ocupa el tercer lugar entre las causas de avisa perdidos, después de la diabetes y las complicaciones del parto.¹⁵ Entre las causas de avisa perdidos, la violencia doméstica es más importante que los accidentes de tránsito, las anomalías congénitas, la artritis reumatoide, la osteoartritis, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades cerebrovasculares y la neumonía.

La morbilidad asociada con este tipo de violencia se relaciona con problemas psicológicos y físicos.¹⁵⁻¹⁸ Los daños físicos se asocian con las lesiones directas y sus posibles secuelas: bofetadas, puñetazos, patadas, intento de ahorcamiento, heridas que requieren suturas, fracturas, lesiones que requieren hospitalización, golpes que pueden ocasionar aborto, heridas que producen desfiguraciones o dejan secuelas permanentes y el homicidio. Además, puede generar otros tipos de dolencias asociadas con el estrés permanente: dolor de cabeza crónico, trastornos digestivos, dolor abdominal, hipertensión arterial y artritis. En la etapa de gestación puede desencadenar aborto, desprendimiento de placenta, hemorragia, ruptura uterina y hasta fracturas en el feto.¹³ También genera efectos en la salud mental: depresión, y mayor probabilidad de intentos de suicidio, de requerir tratamiento psiquiátrico, de convertirse en alcohólica, de tener disturbios en el sueño y jaquecas. Estas enfermedades trascienden el cuerpo femenino y se ubican en la dimensión afectiva y relacional, al disminuir el autoconcepto, la autoestima y la autonomía, con efectos en el rendimiento intelectual, laboral y educativo.¹⁴

Es así como la violencia permanente puede cambiar el comportamiento de las mujeres, ellas pueden presentar confusión, incapacidad de concentración y trastornos en su forma de vida. Pueden además, sentir incapacidad para comunicarse, vergüenza, timidez o miedo.

Factores que intervienen en la atención de las mujeres maltratadas

Como ya se dijo, no ha sido una práctica cotidiana de los agentes de salud considerar la violencia doméstica contra la mujer como un problema de salud, razón por la cual cuando se atiende una mujer maltratada sólo se tiene en cuenta sus síntomas y signos sin buscar las causas que subyacen. Al analizar el por qué de esta situación, Warshaw y Ganley, identifican tres factores que en alguna medida han interferido en dicho comportamiento.²⁰ Estos factores son: falta de capacitación de los profesionales de la salud en dicha problemática, falta de identificación del maltrato en la atención en salud y evasión de la pregunta acerca del maltrato por parte de los agentes de salud.

1. Falta de capacitación de los profesionales de la salud en dicha problemática.

La mayoría de las disciplinas de la salud -medicina, odontología y enfermería, entre otros- no contemplan en sus currículos ni en sus programas de educación continua, formación o entrenamiento en los aspectos relacionados con la violencia doméstica, por lo cual no se encuentran preparados para brindar una atención que impacte efectivamente la salud de la mujer maltratada. Es así como, por una parte, desconocen la magnitud del problema social y por ende la frecuencia de las mujeres maltratadas que consultan diariamente a las instituciones de salud. Por otra parte, en la mayoría de los casos el agente de salud maneja las representaciones que la sociedad tiene acerca de este tipo de violencia, como es considerarla un acto irracional y fortuito ocurrido al azar. Además, como un asunto simple, de carácter individual, de fácil solución y privado; es decir, se le considera un problema de la pareja, rara vez enmarcado dentro de un problema social más amplio. Igualmente, la mayoría de las veces se legitima la

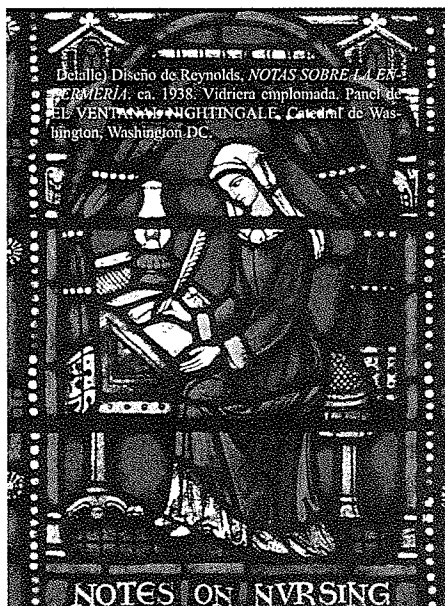
En la atención en salud, el maltrato no es reconocido y pasa inadvertido. Investigaciones realizadas en Estados Unidos reportan cómo el 24% de las mujeres que consultan a los servicios de urgencias y el 28% de las que consultan a los servicios de atención ambulatoria viven experiencias de violencia en su hogar y sólo el 6% de éstas son identificadas.²⁰

violencia mediante expresiones como el masoquismo femenino o se culpabiliza a las víctimas y se excusa al maltratador: es ella quien la provoca con la cantaleta, la insubordinación o desobediencia. Finalmente, los profesionales de la salud no esperan encontrar este tipo de problema entre sus pacientes y más aún cuando éstos tienen un nivel educativo y social similar al suyo.

2. Falta de identificación del maltratado en la atención en salud.

En la atención en salud, el maltrato no es reconocido y pasa inadvertido. Investigaciones realizadas en Estados Unidos reportan cómo el 24% de las mujeres que consultan a los servicios de urgencias y el 28% de las que consultan a los servicios de atención ambulatoria viven experiencias de violencia en su hogar y sólo el 6% de éstas son identificadas.²⁰

Entre los factores que impiden el reconocimiento de la violencia doméstica por el personal de salud se encuentran algunos atribuibles a la víctima y otros al personal de salud. Entre los primeros está la no declaración abierta de las mujeres de la situación de violencia. Ellas lo consideran un hecho vergonzoso que se debe ocultar aun en los casos en que consulta por lesiones graves. En cuanto a los factores atribuibles al personal de salud, se destaca la no detección, bien sea porque el problema es visto solamente como una patología, o porque no se reconoce. En este sentido, aunque el profesional de la salud identifica las manifestaciones de la violencia en las mujeres que consultan, su intervención se limita a la atención de las lesiones físicas presentadas por la paciente, sin trascender la dimensión emocional y social del problema. Adicionalmente, a pesar de que las mujeres víctimas de la



violencia doméstica son consultantes crónicas de los servicios de salud por problemas como dolor crónico, depresión o abuso de sustancias, éstos son tratados médicamente y pasa inadvertida la causa que los genera; causa que, en una alta proporción, es la violencia doméstica. Aun cuando la mujer ingresa con lesiones que son obvias de haber sido causadas por otra persona los funcionarios se limitan a escribir en la historia *morados en cara y abdomen*, sin indagar en profundidad acerca del problema que generó el trauma.²⁰

Uno de los problemas identificados en la atención brindada a la mujer maltratada por el personal de salud es el tratamiento basado en la atención de los síntomas.²⁰ El tratamiento, además de no tener en cuenta aspectos tan importantes como una anamnesis que revele la causa de las lesiones, en muchas ocasiones se sobregregan problemas con los tranquilizantes y las remisiones a psiquiatría que añaden desempoderamiento a la mujer. Además, identifica tres pasos inadecuados en la intervención: empezar por el tratamiento sintomático de las lesiones, seguir con el problema psicológico y, por último, el problema del maltrato. Lo anterior muestra el énfasis en los aspectos fisiológicos por encima de las causas sociales de la lesión y la enfermedad.

Otro problema identificado por Warshaw, y que en nuestro medio no se tiene en cuenta, es el hecho de que el personal de salud nunca ha considerado, al dar de alta a las pacientes, las condiciones amenazantes para su vida.² La mayoría de las mujeres violentadas una vez reciben atención son dadas de alta sin ninguna intervención que prevenga futuros maltratos. El estudio de Warshaw revela que en el 90% de los casos de violencia familiar, el personal de salud de los servicios de urgencia falla en la obtención de una historia psicosocial que pregunte acerca del abuso o se preocupen por la seguridad de estas mujeres una vez regresen al hogar.²⁰

3. Evasión de la pregunta acerca del maltrato por parte del personal de salud.

Muchos profesionales temen preguntar aspectos muy problemáticos, pues en caso de una respuesta afirmativa, se sienten incapaces de abordar el problema y de brindarles una ayuda eficaz (en tanto desconocen los recursos con que cuenta la comunidad para atender estos casos). Además, existe la posibilidad de que algunos de estos profesionales sean, a su vez, abusados o abusadores, lo cual dificulta aún más una adecuada comunicación con la mujer maltratada. Finalmente, la falta de tiempo, es otra de las razones que aluden estos profesionales para no enfrentar el problema. En este sentido, aunque las preguntas iniciales

acerca del maltrato tardan menos de un minuto, escucharla y brindarle una atención adecuada tardaría más tiempo. Cabe aquí la aplicabilidad de un trabajo multidisciplinario que racionalice el tiempo de la consulta. Cuando hay disponibilidad de varios profesionales de la salud, -enfermeras, trabajadores sociales y psicólogas- entrenados en este campo, se puede establecer un buen trabajo en equipo con un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia. Adicionalmente, es importante entender cómo las intervenciones tempranas toman menos tiempo y dinero que la atención repetida a largo plazo de las consecuencias de un abuso no diagnosticado.

La falta de capacitación de los profesionales y la no identificación del maltrato en la atención en salud a las mujeres se constituyen en obstáculos para que el sistema de salud pueda intervenir a miles de mujeres víctimas y, a su vez, ellas siguen viviendo los efectos físicos y mentales que sobre la salud esto conlleva.

Los anteriores planteamientos evidencian la necesidad de desarrollar mecanismos que mejoren la respuesta a este problema por parte del sistema de salud. Esto hace necesario la realización de cambios en las estructuras institucionales, los patrones individuales de atención, el entrenamiento a los agentes de salud y el abordaje interdisciplinario, con el fin de establecer un proceso de atención que tenga en cuenta el contexto y las necesidades de las mujeres maltratadas. Es así como es importante incluir programas de educación y entrenamiento en los aspectos relacionados con la violencia doméstica hacia la mujeres, los cuales deben ser reforzados periódicamente de manera que se proporcione al personal de salud las herramientas necesarias para el desempeño de su trabajo.

Proceso de atención a la mujer maltratada

Para garantizar una atención de buena calidad a las mujeres maltratadas es importante involucrar los siguientes aspectos: entender la violencia doméstica como la forma más abierta y significativa de control que ejerce el hombre hacia la mujer para mostrar su poder y subordinarla; ofrecerle una atención integral, la cual incluye proporcionarle seguridad física y emocional; y tratarla con respeto y permitir que sea ella quien tome las decisiones acerca de su situación. Lo anterior sólo puede lograrse a través de un proceso de atención que incluye tres etapas: 1) identificación, 2) evaluación y 3) intervención. En cada una de ellas el profesional de la salud juega un papel fundamental para un tratamiento efectivo y eficiente.

Identificación de las mujeres maltratadas

Una de las características de las mujeres maltratadas es su dificultad para buscar ayuda, hecho constatado en múltiples investigaciones en el mundo. Las mujeres no son rápidas en denunciar el hecho violento. Hutchison y Hirschel en su artículo sobre mujeres abusadas reportan que el 59% de ellas requieren más de diez episodios graves antes de buscar ayuda; en el mismo sentido en una investigación realizada en Medellín se encuentra que el 83% de las mujeres denuncian el maltrato después de tener entre uno y tres episodios violentos.²² La denuncia es utilizada como el último intento de solución, pues antes de hacerla han consultado instancias no formales como la familia, los amigos y la iglesia o han acudido

a separaciones transitorias.²² Un estudio de prevalencia sobre maltrato contra la mujer en Medellín indica cómo, de las mujeres que son golpeadas por su esposo o compañero sólo buscan ayuda el 10% y el 72% de las que no lo hacen consideran que no deben hacerlo.¹⁰ Es decir, muchas mujeres dejan de reportar el abuso en cuanto lo ven como un asunto inherente a las relaciones de pareja. Por último, la forma cíclica e insidiosa como se presenta este tipo de violencia, hace que las mujeres en el período crítico de la etapa aguda de golpes bajo un estado de crisis emocional, denuncien el maltrato y luego, en la etapa de reconciliación pasada la crisis, levantan la denuncia como resultado de dicha reconciliación.

Teniendo en cuenta las dificultades de las mujeres para buscar ayuda legal y que, según estudios, una de las instituciones más visitadas por ellas son las de salud, el profesional de salud se constituye en un elemento importante en la atención de las mujeres maltratadas.²⁰ De esta manera, identificar y reconocer a una mujer maltratada e incluir en forma rutinaria la pregunta acerca de si es o no violentada, es el mayor aporte que los profesionales pueden hacer para cambiar este problema. Si el personal de salud discute el problema de la violencia doméstica, del mismo modo como discute cualquier otro problema de salud, aumentaría considerablemente la posibilidad de detectar, intervenir y remitir adecuadamente a estas mujeres a los programas establecidos para tal fin. Algunos estudios han demostrado que el 85% de las mujeres se encuentran dispuestas a hablar del maltrato del que son víctimas, siempre y cuando se les pregunte directamente;²⁰ a su vez, las mujeres sienten que el personal de salud puede servirles de ayuda a su problema. Por el contrario, se ha encontrado que cuando no se le pregunta, ella evade explicar la verdadera cau-

sa de sus síntomas, pues teme retaliaciones del maltratador si discute la situación con alguien; o puede pensar que el agente de salud está muy ocupado para tratar el asunto.

Preguntar acerca del abuso, por un lado, ayuda a que las mujeres sean escuchadas y, por tanto, rompan el aislamiento al que se autosometen; por otro lado, da la oportunidad a las mujeres que aún no se sienten maltratadas y que no reconocen el abuso, a que lo hagan. Dar oportunidad a las mujeres de hablar sobre el maltrato les permite considerar el problema y conocer los recursos disponibles de la institución y la comunidad.

Para poder identificar a las mujeres maltratadas es importante tener en cuenta cómo y dónde ingresan al sistema de salud. Como se dijo anteriormente, representan un gran volumen de pacientes que diariamente hacen parte de los diferentes servicios de las instituciones de salud. Los servicios de urgencias son los sitios de entrada de las mujeres con lesiones físicas o peligro de muerte. Además, ingresan por los servicios de obstetricia, en los cuales entre el 10 y 32% de las mujeres que consultan por atención prenatal tienen historia de violencia doméstica.²⁰

Para poder identificar a las mujeres maltratadas es importante tener en cuenta cómo y dónde ingresan al sistema de salud. Como se dijo anteriormente, representan un gran volumen de pacientes que diariamente hacen parte de los diferentes servicios de las instituciones de salud. Los servicios de urgencias son los sitios de entrada de las mujeres con lesiones físicas o peligro de muerte. Además, ingresan por los servicios de obstetricia, en los cuales entre el 10 y 32% de las mujeres que consultan por atención prenatal tienen historia de violencia doméstica.²⁰ En los servicios de salud mental se encuentran mujeres maltratadas que presentan intentos de suicidio, ansiedad y depresión. A los servicios de ortopedia llegan por fracturas y otros problemas musculoesqueléticos. En los servicios de odontología consultan por fractura de dientes, mala mordida y fractura de quijada, y en los de oftalmología por hematomas subconjuntivales, desprendimientos de retina, fracturas de la órbita y laceraciones de párpado. En la consulta general la mujer maltratada refiere cefalea, dolor lumbar o pélvico crónico, o desórdenes gastrointestinales. Adicionalmente, muchas mujeres con VIH positivo o Sida., pueden haber contraído la enfermedad proveniente de una actividad sexual coercitiva en el contexto de unas relaciones de maltrato. Cuando en las instituciones de salud se atienden niños maltratados, ellos pueden estar acompañados de mujeres maltratadas, en tanto ambos maltratos coexisten. También es importante resaltar que la mujer maltratada tiene una incidencia más alta de comportamientos nocivos para la salud: cigarrillo, consumo de alcohol o drogas y malos hábitos alimentarios. En resumen, las mujeres maltratadas pueden consultar en cualquiera de los servicios de las instituciones de salud en cuanto las manifestaciones clínicas del abuso incluyen lesiones agudas, problemas médicos, complicaciones del embarazo, síntomas psiquiátricos y problemas crónicos, muchos de ellos relacionados con el estrés. Algunas de éstas manifestaciones son muy obvias de violencia, pero otras sólo pueden ser detectadas si rutinariamente se pregunta acerca de la presencia de violencia doméstica.

El paso siguiente a la identificación es la evaluación, la cual implica tres aspectos importantes: crear un ambiente de confianza, realizar una evaluación física y mental, y evaluar la seguridad de la paciente.

En primer lugar, es necesario crear un ambiente de confianza donde la mujer se sienta cómoda para discutir acerca del abuso y de sus sentimientos al redor de esta situación. Por tanto, la anamnesis se debe centrar en la queja principal y en el problema actual de la paciente y dejar que describa el problema en detalle haciendo énfasis en la intensidad, frecuencia y gravedad del maltrato. Es necesario indagar por las condiciones del maltratador en el momento del acto

abusivo; por ejemplo, si lo hace bajo los efectos del alcohol o las drogas y si utiliza algún tipo de armas. Además, debe abrirse el espacio para que la mujer exprese sus sentimientos y hable de los efectos que sobre ella y sus hijas e hijos ha ejercido el maltrato. Igualmente, se debe trabajar la culpabilización, en tanto las mujeres abusadas en una alta proporción manejan sentimientos de culpabilidad frente a los hechos ocurridos. Ellas, al igual que la mayoría de los miembros de la sociedad, se basan en la ideología dominante frente a la relación doméstica, donde el esposo es quien manda en los asuntos importantes de la familia y la mujer y las hijas e hijos, obedecen. En este contexto, la mujer se siente culpable y merecedora de la agresión cuando desacatan algunas de las normas establecidas por él; por ejemplo, salir sin su consentimiento, no satisfacer adecuadamente, (según el compañero) los gustos alimentarios, estéticos o sexuales, o hacer reclamos en forma reiterativa, que según el esposo, son cantaleta. Es importante resaltar que el comportamiento violento es de absoluta responsabilidad de quien lo ejerce y no existen provocaciones que justifiquen tal violencia.

En segundo lugar, se debe realizar una evaluación física y mental de la mujer con el fin de identificar lesiones visibles y no visibles. Las lesiones visibles como contusiones, laceraciones, fracturas o lesiones abdominales pueden ser detectadas en la evaluación física, para lo cual hay que tener en cuenta que las áreas más comunes de lesiones son la cabeza, la cara, el cuello y aquellas que usualmente están cubiertas con ropa (pecho y abdomen). Las lesiones físicas pueden variar desde pequeñas contusiones o laceraciones hasta fracturas o lesiones abdominales resultantes de golpes, quemaduras, patadas o disparos. Las lesiones deben ser compatibles con las explicaciones de la paciente, pues en muchas ocasiones ella da falsas explicaciones para esconder el maltrato. Por último, cuando las lesiones se encuentran en varios estadios de curación, es indicativo de una violencia continuada. Entre las lesiones no visibles se pueden encontrar trastornos emocionales, embarazo, violencia sexual y exposición al VIH. El dolor es una manifestación muy común. Este síntoma puede ser una consecuencia del abuso físico, aun sin evidencia de lesiones, o puede ser producido por el estrés causado por relaciones abusivas: mujeres con cefaleas, dolor en pecho, dolor lumbar, pélvico o abdominal persistente pueden ser víctimas de violencia doméstica. Existen otras manifestaciones físicas relacionadas con el estrés, la ansiedad o la depresión como los desórdenes alimentarios, la disminución de la energía, la fatiga, la dificultad de concentración, las parestesias, las disneas y los problemas vagales. Por último, se pueden encontrar pacientes con abuso al alcohol o a las drogas.

El tercer aspecto es la evaluación de la seguridad de la paciente tanto en la institución de salud como una vez retorne a su hogar. Este asunto debe ser analizado con la paciente y es ella finalmente quien toma las decisiones sobre las medidas necesarias. Para velar por la seguridad de la mujer en la institución hay que conocer los comportamientos típicos del maltratador cuando acompaña a la mujer. Este comportamiento se caracteriza por querer estar permanentemente a su lado, mostrarse preocupado, evitar que la mujer este sola con el agente de salud, contestar a las preguntas que se le hacen a la paciente, mostrarse celoso y minimizar la violencia. Para evaluar los riesgos a que puede estar sometida una vez abandone la institución como las represalias y las retaliaciones por parte del maltratador y los intentos de suicidios u homicidios, se debe preguntar si se siente en riesgo grave. Si esto es así, es necesario creerle y verificar que tiene un lugar seguro a donde ir después de abandonar la institución.

La última etapa del proceso de atención es la intervención con calidad humana, la cual abarca cuatro aspectos fundamentales: mantener un comportamiento ético, realizar la intervención de acuerdo con las necesidades de cada persona, crear las condiciones para generar el proceso de cambio y tener un buen conocimiento de los recursos disponibles en la comunidad.

El comportamiento ético implica garantizarle a la mujer maltratada la confidencialidad de la información, la cual no será revelada al maltratador ni a ninguna otra persona sin su autorización. Por tanto, nunca se debe hablar del asunto delante de los hijos e hijas.

Para realizar una intervención acorde con las necesidades de la mujer maltratada, las actividades que se realicen deben tener en cuenta que éstas mujeres, en el curso de la relación abusiva, viven un proceso de cambio en cuatro etapas -no tienen en cuenta el maltrato, se dan cuenta de la situación, se encuentran a sí mismas y salen adelante solas-.⁽²³⁾ En cada una de estas etapas tiene intereses diferentes frente a la relación; por tanto, toda intervención debe estar de acuerdo con la etapa del proceso de cambio en que se encuentra en el momento de la consulta. Además, debe entender que la dinámica del abuso es lenta y diferente en todas las mujeres y que tiene avances y retrocesos antes de lograr una vida libre de violencia. Por otra parte, es importante tener en cuenta que durante todo el proceso las mujeres deben enfrentar situaciones muy difíciles como discutir el problema del abuso, buscar ayuda y dejar al maltratador, situaciones que a su vez dependen de factores emocionales, sociales y morales, los cuales les dificultan su proceso de cambio. También hay que entender que las mujeres en la medida en que se empoderan ganan una serie de habilidades que les permite avanzar en el proceso y buscarle salida a su situación de maltrato.

Crear condiciones para generar el proceso de cambio significa fundamentarse en los argumentos de la víctima y no en los del maltratador, así como mantener la responsabilidad en éste. De igual manera, es primordial el proceso de toma de decisiones de la mujer maltratada. Es responsabilidad del agente de salud hacer las preguntas correctas, darle información acerca de la naturaleza de la violencia, brindarle mensajes de apoyo e informarle acerca de los recursos con que cuenta la institución de salud y la comunidad para que así tenga elementos suficientes que le ayuden en su toma de decisiones. Es inadecuado insistir en que debe alejarse del maltratador en tanto esto le refuerza la falta de autodeterminación y propicia la victimización.²⁰ El agente de salud debe comprender que es decisión de la mujer salir o quedarse con el maltratador y esto hay que respetarlo. Cuando las mujeres se sienten comprendidas y con apoyo se motivan a empezar o a avanzar en su proceso de cambio.

Otro aspecto fundamental de la intervención es el buen conocimiento, por parte del agente de salud, de los servicios con que cuenta la comunidad; servicios que hacen parte integral de la consejería ofrecida en los programas como grupos de apoyo, intervención en crisis, asesoría legal, capacitación laboral, asistencia en refugio y hospedaje. Este conocimiento es una gran ganancia en la intervención de este problema, pues de esta manera se orienta y se remite a la mujer de una manera acertada y acorde con sus necesidades.

Finalmente, un obstáculo que se presenta en todos los momentos de la mujer maltratada es la ideología de género manejada por los profesionales de la salud que influye en la percepción del problema y en la asesoría dada a la mujer. Cuando se manejan

concepciones patriarcales se corre el peligro de convencer a la paciente que está buscando ayuda, que el abuso es justificado y que es un problema muy sencillo; estos planteamientos llevan a la mujer muchas veces a abandonar la búsqueda de ayuda ●

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berenguer AM. *Violencia Conyugal*. Revista de Mujeres 1985;9: 39-49.
2. Corsi J. *Violencia familiar una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Paidós: Buenos Aires; 1994.
3. Chambliss L. *Violencia doméstica: una crisis en salud pública*. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norte América 1997;3: 591- 599.
4. Mc Lead L. *Golpeadas pero no vencidas*. Mujeres 1988; 4: 22-24.
5. Mrsevic, Z. & Hughes D. *Violence against women in Belgrade, Serbia: SOS hotline 1990-1993*. Violence Against Women 1997; 2 (3): 101-128.
6. Mujer Fempress. *Especial contra la violencia* 1988. 22.
7. O'Neil JM. Harway M. *A multivariate model explaining men's violence toward women*. Violence Against Women 1997; 3 (2): 182-203.
8. PROFAMILIA. *La violencia y los derechos humanos de la mujer*. Bogotá: Printex Impresores; 1992.
9. República de Colombia. *Subdirección de Servicios Forenses, Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia*. Comportamiento de las lesiones de causa externa evaluadas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Santafé de Bogotá: Framimpresos; 1995*.
10. Jaramillo DE, Uribe TM. *La violencia conyugal en Medellín: un problema de salud que afecta a las mujeres*. Revista index de Enfermería 2000.
11. Uribe ML y Uribe P. *La violencia en la familia especialmente dirigida a mujeres*. La Violencia: Lo impensable lo impensado. Bogotá: Presencia; 1990.
12. National research council, Institute of medicine. *Violence in families*. Washington DC: NRC; 1998.
13. Klevens J. *Violencia contra la mujer factores de riesgo y medidas de prevención*. Serie Criterios de Justicia 1998; 2 (9): 4-16.
14. Bubinic M, Morrison A y Shifer M. *La violencia en las Américas: marco de acción*. En: Banco Interamericano de Desarrollo. *El costo del silencio violencia doméstica en las Américas*. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 1999.
15. Lozano R. *Efectos de la violencia doméstica en la salud* En: Banco Interamericano de Desarrollo. *El costo del silencio Violencia doméstica en las Américas*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 1999.
16. Anetzberger G. *Elderly adult survivors of family violence: Implications for clinical practice*. Violence Against Women 1997; 3(5): 499-414.
17. Chambliss L. *Violencia doméstica: una crisis en salud pública*. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norte América 1997; 3; 591-599.
18. Corsi J. *Abuso y victimización de la mujer en el contexto conyugal*. En: Las mujeres en la imaginación Colectiva. Buenos Aires: Paidós; 1992.
19. Altimir O. *La dimensión de la pobreza en América Latina*. Santiago de Chile: Cepal; 1979.
20. Warshaw C, Ganley AL. *Improving the health care response to violence. A resource manual for health care providers*. San Francisco: Family violence prevention fund; 1998.
21. Hutchison I, Hirschel D. *Abused woman: help seeking*. Violence Against Women 1998; 4(4): 37.
22. Agudelo ME. *La violencia familiar en Medellín vista a través de las comisarias de familia*. Revista de la facultad de trabajo social UPB 1994; 11(11): 67-90.
23. Uribe TM, Jaramillo DE. *Del laberinto a la luz. El proceso de cambio que viven las mujeres en una experiencia conyugal violenta*. Revista Index de enfermería; 2000