

Salud Pública

Promoción
de la Salud y
Epidemiología

Violencia Doméstica



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

SECRETARÍA GENERAL
DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE SALUD PÚBLICA

DIRECCIÓN GENERAL
DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
Y EPIDEMIOLOGÍA



semFYC

Sociedad Española de Médicos
de Familia y Comunitaria



EAPES

Violencia Doméstica



Elaborado por el Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)

Redacción:

M^a. del Carmen Fernández Alonso

Autores:

M^a. del Carmen Fernández Alonso
Sonia Herrero Velázquez
Francisco Buitrago Ramírez
Ramon Ciurana Misol
Levy Chocron Bentata
Javier García Campayo
Carmen Montón Franco
M^a. J. Redondo Granado
Jorge L. Tizón García

Con la colaboración de:

**Ministerio de Sanidad y Consumo
Dirección General de Salud Pública
Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología.**

Edita y distribuye:

Ministerio de Sanidad y Consumo
Paseo del Prado, 18-20.
28014 Madrid (España)
www.msc.es

Año. 2003
NIPO:
D.L.:
Imprime:

Presentación

La *Violencia en la pareja*, término frecuentemente equiparado en la literatura a *violencia doméstica* y a *violencia conyugal*, se define como aquellas agresiones que se producen en el ámbito privado en el que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima. Dos elementos deben tenerse en cuenta en la definición: la reiteración de los actos violentos y la situación de dominio del agresor que utiliza la violencia para el sometimiento y control de la víctima.

Hablamos de un fenómeno social de múltiples y diferentes dimensiones, que es considerado como un problema de salud pública de primer orden por organizaciones internacionales y gobiernos.

La O.N.U. en 1995 estableció entre sus objetivos estratégicos la lucha contra la violencia dirigida a las mujeres. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998 declaró a la violencia doméstica como una prioridad internacional para los servicios de salud; el mismo año que en nuestro país se elaboró el primer «*Plan de acción contra la Violencia Doméstica*».

Recientemente, la OMS ha dado a conocer un INFORME MUNDIAL SOBRE VIOLENCIA Y LA SALUD (2002), en el que se presenta la violencia, en su conjunto, como una de las principales causas de muerte y lesiones no mortales en todo el mundo, y en el que se realiza una exposición actualizada de las repercusiones de la violencia en la salud pública, a la vez que formula recomendaciones dirigidas a su prevención.

La violencia doméstica comporta graves riesgos para la salud de las víctimas tanto a nivel físico como psicológico. El impacto emocional que genera esta situación es un factor de desequilibrio para la salud mental tanto de las víctimas como de los convivientes.

Los profesionales sanitarios no podemos permanecer ajenos a este importante problema de salud pública. Nuestra intervención es necesaria en la prevención, en la detección, en el tratamiento y en la orientación de este complejo problema, en el que es imprescindible un abordaje integral, y coordinado con otros profesionales e instituciones.

Evidentemente, para prevenir la VD hay que afrontar las causas estructurales y sociales que sustentan las desigualdades de género, sociales, y económicas ancladas en la estructura de nuestra sociedad, pero no por ello inamovibles. En este contexto los sanitarios sólo somos un pequeño eslabón de la gran cadena necesaria para abordar eficazmente el problema de la VD, pero eso no nos exime de la parte de

responsabilidad que nos concierne como sanitarios, siendo sensibles al problema y asumiendo nuestro papel en la detección, en el tratamiento y apoyo a las víctimas.

En el abordaje de la VD es especialmente importante saber que es un problema multidimensional y que nuestra actuación solo será efectiva si trabajamos en coordinación con los muchos profesionales e instituciones que tienen un papel en el problema. Tampoco podemos olvidar que la prevención debe asentarse en el desarrollo comunitario que favorezca los cambios en actitudes, valores y comportamientos respecto al lugar igualitario de mujeres y hombres en la sociedad, siendo conscientes que esto supone un largo camino a recorrer. Muchas experiencias en todo el mundo están en marcha, muchas líneas de actuación se han marcado, y se han dado pasos inimaginables hace tan solo unos pocos años, que nos permiten albergar esperanza de igualdad para mujeres de generaciones futuras.

Nuestro objetivo, con esta edición, es contribuir desde el sector sanitario a las importantes actuaciones, preventivas, legislativas y procedimentales, asistenciales y de intervención social, e investigadoras, que en España se están desarrollando en el marco del II Plan Integral contra la Violencia Doméstica 2001-2004.

Por todo ello, y para finalizar sólo me queda transmitir un mensaje de aliento al profesional sanitario, cuya labor es insustituible en este ámbito.

Ana María Pastor Julián
Ministra de Sanidad y Consumo



Prólogo

Nos encontramos ante un problema complejo, tanto en su génesis como en su desarrollo, que deriva en graves consecuencias de índole física, psicológica y de relación social para las personas afectadas y para sus entornos familiar y comunitario.

La violencia doméstica, la frecuente violencia de pareja, no es un problema nuevo pero, sin duda alguna, podemos considerarlo un problema cada vez más próximo. Y no solo debido a la importante repercusión que en los medios de comunicación tienen los dramáticos sucesos de mujeres maltratadas, sino debido al hecho de que la violencia doméstica haya dejado de considerarse un «asunto privado» y empiece a reconocerse como un «problema de salud».

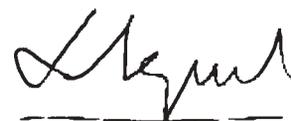
Este reconocimiento como problema de salud pública es el paso básico e imprescindible que permite avanzar en la búsqueda de soluciones. De este modo, realizando nuestro trabajo cotidiano como profesionales sanitarios percibimos que, en el conjunto de las necesidades de salud de la población, la violencia doméstica aparece de manera emergente constituyéndose en un nuevo reto para dar respuestas eficaces de abordaje e intervención desde el sistema sanitario.

Prácticamente todas las actuaciones clínicas realizadas en los diferentes ámbitos de atención sanitaria pueden ser complementadas con el concurso de la prevención. En el caso de la violencia doméstica, las actividades preventivas se colocan en un primer plano una vez que investigamos las fórmulas que deben conducirnos a la resolución de este problema. Concretamente, la detección precoz se presenta como el objetivo más relevante de la intervención dirigida desde el primer nivel de atención sanitaria.

El eslabón que nos compete como profesionales sanitarios, con sus vertientes de intervención preventiva, actuación clínica de coordinación asistencial e interdisciplinar, acompañadas del necesario componente investigador y de actualización de conocimientos y habilidades, ha de engarzarse adecuadamente con los eslabones que competen a profesionales de otras áreas de la sociedad, en la consecución de una cadena de abordaje integral de la violencia doméstica.

En la violencia doméstica, en la frecuente violencia de pareja, subyace fundamentalmente un problema de discriminación de género. Hay que facilitar, por tanto, un contexto educativo, cultural, que modifique los condicionantes que hacen persistir el problema, siendo imprescindible un decidido compromiso social y político para conseguirlo. En este sentido, los profesionales sanitarios debemos aprovechar el papel que tenemos como emisores hacia la población de mensajes de respeto en la convivencia.

Luis Aguilera García
Presidente de la semFYC



Introducción

El problema de la violencia doméstica tiene una relevancia creciente en todos los contextos culturales y su solución necesita de abordajes multidisciplinarios e interinstitucionales. La perspectiva sanitaria, de salud pública, es una de las de mayor relevancia ya que debe incidir sobre las distintas fases de la historia natural del problema desde su prevención y detección clínica hasta el tratamiento y rehabilitación de las alteraciones biopsicosociales que genera.

Los profesionales sanitarios, y sobre todo los de atención primaria, hemos de colaborar activamente en la búsqueda y puesta en práctica de las intervenciones necesarias. Tenemos también la obligación de adquirir el grado de competencia óptimo que nos permita proporcionar una atención segura y de calidad a las personas afectadas por este problema.

Los responsables del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria hemos considerado prioritario este problema y, por ello, agradecemos e impulsamos desde el inicio la propuesta del Grupo de Salud Mental de elaborar un Documento de Recomendaciones en Violencia Doméstica, la redacción de la cual ha estado liderada por la Dra. Carmen Fernández Alonso.

En este Documento Técnico se analizan las causas y factores de riesgo de la violencia doméstica y su prevención y detección por el profesional de atención primaria. Estamos convencidos de que es un buen instrumento de ayuda para aproximarnos desde una perspectiva científica y humana al problema.

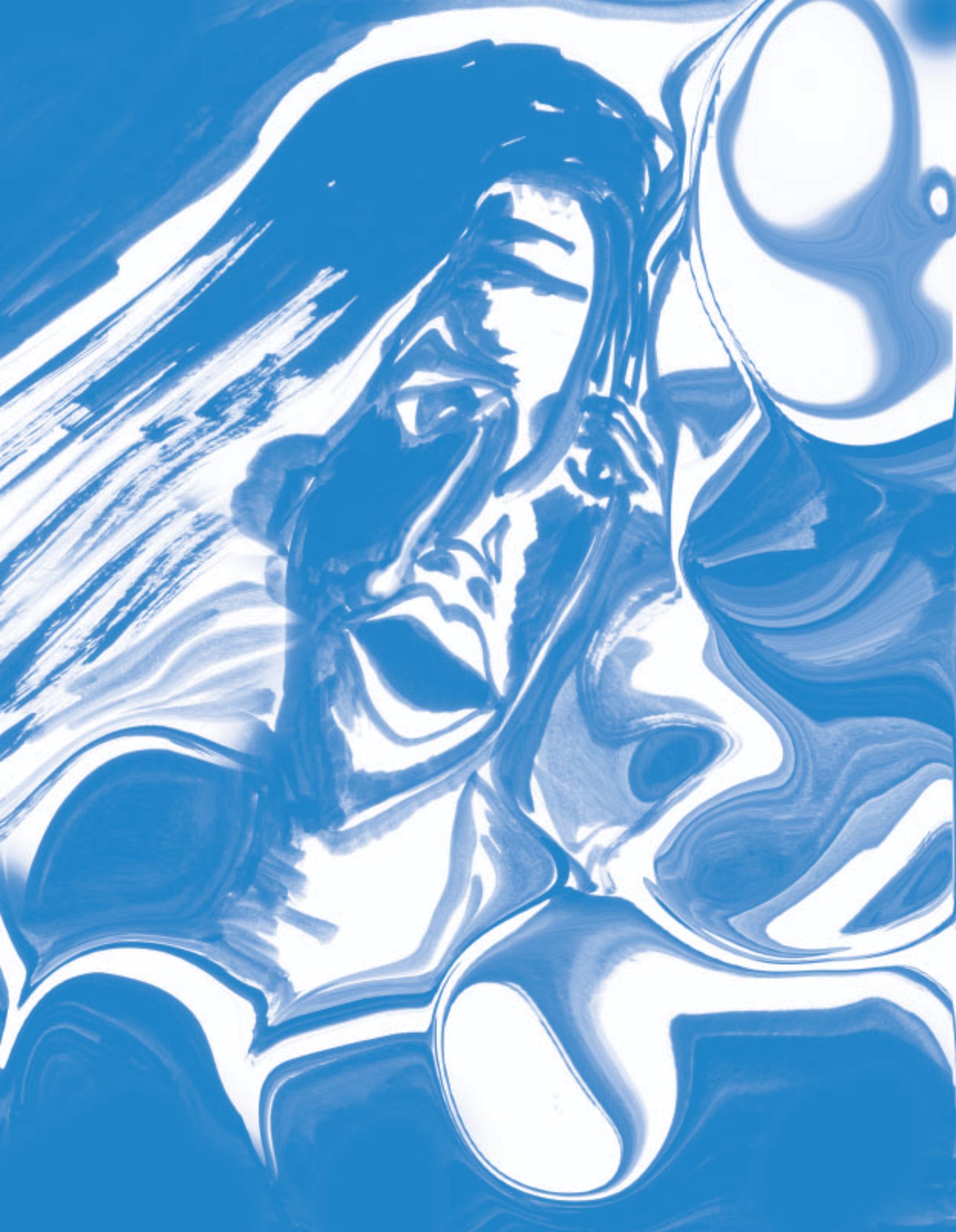
Como Presidente del Organismo de Coordinación Estatal del PAPPS quiero expresar mi agradecimiento a los autores de este Documento y a todos los que desde la Administración, desde nuestra Sociedad Científica y desde otros ámbitos están protagonizando la lucha contra esta lacra social.

A. Martín Zurro
Presidente del Organismo de
Coordinación Estatal del PAPPS



índice

<u>1</u>	Concepto	11
<u>2</u>	Causas	15
<u>3</u>	Epidemiología	17
<u>4</u>	Retraso en la denuncia	21
<u>5</u>	Consecuencias de la violencia doméstica	23
<u>6</u>	Factores de riesgo y vulnerabilidad	25
<u>7</u>	Repercusión sobre la salud mental	27
<u>8</u>	Identificación de maltrato por el médico general	29
<u>9</u>	Prevención de la violencia doméstica	33
<u>10</u>	Recomendaciones del PAPPS	49



CONCEPTO

La OMS define la Violencia como:

“El uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte.”

La OMS incluye la intencionalidad de producir daño en la comisión de estos actos¹.

Violencia familiar:

Se define como los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos.

Violencia de género:

Este término hace referencia a la violencia específica contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Comprende la violencia física, sexual y psicológica incluidas las amenazas, la coacción, o la privación arbitraria de libertad, que ocurre en la vida pública o privada y cuyo principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer.

Violencia en la pareja:

Se define como aquellas agresiones que se producen en el ámbito privado en el que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima. Dos elementos deben tenerse en cuenta en la definición: la reiteración o habitualidad de los actos violentos y la situación de dominio del



agresor que utiliza la violencia para el sometimiento y control de la víctima.

Este término con frecuencia se equipara en la literatura a violencia doméstica (VD) y a violencia conyugal. En nuestro texto utilizaremos indistintamente el término violencia doméstica o violencia en la pareja.

La VD es considerada un problema de salud pública de primer orden por organizaciones internacionales y gobiernos. La O.N.U. en 1995 establece entre sus objetivos estratégicos la lucha contra la violencia contra las mujeres. La O.M.S., en 1998, declaró a la violencia doméstica como una prioridad internacional para los servicios de salud;

el mismo año en nuestro país se reconoció de forma explícita la VD como un problema de estado y así se recogió en el **“Plan de acción contra la Violencia Doméstica”**.

La violencia doméstica comporta graves riesgos para la salud de las víctimas tanto a nivel físico como psicológico, y el impacto emocional que genera esta situación es un factor de desequilibrio para la salud mental, tanto de las víctimas como de los convivientes.²⁻⁵

Los profesionales sanitarios no pueden permanecer ajenos a este importante problema de salud pública y su intervención es necesaria en la prevención, en la detección, en el tratamiento y en la orientación de este complejo problema, en el que es imprescindible un abordaje integral, y coordinado con otros profesionales e instituciones.

Formas de violencia:

- **Física:**

Lesiones corporales infligidas de forma intencional: golpes, quemaduras, agresiones con armas, etc.

- **Psicológica**

Humillaciones, desvalorizaciones, críticas exageradas y públicas, lenguaje soez y humillante, insultos, amenazas, culpabilizaciones, aislamiento social, control del dinero, no permitir tomar decisiones.

- **Sexual**

Actos que atentan contra la libertad sexual de la persona y lesionan su dignidad: relaciones sexuales forzadas, abuso, violación.



2. CAUSAS

La etiología de la violencia doméstica es compleja y multifactorial:

las actitudes socioculturales (desigualdades de género), condiciones sociales, relaciones conyugales, conflictos familiares y los aspectos biográficos como personalidad, historia de abusos y de violencia en la familia de origen se han relacionado con la aparición de VD.

Algunas situaciones ancladas en la tradición y la cultura de muchas sociedades durante siglos se han relacionado con la violencia específica contra la mujer:

las relaciones de sumisión y dependencia de la mujer respecto al hombre, la justificación de la violencia masculina y su tolerancia por la sociedad e incluso por la mujer, los estereotipos sexuales y el rol limitado asignado a la mujer a nivel social explican en parte la violencia infligida a la mujer.

La violencia ha sido y es utilizada como un instrumento de poder y dominio del fuerte frente al débil, del adulto frente al niño, del hombre frente a la mujer a través de los tiempos.

Jewkes⁶ considera que **los dos factores epidemiológicos más importantes para la aparición de VD son la relación de desigual posición de la mujer tanto en las relaciones personales como sociales y la existencia de una “cultura de la violencia”**, que supone la aceptación de la violencia en la resolución de conflictos.

Los cambios sociales de las últimas décadas respecto al papel de la mujer tanto en el ámbito privado (pareja, familia), como público (laboral, social) hacia una relación más igualitaria entre hombre y mujer, han hecho posible que el problema de la violencia doméstica haya salido a la luz, debido en parte a una mayor conciencia de la mujer respecto a sus derechos y a su papel en la pareja, en la familia y en la sociedad, y también a una mayor

sensibilidad social respecto al problema. La no-aceptación de estos cambios por el hombre, y el ver peligrar lo que para algunos era vivido como privilegio, ha podido favorecer la aparición de violencia en ocasiones.

Quizá éstas causas están en el trasfondo del problema, pero hay **factores de riesgo y situaciones de especial vulnerabilidad** que explicarían por qué en contextos similares, en ocasiones se producen las situaciones de violencia y en otras no.



3. EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia real de este problema es desconocida. Conocemos cifras del número de denuncias presentadas en España por esta causa, y el de mujeres que murieron a manos de su cónyuge o pareja. (Tabla 1).

Tabla 1.- Denuncias presentadas y nº de mujeres y hombres fallecidos en los últimos años por Violencia Doméstica según fuentes del Ministerio del Interior y Asociación Themis

Año	Nº denuncias mujeres	Número de muertos a manos de su pareja		
		Mujeres		Hombres
		Fuente: Mº de Interior	Asoc. Themis	Fuente: Mº de Interior
1997	18.882	75		
1998	19.621	35	64	
1999	21.778	47	68	
2000	22.397	42	77	7
2001	24.158	42	69	3

Se estima que estas cifras solo representan entre el **5 al 10%** de los casos que se producen.

Los motivos de denuncia son **en primer lugar por malos tratos físicos y psíquicos, en segundo lugar los psíquicos solamente, y en tercer lugar los físicos.**

El incremento de las denuncias en los 5 últimos años, puede no corresponder a un aumento real de malos tratos; posiblemente se denuncian más casos porque la mujer está mejor informada, es más consciente de sus

derechos, se dispone de más dispositivos de apoyo social a la mujer maltratada, hay una mayor sensibilidad social ante el problema y porque los cambios legislativos que han tenido lugar en nuestro país respecto a los malos tratos facilitan el que se denuncien los hechos.

La diferencia en los datos de mujeres fallecidas entre los presentados por el Ministerio del Interior y la Asociación de Mujeres Juristas Themis, es debida a que en el M^o. de Interior sólo se registran aquellos en los que se sabe de forma inmediata la identidad del agresor como autor de los hechos, y cuando constatan la muerte el día que se registran los hechos. Sin embargo, en la asociación Themis se hace seguimiento de los casos, incluyendo fallecimientos diferidos pero a consecuencia de la agresión.⁷

Por Comunidades Autónomas las que presentan una mayor tasa de denuncias por maltrato por millón de habitantes (año 2000) según fuentes del Ministerio del Interior, son Ceuta y Melilla (5200), Canarias (2170) Madrid (1490) y Andalucía (1310) siendo Navarra (500) y Aragón (670) las de tasas más bajas.⁷.

En una macroencuesta realizada por el Instituto de la Mujer⁸ (2000), con una muestra de 20.552 mujeres mayores de 18 años, encuentran que

el 12,4 % de las mujeres están en situación objetiva de violencia en el entorno familiar

(según los criterios de maltrato utilizados a través de indicadores). Estos datos proyectados a la población española significan que

2.090.767 mujeres están en situación objetiva de violencia familiar. En 1.551.214 el maltrato es por parte de su pareja.

Sin embargo, llama la atención que tras preguntarles si habían sufrido malos tratos en el último año,

sólo un la tercera parte de ellas se consideraba a sí misma víctima de maltrato.

Estas diferencias entre los casos detectados a través de indicadores y la percepción subjetiva de VD, reflejan la “tolerancia” ante las situaciones de maltrato por parte de la mujer en las relaciones de pareja.

En una reciente encuesta realizada en Francia (ENVEF-2000)⁹, de la que se conocen los resultados preliminares, encontraron que un 10%, de las mujeres encuestadas, sufrían en ese momento VD.

En EEUU los estudios de prevalencia de VD varían dependiendo de la fuente de los datos y la definición de violencia^{10, 11, 12}. En una revisión de estudios realizados en Canadá y EEUU (1985-98), mediante encuesta con base poblacional, encuentran una prevalencia de 25-30% de violencia por parte de la pareja. Según una encuesta nacional en 50.000 hogares, llevada a cabo durante los años 92-93, se estimó que el 9,3/1000 de mujeres y el 1,4/1000 de hombres, son víctimas cada año de violencia perpetrada por su esposo/a, ex-esposo/a o compañero/a íntimo. Estas estimaciones pueden ser bastante conservadoras debido a la baja tasa de denuncias. En otro estudio sobre violencia familiar a través de entrevistas efectuadas sobre un total de 8.145 familias entre 1975 y 1985, el 16% de las parejas revelaron casos de violencia en el año previo. En otros sondeos más recientes, el 2-3% de las mujeres revelaron haber sufrido agresiones por su compañero en el año anterior. Más del 50% de las mujeres que mueren asesinadas en EEUU lo hacen a manos de su marido o compañero sentimental y un 8 % de los hombres asesinados, lo son por su mujer. En otra publicación¹³ se revisan 34 estudios de

diferentes países y concluyen que entre 25-50% de las esposas sufren maltrato a lo largo de su vida por parte de su compañero o marido.

En otro estudio, McCauley¹⁴ encuentra que 32,7 % de las mujeres sufren VD en algún momento de su vida.

En Canadá se estima que 1 de cada 7 mujeres sufre maltrato y en el 40 % de las víctimas se inicia durante el primer embarazo.

En estudios realizados en países de América Latina (Chile, Colombia, Nicaragua, Costa Rica, Nicaragua y México) las cifras de prevalencia de violencia doméstica oscilan en cifras del 30 al 60 %.¹⁵.

En recientes publicaciones de estudios realizados el Reino Unido¹⁶ y en Irlanda¹⁷, por médicos generales, encuentran que el 41% y el 39 % de las mujeres estudiadas, habían experimentado violencia física, y cifras aún más altas para la violencia psicológica.

Sin embargo la variabilidad es grande; en algunos países con bajo nivel de desarrollo y en otros en los que la discriminación de la mujer y conductas objetivamente maltratantes son aceptadas culturalmente tienen índices más altos de maltrato.

En nuestro país no conocemos estudios de prevalencia de VD en estadísticas clínicas;

en EEUU la prevalencia de la violencia doméstica en las estadísticas clínicas es alta. Un 15-30% de las mujeres que visitan los servicios de urgencias^{18,19} y un 12-13% de las que visitan el departamento de asistencia familiar^{20,21} revelaron haber sufrido abusos físicos o amenazas por parte de su compañero durante el último año. El 75 % de las mujeres maltratadas que habían pasado por centros sanitarios siguió sufriendo agresiones.

4. RETRASO EN LA DENUNCIA

La violencia doméstica tiende a ser repetitiva, con una media de seis incidentes por año. El primer episodio ocurre en el primer año de matrimonio en casi la mitad de los casos y en muchos de ellos en el primer embarazo.

Para la mayoría de mujeres pasan entre 5 y 10 años desde el inicio del maltrato hasta que se denuncia el hecho.

¿Porque las víctimas no denuncian el maltrato?

En la tabla 2 exponemos algunas de las razones por las que la mujer no denuncia la violencia sufrida.

Tabla 2.- Causas de la demora en la denuncia de la violencia

- **Esperanza en que la situación cambie**
- **Miedo a represalias en ellas o en sus hijos**
- **Vergüenza ante la sensación de fracaso o culpa**
- **Tolerancia a los comportamientos violentos**
- **Dependencia de la mujer respecto a su pareja: psicológica y económica**
- **Situación psicológica de la mujer**
- **Sentimientos de ambivalencia o inseguridad**
- **Miedo al aparato judicial**
- **No saber a quien dirigirse o a qué servicios acudir**
- **Falta de apoyo familiar, social o económico**



5. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

La gravedad de sus consecuencias físicas y psicológicas tanto para la víctima como para la familia hacen de la violencia doméstica un importante problema de salud con intensa repercusión social^{2,5,11,22-25}.

En las tablas 3, 4 y 5 se exponen las consecuencias del maltrato para la mujer, para los hijos y para el agresor.

Tabla 3.- Consecuencias del maltrato para la mujer

A nivel físico:

- Lesiones de todo tipo, traumatismos, heridas, quemaduras, relaciones sexuales forzadas, enfermedades de transmisión sexual, embarazos de riesgo y abortos, muerte

A nivel psicológico:

- Trastornos por estrés post-traumático
- Ansiedad
- Depresión
- Intentos de suicidio
- Abuso del alcohol, las drogas y los psicofármacos
- Trastornos por somatización
- Disfunciones sexuales
- Uso de la violencia con sus propios hijos

A nivel social:

- Aislamiento social
- Pérdida de empleo
- Absentismo laboral

Tabla 4.- Consecuencias sobre los hijos como testigos de VD

- **Riesgo de alteración de su desarrollo integral**
- **Sentimientos de amenaza (su equilibrio emocional y su salud física están en peligro ante la vivencia de escenas de violencia y tensión)**
- **Dificultades de aprendizaje**
- **Dificultades en la socialización**
- **Adopción de comportamientos violentos con los compañeros**
- **Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas y trastornos psicopatológicos secundarios**
- **Con frecuencia son víctimas de maltrato por el padre o la madre**

A más largo plazo:

- **Violencia transgeneracional: se ha establecido relación entre los niños maltratados y la violencia familiar en el futuro**
- **Alta tolerancia a situaciones de violencia**

Tabla 5.- Consecuencias para el agresor

- **Incapacidad para vivir una intimidad gratificante con su pareja**
- **Riesgo de pérdida de esposa e hijos**
- **Riesgo de detención y condena**
- **Aislamiento y pérdida de reconocimiento social**
- **Sentimientos de fracaso, frustración y resentimiento**
- **Rechazo familiar y social**
- **Dificultad para pedir ayuda psicológica y psiquiátrica**

6. FACTORES DE RIESGO Y VULNERABILIDAD

Factores de riesgo y vulnerabilidad de ser mujer maltratada^{26,27}:

La violencia doméstica se produce en parejas de cualquier clase social, en todas las culturas y en cualquier grupo de edad, pero parece que el perfil de mayor riesgo de ser mujer maltratada es el que posee alguna de las características que se expone en la tabla 6:

Tabla 6.- Factores de riesgo de ser mujer maltratada

- Vivencia de violencia doméstica en su familia de origen
- Bajo nivel cultural
- Bajo nivel socioeconómico
- Aislamiento psicológico y social
- Baja autoestima
- Sumisión y dependencia
- Embarazo
- Desequilibrio de poder en la pareja
- Consumo de alcohol o drogas

No hay que olvidar sin embargo que dado el bajo índice de detección, probablemente muchas mujeres que no responden a ese perfil son también víctimas de maltrato.

Una revisión de 52 estudios²⁷ encontró que de un total de 97 factores potenciales de riesgo estudiados,

él haber sido **testigo de violencia familiar en la niñez o en la adolescencia**, era el más claramente relacionado con ser una esposa maltratada.

Las mujeres embarazadas sufren en mayor proporción el riesgo de la violencia doméstica.

Hay hombres que viven el embarazo como una amenaza para su dominio. Algunos estudios²⁵ han encontrado una asociación entre la violencia y problemas a lo largo del embarazo entre los que se encuentran retraso en la asistencia, mayor número de abortos, partos prematuros y riesgo de recién nacidos con bajo peso.

Factores de riesgo de ser hombre maltratador:

Puede darse en cualquier contexto, clase social o nivel cultural, pero algunos factores o situaciones se han relacionado con ser hombre maltratador²⁶. (Tabla 7)

Los problemas con el alcohol y drogas, desempleo, bajo nivel socioeconómico, antecedentes de violencia en su familia de origen, son más comunes entre los maridos agresores.

Tabla 7.- Factores de riesgo de ser hombre maltratador

<ul style="list-style-type: none"> ● Experiencia de violencia en su familia de origen* ● Alcoholismo* ● Desempleo o empleo intermitente* ● Pobreza, dificultades económicas ● Hombres violentos, controladores y posesivos ● Baja autoestima ● Concepción rígida y estereotipada del papel del hombre y la mujer ● Aislamiento social (sin amigos ni confidentes) ● Vida centrada exclusivamente en la familia ● Hombres que arreglan sus dificultades con violencia y culpan a otros de la pérdida de control ● Trastornos psicopatológicos (celotipia)
--

* Estos tres factores son los más claramente relacionados con conductas maltratantes en algunos estudios

7. REPERCUSIÓN SOBRE LA SALUD MENTAL

Gomel (1998) hace una amplia revisión de los estudios que relacionan violencia doméstica con salud mental¹¹.

Varios estudios con base poblacional^{23,28} encuentran

asociación positiva entre la experiencia de malos tratos y problemas de salud mental como depresión, ansiedad, síndrome de estrés postraumático, insomnio y quejas somáticas,

aunque no hay estudios concluyentes sobre psicopatología previa y posterior a la vivencia de violencia en la pareja.

En estudios realizados con mujeres maltratadas²⁹⁻³³ utilizando diferentes métodos y escalas de valoración, encuentran que

las mujeres que han sido víctimas de malos tratos tiene una **mayor prevalencia de síndrome de estrés postraumático, crisis de ansiedad, fobias, abuso de sustancias, trastornos por somatización, dolor crónico, depresión y riesgo de suicidio.**

En la aparición de los trastornos de salud mental en las víctimas de maltrato y en la severidad de los mismos van a influir diversos factores. Disponer de soportes sociales y de experiencias positivas ante las crisis vitales, serían factores de protección y se asocian a niveles más bajos de síndrome de estrés postraumático; las situaciones estresantes durante la infancia y las experiencias negativas frente a crisis vitales, se asocian con mayor frecuencia de trastornos psicológicos^{31,32}.

Sólo algunas víctimas de maltrato presentan trastornos psicopatológicos bien definidos. En muchos casos, los motivos de consulta pueden ser síntomas físicos y psicológicos poco específicos y trastornos por somatización, que pueden ser la carta de presentación de una situación de maltrato.

El reconocimiento de estos síntomas puede llevarnos a la identificación y tratamiento precoz del maltrato y quizás a prevenir la aparición de problemas futuros.



8. IDENTIFICACIÓN DE MALTRATO POR EL MÉDICO GENERAL

Hay estudios^{20,34,35} que han investigado la frecuencia con que las víctimas de abusos consultan al médico de familia y cuando el médico identifica el maltrato.

Sólo en un 28 % de los casos en un estudio³⁵ y en un 40% en otro²⁰ se identificaba el abuso.

En otro estudio³⁶ encuentran que los médicos de familia sólo realizan cribado al 10 % de las mujeres en primera consulta; los ginecólogos el 17% y los internistas el 6%. La falta de tiempo, no realizar el abordaje psicosocial, y el temor a invadir la esfera privada de la mujer son alguna de las razones.

Los autores plantean la implicación de las enfermeras en la identificación y el abordaje de la violencia doméstica³⁷.

Por otro lado se conoce que

casi la totalidad de las víctimas visitaron a su médico general en el año siguiente a la agresión y además hubo un incremento de la frecuentación a la consulta del médico³⁸.

¿Por qué no se detectan?

En un estudio realizado en la Universidad de Seattle³⁹ se entrevistó a médicos de familia, investigando el porqué del miedo a «abrir la caja de Pandora», al preguntar por la existencia de violencia doméstica. Entre las **causas más frecuentes** se encontraron:

- El 20%: por miedo a lo imprevisible, a la pérdida de control del médico al preguntar sobre violencia en el hogar.
- 50%: por limitaciones de tiempo, falta de preparación sobre el tema, miedo a ofender a la paciente, sensación de incapacidad y frustración al tratar el tema, no saber cómo abordarlo o como preguntar.
- 42% por frustración por no poder controlar el comportamiento de la víctima.
- 39 % porque se identifican con sus pacientes.
- Algunos profesionales sanitarios plantean problemas de credibilidad a la mujer.
- A veces la mujer no quiere comunicarlo, por desconfianza hacia los servicios sanitarios.

Los médicos advierten de la necesidad de formación en el tema.

Razones similares han sido aducidas en otros estudios posteriores en los que se manifiesta la relevancia del problema pero se percibe la existencia de un infradiagnóstico por parte de los médicos generales.⁴⁰

Estudios en otros ámbitos:

En un estudio realizado en Argentina (Mejía, 2000) mediante encuesta a médicos internistas de 12 centros del país (175) sobre conocimientos y detección de VD, se concluyó que los médicos solo interrogaban sobre la posibilidad de maltrato al 0,8 % de las pacientes, llegando al diagnóstico VD en el

66% de las preguntadas. En este trabajo se ponen de manifiesto las carencias formativas en este campo y el interés de los médicos en recibir entrenamiento y formación al respecto⁴¹.

Otro estudio realizado en México (Fawcett, 1998)⁴² sobre conocimientos y actitudes de médicos de hospital y de consultorios, ponen de manifiesto la infradetección, la ausencia de protocolos, las carencias formativas, los prejuicios sobre la mujer y las barreras institucionales (sobrecarga de trabajo, falta de tiempo, y un infrarregistro de los casos detectados). La mayoría manifestó su necesidad de formación en este campo.

La actitud de los profesionales de la salud tiene mucho que ver con su “capacidad de detección”. En una reciente publicación Rodríguez Vega y Fernández Liría, reconocen la escasa sensibilidad de la comunidad científica psiquiátrica hacia el problema de los malos tratos, quizás porque es más fácil considerar que debe ajustarse a “moldes psicopatológicos” establecidos, en lugar de preguntarse por “lo que queda oculto”, siguiendo su reflexión. Concluyen expresando la necesidad de entrenamiento a futuros profesionales de la salud mental mediante programas formativos⁴³.

La atribución errónea de los síntomas a problemas físicos o psicopatológicos, los prejuicios hacia la mujer maltratada y la “falta de sensibilidad” hacia el problema son barreras que actúan dificultando no sólo la detección sino también el abordaje profesional adecuado ante una situación de maltrato.



9. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.

9.1 Evidencia sobre la eficacia y la efectividad de las intervenciones preventivas en nuestro medio.

No conocemos estudios de intervención que hayan sido evaluados y que hayan demostrado o negado su efectividad en la prevención primaria o secundaria de los malos tratos a la mujer, realizados en nuestro país. Existen numerosos programas dirigidos a la atención de la mujer víctima de malos tratos promovidos por las áreas de servicios sociales de Ayuntamientos, Comunidades Autónomas, Asociaciones etc, pero tienen un objetivo fundamentalmente asistencial y no están pensados como estudios de investigación para la evaluación de efectividad de determinadas intervenciones preventivas.

Hay estudios a nivel internacional que han evaluado la detección rutinaria pero los resultados todavía no han demostrado de forma clara los beneficios de su utilización. Ramsay⁴⁴ hace una revisión sistemática de 20 estudios, que reunían criterios de inclusión tras la revisión de los estudios publicados en 3 bases de datos (medline, embase y CINAHL) analizando la aceptabilidad y la efectividad del cribado para la VD; Mc Nutt⁴⁵ hace un estudio prospectivo de cohortes en la que se estudia a un grupo de intervención (documento de cribado, información, documentación), frente a un grupo control y se produce un incremento de la detección para mujeres víctimas de abusos severos, pero es poco sensible en el caso de abusos moderados y leves. Dos estudios^{46,47} realizados con personal de enfermería, demostraron que la tasa autocomunicada de maltrato como causa de lesiones en servicios de urgencias es escasa (7,5%) y que esta

mejoraba (30%) cuando la mujer era preguntada directamente por enfermeras previamente entrenadas.

Aunque las evidencias no sean aun muy sólidas, la importancia del problema de la VD apoya la necesidad de que

el médico de familia y los profesionales de atención primaria en general deban comprometerse en la detección de la violencia doméstica por su alta prevalencia, por su carácter repetitivo, por las dramáticas repercusiones en la víctima y en los distintos miembros de la familia y por el alto coste sanitario y social.

9.2- Recomendaciones de organizaciones internacionales ¹⁰:

La American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), el American College of Physicians y la American Academy of Family Physicians (AAFP), recomiendan a los médicos

permanecer alerta ante la posibilidad de violencia doméstica como factor causal de enfermedades y lesiones.

Un grupo de expertos convocado por el National Council y el Institute of Medicine de Washington, para evaluar las intervenciones sobre violencia familiar, publicó sus conclusiones en 1996 y junto a otras organizaciones como Healthy People 2000 y la Joint Comisión on Accreditation of Health Care Organizations,

recomiendan a todos los servicios de urgencias el **empleo de protocolos para detectar y tratar a las víctimas de la violencia doméstica**⁴⁸.

La Canadian Task Force⁴⁹ y la U.S. Preventive Services Task Force¹⁰, establecen una recomendación tipo C al no haber suficientes evidencias a favor o en contra del empleo de instrumentos específicos de cribado para la detección de la violencia doméstica. No obstante manifiestan, se puede recomendar a los médicos

permanecer alerta en busca de síntomas de maltrato, e incluir algunas preguntas acerca del maltrato como parte de la historia rutinaria en pacientes adultos.

Las otras razones que aduce la U.S. Preventive Services Task Force son: la alta prevalencia de maltrato no detectado en mujeres, el valor potencial de esta información en la atención al paciente, el bajo coste y el poco riesgo de daño de este cribado.

Otra organización el Family Violence Preventing Fund, recomienda

el **screening rutinario** en mujeres mayores de 14 años,

que acudan a las consultas de atención primaria, servicios de urgencias, consultas de obstetricia y ginecología, ingresos hospitalarios o entornos de salud mental⁵⁰.

9.3 - Intervención del médico de familia:

¿Qué puede hacer el médico de familia desde el punto de vista de la prevención, en el contexto de nuestra actividad ordinaria en la consulta?

¿Cuál es su papel en los distintos tipos de prevención, primaria, secundaria y terciaria?

En primer lugar:

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

9.3.1 Prevención Primaria

Si nos referimos a influir en las causas de la violencia doméstica, el papel de los sanitarios en la prevención primaria es limitado, ya que fundamentalmente se trata de actuaciones educativas orientadas al respeto, la igualdad, la tolerancia y la no-violencia en el seno de la familia y a la promoción de una cultura igualitaria entre géneros y clases. La escuela

y la sociedad deben jugar un papel orientado a crear un clima de no-tolerancia hacia los agresores, a mejorar el status de la mujer en la sociedad y a exigir cambios en las normas sociales. Podemos contribuir a través de la educación para la salud, respecto a las relaciones interpersonales, la comunicación y la convivencia.

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

1.- Identificar personas con mayor riesgo de sufrir VD:

- Mujeres con perfil de riesgo de sufrir maltrato (dependencia, baja autoestima, aislamiento, historia de maltrato en la familia de origen...)
- Hombres con perfil de riesgo de maltratadores (hombres violentos y controladores, con bajo control de impulsos, con historia de malos tratos en la familia de origen)

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

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

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

9.3.2. Prevención secundaria.

Existe una preocupación unánime respecto a la baja detección de la VD y al retraso en el diagnóstico con las consecuencias que estos hechos llevan consigo. Se vive la necesidad de encontrar mecanismos para su detección, “para romper el silencio, ayudar a las víctimas y prevenir que se perpetúe o agrave la situación”⁷. Los servicios médicos pueden ser instrumentos muy importantes de detección

⁵¹⁻⁵⁴

Diferentes profesionales sanitarios deben implicarse en la detección, pero los médicos de familia tienen un papel clave por su accesibilidad y por la alta frecuentación de la población en la consulta del médico de familia, por la continuidad en la atención, por el carácter longitudinal de la asistencia que presta y porque a menudo goza de la confianza de la paciente. Esto hace que

ocupen un **lugar de privilegio para la detección precoz del maltrato** y eso mismo les confiere una responsabilidad respecto a su papel en este importante problema de salud, que hasta el momento como colectivo no han asumido plenamente.

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

La A.M.A.⁵⁵ en su Guía para el diagnóstico y tratamiento de la VD (1994) dice:

“El médico puede ser la única persona fuera de la familia a la que una mujer le pida ayuda; estos profesionales tienen una oportunidad única y la responsabilidad de intervenir”

Además el profesional del primer nivel tiene la oportunidad de conocer la “evolución natural” de la VD en las distintas fases. Sólo se ha estudiado la punta del iceberg, ese 10 % de las mujeres víctimas de maltrato que se llega a conocer ¿qué pasa con el 90 % restante? ¿Cómo podemos llegar a ellas y ayudarlas a romper su silencio?

Cribado:

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

por ello el médico y la enfermera, deben estar atentos a los signos de alerta.

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

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

Cuestionarios estandarizados para la detección de la violencia doméstica.

Numerosos estudios han utilizado diferentes cuestionarios estructurados para la detección de los malos tratos en consultas prenatales^{56,57}, en servicios de urgencias⁵⁸, de salud mental⁵⁹ etc y varias publicaciones han presentado estudios de revisiones sistemáticas de diferentes instrumentos de cribado utilizadas en distintos ámbitos,^{44,53,60} analizando

sensibilidad, especificidad, validez, factibilidad y aceptabilidad.

La aplicación de los cuestionarios utilizados en consultas prenatales (*Domestic Abuse Assessment Questionary* de Canterino y col. y el *Abuse Assessment Screen* de Wiist y Mc Farlane) incrementaron el nivel de detección. También el uso de otro cuestionario para la detección de VD en servicios de urgencias, mejoró el diagnóstico en otro estudio⁵⁸.

Sin embargo las revisiones sistemáticas y estudios de series realizados recientemente por Fogarty⁶⁰, Ramsay⁴⁴, Waalen⁶¹ y Carlson⁶², encuentran una gran variabilidad de resultados. Ramsay y otros autores⁵³ concluyen, que

la implementación de programas específicos de cribado no está justificada, porque aún no hay suficientes evidencias del beneficio y la ausencia de efectos indeseados.

Aunque no existe consenso respecto a la utilización rutinaria de cuestionarios específicos para el cribado de la VD en población general,

sí se aconseja incluir preguntas sobre la existencia de maltrato en el curso de la entrevista clínica, que puede ayudar a la detección.

¿Cómo ha de ser la entrevista en estos casos?

Algunas normas pueden facilitarnos la realización de la entrevista clínica (Tabla 8):

Tabla 8.- Normas para la entrevista clínica a la mujer ante sospecha de maltrato

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

Investigar síntomas de maltrato.-

Los signos y señales que nos alertaran hacia la existencia de maltrato se muestran en la Tabla 9.

Tabla 9.- Signos y señales de alerta de maltrato.

Físicos:

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

Psíquicos:

- Ansiedad, depresión, confusión, agitación, síndrome de estrés postraumático, intentos de suicidio.

Actitudes y estado emocional:

- **Actitudes de la víctima:** temor, nerviosismo, ausencia de contacto visual, inquietud, sobresalto al menor ruido, miradas inquietas a la puerta, pasividad, ensimismamiento, tendencia a culpabilizarse y a exculpar a su pareja, reticencia a responder preguntas, o a dejarse explorar, incapacidad para tomar decisiones.
- **Estado emocional:** tristeza, miedo a morir, ideas suicidas, ansiedad extrema. Si acude el cónyuge debemos explorar también su actitud: excesiva preocupación y control, o bien excesivo desapego y despreocupación intentando banalizar los hechos; debe entrevistarse a los elementos de la pareja por separado.

Otros síntomas:

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

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

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

Preguntas facilitadoras:

Le veo preocupada.

¿Cómo van las cosas en su familia?

¿Tiene algún problema con su esposo o con los hijos?

Esperar respuesta.

¿Siente que no le tratan bien en casa?

¿Ha sufrido alguna vez malos tratos?

¿Se siente segura?

¿Ha sentido miedo?

¿Ha sido violentada o agredida físicamente, sexualmente?

¿Controla sus salidas?

¿Le controla el dinero?

¿Le ha amenazado alguna vez?

¿Tiene armas en casa?

¿Ha contado su problema a algún familiar o amigo?

9.3.3. Prevención terciaria

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

Valorar si se trata de una situación aguda o crónica y establecer un plan de actuación (teniendo en cuenta la opinión de la mujer, la situación de los hijos, los apoyos con los que cuenta) para lo cual hoy disponemos de recursos, que en general el trabajador social puede poner en marcha, bien directamente o a través del teléfono permanente de atención a mujeres maltratadas en distintas instituciones:

centros de emergencia, SAM (servicio de atención a la mujer de la policía nacional), EMUMES (equipo de mujer y menores de la comandancia de la guardia civil), HOT Lines del Instituto de la mujer, Asociación de asistencia a víctimas de malos tratos y agresiones sexuales, etc.

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

Debe haber una buena coordinación entre pediatra y médico de familia, ya que en muchas ocasiones a través del pediatra podemos detectar malos tratos no solo al niño sino también a la mujer. El maltrato debe sospecharse cuando se observe negligencia, abandono o maltrato en el niño y conductas inapropiadas hacia la madre (sobreprotección o agresividad).

Las actuaciones a realizar están basadas en su mayoría en el protocolo sanitario del Servicio Interterritorial para la actuación ante los malos tratos y en otras guías de actuación ante la VD⁶³⁻⁶⁶ que se resumen en la tabla 10 y en el algoritmo de actuación.

Actuación con los hijos

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

Normas de actuación:

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

- Ayudar a **verbalizar sus emociones:** miedo, culpabilidad, cólera, tristeza ambivalencia.
- Decirle que **él no es culpable** de los problemas familiares.
- Evaluar el **grado de aislamiento** del niño y su red social.
- Enseñarles a **poner en práctica mecanismos de autoprotección.** (Identificar situación de riesgo de agresión, instruirle sobre como actuar, saber a que teléfono tiene que llamar, o a quien pedir ayuda y cuando, etc).
- Comprobar si el niño tiene **comportamientos autodestructivos.**
- Si hay sospecha de agresión al niño: **actuar según protocolo de maltrato infantil.**
- Siempre **se debe informar al pediatra** para su seguimiento en el programa del niño en situación de riesgo, determinando si precisa aumentar la frecuencia de las visitas de seguimiento en el programa del niño o la intervención de otros profesionales (psicólogos) o instituciones (equipos psicopedagógicos) si fuera preciso.

Actuación con el agresor

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

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

Normas de actuación para la entrevista con el agresor:

- Hablar con un tono calmado y seguro, sin juzgar.
- Identificar comportamientos inaceptables y no dejarse intimidar.
- Abordar el problema hablando francamente.
- Permitirle reconocer sus comportamientos violentos y hacerse responsable de sus actos.
- Ofrecer tratamiento si tiene problemas de alcoholismo.
- Si tiene problemas psicológicos, toxicomanías o problemas psiquiátricos: ofertar servicios especializados.
- No presumir una rehabilitación espontánea (aunque se confiese avergonzado y arrepentido).
- No dar nunca la dirección de la casa de acogida de su esposa.

El tratamiento global de la violencia doméstica debe incluir además de la atención a la víctima, también a los hijos y a la pareja o esposo maltratador. Sabemos que un 30 % de las mujeres maltratadas continua viviendo con su agresor. Tratar sólo a la víctima, no sería

suficiente. Tratar y hacer un seguimiento al maltratador puede ayudar a romper el ciclo de la violencia en la familia. En muchos casos la mujer se separará del marido violento, pero con frecuencia este, formará una nueva pareja en la que con mucha probabilidad se reproducirá la situación anterior. Las intervenciones con el agresor se orientarán por un lado hacia el repudio social a las conductas maltratantes y al cumplimiento de las medidas punitivas establecidas por la ley y por otro con las intervenciones psicosociales orientadas a la rehabilitación y reinserción social;

los programas de rehabilitación de los agresores intentan conseguir que **asuman su responsabilidad y el cambio de conducta, y serán complementarios pero nunca sustitutivos de las medidas penales.**

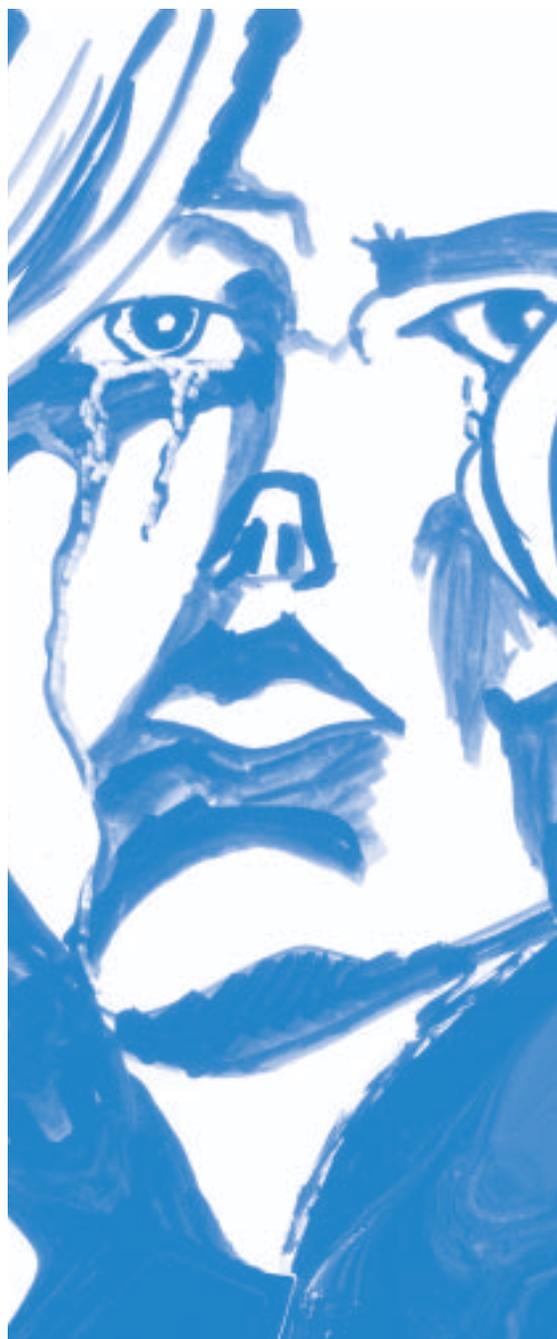
Existe controversia y gran escepticismo respecto a las posibilidades rehabilitadoras de los hombres maltratadores; las experiencias que se conocen tanto en Europa (13 de los 15 países miembros tiene algún programa de rehabilitación), como en EEUU, no son muy alentadoras, pero hemos de tener en cuenta que estas intervenciones (terapias cognitivo-conductuales) se hacen en hombres generalmente convictos de delitos graves, por orden judicial (no de forma voluntaria) casi siempre y con alto índice de abandonos de la terapia^{67,68,69}.

Tabla 10.- Actuación del profesional de atención primaria ante la VD

- Identificar situaciones de riesgo o especial vulnerabilidad
- Descifrar signos de malos tratos a través de indicios
- Establecer un diagnóstico lo más pronto posible, con un examen físico y una valoración psicológica
- Identificar trastornos psicopatológicos de la víctima y el agresor
- Identificar las lesiones corporales
- Evaluar la magnitud del maltrato, valorando gravedad de las lesiones, riesgo autolítico, y el grado de peligrosidad o riesgos de nueva agresión
- Establecer un plan de actuación integral y coordinado
- Enviar si fuera preciso a servicios especializados
- Hacer parte de lesiones y remitir al juez
- Contactar con el Trabajador Social y servicios sociales
- Informar de los pasos legales cuando se haya de formalizar una denuncia
- Informar / buscar estrategia de protección y un plan de salida cuando exista riesgo físico
- Registrar los hechos en la historia clínica

Puede ser necesaria la intervención de atención especializada así como la intervención del forense, dependiendo del tipo y gravedad de las lesiones. **En todas las agresiones sexuales debemos enviar al hospital para valoración ginecológica y forense;** en otros tipos de maltrato se enviará cuando la situación clínica de la paciente lo aconseje. Nuestra actuación ante los casos de hecho está mas clara y de alguna forma sería poner en práctica el protocolo de actuación aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud⁶³, u otros similares que ya tienen en marcha varias Comunidades Autónomas, así como algunas guías publicadas en otros países⁶⁴⁻⁶⁶.

Recientemente ha sido publicada en nuestro país la Ley de modificación del código penal y de la ley de enjuiciamiento criminal, que contempla el castigo de la violencia física y psíquica con algunas medidas importantes como la separación física del agresor de la mujer cuando hay riesgo y la prohibición de aproximación a la víctima, la actuación pericial de los médicos forenses, y la emisión de un informe que recoja la valoración de daños físicos y psíquicos así como la tipificación como delito de la violencia psíquica⁷⁰.



10.

RECOMENDACIONES DEL PAPPS

Tabla 10.- Recomendaciones básicas para los profesionales de Atención Primaria:

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

Tabla 12.- Recomendaciones para la administración sanitaria:

- **Facilitar a los profesionales actividades de formación para mejorar el abordaje profesional de la violencia doméstica.**
- **Garantizar las condiciones estructurales y organizativas (tiempo, número de pacientes, confidencialidad, etc.) que faciliten el abordaje del problema a través de la entrevista.**
- **Incluir en los currículos de pregrado y en los programas postgrado de los profesionales sanitarios la enseñanza de la VD como problema de salud.**
- **Implantar un sistema de registro de casos de VD en los servicios sanitarios.**

Somos conscientes de que hablar de prevención “global” de la violencia doméstica pueda parecer pretencioso por las dificultades objetivas que entraña, ya que como hemos dicho para prevenir la VD hay que afrontar las causas estructurales y sociales que sustentan las desigualdades de género, sociales, económicas y políticas ancladas en la estructura de nuestra sociedad, pero no por ello inamovibles. En éste contexto los sanitarios solo somos un pequeño eslabón de la gran cadena necesaria para abordar eficazmente el problema de la VD, pero eso

no nos exime de la parte de responsabilidad que nos concierne como sanitarios, **siendo sensibles al problema y asumiendo nuestro papel en la detección, en el tratamiento y apoyo a las víctimas.**

En el abordaje de la VD es especialmente importante saber que es un problema multidimensional y que

nuestra actuación solo será efectiva si trabajamos en **coordinación** con los muchos profesionales e instituciones que tienen un papel en el problema.

Tampoco podemos olvidar que la prevención debe asentar en el desarrollo comunitario que

favorezca los **cambios** en actitudes, valores y comportamientos **respecto al lugar igualitario de mujeres y hombres** en la sociedad

y sabemos que esto supone un largo camino a recorrer. Muchas experiencias en todo el mundo están en marcha, que es preciso analizar, y muchos campos en los que investigar aun, pero en las dos ultimas décadas se ha despertado la “**conciencia de problema**”, se han marcado líneas de actuación y se han dado pasos inimaginables hace tan solo unos pocos años

QUE NOS PERMITEN ALBERGAR ESPERANZA DE IGUALDAD PARA MUJERES DE GENERACIONES FUTURAS.

Bibliografía

- 1- Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.
- 2- AAFP Home Study Self Assessment. La Violencia en la Familia. Barcelona. Ed. Española 1996;13-46.
- 3- Stringham P. Domestic Violence. Primary Care 1999; 26 (2):373-384.
- 4- Sasseti. M.R. Domestic Violence. Primary Care 1993; 20 (2):289-305.
- 5- Campbell J, Snow Jones A, Dienemann J et al. Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. Arch Intern Med. 2002; 162: 1157-1163.
- 6- Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. Lancet 2002; 359: 1423-1429.
- 7- Alberdi I, Matas N. La Violencia Doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Cap VI: La violencia doméstica en cifras. Ed. electrónica: www.estudios.lacaixa.es Año 2002: 115-155.
- 8- Encuesta "La violencia contra las mujeres. Instituto de la Mujer. Madrid 2000.
- 9- Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France. Paris 2000. (ENVEFF) M. Jaspard et col. Service de droit des femmes.
- 10- U.S. Preventive Services. Task Force. Violencia Familiar. en Guía de medicina clínica preventiva. Williams and Wilkins Edición Española. Barcelona 1998;3: 441-451.
- 11- Gomel M.K. Domestic Violence-An Issue for Primary Health Care Professionals. Preventing Mental Illness: Mental Health Promotion in Primary Care. Ed. R. Jenkins 1998;440-455.
- 12- Watts Ch, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. The Lancet 2002; 359: 1232-1237.
- 13- Heise LL, Pitanguy J, Germain A. Violence Against Women. The hidden health burden. Washington 1994. World Bank Discussion Papers.
- 14- McCauley J, Kern DE, Kolodner K et al. The Battering syndrome: Prevalence and clinical Characteristics of Domestic Violence in Primary Care Internal Medicine Practices. Ann Fam Med 1995; 123: 737-746.
- 15- Venguer T, Rawcett G, Vernon R, Pick S. Violencia doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud. Population Council / INOPAL III 1998. <http://www.popcouncil.org>
- 16- Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung W, Moorey S and Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. BMJ 2002;324(7332):274. <http://bmj.com>
- 17- Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of woman attending general practice. BMJ 2002;324(7332):271. <http://bmj.com>

- 18- Abbott J, Johnson R, Koziol-McLain et al. Domestic violence against women: incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA* 1995;273:1763-1767.
- 19- Mc Lear S, Anwar R. Identification of abuse in emergency department. *Am J Public Health* 1998;79:65-66.
- 20- Hamberger LK, Saunders DG, Hovey M. Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry. *Fam. Med* 1992;24:382-387.
- 21- Elliot BA, Johnson MM. Domestic violence in a primary care setting. *Arch Fam Med* 1995;4 :113-119.
- 22- Work Group of Domestic Violence. Institute for Clinical Systems Improvement. Mayo Clinic Health Care Guideline Domestic Violence 2000.
Dir. internet: www.icsi.org/guide/DV.pdf
- 23- Mullen E P, Roman-Clarkson S.E., Walton V.A et Herbison E.P. Impact of sexual and physical abuse on women mental health. *Lancet* 1988;842-845.
- 24- Coker A, Smith PH, Bethea L, et al. Physical Health Consequences of Psychological Intimate Partner Violence. *Arch Fam Med* 2000; 9:451-457.
- 25- McFarlane J. et al.. Abuse During Pregnancy. *JAMA* 1992; Vol 267:3176-3178.
- 26- Kyriacou D.N, Anglin D et al. Risk Factors For Injury to Women From Domestic Violence. *N. Engl J Med* 1999;341:1892-1898.
- 27- Hotaling GT, Sugarman DB. An analysis of risk markers in husband to wife violence: the current state of knowledge. *Violence Vict* 1986;1:101-124.
- 28- Ratner PA. The incidence of wife abuse and mental health status in abused wives in Edmonton, Alberta. *Can J. Publ. Health* 1993; 84: 246-249.
- 29- Koss MP. Violence against women. *Am. Psychol* 1990;45:374-380.
- 30- Gleason WJ. Mental disorders in battered women: an empirical study. *Violence Vict* 1993;8:53-68.
- 31- Astin MC, Lawrencw KJ, Foy DW. Posttraumatic stress disorder among battered women: risk and resiliency factors. *Violence Vict* 1993;8:17-28.
- 32- Echeburúa E de Corral P, Amor PJ, Sarasua B y Zubizarreta I. Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Rev de Psicopatología y Psicología Clínica* 1997;2:7-19.
- 33- Campbell L. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet* 2002;359:1331-1336.
- 34- Ferris L.E. Canadian Family Physicians and General Practitioners, Perceptions of Their Effectiveness in Identifying and Treating Wife Abuse. *Medical Care* 1994; Vol 32 n° 12:1163-1172.
- 35- Gin NE, Rucker L, Frayne S et al. Prevalence of domestic violence among patients in three ambulatory care internal medicine clinics. *J. Gen Int Med* 1991;6:317-322.
- 36- Rodriguez MA, Bauer HM, Mc Loughlin E and Grumbach K. Screening and intervention for intimate partner abuse: Practices and attitudes of primary care physicians. *JAMA* 1999;282:468-474.
- 37- Griffin MP, Koss M.P. Clinical screening and intervention in cases of partner violence. *Online Journal of Issues in Nursing* 2002; Vol 7(1) Manuscript 2 http://www.nursingworld.org/ojin/topic17/tpc17_2.htm
- 38- Koss MP, Koss PG, Woodruff W J. Deleterious effects of criminal victimization of women's health and utilization. *Arch Intern Med* 1991;151:342-347.
- 39- Sugg NK, Inui T. Primary Care Physicians Reponse to Domestic Violence. Opening Pandora's Box. *JAMA* 1992; 267(23): 3157-3160.

- 40- Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Violence Against Women. Relevance for Medical Practitioners. JAMA 1992; 267(23):3184-3189.
- 41- Mejía R, Alemán M, Fernández A y Pérez Stable E J. Conocimientos y detección de violencia doméstica por los médicos clínicos. Medicina. Buenos Aires 2000;(60):591-594.
- 42- Fawcett G, Venguer T, Vernon R y Pick S. Detección y manejo de mujeres víctimas de violencia doméstica: desarrollo y evaluación de un programa dirigido al personal de salud. Population Council / INOPAL III. 1998 <http://www.popcouncil.org>
- 43- Rodríguez Vega B y Fernández Liría A. La consideración psiquiátrica del maltrato a la mujer. Archivos de psiquiatría 2002;(65):1-3.
- 44- Ramsay J, Richardson J, Carter Y H, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. BMJ 2002;325: 314 <http://bmj.com/cgi/content/full/325/7359/314>
- 45 - Mc Nutt. LA, Carlson B, Rose I., Robinson A. Partner Violence Intervention in the Busy Primary Care Environment. Am.J.Prev.Med 2002;22:84-91.
- 46- Mc Leer SV, Anwar RA, Herman S et al. Education is not enough: a system failure in protecting battered women. Ann Emerg Med 1989;18:651-653.
- 47- McFarlane J, Christoffel K, Bateman L et al. Assessing for abuse: self-report versus nurse interview. Public Health Nurs 1991;8:245-250.
- 48- Scott C.J, Matricciani M.R. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations standards to improve care for victims of abuse. MMJ 1994;43(10): 891-898.
- 49- Canadian Task Force the periodic health examination. Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa. Canada Communication Group 1994;320-322.
- 50- Preventing Domestic Violence: clinical guidelines on routine screening. San Francisco. Family Violence Prevention Fund. 1999 .
- 51- Editorials. Domestic violence against women. BMJ 1995; 311: 964-965.
- 52- Editorials. Preventing domestic violence. BMJ 2002;324:253-254.
- 53- Garcia Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. Lancet 2002; 359: 1509-1514.
- 54- Little K. Detección precoz de la violencia domestica. Identificar, asistir, dotar de recursos a las víctimas. Postgraduate Medicine 2002; (7) 5:105-114.
- 55- American Medical Association: Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence. Arch Fam Med 1992;Vol 1:39-47.
- 56- Canterino et al. Domestic abuse in pregnancy: A comparison of a self-completed domestic abuse questionnaire with a directed interview. Am.J. Obst & Gin 1999;181:1149-1151.
- 57- Wiist WH, McFarlane J. The Effectiveness of Abuse Assessment Protocol in Public Health Prenatal Clinics. Am J. Public Health 1999;89:1217-1221.
- 58- McLearn D, Anwar R. The role of the emergency Physician in the prevention of domestic violence. Ann of Emerg. Med 1987;16(10):107-113.
- 59- Polo Usaola C. Maltrato a la mujer en la relación de pareja: Factores relacionales implicados. Tesis doctoral Madrid. Universidad Alcalá de Henares 2001.
- 60- Fogarty CT, Beurge S and McCord C. Communicating With Patients About Intimate Partner Violence Screening and Interviewing Approaches. Fam Med 2002; 34 :369-375.

- 61- Waalen J, Goodwin M, Spiz A et al. Screening for Intimate Violence by Health Care Providers. *Am J Prev Med* 2000;19:230-237.
- 62- Carlson Gielen A, O'Campo P J, Campbell JC et al. Women's Opinions About Domestic Violence Screening and Mandatory Reporting. *Am.J.Prev Med* 2000;19: 279-285.
- 63- Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos. Consejo Interterritorial . Sistema Nacional de Salud. Ed. Ministerio de Sanidad. Madrid 2000.
- 64- Álvarez A. Guía para mujeres maltratadas . Ed: Consejo de la mujer de la Comunidad de Madrid. Madrid 1998.
- 65- Nogueira B , Arechederra A y Bonino L. Atención sociosanitaria ante la violencia contral las mujeres. Ed: Instituto de la mujer. Madrid 2001.
- 66- Regroupement des CLSC du Montreal. Guide de depistage de la Violence Conjugale. Montreal 1993.
- 67- Díaz-Aguado Jalon MJ, Martínez Arias, R. Documento Estudio sobre las medidas adoptadas por los estados miembros de la Unión Europea para luchar contra la violencia hacia las mujeres. *Instituto de la mujer* 2002;53-57. <http://www.ue2002.es>
- 68- Echeburúa E y Fernández Montalvo J. Tratamiento cognitivo-conductual de hombres violentos en el hogar. Un estudio piloto. *Análisis y modificación de la conducta* 1997;23(89):354-384.
- 69- Fernández Montalvo J y Echeburúa E. Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo. *Análisis y Modificación de la conducta* 1997;23(88):150-178.
- 70- Arroyo Fernández A. Mujer maltratada: Intervención Médico-forense y Nueva Legislación. *Atención Primaria* 2000;26 (4):255-260.

Notas

Algoritmo de actuación ante la violencia doméstica

- Prevencción primaria
- Prevencción secundaria
- Prevencción terciaria

Mujer que acude a consulta de Atención Primaria por cualquier motivo

Identificación de FR o situaciones de mayor vulnerabilidad para la VD en la paciente

NO

SI

Anotar en la historia

Educación para la igualdad de género:

- Familia
- Servicios educativos
- M. de Comunicación
- S. Sanitario
- Control factores de riesgo.

Ante la observación de signos de alerta VD en la exploración rutinaria

Preguntar si es víctima de VD

NO

Estar alerta y hacer seguimiento de la situación. Control FR vulnerables.

SI

Valorar riesgo inmediato

NO

- Valoración integral.
- Informar a la paciente.
- Hacer parte judicial.
- Comunicar al trabajador social.
- Ofrecer servicios de apoyo social (grupos de ayuda a las víctimas, abogados, casa de acogida, etc.)
- Informar al pediatra si tiene hijos.
- Remitir a servicios especializados si precisa.
- Buscar estrategia de protección y plan de salida ante riesgo de nuevas agresiones.
- Plan de seguimiento.
- Anotar en la historia.

SI

Físico
(gravedad de lesiones)

Psíquico
(riesgo autolítico)

Social
(amenaza para la vida de mujer/hijos)

Remisión a Serv. Urgencias del hospital

Remisión a urgencias psiquiátricas del hospital

Comunicación inmediata al juzgado

Pasada la situación aguda proseguir las actuaciones de coordinación y seguimiento en Atención Primaria

Agresión sexual

Con independencia del riesgo vital, debe remitirse siempre al hospital para valoración ginecológica y forense

Factores de Riesgo

Mujer:

- Antecedentes de VD en la familia de origen.
- Sumisión y dependencia.
- Bajas autoestima.
- Bajo nivel económico y cultural.
- Embarazo.
- Consumo de alcohol y drogas.

Hombre maltratador:

- VD en familia de origen.
- Alcoholismo y desempleo.
- Cultura de violencia.

Signos de alerta:

Físicos:

heridas, huellas de golpes.

Psíquicos:

ansiedad, SEP, depresión, somatizaciones, insomnio.

Actitudes de la mujer:

temor, nerviosismo, negativa a dejarse explorar, quejas crónicas, abuso de fármacos, distancias sexuales, hiperfrecuentación.