

Violencia en la pareja: papel del médico de familia

M.C. Fernández Alonso, S. Herrero Velázquez, F. Buitrago Ramírez, R. Ciurana Misol, L. Chocron Bentata, J. García Campayo, C. Montón Franco, M.J. Redondo Granado y M.J. Tizón García

Introducción

La violencia en la pareja es una de las formas de violencia doméstica y, con frecuencia, es sinónimo de maltrato a la mujer. Es un problema de salud de primer orden con graves repercusiones en la salud física y mental de las víctimas y de los convivientes, y así ha sido reconocido por las principales organizaciones internacionales con competencias en salud. La ONU, en 1995, establecía entre sus objetivos estratégicos la lucha contra la violencia contra las mujeres; la OMS, en 1998, declaró a la violencia doméstica como una prioridad internacional para los servicios de salud, y ese mismo año en nuestro país se reconoció de forma explícita la violencia doméstica 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 físicos como psicológicos, 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. Los profesionales sanitarios no pueden permanecer ajenos a este importante problema de salud pública y su inter-

vención es necesaria en la prevención, la detección, el tratamiento y la orientación de este complejo problema, en el que es imprescindible un abordaje integral y la coordinación con otros profesionales e instituciones.

El grupo de Prevención en Salud Mental del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) ha estudiado el tema y ha generado recomendaciones que pueden servir de orientación para los profesionales de atención primaria ante un problema aún no suficientemente asumido por los sanitarios, aun cuando por el lugar estratégico que ocupan en el sistema sanitario les corresponda un papel relevante, sobre todo en la detección precoz de los malos tratos.

Concepto

La variedad en la terminología utilizada para referirse al problema hace necesario definir los términos más habitualmente utilizados y sus acepciones.

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

Violencia en la pareja: las agresiones que se producen en el ámbito privado en el que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima.

LECTURA RÁPIDA

Introducción

La violencia en la pareja es una de las formas de violencia doméstica y, con frecuencia, es sinónimo de maltrato a la mujer. Es un problema de salud de primer orden con graves repercusiones en la salud física y mental de las víctimas y de los convivientes.

La OMS, en 1998, declaró a la violencia doméstica como una prioridad internacional para los servicios de salud, y ese mismo año en nuestro país se reconoció de forma explícita la violencia doméstica como un problema de estado, y así se recogió en el «Plan de Acción contra la Violencia Doméstica».

Los profesionales sanitarios no pueden permanecer ajenos a este importante problema de salud pública.

Grupo de Salud Mental del PAPPS.

Correspondencia:
M. del Carmen Fernández Alonso.
C/ Juan de Herrera, 21.
47130 Simancas (Valladolid). España.
Correo electrónico: mfernandez@meditex.es

Manuscrito recibido el 12 de marzo de 2003.
Manuscrito aceptado para su publicación el 12 de marzo de 2003.

Palabras clave: Violencia doméstica. Actividades preventivas. Atención primaria.

Resumen del Documento de PAPPS. Versión completa disponible en: semfyc@semfyc.es

▶▶ LECTURA RÁPIDA



El grupo de Prevención en Salud Mental del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) ha estudiado el tema y ha generado recomendaciones que pueden servir de orientación para los profesionales de atención primaria ante un problema aún no suficientemente asumido por los sanitarios.

**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».

Causas

La etiología de la violencia doméstica es compleja y multifactorial: las actitudes socioculturales, las condiciones sociales, las relaciones conyugales y familiares conflictivas, los trastornos psicopatológicos, el abuso de alcohol y drogas, los aspectos biográficos, como la personalidad, la historia de abusos y de violencia en la familia de origen, se han relacionado con la aparición de VD.

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 bibliografía a violencia doméstica (VD) y a violencia conyugal. En nuestro texto utilizaremos indistintamente cualquiera de ellas.

Violencia de género: la violencia específica contra la mujer, 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 ocurran en la vida pública o privada y cuyo principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer.

Causas

La etiología de la violencia doméstica es compleja y multifactorial: las actitudes socioculturales (desigualdades de género), las condiciones sociales, las relaciones conyugales y familiares conflictivas, los trastornos psicopatológicos, el abuso de alcohol y drogas, los aspectos biográficos, como la personalidad, la historia de abusos y de violencia en la familia de origen, se han relacionado con la aparición de VD. Jewkes² considera que los dos factores epidemiológicos más importantes para la aparición de VD son la relación de desigual posición de la mujer respecto al hombre 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. Quizá estas 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.

Epidemiología

La incidencia real de este problema es desconocida. A nivel internacional, los estudios muestran prevalencias variables, que van del 10% a más del 40% en países de nuestro entorno³⁻⁵. Conocemos cifras del número de denuncias presentadas en Es-

paña por esta causa -18.882 (1997), 19.621 (1998), 21.778(1999), 22.397 (2000) y 24.158 (2001)-, así como el de mujeres que murieron por agresión de su cónyuge o pareja -75 (1997), 35 (1998), 47 (1999), 42 (2000 y 2001)-. Estas cifras son considerablemente más altas para la Asociación Themis, que atribuye la muerte a la agresión si es consecuencia de ésta, aun cuando haya pasado algún período entre ambas.

Se estima que estas cifras sólo representan entre el 5 y el 10% de los casos que se producen. Los motivos de denuncia son, en primer lugar, por malos tratos físicos y psíquicos, en segundo lugar sólo los psíquicos, y en tercer lugar los físicos solamente.

El incremento de las denuncias en los 5 últimos años puede no corresponder a un aumento real de malos tratos, sino a una mejor información de la mujer, la mayor sensibilidad social ante el problema y la mayor disponibilidad de recursos y apoyo social para la mujer maltratada.

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 (5.200), Canarias (2.170), Madrid (1.490) y Andalucía (1.310); Navarra (500) y Aragón (670) tienen las de tasas mas bajas⁵. En el año 2001 el «ránking» del maltrato apenas se modifica por comunidades. Sólo la Comunidad Murciana entra en los primeros lugares de esta relación.

Datos poblacionales

En una macroencuesta realizada por el Instituto de la Mujer⁶ (2000), con una muestra de 20.552 mujeres mayores de 18 años, se indica 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 estarían en situación objetiva de violencia familiar. En 1.551.214 de las mujeres, el maltrato es por parte de su pareja. Sin embargo, sólo la tercera parte de ellas se consideran a sí mismas víctimas de maltrato. Esta diferencia quizá refleje la tolerancia ante las

TABLA 1
Consecuencias de los malos tratos

Consecuencias del maltrato para la mujer
Físicas: lesiones de todo tipo, traumatismos heridas, quemaduras, relaciones sexuales forzadas, enfermedades de transmisión sexual, embarazos de riesgo y abortos, muerte
Psicológicas: trastornos por estrés postraumático, ansiedad, depresión, intentos de suicidio, abuso de alcohol, drogas y psicofármacos, trastornos por somatización, disfunciones sexuales, uso de la violencia con sus propios hijos
Sociales: aislamiento social
Consecuencias para los hijos como testigos de la violencia doméstica:
Riesgo de alteración de su desarrollo integral
Sentimientos de amenaza (su equilibrio emocional y su salud física 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
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 o psiquiátrica

situaciones de maltrato por parte de la mujer en las relaciones de pareja.

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 las mujeres pasan entre 5 y 10 años desde el inicio del maltrato hasta que se denuncia el hecho.

Consecuencias⁷⁻¹²

La gravedad de sus consecuencias físicas y psicológicas, tanto para la víctima como para la familia, hacen que se considere un importante problema de salud con una intensa repercusión social. En la tabla 1 se exponen las consecuencias del maltrato para la mujer, para los hijos y para el agresor.

Factores de riesgo y vulnerabilidad^{13,14}

Factores de riesgo y vulnerabilidad de ser mujer maltratada

La violencia doméstica se produce en parejas de cualquier clase social, en todas las culturas y en cualquier grupo de edad, pero el perfil con mayor riesgo de ser mujer maltratada es el que posee alguna de las siguientes características: la vivencia de VD en su familia de origen, el bajo nivel cultural y socioeconómico, el aislamiento psicológico y social, la baja autoestima, la sumisión y la dependencia, el consumo de alcohol o drogas y el desequilibrio de poder en la pareja. El embarazo es una situación de mayor vulnerabilidad y para algunas mujeres el inicio de la violencia. Hay hombres que viven el embarazo como una amenaza para su dominio.

No hay que olvidar, sin embargo, que dado el bajo índice de detección, probablemente

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼ Epidemiología

La incidencia real de este problema es desconocida. A nivel internacional, los estudios muestran prevalencias variables, que van del 10% a más del 40% en países de nuestro entorno. Conocemos cifras del número de denuncias presentadas en España por esta causa así como el de mujeres que murieron por agresión de su cónyuge o pareja.

▼ Se estima que estas cifras sólo representan entre el 5 y el 10% de los casos que se producen.

▼ El incremento de las denuncias en los 5 últimos años puede no corresponder a un aumento real de malos tratos, sino a una mejor información de la mujer; la mayor sensibilidad social ante el problema y la mayor disponibilidad de recursos y apoyo social para la mujer maltratada.

▼ Datos poblacionales

En una macroencuesta realizada por el Instituto de la Mujer (2000), con una muestra de 20.552 mujeres mayores de 18 años, se indica que el 12,4% de las mujeres están en «situación objetiva» de violencia en el entorno familiar.

▶▶ LECTURA RÁPIDA

**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 las mujeres pasan entre 5 y 10 años desde el inicio del maltrato hasta que se denuncia el hecho.

**Factores de riesgo y vulnerabilidad de ser mujer maltratada**

La violencia doméstica se produce en parejas de cualquier clase social, en todas las culturas y en cualquier grupo de edad, pero el perfil con mayor riesgo de ser mujer maltratada es el que posee alguna de las siguientes características: la vivencia de VD en su familia de origen, el bajo nivel cultural y socioeconómico, el aislamiento psicológico y social, la baja autoestima, la sumisión y la dependencia, el consumo de alcohol o drogas y el desequilibrio de poder en la pareja.

muchas mujeres que no responden a ese perfil son también víctimas de maltrato.

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 maltratador¹³: la experiencia de violencia en su familia de origen, el alcoholismo y el desempleo son los factores más claramente relacionados con conductas maltratantes en algunos estudios.

Identificación de maltrato por el médico general^{15,16}

Hay estudios sobre la frecuencia de consulta de las víctimas de VD al médico de familia y cuándo éste identifica el maltrato. 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 médico¹⁶.

¿Por qué no se detectan? La falta de tiempo, no llevar a cabo un abordaje psicosocial y el temor a invadir la esfera privada de la mujer son algunas de las razones¹⁷.

Un estudio realizado a médicos de familia en la Universidad de Seattle¹⁸ investigó el porqué del miedo a «abrir la caja de Pandora» al preguntar por la existencia de violencia doméstica. Las causas más frecuentes encontradas fueron: a) el 20% por miedo a lo imprevisible, a la pérdida de control de la situación, al preguntar sobre violencia en el hogar; b) el 50% por limitaciones de tiempo, falta de preparación sobre el tema, miedo a ofender a la paciente, sensación de incapacidad y miedo a no saber cómo abordarlo o cómo preguntar; c) el 42% temor a no poder controlar el comportamiento de la víctima; d) el 39% porque se identifican con sus pacientes; e) algunos cuestionaron la credibilidad de la mujer. Razones similares se han aducido en estudios posteriores.

La actitud de los profesionales tiene mucho que ver con su capacidad de detección. La «falta de sensibilidad» hacia el problema, los prejuicios hacia la mujer, la simplificación diagnóstica, etiquetando el problema sin ahondar en su verdadero origen, son barreras que dificultan la detección y el abordaje profesional adecuado ante una situación de maltrato.

Por tanto, es necesaria la sensibilización de los profesionales sanitarios para reconocer la VD como problema de salud y así asumir el papel que corresponde en su abordaje integral aunque este tenga que ser necesariamente compartido otros profesionales.

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?

Prevención primaria

El papel del sanitario en prevención primaria de la VD es limitado por la dificultad intrínseca para abordar las causas del problema. Es en la familia, en el sistema educativo y en la sociedad donde se debe educar a los niños en el respeto, la tolerancia y la igualdad entre sexos y clases.

Sin embargo, el profesional sanitario puede realizar algunas actividades de prevención primaria: estar alerta para identificar personas con mayor riesgo de sufrir VD (mujeres con perfil de riesgo de VD) o situaciones de riesgo o mayor vulnerabilidad para la misma, intervenir en estas situaciones mediante medidas de apoyo psicosocial a la mujer en riesgo (reforzar la red social, el contacto con grupos de ayuda mutua y asociaciones no profesionales); actuando en este nivel rompemos también el círculo de la violencia transgeneracional.

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 conllevan.

La AMA¹⁹, en su Guía para el diagnóstico y tratamiento de la VD, refiere lo siguiente: «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» (1994).

El médico de familia tiene un papel relevante en la detección precoz del maltrato; su accesibilidad, la continuidad en la atención, el conocimiento del contexto familiar

TABLA 2 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 el 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 estos hechos con precisión en las historias

y la alta frecuentación le sitúan en un lugar estratégico para el diagnóstico precoz. No hay suficientes evidencias científicas que permitan aconsejar el cribado sistemático a la población general para la detección del maltrato. Aunque existen numerosos estudios²⁰ en los que se han aplicado cuestionarios específicos, hay una gran variabilidad en los resultados y no existe consenso respecto a su utilización. Sin embargo, se aconseja al médico de familia que esté alerta ante situaciones de riesgo, indicios o síntomas de VD, así como incluir alguna pregunta sobre la existencia de maltrato en el curso de la entrevista clínica que pueda ayudar a la detección. ¿Cómo ha de ser la entrevista en estos casos? Algunas normas pueden facilitarnos su realización de la misma (tabla 2).

Ante la existencia de factores de riesgo o signos o señales de alerta de VD (tabla 3), podemos formular preguntas facilitadoras; éstas han ser graduales y en función de la respuesta, continuar: «La veo preocupada. ¿Cómo van las cosas en su familia? ¿Tiene algún problema con su esposo o con los hijos? ¿Cómo se siente tratada en casa? Esperar respuesta. ¿Se ha sentido alguna vez maltratada? ¿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?». La Canadian Task Force on Preventive Health Care²¹ y la US Preventive Services Task Force²² establecen una recomendación tipo C al no haber suficientes evidencias a

TABLA 3 Signos y señales de alerta de maltrato

Físicos: heridas, huellas de golpes, hematomas, discrepancia entre características y descripción del accidente, localización característica, 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, 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 también una posible consecuencia de la violencia mantenida

▶▶ LECTURA RÁPIDA

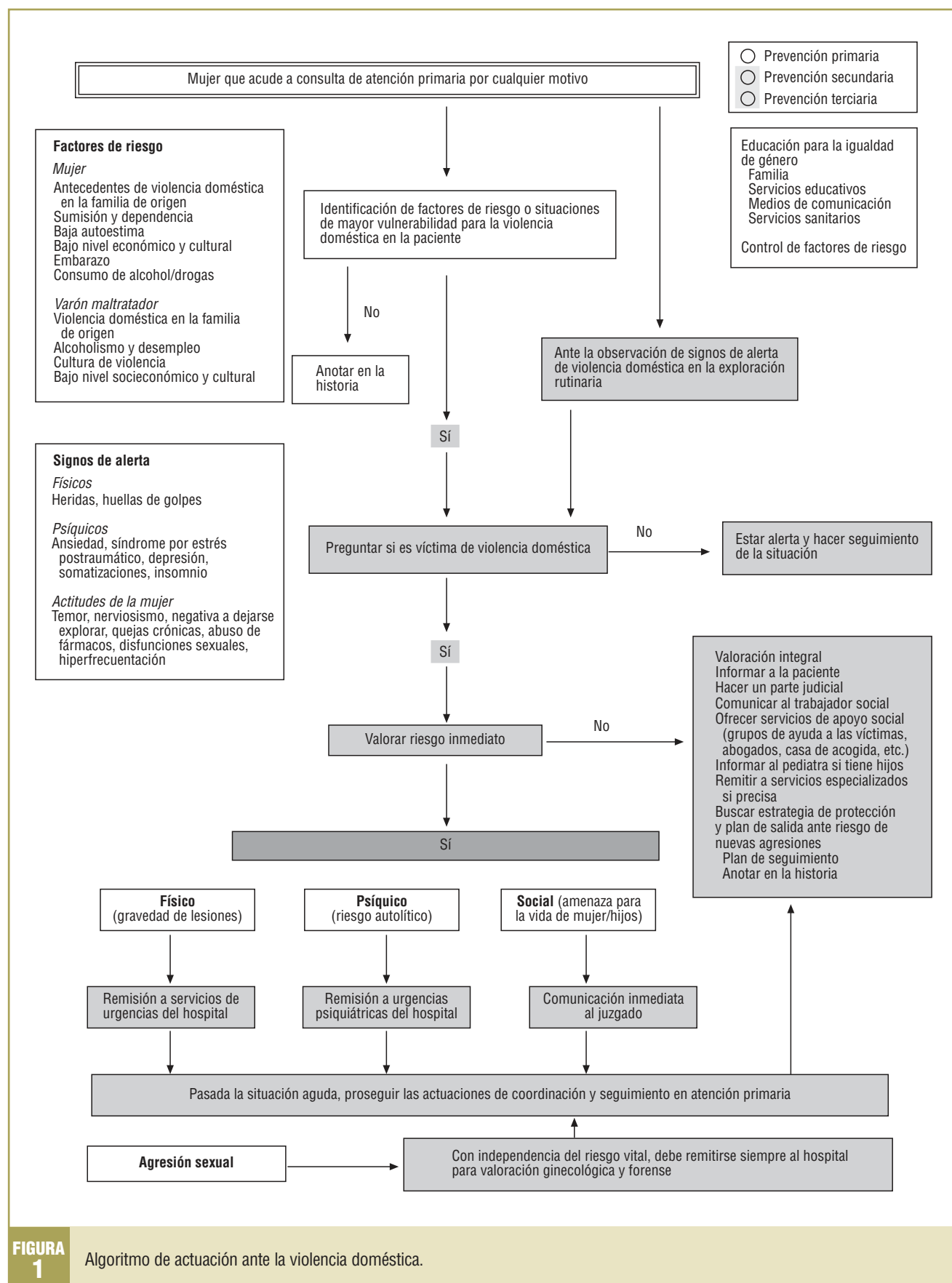
▼ Factores de riesgo de ser hombre maltratador
Puede darse en cualquier contexto, pero algunos factores o situaciones se han relacionado con ser hombre maltratador: la experiencia de violencia en su familia de origen, el alcoholismo y el desempleo.

▼ Identificación de maltrato por el médico general

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 médico.

▼ ¿Por qué no se detectan?
La falta de tiempo, no llevar a cabo un abordaje psicosocial y el temor a invadir la esfera privada de la mujer son algunas de las razones.

▼ Las causas más frecuentes encontradas fueron: el 20% por miedo a lo imprevisible, a la pérdida de control de la situación, el 50% por limitaciones de tiempo, falta de preparación sobre el tema, el 42% temor a no poder controlar el comportamiento de la víctima, el 39% porque se identifican con sus pacientes, algunos cuestionaron la credibilidad de la mujer.

FIGURA
1

Algoritmo de actuación ante la violencia doméstica.

TABLA 4 Normas de actuación tras la detección de violencia doméstica

Actuación con los hijos

La entrevista debe realizarla el profesional que mejor conozca y en quien tenga más confianza el niño (generalmente el pediatra)
En la medida de lo posible, se debe 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 la situación de riesgo de agresión, instruirle sobre cómo actuar, saber a qué teléfono tiene que llamar o a quién pedir ayuda y cuando etc.)
Comprobar si el niño tiene comportamientos autodestructivos
Si hay sospecha de agresión al niño, hay que actuar según el 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 si se requiere la intervención de otros profesionales (psicólogos) o instituciones (equipos psicopedagógicos)

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:
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

favor o en contra del uso de instrumentos específicos de cribado para la detección de la VD. No obstante, estos organismos manifiestan que se puede recomendar a los médicos permanecer alerta en busca de síntomas de maltrato e incluir algunas preguntas acerca de éste como parte de la historia rutinaria en pacientes adultos. La US Task Force justifica este consejo por 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. Un grupo de expertos convocado en 1996 por el National Council y el Institute of Medicine de Washington para evaluar las intervenciones sobre violencia familiar, junto a otras organizaciones como Healthy People 2000 y la Joint Commission Accreditation of Health Care Organizations, recomiendan a los servicios de urgencias el uso de protocolos para detectar y tratar a las víctimas de la VD²³ en Estados Unidos.

Prevención terciaria

Si se llega al diagnóstico, es preciso hacer una valoración inicial de la situación de riesgo inmediato: riesgo vital por las lesiones (físico), riesgo potencial de homicidio o de nuevas agresiones (social) y riesgo de suicidio (psicológico). Hay que 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 sociales 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 de distintas instituciones. Existen teléfonos de ayuda: el teléfono permanente de atención a mujeres maltratadas, el SAM (servicio de atención a la mujer de la policía nacional), el EMUMES (equipo de mujer y menores de la comandancia de la guardia civil), Hot Lines del Instituto de la Mujer, la Asociación de asistencia a víctimas de agresiones sexuales y maltrato, etc. Cuando la víctima sufra trastorno por an-

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼
Intervención del médico de familia

Prevención primaria

Es en la familia, en el sistema educativo y en la sociedad donde se debe educar a los niños en el respeto, la tolerancia y la igualdad entre sexos y clases.

▼
Prevención secundaria

«El médico puede ser la única persona a la que una mujer le pida ayuda; estos profesionales tienen una oportunidad única y la responsabilidad de intervenir».

▼
El médico de familia tiene un papel relevante en la detección precoz del maltrato; su accesibilidad, la continuidad en la atención, el conocimiento del contexto familiar y la alta frecuentación.

▼
Se aconseja al médico de familia que esté alerta ante situaciones de riesgo, indicios o síntomas de VD, así como incluir alguna pregunta sobre la existencia de maltrato en el curso de la entrevista clínica que pueda ayudar a la detección.

▼
Ante la existencia de factores de riesgo o signos o señales de alerta de VD, podemos formular preguntas facilitadoras; éstas han ser graduales y en función de la respuesta, continuar.

▶▶ LECTURA RÁPIDA



La US Task Force justifica este consejo por 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.



Prevención terciaria
Si se llega al diagnóstico, es preciso hacer una valoración inicial de la situación de riesgo inmediato: riesgo vital por las lesiones (físico), riesgo potencial de homicidio o de nuevas agresiones (social) y riesgo de suicidio (psicológico). Hay que valorar si se trata de una situación aguda o crónica y establecer un plan de actuación.



Si no se trata de una situación de riesgo inmediato, se debe informar a la paciente sobre su situación, los recursos, las alternativas, etc., y valorar la necesidad de derivarla a otros profesionales (psicólogos, asociación de víctimas de malos tratos...), elaborar un plan de protección o de huida, informarle en caso de que desee formular una denuncia y programar el seguimiento.



TABLA 5
Recomendaciones

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

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 posgrado de los profesionales sanitarios la enseñanza de la violencia doméstica como problema de salud

Implantar un sistema de registro de casos de violencia doméstica en los servicios sanitarios

siedad o depresión, debemos ser cuidadosos con la prescripción de psicofármacos como tratamiento exclusivo, pues pueden mermar su capacidad de reacción o de autodefensa que le permita salir de la situación.

Si no se trata de una situación de riesgo inmediato, se debe informar a la paciente sobre su situación, los recursos, las alternativas, etc., y valorar la necesidad de derivarla a otros profesionales (psicólogos, asociación de víctimas de malos tratos...), elaborar un plan de protección o de huida, informarle en caso de que desee formular una denuncia y programar el seguimiento. La actuación a seguir por parte del profesional de atención primaria se recoge en el algoritmo de la figura 1.

Si se ha detectado maltrato en la mujer y ésta tiene hijos, se debe contactar con el pediatra e informarle, por el riesgo de los hijos, tanto por ser testigos de la violencia como por la posibilidad de ser también víctimas de la agresión. El pediatra debe sospecharlo cuando se observe negligencia, abandono o agresividad hacia el niño o conductas inapropiadas del niño hacia la madre (sobreprotección o agresividad).

El tratamiento global de la violencia doméstica debe incluir además de la atención a la víctima la atención a los hijos, y prever la actuación con el agresor, que con fre-

cuencia comparte médico con la víctima y por ellos no debemos eludir la actuación con él. Sabemos que un 30% de las mujeres maltratadas continúa 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 éste formará una nueva pareja en la que con mucha probabilidad se reproducirá la situación anterior. La inclusión en programas o tratamientos de rehabilitación no debe eximir al agresor del cumplimiento de las penas que pudieran haberle sido impuestas (tabla 4).

Las actuaciones a realizar están basadas en su mayoría en el Protocolo Sanitario del Servicio Interterritorial²⁴ para la actuación ante los malos tratos y en otras guías de actuación ante la VD que se resumen en el algoritmo de actuación. El grupo de Salud Mental del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) ha elaborado unas recomendaciones respecto a la actuación ante el maltrato en la pareja, que se exponen en la tabla 5. Somos conscientes de que hablar de prevención «global» de la VD puede parecer pretencioso por las dificultades objetivas que entraña, ya que, como hemos dicho, pa-

ra prevenirla hay que afrontar las causas estructurales y sociales que sustentan las desigualdades de sexo, sociales, económicas y políticas 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, siendo sensibles al problema y asumiendo nuestro papel en la detección, el tratamiento, el apoyo y seguimiento de las víctimas. En el abordaje de la VD es especialmente importante saber que es un problema multidimensional y que nuestra actuación sólo será efectiva si trabajamos coordinados 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 a la igualdad de mujeres y hombres en la sociedad, y sabemos que esto supone un largo camino a recorrer. En las dos últimas décadas se ha despertado la «conciencia de problema», se han marcado líneas de actuación y se han dado pasos inimaginables hace tan sólo unos pocos años, que nos permiten albergar esperanza de igualdad para las mujeres de generaciones futuras.

Bibliografía

1. Krug EG, et al, editors. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.
2. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet* 2002;359:1423-9.
3. Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung W, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ* 2002;324:274. Disponible en: <http://bmj.com>
4. Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of woman attending general practice. *BMJ* 2002;324:271. Disponible en: <http://bmj.com>
5. Alberdi I, Matas N. La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. La violencia doméstica en cifras. Ed. electrónica: www.estudios.lacaixa.es, 2002; p. 115-55.
6. Encuesta «La violencia contra las mujeres». Madrid: Instituto de la Mujer, 2000.
7. AAFP Home Study Self Assessment. La Violencia en la familia. Barcelona: Ed. Española, 1996; p. 13-46.
8. Stringham P. Domestic Violence. *Primary Care* 1999;26:373-84.
9. Campbell J, Snow Jones A, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'campo P, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med* 2002;162:1.157-63.
10. Gomel MK. Domestic violence—an issue for primary health care professionals. En: Jenkins R, Ustun TB, editors. Preventing mental illness: mental health promotion in primary care. Chichester: John Wiley and Sons, 1998; p. 440-55.
11. Work Group of Domestic Violence. Institute for Clinical Systems Improvement. Mayo Clinic Health Care Guideline Domestic Violence 2000.
12. Campbell L. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002;359:1331-6.
13. Kyriacou DN, Anglin D, Taliaferro E, Stone S, Tubb T, Linden JA, et al. Risk factors for injury to women from domestic violence. *N Engl J Med* 1999;341:1892-8.
14. Hotaling GT, Sugarman DB. An analysis of risk markers in husband to wife violence: the current state of knowledge. *Violence Vict* 1986;1:101-24.
15. Ferris LE. Canadian family physicians and general practitioners, perceptions of their effectiveness in identifying and treating wife abuse. *Med Care* 1994;32:1163-72.
16. Koss MP, Koss PG, Woodruff WJ. Deleterious effects of criminal victimization of women's health and utilization. *Arch Intern Med* 1991;151:342-7.
17. Griffin MP, Koss MP. Clinical screening and intervention in cases of partner violence. *Online Journal of Issues in Nursing* 2002;7. Manuscript 2. Disponible en: http://www.nursingworld.org/ojin/topic17/tpc17_2.htm
18. Sugg NK, Inui T. Primary care physicians response to domestic violence. Opening Pandora's box. *JAMA* 1992;267:3157-60.
19. American Medical Association: Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence. *Arch Fam Med* 1992;1:39-47.
20. Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ* 2002;325:314. Disponible en: <http://bmj.com/cgi/content/full/325/7359/314>
21. Canadian Task Force the periodic health examination. Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa: Canada Communication Group, 1994; p. 320-2.
22. US Preventive Services. Task Force. Violencia Familiar. En: Guía de medicina clínica preventiva. Barcelona: Williams and Wilkins (ed. esp.), 1998; p. 441-51.
23. Scott CJ, Matricciani MR. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations standards to improve care for victims of abuse. *MMJ* 1994;43:891-8.
24. Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos. Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2000.

LECTURA RÁPIDA

▼ Si se ha detectado maltrato en la mujer y ésta tiene hijos, se debe contactar con el pediatra e informarle, por el riesgo de los hijos, tanto por ser testigos de la violencia como por la posibilidad de ser también víctimas de la agresión.

▼ El tratamiento global de la violencia doméstica debe incluir además de la atención a la víctima la atención a los hijos, y prever la actuación con el agresor, que con frecuencia comparte médico con la víctima y por ellos no debemos eludir la actuación con él.

▼ 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, siendo sensibles al problema y asumiendo nuestro papel en la detección, el tratamiento, el apoyo y seguimiento de las víctimas.