

Detección de violencia contra la mujer en la consulta del médico de familia

Juan Manuel García Torrecillas^{a,b}, Jesús Torío Duránte^a, María del Carmen Lea Pereira^c,
María del Carmen García Tirado^a y Ramiro Aguilera Tejero^d

Objetivos. Conocer la magnitud de la violencia contra la mujer en la pareja entre las pacientes que acuden al médico de familia, estudiar la frecuencia y aceptación de su investigación por parte del médico de familia y evaluar la efectividad de una pregunta de cribado de maltrato.

Diseño. Se trata de un estudio descriptivo y transversal.

Ámbito. El estudio se realiza en atención primaria, en 4 cupos de 2 centros de salud urbanos de Jaén.

Sujetos. Se seleccionaron aleatoriamente entre las consultantes 170 mujeres.

Método. Se realizó entrevista mediante el test de Bradley modificado y las escalas de ansiedad y depresión de Goldberg. También se estudiaron la salud percibida, la frecuencia de detección del maltrato por el médico de familia y la opinión de las mujeres.

Resultados. Durante el último año se detectó maltrato en el 22,9% de las consultantes (intervalo de confianza [IC] del 95%, 16,6-29,2). Las mujeres maltratadas presentan una peor salud percibida (*odds ratio* [OR] = 4,2; IC del 95%, 1,02-17,5) y una mayor probabilidad de depresión (OR = 4,7; IC del 95%, 1,8-12,5), de forma independiente respecto al resto de variables. La pregunta «¿Cómo van las cosas con su pareja?» como cribado de maltrato obtiene un cociente de probabilidades positivo de 6,23 (IC del 95%, 3,6-10,9), una especificidad del 89% y un valor predictivo negativo del 90%. Al 96,5% de las encuestadas no le disgustaría que su médico de familia abordara las relaciones de pareja, situación que se produce en el 24,7% de los casos.

Conclusiones. En casi una cuarta parte de las mujeres consultantes se detecta algún tipo de maltrato. El médico de familia no suele investigar el entorno familiar y de pareja, a pesar de ser bien valorado por las mujeres, y del elevado cociente de probabilidades positivo y del elevado valor predictivo negativo para la detección de maltrato.

Palabras clave: Mujer. Maltrato. Salud percibida.

DETECTION OF VIOLENCE AGAINST WOMEN IN THE FAMILY DOCTOR CLINIC

Objectives. To find out the magnitude of violence against female partners among patients who visit their family doctor.

To study frequency and acceptance of its investigation by the family doctor and to assess the effectiveness of a screening question on abuse.

Design. Descriptive, cross-sectional study.

Setting. Primary care, 4 samples from 2 urban health centres in Jaén, Spain.

Participants. Who participated 170 women randomly selected from the female consulting population.

Measurements. Interviews by means of the Bradley modified test and the anxiety and depression Goldberg scales. Perceived health, frequency of detection of domestic violence, by the family doctor, and female opinions were also studied.

Results. During the last year, abuse against women was detected in 22.9% of the female population consulting their family doctor (95% confidence interval [95% CI], 16.6-29.2). Abused women had a worse perception of health (*odds ratio* [OR] = 4.2; 95% CI, 1.02-17.5) and a higher probability of depression (OR=4.7; 95% CI, 1.8-12.5) independently from the rest of variables. The question "How are the things going with your partner?" as a screening of abuse does obtain a positive probability quotient of 6.23 (95% CI, 3.6-10.9), a specificity of 89% and a negative predictive value of 90%. Of those interviewed, 96.5% would not mind if their family doctor approached the couple's relationships, a situation that occurs in 24.7% of cases.

Conclusions. Some degree of abuse was detected in almost a quarter of women who consult their family doctor. Family doctors do not usually ask about family and partner relationships and environment, although for almost all women it is well appreciated and the item has an increased likelihood ratio and high negative predictive value in detecting abuse.

Key words: Woman. Abuse. Perceived health.

^aMedicina de Familia. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Jaén. Jaén. España.

^bMedicina de Familia. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería. España.

^cMedicina Interna. Empresa Pública Hospital de Poniente. El Ejido. Almería. España.

^dMedicina de Familia. Centro de Salud Virgen de la Capilla. Jaén. España.

Correspondencia:
J.M. García Torrecillas.
Servicio de Urgencias.
Complejo Hospitalario
Torrecárdenas.
Pasaje Torrecárdenas, s/n.
Almería. España.
Correo electrónico:
jmanuel100a@telefonica.net

Manuscrito recibido el 24-4-2007.
Manuscrito aceptado para su
publicación el 1-2-2008.

Introducción

La violencia contra la mujer en la pareja incluye, además de las lesiones físicas, otros tipos de maltrato como son el psicológico y el sexual¹. Aunque suelen coexistir², el más frecuente es el emocional, con un impacto sobre la salud de igual o de mayor magnitud que los otros tipos³.

La violencia contra la mujer es un problema de primera magnitud; en el ámbito internacional se han calculado prevalencias que oscilan entre el 10 y el 40%, e incluso mayores^{4,5}. En España, según datos del Instituto de la Mujer, el maltrato afectaba en 1999 al 12,4% de las mujeres, aunque sólo el 4,2% del total se consideraba maltratada. En 2006, el maltrato disminuye al 9,6% de las mujeres; en el 75% de los casos el causante del maltrato es la pareja⁶.

En el ámbito sanitario, la prevalencia de maltrato a nivel internacional oscila entre el 20 y el 55% de las consultantes^{7,8}. En España, los estudios comunican que casi un tercio de aquéllas ha sufrido por parte de su pareja algún tipo de maltrato, físico, emocional o sexual a lo largo de su vida^{9,10}.

Los estudios que abordan las consecuencias del maltrato son numerosos¹¹, y llegan a la conclusión de que los servicios sanitarios, sobre todo atención primaria y urgencias, ocupan una posición privilegiada para detectar y orientar su atención¹². Aunque algunos autores aconsejan el cribado habitual en las consultas^{13,14}, las revisiones sistemáticas no encuentran suficientes evidencias sobre su efectividad en la mejora de los resultados en la mujer¹⁵. Por esta razón, otra opción sería la búsqueda de casos en situaciones en las que se sospeche^{4,16}.

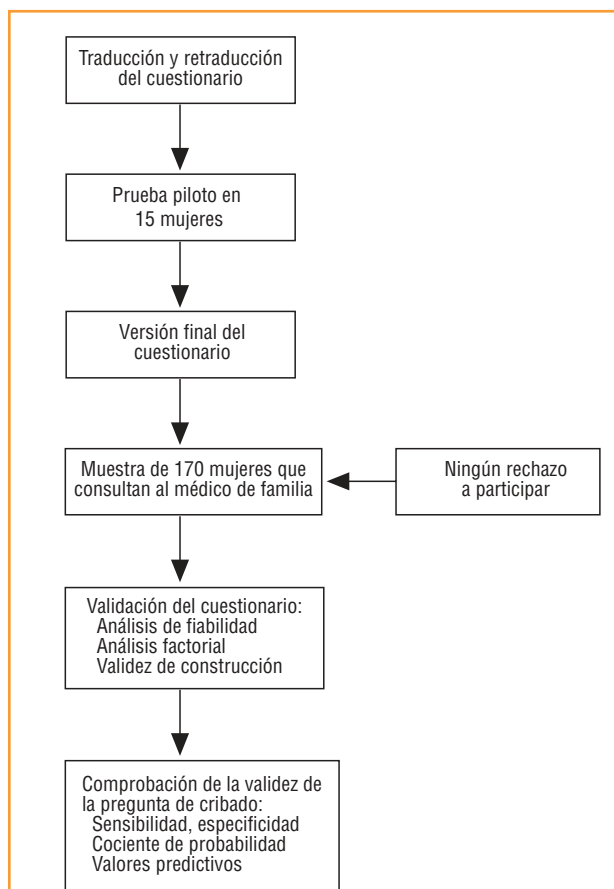
Entre los métodos de detección se incluyen preguntas directas y de cribado, así como cuestionarios que presentan una adecuada validez y fiabilidad^{7,17}. Otros autores destacan la necesidad de investigar el maltrato en el curso de la entrevista, adoptando una actitud centrada en la paciente¹⁸.

Los objetivos del trabajo son conocer la magnitud de la violencia contra la mujer en la pareja entre las pacientes que acuden al médico de familia, estudiar la frecuencia con la que el médico de familia investiga el maltrato y el grado de aceptación de las mujeres de dicha investigación. Como objetivo adicional, se trata de valorar la utilidad de recoger información sobre las relaciones familiares y de pareja como método de cribado de maltrato.

Métodos

Diseño

Estudio descriptivo, transversal, realizado en 2 centros de salud docentes de Jaén capital, San Felipe y Federico del Castillo, de población heterogénea, pero mayoritariamente de clase media y media-baja en uno de ellos, y media-baja y baja en el otro.



Esquema general del estudio

Estudio descriptivo, transversal, mediante entrevista, utilizando la adaptación transcultural del cuestionario de Bradley et al para detectar violencia contra la mujer en la pareja entre las mujeres que consultan al médico de familia en 2 centros de salud.

Población de estudio

Mujeres mayores de 18 años con pareja actual o en el último año, que acuden por cualquier motivo a la consulta de 4 médicos de familia de los 2 centros de salud.

Atendiendo a una prevalencia estimada del 20%¹⁹, un error muestral de 0,06 y una confianza del 95%, se calculó un tamaño muestral de 171 participantes. Las mujeres estudiadas fueron 170, seleccionadas entre las consultantes mediante muestreo aleatorio sistemático (1 de cada 7 pacientes) a partir del listado de consulta diario durante un período de 1 mes.

Recogida de la información

Tras obtener su consentimiento, las pacientes fueron entrevistadas por 4 médicos residentes, sin presencia de acompañantes²⁰⁻²³. Se utilizó un cuestionario que, junto con la adaptación del cuestionario de Bradley et al⁷, incluía las siguientes variables:

1. Sociodemográficas: edad, estado civil, número de hijos, estudios realizados y situación laboral.

2. Características de la pareja: estudios, situación laboral y años de relación.
3. Utilización de servicios sanitarios: número de consultas y derivaciones en el último año, y consumo de benzodiacepinas y/o antidepresivos en el último año.
4. Percepción de salud, comparándola con la de las personas de su entorno.
5. Para identificar a pacientes con sospecha de ansiedad y depresión se utilizaron las escalas de Goldberg de 9 ítems para cada una de las escalas, aunque las últimas 5 preguntas sólo se formulaban si alguna de las primeras 4 preguntas era positiva²¹. Estas escalas, validadas en España por el grupo de Lobo, presentan una sensibilidad del 83,1%, una especificidad del 81,8% y un valor predictivo positivo del 95,3%²². De acuerdo con el criterio empleado por Monton et al, como punto de corte para la depresión se ha utilizado 3 preguntas en vez de 2, porque permiten discriminar mejor e incluir menos trastornos de ansiedad²².
6. Adaptación del cuestionario de Bradley et al⁷ sobre violencia doméstica. Los primeros 9 ítems se refieren al maltrato psíquico y los 17 siguientes a la violencia física. También estudia la frecuencia con la que el médico pregunta sobre relaciones familiares y de pareja. Las respuestas se dividen en 3 categorías (frecuentemente, rara vez y nunca).

El cuestionario original se diseñó para ser autocumplimentado; no obstante, en el estudio se utilizó como guía de entrevista estructurada. Previamente, se realizó una prueba piloto con 15 pacientes. El cuestionario de Bradley fue traducido y adaptado transculturalmente por los autores. Se comprobó la validez y fiabilidad de su traducción, así como su consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,93 para agresión psíquica y 0,91 para agresión física). Para comprobar sus dimensiones se realizó análisis factorial exploratorio, para lo que se utilizó el método de componentes principales y la rotación «varimax». La adecuación de la muestra se evaluó con el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Barlett¹⁷. El análisis factorial reveló 4 componentes que explican el 77% de la variancia: el primero de ellos incluye las primeras 6 cuestiones referidas al maltrato psicológico (con «comunalidades» superiores a 0,7); el segundo contiene las agresiones físicas menores y la obligación a mantener relaciones sexuales («comunalidades» superiores a 0,6, excepto la última de 0,53). El tercer factor incluye las amenazas de muerte, las patadas, golpes y el uso de objetos para herir; el cuarto, las amenazas de agresión, tanto a ella como a los hijos, y los golpes a éstos; el último de los factores sólo incluye el ítem referido a intentos de estrangulamiento (las «comunalidades» de los ítems de los últimos 3 factores son superiores a 0,6).

Análisis estadístico

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS. Se realizó un análisis descriptivo utilizando medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y porcentajes, y tablas de distribución de frecuencia para las variables cualitativas. La significación de la relación entre variables cualitativas se valoró mediante la χ^2 con corrección por continuidad cuando procedía, y la de las variables cuantitativas mediante la prueba de la t de Student. Para detectar las variables asociadas de forma independiente con la existencia de maltrato se definió un modelo de regresión logística. Su bondad de ajuste se confirmó con la prueba de Hosmer-Lemeshow, que no resultó significativa. Los resultados se presentan en forma de razones de ventaja (OR), con sus respectivos intervalos de confianza¹⁷. Finalmente, para valorar la utilidad como método de cribado de maltrato de determinada información proporcionada por un abordaje centrado en

el paciente se calculó su sensibilidad, especificidad, cociente de probabilidad y valores predictivos, así como sus intervalos de confianza²³.

Resultados

La edad de las mujeres entrevistadas oscila entre 19 y 77 años, con una media de 46,39 años (error estándar [EE] = 0,17). El 94% tiene pareja en el momento de la entrevista. La media del número de hijos es 2,4 (EE = 0,17).

Se detecta algún grado de maltrato en el último año en el 22,9% (EE = 3,2) de las mujeres estudiadas. Las agresiones psíquicas son el tipo de maltrato más frecuente (tabla 1), sobre todo el control de actividades, criticar, gritar, insultar, despreciar, etc. Un 10% siente a menudo miedo de su pareja, y el 8,3% se consideran amenazadas.

Las agresiones físicas, sobre todo las amenazas verbales y gestuales, y los golpes, bofetadas y patadas también abundan. Un 7,1% de las mujeres afirman que a menudo su pareja les obliga a mantener relaciones sexuales (tabla 2).

TABLA 1

	A menudo	Rara vez	Nunca
Le controla sus actividades	22,9	2,9	74,1
Le impide salir	15,9	2,9	81,2
Le deja poco dinero	12,4	1,8	85,9
La critica	16,0	4,1	79,9
La desprecia o ridiculiza	13,5	2,9	83,5
Le grita o insulta	16,5	7,1	76,5
La amenaza	8,3	2,4	89,3
Amenaza a sus hijos	9,0	3,6	87,4
Siente miedo hacia la pareja	10,0	4,7	85,3

TABLA 2

Frecuencia de maltrato físico entre las mujeres estudiadas (expresada en porcentaje; n = 170)

	A menudo	Rara vez	Nunca
Amenazar con objetos	5,3	1,2	93,5
Golpear paredes o mobiliario	10,0	2,4	87,6
Impedirle salir de la habitación	6,5	2,9	90,6
Amenazar con el puño o mano abierta	11,2	1,8	87,1
Amenazar de muerte	5,3	1,2	93,5
Golpear, empujar, agarrar	7,6	3,5	88,8
Forzar a hacer algo	7,1	1,2	91,8
Lanzar objetos sobre ella o sobre la habitación	4,7	3,5	91,8
Retorcer el brazo o agarrar del cabello	5,3	2,9	91,8
Abofetear	3,5	2,4	94,1
Asfixiar o taponar la boca	1,2	1,2	97,6
Golpear el cuerpo	5,3	2,4	92,4
Patadas	3,5	3,5	92,9
Herir con objetos	1,8	1,8	96,5
Obligar a mantener relaciones sexuales	7,1	0,6	92,4
Estrangular	0,6	2,4	97,1
Golpear a los hijos	1,8	2,4	95,9

No se observan diferencias en cuanto al nivel educativo, número de consultas o derivaciones en el último año y consumo de psicofármacos entre las mujeres, según se constate o no maltrato, pero sí en la edad media y en el número de hijos. Las diferencias en cuanto a actividad laboral desaparecen al estratificar por edad (tabla 3).

Las mujeres en quienes se detecta maltrato califican su salud como mala o muy mala en el 38,5% de los casos, frente al 19,8% en las que no lo sufren. De igual manera, las primeras presentan puntuaciones más altas en las escalas de ansiedad y depresión de Goldberg (tabla 3).

Mediante regresión logística se comprueba que las variables asociadas de forma independiente con el maltrato son percepción de salud y resultado en la escala de depresión de Goldberg (tabla 4).

El 64,1% de las mujeres maltratadas afirman que sus relaciones familiares son buenas, frente al 85,5% de las que no lo sufren (tabla 5). Las relaciones de pareja se consideran como malas en un tercio de las mujeres maltratadas y regulares en otro; el 89,3% de las del grupo sin maltrato las considera como buenas (tabla 6).

Como cribado de maltrato, responder que regular o mal a la pregunta «¿Cómo van las cosas con su pareja?», obtiene un cociente de probabilidad positivo de 6,23, alta especificidad y valor predictivo negativo y valores medios de sensibilidad y valor predictivo positivo (tabla 6). En cambio, si se utilizase la pregunta «¿Cómo van las relaciones familiares?», la especificidad y el valor predictivo negativo apenas variarían, pero la sensibilidad y el valor predictivo positivo se reducirían a casi la mitad; el cociente de probabilidades positivo sería de 2,48 (tabla 5).

El 26,5% de las mujeres encuestadas afirma que su médico de familia les pregunta con cierta frecuencia acerca de su situación familiar, un 11,8% que rara vez y el 61,8% que nunca. Estas cifras, referidas a sus relaciones de pareja, son del 14,7, del 10 y del 75,3%, respectivamente. Cuando existe maltrato, el médico aborda más la situación de pareja (en el 33,3% de las mujeres que sufren maltrato y en el 9,2% de las que no lo sufren [OR = 4,96; IC del 95%, 2,03-12,10]).

El 96,5% de las mujeres acepta de buen grado que durante la consulta su médico pregunte sobre su situación familiar y/o de pareja; el 93,5% asegura que serían sinceras en sus respuestas.

Al 78% de las encuestadas le es indiferente el sexo del médico de familia para comentar un problema de maltrato, el 17% preferiría hacerlo con una mujer y un 4% con un varón. Al igual que en la pregunta anterior, estos resultados no difieren según exista o no maltrato.

Discusión

De acuerdo con los resultados, casi una cuarta parte de las mujeres que acuden a la consulta del médico de familia ha sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja en el último año. Por otra parte, el médico de familia no suele pregun-

TABLA 3

	Grupo con maltrato	Grupo sin maltrato	p
Edad en años, media (EE)	51,33 (2,53)	44,92 (1,30)	0,021
N.º de hijos, media (EE)	2,87 (0,31)	2,11 (0,13)	0,011
Estado civil			
Soltera	7,70%	6,10%	0,001
Casada	74,40%	87%	
Separada/divorciada	17,90%	1,50%	
Viuda/otros	5,30%	0%	
Estudios			
Sin estudios	38,50%	30,50%	
Primarios	43,60%	42,70%	
Secundarios	12,80%	16%	0,62
Universitarios	5,10%	10,70%	
Situación laboral de la mujer			
Activa	20,50%	45,80%	
Ama de casa	48,70%	38,20%	
Paro con subsidio	5,10%	6,90%	0,012
Paro sin subsidio	10,30%	2,30%	
Jubilada	15,40%	6,90%	
Pareja actual			
Sí	89,70%	96,20%	0,11
No	10,30%	3,80%	
Años de relación con la pareja			
Menos de 1 año	11,40%	4,40%	0,005
De 2 a 9 años	5,70%	30,10%	
De 10 a 19 años	14,30%	23,00%	
De 20 a 29 años	22,90%	19,50%	
Más de 30 años	45,70%	23,00%	
Estudios de la pareja			
Sin estudios	33,30%	30,50%	
Primarios	46,20%	38,20%	
Secundarios	10,30%	20,60%	0,51
Universitarios	10,30%	10,70%	
Situación laboral de la pareja			
Activo	48,70%	68,50%	0,003
Paro con subsidio	2,60%	10,80%	
Paro sin subsidio	7,70%	1,50%	
Jubilado	41%	19,20%	
Percepción de la salud			
Mala	38,50%	19,80%	0,015
Regular	53,80%	55,70%	
Buena	7,70%	24,40%	
Consultas en el último año, media (EE)	9,97 (1,11)	9,68 (0,63)	0,821
Derivaciones en el último año, media (EE)	0,76 (0,17)	0,66 (0,08)	0,529
Puntos de la escala de ansiedad, media (EE)	5,23 (0,38)	4,11 (2,25)	0,031
Puntos de la escala de depresión, media (EE)	4,90 (0,39)	2,79 (0,22)	0
Probable ansiedad, sí	74,40%	51,90%	0,023
Probable depresión, sí	84,60%	46,60%	0
Consumo de benzodiazepinas, sí	48,70%	42,00%	0,634
Consumo de antidepresivos, sí	17,90%	16,00%	0,097

EE: error estándar.

TABLA 4

	Variables en la ecuación				IC del 95% para Exp(B)	
	B	ET	p	Exp(B)	Inferior	Superior
Número de hijos	0,223	0,119	0,062	1,250	0,989	1,579
Probable depresión	1,545	0,501	0,002	4,688	1,757	12,508
Percepción de salud buena			0,134			
Percepción de salud mala	1,444	0,724	0,046	4,236	1,025	17,505
Percepción de salud regular	1,188	0,687	0,084	3,0280	0,854	12,596
Constante	-3,896	0,799	0,000	0,020		

Prueba de Hosmer y Lemeshow, $p = 0,20$. R^2 de Nagelkerke = 0,22.

TABLA 5

Relación entre percepción de cómo son las relaciones familiares y presencia de malos tratos, y resultados obtenidos si se utilizase la pregunta «¿Cómo van las relaciones familiares?» como cribado

Tabla de contingencia relación familiar dicotómica-malos tratos

	Malos tratos		
	No	Sí	Total
Relación familiar dicotómica			
Mala o regular			
Recuento	19	14	33
Malos tratos (%)	14,5	35,9	19,4
Buena			
Recuento	112	25	137
Malos tratos (%)	85,5	64,1	80,6
Total			
Recuento	131	39	170
Malos tratos (%)	100	100	100

Sensibilidad: 36,00% (IC del 95%, 28,8-43,2)
Especificidad: 85,50% (IC del 95%, 80,2-90,8)
Valor predictivo positivo: 42,42% (IC del 95%, 35,0-49,9)
Valor predictivo negativo: 81,75% (IC del 95%, 75,9-87,6)
Cociente de probabilidad positivo: 2,48 (IC del 95%, 1,7-3,7)

IC: intervalo de confianza.

TABLA 6

Relación entre percepción de cómo son las relaciones de pareja y presencia de malos tratos, y resultados obtenidos si se utilizase la pregunta «¿Cómo van las cosas con su pareja?» como cribado

Tabla de contingencia malos tratos-relación de pareja dicotómica

	Mala o regular	Buena	Total
Malos tratos			
No			
Recuento	14	117	131
Relación de pareja dicotómica (%)	35,0	90,0	77,1
Sí			
Recuento	26	13	39
Relación de pareja dicotómica (%)	65,0	10,0	22,9
Total			
Recuento	40	130	170
Relación de pareja dicotómica (%)	100	100	100

Sensibilidad: 66,66% (IC del 95%, 52,0-81,30)
Especificidad: 89,31% (IC del 95%, 84,0-94,7)
Valor predictivo positivo: 65% (IC del 95%, 50,2-79,8)
Valor predictivo negativo: 90% (IC del 95%, 85,4-94,6)
Cociente de probabilidad positivo: 6,23 (IC del 95%, 3,55-10,91)

IC: intervalo de confianza.

tar por las relaciones de pareja, aunque resultaría muy útil para la detección del maltrato. Antes de comentar los resultados, se analizarán las posibles limitaciones del estudio, así como la capacidad de generalizar sus conclusiones. El muestreo aleatorio y la inexistencia de faltas de respuesta limita el posible sesgo de selección; no obstante, al ser población consultante se sobrestiman el maltrato y la mala salud²⁴.

Como ha podido observarse en el apartado de «Material y métodos», el instrumento de valoración posee una adecuada validez y fiabilidad; asimismo, la validez de construcción vendría avalada por la concordancia de los resultados con los conocimientos sobre el tema¹⁷. No ser autocumplimentado podría condicionar alguna falta de sinceridad en las respuestas, pero peor hubiera sido excluir a una tercera parte de las encuestadas, que son analfabetas o no tienen estudios².

En cuanto a la validez externa, la posibilidad de generalizar nuestros resultados a otras zonas dependerá no sólo del medio, sino también de la edad y del nivel educativo de las consultantes.

Así, Bradley⁷ descubre, en población irlandesa más joven y de menor nivel económico, que un 39% de las consultantes ha experimentado uno o más episodios de violencia física a lo largo de la vida, y maltrato psíquico el 69%. En cuanto al último año, en los EE.UU., Kramer et al²⁵ encuentran que el maltrato emocional afectó al 28%, el físico al 12%, el físico grave al 6% y el sexual al 4%.

En la población consultante española, las cifras de maltrato a lo largo de la vida oscilan en torno al 35% de las mujeres^{2,26}, aunque algún estudio presenta cifras cercanas al 50%²⁴.

Como se ha podido comprobar en la «Introducción», además de las lesiones agudas, son múltiples los motivos por los que las mujeres que sufren maltratos acuden a consulta; no obstante, en nuestro estudio no se confirma una mayor frecuentación de la consulta²⁷, pero sí una peor salud percibida y una mayor probabilidad de presentar depresión.

Un aspecto destacable es la alta frecuencia de malestar psíquico encontrado en la muestra estudiada, confirmado por el alto consumo de psicofármacos, tanto en el grupo que sufre maltrato como en el que no lo sufre, seguramente como consecuencia de las características de la población consultante en las que se ha realizado el estudio^{26,28} y del instrumento de medida utilizado²⁹.

La asociación entre mala salud percibida y maltrato^{6,10}, así como con probable depresión³⁰, podría ser útil para definir a la población en la que se debe sospechar el maltrato. De hecho, la depresión se considera entre los indicadores más relacionados con este último³¹; no obstante, aunque depresión, ansiedad y somatización se asocian con el maltrato, presentan poco valor predictivo para detectarlo²¹.

Existe un infradiagnóstico de la violencia doméstica por parte del médico de familia, que se explicaría por la falta de tiempo y de formación, pero también por no sentirse a gusto con el tema, por el miedo a molestar a las mujeres, por la frustración con los falsos negativos, por la falta de instrumentos y recursos para manejar el maltrato y por el miedo a «abrir la caja de Pandora»³². Por otra parte, aunque algunos autores lo proponen, no existe consenso sobre si se debiera incluir de modo sistemático un cribado sobre malos tratos en las consultas de medicina de familia y urgencias³³. En la actualidad tiende a no recomendarse el cribado sistemático¹⁵, pero se considera necesario investigarlo en el contexto de un abordaje centrado en el paciente^{18,33,34}.

Según los resultados del estudio, los médicos no suelen preguntar sobre las relaciones familiares y/o de pareja. Aunque las cifras son superiores a las de Bradley et al⁷, en las que sólo el 5% de las mujeres afirman ser preguntadas acerca de sus relaciones, porcentaje que (al igual que en nuestro estudio) aumenta entre las mujeres que sufren maltratos (al 12,9%) y lesiones físicas (al 20%).

Por otra parte, los resultados de nuestro estudio parecen refutar los temores de los médicos a inmiscuirse en la vida de sus pacientes; más del 95% de ellas lo verían de buen grado, cifras algo superiores a las referidas por Kramer et al²⁵ (83%) y por Bradley et al (77%)⁷.

La última cuestión sería relativa a cómo realizar el cribado, o mejor, la investigación del maltrato, en las consultas de medicina de familia, ¿mediante una serie de preguntas, directas o indirectas, o con un cuestionario validado? El hecho de que la pregunta: «¿Cómo van las cosas con su pareja?» tenga un alto cociente de probabilidad positivo y elevado valor predictivo negativo, la convierte en un excelente cribado de maltrato. Los datos anteriores avalarían la propuesta de emplear la información proporcionada por un abordaje centrado en el paciente como cribado de maltrato, bien valorado por las pacientes, que lo prefieren a los cuestionarios y a las preguntas directas¹⁸, y que presenta una mejor validez que cuestionarios breves especialmente diseñados, como el de 3 preguntas desarrollado por Feldhaus et al³⁵.

Como conclusiones del estudio, y de forma provisional dadas las limitaciones impuestas por su tamaño, se puede destacar la alta frecuencia de algún grado de violencia contra la mujer en la pareja entre las pacientes que acuden a las consultas del médico de familia, la asociación del maltrato con malestar psíquico y mala salud percibida, y el escaso énfasis de los médicos en investigar el entorno familiar y de pareja. Este aspecto, además de ser bien valorado por las mujeres, posee un elevado cociente de probabilidad positivo y un alto valor predictivo negativo en la detección de maltrato.

Agradecimiento

En primer lugar, a todas aquellas mujeres que, pese a estar atravesando una situación tan dolorosa, no repararon en atender nuestra petición de colaboración y se brindaron dispuestas a participar en este trabajo.

Lo conocido sobre el tema

- La violencia contra la mujer en la pareja es frecuente y comporta graves repercusiones en todas las esferas de su vida, física, psíquica y social.
- Toda mujer que acude a un centro de atención primaria puede esconder tras su sintomatología una historia de maltrato.
- Los servicios sanitarios, en especial los de atención primaria y urgencias, ocupan una posición privilegiada para detectar el maltrato y orientar su atención.

Qué aporta este estudio

- A la práctica totalidad de las mujeres no les disgustaría que su médico de familia les preguntara acerca de sus relaciones familiares y/o de pareja.
- Los médicos de familia no suelen preguntar sobre el entorno familiar y de pareja.
- Como cribado de maltrato, responder que regular o mal a la pregunta: «¿Cómo van las cosas con su pareja?» obtiene un alto cociente de probabilidad positivo y una alta especificidad y valor predictivo negativo.

En segundo lugar, a los Dres. Juan Miguel Medrán Santana y Manuel Villegas de Pablos por su labor en la recogida de los datos para la elaboración de este trabajo.

Bibliografía

1. ONU. Asamblea general de Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia con la mujer. 20 de diciembre de 1993. Resolución A/RES/48/104. New York: ONU; 1994.
2. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco-Prieto P, González-Barranco JM, Ayuso-Martín P, Montero-Piñar MI. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. Gac Sanit. 2006;20:302-8.
3. García-Linares MI, Sánchez-Lorente S, Coe CL, Martínez M. Intimate male partner violence impairs immune control over herpes simplex virus type 1 in physical and psychological intimate abused women. Psychosom Med. 2004;66:965-72.
4. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwy A, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
5. García-Moreno C, coordinador. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005.
6. III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres. Informe de resultados. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer; 2006.

7. Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ*. 2002;324:271-4.
8. Richardson J, Coid M, Petruckevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ*. 2001;324:274-7.
9. Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Álvarez Kindelán M, Palomo Pinto M, Arnalte Barrera M, Bonet Pla A, et al. Sociodemographic associations of physical, emotional, and sexual intimate partner violence in spanish women. *Ann Epidemiol*. 2006;16:357-63.
10. Raya Ortega L, Ruiz Pérez J, Plazaola Castaño J, Brun López-Abisab S, Rueda Lozano D, García de Vinuesa L, et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Aten Primaria*. 2004;34:117-27.
11. Campbell JC, Snow-Jones A, Dienemann JA, Kub J, Schollengberger J, O'Campo P, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med*. 2002;162:1157-63.
12. Larizgoitia I. La violencia también es un problema de salud pública. *Gac Sanit*. 2006;20 Suppl 1:63-70.
13. Alpert E. Violence in intimate relationships and the practicing internist: new «disease» or nev agenda? *Am Intern Med*. 1995; 123:774-81.
14. Zink T, Regan S, Goldenhar L, Pabst S, Rinto B. Intimate partner violence: What are Physician's perceptions? *J Am Board Fam Pract*. 2004;17:332-40.
15. Ramsay J, Richardson J, Carter Y, Davidson L, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ.com*. 2002;325:314.
16. Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen N, MacMillan H. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*. 2007;7:12.
17. Delgado A, Aguar M, Castellano M, Luna del Castillo JD. Validación de una escala para la medición de los malos tratos a mujeres. *Aten Primaria*. 2006;38:82-9.
18. McCord-Duncan E, Floyd M, Kemps E, Bailey B, Lang F. Detecting potential intimate partner violence: which approach do women want? *Fam Med*. 2006;38:416-22.
19. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
20. World Health Organisation. Puttingh womens' safety first; ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Global Programme on Evidence for Health Policy. Genève: World Health Organisation; 1999.
21. Goldberg DP, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ*. 1988; 97:897-9.
22. Montón C, Pérez Echevarría MJ, Campos R, García Campayo J, Lobo A y GMPPZ. Escalas de ansiedad y depresión de Golberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria*. 1993;12:345-9.
23. Pozo F. Utilización clínica de las pruebas diagnósticas. En: Argimón J, Bañeras J, Barona C, Belda J, Bordes P et al, editores. *Tratado de Epidemiología Clínica*. Madrid: DuPont Pharma; 1995.
24. Aguar-Fernández M, Delgado-Sánchez A, Castellano-Arroyo M, Luna del Castillo JD. Prevalencia de malos tratos en mujer. *Aten Primaria*. 2006;37:241-2.
25. Kramer A, Lorenzon D, Mueller G. Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. *Women Health Issues*. 2004;14:19-19.
26. Vives C, Álvarez-Dardet C, Caballero P. Violencia del compañero íntimo en España. *Gac Sanit*. 2003;17:268-74.
27. Blanco P, Ruiz-Jarabo C, García de Vinuesa L, Martín-García M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit*. 2004;18 Supl 1:182-8.
28. Rodríguez E, Gómez A. Estudio descriptivo de los trastornos de ánimo en la población mayor de 65 años que acude a consulta en un medio rural. *Semergen*. 2004;30:320-5.
29. Icart MT, Pulpón A, Icart C, Bielsa M. Maltrato psicológico en una muestra de mujeres atendidas en atención primaria. *Aten Primaria*. 2006;38:580-1.
30. Hathaway JE, Mucci LA, Silverman JC, Brooks DR, Mathews R, Pavlos CA. Health status and health care use of Massachussets women reporting partner abuse. *Am J Prev Med*. 2000;19: 302-7.
31. Fernández MC. Violencia doméstica: ¿conocemos los efectos de la violencia sobre la salud de las víctimas? *Aten Primaria*. 2004; 34:125-7.
32. Waalen J, Goodwin M, Spitz A, Petersen R, Saltzman L. Screening for intimate partner violence by health care providers. *Am J Prevent Med*. 2000;19:230-7.
33. Feder BS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Arch Intern Med*. 2006;166:22-37.
34. Nicolaidis C, Curry M, Gerrity M. Health care workers' expectations and empathy toward patients in abusive relationships. *J Am Board Fam Prat*. 2005;18:159-65.
35. Feldhaus KM, Koziols-McLain J, Amsbury HL, Norton IM, Lowenstein SR, Abott JT. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA*. 1997;277:1357-61.