

ORIGINALES

Mejora de la atención prestada a víctimas de violencia doméstica. Impacto de una intervención priorizada

F. Muñoz Cobos^a, M.L. Martín Carretero^b, D. Vivancos Escobar^c, F. Blanca Barba^d, T. Rodríguez Carrión^d y M. Ruiz Ramos^d

Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

Objetivo. Evaluar el impacto de una intervención priorizada en la atención prestada a mujeres víctimas de violencia doméstica y sus hijos.

Diseño. Estudio de intervención no aleatorizado.

Emplazamiento. Centro de salud urbano.

Pacientes. Mujeres y niños residentes en un centro de acogida para familias víctimas de violencia doméstica, con historia clínica abierta en el centro de salud. Grupo preintervención (diciembre 1997-julio 1999): 36 mujeres y 70 niños. Grupo postintervención (agosto 1999-junio 2000): 35 mujeres y 41 niños.

Intervenciones. Asignación a un único médico de familia y pediatra. Eliminación de trabas burocráticas y asistencia priorizada. Valoración sociofamiliar realizada por trabajadora social. Inclusión preferente en programas. Mujeres: planificación familiar, vacunación hepatitis B, control de embarazo, diagnóstico precoz de cáncer de mama (mujeres > 50 años), diagnóstico precoz de cáncer de cérvix. Niños: salud infantil (< 5 años) (actividades priorizadas: desarrollo psicomotor y somatometría) y vacunas. Se realiza esta intervención desde agosto de 1999.

Mediciones y resultados principales. Medida del impacto de la intervención: análisis bivariante mediante ji-cuadrado en variables cualitativas y t de Student y U de Mann-Whitney en cuantitativas (alfa, 0,05) en los grupos pre y postintervención.

Se detectan diferencias estadísticamente significativas en la participación entre los grupos pre y postintervención en las siguientes actividades: número de visitas a programas (0,49; DE, 0,95; frente a 1,01; DE, 1,24), valoración sociofamiliar (83% frente a 100%), planificación familiar (14% frente a 51,4%), vacunación de hepatitis B (19% frente a 48,7%), diagnóstico precoz de cáncer de cérvix (0 frente a 25,7%), salud infantil (33,4% frente a 70%), vacunas (26,34% frente a 64%), valoración somatometría (25% frente a 100%) y del desarrollo psicomotor (41,6% frente a 94%).

Conclusiones. La intervención priorizada en familias víctimas de violencia doméstica mejora su participación en actividades preventivas.

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

IMPROVING CARE FOR VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE. IMPACT OF A PRIORITY INTERVENTION

Objective. To evaluate the impact of a priority intervention in the care given to women who are victims of domestic violence and their children.

Design. Non-randomised intervention study.

Setting. Urban health centre.

Patients. Women and children living at a reception centre for families suffering domestic violence and who had clinical records opened at the health centre. Pre-intervention group (December 1997-July 1999): 36 women, 70 children. Post-intervention group (August 1999-June 2000): 35 women and 41 children.

Interventions. Allocation to a single family doctor and paediatrician. Elimination of bureaucratic obstacles and prioritised care. Social/family assessment by the social worker. Preferential inclusion in programmes: Women: family planning, hepatitis B vaccination, pregnancy control, early diagnosis of breast cancer (women > 50), same for cervical cancer. Children: child health (< 5) (priority activities: psychomotor development and somatometry) and vaccinations. This intervention started in August 1999.

Measurements and main results. Measurement of the impact of the intervention: bivariate analysis through Chi² test for qualitative variables and Student's t test and U Mann-Whitney test for quantitative variables (alpha 0.05) in the pre- and post-intervention groups. Statistically significant differences in participation were detected between the pre- and post-intervention groups in the following activities: number of visits to programmes (0.49, SD 0.95; 1.01, SD 1.24, respectively), social and family assessment (83%/100%), family planning (14%/51.4%), hepatitis B vaccination (19%/48.7%), early cervical cancer diagnosis (0/25.7%), child health (33.4%/70%), vaccinations (26.34%/64%), somatometric assessment (25%/100%) and psychomotor development assessment (41.6%/94%).

Conclusions. Prioritised intervention in families that are victims of domestic violence improves their participation in preventive activities.

Key words: Domestic violence. Primary care. Preventive activities.

(Aten Primaria 2001; 28: 241-248)

^aMédico de familia. ^bTrabajadora Social. ^cPediatra. ^dEnfermero/a.

Correspondencia: M. Luisa Martín Carretero.
Centro de Salud San Miguel-Torremolinos. C/ Pablo Bruna s/n. 29620 Torremolinos. Málaga.
Correo electrónico: mlmarti@teleline.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 21-V-2001.

Introducción

La violencia familiar ejercida sobre la mujer-hijos, y descrita por la ley bajo sus tres acepciones: malos tratos físicos, malos tratos psíquicos y agresiones sexuales, supone un problema sociosanitario de enorme trascendencia por el daño y extensión que produce en sus víctimas, tanto física como psíquicamente.

La etiología es compleja, responde a una realidad cultural simbolizada en el dominio del hombre sobre la mujer, no se circunscribe a una determinada raza-cultura y aunque la incidencia es mayor en algunos países puede decirse que es un hecho generalizado en las sociedades de todo el mundo.

La Organización de Naciones Unidas fue el primer organismo que reparó en la gravedad de este hecho, reconociendo que es el crimen encubierto más frecuente del mundo. En 1996, en su Informe para los Derechos de la Mujer, afirma: la violencia doméstica contra las mujeres es asimilable a la tortura y debe ser legalmente penalizada¹.

Desde las instituciones se efectuaron cambios notorios en la reforma legal (penal-judicial), aumentando los recursos sociales y mejorando la atención a las víctimas: prohibición de acercamiento del agresor, creación de la oficina de atención a la víctima, existencia de un turno de oficio especial para casos de maltrato a mujeres, etc.^{2,3}.

El maltrato debe considerarse un problema de salud que provoca un deterioro emocional y físico en quien lo padece. Deja de ser, por tanto, un conflicto únicamente personal-privado e incluso social, y es objeto de cuidado prioritario desde los servicios de la atención primaria.

La violencia doméstica basada en el abuso emocional y físico deja también graves secuelas físicas, psíquicas y familiares. La atención primaria tiene un papel fundamental en el abordaje integral y multidisciplinario (médico de familia, pediatra, trabajador social, enfermero) del maltrato, tanto en la atención a la agresión, notificación mediante parte al juzgado, como en la detección precoz, y utilizando la escucha activa, reforzando las decisiones que toma la mujer y defendiendo su derecho a vivir sin temor a la violencia⁴⁻⁷.

Desde los programas de salud puede y debe realizarse prevención del maltrato, actuando en la atención que se presta a la mujer-familia en los programas de control de embarazo, planificación familiar y a los niños en salud infantil; en todos es posible que los profesionales sanitarios detecten sospechas o indicios de maltrato a mujeres y niños⁸.

Las casas de acogida se han creado para dar acogida temporalmente a aquellas mujeres y sus hijos que se encuentran en situación de extrema indefensión (un 98% de asesinatos en mujeres maltratadas ocurren al separarse de sus parejas)⁵. En ellas podrán encontrar protección ante posibles agresiones, disponer de un tiempo y un espacio para reflexionar sobre su situación personal y plantearse qué hacer en el futuro. Asimismo se facilitará asesoramiento jurídico, apoyo psicológico e información sobre los recursos comunitarios⁵.

A raíz de la puesta en marcha en nuestra zona básica de una casa de acogida, iniciamos en el año

1997 un protocolo de actuación en la atención prestada a estas familias que se ha ido ampliando de forma sistematizada en el último año^{9,10}.

El objetivo de nuestro estudio es evaluar el impacto de la intervención priorizada a las mujeres víctimas de maltrato y sus hijos, residentes en una casa de acogida, llevada a cabo en nuestro centro de salud.

Material y método

La población de la zona básica de salud (ZBS) se compone de 39.895 habitantes (padrón de 1996), con la característica de ser una población relativamente joven (28% de mujeres en edad fértil y 10% de ancianos), aunque con progresivo estrechamiento de la base de la pirámide poblacional (6% menores 14 años). El nivel cultural es bajo (15% analfabetos y 52% sin estudios) y con un elevado índice de paro.

El equipo de atención primaria (EAP) consta de 18 médicos de familia, 5 pediatras, 16 diplomados en enfermería, una matrona, una trabajadora social, 3 auxiliares de enfermería, 5 administrativos y 3 celadores. El centro de salud comenzó a funcionar en 1993.

La casa de acogida de mujeres maltratadas situada en nuestra ZBS es una institución dependiente de la comunidad autónoma (Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía) que acoge 11 familias (media, 30-33 personas) en situación de desamparo o huida del domicilio por sufrir violencia en el seno de la familia dirigida contra la mujer y, en muchas ocasiones, contra los niños. La estancia en esta casa suele ser por breve tiempo (2-3 meses de promedio; máximo, 9 meses) y la procedencia de las familias es de todo el territorio nacional, incluyendo inmigrantes. El personal de la casa de acogida consta de una directora, una trabajadora social, un abogado, un psicólogo y 6 educadores familiares. Se cubren gastos de manutención, farmacéuticos, vestido, higiene, transporte y colegios y guarderías.

Los sujetos de nuestro estudio son las mujeres residentes en esta casa de acogida entre mayo de 1997 y junio de 2000 y sus hijos, que han sido atendidos en el centro de salud. Se adscriben a los grupos preintervención aquellos atendidos con anterioridad a la puesta en marcha

de la intervención priorizada y a la post-intervención las mujeres e hijos atendidos con fecha posterior, con independencia de la fecha de su primer contacto con el centro de salud.

El sistema de atención sanitaria en el centro de salud a estas familias no había sido el distinto al del resto de población atendida hasta una primera revisión realizada en julio de 1999⁹, si bien se detectaron importantes problemas: familias desarraigadas con frecuente utilización de los servicios del centro, problemas de salud particulares, bajo tiempo en la zona básica, necesidades intervención preventivas, actitud especial (victimización), descoordinación de profesionales en su atención. Se consensó una intervención priorizada que consiste (fig. 1) en: conocer directamente cada caso a partir de la trabajadora social de la casa de acogida que establece un primer contacto con la trabajadora social del equipo de atención primaria y facilita información relativa al caso. Ésta realiza la apertura de historia clínica y la valoración sociofamiliar y pone en conocimiento del médico de familia y pediatra la existencia y problemática de cada caso, e incluso da las primeras citas para éstos y para programa de detección precoz del cáncer de mama (realización de mamografía) en mujeres mayores de 50 años. A partir de aquí se siguen los canales normales de utilización de servicios favoreciendo la accesibilidad (atención sin cita previa, eliminar trabas burocráticas) y priorizando la captación a programas (planificación familiar, diagnóstico precoz cáncer de cérvix, control de embarazo, vacunación hepatitis B, vacunas y salud infantil). La atención sociosanitaria también se ha centrado en la escucha activa y la acogida psicológica de estas mujeres con especial problemática sociofamiliar y en situación de desarraigo y dependencia de las instituciones, respetando su derecho a decidir su futuro^{4,5}, cuidando especialmente la confidencialidad y realizando convenientemente los partes al juzgado⁸. A partir de la valoración del médico de familia y pediatra, se planifica la atención individualizada que requiera cada caso (derivaciones, tratamientos...). Existe una coordinación periódica interdisciplinaria entre las personas del EBAP que atienden a estas familias con la casa de acogida para notificación de altas, bajas e incidencias, con comunicación telefónica en casos urgentes. Esta intervención se inicia en agosto de 1999.

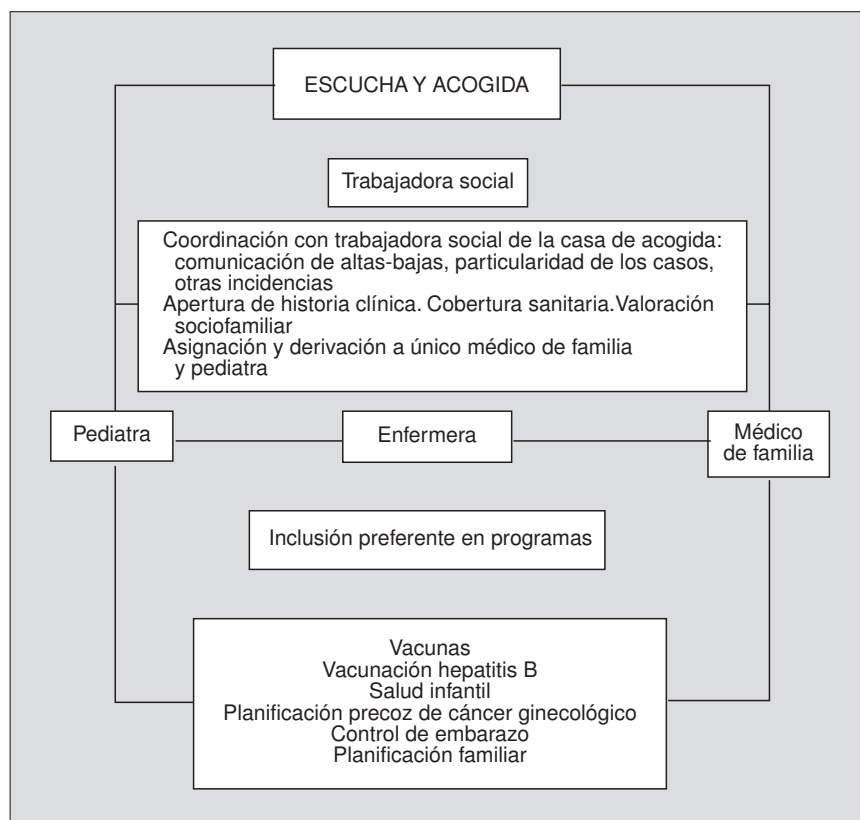


Figura 1. Intervención priorizada en mujeres y niños residentes en la casa de acogida.

El diseño del estudio es cuasi-experimental (intervención no aleatorizada) pre-postintervención sin grupo control. La asignación a grupos pre y postintervención se define por la prestación de asistencia antes o después de la puesta en marcha de la intervención, independientemente de la fecha de apertura de la historia clínica; cada sujeto es asignado a un solo grupo. La recogida de datos se realiza en junio de 2000. Las fuentes de datos son el sistema TASS (registro preferentemente utilizado, implantación en nuestro centro de salud desde 1998), historias clínicas en papel (fechas anteriores al primer registro en sistema TASS) y archivos de la trabajadora social. Las variables de estudio se resumen a continuación.

Variables sociodemográficas

- Edad de mujeres e hijos.
- Estado civil de las mujeres.
- Género de los hijos.
- Procedencia: de la provincia, de la comunidad autónoma, del resto del país, inmigrantes.

- Número de hijos totales de la mujer.
- Número de hijos en el centro de acogida. Se recoge esta variable por posible no acompañamiento de todos los hijos a la mujer.
- Tiempo en zona básica: recogido como tiempo transcurrido entre la fecha de apertura de la historia clínica y la fecha de abandono de la atención a la mujer por traslado. La atención se sigue prestando si de forma voluntaria así lo solicita la mujer, aun cuando esté residiendo en otras zonas básicas (pisos tutelados).
- Factores de riesgo del agresor: se recogen aquellos factores que declara conocer la mujer en su agresor y que pueden suponer riesgos para la salud en ellas y/o sus hijos: alcoholismo, adicción a otras drogas, serología VIH positiva y promiscuidad sexual.

Variables de atención sanitaria

- Número de consultas realizadas por profesional: corresponde al número de consultas registradas en la historia con el médico de familia (mujeres y niños >

12 años), pediatra (niños < 12 años) y trabajadora social.

- Número de consultas de programas: corresponde al número de consultas registradas en el programa TASS como consultas de salud infantil (niños < 4 años), planificación familiar, control de embarazo, programa de crónicos (programas de salud con «consultas» específicas).

- Valoración sociofamiliar: se refiere a la realización de una valoración individualizada de cada caso por la trabajadora social del equipo básico de atención primaria (EBAP). Por su propia definición se aplica a la familia (mujer-hijos-factores agresor-redes sociales). Se explora el tipo de maltrato (físico, psíquico, abuso y/o agresión sexual), coexistencia de maltrato infantil, años de convivencia y tiempo de maltrato, dependencia económica, apoyo familiar y situación psicológica global.

- Vacunación de hepatitis B: se aplica a todos los sujetos de estudio (mujeres e hijos) independientemente de la edad, e incluye la valoración del estado inmunológico mediante realización de serología frente a hepatitis B, indicación de la vacunación en función del resultado y derivación a vacunas, considerándolos como grupo de riesgo (provisión de la vacuna en el centro, seguimiento específico).
- Planificación familiar: se deriva a las mujeres en edad reproductiva.

- Control de embarazo: se aplica a las gestantes.

- Diagnóstico precoz de cáncer de mama: dirigido a mujeres mayores de 50 años, siguiendo el protocolo del Programa de Prevención Precoz del Cáncer de Mama que a nivel poblacional existe en la ZBS. La trabajadora social solicita la inclusión de estas mujeres acelerando fechas y agilizando todos los pasos para la realización de citología.

- Diagnóstico precoz de cáncer de cérvix: se incluyen mujeres con última citología cervicovaginal realizada hace más de un año.

- Vacunas: consiste en la revisión del calendario vacunal vigente en Andalucía y corrección en caso necesario. Se aplica a hijos de todas las edades.

- Salud infantil: se incluyen niños menores de 4 años.

- Valoración del desarrollo psicomotor: actividad priorizada a realizar en niños menores de 4 años en cualquiera de los contactos con el pediatra utilizando el test de Denver¹¹.

- Valoración somatométrica: actividad priorizada en menores de 4 años a rea-

TABLA 1. Características de la población de estudio

Variables	Grupo preintervención Mujeres (n ₁ = 36)	Grupo postintervención Mujeres (n ₂ = 35)
Edad	32,8 (DE, 8,6)	34,4 (DE, 11,18)
Estado civil	C-64% S-30,6%	C-63% S-31,4%
N.º de hijos totales	2,4 (DE, 1,16)	2,05 (DE, 1,57)
N.º de hijos en casa de acogida	2,167 (DE, 1,134)*	1,28 (DE, 0,957)*
Tiempo en ZBS	6,028 (DE, 6,99)*	2,94 (DE, 2,42)*
Procedencia	Provincia, 25%	Provincia, 40%
	Andalucía, 55,5%	Andalucía, 48,5%
	Resto del país, 11%	Resto del país, 8,5%
	Inmigrantes, 8,3%	Inmigrantes, 2,8%
Factores de riesgo del agresor	Alcoholismo, 25%	Alcoholismo, 22,9%
	Drogas, 30,6%	Drogas, 20%
	VIH+, 16,7%	VIH+, 8%
	Promiscuidad, 16,7%	Promiscuidad, 14,3%
Variables	Hijos (n ₁ = 70)	Hijos (n ₂ = 41)
Edad	8,556 (DE, 4,9)*	6,27 (DE, 4,1)*
Sexo	Mujer, 48,6%	Mujer, 58,5%
	Varón, 51,4%	Varón, 41,5%

*Diferencias estadísticamente significativas ($\alpha = 0,05$. C: casadas; S: solteras, y DE: desviación estándar.

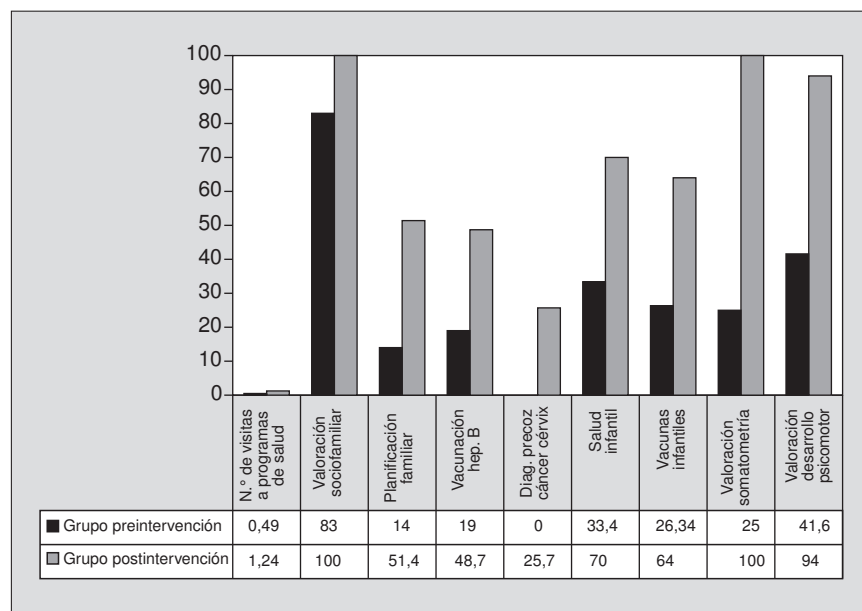


Figura 2. Participación en programas de salud y actividades preventivas (expresado en porcentaje).

lizar en cualquier contacto con el pediatra. Se define por tabla percentiles estándar.

– Analítica: se recoge la realización de analítica de sangre durante el proceso de atención, en cualquiera de sus determinaciones (hemograma y/o bioquímica, serologías, etc.).

– Problemas de salud: se recoge la existencia o no de problemas de salud en la historia clínica y se codifican mediante la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2 de la WONCA¹²).
– Fármacos prescritos: fármacos prescritos durante el seguimiento en el centro de salud en cualquiera de las con-

sultas, actividades y programas. Se analiza la presencia o no de prescripción y, en caso afirmativo, se codifican mediante la Clasificación Anatómica de Medicamentos¹³.

– Derivaciones: derivaciones realizadas durante el seguimiento en el centro de salud a otros niveles asistenciales. Se analiza la presencia o ausencia de derivaciones y las especialidades a las que se dirigen.

La valoración del impacto se realiza por comparación de las variables en los grupos pre y postintervención mediante los test estadísticos ji-cuadrado, t de Student y pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney, en caso de no cumplirse las condiciones de aplicación. El nivel de confianza establecido es de 0,95.

Resultados

La población de estudio se compone de 71 mujeres y 111 hijos, correspondiendo 36 mujeres y 70 niños al grupo preintervención y 35 mujeres y 41 niños al postintervención. La asignación a grupos se realizó en función de la fecha de la atención prestada en el centro de salud: hasta julio de 1999 en el primer grupo y desde agosto de 1999 hasta junio de 2000 para el grupo postintervención. Se ha recogido información de todos los sujetos incluidos, realizándose la recogida de datos en julio de 2000.

Las características de los sujetos de estudio se resumen en la tabla 1, donde se muestran las similitudes y diferencias entre los grupos comparados. El perfil de las mujeres es de alrededor de 33 años, casadas, con 2 o más hijos, procedentes de la provincia o del resto de la comunidad autónoma.

Respecto a la comparabilidad de grupos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el número de hijos en la casa de acogida, siendo menor en el grupo postintervención (más mujeres no acompañadas del total de sus hijos) y en el tiempo en la ZBS, mayor para el grupo preintervención (media de 6 meses frente a 3). En los factores del agresor analizados, destaca más de un 20% de al-

TABLA 2. Resultados de la medición de variables en grupos pre y postintervención

Variable	n1-n2	Grupo preintervención	Grupo postintervención	Test	p
N.º de visitas al médico de familia	53-37	2,05 (DE, 3,636)	3 (DE, 2,65)	U de M-W	0,002
N.º de visitas al pediatra	53-39	1,143 (DE, 2,67)	1,95 (DE, 1,93)	U de M-W	0,00006
N.º de visitas al trabajador social	106-76	0,96 (DE, 0,55)	1,09 (DE, 0,34)	U de M-W	0,03
N.º de visitas programas	106-76	0,94 (DE, 0,95)	1,01 (DE, 1,24)	U de M-W	0,0004
Vacunación de hepatitis B	106-76	18,86%	48,68%	χ^2	0,00002
Valoración sociofamiliar	106-76	83,96%	100%	χ^2	0,0006
Planificación familiar	34-31	14%	51,4%	χ^2	0,0004
Citología cervicovaginal	36-35	0	25,7%	χ^2	0,0003
Vacunas	70-41	26,34%	64%	χ^2	0,0002
Salud infantil	24-17	33,34%	70,58%	χ^2	0,003
Desarrollo psicomotor	24-17	41,66%	94,2%	χ^2	0,03
Somatometría	24-17	25%	100%	χ^2	0,006
Analítica	106-76	14,15%	38,15%	χ^2	0,0002
Problemas de salud	106-76	Ninguno, 47%	Ninguno, 14,47%	χ^2	0,000005
Fármacos	106-76	Ninguno, 65%	Ninguno, 39%	χ^2	0,007
Derivaciones	106-76	No, 87,7%	No, 67%	χ^2	0,0008

DE: desviación estándar; U M-W: test no paramétrico U de Mann-Whitney (no se cumplen condiciones de aplicación de t Student, variancias diferentes); χ^2 : ji-cuadrado corregida (test exacto de Fisher); n₁ = grupo de preintervención, y n₂ = grupo postintervención.

TABLA 3. Principales problemas de salud atendidos

Problemas	Grupo preintervención		Grupo postintervención	
	Mujeres (n = 36)	Hijos (n = 70)	Mujeres (n = 35)	Hijos (n = 41)
Alteraciones menstruales	5 (13,8%)		1 (2,8%)	
Ansiedad-depresión		1 (1,4%)	8 (22,8%)	1 (2,4%)
Algias osteomusculares			10 (28,5%)	
Signos, síntomas mal definidos		3 (4,3%)	5 (14,3%)	4 (9,7%)
Infecciones menores	3 (8,3%)	11 (31,42%)	18 (25,7%)	23 (56%)
Infecciones mayores	7 (19,4%)	4 (5,7%)		4 (9,7%)
Alteraciones cutáneas	3 (8,3%)		4 (11,4%)	3 (7,3%)
Enfermedades odontológicas	9 (25%)	1 (1,4%)	7 (20%)	
Anemia y carenciales		4 (11,11%)	4 (11,4%)	2 (2,8%)
Trastornos de conducta	3 (8,3%)	4 (5,7%)	1 (2,8%)	3 (7,3%)

coholismo y elevada proporción de adictos a drogas en ambos grupos. Los hijos están en edad escolar y es significativa la diferencia entre grupos: media de 8 años en el grupo preintervención frente a 6 en el postintervención. La valoración del impacto mediante análisis bivalente se resume en la figura 2 y en la tabla 2, donde se observa que se alcanza significación estadística de la diferencia en todas las variables analizadas. No figuran los resultados referentes a la inclusión en control de embarazo, por existir

únicamente 2 mujeres gestantes en el grupo 2 y al diagnóstico precoz del cáncer de mama: 6 mujeres mayores de 50 años, 2 en el grupo preintervención, incluidas en el programa, y 4 en el grupo postintervención, de las que se incluyeron 2. Los principales problemas de salud detectados se muestran en la tabla 3. Además, como diagnósticos relevantes son de resaltar un caso de hepatitis C e hidatidosis abdominal diseminada, 2 niños con retraso ponderal y psicomotor severo y un caso de hipoacusia.

Los fármacos prescritos se reflejan en la tabla 4, donde se agrupan en los principales grupos farmacológicos.

Las derivaciones realizadas a otros niveles asistenciales se muestran en la tabla 5.

Discusión

El perfil de las mujeres del estudio es concordante con otros estudios^{14,15}: mujeres en torno a 30 años, casadas (la mayoría en trámites de separación) y con hijos. Los niños son mayoritaria-

TABLA 4. Prescripción farmacológica. Frecuencia de los principales grupos terapéuticos

Grupo	Mujeres		Hijos	
	Grupo preintervención (n = 36)	Grupo postintervención (n = 35)	Grupo preintervención (n = 70)	Grupo postintervención (n = 41)
Digestivo	4	5	1	6
Antibióticos	9	4	8	11
Aparato locomotor	14	21	2	4
Psicofármacos	3	7	2	0
De acción respiratoria	12	10	12	9
Hierro	2	4	2	1

Las frecuencias absolutas corresponden a número de prescripciones.

TABLA 5. Derivaciones efectuadas a otros niveles asistenciales

Especialidad	Grupo preintervención (n = 36)	Grupo postintervención (n = 35)
	Mujeres	
Ninguna	29 (80,6%)	20 (57,1%)
IVE	2 (5,5%)	2 (5,7%)
Dermatología	1 (2,7%)	2 (5,7%)
Oftalmología	1 (2,7%)	1 (2,7%)
Neumología	1 (2,7%)	—
Traumatología	2 (5,5%)	—
Otorrinolaringología	1 (2,7%)	—
Odontología	—	6 (17,14%)
Ginecología	—	2 (5,7%)
Digestivo	—	1 (2,8%)
Neurología	—	1 (2,8%)
Cirugía maxilofacial	—	1 (2,8%)
	Hijos	
	Grupo preintervención (n = 70)	Grupo postintervención (n = 41)
Ninguno	64 (91,4%)	23 (56,1%)
Salud mental	3 (4,2%)	2 (4,8%)
Urgencias	1 (1,4%)	5 (12,2%)
Traumatología	1 (1,4%)	—
Neumología	1 (1,4%)	—
Neurología	—	1 (2,4%)
Otorrinolaringología	—	1 (2,4%)

mente de edad escolar¹⁶. Esta población de familias víctimas de violencia doméstica es en realidad un grupo seleccionado de entre éstas, ya que corresponden a aquellas mujeres que han denunciado su situación y han recurrido a las instituciones, y se sabe que en realidad corresponden aproximadamente a un 5-10% del total de mujeres en situación de maltrato⁵. Respecto a la procedencia, el sistema de

acogimiento impone en la mayoría de ocasiones sacar a las mujeres y sus hijos de la provincia de origen, si bien en el grupo postintervención ha aumentado el porcentaje de mujeres de la provincia. Este hecho puede deberse a la progresiva transformación de la casa de acogida de nuestra zona como centro de «emergencia», de forma que existe un primer acogimiento para luego trasladarse a otras ciuda-

des. Este hecho es concordante con el menor tiempo de permanencia en la ZBS del grupo postintervención.

Se han recogido pocos datos acerca del agresor: consideramos aquellos que pueden ser factores de riesgo para las mujeres e hijos. Se detecta una alta presencia de alcoholismo y drogadicción^{4,5,17}, de promiscuidad sexual y una elevada prevalencia de seropositivos VIH conocido que consideramos en relación con el alto porcentaje de adictos a drogas. Es conocido que no existe un perfil específico del agresor, que puede corresponder a cualquier condición socioeconómica; no obstante, son frecuentes la asociación de factores como el alcoholismo. Es de resaltar que, al igual que las mujeres, los agresores de nuestro estudio corresponderían a un grupo seleccionado de entre éstos.

Aunque no hemos recogido variables socioeconómicas, la práctica totalidad de las mujeres corresponde a estratos sociales deprimidos y a escaso nivel de formación. Este hecho no manifiesta que el maltrato sea característico del bajo nivel socioeconómico^{4,15}, sino que probablemente las mujeres de niveles medio y alto acudan menos a los centros de acogida; o que se informen más los casos sociales desfavorecidos⁴. En los estratos sociodemográficos deprimidos sí existen factores claramente favorecedores de la cronificación del maltrato: dependencia económica, mujeres maltratadas en varias generaciones, «costumbre» social.

La diferencia entre grupos de estudio pre y postintervención afecta al tiempo en la ZBS, menor en el segundo, y que las mujeres de este grupo no tienen todos sus hijos con ellas en el centro de acogida, en mayor proporción y con diferencia significativa respecto a las del grupo preintervención. Pensamos que el factor tiempo influiría en los resultados en el sentido de hacer más difícil la presentación de diferencias, y el

segundo factor puede afectar sobre todo a la situación anímica de las mujeres, por lo que consideramos básicamente que los grupos son comparables en cuanto a las características sociodemográficas estudiadas. Respecto a los niños, existe una diferencia significativa en la edad, siendo menor en los niños del grupo postintervención. No obstante, los espectros de edad son muy parecidos (predominio de edad escolar), siendo la diferencia media de 2 años, entre 8 y 6 años, clínicamente poco relevante.

En cuanto a los problemas de salud que presentan estas familias, es alta la prevalencia de signos y síntomas mal definidos, trastornos de ansiedad y algias osteomusculares, concordante con los resultados de otros estudios^{4,18}. Se interpreta que entre el denominado síndrome de maltrato¹⁵⁻¹⁷ las manifestaciones clínicas suponen una expresión de la rabia desplazada¹⁷ de estas mujeres, de forma que se manifiestan síntomas inespecíficos (cefaleas, alteraciones menstruales, dorsalgias, dispepsia...) en forma de somatizaciones. En los niños, además de las infecciones menores, propias de estas edades, son relevantes los trastornos de conducta, y hay que considerar que los malos tratos a mujeres constituyen también un problema pediátrico, ya que ser testigo de la violencia doméstica puede ser tan traumático como presentar agresiones directas, y este antecedente es factor predictivo reconocido tanto para sufrir en el futuro malos tratos como para infringirlos^{15,18,19}. Las diferencias en patologías en los grupos pre y postintervención pueden corresponder sobre todo al mayor interés diagnóstico que supone el establecimiento de un protocolo de atención específico.

La elevada frecuentación de las consultas a demanda está en relación con la presencia frecuente de síntomas y con el papel sustitutorio que los servicios sanitarios, y en especial la atención primaria,

tienen en personas en situación de desventaja social²⁰⁻²³.

La prescripción farmacológica está en relación con los problemas de salud presentados y responde en su mayoría a tratamientos sintomáticos. Es de resaltar que se muestra una baja prescripción de psicofármacos en relación a la alta prevalencia de trastornos psíquicos, que llega hasta el 25% de mujeres y 10% de hijos en el grupo postintervención.

La realización de citologías continúa en porcentajes bajos; no obstante, esto es explicable por: el escaso tiempo de permanencia en la ZBS, la situación personal de estas mujeres con las implicaciones emocionales que puede conllevar someterse a exploraciones ginecológicas para gran parte de la población femenina.

Los resultados parecen indicar una mejora de la participación en las actividades preventivas en el caso de mujeres atendidas tras la puesta en marcha de la intervención específica consensuada por el EBAP. Esta mejora se ha evaluado desde el punto de vista del proceso asistencial, pero al referirse a actividades preventivas protocolizadas es esperable una mejora global del nivel de salud de estas mujeres y sus hijos.

La intervención supone también otros efectos no siempre esperados, como el aumento de las consultas, las exploraciones complementarias, prescripción farmacológica y derivaciones, ya que se adopta una actitud más intervencionista y que se detectan más situaciones que deben estudiarse en profundidad. La asistencia a consulta demanda puede considerarse alta para el escaso tiempo de permanencia en la ZBS: son familias en necesidad de atención que solicitan ayuda directa o indirectamente. Se produce un desplazamiento de las derivaciones, hacia especialidades concretas, en probable relación con la mejora diagnóstica de la población de estudio (p. ej., odontología).

El diseño del estudio, no aleatorio, supone una limitación en cuanto a la calidad de la evidencia de las conclusiones; sin embargo, dado el carácter de la intervención, el tiempo en que podemos establecer ésta y el escaso tamaño de los grupos, el estudio cuasi-experimental nos pareció el más adecuado inicialmente. A pesar de la falta de asignación aleatoria nos parece que la comparabilidad de grupos es aceptable, si bien pueden intervenir otros factores no analizados, como son los aspectos psicológicos y la victimización secundaria^{15,24,25}. La falta de grupo control impide además hacer comparable a la población de la ZBS los problemas de salud, frecuentación, prescripción, etc.

Hay que considerar la falta de información por déficit de registro, si bien se ha cruzado la información de la historia clínica clásica, el sistema informático TASS y registros manuales de la trabajadora social, y también por la no inclusión en el estudio de variables muy importantes en el estudio del maltrato: factores del agresor, antecedentes de maltrato en familia de origen^{4,5}, valoración psicológica.

Como conclusiones de nuestro estudio resaltamos que la adecuación y la mejora de la accesibilidad en la atención prestada a familias víctimas de violencia doméstica mejoran su participación en actividades preventivas.

Bibliografía

1. Instituto Andaluz de la Mujer. Procedimiento de Coordinación para la atención a las mujeres víctimas de malos tratos y agresiones sexuales. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer, 1998.
2. Godoy FJ. Persecución legal de la violencia. Salud entre todos 2000; 83: 28-29.
3. Dirección General de Instituciones y Cooperación con la Justicia. Junta de Andalucía. Plan andaluz para avanzar en la erradicación de la violencia contra las mujeres. Conclusiones ge-

- nerales de las Jornadas de Formación para Operadores Jurídicos. Sevilla: septiembre de 1998.
4. Baker NJ, Mersy DJ, Tuteur JM, Cline JM. La violencia en la familia. Monografía. AAFP Home Study Self Assessment. Barcelona: AAFP, 1996.
5. Voces D, Real MA, Barajas MA. Atención a la mujer maltratada. FMC 1999; 6: 87-92.
6. Casasa Plana A. Violencia conyugal, importancia desde el punto de vista médico. Aten Primaria 1997; 19: 276-277.
7. Bayo Casanova M, Ruiz Cantero MT. A propósito del terrorismo familiar. Med Clin (Barc) 1999; 112: 757-758.
8. Comisión técnica sobre Maltrato y Abusos Sexuales. Guía de actuación en malos tratos y agresiones sexuales. Distrito sanitario de Málaga. Junio, 2000.
9. Martín ML, Muñoz F, Blanca F. Atención sociosanitaria a mujeres maltratadas residentes en una casa de acogida. Centro de Salud 2000; 8: 37-40.
10. Vivancos D, Martín M, Muñoz F, Blanca F. Violencia en el hogar. Atención sociosanitaria a niños residentes en una casa de acogida. Pediatría 2000; 20: 77-81.
11. Cruz M. Procedimientos diagnósticos-terapéuticos. Tratado de Pediatría (5.^a ed.). Vol II. Barcelona: Espaxs, 1983.
12. Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. Clasificación Internacional de la Atención Primaria CIAP-2 (2.^a ed.). Barcelona: Masson, 1999.
13. Sáenz A, coordinador. Indicadores cualitativos de la prescripción de medicamentos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994.
14. Aguilar L, Shaw MM, Rojas E. Mujer maltratada ¿por qué aguanta? TS Difusión 2000; 21: 14-15.
15. Cobo Plana JA. Manual de actuación sanitaria, policial, legal y social frente a la violencia doméstica. Guión de actuación y formulario. Barcelona: Masson, 1999.
16. Oliván Gonzalvo G. Características sociales y estado de salud de los menores que ingresan en Centros de Acogida. An Esp Pediatr 1999; 50: 151-155.
17. Cruz y Hermida J. Violencia doméstica femenina. El Médico 1999; 14: 40-54.
18. Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos. Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud. Plan de acción contra la violencia doméstica 1998-2000. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales-Instituto de la Mujer, 1999.
19. Domingo F. La violencia intrafamiliar. FMC 2000; 7: 205-208.
20. De la Revilla L. Necesidad, demanda y utilización. Modelos explicativos. En: De la Revilla L, editor. Monografías clínicas en atención primaria. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. Barcelona: Doyma, 1991; 1-9.
21. Delgado Sánchez A. Influencia de la necesidad y otras variables individuales. En: De la Revilla L, editor. Monografías clínicas en atención primaria. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. Barcelona: Doyma, 1991; 11-19.
22. Segovia Martínez A, Pérez Fuentes C, Torío Durantes J, García Tirado MC. Malestar psíquico y características sociodemográficas y familiares del hiperfrecuentador en atención primaria. Aten Primaria 1998; 22: 562-569.
23. Rubio Montañés ML, Adalid Villar C, Cordón Granados F, Solanas Saura P, Masó Casadellà D, Fernández Punset D et al. Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de los factores psicosociales. Aten Primaria 1998; 22: 627-630.
24. Mingote C, Torres FM, Ruiz S. Trastorno de estrés postraumático. FMC 1999; 6: 428-435.
25. Suárez Rodríguez T, Mullor Abad A. Violencia psicológica: la parte sumergida del iceberg. Medifam 1998; 8: 34-42.