

# Capítulo 53

## Violencia doméstica

L. Cabero Roura y D. Saldívar Rodríguez

### INTRODUCCIÓN

Es una realidad que cada día más esta situación se ha convertido en un problema social de primer orden, con una relevancia creciente en todos los contextos culturales, con una solución que necesita de abordajes multidisciplinarios e interinstitucionales. No cabe duda de que desde la óptica sanitaria, especialmente de salud pública, es una de las de mayor importancia dado que se debe incidir sobre las distintas fases del problema, desde su prevención y detección clínica hasta el tratamiento y rehabilitación de las alteraciones psicosociales que genera, así como en la identificación de los factores de riesgo. Los profesionales sanitarios han de desempeñar un papel preponderante no tan sólo en la identificación, sino también en la puesta en marcha de soluciones, lo cual implica su preparación técnica con una correcta formación continuada en este campo.

En la tabla 53-1 puede verse la magnitud del problema. Como puede apreciarse ha habido un constante incremento de muertes desde el año 1999, si bien en este último año ha habido una desaceleración del aumento, según el Instituto de la Mujer. En la tabla 53-2 puede apreciarse la evolución de las denuncias por delitos de lesiones y malos tratos en el ámbito familiar, que, como podrá observarse, son unas cifras espectaculares.

Alrededor de entre una tercera y una cuarta parte el problema se da en mujeres jóvenes (Tabla 53-3).

En cualquier caso, ésta no es una problemática solamente de nuestro entorno, sino que afecta a una de cada cinco europeas, siendo además muy significativo que sólo se denuncia un 10% de estas agresiones. Ante la importancia de este fenómeno, en todo el mundo se están desarrollando campañas preventivas con el fin de acabar con este tipo de violencia sexista.

Es difícil fijar un mismo patrón a las distintas personas que sufren violencia doméstica, así como también resulta muy difícil establecer un perfil único de los maltratadores. Las víctimas en ciertas ocasiones son personas que han tenido la poca fortuna de formar pareja con sujetos altamente agresivos o posesivos, lo que no significa una tendencia hacia este tipo de individuos. De todas maneras, una vez iniciado el escenario violento de agresiones y humillaciones, es más que probable que les sea difícil salir del mismo, tanto por su particular situación (dificultades económicas, aislamiento del entorno, etc.) como debido a las amenazas de su pareja. En referencia a los maltratadores, mayoritariamente varones, su forma de actuar

suele ser el fruto de la asunción de unos planteamientos machistas, considerando a la mujer como una persona-objeto, sobre la que pueden proyectar sus frustraciones o sobre la que han de mostrar su poderío. Estos rasgos culturales machistas pueden no estar vigentes en nuestra sociedad actual, pero sí lo están en otras áreas o en ciertos ambientes, en muchas ocasiones desfavorecidos. Por su lado, los maltratadores pueden ser sujetos con una falta total de escrúpulos y con una gran carga de hostilidad hacia el resto de la gente, con una escala de valores distinta, mostrando su comportamiento antisocial hacia su pareja con el fin de amenazarla, amedrentarla y tenerla a su disposición, o por el simple gozo con su dolor.

### CONCEPTO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

La definición más ampliamente aceptada es la incluida en la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, que afirma: «Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener un como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la vida privada».

Existen otras definiciones como, por ejemplo: «La violencia de género incluye maltrato, abuso y hostigamiento sexual en el entorno doméstico y público. El avance conceptual que representa identificar la violencia hacia la mujer como de género, es que se asume que las relaciones asimétricas de poder que existen en la sociedad entre hombres y mujeres representan uno de los factores más relevantes para entender la gravedad y dimensión de la violencia hacia la mujer. La característica de este tipo de violencia es que, a dife-

Tabla 53-1.

Maltrato por la pareja o la ex pareja	1999	2002	2006
TOTAL MUJERES	100,0	100,0	100,0
- Nunca	94,9	93,8	93,7
- Alguna vez en la vida	5,1	6,2	6,3
- En el último año	2,2	2,3	2,1
- Alguna vez en la vida pero NO en el último año	2,9	3,9	4,2

Fuente: Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres.

Tabla 53-2. Denuncias presentadas

Año	N.º denuncias mujeres
1997	18.882
1998	19.621
1999	21.778
2000	22.397
2001	24.158
2002	47.165
2003	56.484
2004	67.171
2005	72.098
2006	80.751

**Tabla 53-3.** Mujeres muertas por violencia de género a manos de su pareja o ex pareja en función de la edad

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Número de jóvenes muertas</b>	12	18	18	20	17	22	19	17
<b>Porcentaje respecto al total</b>	24%	29%	36%	37%	24%	31%	33%	25%
<b>Total</b>	54	63	50	54	71	72	58	68

Fuente: Elaboración a partir de los datos publicados por el Instituto de la Mujer basados en noticias de prensa y el Ministerio de Interior. A partir de 2006, datos de la Delegación Especial de Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer.

rencia de los otros hechos delictivos violentos, el factor de riesgo o vulnerabilidad lo constituye el hecho de ser mujer» (Irma Saucedo, 1997, en *Mujer indígena y violencia: entre esencialismos y racismos*, Mejías Flores S.).

La Organización Mundial de la Salud 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».

Esta Agencia incluye, además, la intencionalidad de producir daño en la comisión de estos actos.

Existen diversos términos que vale la pena definir y explicar sus contenidos.

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

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

**Violencia en la pareja.** Son aquellas agresiones que se producen en el ámbito privado en el que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima. Dos elementos deben tenerse en cuenta en la definición: la reiteración o habitualidad de los actos violentos y la situación de dominio del agresor, que utiliza la violencia para el sometimiento y control de la víctima.

**Violencia física.** La violencia física, considerando ésta como cualquier acción no accidental que provoque o pueda provocar daño físico, enfermedad o riesgo de padecerla:

- Violencia física directa, que puede consistir en contacto físico no deseado, golpes, violaciones e incluso el asesinato.
- Violencia física indirecta, como destruir objetos, arrojar objetos cerca de la víctima o contra ella. La violencia física indirecta incluye el maltrato a animales.

Ambas pueden originarse en el hogar entre los miembros de la familia; la violencia puede ser cometida tanto por hombres como por mujeres.

También pegar a un amigo, incluso a alguien de la familia, es violencia física.

**Violencia mental o emocional.** La violencia psíquica, considerando como tal los actos, conductas o exposición a situaciones que agreden o puedan agredir, alteren o puedan alterar el contexto afectivo necesario para tu desarrollo psicológico normal, tales como rechazos, insultos, amenazas, humillaciones, aislamiento.

- Amenazar a la víctima con actos de violencia física. Puede ser contra ella misma, contra los niños o las mascotas. Estas amenazas pueden ser explícitas y detalladas o bien vagas en contenido y plazo de tiempo.

- Violencia verbal. Amenazas, insultos y comentarios con intención de bajar la autoestima de la víctima. Los varones son las principales víctimas de este tipo de violencia doméstica.
- Violencia no verbal. Son fundamentales los gestos, las expresiones y las posturas.
- Abuso económico y social. Controlar el dinero y otros recursos económicos de la víctima, sabotear sus relaciones sociales, impedir que pueda verse con amigos o familiares y aislarla de contactos sociales. Los varones son las principales víctimas de este tipo de violencia de género.

**Violencia sexual.** Toda actividad dirigida a la ejecución de actos sexuales en contra de la voluntad de la persona, dolorosos o humillantes o abusando del poder, autoridad, con engaño o por desconocimiento en el caso de los menores.

**Violencia económica.** La violencia económica, como la desigualdad en el acceso a los recursos económicos que deben ser compartidos, al derecho de propiedad, a la educación y a un puesto de trabajo, derechos reconocidos en la Constitución.

**Corrupción.** La corrupción, como conductas desviadas, antisociales o desadaptadas que impiden la integración social (inducción a la delincuencia, explotación sexual...).

**Explotación laboral y mendicidad.** La explotación laboral y la mendicidad, son situaciones en las que mediante abuso de poder o por fuerza y con violencia un miembro de la familia obliga a otro a la práctica continuada de trabajos o actividades que o bien interfieren en su normal desarrollo o exceden de los límites de lo considerado normal en función de la edad, sexo, formación, o que se consideran humillantes o antisociales.

## CAUSAS

La etiología de la violencia doméstica es multifactorial y compleja, dependiendo del entorno en que aparece. Sin embargo, pueden identificarse factores como las actitudes socioculturales (desigualdades de género), las condiciones sociales, las relaciones conyugales, los conflictos familiares y los aspectos biográficos —como personalidad, historia de abusos y de violencia en la familia de origen— que se relacionan de una manera directa con la aparición de la violencia doméstica. Junto con estos factores, algunas situaciones propias de la tradición y la cultura de muchas sociedades se han relacionado específicamente con la violencia contra la mujer, entre las que pueden señalarse las relaciones de sumisión y dependencia de la mujer respecto al hombre, la justificación de la violencia masculina y su tolerancia por la sociedad e incluso por la mujer, los estereotipos sexuales y el rol limitado de la mujer a nivel social la explican en gran medida. De todas maneras, los cambios sociales de los últimos tiempos en relación con el papel de la mujer, ya sea en el ámbito privado (pareja, familia) como en el público (laboral, social), tendentes a una relación más igualitaria entre hombre y mujer, han facilitado que la problemática de la violencia doméstica se haya evidenciado, en parte debido a una mayor concienciación de la propia mujer respecto de sus derechos

y a su papel en la pareja, en la familia y en la sociedad, y también, por qué no decirlo, a una mayor sensibilidad social respecto al problema.

## EPIDEMIOLOGÍA

La lucha contra la violencia de género exige conocer adecuadamente la magnitud del fenómeno, así como las características de las mujeres que lo padecen, para determinar las principales situaciones de riesgo y poder prestar la adecuada protección a las víctimas. La información con la que se cuenta en estos momentos en muchos países presenta indudables carencias, y los datos disponibles, en muchas ocasiones, tienen limitaciones que impiden su adecuado seguimiento, comparación y análisis. La Organización Mundial de la Salud, en su último «Informe Mundial sobre Violencia y Salud» (2003) (que puede consultarse en [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/index.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/index.html)), recoge que la prevalencia de la violencia de género en los distintos países oscila entre el 10-69%, y reconoce que, junto con la violencia física, se produce también violencia psicológica. Además, en el 33% de los casos, las agresiones sexuales forman parte del contexto de violencia establecido en la relación de pareja.

El Consejo de Europa, en su informe «Estudio sobre las medidas y acciones adoptadas por los Estados miembros del Consejo de Europa» (2006), refleja que el 20-25% de las mujeres de la Unión Europea ha sufrido algún tipo de violencia física a lo largo de sus vidas, y que más de un 10% ha sufrido una agresión sexual, cifras que se elevan de manera significativa hasta alcanzar el 45% si la violencia incluye el acoso. También destaca que muchas de estas agresiones son ocasionadas después de que la relación haya terminado, circunstancia que refleja lo difícil que resulta el abordaje y la solución del problema.

En 1999, 2002 y 2006, el Instituto de la Mujer promovió la realización de encuestas destinadas a conocer la dimensión y características de la violencia contra las mujeres en el ámbito familiar (Tabla 53-1). Estas macroencuestas constituyen una de las formas utilizadas como referencia por muchos expertos para cuantificar la magnitud de la violencia contra las mujeres en España.

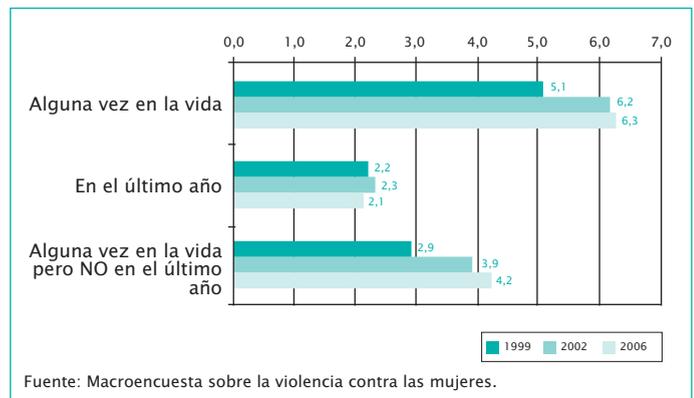


Figura 53-1. Maltrato por la pareja o ex pareja.

En España se conocen las cifras de denuncias presentadas ante los organismos competentes y el de mujeres que murieron a manos de su cónyuge o pareja (Tablas 53-1 y 53-3 y Fig. 53-1).

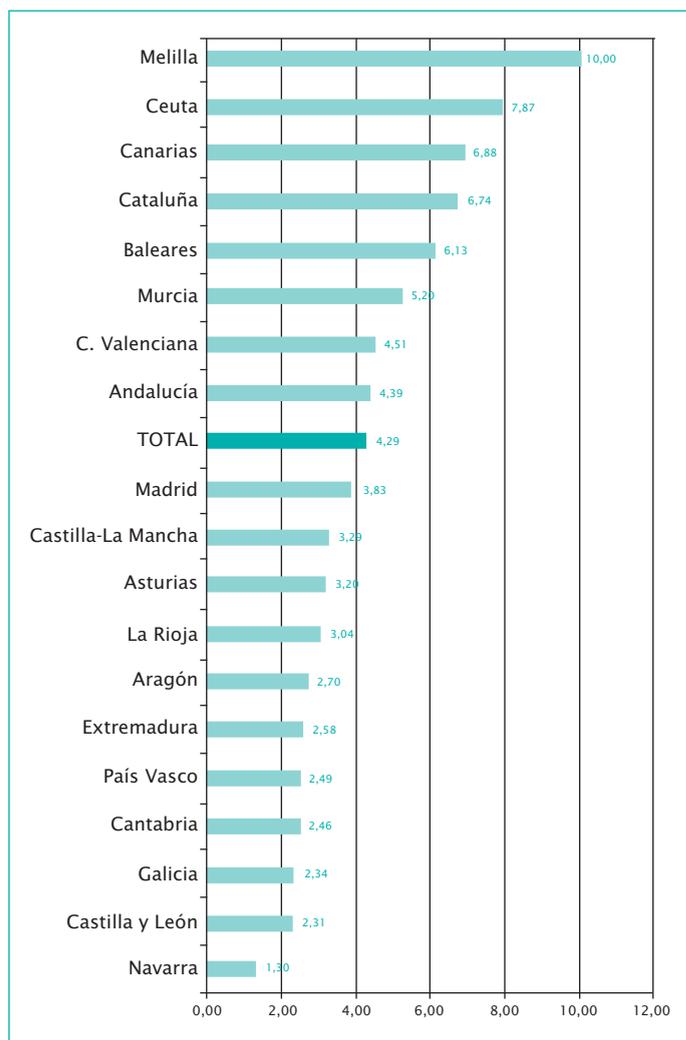
Comparando las cifras de 2006 con las de 2002, los mayores incrementos se observan en Cataluña, Baleares y la Comunidad Valenciana, y también cabe mencionar que han experimentado aumentos de más del 50% las comunidades de Castilla-La Mancha, Andalucía, Asturias, País Vasco y La Rioja (Tabla 53-4).

Como puede apreciarse, el 40% aproximadamente de estas denuncias fueron presentadas por mujeres jóvenes (Tabla 53-5).

En la figura 53-2 puede observarse la tasa de denuncias por violencia de género, en mujeres de más de 18 años, según la comunidad autónoma. Como puede apreciarse, Navarra es la comunidad con menos denuncias, frente a Melilla, que tiene una tasa seis veces mayor. Se estima que estas cifras sólo representan entre el 5-10% de los casos que se producen. Los motivos de denuncia son, en primer lugar, por malos tratos físicos y psíquicos, en segundo lugar los psíquicos solamente, y en tercer lugar los físicos. El incremento de las denuncias en los cinco últimos años puede no corresponder a un aumento real de malos tratos; posiblemente se denuncian más casos porque la mujer está mejor informada, es más consciente de sus de-

Tabla 53-4. Denuncias por año y comunidad autónoma

	2002	2003	2004	2005	2006	% variación 2002-2006
<b>TOTAL</b>	<b>47.165</b>	<b>56.484</b>	<b>67.171</b>	<b>72.098</b>	<b>80.751</b>	<b>71,21</b>
Andalucía	8.848	10.503	12.421	13.691	14.248	61,03
Aragón	988	1.041	1.265	1.412	1.469	48,68
Asturias	1.000	1.248	1.354	1.501	1.586	58,60
Baleares	1.351	1.706	2.136	2.278	2.524	86,82
Canarias	3.981	4.630	5.377	5.586	5.599	40,64
Cantabria	496	608	651	668	614	23,79
Castilla-La Mancha	1.507	1.837	2.158	2.257	2.587	71,67
Castilla y León	2.045	2.167	2.367	2.463	2.544	24,40
Cataluña	7.453	9.808	13.242	15.018	20.239	171,56
Com. Valenciana	5.235	6.415	8.053	8.290	9.027	72,44
Extremadura	809	965	1.100	1.155	1.153	42,52
Galicia	1.985	2.275	2.464	2.737	2.912	46,70
Madrid	6.776	7.914	8.869	9.260	9.942	46,72
Murcia	2.076	2.460	2.516	2.621	2.793	34,54
Navarra	338	322	392	347	327	-3,25
País Vasco	1.534	1.794	2.027	2.036	2.332	52,02
La Rioja	257	314	309	334	388	50,97
Ceuta	212	234	240	222	222	4,72
Melilla	274	243	230	222	245	-10,58



**Figura 53-2.** Tasas de denuncias por violencia de género en relación con la población de mujeres de 18 y más años según la comunidad autónoma, 2006.

rechos, dispone de más dispositivos de apoyo social, hay una mayor sensibilidad social ante el problema y porque los cambios legislativos que han tenido lugar en nuestro país respecto de los malos tratos facilitan el que se denuncien los hechos. En una encuesta realizada en Francia (ENVEF-2000), se encontró que un 10% de las mujeres encuestadas sufrían en ese momento violencia doméstica, cifra que hoy día se ha incrementado de manera ostensible en el país vecino.

En Canadá se estima que una de cada siete mujeres sufre maltrato y en el 40% de las víctimas se inicia durante el primer embarazo. En estudios realizados en países de América Latina (Chile, Colombia, Nicaragua, Costa Rica, Nicaragua y México), las cifras de prevalencia de violencia doméstica oscilan del 30 al 60%, pero son muy inexactas dada la falta de fuentes de información fidedignas. Sin embargo, la variabilidad es grande; en algunos países con bajo nivel de desarrollo y en otros en los que la discriminación de la mujer y conductas objetivamente maltratantes son aceptadas culturalmente tienen índices más altos de maltrato. En recientes publicaciones de estudios realizados en Reino Unido y en Irlanda, por médicos generales, encuentran que el 41% y el 39% de las mujeres estudiadas habían experimentado violencia física y las cifras eran aún más altas para la violencia psicológica.

En España no hay datos de prevalencia de violencia doméstica en estadísticas clínicas; en EEUU la prevalencia de la violencia doméstica en las estadísticas clínicas es alta. Un 15-30% de las mujeres que visitan los servicios de urgencias y un 12-13% de las que visitan el departamento de asistencia familiar revelaron haber sufrido abusos físicos o amenazas por parte de su compañero durante el último año. El 75% de las mujeres maltratadas que habían pasado por centros sanitarios siguió sufriendo agresiones.

El estudio macroencuesta «Informe anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer» (2006), coordinado por la Dra. Bengoechea, aporta datos muy interesantes que transcribimos en este apartado. Es interesante remarcar desde el punto de vista estadístico el incremento que se ha producido entre las solteras que manifiestan haber sido maltratadas por su pareja o ex pareja alguna vez en la vida (Tabla 53-6); no obstante, también es significativo el aumento de las solteras que han «salido» del maltrato.

Según el grupo de edad, la mayor proporción de manifestación de maltrato se da entre las mujeres de 30 a 59 años (por encima, en todo caso, del 7,4% del total de mujeres de ese grupo de edad); es de destacar también el fuerte incremento de maltrato manifestado por mujeres en el tramo de edad de 18 a 29 años, que pasa de un 3,1% en 1999 al 6,0% en 2006. Según el tamaño del hábitat, es en poblaciones grandes donde se produce una mayor declaración de violencia, manifestándose por un 6,9% de las mujeres en municipios mayores de 50.000 habitantes. Según la situación laboral, los mayores porcentajes de maltrato los declaran las mujeres laboralmente activas (ya sean ocupadas o paradas), con porcentajes en 2006 de 8,6% y 9,5% respectivamente, cuyos valores duplican los declarados para otras situaciones.

Según el nivel educativo, parece que la educación, aun en los niveles más altos, no evita la violencia, aunque los porcentajes más elevados de mujeres que manifiestan haber sufrido violencia de género se dan entre las que tienen niveles educativos intermedios. En 2006 estos valores corresponden a mujeres con bachiller elemental con un 7,2% y con bachiller superior con un 7,7%; este último grupo es el que sufre un mayor incremento en el período considerado, pasando de un 4,3% en 1999 a un 7,7% en 2006.

Si se analiza la evolución en función de la religión, las mujeres que se declaran católicas no practicantes y las agnósticas/ateas experimen-

**Tabla 53-5.** Denuncias por malos tratos producidos por la pareja o ex pareja presentadas por mujeres jóvenes

	2002	2003	2004	2005	2006
Número de jóvenes	15.773	18.840	22.289	23.869	25.074
Porcentaje respecto al total	36%	38%	39%	40%	40%
Total	43.313	50.090	57.527	59.758	62.170

Fuente: Elaboración a partir de los datos publicados por el Instituto de la Mujer basados en datos facilitados por el Ministerio de Interior.

Tabla 53-6. Niveles evolutivos del maltrato en mujeres según su situación de pareja

Maltrato por la pareja o ex pareja (% horizontales)	Alguna vez en la vida											
	Nunca			Total Alguna vez en la vida			En el último año			Alguna vez en la vida pero NO en el último año		
	1999	2002	2006	1999	2002	2006	1999	2002	2006	1999	2002	2006
TOTAL	94,9	93,8	93,7	5,1	6,2	6,3	2,2	2,3	2,1	2,9	3,9	4,2
Soltera	97,0	94,9	93,9	3,0	5,1	6,1	1,1	1,3	1,7	1,9	3,8	4,5
Casada	95,4	95,5	96,0	4,6	4,5	4,0	2,5	2,5	1,9	2,1	2,0	2,2
Separada	62,5	45,8	53,1	37,5	54,2	46,9	16,7	15,2	14,1	20,8	39,0	32,8
Divorciada	73,0	47,9	54,8	27,0	52,1	45,2	5,3	11,4	10,0	21,7	40,7	35,2
Viuda	95,7	95,4	95,8	4,3	4,6	4,2	0,4	0,3	0,4	3,9	4,3	3,8

Fuente: Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres.

tan incrementos no muy diferentes al incremento que se observa en las cifras totales, las que se declaran católicas practicantes mantienen un porcentaje con poca variación en los distintos años, mientras que las no católicas, que no practican ninguna religión, experimentan un fuerte incremento en 2002, llegando al 11,3%, y recuperan en 2006 el mismo porcentaje que en 1999 (7,9%).

Según el posicionamiento ideológico, las mujeres que se posicionan en el centro-izquierda manifiestan maltrato en mayor medida que las que se sitúan en la derecha; no obstante, los valores correspondientes a la violencia declarada por las mujeres que dicen situarse en la izquierda (7,4% en 2006) son similares a los que manifiestan las mujeres que se declaran de centro-derecha (7,3% en 2006).

## FACTORES DE RIESGO Y VULNERABILIDAD

### 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 parece que el perfil de mayor riesgo de ser mujer maltratada es el que posee alguna de las características que se exponen en la tabla 53-7.

Hay que tener presente en todo momento que dado el bajo índice de detección, probablemente muchas mujeres que no responden a ese perfil son también víctimas de maltrato. Una revisión de 52 estudios encontró que de un total de 97 factores potenciales de riesgo estudiados, el haber sido testigo de violencia familiar en la niñez o en la adolescencia era el más claramente relacionado con ser una esposa maltratada.

Un hecho interesante a remarcar es que las mujeres embarazadas sufren en mayor proporción el riesgo de la violencia doméstica. Hay hombres que viven el embarazo como una amenaza para su dominio. Algunos estudios han encontrado una asociación entre la vio-

Tabla 53-7. Factores de riesgo de ser mujer maltratada

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

lencia y problemas a lo largo del embarazo, entre los que se encuentran retraso en la asistencia, mayor número de abortos, partos prematuros y riesgo de recién nacidos con bajo peso.

### Factores de riesgo de ser hombre maltratador

Puede darse en cualquier contexto, clase social o nivel cultural, pero algunos factores o situaciones se han relacionado con ser hombre maltratador (Tabla 53-8). Los problemas con el alcohol y las drogas, desempleo, bajo nivel socioeconómico y los antecedentes de violencia en su familia de origen son comunes entre los agresores.

Existe un determinado tipo de individuos víctimas de malos tratos que desconcierta a los profesionales de la salud mental, asistentes sociales, fuerzas de seguridad y resto de la gente en general. Este grupo de víctimas no denuncia a sus agresores (y, en estas personas, este hecho no se debe al miedo), retira las denuncias si es que alguna vez se han producido, visita a sus parejas en las cárceles, incumple órdenes judiciales de alejamiento por malos tratos repetidos, etc. Pero lo más significativo es que estas personas, habitualmente mujeres, afirman con rotundidad que continúan queriendo con locura a sus parejas. Y no sólo eso, sino que una ruptura de una relación de este tipo vendrá seguramente acompañada de intentos desesperados de retomarla, o bien del inicio de una nueva pareja de similares características.

De la misma forma, un grupo de maltratadores también es bastante peculiar. Las continuas agresiones a sus parejas se acompañan de un sentimiento insano de posesividad, con unos celos habitualmente patológicos que denotan tanto la necesidad como la suspicacia que tienen hacia la persona que atacan. Dicha necesidad se manifiesta igualmente en el establecimiento de una nueva relación de pareja con similares características si se disuelve la anterior; o en intentos que pueden ser tanto de remordimientos, con súplicas y promesas de cambio de comportamiento, como de agresiones todavía más feroces (que son las que continuamente aparecen en los medios de comunicación) para evitar la ruptura.

El comportamiento de estos grupos de víctimas y maltratadores es notablemente paradójico, dado que no tiene sentido que una persona tienda a relacionarse con otra a la que agrede, maltrata y humilla sistemáticamente. Asimismo, es desconcertante en los maltratadores que tras sus episodios de agresiones exista una irremediable necesidad posesiva hacia la pareja, puesto que lo lógico sería que, si la odian, no tuvieran inconveniente alguno en romper la relación.

### Personalidad del maltratador

Los maltratadores suelen venir de hogares violentos, suelen padecer trastornos psicológicos y muchos de ellos utilizan el alcohol y

Tabla 53-8. Factores asociados con el riesgo de que un hombre maltrate a su pareja

Factores individuales	Factores de la relación	Factores comunitarios	Factores sociales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad joven.</li> <li>• Beber en exceso.</li> <li>• Depresión.</li> <li>• Trastornos de la personalidad.</li> <li>• Poca instrucción.</li> <li>• Ingresos bajos.</li> <li>• Haber presenciado o sufrido violencia cuando niño.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflicto matrimonial.</li> <li>• Inestabilidad del matrimonio.</li> <li>• Dominio masculino en la familia.</li> <li>• Mal funcionamiento familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sanciones débiles de la comunidad contra la violencia doméstica.</li> <li>• Pobreza.</li> <li>• Poco capital social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas tradicionales de género.</li> <li>• Normas sociales que apoyan la violencia.</li> </ul>

las drogas, lo que produce que se potencie su agresividad. Tienen un perfil determinado de inmadurez, dependencia afectiva, inseguridad, emocionalmente inestables, impacientes e impulsivos. Los agresores trasladan habitualmente la agresión que han acumulado en otros ámbitos hacia sus mujeres. El maltratador frecuentemente es una persona aislada, que no tiene amigos cercanos, es celoso (celotipia), tiene baja autoestima que le ocasiona frustración y debido a eso expresa actitudes de violencia.

Se señala que los hombres maltratadores caen en dos categorías: pitbull y cobra, con sus propias características personales.

**Pitbull**

- Solamente es violento con las personas que ama.
- Celoso y tiene miedo al abandono.
- Priva a la pareja de su independencia.
- Vigila y ataca públicamente a su propia pareja.
- Su cuerpo reacciona violentamente durante una discusión.
- Tiene potencial para la rehabilitación.
- No ha sido acusado de ningún crimen.
- Posiblemente tuvo un padre abusivo.

**Cobra**

- Agresivo con todo el mundo.
- Propenso a amenazar con cuchillos o revólveres.
- Se calma internamente según se vuelve agresivo.
- Difícil de tratar en terapia psicológica.
- Depende emocionalmente de otra persona, pero insiste en que su pareja haga lo que él quiere.
- Posiblemente haya sido acusado de algún crimen.
- Abusa de alcohol y drogas.

El pitbull espía a su mujer, es celópata, cae bien a todas las personas, excepto a sus novias o esposas. El cobra es un sociópata, frío, calculador, aunque puede ser cálido. El maltrato no cesa por sí solo. Después de que la mujer ha sido físicamente maltratada y tiene miedo, a veces cesa este tipo de abuso y lo reemplaza con un constante maltrato psicológico, a través del cual le deja saber a su víctima que el abuso físico podría continuar en cualquier momento.

En ciertos casos la violencia oculta el miedo o la inseguridad que sintió de niño ante un padre abusivo que lo golpeaba con frecuencia; ello hace que al llegar a ser un adulto prefiere adoptar la personalidad del padre abusador a sentirse débil y asustado. En otras ocasiones, los comportamientos ofensivos son la consecuencia de una niñez demasiado permisiva durante la cual los padres complacieron al niño en todo. Esto lleva al niño a creerse superior al llegar a ser un adulto y a pensar que él está por encima de la ley. O sea, que puede hacer lo que quiera y abusar de quien quiera. Piensa que se merece un trato especial superior al de los demás.

De todas maneras hay que recordar que la violencia doméstica no es solamente el abuso físico, los golpes o las heridas. Es peor la violencia psicológica y la sexual por el trauma que causan, que la violencia física, que todo el mundo puede ver. Hay violencia cuando se ataca la integridad emocional o espiritual de una persona. Esta violencia es más difícil de detectar. Es un hecho que la violencia física deja huellas visibles y puede lograr ayuda más fácilmente. Sin

embargo, a la víctima que lleva cicatrices de tipo psicológico le resulta más difícil demostrarlo. La habilidad manipuladora de la pareja que la presenta como una exagerada en sus quejas o simplemente como loca, hace que la mujer esté en una posición de vulnerabilidad.

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

Frecuentemente la violencia física viene precedida, a veces, por años de violencia psicológica. La violencia psicológica es despreciar a la mujer e insultarla de tal manera que llega un momento en que esa mujer maltratada psicológicamente ya cree que esos golpes se los merece. En esas condiciones es difícil que una mujer vaya a pedir auxilio ¡cuando cree que no lo necesita! Hay mujeres que se avergüenzan por lo que les sucede e incluso se creen merecedoras de los maltratos, de ahí que prefieran mantenerlos en secreto, prolongándose años en ciertas ocasiones.

Existen otras formas de abuso psicológico. Entre ellas está el aislamiento, en que le hacen el vacío a la mujer, ni le hablan, ni la miran y entonces ella se va creyendo que se merece ese trato. La intimidación es también un maltrato: «Si dices algo te mato». Muchas mujeres no se atreven a hablar, por las amenazas que sus maridos o sus compañeros lanzan contra ellas. También dentro de ese hábito de maltrato psicológico está el abuso económico: «Si dices algo no te voy a dar la mensualidad».

En ese contexto de maltrato psicológico hay otro tipo: utilizar a los hijos para hacer sentir culpables a las esposas. En este caso los hijos sirven de mensajeros: «Dile a tu madre que...». Las amenazas a través de los hijos, las amenazas de que le van a quitar al hijo, todos éstos son maltratos psicológicos que preceden al físico.

En la tabla 53-9 se relacionan los diversos tipos de manifestaciones de la violencia psicológica.

Tabla 53-9. Manifestaciones de violencia psicológica

- Abuso verbal: rebajar, insultar, ridiculizar, humillar, utilizar juegos mentales e ironías para confundir, etc.
- Intimidación: asustar con miradas, gestos o gritos. Arrojar objetos o destrozar la propiedad.
- Amenazas: de herir, matar, suicidarse, llevarse a los niños.
- Abuso económico: control abusivo de finanzas, recompensas o castigos monetarios, impedirle trabajar aunque sea necesario para el sostén de la familia, etc.
- Abuso sexual: imposición del uso de anticonceptivos, presiones para abortar, menosprecio sexual, imposición de relaciones sexuales contra la propia voluntad o contrarias a la naturaleza.
- Aislamiento: control abusivo de la vida del otro, mediante vigilancia de sus actos y movimientos, escucha de sus conversaciones, impedimento de cultivar amistades, etc.
- Desprecio: tratar al otro como inferior, tomar las decisiones importantes sin consultar al otro.

## CODEPENDENCIA

La mujer maltratada se vuelve codependiente de su marido (el agresor), aun después de ser golpeada. Es frecuente escuchar esta frase: «Es que yo lo quiero tanto». Mujeres que llevan años sopor-tando golpes dicen: «Yo no me separo porque lo quiero». Es imposible querer a una persona que te está tratando como si fueras un animal, eso es depender de esa persona.

Otro motivo por el cual algunas mujeres no superan de este problema de codependencia es que las anima la familia, y lamentablemente la Iglesia, a permanecer con el maltratador. Sobre todo la familia les aconseja que mantengan esa relación por «el bien de los hijos». «¿Cómo vas a dejar a tus hijos sin padre?», les dicen. ¿Qué es mejor, tener un padre que golpea a su madre y que luego golpeará a sus hijos, o no tener padre? Se les hace mucho más daño a los hijos cuando ven que su padre golpea a su madre. Para los niños pequeños la madre es la base de toda su vida, la base de su afectividad, la base de su seguridad. Si una madre es golpeada, sus hijos se derrumban afectivamente. Es mucho mejor separarse. A veces las mujeres no se separan y sufren en silencio por miedo a perder su seguridad económica y la de sus hijos. En muchos casos influye el factor económico. Soportan cuanta vejación venga con tal de no perder la seguridad económica para sí y sus hijos. Se trata generalmente de mujeres con poca preparación académica, conscientes de que sin el marido no podrían vivir cómodamente. Otras veces no se separan debido a las amenazas de más violencia o de muerte si intentan separarse. «Si le dices algo a la policía te mato.»

Cuando se pregunta a algunas mujeres por qué aguantaron maltrato durante años, la respuesta más común es ésta: «Por mis hijos; no quería que se criaran sin un padre». Parece una respuesta válida, pero si la analizamos profundamente descubrimos su inconsistencia. Sucede que en una situación de violencia los hijos también sufren. El crecimiento en una atmósfera de miedo, tensión y terror influirá negativamente en su desarrollo emocional y más tarde se manifestará en el abandono escolar, en el uso de drogas, en desórdenes psicológicos y en violencia y delincuencia.

En la tabla 53-10 se resumen las distintas causas por las que las mujeres pueden no denunciar estas situaciones de maltrato.

## DINÁMICA

Al principio de la mayoría de las relaciones es muy difícil que aparezca la violencia. Durante este período se muestra un comportamiento positivo. Cada miembro de la pareja muestra su mejor faceta. La posibilidad de que la relación termine es muy alta si ocurriera algún episodio de violencia. Antes de que se produzca la situación violenta, la pareja pasará por situaciones conflictivas en las que la violencia no aparece de forma clara (imposición de opiniones, control de la vida del otro, no compartir las tareas domésticas, etc.). El maltrato, normalmente, se produce de forma cíclica, denominándose «el ciclo de la violencia conyugal», con una intensidad y duración variable.

**Tabla 53-10.** Causas de la demora en la denuncia de la violencia

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

## Fase 1. Acumulación de tensión

La dinámica de la violencia doméstica existe como un ciclo, que pasa por tres fases. A medida que la relación continúa, se incrementa la demanda, así como el estrés. Hay un incremento del comportamiento agresivo, más habitualmente hacia objetos que hacia la pareja. Por ejemplo, dar portazos, arrojar objetos, romper cosas. El comportamiento violento es reforzado por el alivio de la tensión luego de la violencia. La violencia se mueve desde las cosas hacia la pareja y puede haber un aumento del abuso verbal y del abuso físico.

La pareja intenta modificar su comportamiento a fin de evitar la violencia. Por ejemplo: mantener la casa cada vez más limpia, a los chicos más silenciosos, etc. El abuso físico y verbal continúa. La mujer comienza a sentirse responsable por el abuso. El violento se pone obsesivamente celoso y trata de controlar todo lo que puede: el tiempo y comportamiento de la mujer (cómo se viste, adónde va, con quién está, etc.). El violento trata de aislar a la víctima de su familia y amistades. Puede decirle, por ejemplo, que si se aman no necesitan a nadie más, o que los de afuera son de palo, o que le llenan la cabeza, o que están locos, etcétera.

Esta fase difiere según los casos. La duración puede ser de semanas, días, meses o años. Se va acortando con el tiempo.

## Fase 2. Episodio agudo de violencia

Aparece la necesidad de descargar las tensiones acumuladas. El abusador hace una elección acerca de su violencia. Decide tiempo y lugar para el episodio, hace una elección consciente sobre qué parte del cuerpo golpear y cómo lo va a hacer. Como resultado del episodio, posteriormente la tensión y el estrés desaparecen en el abusador. Si hay intervención policial él se muestra calmo y relajado, en tanto que la mujer aparece confundida e histérica debido a la violencia padecida.

## Fase 3. Etapa de calma, arrepentimiento o luna de miel

Se caracteriza por un período de calma, no violento y de muestras de amor y cariño. En esta fase, puede suceder que el maltratador tome a su cargo una parte de la responsabilidad por el episodio agudo, dándole a la pareja la esperanza de algún cambio en la situación a futuro. Actúan como si nada hubiera sucedido, prometen buscar ayuda, prometen no volver a hacerlo, etc. Si no hay intervención y la relación continúa, hay una gran posibilidad de que la violencia haga una escalada y su severidad aumente. A menos que el maltratador reciba ayuda para aprender métodos apropiados para manejar su estrés, esta etapa sólo durará un tiempo y se volverá a comenzar el ciclo, que se retroalimenta a sí mismo.

Después de un tiempo se vuelve a la primera fase y todo comienza otra vez. Con el paso del tiempo el maltrato es más frecuente y severo y la víctima se encuentra con menos recursos psicológicos para salir de la situación de violencia. Cuanto más tiempo permanezca en la relación abusiva, la probabilidad de que las consecuencias psicológicas se hagan crónicas es mayor y el pronóstico de la recuperación será más desfavorable. La creencia, por parte de la víctima, de que debe potenciar con su conducta los aspectos positivos de su pareja tiene como consecuencia, en muchos casos, la adquisición de la responsabilidad de la violencia, así como la aparición de sentimientos de culpabilidad y de baja autoestima cuando sus expectativas fracasan.

El hombre agresor no se cura por sí solo, debe tener un tratamiento. Si la esposa permanece junto a él, el ciclo va a comenzar una y otra vez, cada vez con más violencia.

## CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

La gravedad de sus consecuencias físicas y psicológicas tanto para la víctima como para la familia hacen de la violencia doméstica un importante problema de salud con intensa repercusión social.

En las tablas 53-11, 53-12 y 53-13 se exponen las consecuencias del maltrato para la mujer, para los hijos y para el agresor.

## REPERCUSIÓN SOBRE LA SALUD MENTAL

Gomel (1998) hace una amplia revisión de los estudios que relacionan violencia doméstica con salud mental. Varios estudios con base poblacional encuentran asociación positiva entre la experiencia de malos tratos y problemas de salud mental, como depresión, ansiedad, síndrome de estrés postraumático, insomnio y quejas somáticas, aunque no hay estudios concluyentes sobre psicopatología previa y posterior a la vivencia de violencia en la pareja. En estudios realizados con mujeres maltratadas utilizando diferentes métodos y

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

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

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

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

**Tabla 53-11.** Consecuencias del maltrato para la mujer

### A nivel físico:

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

### A nivel psicológico:

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

### A nivel social:

- Aislamiento social.
- Pérdida de empleo.
- Absentismo laboral.

**Tabla 53-12.** Consecuencias sobre los hijos como testigos de violencia doméstica

### A corto plazo:

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

### A más largo plazo:

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

**Tabla 53-13.** Consecuencias para el agresor

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

## IDENTIFICACIÓN DE MALTRATO POR EL GINECÓLOGO

No cabe duda que en ciertas ocasiones será el ginecólogo el primer médico al que consultará una paciente con malos tratos, a veces por lesiones en el área genital, o a veces por el descubrimiento de las lesiones residuales (hematomas, lesiones incisas, lesiones postraumáticas, etc.) en el curso de una exploración ginecológica rutinaria o una obstétrica. En ese momento el profesional ha de estar alerta y saber manejar la situación con la profesionalidad debida a fin de poder brindar la máxima ayuda a esa paciente. Es muy frecuente que en primera instancia la paciente niegue todo tipo de maltrato físico, pero con una cierta maestría en el interrogatorio, habitualmente se termina por descubrir la verdad. Mucho más difícil es descubrir el maltrato psicológico, aunque como ya veremos más adelante existen ciertas técnicas para poder aflorarlo.

Hay estudios que han investigado la frecuencia con que las víctimas de abusos consultan al médico y cuándo éste identifica el maltrato. Sólo en un 28% de los casos en un estudio y en un 40% en otro se identificaba el abuso. En otro estudio encuentran que los médicos de familia sólo realizan cribado al 10% de las mujeres en primera consulta; los ginecólogos, el 17%, y los internistas, el 6%. La falta de tiempo y de costumbre para realizar el abordaje psicosocial y el temor a invadir la esfera privada de la mujer son alguna de las razones por la que no se realiza el diagnóstico.

Se acepta 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 médico. Así pues, si ello fue así, ¿por qué no se detectaron?

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

- El 20% por miedo a lo imprevisible, a la pérdida de control del médico al preguntar sobre violencia en el hogar.
- El 50% por limitaciones de tiempo, falta de preparación sobre el tema, miedo a ofender a la paciente, sensación de incapacidad y frustración al tratar el tema, no saber cómo abordarlo o cómo preguntar.
- El 42% por frustración por no poder controlar el comportamiento de la víctima.
- El 39% porque se identifican con sus pacientes.

Algunos profesionales sanitarios plantean problemas de credibilidad a la mujer. A veces la mujer no quiere comunicarlo por desconfianza hacia los servicios sanitarios.

Los médicos advierten de la necesidad de formación en el tema, lo que condiciona un infradiagnóstico. En un estudio realizado en México (Fawcett, 1998) sobre conocimientos y actitudes de médicos de hospital y de consultorios, se pone de manifiesto la infradetección, la ausencia de protocolos, las carencias formativas, los prejuicios sobre la mujer y las barreras institucionales (sobrecarga de trabajo, falta de tiempo y un infraregistro de los casos detectados). La mayoría manifestó su necesidad de formación en este campo. Por lo tanto, parece más que probado que existe una falta formativa en este campo, y que las entidades responsables de la formación de los médicos y los especialistas han de hacer un esfuerzo en la mejora de los planes de estudio, incluyendo este tópico de tanta repercusión social.

## PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

Aunque no haya evidencias muy sólidas sobre el impacto que pueden tener las estrategias preventivas, la importancia del problema de la violencia doméstica apoya la necesidad de que los profesionales sanitarios en general, y los ginecólogos en particular, deban comprometerse en la detección de la violencia doméstica por su alta prevalencia, por su carácter repetitivo, por las dramáticas repercusiones en la víctima y en los distintos miembros de la familia y por el alto coste sanitario y social.

El *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), el *American College of Physicians* y la *American Academy of Family Physicians* (AAFP) recomiendan a los médicos permanecer alerta ante la posibilidad de violencia doméstica como factor causal de enfermedades y lesiones. Un grupo de expertos convocado por el *National Council* y el *Institute of Medicine* de Washington, para evaluar las intervenciones sobre violencia familiar, publicó sus conclusiones en 1996 y, junto con otras organizaciones, como *Healthy People 2000* y la *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations*, recomiendan a todos los servicios de urgencias el empleo de protocolos para detectar y tratar a las víctimas de la violencia doméstica.

La *Canadian Task Force* y la *U.S. Preventive Services Task Force* establecen una recomendación a los médicos de permanecer alerta en busca de síntomas de maltrato, e incluir algunas preguntas acerca del maltrato como parte de la historia rutinaria en pacientes adultos. Las razones que aduce la *U.S. Preventive Services Task Force* son: la alta prevalencia de maltrato no detectado en mujeres, el valor potencial de esta información en la atención al paciente, el bajo coste y el poco riesgo de daño de este cribado. Otra organización, el *Family Violence Preventing Fund*, recomienda el cribado rutinario en mujeres mayores de 14 años, que acudan a las consultas de atención primaria, servicios de urgencias, consultas de obstetricia y ginecología, ingresos hospitalarios o entornos de salud mental.

El médico ha de poder establecer los tres niveles de prevención, como se explica a continuación.

### Prevención primaria

Influir en las causas de la violencia doméstica por parte de los sanitarios en la prevención primaria es muy limitado, ya que habitualmente se trata de actuaciones educativas, en el marco de las instituciones docentes, orientadas al respeto, la igualdad, la tolerancia y la no-violencia en el seno de la familia y a la promoción de una cultura igualitaria entre géneros y clases. La escuela y la sociedad deben jugar un papel orientado a crear un clima de no tolerancia hacia los agresores, a mejorar el estatus de la mujer en la sociedad y a exigir cambios en las normas sociales. Podemos contribuir a través de la educación para la salud, respecto de las relaciones interpersonales, la comunicación y la convivencia.

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

- Identificar personas con mayor riesgo de sufrir violencia doméstica:

- Mujeres con perfil de riesgo de sufrir maltrato (dependencia, baja autoestima, aislamiento, historia de maltrato en la familia de origen...).
- Hombres con perfil de riesgo de maltratadores (hombres violentos y controladores, con bajo control de impulsos, con historia de malos tratos en la familia de origen). Con estas personas el profesional debe intervenir cuando sea posible, y en todo caso debe estar alerta para hacer una detección precoz.
- Identificar situaciones de riesgo o mayor vulnerabilidad: abuso de alcohol, pérdida de empleo, consumo de drogas, embarazo, conflictos, pérdidas o fracasos, separación, disfunción familiar.

### Prevención secundaria

La baja detección de la violencia doméstica y el retraso en el diagnóstico con las consecuencias que estos hechos llevan consigo es preocupante, y por ello existe la necesidad de encontrar mecanismos para su detección, «para romper el silencio» y poder ayudar a las víctimas y prevenir que se perpetúe o agrave la situación. Diferentes profesionales sanitarios deben implicarse en la detección, pero los médicos de familia y los ginecólogos tienen un papel clave por su accesibilidad y por la alta frecuentación de la población en las consultas de estos profesionales, por la continuidad en la atención, por el carácter longitudinal de la asistencia que prestan y porque a menudo gozan de la confianza de la paciente. Esto hace que ocupen un lugar de privilegio para la detección precoz del maltrato y eso mismo les confiere una responsabilidad respecto a su papel en este importante problema de salud, que hasta el momento como colectivo no han asumido plenamente.

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

La AMA en su *Gua para el diagnóstico y tratamiento de la violencia doméstica* (1994) dice: «El médico puede ser la única persona fuera de la familia a la que una mujer le pida ayuda; estos profesionales tienen una oportunidad única y la responsabilidad de intervenir».

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

### Cribado

Aunque por el momento no hay suficientes evidencias científicas que permitan aconsejar el cribado sistemático a la población general para la detección de maltrato, se aconseja al médico que esté alerta ante situaciones de riesgo, indicios o síntomas de violencia doméstica. La identificación de víctimas de maltrato es una tarea difícil, pues la mujer con frecuencia no está dispuesta a dar voluntariamente información sobre el abuso; por ello los profesionales sanitarios, en su conjunto, médicos y enfermeras, deben estar atentos a los signos de alerta.

En realidad, las mujeres que consultan específicamente por una agresión física son sólo una pequeña parte de las que sufren violencia. Muchas acuden a la consulta quizás con síntomas inespecíficos, consultas reiteradas por motivos banales, quejas somáticas o trastornos psicológicos poco específicos y quizás no se llegue a atisbar el mensaje oculto de esas quejas, que pueden ser la carta de presentación, la llamada de atención ante un problema que la mu-

jer no se atreve a revelar directamente, pero que a la vez nos está pidiendo ayuda. A veces estará explorando nuestra actitud, nuestra receptividad, y en función de nuestra respuesta expondrá o no su problema.

### **Cuestionarios estandarizados para la detección de la violencia doméstica**

Numerosos estudios han utilizado diferentes cuestionarios estructurados para la detección de los malos tratos en consultas prenatales, en servicios de urgencias, de salud mental etc. y varias publicaciones han presentado estudios de revisiones sistemáticas de diferentes instrumentos de cribado utilizadas en distintos ámbitos analizando sensibilidad, especificidad, validez, factibilidad y aceptabilidad.

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

Aunque no existe consenso respecto a la utilización rutinaria de cuestionarios específicos para el cribado de la violencia doméstica en la población general (no en la de riesgo), sí se aconseja incluir preguntas sobre la existencia de maltrato en el curso de la entrevista clínica, que pueden ayudar a la detección.

*¿Cómo ha de ser la entrevista en estos casos?*

Algunas normas que pueden facilitarnos la realización de la entrevista clínica se muestran en la tabla 53-14.

*Investigar síntomas de maltrato*

Los signos y señales que nos alertarán hacia la existencia de maltrato se muestran en la tabla 53-15.

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

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

**Tabla 53-14.** Normas para la entrevista clínica a la mujer ante sospecha de maltrato

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

**Tabla 53-15.** Signos y señales de alerta de maltrato.

#### **Físicos:**

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

#### **Psíquicos:**

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

#### **Actitudes y estado emocional:**

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

#### **Otros síntomas:**

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

Preguntas facilitadoras:

*La veo preocupada.*

*¿Cómo van las cosas en su familia?*

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

Esperar respuesta.

*¿Siente que no la tratan bien en casa?*

*¿Ha sufrido alguna vez malos tratos?*

*¿Se siente segura?*

*¿Ha sentido miedo?*

*¿Ha sido violentada o agredida físicamente, sexualmente?*

*¿Controla sus salidas?*

*¿Le controla el dinero?*

*¿La ha amenazado alguna vez?*

*¿Tiene armas en casa?*

*¿Ha contado su problema a algún familiar o amigo?*

#### **Prevención terciaria**

Si se llega al diagnóstico, es decir, al conocimiento de la existencia de una situación de maltrato, es preciso hacer una valoración inicial de la situación de riesgo inmediato: riesgo vital por las lesiones, riesgo potencial de homicidio o de nuevas agresiones y riesgo de suicidio. Valorar si se trata de una situación aguda o crónica y establecer un plan de actuación (teniendo en cuenta la opinión de la mujer, la situación de los hijos, los apoyos con los que cuenta) para lo cual hoy disponemos de recursos, que en general el trabajador social puede poner en marcha, bien directamente o a través del teléfono permanente de atención a mujeres maltratadas en distintas instituciones: centros de emergencia, SAM (Servicio de Atención a la Mujer de la Policía Nacional), EMUMES (Equipo de Mujer y Menores de la Comandancia de la Guardia Civil), HOT Lines del Instituto de la Mujer, Asociación de Asistencia a Víctimas de Malos Tratos y Agresiones Sexuales, etcétera.

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

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

Las actuaciones a realizar están basadas en su mayoría en el protocolo sanitario del Servicio Interterritorial para la actuación ante los malos tratos y en otras guías de actuación ante la violencia doméstica que se resumen en la tabla 53-16.

### Actuación con los hijos

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

Las normas de actuación serán las siguientes y en la medida de lo posible crear una atmósfera de confianza y seguridad:

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

### Actuación con el agresor

Con frecuencia el agresor acompaña a la víctima al médico y como médicos no debemos eludir la actuación con el agresor. La entrevista con el maltratador no es fácil para cualquier profesional de la salud, pero las recomendaciones que siguen pueden servir de orientación y ayuda.

Las normas de actuación para la entrevista con el agresor:

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

La estrategia terapéutica de la violencia doméstica debe incluir, además de la atención a la víctima, también a los hijos y a la pareja o esposo maltratador. Sabemos que un 30% de las mujeres maltratadas continúa compartiendo la vivienda con su agresor, de ahí que tratar sólo a la víctima no sería suficiente. El tratamiento y seguimiento al maltratador puede ayudar a romper el ciclo de la violencia. En no pocas ocasiones la mujer se separará del marido violento, pero con frecuencia éste puede formar una nueva pareja en la que, con mucha probabilidad, se repetirá la situación anterior si no cambian los condicionantes. Las actuaciones con el maltratador se encaminarán hacia el repudio social a las conductas maltratantes y al cumplimiento de las medidas punitivas establecidas por la ley y se complementarán

con las intervenciones psicosociales orientadas a la rehabilitación y reinserción social; los programas de rehabilitación intentan conseguir que asuman su responsabilidad y el cambio de conducta, y serán complementarios pero nunca sustitutivos de las medidas penales.

No hay acuerdo y hay gran escepticismo respecto a las posibilidades rehabilitadoras de los hombres maltratadores; los datos que se conocen tanto en Europa (13 de los 15 países miembros tiene algún programa de rehabilitación) como en EEUU, no son muy alentadoras, pero se ha de tener en cuenta que estas intervenciones (terapias cognitivo-conductuales) se hacen en hombres generalmente convictos de delitos graves, por orden judicial (no de forma voluntaria) casi siempre y con alto índice de abandono de la terapia, de ahí que sus conclusiones no pueden ser de aplicabilidad general.

En ciertas ocasiones puede ser necesaria la intervención de atención especializada (psiquiatra), así como la intervención del forense, dependiendo del tipo y gravedad de las lesiones. Todas las agresiones sexuales deben ser enviadas al hospital para una valoración ginecológica y forense; cabe señalar que la exploración en casos de maltrato sexual debe realizarse con el concurso del médico forense; en otros tipos de maltrato se enviará cuando la situación clínica de la paciente lo aconseje. Nuestra actuación ante los casos de hecho está más clara y de alguna forma sería poner en práctica el protocolo de actuación aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, u otros similares que ya tienen en marcha varias comunidades autónomas, así como algunas guías publicadas en otros países.

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

## RECOMENDACIONES BÁSICAS ANTE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

### Profesionales de atención primaria

- Estar alerta ante la posibilidad de maltrato.
- Identificar situaciones de riesgo y mayor vulnerabilidad.
- Estar alerta ante demandas que pueden ser una petición de ayuda no expresa.

**Tabla 53-16.** Actuación del profesional de atención primaria ante la violencia doméstica

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

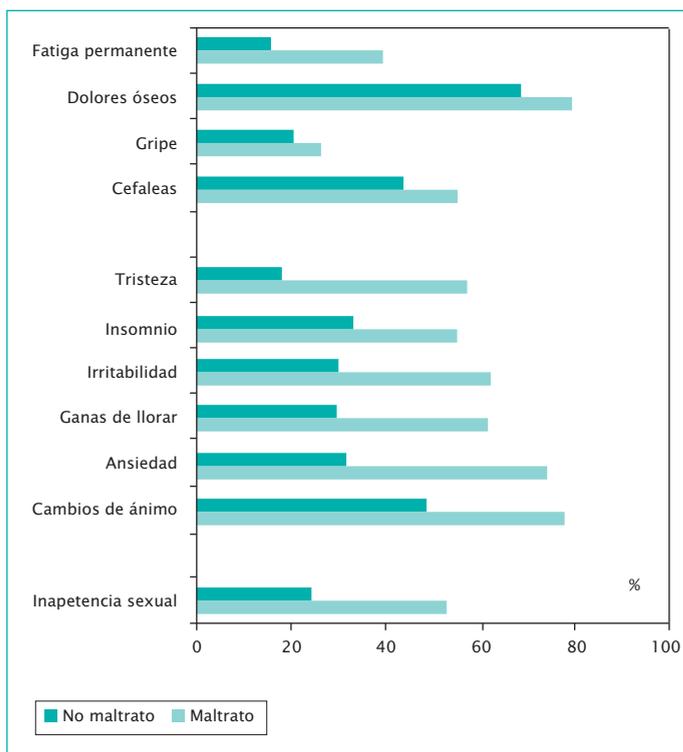
- Una vez diagnosticado el maltrato, poner en marcha estrategias de actuación con la víctima, con los hijos y con el agresor.
- Identificación de trastornos psicopatológicos en la víctima y en el agresor.
- Coordinar nuestra actuación con el trabajador social, los servicios especializados y el pediatra 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.

**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.

Hablar de prevención «global» de la violencia doméstica puede parecer demasiado ambicioso por las dificultades objetivas que entraña, ya que, como se ha ido mencionando, para prevenir la violencia doméstica hay que afrontar las causas estructurales y sociales que sustentan las desigualdades de género, sociales, económicas y políticas ancladas en la estructura de nuestra sociedad, pero no por ello inamovibles. En este contexto los sanitarios sólo somos una pequeña parte de la gran cadena necesaria para abordar eficazmente el problema, pero eso no nos exime de la parte de responsabilidad que nos concierne como sanitarios, siendo sensibles al problema y asumiendo nuestro papel en la detección, en el tratamiento y apoyo a las víctimas.

En las tablas 53-17 y 53-18, así como en la figura 53-3, se procede con un resumen de las consecuencias de la violencia doméstica.



**Figura 53-3.** Presencia de síntomas (%) en mujeres que declaran maltrato por su pareja (o ex) y las que no. España 2006.

**Tabla 53-17.**

<b>Consecuencias fatales</b>
• Muerte (por homicidio, suicidio, etc.).
• Consecuencias en la salud física.
• Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras, etc., que pueden producir discapacidad.
• Deterioro funcional.
• Síntomas físicos inespecíficos (por ejemplo cefaleas).
• Peor salud.
<b>Consecuencias en condiciones crónicas de salud</b>
• Dolor crónico.
• Síndrome del intestino irritable.
• Otros trastornos gastrointestinales.
• Quejas somáticas.
<b>Consecuencias en la salud sexual y reproductiva</b>
• Por relaciones sexuales forzadas: pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, sangrado y fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infección urinaria, embarazo no deseado, etcétera.
• Por maltrato durante el embarazo: hemorragia vaginal, amenaza de aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer, etcétera.
<b>Consecuencias en la salud psíquica</b>
• Depresión.
• Ansiedad.
• Trastorno del sueño.
• Trastorno por estrés postraumático.
• Trastornos de la conducta alimentaria.
• Intento de suicidio.
• Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos.
<b>Consecuencias en la salud social</b>
• Aislamiento social.
• Pérdida de empleo.
• Absentismo laboral.
• Disminución del número de días de vida saludable.
<b>Consecuencias en la salud de las hijas e hijos</b>
• Riesgo de alteración de su desarrollo integral.
• Sentimientos de amenaza.
• Dificultades de aprendizaje y socialización.
• Adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras.
• Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas.
• Con frecuencia son víctimas de maltrato por parte del padre.
• Violencia transgeneracional con alta tolerancia a situaciones de violencia.
• La violencia puede también afectar a otras personas dependientes de la mujer y que convivan con ella.

**Tabla 53-18.**

	Maltrato			
	Sí		No	
	Nº	(%)	Nº	(%)
Salud psíquica				
Consumo de tranquilizantes	44	(50,6)	47	(26,9)
Consumo antidepresivos	35	(44,9)	45	(26)
Consumo analgésicos	55	(56,1)	112	(46,7)
Consumo alcohol	15	(25,9)	20	(13,5)
Consumo drogas ilegales	4	(8,5)	2	(1,5)
Morbilidad psíquica	76	(57,6)	89	(30,9)

Fuente: Isabel Ruiz-Pérez y col., 2006.



## SÍNTESIS CONCEPTUAL

- ✓ La violencia de género incluye maltrato, abuso y hostigamiento sexual en el entorno doméstico y público.
- ✓ La prevalencia de la violencia de género en los distintos países oscila entre el 10% y el 69%. Un 15-30% de las mujeres que visitan los servicios de urgencias y un 12-13% de las que visitan el departamento de asistencia familiar revelaron haber sufrido abusos físicos o amenazas por parte de su compañero durante el último año.
- ✓ Los profesionales sanitarios han de jugar un papel preponderante no tan sólo en la identificación, sino también en la puesta en marcha de soluciones.
- ✓ Es difícil establecer un mismo patrón a las distintas personas que sufren violencia doméstica, así como también resulta muy difícil establecer un perfil único de los maltratadores.
- ✓ La etiología es multifactorial y compleja. Factores como las actitudes socioculturales (desigualdades de género), las condiciones sociales, las relaciones conyugales, los conflictos familiares y los aspectos biográficos como personalidad, historia de abusos y de violencia en la familia de origen se relacionan de una manera directa con la aparición de la violencia doméstica.
- ✓ Los factores más claramente relacionados con la violencia en el maltratador son experiencia de violencia en su familia de origen, el alcoholismo y el desempleo o empleo intermitente.
- ✓ Se señala que los hombres maltratadores caen en dos categorías: pitbull y cobra. El pitbull espía a su mujer, es celópata, cae bien a todas las personas, excepto a sus novias o esposas. El cobra es un sociópata, frío, calculador, puede ser cálido. El maltrato no cesa por sí solo.
- ✓ La persona maltratada se vuelve codependiente de su marido (el agresor), aun después de ser golpeada.
- ✓ La gravedad de sus consecuencias físicas y psicológicas tanto para la víctima como para la familia hacen de la violencia doméstica un importante problema de salud con intensa repercusión social.

## BIBLIOGRAFÍA

Calvo García M. Informe sobre el tratamiento de la violencia doméstica en la administración de justicia. Vol. I. Consejo General del Poder Judicial. Laboratorio de Sociología Jurídica. Universidad de Zaragoza; 2004.

Fernández Alonso C, et al. Plan de acción contra la violencia doméstica. Ministerio de Sanidad y SEMFYC; 2003.

Informe anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer; 2005.

OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud; 2004 ([http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia\\_2003.htm](http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm)).