
Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias

Isabel Ruiz-Pérez^{a,d} / Pilar Blanco-Prieto^{b,d} / Carmen Vives-Cases^{c,d}

^aCoordinadora de Investigación. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. España.

^bMédica titular del EAP de San Lorenzo del Escorial. Madrid. España.

^cProfesora Asociada. Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante. Alicante. España.

^dRed de Investigación de Salud y Género. Madrid. España.

Correspondencia: Isabel Ruiz-Pérez. Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario de Cartuja. Apartado de Correos 2070. 18080 Granada. España.
Correo electrónico: isabel.ruiz.easp@juntadeandalucia.es

Recibido: 22 de septiembre de 2003.

Aceptado: 11 de diciembre de 2003.

(Intimate partner violence: social and health determinants and responses)

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo realizar una revisión del problema de la violencia contra la mujer en la pareja, así como determinar sus causas y consecuencias, analizando de forma específica el papel de los profesionales sanitarios. Frente al abordaje epidemiológico clásico de «factores de riesgo», Heise propone «un marco ecológico integrado» para el estudio y el conocimiento de la violencia contra la mujer. Este marco estudia los factores que actúan en 4 ámbitos: individual, familiar, comunitario y sociocultural. En España se presentó en enero de 2003 un total de 2.519 denuncias por violencia de género; entre enero y noviembre de 2003, se contabilizó un total de 69 mujeres muertas por esta causa. No parece existir un patrón geográfico en la mortalidad y la incidencia de denuncias, ni tampoco una relación entre las tasas de incidencia de denuncias y la mortalidad. La única encuesta de ámbito nacional publicada en España es la realizada por el Instituto de la Mujer en 1999, que da una prevalencia de maltrato en las mujeres del 9,2%. En Granada, en un centro de atención primaria, se obtuvo una frecuencia del 22,8%. Desde los servicios sanitarios, con los que la mayoría de las mujeres contactan en algún momento de su vida, se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las que son objeto de violencia. Las/los profesionales que están en los puestos de administración y gestión pueden contribuir a poner de manifiesto este problema de salud, teniendo presente que es una de las principales causas de mala salud e incapacidad. Es evidente que, más allá de las campañas de sensibilización y la detección precoz, se debería diseñar estrategias de salud pública dirigidas a prevenir este grave problema, cuyas causas pueden modificarse.

Palabras clave: Violencia. Violencia doméstica. Abuso sexual.

Abstract

The present study aims to review the problem of intimate partner violence, as well as its causes and consequences. It will also specifically analyze the role of health professionals. In opposition to the classical epidemiological view of risk factors, Heise proposes an «ecological framework» to study violence against women. This framework analyzes the interplay among the personal, situational and sociocultural factors that combine to cause abuse. Regarding the frequency of intimate partner violence in Spain, in January 2003 there were 2.519 formal complaints and 69 women died between January and November 2003. No geographical patterns in mortality or the incidence of formal complaints of intimate partner violence or among the provinces with the highest incidence of formal complaints and those with highest mortality were observed. The only national survey published in Spain was performed by the Women's Institute in 1999, which reported a prevalence of domestic violence of 9.2%. A frequency of 22.8% was found in a primary health care center in Granada. Health services can play a key role in helping victims of domestic violence, since most women contact the health services at some time in their lives. Professionals in administrative or managerial positions can contribute to raising awareness of this health problem, which is one of the main causes of poor health and disability. Evidently, beyond consciousness-raising and early detection campaigns, public health strategies should be designed to prevent this serious health problem the causes of which can be changed.

Key words: Violence. Domestic violence. Sexual abuse.

Introducción

En 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la «Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer». En su artículo 1 la define como «todo acto de violencia por razones de sexo que tenga o pueda tener 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 privada»¹. Según esta declaración, la violencia contra la mujer abarca «la violencia física, sexual y psicológica que se produce en el seno de la familia y en la comunidad en general, incluidas las palizas, el abuso sexual de niñas, la violencia relacionada con la dote, la violación marital, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales dañinas para la mujer, la violencia no conyugal y la violencia relacionada con la explotación, el acoso sexual y la intimidación en el trabajo, en las instituciones educativas y en cualquier otro lugar, el tráfico de mujeres, la prostitución forzada y la violencia perpetrada o tolerada por el Estado»².

A todas estas formas de violencia se les denomina «violencia de género», que es aquella ejercida por los hombres contra las mujeres. Una de las formas más frecuentes de este tipo de violencia es la ejercida por el marido o compañero sentimental. Es la que se denomina habitualmente «violencia doméstica» o «violencia contra la mujer en la pareja»³.

El conocido «ciclo de la violencia doméstica», con sus 3 fases de tensión, agresión y reconciliación o luna de miel, se ha utilizado para explicar cómo se produce y mantiene la violencia⁴. Sin embargo, recientemente se plantea otra forma de relación violenta donde hay una situación continua de frustración y amenaza, pero donde sólo de forma ocasional aparece la agresión física¹. Esta llamada «forma moderada de violencia» sería más difícil de detectar en los estudios poblacionales que las formas más graves de abuso.

La violencia contra la mujer en la pareja es uno de los problemas de salud pública actualmente más importante por su creciente incidencia y mortalidad¹. Aproximadamente, un tercio de las mujeres de todo el mundo son víctimas y/o supervivientes de maltratos, violaciones y asesinatos⁵. Este problema resta años de vida a las personas que lo sufren, porque causa lesiones físicas y psicológicas irreversibles y, en algunos casos, la muerte^{6,7}.

La violencia contra la mujer en la pareja tiene su origen en las relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres. Según las Naciones Unidas, hasta 1991 sólo 22 países del mundo industrializado habían concedido a las mujeres iguales derechos que a los hombres en cuestión de matrimonio, divorcio y propiedad

familiar. Pero además, esta problemática sigue estando plagada de estereotipos negativos que afectan en gran medida a las redes de apoyo formales e informales a las que acude la mujer maltratada en algún momento. Estas mujeres suelen ser, de nuevo, victimizadas por los organismos que deberían prestarles protección y apoyo⁴.

Este trabajo tiene como objetivo realizar una revisión del problema, así como de sus causas y consecuencias. También se analizará de forma específica el papel de los profesionales sanitarios y los planes y acciones encaminados a erradicar la violencia. Por último, se sugerirán algunas recomendaciones para progresar en la lucha contra la violencia hacia la mujer en la pareja.

Causas

Para evitar y tratar un problema social como la violencia contra la mujer, es necesario conocer sus causas. Frente al abordaje epidemiológico clásico de «factores de riesgo», centrado en el agresor o en la víctima y desde la visión de la epidemiología social, se han propuesto modelos más complejos. Heise propone «un marco ecológico integrado» para el estudio y el conocimiento de la violencia contra la mujer². Este marco estudia los factores que actúan en 4 ámbitos distintos: individual, familiar, comunitario y sociocultural. Lo que plantea es un modelo multinivel en el que no existe un solo factor causal, sino más bien una interacción de factores que operan en niveles distintos y que pueden favorecer la violencia o proteger frente a ella. Las normas culturales relacionadas con la violencia, el género y las relaciones sexuales no sólo se manifiestan en el ámbito individual; también la familia, la comunidad y el más amplio contexto social, incluidos los medios de comunicación, los refuerzan o combaten. El conocimiento de estos factores y sus interacciones en niveles distintos en los diferentes contextos y ambientes culturales ayudará en el diseño de las diferentes estrategias de prevención.

Factores socioculturales

La violencia doméstica es estructural e institucional. Este tipo de violencia no es el resultado de casos inexplicables de conducta desviada o patológica. Por el contrario, es una práctica aprendida, consciente y orientada, producto de una organización social estructurada sobre la base de la desigualdad entre hombres y mujeres⁸. La violencia contra la mujer es, también, instrumental. La violencia de género no es un fin en sí misma sino un instrumento de dominación y control so-

cial. El poder de los hombres y la subordinación de las mujeres, que es un rasgo básico del patriarcado, requiere algún mecanismo de sometimiento. En este sentido, la violencia contra las mujeres es el modo de afianzar ese dominio.

Un ejemplo de lo anterior se recoge en las respuestas dadas a la encuesta del eurobarómetro realizada en los 15 estados miembros de la Unión Europea en 1999. Una de las preguntas era: «¿Cuáles son las causas de la violencia que identifican los europeos?». El 96% consideraba el alcoholismo; el 75%, la pobreza y la exclusión social; el 57%, el bajo nivel educativo, y el 64% mencionaba la genética, pero el 46% lo achacaba al comportamiento provocativo de las mujeres⁹.

Factores individuales

De los diferentes factores estudiados en este ámbito, el alcoholismo es uno de los más frecuentemente mencionados. Sin embargo, en este punto y como recomiendan Alberdi et al⁸, hay que diferenciar entre las causas de la violencia y los factores que la refuerzan o ayudan a que se haga más manifiesta. Aunque en los diferentes estudios se aprecia de manera constante una relación entre el consumo elevado de alcohol y la violencia contra las mujeres por parte de su pareja, muchas personas abusan del alcohol sin que por ello manifiesten un comportamiento violento, y en muchas de las agresiones que ocurren no está relacionado un consumo de alcohol. Sin embargo, sí parece que el consumo de alcohol aumenta la frecuencia y la gravedad de la conducta violenta^{1,4}.

Algunos estudios realizados en Nicaragua¹⁰, Camboya, Canadá y Estados Unidos demuestran que la exposición a la violencia doméstica por parte de los padres durante el período de crecimiento de los hijos, se asocia con la violencia doméstica contra la mujer ejercida por éstos en la vida adulta³. Sin embargo, hay que tener en cuenta que más de la mitad de los hombres que sufrieron esta exposición nunca se comportaron violentamente con sus propias parejas¹¹.

Factores comunitarios

Aun siendo cierto que se ejerce la violencia en todos los grupos sociales, los resultados de los estudios muestran que las mujeres de clases sociales inferiores la refieren más frecuentemente que las mujeres de clases sociales superiores¹²⁻¹⁵. Pero no está claro por qué la pobreza incrementa el riesgo de la violencia. ¿Es la pobreza en sí misma o los factores que la acompañan? ¿Son los ingresos, el nivel educativo, la disparidad entre marido y mujer respecto a la posición social o los re-

cursos socioeconómicos, el hacinamiento u otras variables?

Factores familiares

En el ámbito de las relaciones familiares, diferentes estudios han mostrado que tanto los conflictos de pareja como el dominio del hombre de la economía y la toma de decisiones en la familia pueden constituir importantes factores de riesgo para una situación de violencia².

Factores protectores

Varios estudios han constatado que cuando la mujer tiene autoridad y poder fuera de la familia, el maltrato es infrecuente y también disminuye la violencia de forma notable cuando se produce una rápida intervención de otros miembros de la familia^{3,9}. Recientemente se ha puesto de manifiesto que la ausencia de apoyo social se relaciona con una mayor frecuencia de violencia ejercida contra la mujer en la pareja, y que un elevado apoyo social puede amortiguar el impacto de la violencia en la salud física y psíquica de la mujer maltratada¹⁶.

La violencia en cifras

Las dificultades para conocer las cifras de la violencia doméstica son enormes, aun en las sociedades en que ha aumentado la conciencia acerca de este problema. Y esto a pesar de que desde 1997 hay un mandato de la Unión Europea para recoger, elaborar y publicar anualmente los datos sobre la violencia contra las mujeres en cada uno de los países miembros.

Los datos que habitualmente se manejan en España son de carácter jurídico, donde se recoge el número de denuncias realizadas, así como los datos referentes a los recursos utilizados, como casas de acogida o de emergencia⁹. La recogida de datos a partir de las comisarías, los juzgados y los hospitales no ha hecho más que empezar y se lleva a cabo con poco rigor; a pesar de las indicaciones europeas, todavía no se ha iniciado el empleo de registros unificados para todo el país. La información más utilizada es la ofrecida por el Ministerio del Interior, y hace referencia al número de denuncias ocurridas como consecuencia de la violencia doméstica, que llegaron a ser en el año 2002 de 30.199. Sólo en enero de 2003 se produjeron 2.519 denuncias.

Respecto a los datos de prevalencia hallados en estudios epidemiológicos, en un informe del Center for Communications Programs, de la Universidad Johns Hopkins², donde se revisan cerca de 50 estudios de base

poblacional realizados hasta 1999, entre un 10 y un 69% de las mujeres en el mundo referían maltrato físico por parte de su pareja en algún momento de su vida (entre un 18 y un 58% en los países europeos). En los estudios comunitarios donde se indaga por los 3 tipos de violencia conjuntamente (psíquica, física y sexual), las frecuencias oscilan entre un 25 y un 60%¹⁷⁻¹⁹.

En España, los únicos datos de frecuencia que se han hecho públicos son los aportados por la Macroencuesta realizada por el Instituto de la Mujer, en 1999, que indica una cifra del 9,2% de mujeres consideradas «técnicamente» maltratadas y un 2,1% que se declaran como tales²⁰. Las diferencias en estas cifras podrían señalar que un elevado porcentaje de la violencia es aceptado por las mujeres o vivido por ellas como algo «natural» en su relación, o bien que éstas identifican la violencia sólo con un maltrato físico. En una segunda encuesta, realizada en el año 2002, las frecuencias son del 8,7 y el 2,3%, respectivamente (datos no publicados).

Un gran número de estudios se ha realizado en el ámbito sanitario (atención primaria o atención especializada, servicios de urgencias, consultas de ginecología), lo cual no es una coincidencia, ya que se ha comprobado que las mujeres que sufren malos tratos hacen un mayor uso del sistema sanitario. En el ámbito sanitario internacional, se manejan cifras de prevalencia que oscilan entre un 20 y un 55%^{12-14,21-29}.

En el ámbito de la atención primaria, se llevó a cabo un estudio en Granada, en el año 2002, para determinar la frecuencia y los tipos de maltrato sufridos por las mujeres asistentes a un centro de atención primaria, así como la respuesta que ellas daban a la violencia que padecían. La prevalencia de maltrato de cualquier tipo y en cualquier momento de la vida fue de un 22,8%, y un 9% refería que dicho abuso era «muy frecuente»³⁰.

Dado que los estudios sobre la violencia en la mujer son un área de investigación muy reciente, la mayoría de los trabajos publicados hacen referencia a la violencia global o sólo física, ya que es la más manifiesta y fácil de cuantificar; hay muy poca información de la frecuencia y las características de las otras formas de maltrato y cómo se relacionan entre ellas¹. Diversos estudios ponen de manifiesto que la violencia física en las relaciones de pareja se acompaña, casi siempre, de un abuso psicológico, y casi en la mitad de los casos por abuso sexual.

En el estudio realizado en Granada, el tipo de abuso más frecuente en el total de mujeres de la muestra fue el maltrato emocional (22,3%), seguido del físico (9,8%) y el sexual (5,1%). Más de la mitad de las mujeres maltratadas referían sólo un maltrato psicológico. El estudio de Coker¹⁴ también pone de manifiesto la elevada frecuencia de maltrato emocional, ya que el 12,5% de las mujeres estudiadas lo referían. El estudio de Gra-

Tabla 1. Selección de estudios de prevalencia de violencia contra la mujer en la pareja según distintos tipos de maltrato

Autores, año y referencia	Tipo de maltrato	Prevalencia (%)
Richardson et al, 2002 ¹³	Físico	41
	Control	74
	Amenaza	46
Coker et al, 2000 ¹⁴	Físico y sexual	55,1
	Emocional y psicológico	77,3
	Violencia pasada	22,7
Petersen et al, 2001 ¹⁷	Todo tipo de maltrato	28
Coker et al, 2000 ¹⁸	Todo tipo de maltrato	25,3
Mazza et al, 2001 ¹⁹	Todo tipo de maltrato	28,5
Mata et al, 2002 ³⁰	Todo tipo de maltrato	22,8
	Psicológico	22,3
	Físico	9,8
	Sexual	5,1

nada también puso de manifiesto que los diferentes tipos de abuso coexisten en una elevada proporción de mujeres. De las mujeres maltratadas, el 29,7% sufrió 2 tipos de abuso y un 16,5% los 3 tipos. Bradley et al²², en Irlanda, encontraron que el 25% de las mujeres habían experimentado 2 o 3 tipos de violencia. En la tabla 1 se recoge una selección de estudios de prevalencia de maltrato global y por tipos.

Impacto en la salud

Las consecuencias de la violencia contra las mujeres son muy amplias e influyen en todos los aspectos de sus vidas, su salud y la de sus hijos; además, se extienden al conjunto de la sociedad. En el modelo biomédico, la violencia suele clasificarse como una lesión intencionada, incluida a veces junto con las enfermedades no transmisibles. Evidentemente, es importante reconocer que la violencia es causa de lesiones, pero la valoración exclusiva de éstas limita el conocimiento de las muchas formas de violencia existentes y de sus múltiples consecuencias para la salud. La mejor forma de conceptualizar la violencia contra la mujer es como un factor de riesgo para la salud, ya que sus consecuencias implican una amplia gama de efectos en la salud de la mujer³.

La violencia contra la mujer, especialmente la doméstica y el abuso sexual, conlleva muchas consecuencias negativas para la salud física. Entre ellas se encuentran las lesiones traumáticas (desde cortes y hematomas a lesiones graves que causan una incapacidad permanente, como la pérdida de audición), el embarazo no deseado, los problemas ginecológicos, el dolor pélvico crónico asociado a veces con una enfermedad inflamatoria pélvica, la hipertensión, las cefaleas o el

síndrome de colon irritable³¹. La fibromialgia es un cuadro de dolor osteomuscular crónico generalizado, muy de actualidad en nuestro país, y es una de las consecuencias crónicas de la violencia contra la mujer que se menciona repetidamente cuando se analiza el impacto de la violencia en la salud física³².

La relación sexual forzada, sea con la pareja o con un extraño, puede originar un embarazo no deseado o una infección venérea, incluido el VIH/sida. La violencia o el temor a ella también pueden afectar de manera indirecta a la salud sexual y reproductiva, ya que influyen en la capacidad de la mujer para negociar el sexo seguro, incluido el uso de condones y anticonceptivos. La violencia también se produce durante el embarazo, por lo que sus consecuencias afectan no sólo a la mujer, sino también al feto o al recién nacido. La violencia durante el embarazo se asocia con abortos, muerte fetal, parto prematuro y muerte y lesiones fetales o del recién nacido. En varios estudios se observó asimismo su asociación con un bajo peso al nacer^{33,34}.

Por otra parte, hay indicios de que los diferentes tipos de abuso, así como su intensidad y duración, pueden tener diferentes repercusiones en la salud de la mujer. Así, el síndrome del intestino irritable se ha relacionado con el abuso sexual, mientras que el dolor pélvico se ha relacionado más con el abuso físico, particularmente en la infancia³⁵.

En relación con el impacto en la salud mental de la mujer, la mayoría de los estudios realizados valoran la prevalencia de los problemas psicológicos entre estas mujeres. Aunque hay autores que han defendido el «síndrome de la mujer maltratada», hoy se considera que el maltrato incrementa una serie de síntomas y cuadros clínicos que van desde la ansiedad, el insomnio o la baja autoestima hasta la depresión clínica o el trastorno por estrés postraumático³⁶. En la Macroencuesta del Instituto de la Mujer se preguntaba por diferentes síntomas de carácter psicológico. Prácticamente, todos ellos fueron referidos con mayor frecuencia por las mujeres maltratadas, sobre todo los cambios de ánimo y la tristeza²⁰.

En nuestro país el único intento conocido de estudiar el impacto en la salud mental de los malos tratos se llevó a cabo en el área de Sevilla, y está publicado como una monografía del Instituto Andaluz de la Mujer³⁷. En este trabajo se comparó la frecuencia de los malos tratos recibidos por las mujeres que consultan a los servicios de salud mental respecto a las que no contactan con ellos. Los resultados muestran una frecuencia mucho más elevada de maltrato entre las mujeres consultantes. Los cuadros psicopatológicos más frecuentes fueron los trastornos afectivos (depresión), somatoformes y de personalidad. En la tabla 2 se muestra una selección de estudios que analizan los problemas de salud relacionados con el maltrato.

Tabla 2. Selección de estudios de violencia contra la mujer en la pareja con los diferentes problemas de salud relacionados con el maltrato estudiados

Autores, año y referencia	Problemas de salud
McCaughey et al, 1995 ²⁴	Ansiedad, depresión Uso de drogas y alcohol Molestias físicas
Campbell et al, 2002 ³⁴	Enfermedades de transmisión sexual Problemas ginecológicos Problemas digestivos
Leserman et al, 1996 ³⁵	Morbilidad psíquica Numerosas intervenciones quirúrgicas Discapacidad funcional
Stein et al, 2001 ³⁶	Depresión mayor Trastornos de estrés postraumático
Jiménez Casado, 1995 ³⁷	Depresión Trastornos de la personalidad Trastornos somáticos

La expresión máxima de los problemas de salud que puede conllevar la violencia contra las mujeres es la muerte o «feminicidio», como se denomina cada vez con mayor frecuencia al homicidio femenino. En nuestro país, los datos del año 2002 muestran que 52 mujeres murieron como consecuencia de la violencia doméstica, y 69 más hasta principios de noviembre de 2003³⁸.

Recientemente, se ha dado un paso adelante en este sentido en España, al analizar la mortalidad y la incidencia de denuncias por violencia contra la mujer en la pareja por grupos de edad y provincias³⁹. Entre 1997 y 2001 se observó un incremento del 27% en las denuncias y del 49% en los asesinatos de mujeres a manos de su pareja en los últimos 5 años. No se detectó un patrón geográfico respecto a la mortalidad y la incidencia de denuncias, ni tampoco una relación entre las provincias de mayor tasa de incidencia de denuncias y las de mayor mortalidad.

Dificultades metodológicas

Es evidente que una valoración más precisa de la magnitud del problema de la violencia contra la mujer pasa por la realización de encuestas realizadas en la población general o en grupos poblacionales más específicos. Ello plantea un primer problema metodológico importante, ya que no existe una definición de violencia universalmente aceptada¹.

La definición de la «Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer» proporciona un marco conceptual y de defensa muy útil, pero para facilitar la investigación, la vigilancia y el seguimiento se necesitan definiciones operativas más con-

cretas. Desde el punto de vista de la investigación, este problema se solventa parcialmente centrándose en la medición de comportamientos o actos específicos y en sus efectos sobre el bienestar físico, sexual y emocional de la mujer.

Otro aspecto a tener en cuenta es la aplicabilidad transcultural de las definiciones, aspecto que surge en el contexto de los estudios internacionales. Los antropólogos y los defensores de la salud de la mujer señalan las dificultades de hacer clasificaciones internacionales, ya que la definición de la violencia contra la mujer es muy variable según las culturas³.

El Estudio Multinacional sobre la Salud de la Mujer y la Violencia Doméstica, coordinado por la OMS, pretende solventar esta laguna mediante el desarrollo de metodologías para medir la violencia contra la mujer y las consecuencias en su salud a través de las distintas culturas, poniendo en práctica esta investigación en 6 países diferentes. El protocolo y el cuestionario utilizados se basan en la experiencia de muchos investigadores preocupados especialmente por los aspectos metodológicos y éticos^{40,41}.

Reacciones y actuaciones frente al problema

Respuestas individuales: actitudes de la mujer

Las actitudes y respuestas de las mujeres ante una situación de violencia dentro de la pareja son un aspecto poco analizado en la bibliografía. La pregunta que suele surgir es: ¿por qué la mujer mantiene una relación donde existe maltrato? Para algunos autores, plantearse esta pregunta equivale a desplazar la responsabilidad del maltrato a la mujer y, además, en la pregunta está implícito el hecho de que un porcentaje muy elevado de las mujeres maltratadas no abandonan la relación⁴. Sin embargo, los resultados de estudios cualitativos confirman que las mujeres suelen adoptar estrategias activas tendentes a asegurar su seguridad y la de sus hijos¹. Uno de los pocos estudios cuantitativos publicados realizado en Nicaragua demuestra que el 41% de las mujeres referían haberse separado aunque fuera de manera temporal⁴². Por otra parte, aun siendo la separación o la denuncia las respuestas más activas que pueden tomar las mujeres frente a su situación, no tienen por qué ser las únicas. En un estudio realizado en Carolina del Sur (Estados Unidos), el 87% de las mujeres que sufrían violencia en sus relaciones de pareja compartían este problema con la familia, los amigos, los médicos o los terapeutas¹⁸.

En el estudio realizado en Granada, el 68,4% de las mujeres tenían una respuesta activa frente al problema, e intentaban resolver la situación mayoritariamente

mediante la separación, a la que recurrió un 58% de las mujeres maltratadas³⁰. Otro 15% intentó resolver la situación mediante la denuncia a la policía, lo que supone un aumento de esta actitud ya que, según los datos aportados por el Ministerio del Interior, en 1997 sólo un 5% de las mujeres denunciaron su situación de maltrato. La denuncia y, en general, la petición de ayuda han sido una salida muy reprimida socialmente hasta hace muy poco tiempo, al considerarse estos hechos como un fenómeno propio de la esfera privada. Por último, un 15% de las mujeres que sufrían o habían sufrido violencia consultaron a los profesionales médicos su problema, es decir, tuvieron ellas la iniciativa, lo que coloca al médico en una situación de especial responsabilidad en un tema tan trascendente, en el que la prevención y la detección precoz serían de una importancia vital para evitar secuelas posteriores y daños mayores.

Servicios de salud: ¿qué pueden hacer?

Desde los servicios sanitarios se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las mujeres que son objeto de violencia, ya que la mayoría entra en contacto con los servicios de salud en algún momento de su vida (embarazo, parto o cuidado médico de los hijos). Además, los malos tratos afectan pronto a la salud de las mujeres, por lo que éstas acuden a los servicios sanitarios.

Las/los profesionales que están en los puestos de administración y gestión pueden contribuir a poner de manifiesto el problema, teniendo presente que es una de las principales causas de mala salud e incapacidad. Desde ahí pueden promover que se asignen recursos para la recogida de datos, para mejorar la identificación del maltrato, promover la formación específica de las/los profesionales y preocuparse de añadir preguntas específicas en la historia clínica. Además, se puede propiciar la coordinación institucional y elaborar guías de recursos en las áreas de salud⁴³.

Por otra parte, se debe tener en cuenta que las repercusiones en salud física y psíquica que el maltrato conlleva determinan que las víctimas de la violencia puedan buscar asistencia sanitaria, no sólo en los servicios de urgencia o en atención primaria, sino en las unidades de salud mental u otros servicios específicos, como ginecología, reumatología o gastroenterología.

La mayoría de los profesionales de salud no tienen tiempo ni formación para asumir la responsabilidad exclusiva de cubrir las necesidades de las mujeres maltratadas⁴⁴. Sin embargo, podrían aprender a detectar los casos de maltrato y ofrecer a las mujeres que lo sufren un seguimiento para apoyarlas en el análisis de lo que les está pasando, la toma de decisiones y la derivación a otros servicios⁴⁵.

Como mínimo, las/los profesionales de salud podrían actuar de la siguiente manera: ante una mujer que presenta síntomas crónicos vagos, físicos y psíquicos, preguntarle cómo van las cosas en casa, cómo van las relaciones con su pareja, o qué es lo que la preocupa, no le deja dormir o la hace estar triste. Es importante saber crear un clima de confianza, recibir a la paciente sola y escuchar el relato de la mujer sin interrupciones ni establecer juicios. Dar a entender a la mujer que lo que está contando es confidencial. Se debería ayudar a la mujer a relacionar lo que le está pasando con sus síntomas, para que pueda entender su situación. Hay que «desculpabilizarla»: explicarle que ella no es responsable de la situación, que nadie merece ser maltratado, y señalarle sus valores y logros. Sería recomendable registrar en la historia clínica los diferentes tipos de maltrato y sus circunstancias; también desde cuándo y cómo comenzó la situación, por si en algún momento la mujer decide iniciar acciones judiciales. Igualmente, hay que informar a la mujer de que no se intervendrá si ella no quiere, pero que precisa ayuda y debe remitirse a los recursos disponibles en la comunidad; creer lo que está diciendo, respetar sus decisiones e ir creando un entorno de apoyo. Una prioridad es la seguridad personal, por lo que es necesario evaluar con la mujer si hay un peligro inmediato para su vida.

Si se quiere y se puede lograr una mayor implicación, se debe promover la creación de grupos u ofrecer espacios en el ámbito sanitario. Puede favorecerse la capacitación de los profesionales para, posteriormente, coordinar los grupos de promoción de salud, cuyo objetivo es que las mujeres puedan avanzar en su propia autonomía y autoestima y desarrollen relaciones con otras mujeres. Los grupos de autoayuda son un excelente medio para que la mujer pueda empezar a salir de su aislamiento, recuperar su autoestima, iniciar otras actividades y proyectos, y desarrollar recursos personales para atreverse a romper la relación y realizar los cambios que considere necesarios en su vida⁴⁶.

Planes y acciones encaminados a erradicar la violencia

En el I Plan de Acción contra la Violencia Doméstica (1998-2000) se recogían 6 áreas de actuación: sensibilización y prevención, educación y formación, recursos sociales, sanidad, legislación y práctica jurídica e investigación. De las actuaciones realizadas, destacan 3 campañas oficiales de sensibilización en los medios de comunicación: el incremento de las unidades SAM (Servicio de Atención a Mujeres) en comisarías y servicios de las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, el equipamiento de casas de acogida, pisos tutelados y centros de emergencia, y la creación del Servicio Telefónico de Emergencia 24 horas.

Por lo que respecta a los servicios de salud, se aprobó y difundió un protocolo sanitario como respuesta integral, elaborado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud⁴⁷. Este protocolo estaba destinado fundamentalmente a la atención inicial de las mujeres con lesiones físicas o sexuales graves (la «punta del iceberg» del problema). Pero la redacción de un protocolo no es suficiente para que éste se lleve a cabo. Y la puesta en marcha y la consolidación de protocolos sanitarios deben estar integradas a un conjunto de actividades. Así, sólo participaron en la elaboración del protocolo las sociedades clínicas, y quedaron excluidos las/los expertos en salud pública y epidemiología. Tampoco se incluyeron los objetivos y las actividades de prevención, detección precoz y evaluación. Por último, el protocolo plantea como principal actuación del profesional de salud la de ser un instrumento de los servicios jurídicos (parte de lesiones), sin tener presentes otros aspectos, como la seguridad de la mujer o la confidencialidad a la que están obligados los profesionales sanitarios.

El II Plan Contra la Violencia Doméstica fue aprobado por el Consejo de Ministros el 11 de mayo de 2001, con vigencia hasta 2004. En él se contemplan diversas actuaciones en los servicios educativos, judiciales y sociales, así como la coordinación interinstitucional, aunque no se han previsto actuaciones de los servicios sanitarios.

Es evidente que más allá de las campañas de sensibilización y la detección precoz, se deberían diseñar estrategias desde el ámbito de la salud pública dirigidas a prevenir este grave problema de salud, cuyas causas pueden ser modificadas. Además, se precisarían más recursos y abordajes interdisciplinarios para afrontar los desafíos de investigar un tema tan complejo⁴⁸.

Conclusiones

La violencia contra las mujeres incluye no sólo las agresiones físicas, sino también el maltrato psíquico, ambiental y sexual, y la dominación y aislamiento, que suelen pasar inadvertidos. La violencia contra las mujeres ejercida por sus parejas (o ex parejas) da lugar a importantes problemas de salud en ellas y en sus hijos, a corto y a largo plazo. El origen de estos problemas no es reconocido por las/los profesionales sanitarios, por lo que las mujeres no suelen recibir la atención adecuada. El abordaje eminentemente biologicista de la atención, la falta de tiempo y la formación respecto a este grave problema social son obstáculos para la detección y el tratamiento adecuados. Sin embargo, las mujeres maltratadas acuden habitualmente a los servicios sanitarios, por lo que los centros de salud y los servicios de planificación familiar, salud mental y ur-

gencias pueden ser un lugar privilegiado para la prevención, la detección precoz y el abordaje inicial de la mujer maltratada.

Recomendaciones

El enfoque desde la perspectiva de género ha de estar siempre presente en los programas de intervención y en las acciones que se emprendan con tal finalidad. De otra forma, se seguirán sucediendo los casos y se seguirá reprochando a las víctimas nuestros propios errores.

Hay que resaltar la necesidad de establecer normas y actitudes sociales que favorezcan la igualdad de los géneros y de las relaciones sexuales, comenzando desde la infancia y la adolescencia.

En los últimos años se insiste, fundamentalmente, en que la víctima denuncie al agresor. Desde nuestro punto de vista, se está incurriendo en la irresponsabilidad de ignorar los condicionamientos que pesan sobre la mujer como «denunciante» (situaciones de confusión, inseguridad y falta de autoestima; incremento de la pe-

ligrosidad que el hecho de la denuncia representa para la vida de la denunciante; negativa del agresor a aceptar la separación legal, etc.). Antes de denunciar, es imprescindible que la mujer esté en un proceso de recuperación personal, que haya tomado decisiones sobre aspectos concretos acerca de su futuro y que tenga una estrategia preparada para empezar a cambiar su situación vital⁴³. Además, la denuncia debería ir acompañada de instrumentos legales, sociales y económicos que protejan a la mujer.

Hay que promover las investigaciones en nuestro país para avanzar en el conocimiento de las causas de la violencia, su impacto en la salud y cómo prevenirla. Diversos estudios han puesto de manifiesto que la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres puede realizarse con total respeto a las consideraciones éticas y de seguridad. Estos trabajos ponen de manifiesto también que muchas mujeres están deseosas de hablar sobre sus experiencias de violencia siempre que se sientan seguras y no juzgadas. En definitiva, los planes y acciones orientados a eliminar la violencia contra la mujer en la pareja deben ser abordados siempre desde la pluralidad, por tratarse de un problema social, legal y sanitario.

Bibliografía

- World Report on violence and Health. Geneva: World Health Organization; 2002 [consultado 05/11/2003]. Disponible en: http://www5.who.int/violence_injury_prevention/download.cfm?id=0000000582
- Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Population Reports, series L, n.º 11. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health; 1999 [consultado 05/11/2003]. Disponible en: <http://www.infoforhealth.org/pr/11edsum.html>
- García-Moreno, C. Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud. Organización Panamericana de la Salud y Harvard Center for Population and Development Studies; 2000 [consultado 05/11/2003]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DBI/po06.htm>
- Medina J. Violencia contra la mujer en la pareja: investigación comparada y situación en España. Valencia: Tirant lo Blanch; 2002.
- Pickup F, Williams S, Sweetman C. Ending violence against women. A challenge for development and humanitarian work. London: Oxfam; 2001.
- Plichta S, Falik M. Prevalence of violence and its implications for women's health. Womens Health Issues 2001;11:244-58.
- Krantz G. Violence against women: a global public health issue. J Epidemiol Community Health 2002;56:242-3.
- Alberdi I, Matas N. La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Barcelona: Fundación La Caixa; 2002.
- Comisión Europea. Una encuesta del Eurobarómetro. Los europeos y sus opiniones sobre la violencia doméstica contra las mujeres; 1999 [consultado 10/08/2003]. Disponible en: <http://www.fundacionmujeres.es/fondo/Encuestaeuropea.pdf>
- Ellsberg M, Peña R, Herrera A, Liljestrand J, Winkvist A. Candles in hell: women's experiences of violence in Nicaragua. Soc Sci Med 2000;51:1595-610.
- Caeser P. Exposure to violence in the families of origin among wife abusers and maritally nonviolent men. Violence Vict 1998; 3:49-63.
- Grynbaun M, Biderman A, Levy A, Petasne-Weinstock S. Domestic violence: prevalence among women in a primary care center—a pilot study. Isr Med Assoc J 2001;3:907-10.
- Richardson J, Coid J, Ptruckevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. BMJ 2002;324:274-7.
- Coker AL, Smith P, McKeown R, King M. Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. Am J Public Health 2000;90: 553-9.
- Tuesca R, Borda M. Violencia física marital en Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. Gac Sanit 2003; 4:302-8.
- Coker A, Watkins K, Smith P, Brandt H. Social support reduces the impact of partner violence on health: application of structural equation models. Prev Med 2003;37: 259-67.
- Petersen R, Gazmararian J, Clark KA. Partner violence: implications for health and community setting. Womens Health Issues 2001;11:116-25.
- Coker AL, Derrick C. Help-seeking for intimate partner violence and forced sex in South Carolina. Am J Prev Med 2000;19:316-20.
- Mazza D, Dennerstein L, Garamszegi CV, Dudley EC. The physical, sexual and emotional violence history of middle-aged women: a community-based prevalence study. Med J Aust 2001;175:199-201.

20. La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1999.
21. Schafer J, Caetano R, Clark C. Rates of intimate partner violence in the United States. *Am J Public Health* 1998;88: 1702-4.
22. Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ* 2002;324:271.
23. Elliot B, Johnson M. Domestic violence in a primary care setting: patterns and prevalence. *Arch Family Med* 1995;4: 113-9.
24. McCauley J, Kern D, Kolodner K. The «battering syndrome»: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Int Med* 1995;123:737-46.
25. Melnick D, Maio R, Blow F. Prevalence of domestic violence and associated actors among women on a trauma service. *J Trauma* 2002;53:33-7.
26. Abbott J, Johnson R, Koziol-McLain J, Lowenstein SR. Domestic violence against women. Incidence and prevalence in the emergency department population. *JAMA* 1995;273: 1763-7.
27. Zachary M, Mulvihill M, Burton W. Domestic abuse in the emergency department: can a risk profile be defined? *Acad Emerg Med* 2001:796-803.
28. Prevalence of intimate partner violence and injuries – Washington 1998. *JAMA* 2000;284:559-60.
29. Siegel RM, Hill TD, Henderson VA. Screening for domestic violence in the community pediatric setting. *Pediatrics* 1999; 104:874-7.
30. Mata N, Ruiz I. Detección de violencia doméstica en mujeres que acuden a un centro de atención primaria [tesina máster de salud pública y gestión sanitaria]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2002.
31. Villavicencio P. Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer; 1999.
32. Alexander R, Bradley L, Alarcon G, Triana-Alexander M, Aaron L, Alberts K, et al. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia: association with outpatient health care utilization and pain medication usage. *Arthritis Care Res* 1998;11: 102-15.
33. Campbell J. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002;359:1331-6.
34. Campbell J, Jones AS, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med* 2002;162:1157-63.
35. Leserman J, Drossman DA, Li Z, Toomey TC, Nachman G, Glogau L. Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: how types of abuse impact health status. *Psychosom Med* 1996;58:4-15.
36. Stein MB, Kennedy C. Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. *J Affective Dis* 2001;66:133-8.
37. Jiménez Casado C. Malos tratos conyugales en el área de Sevilla. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer; 1995.
38. Relación de víctimas de la violencia de género, año 2003 [consultado 03/11/2003]. Disponible en: <http://www.separadasydivorciadas.org/1.html>
39. Vives C, Álvarez-Dardet C, Caballero P. Violencia del compañero íntimo en España. *Gac Sanit* 2003;17:268-74.
40. WHO Multi-Country Study. On women's health and life events. Department of Gender and Women's Health. Family and Community Health. Geneva: World Health Organization; 2003.
41. World Health Organization. Putting women's safety first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Global Programme on Evidence for Health Policy. Geneva: World Health Organization; 1999.
42. Ellsberg MC, Winkvist A, Peña R, Stenlund H. Women's strategic responses to violence in Nicaragua. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:547-55.
43. Blanco P, Ruiz-Jarabo C, editoras. La prevención y detección de la violencia contra las mujeres desde la atención primaria de salud. Madrid: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública; 2002.
44. Siendones-Castillo R, Perea-Milla E, Arjona JL, Agüera C, Rubio A, Molina M. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infra-detección. *Emergencias* 2002;14:224-32.
45. Blanco P, Abril V. Abordaje de la violencia contra las mujeres desde los servicios sanitarios. En: Propuesta de las asociaciones de mujeres para un plan integral contra la violencia hacia la mujer en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejo de la Mujer; 2001.
46. Millán R, Jiménez JT, Blanco P. Intervención grupal con mujeres como prevención de la violencia y promoción de la salud y autonomía de las mujeres. Experiencias grupales en los centros de salud. En: Blanco P, Ruiz-Jarabo C, editoras. La prevención y detección de la violencia contra las mujeres desde la atención primaria de salud. Madrid: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública; 2002.
47. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos. Madrid: Instituto de la Mujer; 2002.
48. Rohlf's I, Valls-Llobet C. Actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública. *Gac Sanit* 2003;4:263.