

## 12 artículo

M<sup>a</sup> del Carmen Fernández Alonso [Buscar autor en Medline]  
Sonia Herrero Velázquez [Buscar autor en Medline]



**De la evidencia científica a la práctica clínica (I).**  
**Prevención primaria y secundaria de la violencia doméstica.**

Ver resumen y puntos clave

Ver texto completo

Volver al sumario

### Texto completo

En el momento actual la violencia de género, es reconocida como una prioridad en materia de salud por un amplio número de organizaciones internacionales y estados. Unos 25 países han formulado planes nacionales de acción sobre la violencia contra la mujer<sup>1</sup>, y en muchos países se están adoptando medidas legislativas contra de la violencia de género.

La alta prevalencia de la VD esta documentada en diferentes el informes como los publicados por la OMS<sup>2</sup>, en el que revela que entre el 10-60% de las mujeres encuestadas en diferentes países del mundo manifiestan haber sido agredidas físicamente por su pareja, cifras lamentablemente superadas por el reciente estudio<sup>3</sup> multipaís diseñado y coordinado por la OMS sobre "Salud de la mujer y violencia doméstica". En España aunque no disponemos de estudios epidemiológicos, aunque algunos estudios como los realizados por el Instituto de la mujer mediante macroencuesta<sup>4</sup> en 2 años distintos aportan cifras preocupantes ya que en el primer estudio el 12,4 % de la mujeres encuestadas tenía criterios objetivos de VD, ejercida por cualquier miembro del entorno doméstico y el 9,2% por su pareja o expareja y cifras similares con ligera tendencia descendente en el segundo. Las graves consecuencias de los malos tratos tanto para la mujer y los hijos , como para las personas del entorno doméstico, son conocidas<sup>5,6,7,8</sup>; consecuencias para su salud física, mental, reproductiva y con importante repercusión social. La VD es una de las primeras causas de muerte en mujeres en edad fértil, y causa de importante morbilidad como resultado de una situación de maltrato repetitivo y continuado a lo largo de años. El coste económico, es extraordinariamente elevado.

Algunos estudios<sup>9</sup> lo han estimado el coste de los años de vida perdidos, absentismo laboral, utilización de los servicios de salud, judiciales y penales, aunque sin tener en cuenta otros costes mas difíciles de medir como los derivados de patologías secundarias al maltrato, el fracaso escolar de lo hijos ni por supuesto los daños "intangibles", como son el dolor el sufrimiento, el aislamiento y la pérdida de la calidad de vida.

Aceptado el problema del maltrato como grave y extenso, los retos actuales son la prevención, la detección precoz y el abordaje profesional adecuado; en suma deberíamos dar respuesta a tres preguntas clave, como ante cualquier otro problema de salud:

1. ¿Qué podemos hacer para disminuir la incidencia?: *prevención primaria.*
2. ¿Qué podemos hacer para diagnosticar precozmente?: *prevención secundaria*
3. ¿Qué hacer cuando hemos diagnosticado el problema, para minimizar sus consecuencias?: *prevención terciaria*

### Prevención primaria.

La prevención primaria es un reto social, y debe estar orientada al cambio en los valores y en la cultura que ha permitido e incluso autorizado la desigualdad en los derechos de los hombres y de las mujeres, y ha legitimado el uso de la violencia en la resolución de conflictos en nuestra sociedad. En prevención primaria el papel de los sanitarios es limitado; si se trata de influir en las complejas causas que generan la violencia, será necesaria la implicación de muchos sectores: el sistema educativo, la familia, la sociedad, el sistema judicial y también el sistema sanitario; el cambio hacia una cultura no violenta tiene que impregnar a toda la estructura social para ser eficaz.

La OMS en su "Informe mundial sobre la violencia y la salud"<sup>2</sup> establece las estrategias de intervención en prevención primaria, a 4 niveles: individual, relacional (en la familia),

### bibliografía

1. Naciones Unidas 2005. **Examen de la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing "La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI"**: Informe del Secretario General, (E/CN.6/2005/2), párr. 214. Nueva York: Naciones Unidas.

2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. eds. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.

3. C Garcia Moreno,H. Cansen, M Elsberg, L Heise and Ch Watts. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women.Initial results on prevalence health outcomes women's responses WHO.WA 309.Switzerland.2005

4. Instituto de la mujer. Encuestas sobre Violencia Domestica en España.en los años 2000, y 2002

5. Campbell L. Health consequences of intimate partner violence. The Lancet 2002;359:1331-1336.

Ver más

### enlaces

No hay enlaces de interés



comunitario y social. En los dos primeros los profesionales sanitarios tiene posibilidades de intervención; sus actuaciones en prevención primaria estarían orientadas a:

- Identificar personas con mayor riesgo de sufrir maltrato:
  - Mujeres en riesgo de sufrir maltrato
  - Hombres en riesgo de maltratar
  - Niños con riesgo de ser testigos o víctimas de VD.
- Identificar situaciones de riesgo o mayor vulnerabilidad: Todas aquellas situaciones que alteran el equilibrio de la dinámica familiar, la precariedad laboral y económica, la dependencia, el aislamiento social, pueden favorecer o ser desencadenantes de situaciones de violencia

Ante estas situaciones, el profesional sanitario debe estar alerta para detectarlas e intervenir precozmente, mediante medidas de apoyo psicosocial y sanitario.

En los dos últimos, son sobre todo la sociedad y los gobiernos quien tienen un papel preponderante mediante actuaciones orientadas a mejorar las condiciones de vida de la mujer, al reconocimiento de la igualdad de derechos respecto al hombre, el acceso a la educación, a la cultura, al trabajo y la independencia. Y sin duda actividades en la comunidad orientadas al cambio en los valores y en la cultura hacia el reconocimiento de la igualdad en los derechos de hombres y mujeres, y hacia el rechazo de la violencia como instrumento en la resolución de conflictos.

### **Prevención secundaria.- cribado**

Sin duda nuestro papel más específico como profesionales de la salud, está en la detección; el lugar que ocupan en el sistema sanitario los profesionales de Atención Primaria, permite la accesibilidad y la continuidad en la atención, necesarias para una **detección precoz**. A otros dispositivos sanitarios llegara la mujer que sufre violencia más tardíamente, cuando las consecuencias ya han hecho su aparición o cuando la gravedad de las lesiones exige la atención en un servicio de urgencias.

### **Infradetección.**

Existe una preocupación unánime respecto a la baja detección de la VD<sup>10</sup> y al retraso en el diagnóstico, con las consecuencias que estos hechos llevan consigo; el diagnóstico del maltrato por parte de los profesionales sanitarios es bajo, se estima que conocemos menos del 10 % de los casos que existen y que además se produce con una importante demora, estimada entre 5 y 10 años de malos tratos hasta que los detectamos.

Se han esgrimido distintos argumentos para justificar la infradetección en los servicios de salud: la sobrecarga asistencial, la falta de formación de los sanitarios en este campo, que genera inseguridad en el manejo del problema, (la total ausencia contenidos de violencia doméstica en el curriculum de pregrado y en los programas formativos de postgrado sin duda tienen que algo que ver); el temor a invadir la intimidad de la mujer, la dificultad para dar una respuesta eficaz ante la carencia de recursos o el desconocimiento de los mismos, son circunstancias que podrían explicar en alguna medida, por qué el profesional sanitario no pregunta por la posibilidad de una situación de maltrato<sup>11,12,13,14</sup>. Hoy, se considera una prioridad la **detección precoz**: el adelantar el diagnóstico y la intervención temprana son quizás las claves del papel de los profesionales de Atención Primaria.

Imaginar las consecuencias de 10 años de violencia continuada –mas de 6 episodios/año registran de media diferentes estudios-, puede llevarnos a entender el por qué de la necesidad de una actuación precoz que posibilite minimizar las consecuencias en la mujer y los hijos, y la prevención de nuevos episodios.

### **Cribado.**

En el momento actual existe un fuerte debate respecto a si recomendar o no el cribado poblacional de la violencia doméstica. Muchos expertos e investigadores se han pronunciado e intentado dar respuesta a algunas estas preguntas:

*¿Como hacer la detección? ¿Se aconseja el cribado poblacional? ¿Se aconseja el uso de cuestionarios estandarizados? ¿Existe evidencia científica que apoye estas intervenciones? ¿Como debe investigar un profesional sanitario si una mujer está siendo víctima de malos tratos?*

### **Evidencia sobre la eficacia y la efectividad del cribado.**

Diferentes estudios a nivel internacional han evaluado la detección rutinaria de violencia doméstica, pero los resultados todavía no han demostrado de una forma clara los beneficios de su utilización. Ramsay y col<sup>15,16</sup> hacen una revisión sistemática de los estudios publicados en 3 bases de datos (Medline, Embase y CINAHL) sobre violencia

doméstica. De más de 2000 abstracts revisados, 20 estudios, sobre cribado de VD reunían criterios de inclusión exigidos. Analizaron la efectividad del cribado, las características y el diseño en 10 de ellos, y a pesar de que en 8 de los 10 se constató un incremento de la detección, la debilidad de los diseños, u otros problemas metodológicos impiden asegurar la eficacia del método. En 5 se estudiaron las actitudes frente al cribado y preguntaba por la aceptabilidad para las mujeres y para los profesionales de la salud. La aceptabilidad del cribado fué alta para las mujeres y baja para los profesionales sanitarios ( dos tercios de los médicos de familia<sup>17</sup> y casi la mitad de las enfermeras de un departamento de emergencia<sup>18</sup> no estaban a favor de la implantación del cribado de VD.

Concluyen diciendo que a pesar de de la trascendencia de la VD como problema de salud para las mujeres, no existen aun suficientes evidencias para recomendar el cribado rutinario universal de VD y es necesario disponer de mas evidencias del beneficio y de la ausencia de riesgos de esta intervención.

Mc Nutt y col(2002)<sup>19</sup> en un estudio prospectivo de cohortes en el que estudiaron a un grupo de intervención (documento de cribado, información, documentación), frente a un grupo control, observaron un incremento de la detección para mujeres víctimas de abusos severos, pero es poco sensible en el caso de abusos moderados y leves. Mc Leer y Mc Farlane(1991) realizaron estudios<sup>20</sup> con profesionales de enfermería, encontrando que la tasa autocomunicada de maltrato como causa de lesiones en servicios de urgencias es escasa (7,5%) y que esta mejoraba (30%) cuando la mujer era preguntada directamente por enfermeras previamente entrenadas.

El grupo de estudios canadiense sobre cuidados preventivos (de la *Canadian Task Force*)<sup>21</sup> liderado por MacMillan y Wathen publicaron en 2001 un extenso informe técnico: *Prevention and treatment of violence against women. Systematic Review and Recommendations* en el que analizaron numerosos estudios de intervención, así como el uso de diferentes instrumentos de cribado de VD. Aunque en algunos encontraron un incremento importante de la detección, no se estudiaron otros efectos sobre la seguridad, necesidad de recursos, soportes sociales, etc. Tras el análisis de resultados de los programas de intervención tanto en Atención Primaria como en Servicios de Urgencias, no consideran que sus resultados fueran concluyentes. Con base en esta revisión sistemática de la evidencia emiten varias recomendaciones, que son refrendadas y publicadas como la postura de la Canadian Task Force(CTF) posteriormente<sup>22</sup> y son las siguientes: hay insuficiente evidencia a favor o en contra para recomendar cribado rutinario universal (tanto en mujeres embarazadas y como no embarazadas:(Recomendación I).Porque aun habiendo herramientas de cribado validadas, no se ha demostrado que los programas de cribado disminuyan la frecuencia de nuevas agresiones ni las consecuencias del maltrato.

Para el cribado en hombres, emite la misma recomendación por ausencia de estudios empíricos.(R-I)

No obstante, manifiestan que se puede recomendar a los médicos permanecer alerta en busca de síntomas o señales de sospecha e incluir algunas preguntas acerca del maltrato como parte de la historia rutinaria en pacientes adultos. Además plantea algunas preguntas a las que es necesario dar respuesta desde la investigación rigurosa y bien planificada para construir evidencias que nos permitan tomar decisiones solidamente fundamentadas.

La *U.S.Preventive Task Force(USTF)*, emite análoga recomendación<sup>23</sup>:No existen evidencias de que el cribado disminuya la morbimortalidad por VD. No existen estudios que determinen la seguridad del cribado para identificar VD y se desconoce el balance entre riesgo y beneficio de esta actuación, no obstante recomienda una actitud activa, aun cuando no se recomiende cribado universal, basándose en: 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.

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

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

Nelson, H y col(2004)<sup>24,25</sup> de la US Task Force publicaron el documento: "Screening for Family and Intimate Partner Violence", que es una revisión sistemática de la evidencia del cribado en maltrato contra la mujer, niño y anciano. Respecto al cribado de violencia contra la mujer se comparan diferentes instrumentos, su consistencia interna, métodos de administración, número de preguntas, etc.con otro previamente validado como el CTS (Conflict Tactics Scales). Analizan y comparan diversos cuestionarios: HITS<sup>26</sup> (Hurt, Insulted, Threatened, or Screamed), PVS(Partner Violence Screen)<sup>27</sup>, ISA (Index of Spouse Abuse; ARI(Abuse Risk Inventory), WEB(Women Experience of Battering

Scala), WAST (Woman Abuse Screen Tool) con el CTS, validado y al que se toma por acuerdo como gold standard. Para su aplicación en las consultas prenatales se utilizaron los cuestionarios *Domestic Abuse Assessment Questionary (de Canterino y col<sup>28</sup>)* y *el Abuse Assessment Screen (AAS) de Wiist y Mc Farlane<sup>29</sup>*. Estos, incrementaron el nivel de detección de VD, pero no se midieron otros resultados. Tampoco se determinaron los métodos óptimos de administración a la mujer y más aceptables por pacientes y profesionales.

Las revisiones sistemáticas y estudios de series realizados recientemente por Fogarty<sup>30</sup>, Ramsay<sup>31</sup>, Waalen<sup>32</sup> y Carlson<sup>33</sup> encuentran una gran variabilidad de resultados.

Recientemente ha sido publicado en España interesante documento<sup>34</sup>: "Catálogo de instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual", que analiza los instrumentos de cribado y de diagnóstico más utilizados a nivel internacional. El mismo equipo investigador ha realizado la adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia en la pareja desde el ámbito sanitario<sup>35</sup>.

Aunque la postura más aceptada es que la implementación de programas específicos de cribado poblacional no está justificada, porque aún no hay suficientes evidencias del beneficio y de la ausencia de efectos indeseados, no existe sin embargo unanimidad respecto a esta postura defendida por la CTF y la USTF y varios grupos de investigadores anglosajones.

Otras organizaciones y sociedades científicas<sup>36, 37, 38, 39, 40, 41, 42</sup> han emitido recomendaciones diferentes (**Tabla I**): La Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (ACOG), el American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG), el American College of Physicians y la American Academy of Family Physicians (AAFP), recomiendan que de modo rutinario se pregunte a la mujer cuestiones específicas a cerca del abuso.

La American Medical Association (AMA 1992), anima a los médicos a preguntar rutinariamente a sus pacientes sobre VD. *La American Medical Association's Council on Scientific Affairs (1992), recomienda en cribado rutinario en atención primaria.* 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 a otras organizaciones como la Joint Commission of Accreditation of Health Care Organizations y la Healthy People 2000, recomiendan a todos los servicios de urgencias el empleo de protocolos para detectar y tratar a las víctimas de la violencia doméstica. Otra organización, 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.

Conviene conocer que aunque no haya unanimidad respecto a la recomendación de hacer o no hacer cribado poblacional de VD en atención primaria, si existe acuerdo en aconsejar al profesional estar alerta ante la posibilidad de una situación de maltrato y ser capaces de reconocer signos o señales que puedan orientar a la existencia de este problema.

En España la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, a través del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS)<sup>43</sup> hace las siguientes recomendaciones respecto la actuación de los profesionales sanitarios ante el maltrato contra la mujer en la pareja, tanto en prevención primaria, secundaria como en la actuación tras la detección, y hace también algunas recomendaciones a la administración instándole a abordar algunos aspectos que competen a diferentes organismos gubernamentales, y cuya consecución facilitarían a los profesionales asumir el papel que les corresponde en el abordaje de este problema.

### **Recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria para los profesionales de atención primaria y para la Administración**

- Estar alerta ante la posibilidad de maltrato
- Identificar personas en riesgo
- Identificar situaciones de riesgo y mayor vulnerabilidad (tabla 2 y 3)
- Estar alerta ante demandas que pueden ser una petición de ayuda no expresa y signos y señales de alerta (tabla 4)
- 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

El conjunto de actuaciones se reflejan en la **figura I**

### **Recomendaciones para la administración sanitaria**

- Facilitar a los profesionales actividades de formación para mejorar el abordaje profesional de la violencia doméstica.
- Garantizar las condiciones estructurales y organizativas (tiempo, número de pacientes, confidencialidad etc) que faciliten el abordaje del problema a través de la entrevista
- Incluir en los currículos de pregrado y en los programas postgrado de los profesionales sanitarios la enseñanza de la VD como problema de salud .
- Implantar un sistema de registro de casos de VD en los servicios sanitarios

Y volviendo a la práctica, si no se aconseja algún tipo de cuestionario específico ¿Cómo preguntar a una mujer si está siendo víctima de maltrato?

Con nuestra herramienta de trabajo habitual, la entrevista clínica, introduciendo alguna pregunta rutinaria que explore la existencia de problemas psicosociales, y avanzar de forma gradual si se confirman las iniciales hacia la pregunta directa sobre maltrato. Algunas normas de entrevista y preguntas orientativas se exponen en la (**tabla 5**)

Parece necesario que los profesionales de atención primaria se comprometan en la detección de la violencia doméstica por su alta prevalencia, por su carácter repetitivo, por las dramáticas repercusiones en las víctimas y por el alto coste sanitario y social. Por ello algunos autores manifiestan sus discrepancias respecto a la postura de la CTF y U.S.TF.

El artículo de A Taket<sup>44</sup> en BMJ (2003) generó un amplio debate, al afirmar que a pesar de la debilidad de las evidencias, se debería preguntar de forma rutinaria por la posibilidad de malos tratos. Sus argumentos son que ante la alta prevalencia de la VD, las graves consecuencias, la aceptabilidad de las mujeres, los beneficios esperados son superiores a los perjuicios, siempre que se tenga en cuenta el plan de seguridad para evitar riesgos a la víctima, y se contemple la posibilidades de respuesta del sistema sanitario y social ante el previsible incremento de la detección. Otros autores se han participado en el debate que ha ocupado editoriales y comentarios de prestigiosas publicaciones<sup>45,46,47,48,49</sup>, en muchos casos de apoyo a esta postura.

Compartimos el criterio de que las decisiones en problemas de salud deben estar fundamentadas en evidencias científicas que garanticen la eficacia de las intervenciones, y que el beneficio esperado supere los posibles efectos adversos, y que además, debe estar asegurada la capacidad de respuesta del sistema a las necesidades detectadas, pero los resultados de los estudios también sugieren algunas preguntas y son asimismo motivo de reflexión.

Las preguntas:

- ¿Puede estar influyendo la resistencia de los profesionales o la no aceptabilidad de una intervención de cribado en VD, en que no se estén incorporando medidas más activas para la detección de un problema tan grave y de tan alta prevalencia?
- ¿En qué medida puede influir la inseguridad del profesional en el manejo, la necesidad de más tiempo para este tipo de consultas, el miedo a las implicaciones legales, etc, en que el clima de opinión sea contrario a la implantación del cribado de VD?
- Y también: el sistema sanitario y social ¿Está preparado para dar respuesta a las necesidades que previsiblemente surgirán cuando afloren los casos de violencia hasta ahora oculta, si finalmente conocemos la parte sumergida del iceberg?

### **La reflexión**

Evaluar la efectividad de un cribado en violencia es siempre complejo. No es solo incrementar los diagnósticos de casos ocultos y constatar la disminución de la mortalidad por esta causa, que resultaría relativamente sencillo. También deberíamos medir la disminución de las patologías físicas y mentales secundarias al maltrato, y esto es algo más complejo, y no solo de la víctima sino, de esas otras víctimas "colaterales": los hijos, valorar los cambios en su calidad de vida de esas familias, valorar los costes de la prevención en relación a los costes del tratamiento, de los años de vida perdidos, de las secuelas, del absentismo laboral, de la utilización de de los servicios sanitarios, sociales, jurídicos, penales, del fracaso escolar en los niños, las de estimar el valor del sufrimiento, del dolor, de la vergüenza, de la humillación, del miedo..., consecuencias estas, mucho más difíciles de cuantificar.

Causa preocupación que tal vez tengamos que esperar demasiado a tener evidencias sólidas. Es necesario seguir investigando y demostrando cual es la mejor opción. No hay dudas de que esto es necesario, pero tal vez tardemos en tener resultados concluyentes, y preocupa que sea una buena justificación para no tomar medidas, para no tomar una postura activa. Aunque no dispongamos de pruebas fehacientes de que aseguren que es

mejor detectar el maltrato que no hacerlo,- sin duda por la escasa trayectoria investigadora ante este problema, y porque la consideración del maltrato "como problema" es aun reciente,- hay cosas en las que el sentido común, la ética profesional, y los criterios básicos de buena practica están por encima de apriorismos científicos, que a veces pueden llevarnos a confundir los medios con el fin. Siempre es bueno conocer la existencia del problema, es el primer paso para poder intervenir y resolver, investigando a la par la mejor manera de preguntarlo, de detectarlo, y cuales son las intervenciones más efectivas.

