

Importancia del sistema sanitario en la identificación de casos de violencia de género

Juan Miguel Martínez Galiano.

Matrón del Complejo Hospitalario de Jaén

Martínez Galiano, Juan. **Importancia del Sistema Sanitario en la Identificación de casos de Violencia de Género.** *ENE, Revista de Enfermería* 4(2):19-23, ago 2010. Disponible en <http://enfermeros.org/revista>

resumen

La violencia contra las mujeres es un problema de salud pública con graves costos, además de ser también un problema social y de derechos humanos. Se sabe que la violencia contra las mujeres representa la pérdida de hasta una quinta parte de los años de vida saludables en el período reproductivo de las mujeres afectadas. A los profesionales sanitarios no nos resulta fácil detectar víctimas de malos tratos y por supuesto abordar el problema. Desde los servicios sanitarios se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las mujeres que sufren violencia, ya que la mayoría de las mujeres están en contacto con ellos.

palabras clave

violencia de género, maltrato, salud, sistema sanitario, profesionales sanitarios.

abstract

Violence against women is a public health problem with enormous costs, in addition to being a social and human rights. We know that violence against women represents the loss of up to one fifth of healthy life years in the reproductive period of women affected. A health care professionals not easy for us to detect victims of

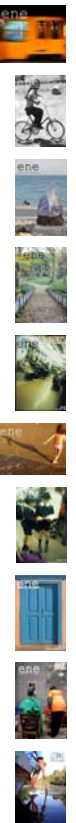
abuse and of course address the problem. Since health services can play a crucial role in helping women who suffer violence, since most women are in contact with them.

keywords

gender violence, abuse, health, health system, health professionals.

introducción

La mayor parte de la población entiende como violencia de género al maltrato físico pero según la Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas se define violencia contra las mujeres como «Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino 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 producen en la vida pública como en la vida privada». Los principales factores determinantes de la violencia de género son la relación desigual entre hombres y mujeres y la existencia de la «cultura de la violencia» como medio para resolver conflictos. La violencia contra las mujeres es estructural. La violencia no se debe a rasgos singulares y patológicos de una serie de individuos,



sino que tiene rasgos estructurales de una forma cultural de definir las identidades y las relaciones entre los hombres y las mujeres. La violencia contra las mujeres se produce en una sociedad que mantiene un sistema de relaciones de género que perpetúa la superioridad de los hombres sobre las mujeres y asigna diferentes atributos, roles y espacios en función del sexo.¹

La violencia contra las mujeres es un problema de salud pública con graves costos, además de ser también un problema social y de derechos humanos. Se sabe que la violencia contra las mujeres representa la pérdida de hasta una quinta parte de los años de vida saludables en el período reproductivo de las mujeres afectadas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la violencia de género como una epidemia.²

Pese al reconocimiento legislativo de la problemática, la violencia es un tema delicado del que casi nadie habla, ni siquiera las víctimas. Este silencio impide su prevención y control, por lo que, además de dar apoyo médico a las víctimas, los/las profesionales de la salud deben capacitarse para reconocer las señales más sutiles de la violencia doméstica, registrar estos casos y responder adecuadamente a las necesidades de las víctimas.³

A los profesionales sanitarios no nos resulta fácil detectar víctimas de malos tratos y por supuesto abordar el problema. Prácticamente a ninguna mujer víctima de violencia doméstica le resulta fácil hablar sobre el tema y es común que no lo expresen de forma abierta y voluntaria.⁴ Los profesionales de la salud están sensibilizados frente al problema de la violencia de género, pero no lo consideran un problema de salud y aducen falta de preparación para abordar este tema, en los servicios sanitarios solo se identifican un 1%

del total estimado de casos de mujeres maltratadas⁵

Las mujeres maltratadas suponen un 18% en Noruega, un 21% en Suiza, un 30% en el Reino Unido, un 22% en Estados Unidos y un 29% en Canadá. El 20-25% de las mujeres de la Unión Europea ha sufrido algún tipo de violencia física a lo largo de su vida, y que más de un 10% ha sufrido una agresión sexual. Estas cifras se elevan hasta el 45% si incluimos el acoso. En España, en el año 2006, un 9,6% de las mujeres estaban en situación de violencia familiar, pero solo un 3,6% de ellas se consideraban maltratadas. La evidencia científica disponible identifica el embarazo como una situación de mayor vulnerabilidad para sufrir violencia de género.⁶

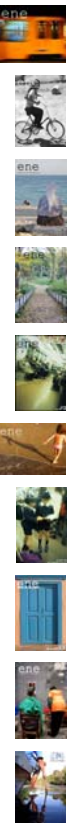
El coste económico que supone la violencia para la administración queda patente con el ejemplo de las siguientes cifras: ⁷

- Año 2001 coste estimado en servicios sanitarios, judiciales, policiales, sociales, psicológicos y por pérdida de ingresos en el Reino Unido 43150 millones de dólares USA.

- Año 2003 coste estimado en violencia física, agresión sexual y acoso contra las mujeres 8300 millones de dólares USA

- El coste de la asistencia sanitaria de las mujeres víctimas de violencia de género en las relaciones de pareja en la Comunitat Valenciana en 2004 y en centros dependientes de la Generalitat Valenciana ha sido de 10.842.988,40 euros.

-El gasto farmacéutico, ocasionado por las mujeres víctimas de violencia de género en las relaciones de pareja en la Comunitat Valenciana y asumido por la Sanidad Pública en el año 2004, ha sido de 2.763.319,30 euros.



- El coste total de la violencia de género en las relaciones de pareja en la Comunitat Valenciana durante 2004 se ha elevado a 23.285.029,83 euros

Nuestro objetivo era conocer las consecuencias que tiene la violencia de género en las mujeres y el papel que desempeña el sistema sanitario en la detección y erradicación de esta lacra para ello realizamos una revisión de la literatura científica en las bases de datos Medline, Cochrane Library, CUIDEN, Scielo y CINAHL. La búsqueda se limitó al periodo comprendido entre 1990 y 2009.

Los términos utilizados para la búsqueda fueron los siguientes: «violencia de género», «consecuencias violencia de género» y «maltrato a las mujeres y sistema sanitario». Además se consultaron fuentes científicas de interés de ámbito internacional, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de ámbito nacional como el Ministerio de Sanidad y la Red Andaluza para la formación contra el maltrato a las mujeres (Redformma).

Consecuencias de la violencia contra las mujeres¹

Consecuencias fatales; 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.

Consecuencias en condiciones crónicas de salud: Dolor crónico, síndrome del intestino irritable, otros trastornos gastrointestinales, quejas somáticas.

Consecuencias en salud sexual y reproductiva:

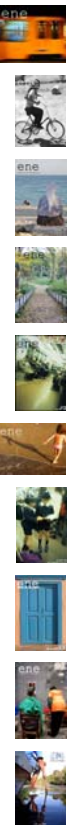
- Por relaciones sexuales forzadas: pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, sangrado y fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infección urinaria, embarazo no deseado, etc.

- Por maltrato durante el embarazo: hemorragia vaginal, amenaza de aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer, etc. Las víctimas de violencia durante el embarazo tienen tres veces más complicaciones durante el parto y posparto inmediato que las mujeres no maltratadas

Consecuencias en la salud psíquica: Depresión, ansiedad, trastornos del sueño, trastorno por estrés postraumático, trastornos de la conducta alimentaria, intento de suicidio, abuso de alcohol, drogas y psicofármacos

Consecuencias en la salud social: Aislamiento social, pérdida de empleo, absentismo laboral, disminución del número de días de vida saludable

Consecuencias en la salud de la hijas e hijos: 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 como dolores de cabeza y estómago, diarrea, úlceras, asma y enuresis; 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, necesidad de apego, llanto excesivo, ansiedad, fobias, pesadillas, impulsos agresivos, problemas escolares, delincuencia, depresión, desórdenes en la alimentación y el sueño, indiferencia y vida fantasiosa, automutilación



ideación suicida.

ROL DEL SISTEMA SANITARIO

Desde los servicios sanitarios se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las mujeres que sufren violencia, ya que la mayoría de las mujeres entran en contacto con ellos en algún momento de su vida (embarazo, parto, cuidado médico de los hijos o hijas, cuidado de las personas mayores, etc.). Además, los malos tratos afectan a la salud de las mujeres por lo que éstas acuden más a los servicios sanitarios, en particular a Atención Primaria, Urgencias, Obstetricia y Ginecología y Salud Mental. Estas mujeres, en la utilización que hacen de los servicios sanitarios hay periodos de hiperfrecuentación, utilizan repetidamente los servicios de urgencias y son frecuentes las hospitalizaciones, por lo que el contacto con el sistema sanitario es muy frecuente y directo ¹

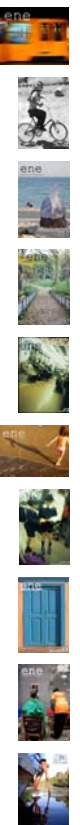
En España la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, a través del Programa de actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), no recomienda cribado poblacional, pero sí una postura activa. Otras organizaciones y sociedades científicas han emitido recomendaciones diferentes: La Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, el American College of Physicians y la American Academy of Family Physicians, y la American Medical Association, recomiendan que de modo rutinario se pregunte a la mujer a cerca del abuso.

La American Medical Association's Council on Scientific Affairs recomienda en cribado rutinario en atención primaria y el Family Violence Preventing Fund, lo recomienda en mujeres mayores de 14 años.⁸

Hay amplia legislación en materia de protección de violencia doméstica contra las mujeres y un desarrollado sistema de bienestar social administrado por los trabajadores sociales. Sin embargo, los esfuerzos para proteger y ayudar a estas mujeres seguirán siendo inútiles sin un pronto reconocimiento, identificación y remisión de esas mujeres por el personal sanitario.⁹

No todos los profesionales captan igualmente a las mujeres en situación de maltrato; según el estudio que realizó Valdez-Santiago y col. en México en 2001 se encontraron diferencias en el diagnóstico de casos de mujeres en situación de maltrato durante el embarazo entre las matronas y los médicos¹⁰.

La formación en violencia de género del personal sanitario es fundamental, el conocimiento de los indicadores de sospecha, la utilización de instrumentos de cribado como el Woman Abuse Screening Tool (WAST) o de diagnóstico como el Index of Spouse Abuse (ISA), saber cómo y cuándo preguntar, apoyar a la mujer o simplemente el hecho de estar alerta ante la posibilidad de sospecha de maltrato puede ayudar y salvar la vida a las mujeres.



bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
2. Castro R, Ruíz A. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas. México. Rev Saúde Pública 2004; 38(1):62-70. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v38n1/18453.pdf> Consultado el 28-11-2009
3. Tere Venguer, T. Fawcett, G. Vernon, R. Pick, S. Violencia doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud. Disponible en : <http://cvu.rediris.es/pub/bscw.cgi/d426924/Violencia%20dom%3a9stica:%20un%20marco%20conceptual%20para%20la%20capacitaci%3bn%20del%20personal%20de%20salud.pdf> Consultado el día 10-12-2009
4. Robledo Martín, J. de la Fuente Aparicio, D. Salamanca Castro, A B. Sánchez Castro, S. Percepción de las mujeres maltratadas sobre la atención sanitaria recibida. Nure Investigación, nº 20, Enero-Febrero 06
5. Coll-Vinent B, Echeverría T, Farràs U, Rodríguez D, Millá J, Santifià M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. Gac Sanit. 2008; 22(1):7-10 Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/gv/v22n1/original1.pdf> Consultado el 11-12-2009
6. Velasco Juez MC. Recomendaciones para la detección precoz de la violencia en el embarazo. Matronas Prof. 2008; 9 (3): 32-37
7. Hernández MJ. Sanmartín J. Martínez P. Molina A. Costes de la violencia de género en las relaciones de pareja. Comunitat Valenciana Disponible en: <http://www.valencia%20costes%20violencia%20genero.pdf> Consultado el 20-11-2009
8. Plazaola-Castaño Juncal, Ruiz-Pérez Isabel, Hernández-Torres Elisa. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. Gac Sanit. [periódico en la Internet]. 2008 Oct [citado 2009 Diciembre 08]; 22(5): 415-420. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500005&lng=es&nrm=iso.
9. Rabinerson D, Pollak-Rabinerson N, Glezerman M. Domestic violence against women and the role of the obstetrician/gynecologist. Harefuah. 2006 Oct;145(10):753-7, 781
10. Valdez-Santiago R, Arenas-Monreal L, Hernández-Tezoquipa I. Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. Salud Publica Mex 2004; 46:56-63.

