

La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica

L. Raya Ortega^a, I. Ruiz Pérez^{b,c}, J. Plazaola Castaño^{b,c}, S. Brun López-Abisab^d, D. Rueda Lozano^e, L. García de Vinuesa^f, J.M. González Barranco^g, L.M. Garralon Ruiz^h, M. Arnalte Barreraⁱ, B. Lahoz Rallo^d, M.D. Acemel Hidalgo^j y M.P. Carmona Molina^c

Objetivo. Estudiar el impacto en la salud física y psíquica de la violencia contra la mujer en la pareja.

Diseño. Transversal.

Emplazamiento. Centros de atención primaria de 3 provincias de la Comunidad Autónoma Andaluza.

Participantes. Un total de 425 mujeres de entre 18 y 65 años asistentes a 6 centros. Se eligieron aleatoriamente siguiendo el mismo procedimiento en cada centro.

Mediciones principales. Cuestionario estructurado autoadministrado que recoge, además de las variables sociodemográficas, variables relacionadas con el maltrato e indicadores de salud física (presencia de enfermedad crónica y tipo, intervenciones quirúrgicas a lo largo de la vida y días pasados en cama), psíquica (morbilidad psíquica, consumo de tranquilizantes, antidepresivos, analgésicos, alcohol y drogas no legales), salud autopercebida y apoyo social.

Resultados. La frecuencia de maltrato fue del 31,5%. Las mujeres víctimas de maltrato presentaron mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas. La asociación entre el maltrato y pasar más de 7 días en cama fue estadísticamente significativa (*odds ratio* [OR] = 2,96; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,00-8,76). El maltrato presentó una asociación significativa con la morbilidad psíquica (OR = 2,68; IC del 95%, 1,60-4,49) y con la salud autopercebida (OR = 1,89; IC del 95%, 1,04-3,43) tras ajustar por otras variables.

Conclusiones. Los resultados de este trabajo muestran que el maltrato global se asocia con una peor salud psíquica y una peor salud autopercebida. Las lesiones físicas no son la única «prueba» de la existencia de violencia doméstica. Los profesionales de atención primaria pueden desempeñar un papel esencial para ayudar a las mujeres que sufren abusos de sus parejas.

Palabras clave: Violencia doméstica. Mujer maltratada. Salud de la mujer. Salud mental. Atención primaria.

INTIMATE PARTNER VIOLENCE AS A FACTOR ASSOCIATED TO HEALTH PROBLEMS

Objective. To study the impact of intimate partner violence (IPV) on women's physical and psychological health.

Design. Cross-sectional study.

Setting. Primary care centers in 3 Andalusian provinces.

Patients. A total of 425 women, aged 18 to 65 years, were recruited following the same randomisation process in 6 primary care centers.

Measurements. A self-administered structured questionnaire for this study was used to gather the information. As well as sociodemographic variables, the instrument included questions about IPV, physical health indicators (chronic disease and type, lifetime surgeries, days in bed), psychological health (psychological morbidity, use of tranquilizers, antidepressants, pain killers, alcohol and recreational drugs), self-perceived health and social support.

Results. Of 425 women, 31.5% ever experienced any type of partner violence. Women experiencing IPV were more likely to suffer a chronic disease. IPV was significantly associated with a number of adverse health outcomes, including spending more than 7 days in bed in the last three months (ORa=2.96; CI 95%, 1.00-8.76), psychological morbidity (ORa=2.68; CI 95%, 1.60-4.49) and worse self-perceived health (ORa=1.89; CI 95%, 1.04-3.43), after controlling for potential confounding variables.

Conclusion. This study shows that ever experiencing IPV is associated with a worse psychological and self-perceived health. Physical injuries are not the only «evidence» of the presence of IPV. Primary health care professionals are in a privileged position to help women who are abused by their partners.

Key words: Domestic violence. Battered women. Women's health. Mental health. Primary health care.

English version available at

www.atencionprimaria.com/79.555

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 125)

^aHospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

^bEscuela Andaluza de Salud Pública. Granada. España.

^cRed de Investigación Salud y Género. España.

^dUnidad Docente de MFyC. Cádiz. España.

^eCentro de Salud La Chana. Granada. España.

^fCentro de Salud La Carlota. Córdoba. España.

^gCentro de Salud de la Fuensanta. Córdoba. España.

^hCentro de Salud de Puerto Real. Cádiz. España.

ⁱCentro de Salud de la Merced. Cádiz. España.

^jCentro de Salud de San Telmo. Cádiz. España.

Fuente de financiación: Red Temática de Investigación de Salud y Género (ISCIII) (G03/042) y Red de Investigación en Epidemiología y Salud Pública (C03/09).

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

Manuscrito recibido el 11 de noviembre de 2003. Manuscrito aceptado para su publicación el 25 de febrero de 2004.

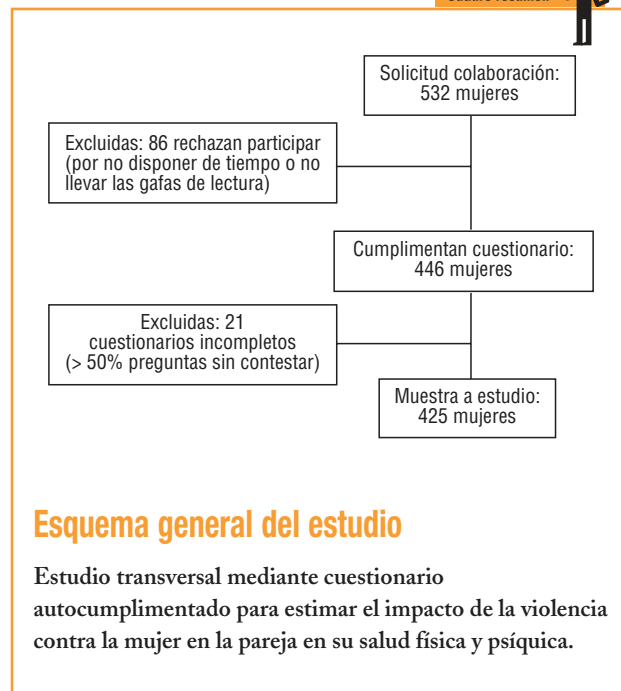
Introducción

La violencia doméstica se define como la violencia física, sexual y psicológica que se produce contra la mujer en el ámbito de la familia y que es llevada a cabo por parte del que es o fue su compañero sentimental¹. La información sobre prevalencia de maltrato que habitualmente se maneja en España es la ofrecida por el Ministerio del Interior y hace referencia al número de denuncias interpuestas a consecuencia de la violencia doméstica, que llegaron a ser 43.313 denuncias en el año 2002. En cuanto a la mortalidad, los datos más recientes muestran que en el 2002, 52 mujeres murieron a consecuencia de los malos tratos y 61 mujeres en 2003². Históricamente, la mayoría de los estudios se han detenido a estudiar la prevalencia de la violencia doméstica y la utilidad de los instrumentos de cribado. Sin embargo, desde hace poco el interés se ha centrado en evaluar el impacto del maltrato en la salud de las mujeres. Si resulta evidente que cualquier tipo de agresión o violencia conlleva consecuencias negativas para la víctima, la dimensión de éstas resulta significativamente mayor en el caso del maltrato dentro de la pareja, dada su cronicidad y el contexto en el que se produce, en principio fuente de intimidad y seguridad para la mujer³.

Desde el modelo biomédico, la violencia se suele considerar un problema de salud en sí mismo y suele clasificarse como una lesión intencionada. Sin embargo, además de un problema de salud, la violencia contra la mujer en la pareja es también un factor de riesgo para una mala salud, ya que se ha observado que puede conllevar diversas enfermedades y problemas a corto y largo plazo, tanto de carácter físico como psíquico⁴⁻⁶. Los efectos más directos y visibles de la violencia son las lesiones físicas, pero los malos tratos suelen ser hechos repetidos a lo largo del tiempo⁷. Sólo recientemente se ha empezado a evaluar su impacto en la salud de la mujer a más largo plazo. Así, se han descrito problemas de salud física como limitaciones funcionales físicas, mayor número de pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas realizadas y más días pasados en cama, junto con un incremento de la frecuentación de los servicios sanitarios⁸⁻¹⁰. Igualmente, el maltrato contra la mujer en la pareja se ha asociado con un incremento del riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, como hipertensión, diabetes, dolor crónico, trastornos gastrointestinales, quejas somáticas y fibromialgia¹¹⁻¹³.

En cuanto al impacto en la salud psíquica, hoy día se considera que el maltrato incrementa una serie de síntomas y de cuadros clínicos que van desde la ansiedad, el insomnio o la baja autoestima hasta la depresión clínica o el trastorno por estrés posttraumático³. La violencia también daña la salud al dar lugar a un aumento de conductas negativas, como hábito tabáquico, alcohol y

Material y métodos
Cuadro resumen



uso de drogas, conductas sexuales de riesgo o inactividad física^{7,14}.

Además, la bibliografía también pone de manifiesto que las víctimas de maltrato refieren, en mayor proporción que las no maltratadas, un peor estado de salud¹³. El estado de salud autopercebido refleja la percepción que tienen las personas sobre su propia salud, tanto desde un punto de vista físico como psicológico. Se ha comprobado que es un buen predictor de otros indicadores más objetivos, como la esperanza de vida, la mortalidad, el padecimiento de enfermedades crónicas y la utilización de los servicios sanitarios.

El único estudio publicado sobre frecuencia de la violencia doméstica en nuestro país es la macroencuesta realizada por el Instituto de la Mujer en 1999, que da una cifra de un 12,4% de mujeres consideradas técnicamente como maltratadas. En ella, además de estudiar la prevalencia, se pregunta por una serie de síntomas físicos y psíquicos, todos más frecuentes en mujeres maltratadas que en no maltratadas¹⁵. Este trabajo tiene como objetivo estudiar el impacto en la salud física y psíquica de la violencia doméstica en mujeres asistentes a centros de atención primaria de 3 provincias de la Comunidad Autónoma Andaluza.

Metodología

Sujetos

Se llevó a cabo un estudio transversal en el que se incluyó a mujeres de entre 18 y 65 años que acudieron entre los meses de ma-

yo y julio de 2003 a 6 consultas de atención primaria de la Comunidad Autónoma Andaluza. Estas consultas fueron seleccionadas en función de criterios de accesibilidad. Se excluyó a las mujeres que no habían tenido pareja en ningún momento de su vida, las que eran analfabetas, las extranjeras que no entendían el español, las que presentaban un grave deterioro cognitivo y, siguiendo las Normas Éticas y de Seguridad para la Investigación sobre Violencia Doméstica¹⁶, se excluyó también a las mujeres que acudían acompañadas de su marido o pareja.

Para una frecuencia esperada de enfermedad en las mujeres maltratadas de un 50%, una potencia del 80% y un nivel de confianza del 95%, se precisa un mínimo de 306 mujeres para detectar una *odds ratio* (OR) mínima de 2.

Diariamente, según las circunstancias, se incluyó a un mínimo de 2 mujeres en cada consulta y se estableció contacto con 532. Éstas fueron elegidas siguiendo un procedimiento aleatorio similar en cada consulta. Si la mujer elegida no cumplía los criterios de inclusión, se incluía a la siguiente.

Variables estudiadas e instrumentos de medición

El instrumento utilizado para recoger la información fue un cuestionario estructurado autoadministrado creado específicamente para este estudio. Este cuestionario contiene 21 preguntas cerradas y puede ser contestado en menos de 10 min. A continuación se describen las variables contempladas en este estudio:

Variables sociodemográficas: edad (cuantitativa), estado civil (casada, soltera, separada o divorciada, viuda), situación laboral (ama de casa, empleada, estudiante, parada), nivel académico (ningún estudio, estudios primarios, FP o BUP o COU, titulación media, titulación universitaria), nivel de ingresos mensuales familiares (< 600, 600-900, 900-1.200, > 1.200 €) y número de hijos (cuantitativa).

Variables relacionadas con los malos tratos: presencia de los diferentes tipos de maltrato (físico [golpes, patadas, empujones...], psíquico [amenazas, insultos, humillaciones, celos anormales, siente miedo...] y sexual) con la pareja actual y también con una pareja anterior. Cada una de estas 6 preguntas tenía tres posibles respuestas: «Muchas veces», «A veces» y «Nunca». La mujer fue considerada como «maltratada» cuando contestaba «Muchas veces» o «A veces» a alguna de las 6 cuestiones que recogían el maltrato.

Las preguntas relacionadas con el maltrato fueron tomadas de un cuestionario ya utilizado en un estudio previo y que habían demostrado su fácil manejo y la alta comprensión y aceptabilidad¹⁷. La formulación de estas cuestiones estaba basada en escalas utilizadas en otros estudios, entre ellos el Estudio Multicéntrico de la OMS sobre la Salud de las Mujeres y la Violencia Doméstica contra las Mujeres¹⁸⁻²⁰.

Indicadores de salud física: la presencia de enfermedad crónica (sí/no) se recogió mediante la pregunta: «¿Sufre o ha sufrido usted alguna enfermedad crónica?». Las opciones de respuesta eran: «hipertensión», «diabetes», «asma», «cáncer» y «otras». También se preguntaba por la presencia y el número de intervenciones quirúrgicas a lo largo de la vida, así como días pasados en cama en los últimos 3 meses.

Estos tres indicadores de salud física fueron elegidos por ser los más idóneos y adecuados para ser recogidos en un cuestionario autoadministrado y de breve duración.

Indicadores de salud psíquica: presencia o no de morbilidad psíquica (sí/no), la cual se recogió mediante el Cuestionario de Salud

General de Goldberg (GHQ-12), instrumento adaptado y validado en nuestro medio y utilizado ampliamente para medir la morbilidad psíquica en consultas no psiquiátricas; consumo en los últimos 3 meses de tranquilizantes, antidepresivos, analgésicos, alcohol y drogas no legales, recogido mediante una cuestión cerrada.

Salud autopercebida: se recogió mediante una única pregunta: «¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la que tenía en el año anterior?». Las opciones de respuesta eran: «mejor», «igual» o «peor».

Apoyo social: presencia o ausencia de apoyo social (sí/no).

Las variables dependientes del estudio fueron los indicadores de salud física, los indicadores de salud psíquica y la salud autopercebida, y las variables independientes, la presencia de maltrato, así como las variables sociodemográficas y el apoyo social.

Procedimiento

La información fue recogida una vez la mujer hubo realizado la consulta por la cual acudió al centro, o mientras esperaba a ser atendida en la sala de espera. Los cuestionarios eran entregados por el propio médico en la consulta o tras salir de ésta, o en la sala de espera por otro personal sanitario participante en el estudio. Tras solicitar la colaboración de la mujer, si cumplía los criterios de inclusión, se hacía una breve introducción en la que se le explicaba que se estaba llevando a cabo un estudio sobre salud y mujer, tras lo cual se le entregaba el cuestionario introducido en un sobre abierto.

Se puso especial énfasis en la confidencialidad y el anonimato de las respuestas y en la importancia de la cumplimentación total del cuestionario, dándoles la posibilidad de preguntar cualquier posible duda. Una vez finalizado el cuestionario, la mujer lo depositaba en una urna preparada para ello en el centro. Dentro del sobre se incluyeron folletos informativos sobre los recursos disponibles en su área, como asociaciones de mujeres maltratadas o los teléfonos de los diferentes dispositivos de ayuda a las mujeres maltratadas.

Análisis estadístico

Se llevó a cabo mediante el programa estadístico SPSS versión 11.

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo. Para las variables cuantitativas se usaron resúmenes numéricos (media, mediana, desviación típica, mínimo, máximo) y gráficos (diagrama de barras e histograma), y para las variables cualitativas se utilizaron tablas de frecuencia (número de casos y porcentajes) y gráficos (diagrama de sectores).

La relación existente entre las variables dependientes cualitativas y cada una de las variables independientes se analizó mediante el test de la χ^2 para variables independientes cualitativas y la prueba de la t de Student o el test de ANOVA para variables independientes cuantitativas. La fuerza de asociación se estimó mediante la OR cruda, con su intervalo de confianza (IC) del 95%. Para analizar la relación entre las variables dependientes cuantitativas y las independientes cualitativas se utilizó la prueba de la t de Student o el test de ANOVA.

Por último, la relación entre cada variable de salud y el maltrato se estimó mediante modelos de regresión logística ajustando por características sociodemográficas y apoyo social. Cuando la variable dependiente era continua se analizó mediante regresión lineal.

Resultados

Durante el período de estudio se solicitó la colaboración de 532 mujeres entre las asistentes a los 6 centros de salud participantes en el estudio, de las cuales 86 rechazaron participar (argumentando en su mayoría no disponer de tiempo o no llevar las gafas adecuadas de lectura). Finalmente se cumplimentaron 446 cuestionarios, de los que se excluyeron 21 por estar incompletos (> 50% de las preguntas del cuestionario sin contestar). La muestra resultante para el estudio fue de 425 mujeres, lo que dio una tasa de respuesta del 79,88%.

Con respecto a las características sociodemográficas de la muestra, se observó que el grupo de edad más frecuente

TABLA 1 Características sociodemográficas de las mujeres no maltratadas y maltratadas

Características sociodemográficas	No maltrato n = 291 N (%) ^a	Maltrato n = 134 N (%) ^a
Estado civil		
Casada	221 (76,2)	74 (55,6)
Soltera	58 (20)	30 (22,6)
Separada/divorciada/ viuda	11 (3,8)	29 (21,8) ^b
Situación laboral		
Ama de casa	140 (49,1)	58 (44,3)
Empleada/estudiante	118 (41,4)	58 (44,3)
Parada	27 (9,5)	15 (11,4)
Nivel académico		
Titulación universitaria/titulación media	72 (25,3)	24 (19,8)
FP/BUP/COU	61 (21,4)	20 (16,5)
Estudios primarios	134 (47)	59 (48,8)
Ningún estudio	18 (6,3)	18 (14,9) ^c
Nivel de ingresos mensuales familiares		
> 1.200 €	82 (29,7)	21 (16,3)
900-1.200 €	76 (27,5)	36 (27,9)
600-900 €	76 (27,5)	45 (34,9)
< 600 €	42 (15,3)	27 (20,9) ^c
Edad (años)		
18-35	134 (46,4)	47 (35,9)
36-45	91 (31,5)	40 (30,5)
46-65	64 (22,1)	44 (33,6) ^c
Número de hijos		
0	80 (27,7)	32 (24,4)
1	56 (19,4)	24 (18,4)
2	101 (34,9)	40 (30,5)
≥ 3	52 (18)	35 (26,7)

^aEl N de cada variable no se corresponde con el N total al no considerar los «no contesta». ^bp < 0,001. ^cp < 0,05.

fue el comprendido entre los 18 y 35 años (42,6%). El 33,6% de las mujeres tenía 2 hijos. La mayoría estaba casada (69,4%) y el 46,6% eran amas de casa. En relación con el nivel académico, el 45,4% de la muestra sólo disponía de estudios primarios. El 16,2% de las mujeres refirió ingresos inferiores a 600 euros.

En cuanto a los indicadores de salud física, el 33,6% de las mujeres señaló padecer alguna enfermedad crónica. La más frecuente, referida por el 14,4% de las mujeres, fue la hipertensión, seguida del asma (10,1%) y de «otras» (20,4%). El 4,2% refirió padecer diabetes y/o cáncer. El 57,5% refirió haberse sometido a alguna intervención quirúrgica a lo largo de su vida, con una media de 2 intervenciones. En relación con los días pasados en cama en los últimos 3 meses, el 4,7% refirió haber pasado más de una semana, con una media de 1,4 días.

En referencia a los indicadores de salud psíquica, el 39,3% de las mujeres presentó morbilidad psíquica. En relación con el consumo de las diferentes sustancias indicadas, el 49,4% de las mujeres refirió haber consumido analgésicos; el 34,7%, tranquilizantes; el 31,9%, antidepresivos; el 17% alcohol, y el 3,4%, drogas ilegales. Además, la mayoría de las mujeres (56,5%) consideraba que su estado de salud era igual, comparado con el que tenía el año anterior, mientras el 24% consideraba que era peor, y el 19,5%, mejor.

La frecuencia de los malos tratos, ya fueran de tipo físico, emocional y/o sexual y se produjeran en el pasado y/o con una pareja actual, fue del 31,5%. Este maltrato se sucedió con una periodicidad de «muchas veces» en el 10,1% de los casos.

Las diferencias sociodemográficas entre las mujeres que refirieron haber experimentado maltrato en su vida y las que refirieron no haberlo experimentado se presentan en la tabla 1. En comparación con las no maltratadas, las mujeres que referían maltrato presentaban con mayor frecuencia el estado civil de separada/divorciada/viuda (p < 0,001), y con mayor frecuencia carecían de estudios (p < 0,05), tenían niveles de ingresos inferiores a 900 € (p < 0,05) y tenían más de 46 años (p < 0,05).

Relación entre los indicadores de salud física y la presencia de maltrato

En la tabla 2 se muestra la frecuencia y la asociación cruda de cada indicador de salud física con la presencia de maltrato, y la asociación tras ajustar el maltrato por la edad, el estado civil, el nivel académico, el nivel de ingresos y el apoyo social.

Las mujeres víctimas de maltrato presentaron mayor riesgo de padecer una enfermedad crónica, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Respecto al tipo de enfermedad crónica, solamente la variable que recogía «otras enfermedades» presentó una asociación estadísticamente significativa con el maltrato (ORa = 2,16; IC del 95%, 1,10-4,25). Igualmente, la asociación entre el maltrato y pasar más de 7 días en cama también fue esta-

TABLA 2 Asociación entre la presencia de maltrato e indicadores de salud física

Indicadores de salud física	Maltrato de cualquier tipo y en cualquier momento				
	No (%)	Sí (%)	OR (IC del 95%)	ORa ³ (IC del 95%)	
Enfermedad crónica	71 (28,6)	55 (43,3)	1,90 (1,21-2,97)	1,57 (0,88-2,80)	
Hipertensión	25 (12,4)	17 (19,1)	1,67 (0,85-3,28)	0,98 (0,32-2,96)	
Asma	17 (8,8)	11 (13,3)	1,59 (0,71-3,56)	1,19 (0,43-3,31)	
Diabetes y/o cáncer	8 (4,3)	3 (4)	0,92 (0,23-3,57)	0,41 (0,02-7,06)	
Otras enfermedades	31 (14,9)	33 (31,4)	2,61 (1,49-4,58)	2,16 (1,10-4,25)	
Días pasados en cama en los últimos 3 meses	0	248 (86,7)	107 (80,5)		
	1-7	29 (10,1)	15 (11,3)	1,19 (0,61-2,32)	0,91 (0,40-2,04)
	> 7	9 (3,1)	11 (8,3)	2,83 (1,14-7,03)	2,96 (1,00-8,76)
Intervenciones quirúrgicas a lo largo de la vida	167 (59)	72 (54,1)	0,82 (0,54-1,24)	0,92 (0,55-1,52)	
	\bar{X} DE	\bar{X} DE	t p	t p	
Número de intervenciones	2,01 1,68	1,97 1,31	0,20 0,835	-1,01 0,313	

³OR ajustada por edad, estado civil, nivel académico, nivel de ingresos y apoyo social.

TABLA 3 Asociación entre la presencia de maltrato e indicadores de salud psíquica y salud autopercebida

Indicadores de salud psíquica y salud autopercebida	Maltrato de cualquier tipo y en cualquier momento			
	No (%)	Sí (%)	OR (IC del 95%)	ORa ³ (IC del 95%)
Consumo de sustancias en los últimos tres meses				
Analgésicos	112 (46,7)	55 (56,1)	1,46 (0,91-2,34)	0,71 (0,37-1,33)
Tranquilizantes	47 (26,9)	44 (50,6)	2,78 (1,62-4,76)	1,46 (0,72-2,95)
Antidepresivos	45 (26)	35 (44,9)	2,31 (1,32-4,05)	1,16 (0,55-2,46)
Alcohol	20 (13,5)	15 (25,9)	2,23 (1,05-4,74)	1,28 (0,46-3,54)
Drogas ilegales	2 (1,5)	4 (8,5)	5,95 (1,05-33,65)	-
Salud psíquica				
Morbilidad psíquica	89 (30,9)	76 (57,6)	3,03 (1,98-4,64)	2,68 (1,60-4,49)
«Peor» salud autopercebida	57 (19,6)	45 (33,6)	2,07 (1,30-3,29)	1,89 (1,04-3,43)

³OR ajustada por la edad, estado civil, nivel de estudios, nivel de ingresos y apoyo social.

dísticamente significativa (ORa = 2,96; IC del 95%, 1,00-8,76).

Relación entre los indicadores de salud psíquica, la salud autopercebida y la presencia de maltrato

En la tabla 3 se muestra la frecuencia y la asociación cruda de cada indicador de salud psíquica y de la salud autopercebida con la presencia de maltrato, y la asociación tras ajustar el maltrato por la edad, el estado civil, el nivel académico, el nivel de ingresos y el apoyo social.

El maltrato presentó una asociación significativa con la morbilidad psíquica (ORa = 2,68; IC del 95%, 1,60-4,49) y con la salud autopercebida (ORa = 1,89; IC del 95%, 1,04-3,43) tras ajustar por las variables señaladas anteriormente.

Aunque las mujeres maltratadas refirieron con mayor frecuencia que las no maltratadas consumir analgésicos (56,1 frente a 46,7%), tranquilizantes (50,6 frente a 26,9%), antidepresivos (44,9 frente a 26%), alcohol (25,9 frente a 13,5%) y drogas ilegales (8,5 frente a 1,5%), y a pesar de que la asociación entre el maltrato y el consumo de estas sustancias fue significativa en todos los casos excepto en el consumo de analgésicos, al ajustar por las variables antes señaladas estas asociaciones ya no fueron significativas.

Discusión

En primer lugar, deben señalarse algunas posibles limitaciones del estudio. Las principales estarían relacionadas

TABLA 4 Selección de estudios que analizan diferentes enfermedades e indicadores de salud relacionados con el maltrato

Autor, año y referencia bibliográfica	Salud física	Salud psíquica
Coker et al, 2002 ¹²	Enfermedad crónica Lesiones Salud autopercebida	Consumo de sustancias (tabaco, alcohol y drogas) Ansiedad y depresión Ideas/actos suicidas
Ramos Lira et al, 2001 ²⁶		Consumo de alcohol Consumo de psicofármacos Consumo de marihuana Consumo de cocaína
Lown et al, 2001 ¹¹	Condiciones de salud crónicas: problemas respiratorios, diabetes, infarto, hipertensión, artritis, problemas auditivos y visuales, problemas gástricos Síntomas somáticos (gastrointestinales, cardiopulmonares, neurológicos, sexuales, reproductivos, dolor) Salud autopercebida	Salud mental autopercebida
Petersen et al, 2001 ¹⁴	Visitas a servicios sanitarios en el año previo (médico familia, obstetricia-ginecología, salud mental, urgencias)	Depresión Estrés diario Autoestima negativa
Coker et al, 2000 ¹³	Enfermedades osteomusculares (dolor cuello, migraña, artritis, problemas de visión y audición) Enfermedades cardiovasculares (hipertensión, angina, diabetes, problemas circulatorios) Enfermedades genitourinarias (enfermedades de transmisión sexual, infecciones de vías urinarias, infertilidad) Enfermedades aparato digestivo (úlceras gástricas, reflujo, diarrea-estreñimiento) Hospitalizaciones en el pasado año Visitas médicas en el pasado año	Salud mental autopercebida
Hathaway et al, 2000 ²⁵	Mala salud física durante más de 14 días en el mes pasado	Más de 14 días en el mes pasado: triste, depresivo, preocupado, ansioso, mala salud mental Insomnio Ideas suicidas
Leserman et al, 1996 ¹⁰	Número de días en cama en los últimos 3 meses Número de intervenciones quirúrgicas	
McCauley et al, 1995 ²⁷	Hospitalizaciones en el pasado año Intervenciones quirúrgicas a lo largo de la vida	

con los propios criterios de exclusión. Por una parte, se excluyó a las mujeres que acudían acompañadas por su pareja. Pudiera darse en estas mujeres la mayor frecuencia de maltrato, pero las Normas Éticas y de Seguridad para la Investigación sobre la Violencia Doméstica así lo aconsejan¹⁶. Por otra parte, el maltrato se ha asociado con niveles socioculturales bajos pero, dada la metodología del estudio, se excluyó a las mujeres que no sabían leer. Estas exclusiones podrían producir una subestimación de la verdadera frecuencia de maltrato.

Dado el carácter subjetivo de las respuestas (cuestionario autoadministrado), es posible que se haya dado un sesgo de información, bien porque la mujer no colaborase del todo o diera las respuestas que ella consideraba socialmente aceptables, o bien porque las preguntas no se hubieran comprendido de manera adecuada. Además, dado que el diseño del estudio es transversal, resulta difícil hacer inferencias sobre la causalidad o el mecanismo de asociación entre el maltrato y los problemas de salud encontrados.

Otra limitación de este estudio y que debería tenerse en consideración para futuros trabajos es la ausencia de información sobre la historia de abuso físico o sexual durante la infancia de la mujer, la cual representa un posible factor de confusión para el estudio de los problemas de salud²¹.

En este estudio realizado en el ámbito de la atención primaria, la frecuencia de maltrato global encontrada fue del 31,5%. Esta cifra es consistente con las aportadas por otros estudios llevados a cabo también en el ámbito sanitario, y sobre todo en países anglosajones, los cuales dan cifras de prevalencia que oscilan entre un 20 y un 55%^{22,23}.

Las características sociodemográficas que significativamente fueron más frecuentes entre las mujeres que experimentaron maltrato global fueron: mujeres con mayor edad, sin estudios, menores ingresos familiares y separadas, divorciadas o viudas. Estas características, consistentes con estudios realizados en otros países^{3,13}, ponen de manifiesto la deficiente situación económica en que se pueden encontrar estas mujeres y que, junto a la dificultad de inser-



ción laboral, podría hacer que permanecieran en una situación de dependencia de la pareja, lo que les impediría poder iniciar una nueva vida por sí mismas. No podemos establecer la relación entre las mujeres separadas, divorciadas y la mayor frecuencia de abuso al haberse realizado un estudio transversal, ya que la separación o el divorcio puede ser consecuencia del propio maltrato.

En la tabla 4 se recogen diferentes enfermedades e indicadores de salud analizados en diversos estudios. En la mayoría de éstos hay una asociación positiva entre maltrato y los problemas de salud física. Las mujeres maltratadas de este trabajo refieren con mayor frecuencia enfermedades crónicas y pasan más días en cama en los últimos 3 meses. Estos resultados son coherentes con los de otros trabajos en los que se utilizan indicadores semejantes^{10,12}. Por ejemplo, en un estudio poblacional llevado a cabo en Estados Unidos, las mujeres que habían sufrido abuso físico tenían una probabilidad 1,6 veces mayor de desarrollar una enfermedad crónica que las que no habían sufrido ningún tipo de abuso¹². Igualmente, en un estudio realizado en un servicio de digestivo se encontró que las mujeres maltratadas pasaban más días en cama y se sometían a más intervenciones quirúrgicas que las no maltratadas¹⁰.

En relación con la salud psíquica, en la bibliografía revisada se observa una mayor homogeneidad en cuanto a las enfermedades e indicadores utilizados por los diferentes autores (tabla 4). Los resultados de este trabajo muestran que el maltrato global se asocia con una peor salud psíquica, así como una mayor frecuencia de consumo de sustancias; sin embargo, esta asociación entre consumo y maltrato no es significativa cuando se ajusta por posibles confusores. Se debe tener en cuenta, sin embargo, que esta falta de significación puede deberse al tamaño de la muestra, que puede haber restado poder al análisis. El maltrato también se asoció significativamente con una peor salud autopercebida, y esto es coherente con lo hallado en otros estudios^{13,24}. En un estudio poblacional norteamericano se encontró que las mujeres que sufren abuso presentan más depresión y ansiedad que las que no lo sufren²⁵. Otro estudio llevado a cabo en México encontró también diferencias significativas en el uso de psicofármacos (antidepresivos, anfetaminas, tranquilizantes y estimulantes) entre mujeres víctimas de violencia y no víctimas²⁶. Ante estos resultados, se podría plantear la hipótesis de que las mujeres maltratadas pueden tratar de calmar sus reacciones al trauma haciendo un consumo excesivo de sustancias como psicofármacos, alcohol o drogas.

Las mujeres maltratadas de este estudio también refirieron, en una proporción significativamente mayor a las no maltratadas, tener una salud peor que el año previo, resultado consistente con el hallado en otros estudios^{13,24}.

Para finalizar, estos resultados deberían servir de «alarma» y «aviso» para los profesionales de atención primaria, para que entiendan que la violencia doméstica es un problema frecuente en sus consultas y para que tengan presente en

Lo conocido sobre el tema

- Hay pocos estudios en nuestro país sobre la violencia contra la mujer en la pareja, y en general son escasos los trabajos sobre su impacto en la salud de la mujer.
- En otros países se ha constatado que los malos tratos constituyen un importante factor de riesgo para una mala salud, tanto física como psíquica.
- En nuestro país se desconoce el impacto real del maltrato en la salud de la víctima.

Qué aporta este estudio

- Las mujeres víctimas de malos tratos presentan morbilidad psíquica y una peor salud autopercebida en mayor proporción que las que no han sufrido violencia.
- El maltrato repercute en la salud de la mujer más allá de las lesiones físicas evidentes.
- Toda mujer que acude a un centro de atención primaria puede esconder tras su sintomatología una posible historia de maltrato que debe tenerse en cuenta para poder hacer un diagnóstico diferencial.

todo momento que las lesiones físicas no son la única «prueba» de la existencia de violencia doméstica, sino tan sólo lo que se conoce como «la punta del iceberg». Prácticamente todas las mujeres entran en contacto con los servicios de atención primaria en algún momento de su vida. Por ello, desde estos servicios se puede desempeñar un papel esencial para ayudar a las mujeres que sufren abusos de sus parejas. Pero, para que esto sea así, se precisa que todos los profesionales conozcan la realidad sobre el impacto que la violencia tiene en la salud de la mujer, y que adquieran esa sensibilización imprescindible para poder detectar los casos en los que la mujer es maltratada por su pareja. Por último, sería recomendable promover más investigaciones para conocer las dimensiones del problema en nuestro país, así como la forma en que los diversos tipos de maltrato influyen en la salud de la víctima.

Bibliografía

1. Gundersen L. Intimate-partner violence. The need for primary prevention in the community. *Ann Intern Med* 2002;136:637-40.

2. Relación víctimas de la violencia de género año 2003 [consulta 10/11/03]. Disponible en <http://www.separadasydivorciadas.org/muertas2003.html>
3. 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.
4. García Moreno C. Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud OPS/OMS. Harvard: Harvard Center for Population and Development Studies, 2000.
5. Campbell J, Jones AS, Dieneman J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Inter Med* 2002; 162:1157-63.
6. Clark JP, Du Mont J. Intimate partner violence and health. *Can J Public Health* 2003;94:52-8.
7. 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, Population Information Program, December 1999.
8. Campbell J, Soeken K. Forced sex and intimate partner violence: effects on women's risk and women's health. *Violence Against Women* 1999;5:1017-35.
9. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.
10. Leserman J, Drossman D, Li Z, Toomey T, 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.
11. Lown EA, Vega WA. Intimate partner violence and health: self-assessed health, chronic health, and somatic symptoms among Mexican American women. *Psychosom Med* 2001;63:352-60.
12. Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med* 2002;23:260-8.
13. Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Arch Fam Med* 2000;9:451-7.
14. Petersen R, Gazmararian J, Clark KA. Partner violence: implications for health and community settings. *Womens Health Issues* 2001;11:116-25.
15. Instituto de la Mujer. La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer, 1999.
16. 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.
17. Mata N, Ruiz I. Detección de violencia doméstica en mujeres que acuden a un centro de atención primaria. Tesina Master de Salud Pública y Gestión Sanitaria. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2002.
18. World Health Organization. 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.
19. Straus MA. Measuring intrafamily conflict and violence: the Conflict Tactics (CT) scales. En: Straus M, Gelles R, editors. Physical violence in american families: risk factors and adaptation to violence in 8145 families. New Brunswick: Transaction Publishers, 1990; p. 29-48.
20. Coker AL, Smith PH, McKeown RE, King MJ. Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual and psychological battering. *Am J Public Health* 2000;90:553-9.
21. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002;359:1331-6.
22. Richardson J, Coid J, Ptruckevitch A, Chung WS, Moore S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ* 2002;324:274-7.
23. Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ* 2002;324:271-4.
24. Coker AL, Smith PH, Thompson MP, McKeown RE, Bethea L, Davis KE. Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *J Womens Health Gen Based Med* 2002;11:465-76.
25. Hathaway JE, Mucci LA, Silverman JG, Brooks DR, Mathews R, Pavlos CA. Health status and health care use of Massachusetts women reporting partner abuse. *Am J Prev Med* 2000;19:302-7.
26. Ramos Lira L, Saltijeral Méndez MT, Romero Mendoza M, Caballero Gutiérrez MA, Martínez Vélez NA. Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública de México* 2001;43:182-91.
27. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, Dechant HK, et al. The battering syndrome: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary health care internal medicine practices. *Ann Intern Med* 1995;123:737-46.

COMENTARIO EDITORIAL

Violencia doméstica: ¿conocemos los efectos de la violencia sobre la salud de las víctimas?

M.C. Fernández Alonso

Médico de Familia. Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid. España.

Todavía no se han ponderado y valorado suficientemente las consecuencias de la violencia doméstica (VD) en los ámbitos físico, psicológico y social, tanto en la víctima como en la familia.

Por otra parte, a pesar de mantenerse ocultos la mayor parte de estos casos —se estima que apenas si se denuncia un 10%—, cada vez conocemos mejor la alarmante magnitud de este problema.

Estudios realizados en diferentes países¹⁻⁴ han puesto de manifiesto la gravedad de sus consecuencias y han contribuido a que las principales organizaciones internacionales con responsabilidades en salud (OMS, ONU y OPS) lo consideren un problema de salud pública de primer orden. Numerosos gobiernos han puesto en marcha planes contra la VD, aunque esto no significa que consideren este problema «de hecho» entre sus prioridades políticas. Disponer de datos fiables en el contexto de cada país, tanto acerca de su prevalencia como de sus consecuencias en los ámbitos individual, familiar y social, puede ser el mejor argumento para exigir un compromiso global que permita abordar el problema con eficacia.

Consecuencias físicas

Por razones obvias, los efectos inmediatos sobre la salud física son los mejor documentados:

– Lesiones traumáticas de todo tipo: heridas, quemaduras, fracturas, hematomas, politraumatismos o lesiones capaces de ocasionar secuelas permanentes e incluso de causar la muerte.

– Las agresiones sexuales originan alteraciones en el contexto genitourinario: enfermedades de transmisión sexual, infecciones urinarias, dolor pélvico y embarazos no deseados.

– Los malos tratos en el embarazo suponen un riesgo para la salud de la madre y del niño; hay un mayor riesgo de aborto, de recién nacidos de bajo peso y una mayor mortalidad perinatal.

A más largo plazo, la violencia produce alteraciones que, se cree, guardan relación con el estrés mantenido: trastornos digestivos (colon irritable, pérdida de apetito, vómitos...),

Puntos clave

- Estudios internacionales han investigado los efectos de la violencia doméstica sobre la salud de la mujer, no sólo a corto, sino a medio y largo plazo, y han detectado que las víctimas de la violencia doméstica presentan en mayor medida problemas de salud mental y peor salud física.
- En nuestro país, los estudios sobre las consecuencias a largo plazo de los malos tratos sobre la salud son prácticamente inexistentes. El actual trabajo, pionero en nuestro medio, concuerda en sus resultados con los datos de estudios realizados en otros países.
- Sería conveniente ampliar el conocimiento de los efectos de la violencia doméstica en la salud, mediante el desarrollo de nuevos estudios de investigación en esa línea.
- Parece necesaria una mayor implicación del médico de familia respecto al problema de la violencia doméstica para que se minimicen las consecuencias del problema mediante la detección precoz de las situaciones de maltrato y la intervención adecuada.

cefaleas, raquialgias, abdominalgias, dolor torácico, dolores osteomusculares y síntomas físicos inespecíficos. Más recientemente se ha considerado su relación con el desarrollo de enfermedades como la diabetes, la hipertensión arterial, la enfermedad cardiovascular y otros problemas de salud crónicos⁵.

Consecuencias psicológicas

La repercusión de la violencia doméstica sobre la salud mental de las víctimas se ha documentado en numerosos estudios⁶. Los problemas más claramente relacionados son: trastorno por estrés postraumático, ansiedad, depresión (es el indicador más relacionado con el maltrato), mayor riesgo de suicidio (hasta 4 veces más frecuente que en

las mujeres que no lo sufren). También las mujeres víctimas de maltrato tienen mayor riesgo de presentar conductas adictivas: abuso del alcohol, de las drogas y de los psicofármacos; tienen con mayor frecuencia insomnio, trastornos por somatización, disfunciones sexuales, trastornos del comportamiento alimentario (anorexia y bulimia) y, finalmente, utilizan con mayor frecuencia la violencia con sus propios hijos. Las víctimas valoran las consecuencias psicológicas de la VD como más graves que las físicas.

Una importante consecuencia a largo plazo es la *transmisión transgeneracional* de la violencia doméstica, que perpetúa modelos de conducta que aceptan la violencia como instrumento de dominio y sumisión. No sólo se aprende el rol de agresor, sino también el de víctima, con una mayor tolerancia hacia las conductas maltratantes.

Consecuencias sociales

Frecuentemente, la mujer maltratada presenta aislamiento social, es más frecuente el absentismo laboral y la pérdida de empleo así como la disminución de su capacidad económica y del nivel de vida.

La víctima de maltrato utiliza más los recursos sanitarios, acude con mayor frecuencia a los servicios de urgencia, a las consultas del médico general y a los servicios de salud mental. Todos estos aspectos también se han estudiado ampliamente.

En nuestro país hay pocos estudios publicados sobre la repercusión sobre la salud de la VD (salvo la encuesta sobre la VD llevada a cabo por el Instituto de la Mujer [2000] que investiga este hecho).

Por esto me parece de gran interés y oportunidad el estudio realizado por L. Raya Ortega y su grupo, uno de los primeros publicados en nuestro ámbito, que trata de investigar el impacto del maltrato en la salud de la mujer, tanto en el ámbito físico como psicológico, en una población de mujeres de 18-65 años, usuarias de los servicios de atención primaria.

Entre sus resultados nos llama la atención la elevada frecuencia de maltrato, un 31,5% en la población estudiada, aunque la cifra real quizás sea aún mayor, ya que algunos criterios de exclusión que contempla el estudio nos hacen suponer que la cifra pueda estar infraestimada. Este porcentaje es mucho mayor al encontrado en la encuesta llevada a cabo por el Instituto de la Mujer (9,4%), realizada en una muestra de población general de mujeres del mismo intervalo de edad; sin embargo, dicha cifra es similar a la obtenida en estudios realizados en el ámbito de la atención primaria en países europeos (Richardson, 2003; Bradley, 2003). Por otra parte, encuentran que el maltrato global se asocia con peor salud psíquica y con peor salud autopercebida. En el estudio se observa también una mayor frecuencia de consumo de psicofármacos, de diferentes sustancias y mayor frecuencia de enfermedades crónicas, datos similares a los resultados de otras publicaciones. Aunque estos datos no son extrapolables a la población ge-

neral, debido a las características y metodología del estudio, no cabe duda de que aporta resultados de gran interés, y que por primera vez en nuestro país conocemos datos acerca de la frecuencia del maltrato a través de la encuesta realizada a mujeres que consultan en los servicios sanitarios. Como concluyen las autoras, «las lesiones físicas no son la única prueba del maltrato». Hay secuelas menos visibles, pero probablemente mucho más graves, como los problemas de salud mental o las enfermedades crónicas secundarias a situaciones mantenidas de violencia. Los profesionales de atención primaria hemos de estar alerta para detectar la VD lo más precozmente posible y poder minimizar sus consecuencias; los resultados de estudios como el que comentamos nos proporcionan nuevos argumentos para esto.

Además, sería interesante que este estudio, realizado en atención primaria, fuera el inicio de futuras investigaciones sobre las consecuencias de la VD, campo en el que se nos plantean algunas preguntas:

- ¿Qué repercusiones tiene la VD a largo plazo?, aspecto aún insuficientemente conocido, aunque contamos con estudios al respecto.
- ¿Cuál es la génesis de los problemas psicológicos y de las enfermedades crónicas secundarias a la VD?
- ¿Cuál es su relación con el tiempo de evolución? ¿Y con el tipo de maltrato?
- ¿Conocemos los mecanismos protectores y los factores de «resiliencia» que hacen que algunas víctimas superen sin secuelas psicológicas tardías las experiencias de maltrato?
- ¿Cuáles son las repercusiones sobre la salud en otros miembros de la familia? ¿Qué actuaciones se deberá llevar a cabo con los hijos menores cuando se detecta violencia en la pareja? ¿Qué repercusiones tiene la VD en los hijos a medio y largo plazo? Todos estos son aspectos, sin duda, de extraordinario interés sanitario, conocidos algunos por estudios de otros países, pero que apenas se han abordado en nuestro medio.

Quizá algunos de estos interrogantes muevan a otros profesionales a iniciar nuevos estudios en esta línea, poco abordada por los profesionales sanitarios en nuestro país. Es necesario realizar una investigación en este ámbito, ya que como argumenta F. Bradley⁷, autora de numerosos estudios sobre VD, «investigar sobre VD debería ser visto como un camino para destapar y fragmentar este estigma oculto; la investigación es en sí misma beneficiosa, incluso si no se acompaña de acciones inmediatas sobre ella». El conocimiento del problema es el primer paso para su solución.

Es imprescindible asumir que la VD es también un problema de salud y que, por lo tanto, hemos de integrarla en nuestra actividad asistencial, investigar las lagunas de conocimiento que tenemos acerca de este problema y formarnos para realizarlo con competencia.

Bibliografía

1. Campbell L. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002;359:1331-6.
2. Coker A, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med* 2002;23:260-8.
3. Watts Ch, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet* 2002;359:1232-7.
4. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet* 2002;359:1423-9.
5. Lown EA, Vega WA. Intimate partner and health: self-assessed health, and somatic symptoms among Mexican American Women. *Psychosom Med* 2001;63:352-60.
6. Gomel MK. Domestic violence—an issue for primary health care professionals. En: Jenkins R, Ustan TB, editors. *Preventing mental illness: mental health promotion in primary care*. Chichester: John Wiley and Sons, 1998; p. 440-55.
7. Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ* 2002;324:271-4.