

VIOLENCIA DOMESTICA

ROL DEL MEDICO CLINICO

RAUL MEJIA¹, MARIA ALEMAN²¹ Departamento de Medicina, Hospital de Clínicas José de San Martín, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires;² Cátedra Psicología Evolutiva, Escuela de Obstetricia, Universidad de Buenos Aires y Fundación Propuesta, Lanús, Provincia de Buenos Aires

Resumen La violencia doméstica, ejercida generalmente contra la mujer, es causa de graves daños tanto psicológicos como físicos, tiene costos sociales y económicos importantes, y repercute en las generaciones futuras. El médico clínico debe estar capacitado para reconocer estas situaciones y brindar orientación a las víctimas. Para ello debería brindársele la preparación necesaria, en capacitación de pre y postgrado.

Abstract *Family violence: the physician's role.* Family violence is mostly used against women. It is the cause of heavy psychological and physical damages as well as social and economic costs. It also has a repercussion on the future generations. Medical practitioners should be prepared to recognise these situations in order to give support, counsel and assistance to victims of abuse. Training in family violence should be included in pre and post courses in Medical School programs.

Key words: family violence, victims of abuse

En los últimos quince años la violencia contra la mujer en el hogar se ha planteado como una cuestión de interés y debate público. En los ambientes académicos médicos este problema ha despertado una creciente preocupación por las importantes consecuencias que conlleva tanto a largo como a corto plazo, desde una perspectiva individual y social. Muchas víctimas sufren graves daños psicológicos y físicos (llegando incluso hasta la muerte) mientras que los costos sociales y económicos para la comunidad son enormes y es imposible calcular su repercusión en las generaciones futuras.

A pesar de que actualmente se considera que los médicos que atienden mujeres deben estar capacitados para reconocer las situaciones de violencia doméstica y brindar orientación a las víctimas de ella¹, los programas de educación médica de pre y posgrado no poseen entrenamiento formal en este tema^{2, 3}.

Definición y prevalencia: Se entiende por violencia doméstica a "cualquier situación, dentro de una relación íntima, en la cual intencionalmente se intente causar daño o controlar la conducta de una persona"^{4, 5}. Violencia doméstica, entonces, no significa solamente agresión física

ca en todas sus variantes –golpes de puño, patadas, empujones, tirones de cabello, agresiones con objetos contundentes o armas– sino también agresión verbal, maltrato psicológico, contacto sexual no deseado, violación, destrucción de la propiedad, daño a mascotas, control del acceso al dinero, aislamiento social, amenazas o intimidación a otros miembros de la familia, limitaciones al desarrollo laboral^{6, 7} entre otras.

Al definir la violencia dentro de la familia se entiende que cualquiera de los miembros de la pareja puede ser víctima del maltrato. Sin embargo, estudios epidemiológicos muestran que sólo en el 2% de los casos de maltrato la víctima es el varón, en el 75% es la mujer y en el 23% restante la violencia es cruzada⁴.

La mayoría de los estudios sobre violencia doméstica se han llevado a cabo en países occidentales industrializados. Se ha observado, por ejemplo, que la agresión a la esposa constituye el 25% de los crímenes registrados por la policía de Escocia⁸. Además en los EE.UU se estima que una de cada 5 mujeres es víctima de violencia doméstica en algún momento de su vida, que el 25% de las mujeres sufrirá una violación y que una de cada 6 embarazadas será agredida física o sexualmente durante la gestación^{9, 10, 11}.

En América Latina es difícil obtener cifras representativas sobre la dimensión real del fenómeno de la violencia doméstica, debido a la complejidad de factores culturales, sociales, familiares y económicos que dificul-

Recibido: 15-VI-1999

Aceptado: 19-VIII-1999

Dirección postal: Dr. Raúl M Mejía, Callao 875, 1023 Buenos Aires, Argentina

Fax: (54-11) 4815-3912

E-mail: mejiam@pccp.com.ar

tan la denuncia de este hecho, favoreciendo su "invisibilización" en la sociedad¹². Investigaciones realizadas en diferentes países –Costa Rica, Chile, Colombia y Bolivia– mostraron que entre el 30 y el 70% de las mujeres que vivía en pareja refería haber sido golpeada por su compañero¹³.

En Argentina se estima que el 25% de las mujeres sufre regularmente violencia doméstica y el 50% pasará por alguna situación de violencia en algún momento de su vida¹⁴. En los nueve primeros meses de 1997 el Servicio Telefónico de Violencia Familiar de la Ciudad de Buenos Aires recibió más de 21 000 llamados telefónicos, de éstos el 66 por ciento pidió información, el 30 por ciento contención y el 4 por ciento ayuda urgente¹⁵. En 1998 se recibieron 30 780 llamados de los cuales 14 632 fueron solicitudes de información, 7 848 de contención y 848 de ayuda urgente, (Lic. C. Juen, Supervisora Técnica del Servicio de Violencia Familiar de la Ciudad de Buenos Aires, comunicación personal). Según estadísticas de la Dirección General de la Mujer del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, el 30 por ciento de las mujeres que llamaron padecían malos tratos hacía once años o más.

Consecuencias: La violencia doméstica produce importantes consecuencias físicas, psicológicas y sociales, no sólo en quien la padece sino también en la sociedad en general.

Se pueden observar problemas de salud en las víctimas de violencia doméstica, en las esferas físicas y psicológicas, tanto a corto como a largo plazo (Tabla 1).

Las consecuencias físicas a corto plazo derivan del daño producido por la agresión; se pueden encontrar

hematomas, cortes, fracturas y quemaduras. En las mujeres embarazadas se observa un importante número de abortos¹⁶. El estrés agudo, equiparable en nuestro medio con la crisis de angustia, es la principal consecuencia psicológica del maltrato¹⁷. Las consecuencias a mediano y largo plazo del abuso generan una serie de síntomas que se engloban en el "Battering Syndrome"¹⁸. Este síndrome tiene componentes físicos entre los que se encuentran: cefalea crónica, disfunción sexual, problemas gastrointestinales (dispepsia, úlcera péptica, flatulencia, dolores abdominales inespecíficos, dolor pelviano crónico), síntomas músculo esqueléticos, trastornos del sueño, disnea, mareos, dolor precordial atípico. Entre los componentes psicológicos es común observar depresión, irritabilidad, crisis de pánico, trastorno de dolor crónico, sentimientos de inseguridad, fobias, baja autoestima, insomnio, ansiedad y abuso de alcohol y otras sustancias. Las víctimas de violencia doméstica utilizan con mucha más frecuencia los servicios médicos, el patrón de consulta médica de estas mujeres se caracteriza por una vaga descripción de los síntomas, demanda de explicaciones médicas para síntomas inespecíficos, múltiples consultas, poca satisfacción con el médico tratante y cambio frecuente de médico de cabecera. Entre las consecuencias sociales se destacan el aislamiento, la incapacidad para tomar decisiones, el temor para desenvolverse en el medio social (por ejemplo para obtener o mantener un empleo), la dependencia económica y la inestabilidad familiar¹⁹.

Los costos económicos de la violencia doméstica son elevados debido en gran parte al daño causado a la salud pero también contribuye el ausentismo y el bajo rendimiento laboral de las víctimas. La ciudad de Nueva York, por ejemplo, gastó en el año 1991 cuarenta y un millones de dólares en pagar los costos policiales y judiciales de los casos de violencia doméstica, \$ 77.5 millones en los servicios de emergencia para atender a las víctimas, y se estima que se perdieron \$ 250 millones a causa del ausentismo y la baja productividad²⁰. Más de la mitad de los varones que golpean a sus mujeres también lo hacen con sus hijos, las consecuencias del abuso infantil son numerosas y han sido descritas en diversas publicaciones.

Tres de cada cuatro adolescentes arrestados en los EE.UU. tienen antecedentes de abuso infantil²¹.

Función del médico clínico: El médico de cabecera ha sido identificado como el profesional con el cual la mayor parte de las pacientes prefiere discutir maltrato familiar por lo que se encuentra en una posición única para detectar situaciones abusivas. Por esta razón suele ser la primera persona, fuera del círculo familiar más estrecho, que toma conocimiento de la situación de violencia, y en muchas ocasiones ésta puede ser la única oportunidad de intervenir para intentar solucionar el problema. Debido a esto el médico tiene la obligación de

TABLA 1.– Consecuencias de la violencia doméstica

Corto plazo	
Psicológicas	Físicas
- Desorden agudo de stress	- Lesiones: Golpes, cortes, fracturas, quemaduras, etc. - Abortos
Mediano y largo plazo	
Psicológicas	Físicas
- Depresión	- Disfunción sexual
- Irritabilidad	- Cefaleas crónicas
- Crisis de pánico	- Dolor abdominal
- Sentimientos de inseguridad	- Úlcera péptica
- Fobias	- Trastornos gastrointestinales inespecíficos
- Baja autoestima	- Dolor precordial atípico
- Insomnio	- Sínt. musculoesqueléticos
- Ansiedad	- Disnea
- Abuso de sustancias tóxicas	- Mareos
- Trastorno de dolor crónico	

interrogar directamente acerca de violencia doméstica, evitando juzgar y adoptando una actitud que favorezca las confidencias y asegurarle confidencialidad^{10, 22}.

Para lograr identificar el problema debe realizar las preguntas adecuadas y considerar la violencia familiar en el diagnóstico diferencial de los cuadros de dolor crónico, abuso de sustancias, depresión, lesiones de dudoso origen, traumatismos reiterados, entre otros. Por otra parte, la paciente debe ser informada sobre los recursos de ayuda disponibles y establecer el riesgo de daños mayores que presenta la víctima en un futuro inmediato²³. Debe además informar a la paciente, sobre las características cíclicas y repetitivas de la violencia así como el aumento en el nivel de agresividad que suele producirse en cada ciclo²⁴.

El simple hecho de identificar el maltrato, validarlo y reconocer su impacto sobre la salud de la paciente, puede ser el primer paso para prevenir futuros episodios de violencia. Por el contrario, si los signos de abuso son ignorados o pasados por alto, la mujer puede interpretar esto como una aceptación implícita del abuso y en consecuencia sentirse desamparada y sin posibilidades de revertir la situación.

El médico debe documentar exhaustivamente en la historia clínica tanto el relato del episodio de violencia como los hallazgos del examen físico. A lo largo del tiempo, este registro servirá para establecer el patrón de injurias y, si en algún momento la paciente considera abandonar la relación, la historia clínica puede ser la única prueba del abuso al que ha sido sometida. Además de tratar las lesiones originadas a consecuencia del maltrato, el médico debe realizar una estimación del riesgo al que están expuestos la víctima y sus hijos, así como también debe ayudarla a elaborar un plan de emergencia para enfrentar futuras situaciones de agresión²⁵.

Por último el médico debe conocer en detalle los recursos comunitarios disponibles para poder derivar a las víctimas a centros multidisciplinarios donde podrá obtener información para intentar remediar la situación.

En conclusión, la violencia doméstica es un problema de alta prevalencia en nuestra sociedad y tiene importantes consecuencias sobre la salud física y psíquica de las personas afectadas.

El médico de atención primaria juega un papel fundamental en la prevención y en la detección de la violencia doméstica y sus consecuencias, por constituir la puerta de acceso de la población a los sistemas de salud y posiblemente la única posibilidad de que la violencia familiar sea detectada y extraída del ámbito privado.

Debido a que la violencia doméstica debe ser considerada un problema de la sociedad (y no de orden privado), es necesario desarrollar cambios curriculares en los programas de entrenamiento médico de pre y posgrado que permitan a los médicos clínicos contar con

las habilidades y herramientas necesarias para atender con éxito a las víctimas del maltrato familiar.

Bibliografía

1. Association of Professors of Medicine. What internists need to know: Core competencies in women's health. *Am J Med* 1997; 102: 507-12.
2. CDC. Family violence education in medical school-based residency programs –Virginia– 1985. *MMWR* 1996, 45: 669-71.
3. CDC. Violence education in family practice residency programs –United States, 1989; *MMWR* 1991; 40: 428-30.
4. Alpert E, Freund K, Park C, Patel J, Sovak M. Partner violence –How to recognize and treat victims of abuse: A guide for physicians and other health care professionals. Waltham, MA: Massachusetts Medical Society; 1995.
5. Corsi J. Violencia familiar, una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar. Buenos Aires, Ed. Paidós: 1994.
6. Bolis M. Tipificación de la violencia contra la mujer en la legislación de América Latina. En: Gómez Gómez Elsa (ed.) Género, Mujer y Salud en las Américas. Washington D.C.: OPS. 1993, p 258-65.
7. Coria C. La dependencia económica de las mujeres. En: El sexo oculto del dinero. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1991, pp 25-43.
8. Naciones Unidas. Violencia contra la mujer en la familia. Publicación de las Naciones Unidas N° S.89.IV.5. Naciones Unidas, New York, 1989.
9. Flitcraft A. From public health to personal health: Violence against women across the life span. *Ann Intern Med* 1995; 123: 800-2.
10. Council of Scientific Affairs, American Medical Association. Violence against women. Relevance for medical practitioners. *JAMA* 1992; 267: 3184-9.
11. Gazmararian J, Lazorick S, Spitz A, Ballard T, Saltzman L, Marks J. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA* 1996, 275: 1915-20.
12. Larrain S, Rodríguez T. Los orígenes y el control de la violencia doméstica en contra de la mujer. En: Gómez Gómez Elsa (ed.) Género, Mujer y Salud en las Américas. Washington D.C.: OPS 1993, p. 202-9.
13. de Roux G. Ciudad y violencia en América Latina. *Salud en la Comunidad* 1997; 5: 3-17.
14. Asuaje J. El problema en cifras. *Salud en la Comunidad* 1997; 5: 40-5.
15. Carbajal M. Cuando la violencia está esperando en la habitación. *Diario Página 12*, Buenos Aires, 25/11/97: 19.
16. Alpert, Elaine J. Violence in intimate relationship and the practicing internist: New disease and new agenda. *Ann Intern Med* 1995; 123: 774-80.
17. American Psychiatric Association. Desorden por Stress Agudo. En: DSM-IV Breviario. Barcelona Ed. Masson; 1995 p. 214-5.
18. Mc Cauley J, Kern D, Kolodner K, et al. The Battering Syndrome: Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med* 1995; 123: 737-46.
19. Sansone R, Wiederman M, Sansone L. Health care utilization and history of trauma among women in a primary care setting. *Violence Victims* 1997; 12: 165-72.
20. Mellman L, Bell R. Consequences of violence against women. In: The Commonwealth Fund Commission on

- Women's Health "Violence Against Women in the United States: A Comprehensive Background Paper". New York, The Commonwealth Fund: 1996, pp 31-38.
21. Glaser D, Frosh S. Mito y realidad: las dimensiones del abuso sexual de niños. *En*: Glaser D, Frosh S. Buenos Aires, Ed. Paidós 1997; pp. 17-53.
 22. American Medical Association, Council on Ethical and Judicial Affairs. Physicians and domestic violence. *JAMA* 1992; 267: 3190-3.
 23. Freund K, Blackhall L. Detection of domestic violence in a primary care setting. *Clin Res* 1990; 38: 738-42.
 24. Fundación Alicia Moreau de Justo. Manual para profesionales de la salud que tienen oportunidad de atender a mujeres víctimas de violencia familiar. Buenos Aires, Ed. Fundación Alicia Moreau de Justo: 1992.
 25. Innes L, Mellman L. Treatment for victims of violence. *In*: The Commonwealth Fund Commission on Women's Health Violence Against Women in the United States: A Comprehensive Background Paper. New York The Commonwealth Fund: 1996, pp. 39-51.

- - - -

En la Guía para Visitantes del Museo de Historia de la Medicina, Universidad René Descartes, París, hay una nota explicativa para la vitrina 5, donde se encuentran, entre otras reliquias, lancetas y recipientes para sangrías e instrumentos de disección, de los siglos XVI-XVII.

Anatomie et chirurgie aux XVI^{ème} et XVII^{ème} siècles

A la Faculté de Médecine de Paris, la première dissection a lieu en 1407. Il a longtemps été difficile de se procurer des cadavres; en effet, on voyait dans les leçons d'anatomie des "profanations sacrilèges et cruautés inutiles exercées par les vivants sur les morts".

L'anatomiste André Vésale est le premier à contester violemment l'autorité de Claude Galien, soupçonnant celui-ci de n'avoir dissequé, pour rédiger son "Anatomie", d'autre corps que celui du singe. Il publie "De humani corporis fabrica", premier véritable traité d'anatomie.

Au XVI^{ème} siècle, l'anatomie devient plus fonctionnelle; l'expérimentation vient compléter l'observation.

Mais la bataille de la "circulation du sang" fait rage (sa démonstration est rejetée par la Faculté de Paris). Il faut toute l'autorité de Louis XIV pour y mettre fin. Il fait expliquer la théorie de Harvey, qui en a découvert le principe, au "Jardin royal", créée en 1626, et qui comprenait trois chaires consacrées a des démonstrations d'anatomie et de chirurgie.

Anatomía y cirugía en los siglos XVI y XVII

En la Facultad de Medicina de París, la primera disección tuvo lugar en 1407. En esos lejanos tiempos era difícil conseguir cadáveres; en efecto, las lecciones de anatomía eran consideradas "profanaciones sacrílegas y crueldades inútiles ejercidas por los vivos sobre los muertos".

El anatomista Andrea Vesalio es el primero en discutir violentamente la autoridad de Claudio Galeno, de quién sospechaba de haber disecado sólo el cuerpo de un mono, para redactar su "Anatomía". El (Vesalio) publica "*De humani corporis fabrica*", primer verdadero tratado de anatomía.

En el siglo XVII, la anatomía se hace más funcional, y la experimentación viene a completar la observación.

Pero la batalla de la "circulación de la sangre" hace furor (su demostración es rechazada por la Facultad de París). Es necesaria la autoridad de Luis XIV para poner fin a esta batalla. El rey hace explicar la teoría de Harvey, quien había descubierto el principio, en el "Jardín real", creado en 1626, el cual estaba compuesto por tres cátedras, consagradas a las demostraciones de anatomía y de cirugía.

*Musée d'Histoire de la Médecine. Petit guide du visiteur.
Université René Descartes, Paris, 1998, p. 7*