

VIOLENCIA DOMESTICA CONTRA LA MUJER UNA ENCUESTA EN CONSULTORIOS DE ATENCION PRIMARIA

**CARLA PONTECORVO¹, RAUL MEJIA¹, MARIA ALEMAN¹, ALFREDO VIDAL¹, MARIA PIA MAJDALANI¹
ROBERTO FAYANAS¹, ALICIA FERNANDEZ², ELISEO J. PEREZ STABLE³**

¹Programa de Medicina Interna General, Departamento de Medicina, Hospital de Clínicas José de San Martín, Universidad de Buenos Aires; ²Division of General Internal Medicine, Department of Medicine, San Francisco General Hospital, University of California, USA; ³Division of General Internal Medicine, Department of Medicine, University of California, San Francisco, USA.

Resumen De acuerdo a la Organización de la Salud, en América Latina cerca del 50% de las mujeres sufren violencia doméstica crónica. Se realizó esta investigación con el objetivo de estimar la prevalencia de violencia basada en género (VBG) en las mujeres que se atienden en el Programa de Medicina Interna General (PMIG) y comparar la frecuencia de detección de VBG bajo diferentes modalidades de encuesta. Se utilizó una muestra consecutiva de mujeres mayores de 18 años de edad que concurren al PMIG y aceptaron participar. Se utilizó la encuesta para detección de VBG desarrollada por la *International Planning Parenthood Foundation*. La mitad de la población completó la encuesta en forma anónima y a solas, y a la otra mitad el médico tratante le entregó el cuestionario al final de la consulta. Se repartieron 360 encuestas, se recuperaron 270. La edad promedio de la población fue 45.4 años, el 33 % poseía mas de 7 años de educación formal, el 48% no convivía en situación de pareja, el 56% tenía trabajo. Ciento veinte mujeres (44.4%) refirieron haber sufrido algún tipo de violencia en su vida. Ciento ocho informaron violencia psicológica, 53 violencia física y 45 violencia sexual. Cuarenta y seis mujeres (17.5%) relataron haber sufrido violencia sexual en la niñez. Cuarenta (14.8%) refirieron sufrir violencia en la actualidad. Las mujeres que respondieron la encuesta en forma anónima referían haber sufrido VBG con una frecuencia significativamente menor que las otras ($P < 0.005$). Al 93% de las encuestadas (219 mujeres) ningún médico les había preguntado sobre VBG en su vida. En conclusión, existe una alta prevalencia de VBG en la población encuestada.

Palabras clave: violencia doméstica, género, médicos, atención primaria

Abstract *Detection of domestic violence against women. Survey in a primary health care clinic.* According to Pan American Health Organization nearly 50% of women suffer chronic domestic violence in Latin America. We evaluated the prevalence of gender based violence (GBV) in women assisted in a University Outpatient Clinic in Buenos Aires. We used a survey originally developed by the International Planned Parenthood Federation (IPPF) in Spanish. The survey was distributed to a consecutive sample of women more than 18 years of age who attended the clinic. Participants were randomized to fill out the questionnaire anonymously (self-administered) or during an interview with the physician in order to test the sensitivity of these two different modalities of data collection. Of 360 eligible women 270, (75%) completed the questionnaire. The respondents had a median age of 45.4 years, only 33% had more than 7 years of formal education and 48% did not live with a partner. Of the 270 respondents, 120 (44%) women reported mistreatment at least once during their lifetime. Of these, 108 (40%) reported psychological GBV, 53 physical GBV and 45 reported sexual GBV. Most of the respondents suffered more than one type of violence. 46 (17%) women reported sexual abuse during childhood, 219 (81%) of participants never had been asked by their physician about domestic violence. Women interviewed by the physician reported GBV more frequently than those completing the self-administered survey ($p < 0.005$). The survey developed by the IPPF is considered a useful tool for screening in a clinical setting.

Key words: domestic violence, gender, ambulatory care, physicians, primary health care

En 1993, las Naciones Unidas adoptaron la primera definición internacional de violencia contra la mujer:

“Cualquier acto de violencia basada en género que tenga como consecuencia, o que tenga posibilidades de tener como consecuencia, perjuicio o sufrimiento en la salud física, sexual o psicológica de la mujer, incluyendo amenazas de dichos actos, coerción o privaciones arbitrarias de su libertad, tanto si se produce en la vida pública como privada”¹.

Recibido: 27-II-2003

Aceptado: 6-VIII-2004

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

Fax (54-11) 4813-8254

e-mail: mejjarm@pccc.com.ar

En EE.UU. 2 a 4 millones de mujeres son golpeadas cada año, 1500 mujeres son asesinadas cada año por

su pareja actual o pasada y el 16% de las mujeres adultas informan una historia de abuso sexual por un integrante de su familia².

En Francia, una encuesta nacional³ muestra que la violencia en la pareja causa la muerte de seis mujeres por mes, siendo la principal causa de muerte el homicidio de las mujeres. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que del 20 al 60% de las mujeres que viven en América Latina sufren situaciones de violencia⁴.

En la Argentina se estima que aproximadamente el 25% de las mujeres sufre regularmente violencia intrafamiliar y el 50% pasará por alguna situación de violencia a lo largo de su vida; sin embargo, no existen estudios de prevalencia en la población general de nuestro país.

El médico de cabecera ha sido identificado como el profesional con quien la mayor parte de las pacientes prefiere discutir maltrato familiar, por lo que se encuentra en una posición única para detectar situaciones abusivas, y en muchas ocasiones ésta puede ser la única oportunidad de intervenir para intentar solucionar el problema⁵.

Existen numerosos instrumentos creados con el fin de detectar las distintas formas de violencia contra la mujer. Así, por ejemplo, la escala de Mc Farlane⁶ evalúa abuso durante el embarazo; la Escala de Tácticas de Conflicto (CTS)⁷ mide agresión física, psíquica y sexual, en frecuencia y severidad; *Women's Experience with Battering Scale*⁸ (WEB) mide la coerción crónica; y el *Index of Spouse Abuse-Physical* (ISA-P)⁹ y *Non-Physical* (ISA-PN)⁹ registra el índice de abuso por la pareja, entre otros. Estas herramientas fueron creadas y aplicadas originalmente en mujeres de habla inglesa y no hay instrumentos validados en español. En los EE.UU. se utilizó una encuesta telefónica en mujeres de habla hispana¹⁰.

En el año 2000 la Federación Internacional de Planificación Familiar, Región del Hemisferio Occidental (IPPF-RHO) desarrolló un instrumento breve para la detección sistemática de violencia basada en el género (VBG)¹¹.

La presente investigación se realizó con el objetivo de estimar la prevalencia de VBG en las mujeres que se atienden en el Programa de Medicina Interna General del Hospital de Clínicas (PMIG) y comparar la frecuencia de detección de VBG bajo diferentes condiciones de administración del instrumento.

Materiales y métodos

La población estudiada estuvo constituida por una muestra consecutiva de mujeres mayores de 18 años de edad que concurrieron al PMIG y aceptaron participar, entre el 22 de abril y el 14 de junio de 2002.

No participaron mujeres embarazadas en la muestra.

El instrumento de detección utilizado fue la encuesta desarrollada por la *International Planning Parenthood Foundation* para países hispanoparlantes. Esta consta de datos demográficos básicos y cuatro dominios para violencia basada en género, que incluyen: violencia psicológica, física, sexual, y violencia sexual en la niñez.

Los dominios investigados se definieron de la siguiente manera:

Violencia psicológica: comprende las tácticas utilizadas por los agresores para conseguir poder y control sobre su pareja, como agresiones verbales, coacción para que haga cosas humillantes, amenazas de privarla del contacto con sus hijos, aislamiento de sus familiares y amigos, restricciones en el acceso al dinero, la alimentación, el vestido, el transporte, los servicios de salud, los servicios sociales o el empleo.

Violencia física: abarca empujar, zarandear, abofetear, morder, dar puñetazos, patear, tirar del cabello, ahogar, disparar, apuñalar, producir mutilaciones, quemaduras. Incluye también encerrar o dejar en sitios peligrosos.

Violencia sexual: puede presentar diversas formas que van desde forzar un coito mediante amenazas y fuerza física (violación) hasta comentarios no deseados de índole sexual sobre su cuerpo o parte de él. Incluye la negativa a utilizar preservativos, arriesgando a la mujer a embarazos indeseados o al contagio de enfermedades de transmisión sexual, degradar a la mujer obligándola a tener relaciones con otros hombres mientras él mira o presenciar mientras él tiene relaciones con otras personas.

Como datos adicionales se preguntaba sobre la sensación de seguridad en el hogar, la situación de pareja, el nivel educativo, la situación laboral, la percepción del estado de salud y el número de veces en las cuales esta problemática había sido mencionada en las consultas médicas. Además, se incluyeron dos preguntas con el propósito de detectar depresión.

Para la aplicación de la encuesta se utilizaron dos modalidades diferentes. En la primera, modalidad personalizada, el médico encuestaba a las pacientes al finalizar la consulta médica y a solas. En la otra modalidad, autoadministrada, al final de la consulta se dejaba a la mujer a solas en el consultorio y se le solicitaba completar el cuestionario e introducirlo en una urna dispuesta allí con esa finalidad. En ambos casos se cumplió con las recomendaciones éticas de la OMS para investigación en VBG, que incluyen: asegurar el anonimato de las participantes, garantizar la confidencialidad de la información obtenida, respetar la autonomía por lo cual no se tomarán medidas en relación a las respuestas (salvo decisión de la encuestada), y la disponibilidad de asesoramiento posterior si así lo desea.

Resultados

Se entregaron 360 encuestas (cuestionarios), la mitad para ser respondidas individualmente (a solas) por cada encuestada, y la otra mitad "personalizada", entregada por el médico tratante. Las participantes de la muestra "autoadministrada" devolvieron 125 encuestas (porcentaje de respuesta 69.4%); de la muestra "personalizada" se recuperaron 145 (porcentaje de respuesta 80.5%).

Las características de la población se describen en la Tabla 1. No se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos.

En el grupo estudiado, 120 mujeres (44.4%) refirieron haber sufrido algún tipo de violencia en su vida. Ciento ocho reportaron violencia psicológica, 53 violencia física y 45 violencia sexual. Se encontró superposición entre los diferentes tipos de violencia (Figura 1), y en 20 casos coexistían las tres formas de violencia.

Tabla 1.- Características de las mujeres, mayores de 18 años de edad, que concurrieron al Programa de Medicina Interna General, entrevistadas sobre VBG (violencia basada en género) entre el 22/04/2002 y el 14/06/2002.

n = 265

Variable	Total n = 265 (%)	Alguna vez VBG n = 120 (%)	Nunca VBG n = 145 (%)
Edad (años)	45.5	45.7	45.1
Educación			
Primaria completa	86 (32.4)	38 (31.6)	48 (33.1)
Secundaria completa	97 (36.6)	44 (36.6)	53 (36.5)
Universitaria completa	46 (17.3)	21 (17.5)	25 (17.2)
Terciaria no universitaria completa	31 (11.6)	14 (11.6)	17 (11.7)
No respondieron	5 (1.8)	-	-
Situación de pareja			
Sin pareja o pareja no conviviente	127 (48.2)	57 (47.5)	70 (48.2)
Casada o con pareja conviviente	109 (41.4)	50 (41.6)	59 (40.6)
Otros	27 (10.2)	12 (12)	15 (10.3)
No respondieron	2 (0.7)	-	-
Situación laboral			
Empleo tiempo completo	83 (31.9)	38 (31.6)	45 (31)
Medio tiempo u otro	64 (24.5)	30 (25)	34 (23.4)
Sin empleo	13 (4.3)	52 (43.3)	61 (42)
No respondieron	5 (1.8)	-	-
Percepción de salud			
Excelente	11 (4.1)	1 (0.8)	10 (6.9)
Muy buena	36 (13.5)	13 (10.8)	23 (15.8)
Buena	116 (43.7)	44 (36.6)	72 (49.6)
Regular	82 (30.9)	51 (42.5)	31 (21.3)
Mala	16 (6)	11 (9.1)	5 (3.4)
No respondieron	4 (1.5)	-	-
Depresión			
Referían sentirse deprimidas	151 (56.9)	92 (76.6)	59 (40.1)
Referían anhedonia	131 (49)	82 (68.3)	49 (33.7)
Ambas respuestas positivas	101 (42.3)	52 (43.3)	58 (40)

Cuarenta y seis (17.5%) encuestadas relataron haber sufrido violencia sexual en la niñez; de ellas, 25 sólo en la niñez, y 21 en la niñez y en la vida adulta.

Cuarenta mujeres (14.8%) refirieron sufrir violencia en la actualidad, 35 de ellas (75%) sufrieron violencia psicológica, 8 violencia física y 4 violencia sexual. También se observó superposición entre los diferentes tipos de violencia.

El perpetrador de los tres tipos de violencia referido con mayor frecuencia fue el marido o la pareja conviviente, siguen los ex maridos y los novios (Tabla 2). En los casos de violencia sexual en la niñez, el agresor con mayor frecuencia había sido "otro no conviviente" (32 casos, 69.5%). Siguen en frecuencia padre y luego hermanos.

El 72.4% de las mujeres encuestadas que nunca habían sufrido VBG percibían su salud como buena o muy buena, mientras que sólo el 48.3% de las víctimas tenían

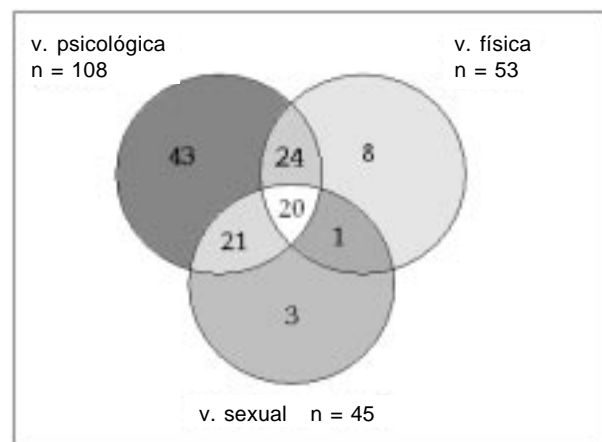


Fig. 1.- Prevalencia de violencia basada en género (VBG) a lo largo de la vida, superposición entre los distintos tipos de violencia

Tabla 2.— Perpetradores de violencia, según el tipo de maltrato ejercido sobre las mujeres encuestadas, durante toda la vida

Perpetrador	Tipo de maltrato			
	Psicológico n (%)	Físico n (%)	Sexual n (%)	Sexual en la niñez n (%)
Padre	3 (3)	6 (12)	3 (6.9)	5 (10.9)
Novio	8 (8)	9 (18)	2 (4.6)	-
Marido	28 (28.5)	14 (28)	16 (37.2)	-
Ex Marido	16 (16.3)	10 (20)	6 (13.9)	-
Otro no Conviviente*	16 (16.3)	-	6 (13.9)	32 (69.6)
Otros	27 (27.5)	10 (20)	6 (13.9)	
Contestaron	98 (100)	49 (100)	39 (100)	37 (100)
No contestaron	10	4	6	9
Total	108	53	45	46

*Otro no conviviente: incluye familiares o conocidos de la víctima que no conviven con ella.

Tabla 3.— Cantidad de mujeres que informaron cada tipo de violencia, durante toda la vida, según el modo de administración de la encuesta (personalizada y autoadministrada)

Tipo de maltrato	Total	Versión personalizada n (%)	Versión autoadministrada n (%)	p
Violencia psicológica	108	68 (62.9)	40 (37)	0.038
Violencia física	53	36 (67.9)	17 (32)	0.039
Violencia sexual	45	28 (62.2)	17 (37.7)	0.308
Violencia sexual en la niñez	46	28 (60.8)	18 (39.1)	0.406

El valor de p se refiere a la significación estadística de la diferencia en las respuestas entre ambas versiones.

esa percepción ($p = 0.001$). Referían sentirse deprimidas el 40% de las mujeres que no sufrían VBG, y el 76.6% de las víctimas ($p = 0.002$).

El 92.4% (197) de las encuestadas nunca había mencionado el tema a un médico.

Al 94.8% (219) nunca un médico les había preguntado si sufrieron o sufrían violencia basada en género. Finalmente, 187 de las mujeres encuestadas (87.3%) nunca había solicitado ayuda a un médico por problemas de esta naturaleza.

Las mujeres que participaron de la muestra autoadministrada respondieron haber sufrido VBG con una frecuencia significativamente menor que las de la muestra personalizada Tabla 3.

Discusión

Esta investigación mostró una alta prevalencia (45%) de VBG en nuestra población. Estos datos son similares a

otros hallazgos en Latinoamérica ya que un estudio realizado en Quito, Ecuador, mostró que el 60% de las encuestadas refirió haber sido golpeada por su compañero¹², mientras que en Chile el 60% de las mujeres había sido abusada por su compañero íntimo y el 26% en forma grave físicamente¹²; en El Salvador se atienden en los hospitales dos casos diarios por maltrato y violencia física (1996)¹³; en México el 33% de las mujeres referían haber vivido en una relación violenta¹²; en Bolivia la Secretaría de Asuntos de Género estima en 100 000 los casos de VBG por año, pero sólo 1/5 es denunciada¹³; en Colombia, el 20% de las mujeres refirió violencia física, el 33% violencia psicológica, y el 10% violación marital¹².

En nuestro estudio las mujeres referían sufrir mayoritariamente violencia psicológica, siguiendo con violencia física. Este hallazgo es explicable por las características demográficas de las mujeres que consultan al PMIG, ya que la violencia física se observa con mayor frecuencia en las mujeres casadas, separadas, o divorciadas (o que están planeando la separación),

entre las que tienen entre 17 y 28 años, y en las embarazadas.

La violencia sexual hallada en nuestro estudio, 17.5%, es similar a la hallada en otros países, como por ejemplo en los EE.UU., donde el 14% de las mujeres que han estado casadas alguna vez reportan haber sido violadas por su esposo o ex esposo; la violación es una forma frecuente e importante de maltrato en el 54% de los matrimonios violentos¹⁴.

En nuestro estudio, el perpetrador de los tres tipos de violencia referido con mayor frecuencia fue el marido o la pareja conviviente, siguen los ex maridos y los novios. Este hallazgo es similar a lo que ocurre en casi todo el mundo, donde la forma más común de violencia contra la mujer es el abuso por parte del marido u otro compañero íntimo y no está limitado a ciertos grupos sociales, económicos, religiosos o culturales.

En los casos de violencia sexual en la niñez, el agresor reportado con mayor frecuencia fue "otro no conviviente" (32 casos, 69.5%). Siguen en frecuencia padre y luego hermanos. Eso implica que, en nuestro medio, las niñas sufren violencia sexual por parte de un amigo o allegado a la familia en mayor cuantía que un familiar directo.

Numerosos estudios han demostrado que la violencia física y/o psicológica ejercida en forma crónica produce severo daño a la salud. Las víctimas de violencia doméstica presentan un conjunto de síntomas y signos que se han englobado bajo la denominación de *battering syndrome*¹⁵ que consta de desórdenes médicos, psicológicos o de conducta. En nuestra investigación, las mujeres que sufrían VBG percibían su salud significativamente peor que las que no la sufrían, y el 69.5% de las mujeres encuestadas que eran víctimas de VBG expresaban sentirse deprimidas. Este problema despierta una creciente preocupación por las importantes consecuencias que conlleva tanto a largo como a corto plazo, desde una perspectiva individual y social. Muchas víctimas que sufren graves daños psicológicos y físicos (llegando hasta la muerte) generan enormes costos sociales y económicos para la comunidad, y es imposible calcular su repercusión en las generaciones futuras.

A pesar de estos estudios, la detección de maltrato por parte de quienes asisten a estas mujeres es muy bajo; se estima que los profesionales de la salud identifican el maltrato como un problema etiológico en sólo 1 de cada 20 víctimas que concurren al consultorio. Un estudio multicéntrico realizado en la Argentina, demostró que los encuestados interrogaban sobre VBG a menos del 1% de sus pacientes¹⁶. Estos hallazgos son similares a los observados en nuestra investigación, donde la mayoría de las participantes de esta encuesta (94.8), refirió que nunca un médico les había preguntado si sufrieron o sufrían violencia basada en género.

Es necesario comprender que el momento de intervenir en estas situaciones es previo a que las mujeres re-

quieran asistencia y el lugar, por excelencia, es el consultorio de atención primaria.

En conclusión, existe alta prevalencia del problema, y la necesidad de implementar programas de detección y atención en centros de atención ambulatoria de adultos.

Bibliografía

1. 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/OMS. 1993. p. 258-65.
2. Hamby S, Koss M. Violence against women: Risk factors, consequences, and prevalence. En: Liebschutz J, Frayne S, Saxe G, Violence Against Women. Philadelphia: American College of Physicians 2003 pp 3-38.
3. Coker A, Smith P, McKeown R, King M. Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual and psychological battering. *Am J Public Health* 2000; 90: 553-9.
4. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: scope and magnitude. *Lancet* 2002; 359: 1232-7.
5. Alpert E.J. Violence in intimate relationships and the practicing internist: new disease or new agenda? *Ann Intern Med* 1995; 123: 774-81.
6. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA* 1992; 267: 3176-8.
7. Koziol-McLain J, Coates CJ, Lowenstein SR. Predictive validity of a screen for partner violence against women. *Am J Prev Med* 2001; 21: 93-100.
8. Smith PH, Earp JA, De Vellis R. Measuring battering: development of the Women's Experience with Battering (WEB) Scale. *Womens Health* 1995; 1: 273-288.
9. Hudson WW, McIntosh SR. The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions. *J Marriage Fam* 1981; 43: 873-88.
10. Bauer H, Rodríguez M, Pérez Stable EJ. Prevalence and determinants of intimate partner abuse among public hospital primary care patients. *J Gen Intern Med* 2000; 15: 811-7.
11. Guedes A, Bott S, Cuca Y. Integrating systematic screening for gender-based violence into sexual and reproductive health services: Results of a baseline study by the International Planned Parenthood Federation / Western Hemisphere Region. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2002; 78 (S1): S57-S63.
12. Heise, L. Violencia contra la mujer: la carga oculta de salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Washington DC: OPS/OMS. 1994.
13. Population Reports: Para acabar con la violencia contra la mujer. Maryland: The John Hopkins University School of Public Health, Dec 1999; 27.
14. Salber P, Taliaferro E. Reconocimiento y prevención de la violencia doméstica en el ámbito sanitario. Barcelona: Cedecs, 2000.
15. 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.
16. Mejía R, Alemán M, Fernández A, Pérez Stable EJ. Conocimiento y detección de violencia doméstica por los médicos clínicos. *Medicina (Buenos Aires)* 2000; 60: 591-4.