

Lesiones por violencia doméstica en la Comunidad Valenciana

Vicenta Escribà-Agüir / Carmen Barona-Vilar / Consuelo Calvo-Mas / Maria Luisa Carpio-Gesta / Ana Fullana-Montoro
 Servei de Salut Infantil i de la Dona. Direcció General de Salut Pública, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana,
 Valencia, España.

(Injuries from domestic violence in the Autonomous
 Community of Valencia [Spain])

Resumen

La ausencia de datos epidemiológicos homogéneos y fiables sobre la violencia doméstica constituye una limitación importante para la toma de decisiones públicas en materia de ayuda a estas víctimas. Por ello, y partiendo de la obligatoriedad del personal sanitario de declarar los casos de violencia doméstica en adultos ante la autoridad judicial, en la Comunidad Valenciana se ha establecido un modelo unificado, de fácil cumplimentación, para declarar estas lesiones. Desde junio a octubre de 2005 se han recibido y procesado 500 casos de violencia doméstica, emitidos mayoritariamente por médicos de atención primaria (68%). Los casos se dan sobre todo en mujeres, en jóvenes (edad entre 20 y 39 años), con estado civil de casados o convivientes en pareja y con estudios primarios o secundarios. El tipo de lesión más frecuente es la física y psicológica (62%) y en el 83% de los casos hay al menos un antecedente previo de maltrato.

Palabras clave: Violencia doméstica. Lesiones. Epidemiología.

Abstract

The lack of homogeneous and reliable epidemiological data on domestic violence greatly limits public decision making on the help that should be provided to victims of this form of abuse. Health professionals are obliged to report cases of domestic violence in adults to the judicial authorities and a unified, easily completed model for reporting injuries from domestic violence has been established in the Autonomous Community of Valencia. From June to October 2005, 500 cases of domestic violence were received and processed, most of which were reported by primary care physicians (68%). Cases of domestic violence occurred mainly in young women (aged, 20-39 years), either married or cohabiting, and with primary or secondary level education. The most frequent findings were physical injury or psychological damage (62%). Eighty-three percent of victims had at least one antecedent of abuse.

Key words: Domestic violence. Lesions. Epidemiology.

Introducción

La violencia doméstica, y en particular la que se ejerce contra las mujeres por parte de su pareja, es un importante problema de salud pública, tanto por la magnitud de las lesiones producidas como por sus consecuencias a corto y a largo plazo sobre la salud física y mental¹⁻³. La mayor parte de los estudios sobre la prevalencia de la violencia de pareja, realizados en América del Norte, Canadá y algunos países de la Unión Europea, muestran importantes diferencias en la magnitud del fenómeno. Su prevalencia se sitúa entre el 25 y el 30% a lo largo de la vida

de la mujer, pero la prevalencia anual está entre el 2 y el 12%⁴. En el Estado español, la prevalencia de mujeres maltratadas (según indicadores objetivos de maltrato) en el año 1999 fue del 12,4%, y del 11,1% en el año 2002, según una encuesta transversal realizada por el Instituto de la Mujer. En la Comunidad Valenciana estas prevalencias son del 11,6 y el 11,1%, respectivamente⁵.

Los profesionales sanitarios desempeñan un importante papel en la detección, tratamiento y orientación de este complejo problema, el cual requiere un abordaje multisectorial y multidisciplinario por parte de la administración sanitaria, bienestar social, judicial, policial, educación, etc.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe mundial sobre violencia y salud del año 2002, define la violencia como «el uso de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencia la posibilidad de aparición de lesiones de tipo físico, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte». Dentro de este concepto se incluye la violencia doméstica (familiar), definida como malos

Correspondencia: Dra. Vicenta Escribà-Agüir.
 Servei de Salut Infantil i de la Dona. Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat.
 Micer Mascó, 31. 46010 Valencia. España.
 Correo electrónico: escriba_vic@gva.es

Recibido: 14 de noviembre de 2005.

Aceptado: 11 de abril de 2006.

tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales u de otra índole, inflingidas por personas del medio familiar y dirigidas, generalmente, a los miembros más vulnerables: niños, mujeres y ancianos. En el caso de que la víctima sea una persona adulta (mayor de 18 años), se habla de violencia doméstica en adultos. Cuando el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima, se denomina violencia de pareja o conyugal⁶.

La ausencia de datos epidemiológicos homogéneos y fiables, tanto de ámbito nacional como internacional, constituye una limitación importante para la toma de decisiones públicas en materia de ayuda a las víctimas de violencia y, sobre todo, para poder establecer medidas de prevención efectivas. Por ello, la plataforma de acción de Pekín de 1995 invitó a los estados a: «promover la investigación, organizar la recogida de datos y elaborar estadísticas sobre la prevalencia de las diferentes formas de violencia contra las mujeres, en particular la violencia doméstica y fomentar la realización de estudios de investigación, que permitan identificar las causas, el tipo, la gravedad y las consecuencias de esta violencia, así como evaluar la efectividad de las medidas, que se tomen para prevenir esta violencia».

El personal sanitario que atiende un caso de presunta violencia doméstica en adultos debe cumplimentar un parte de lesiones. La información que se refleje en este documento puede resultar de gran ayuda para las actuaciones judiciales. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud propuso un modelo específico de parte de lesiones para los casos de violencia doméstica en adultos. Basándose en este modelo, en la Comunidad Valenciana se ha elaborado un modelo unificado para declarar estos casos de presunta violencia doméstica bajo la denominación «Informe Médico por Presunta Violencia Doméstica (adultos)». Éste incluye los siguientes apartados: *a)* datos de filiación de la víctima y sociodemográficos; *b)* exposición de los hechos que motivan la asistencia sanitaria y tipo de daño; *c)* presencia de antecedentes de maltrato y tipo; *d)* valoración del estado emocional de la víctima; *e)* descripción y localización de las lesiones; *f)* pruebas diagnósticas, tratamiento y plan de actuación, y *g)* datos de identificación del facultativo que atiende a la víctima. Su cumplimentación es sencilla y ha sido diseñado, mayoritariamente, por medio de preguntas cerradas. En su elaboración ha intervenido una comisión técnica compuesta por representantes de médicos de atención primaria y de urgencias y emergencias, médicos forenses, juristas y personal de la administración sanitaria. Su implementación ha sido regulada por la Circular 1/2005 del Director Gerente de la Agencia Valenciana de la Salud. Este informe incluye un original que sirve de documento médico-legal para ser enviado a la autoridad judicial y 3 copias (una para la víctima, otra que queda en el centro sanitario donde se atiende la vícti-

ma y una tercera que se remite a la administración sanitaria). El análisis de estos informes médicos puede contribuir a una mejor caracterización del problema de la violencia doméstica en adultos en la Comunidad Valenciana.

Resultados del análisis de los informes médicos por presunta violencia doméstica en adultos

El proceso y análisis de los datos se lleva a cabo en la Dirección General de Salud Pública (Servicio de Salud Infantil y de la Mujer). Desde la implantación, a inicios de junio de 2005, hasta el 31 de octubre de 2005, se han recibido y procesado 500 informes de personas atendidas en centros sanitarios de la red sanitaria pública de la Comunidad Valenciana. Un 68% de los partes ha sido emitido por los médicos de atención primaria y un 32% por médicos hospitalarios (normalmente del servicio de urgencias y emergencias). Con respecto a las características sociodemográficas de los casos, cabe destacar que el mayor número se da en mujeres y en edades de 20 a 39 años. En las edades extremas se aprecia un menor número de casos. Mayoritariamente, los casos son personas casadas o que conviven en pareja, o bien solteras. Con respecto al nivel de estudios, los casos se dan en mayor medida en personas con estudios primarios o secundarios y solamente un 7,7% tiene estudios universitarios. El país de origen de los casos es, mayoritariamente, España, pero en un 18,3% es América Latina. En un 46% de los casos la persona tenía un trabajo remunerado, y entre los casos producidos en mujeres un 3,2% estaban embarazadas. En lo referente al tipo de lesión, los casos presentan mayoritariamente daño físico o bien daño físico y psíquico, mientras que un 4,8% tienen sólo daño psíquico y un 0,8% daño físico, psíquico y sexual. Del mismo modo, y en cuanto a los antecedentes de maltrato, un mayor porcentaje presenta antecedentes físicos y psíquicos o bien sólo físicos. Cabe destacar que sólo un 16,8% de los casos no presenta antecedentes de maltrato (tabla 1).

Conclusiones

La implementación de un modelo estándar de parte de lesiones específico para declarar casos por presunta violencia doméstica en adultos, de fácil cumplimentación, ha favorecido enormemente su declaración. Este hecho ha permitido determinar las características sociodemográficas de los casos así como la tipología de las lesiones. Ahora bien, se trata de un análisis de serie de casos, por lo que no permiten calcu-

Tabla 1. Características de los casos de violencia doméstica (en adultos) declarados por personal sanitario en la Comunidad Valenciana, junio-octubre 2005 (n = 500)

		n	%
Características sociodemográficas de los casos			
Sexo	Mujer	435	90,2
	Hombre	47	9,8
Edad (años)	18-20	30	6,6
	20-29	150	33,0
	30-39	124	27,3
	40-49	83	18,3
	> 49	67	14,8
Estado civil	Soltera/o	151	32,7
	Viuda/o	11	2,4
	Casada/o/convive en pareja	215	46,5
Nivel de estudios	Separada/o/divorciada/o	85	18,4
	Sin estudios	62	14,4
	Primarios	195	45,3
País de origen	Secundarios	140	32,6
	Universitarios	33	7,7
	España	320	65,2
	Otro país de la Unión Europea	23	4,7
Trabajo remunerado	Europa del Este	37	7,5
	América Latina	90	18,3
	Norteamérica	1	0,2
	Norte de África	12	2,4
	Resto de África	6	1,2
	Asia	2	0,4
	Sí	206	45,9
No	243	54,1	
Embarazo	Sí	13	3,3
	No	377	96,7
Tipo de violencia y antecedentes de maltrato			
Tipo de violencia	Daño físico	158	31,9
	Daño psíquico	24	4,8
	Daño físico y psíquico	309	62,4
	Daño físico, psíquico y sexual	4	0,8
Antecedentes de maltrato	Ninguno	79	16,8
	Físico	106	22,6
	Psíquico	55	11,7
	Físico y psíquico	211	44,9
	Sexual	1	0,2
	Daño físico, psíquico y sexual	18	3,8

lar prevalencias. Transcurrido un año de su implementación se podrán calcular prevalencias, utilizando como denominador la población cubierta por los centros sanitarios públicos de la Comunidad Valenciana. Del mismo modo, la continuidad en la recolección e informatización de estos partes permitirá analizar las tendencias a lo largo del tiempo del fenómeno de la violencia doméstica en adultos.

Bibliografía

1. Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ*. 2002;325:314.
2. Ruiz-Pérez I, Blanco-Prieto P, Vive-Cases C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gac Sanit*. 2004;18 Supl 2:4-12.
3. Plazaola-Castaño J, Ruiz Pérez I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en al salud física y psíquica. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:461-7.
4. Wathen CN, MacMillan HL. Interventions for Violence Against Women: Scientific Review. *JAMA*. 2003;289:589-600.
5. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales [citado 13 Oct 2005]. Disponible en: http://www.mtas.es/mujer/mujeres/cifras/violencia/macroencuesta_violencia.htm
6. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano-Ascensio R, directores. *World report on violence and health*. Genève: World Health Organization; 2002.