

MADRID **LAURA G. IBÁÑES**
laura.gutierrez@diariomedico.com

Una de cada cuatro mujeres mayores de 16 años (el 24,2 por ciento) reconoce haber sufrido violencia física (19,6 por ciento) y/o sexual (13,7 por ciento) en algún momento a lo largo de su vida y el 85 por ciento de ellas la ha sufrido en varias ocasiones. Además, un 25,4 por ciento ha sufrido violencia psicológica de control, un 21 por ciento violencia psicológica emocional y un 10,8 por ciento, violencia económica.

Por escalofriantes que resulten las cifras de la *Macroencuesta de Violencia de Género en España* la realidad deja claro que sigue infradetectada, en tanto se estima que se tardan todavía entre 5 y 10 años hasta que se tiene conocimiento del maltrato que está sufriendo una persona desde que éste comenzó. Un periodo complejo en el que la propia mujer muchas veces no es consciente del maltrato sufrido y en el que, a veces, todavía no hay síntomas de violencia física o lesiones, pero sí existe ya violencia psicológica y los primeros síntomas que podrían ayudar a detectar el problema.

La maltratada es hiperfrecuentadora de AP, pero aún se tarda entre 5 y 10 años en detectarse el problema de violencia desde que surge

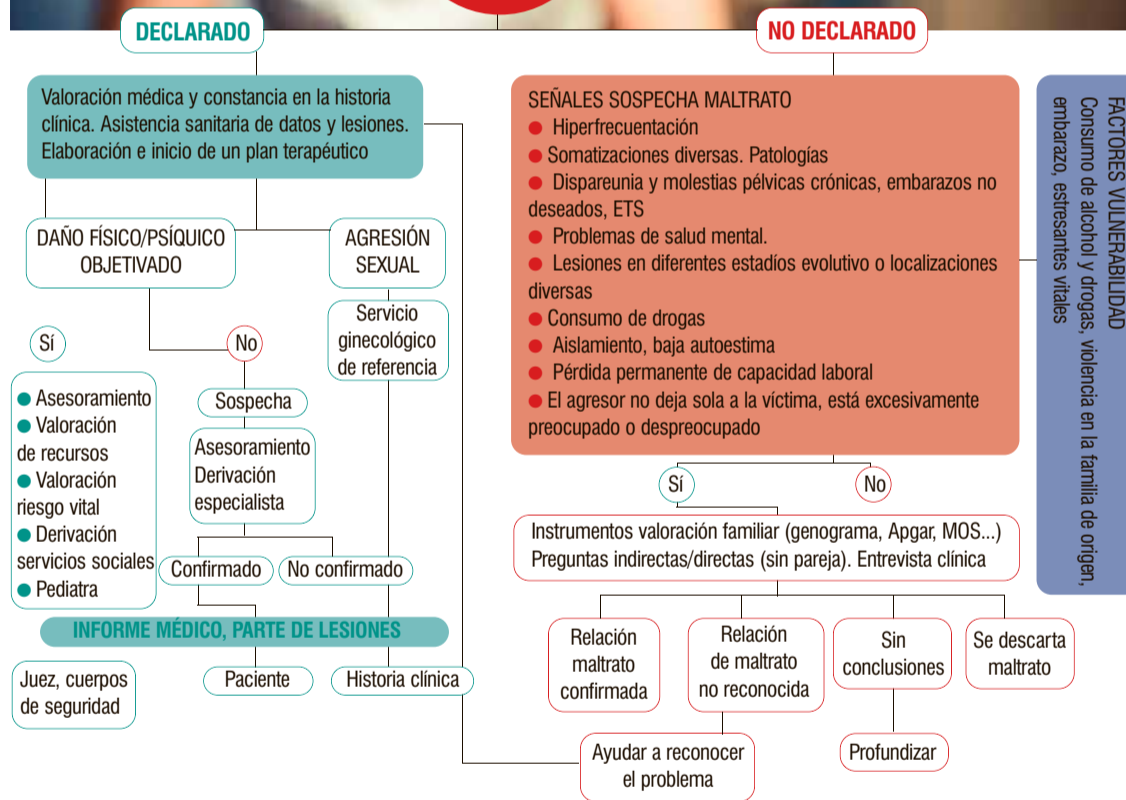
Así lo cree al menos Alicia Díaz Revilla, médica de Familia del centro de salud San Juan de la Cruz Pozuelo de Alarcón y miembro del Grupo de Trabajo de la Mujer de Somamfyc.

Díaz Revilla explica que el médico está en una situación privilegiada para detectar estos casos "y no lo está haciendo tanto como debería. Todos tenemos muy claro qué hacer cuando hay riesgo vital o cuando hay que hacer un parte de lesiones, pero no se está actuando antes de que eso ocurra ni se está haciendo un cribaje a todas las mujeres pese a que se trata de hiperfrecuentadoras del sistema sanitario y pese a que sabemos que ellas mismas, cuando ya reconocen o denuncian la violencia sufrida, dicen que les habría gustado que el médico de Familia les hubiese *tirado de la lengua* cuando acudían un día tras otro a la consulta por insomnio o dolor de cabeza. Aunque sólo sea por evitar tratamientos y pruebas innecesarias hace falta hacer ese cribaje poblacional de violencia de género, porque es un problema infradiagnosticado".

PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA
Y es que la violencia de género es "como reconoció la propia OMS, un problema de salud pública, que afecta de lleno al bienestar y salud de quienes la sufren y que pre-

La violencia de género está infradiagnosticada

El 24% de mujeres ha sufrido abusos y el 60% preferiría relatar el problema a su médico antes que a la policía o a servicios sociales



Fuente: Protocolo de actuación desde AP. Comunidad de Madrid

cisa, por tanto, la implicación del médico", afirma Díaz Revilla. No en vano, los datos de la macroencuesta muestran que el 78 por ciento de quienes la han sufrido afirman que afectó profundamente a su estado de salud físico o psíquico y, mientras que el 68 por ciento de las mujeres que no han sufrido violencia dicen tener un estado de salud bueno o muy bueno, esta cifra se desploma hasta el 54 por ciento en el caso de quienes sí la han sufrido.

Sus síntomas se multiplican, con prevalencias de dolores de cabeza del 54 por ciento entre quienes reconocen haber sufrido violencia de género frente a sólo el 39 por ciento entre las que no la han padecido. El insomnio afecta a más del 50 por ciento de las mal-

tratadas alguna vez en su vida, frente al 36 por ciento de mujeres que no han sido maltratadas y refieren este mismo problema. Y lo mismo ocurre con los dolores de espalda, la ansiedad, la fatiga permanente... "pero se están tratando los síntomas en la consulta sin diagnosticar el problema que los genera".

En un momento en el que ministerio y partidos políticos tratan de alcanzar un pacto de Estado contra la violencia de género, las sociedades de atención primaria se preguntan también qué puede hacer el médico desde la consulta, desde esa posición privilegiada que tiene para detectar antes los casos de violencia de género. El diagnóstico es común: ya hay protocolos claros de actuación ante

una sospecha pero haría falta mayor implicación del médico, un cribaje poblacional, más formación y recursos, según coinciden en señalar los responsables de las tres sociedades de atención primaria: Semergen, Semfyc y SEMG.

HAY BUENOS PROTOCOLOS
Carlos San Martín, coordinador del Grupo de Trabajo de Sexología de Semergen, explica al respecto que ya "existen protocolos de actuación del médico en todas las autonomías y son buenos, pero falta implantarlos, falta también formación continuada y sensibilización del profesional pese a que la atención primaria es el ámbito más adecuado para detectar estos casos porque se trata de hiperfrecuentadoras del sistema sani-

tario, con gran morbilidad, importantes psicopatologías... y que además sabemos que en un 60 por ciento de los casos afirman que elegirían a un médico para contarle su problema", por encima de cualquier otro profesional de servicios sociales o de la policía, por lo que el médico es una pieza clave para detectar pronto estos casos de maltrato.

Díaz Revilla, de Semfyc, coincide también en que los protocolos están sobre la mesa pero no se está explotando todo el potencial del sistema sanitario para contribuir a frenar este problema, que debe abordarse desde una perspectiva multidisciplinar, que incluya desde la educación para la prevención hasta la detección precoz en las consultas, junto a las medidas tradicionales de servicios sociales o de protección y legales una vez se ha activado ya una denuncia. Y eso, "precisa un cribado poblacional".

En este sentido, Lorenzo Armenteros, miembro del Grupo de Trabajo de Salud de la Mujer de SEMG, opina también que "cada comunidad tiene establecidos protocolos sobre cómo actuar ante situaciones de violencia de género y

Las autonomías han elaborado buenos protocolos pero falta formación, implantarlos y, en muchos casos, también recursos

abuso de menores, muy orientados ante situaciones claramente identificadas, y de ello somos conocedores todos los médicos de AP, pero los casos siguen siendo difíciles de identificar", entre otras cuestiones porque "la víctima no suele reconocerlo" pero también, como gran problema "por la falta de habilidades para desarrollar una entrevista".

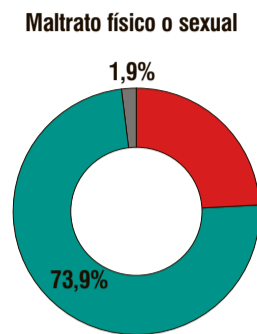
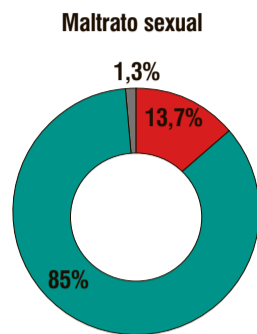
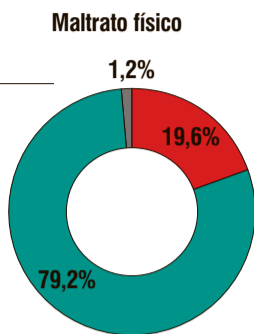
FALTA FORMACIÓN

En su opinión, sería necesario en cualquier caso "formación específica en detección, en este caso sobre todo relacionada con la entrevista clínica, y en habilidades para el manejo de estos casos. Es preciso conocer los recursos de los que disponemos en nuestro entorno y la existencia de programas coordinados con todos los servicios implicados. La existencia de una red asistencial coordinada sería la mejor opción, donde el médico de atención primaria sea el elemento coordinador y aglutinador de la asistencia".

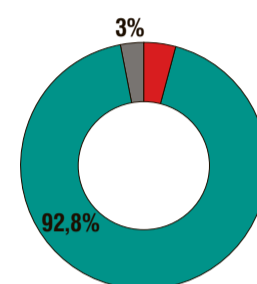
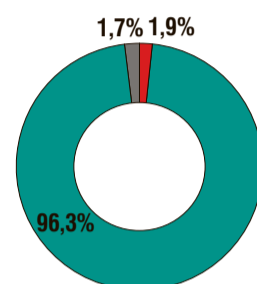
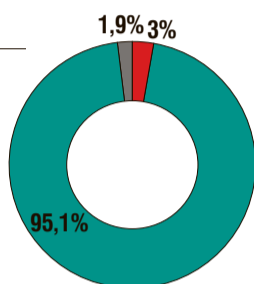
La sensación de carencias formativas la comparte Díaz Revilla, que explica que "falta también mucha formación entre los médicos. Casi todas las autonomías han creado responsables de violencia de género en los centros de salud, pero muchas veces son un cargo burocrático; sólo porque hay que tenerlo. Me he topado, por ejem-

PREVALENCIAS
DECLARADAS DE
VIOLENCIA DE
GÉNERO

A lo largo de la vida



Últimos 12 meses



● Si
● No
● NC

SÍNTOMAS MÁS
FRECUENTES EN
MALTRATADAS
QUE EN
POBLACIÓN
GENERAL

● Mujeres no maltratadas
● Mujeres maltratadas



Fuente: Macroencuesta de violencia de género 2015

plo, con responsables de violencia de género de centros de salud que ni siquiera habían hecho los cursos de formación, que les han trasladado a un puesto o centro distinto y aparejado a su puesto les ha caído este cargo. Esto también pasa muchísimo en los hospitales, por la inestabilidad laboral que hay y la movilidad del personal”.

RECURSOS DESAPROVECHADOS

En su opinión “faltan muchísimos recursos. Desde que se puso en marcha la ley, las autonomías comenzaron a realizar en el sistema sanitario formación de formadores, pero en el camino se han quedado la mitad de esos formadores. Vengo ahora -explica cerca de las ocho de la tarde-, por ejemplo, de dar un curso en un pueblo al que he acudido con mi propio coche; por su puesto, sin re-

dos los sentidos necesitas en algunos casos la decisión del juez o de la policía encargada de estos casos y resulta que ese día no está la policía encargada o nadie la supe así que no puede activarse todo el proceso. Y eso tiene un nombre: falta de recursos por falta de sensibilización política”.

San Martín pone cifras a esa falta de recursos que debería resolverse con el pacto contra la violencia de género porque “es verdad que se ha recuperado un 25 por ciento del presupuesto, pero también lo es que había caído un 10 por ciento anual en los últimos 10 años, así que no se ha recuperado todo el presupuesto que se ha perdido”.

PACTO DE ESTADO

Así, San Martín reclama que el pacto de Estado contra la violencia de género que se está gestando en el Congreso y Senado “incluya el compromiso político por la formación e información, pero también dote económicamente a la ley recuperando el presupuesto perdido, que permita el apoyo logístico que hace falta una vez se detecta un caso”.

En paralelo a este paso adelante y compromiso que deben dar los políticos, San Martín afirma que los médicos pueden ir actuando ya para mejorar la situación realizando un cribado poblacional, “con preguntas que normalmente son muy sencillas como ¿qué tal van las cosas en casa?, pero que pueden ayudar a saber si hace falta una entrevista en mayor profundidad para descartar o activar el protocolo por una sospecha”. Esto es importante para detectar antes los casos, en lugar de esperar a que se produzcan situaciones evidentes de maltrato y deba realizarse ya el parte de lesiones correspondiente.

Las mujeres que sufren violencia refieren más dolores de cabeza, insomnio, ansiedad y dolores de espalda, entre otros síntomas

muneración alguna por ello, y mañana me enfrentaré a la consulta doble por los pacientes que no he podido ver hoy ya que no hay nadie para suplirme durante el rato que estoy dando el curso. Por un lado es verdad que hay muchos recursos, casas de emergencia y acogida que están vacías... -reflexiona Díaz Revilla-, pero por otro lado hay muy pocos recursos, lo que impide utilizar los que realmente hay. Por ejemplo, cuando has confirmado una sospecha y quieres derivar a la mujer al sistema para que esté atendida en to-

AP debe hacer un cribado poblacional de maltrato

En más del 60 por ciento de casos los hijos sufrieron también la violencia

MADRID **L.G.I.**
laura.gutierrez@diariomedico.com

Las sociedades de atención primaria coinciden en que sería necesario terminar de sensibilizar y formar al médico para realizar un cribado poblacional de violencia de género con preguntas sencillas que puedan ayudar a decidir si debe activarse el protocolo de sospecha (ver protocolo de actuación de la página anterior). Entre otras cuestiones, por la infradetección del problema que existe si se tiene en cuenta que incluso entre las mujeres que sí han sido capaces de identificar que están siendo sometidas a violencia de género, la denuncia es muy escasa.

Los datos de la macroencuesta muestran que sólo el 28,6 por ciento de las mujeres que han sufrido violencia física o sexual o miedo a su pareja o expareja han acudido a la policía o al juzgado y que, incluso entre quienes llegaron a denunciar (ellas u otra persona en su nombre), el 27 por ciento continuó con la relación de pareja pese a haberse presentado ya la denuncia, lo que deja clara la situación de vulnerabilidad ante posibles nuevas agresiones o la continuidad de la violencia psicológica.

Entre las razones que animan a un cribado poblacional en primaria para detectar maltrato (ver decálogo) figura también la cons-

tancia del alto grado de satisfacción de las víctimas con la actuación de los servicios sanitarios y de los médicos cuando han acudido en busca de ayuda. La macroencuesta de violencia de género muestra que el 80 por ciento de las víctimas que acudieron a un médico en busca de ayuda se mostraron bastante o muy satisfechas con la actuación de este servicio, muy por encima del grado de satisfacción que demostraron con otros servicios como los prestados por ONG, psicólogos o servicios legales (70 por ciento de satisfacción) o los servicios sociales (64 por ciento de satisfacción).

A esto hay que añadir la necesidad de actuar de forma temprana para evitar el riesgo de maltrato infantil que con frecuencia acompaña a estos casos de violencia de género. Los datos de la macroencuesta muestran que entre las mujeres que reconocieron haber sufrido violencia física o sexual y que tenían hijos en aquel momento, el 63 por ciento de los niños presenciaron esos episodios y otro tanto reconocieron que sus hijos sufrieron también la citada violencia.

Las sociedades, con todo, recuerdan que deben respetarse en cualquier caso “los tiempos de la mujer” en el reconocimiento de la situación de violencia y la denuncia.

Diez razones para preguntar

- 1 La violencia de género tiene una alta prevalencia e incidencia en España
- 2 Tiene grandes consecuencias físicas y psíquicas sobre la salud de las maltratadas
- 3 Está infradetectada e incluso en ocasiones la víctima no sabe identificar la situación
- 4 Hay dificultades para definir con claridad cuál es la población de riesgo
- 5 Hay dificultad para identificar el maltrato psicológico y la víctima no es consciente
- 6 Hay buena aceptabilidad de las mujeres hacia su médico de Familia
- 7 El beneficio/riesgo de un cribado poblacional con preguntas es favorable
- 8 El mero hecho de preguntar a la paciente lleva a la reflexión sobre lo vivido
- 9 El coste de un cribado con preguntas es más que asumible para el sistema
- 10 El médico es referente para la paciente y la consulta accesible