



REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

VIOLENCIA DE PAREJA Y LA RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL DE SALUD

Gloriana Arroyo Sánchez*

RESUMEN:

La violencia de pareja constituye un patrón de comportamientos agresivos o coercitivos perpetuados por una persona que estuvo o está en una relación con otra. Se presenta alrededor del mundo con tasas de incidencia que varían de un país a otro y tiene un rango amplio de manifestaciones, desde lesiones físicas agudas muy evidentes como laceraciones y contusiones hasta consecuencias de salud con una presentación más larvada, somatización o efectos a nivel psicológico y de autoestima. Existen diferentes barreras para la notificación de este tipo de violencia por parte de las víctimas, de manera que un conocimiento claro de los indicadores de agresión por parte del médico o personal de salud en general encargado de la atención de estas personas, resulta fundamental y de gran utilidad para la identificación y posterior asesoramiento de la víctima así como su referencia a las instancias correspondientes.

PALABRAS CLAVE:

Violencia doméstica, violencia de pareja, atención en salud, indicadores de violencia, responsabilidad

ABSTRACT:

Intimate partner violence is a pattern of assaultive and coercive behaviors perpetrated by a person who was or is in a relationship with another person. It occurs worldwide with incidence rates that vary from country to country and has a wide range of manifestations, from very obvious acute physical injuries such as lacerations and bruises to health consequences with a latent presentation, somatization or effects on the psychological level and self-esteem. There are several barriers to reporting such violence by the victims, so that a clear understanding of the indicators of aggression by the medical professional or health care givers in general in charge of the attention of these people, is essential and very useful for the identification and subsequent counsel of the victim as well as reference to the appropriate institutions.

KEY WORDS:

Domestic violence, intimate partner violence, health care, violence indicators, responsibility

INTRODUCCIÓN

La violencia de pareja es uno de los tipos más comunes de violencia contra la mujer, y en menor medida contra los hombres, que ocurre en todas las sociedades. Constituye un problema global, que afecta aproximadamente un tercio de las mujeres a lo largo del mundo, con incidencia y tasas de mortalidad que aumentan anualmente.¹

* Médico General, Universidad de Costa Rica. Correo electrónico: glorianaroy@gmail.com
Recibido para publicación 04/01/16 Aceptado 22/01/16



Se considera que la violencia de pareja no está asociada a un único factor causal, sino que por el contrario, es el resultado de una serie de circunstancias complejas que se interrelacionan a diferentes niveles; razón por la cual el abordaje de este fenómeno debería tener un enfoque individual (víctima y perpetrador), así como a nivel de familia, comunidad y sociedad.¹

Quienes experimentan violencia de pareja tienen riesgo de sufrir lesiones físicas leves o tan severas como para provocarles la muerte. Además de estas consecuencias físicas y en la salud, que quizá son las más evidentes, se reportan secuelas mentales y de problemas sociales como depresión, fobias y ansiedad, además de un mayor riesgo de suicidio.^{1,2}

Resulta fundamental que los trabajadores de salud conozcan los indicadores de este tipo de violencia, con el objeto de facilitar su identificación en aquellos casos donde no exista el reporte por parte de la víctima y las consecuencias no sean evidentes, de manera que se pueda abordar el problema y proveer a la persona el asesoramiento apropiado.

QUÉ ES LA VIOLENCIA DE PAREJA

La violencia de pareja se refiere a todo daño físico, sexual o psicológico provocado a una persona por su pareja o cónyuge previo o actual. Se debe tomar en consideración que esta no hace distinción en cuanto a orientación sexual (se puede dar tanto en el contexto de una pareja heterosexual o en parejas del mismo sexo), así como tampoco se refiere exclusivamente a aquellas relaciones en las cuales hay intimidad sexual. No necesariamente involucra personas que viven juntas, siempre y cuando se trate de parejas que están o han estado involucradas en una relación personal profunda^{3,4}

Constituye un patrón de comportamientos agresivos o coercitivos perpetuados por una persona que estuvo o está en una relación con otra, incluyendo conductas tales como la intimidación, amenaza, acoso, aislamiento social forzado, dominación sexual, económica o espiritual hasta abuso físico o psicológico.^{5,6,7}

Este tipo de violencia se caracteriza por seguir la dinámica del “ciclo de violencia”, una serie de comportamientos repetitivos en el tiempo, que son cada vez más frecuentes y graves. Dicho ciclo inicia con la aparición de tensión entre la pareja que puede ser secundario a discusiones, culpabilidad o celos. Dicha tensión escala hacia una fase de maltrato (amenazas verbales, abuso sexual, maltrato físico, uso de armas, entre otros), para finalmente avanzar a una fase de “luna de miel” caracterizada por excusas, regalos y/o negación, que eventualmente lleva a la pareja a ubicarse de nuevo en la posición inicial y con ello reiniciar el ciclo, que se puede perpetuar por años.^{7,8}

Este tipo de violencia es un componente de la violencia doméstica, teniendo como diferencia que esta última comprende además todo tipo de abuso entre otros miembros de la familia como por ejemplo violencia al adulto mayor o a los niños.²

EPIDEMIOLOGÍA

Los datos disponibles en cuanto a prevalencia de este tipo de violencia, derivan en su mayoría de encuestas poblacionales basadas en la autonotificación, pocas de las cuales se han realizado en países fuera de Norteamérica por lo que se desconoce la comparabilidad de sus resultados. Se tiene entonces una variación notable en la prevalencia entre los diferentes países y dentro de cada uno de ellos, con las tasas más altas reportadas en aquellos de menores ingresos.⁹

En el 2005, la Organización Mundial de la Salud llevó a cabo un estudio multi-país sobre la salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer, reportando que de un 15-71% de las mujeres han sufrido violencia física o sexual infligida por una pareja en algún momento de sus vidas, y hasta un 50% de las mujeres han sufrido lesiones físicas



como resultado de violencia de pareja.^{1,9}

En el 2010, la CDC realizó una encuesta nacional en Estados Unidos sobre violencia sexual y de pareja, reportando que 1 en 3 mujeres (35.6%) y 1 en 4 hombres (28.5%) han experimentado abuso, violencia física y/o acoso por parte de un compañero íntimo en sus vidas, y 1 de cada 10 mujeres en los Estados Unidos ha sido violada por una pareja íntima, tasas de prevalencia que probablemente subestiman las actuales, y que se encuentran sesgadas por barreras de lenguaje, participantes que no estaban de acuerdo con aceptar historia de abuso o se negaban a contestar, por mencionar algunas situaciones.³

La realidad en Centroamérica no dista de lo anteriormente detallado, según datos de las Naciones Unidas para el año 2015 entre el 14.5 y 27% de las mujeres centroamericanas han sufrido violencia por parte de un esposo/compañero.¹⁰

Se ha descrito que este tipo de violencia ocurre principalmente a partir de la adolescencia y juventud (edad media entre los 18-24 años), con mayor frecuencia en el contexto del matrimonio o la cohabitación, y teniendo como agresores en su mayoría hombres y como víctimas niñas y mujeres, sin embargo no excluye que sea ejercida por las mujeres contra los hombres o que ocurra en el contexto de relaciones homosexuales. Cabe destacar que en algunas latitudes, especialmente donde los jóvenes mantienen relaciones fuera del matrimonio, se ha descrito un equivalente a la violencia de pareja, denominado “violencia en las citas amorosas”.^{3,9}

CUÁNDO SE DEBE SOSPECHAR

Es de suma importancia resaltar que en el contexto de atención de salud, resulta esencial que el personal conozca los indicadores de abuso, para lograr prevención y tratamiento del mismo.¹

A menudo cuando se piensa en violencia de pareja, se tienden a imaginar personas que se presentan al servicio de salud con laceraciones y contusiones, sin embargo, las mujeres y hombres que experimentan este tipo de violencia son mucho más propensos a presentar problemas de salud que no son lesiones agudas.³

Si bien los factores de riesgo pueden diferir entre culturas, es vital identificar aquellos que son consistentes a través de cualquier sociedad, con el objeto de maximizar las probabilidades de una intervención exitosa. Desde el punto de vista de las víctimas, entre los factores de riesgo se pueden mencionar ser mujeres de escasos recursos, jóvenes, con un bajo nivel educativo, inmigrantes (por encontrarse en mayor vulnerabilidad social), mientras que desde la perspectiva del perpetrador el consumo de alcohol y antecedente de violencia familiar en la infancia, usualmente potencian dichas conductas.^{1,3}

Como consecuencia de este tipo de violencia, se han descrito desde lesiones físicas menores como rasguños y moretones, hasta lesiones mayores como laceraciones, fracturas, dislocaciones, heridas por arma de fuego, heridas por arma blanca y lesiones en la cabeza. ⁽¹⁾ Evidentemente si una mujer se presenta a una consulta médica con alguno de los hallazgos antes descritos, más fácilmente levantaría la sospecha de posible violencia de pareja entre el personal encargado de su atención, sin embargo hay que insistir en el hecho de que no todas las mujeres víctimas de este tipo de violencia pueden tener manifestaciones físicas claras.

Los médicos y personal de salud en general, deben entonces prestar especial atención a aquellos pacientes policonsultantes con padecimientos crónicos, e intentar contextualizar sus molestias, pues en el caso de víctimas de violencia de pareja estos pueden ser los únicos indicadores de un abuso que está ocurriendo o secuelas del mismo que persisten mucho después de que la violencia ha cesado.³

Dentro de los padecimientos que se han identificado secundarios a violencia de pareja se pueden mencionar: dolor crónico manifestado en forma de dolor abdominal, migraña o dolor cervical o lumbar; problemas gastrointestinales como enfermedad ácido-péptica, síndrome de intestino irritable, reflujo gastroesofágico, indigestión, diarrea o constipación;



algunos síntomas físicos inespecíficos como insomnio, fatiga, disnea, hiporexia o desórdenes de alimentación, así como manifestaciones psicológicas como depresión, síndrome de estrés post-traumático, trastornos de pánico, ansiedad, entre otros.^{3, 8, 11}

BARRERAS PARA SU DOCUMENTACIÓN

Sin lugar a dudas, la principal barrera para la documentación de un caso de violencia de pareja, es que las víctimas no la reporten. Se han descrito una serie de razones por las cuales esto no sucede, entre las cuales se puede mencionar: miedo a que su testimonio no sea creído, temor a represalias o falta de confianza en la respuesta médica y del sistema de salud.²

Muchas mujeres nunca le externan a nadie el hecho que reciben maltratos por parte de su pareja, a pesar de que es probable que por esta razón hayan consultado en múltiples ocasiones a centros de salud y servicios de emergencias.²

TAMIZAJE

Según la literatura de los Estados Unidos, se ha descrito que muchas organizaciones médicas (como la Asociación Médica Americana, Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, Asociación Americana de Enfermeras, entre otras), apoyan en sus guías la realización de tamizaje para violencia de pareja, sin embargo existe muy poco consenso en cuanto a los métodos, herramientas así como intervalos para realizarlo.³

Tampoco hay consenso con respecto a si este tamizaje debería ser universal o para pacientes seleccionados por presentar síntomas de alto riesgo (somatización o dolor crónico) o pertenecer a grupos de mayor riesgo (adolescentes, embarazos no deseados, abuso de sustancias), y más aún los estudios realizados no arrojan suficiente evidencia que apoye la eficacia de dicha intervención.³

RESPONSABILIDAD LEGAL

Las lesiones asociadas con la violencia de pareja, son significantivas tanto desde la perspectiva de la salud de la víctima como desde la perspectiva del sistema de justicia penal. La presencia o ausencia de lesiones físicas influyen en gran manera en la toma de decisiones durante los procesos penales, guiando la decisión del médico de informar, del fiscal de presentar cargos y eventualmente del juez o jurado de dictar una condena.¹

Resulta fundamental que los médicos reconozcan el valor del hallazgo y el reporte correspondiente de lesiones, en tanto estas pueden ser utilizadas para corroborar otras evidencias físicas y testimoniales, influenciando una toma de decisiones lo más objetiva posible dentro del sistema de justicia, y contribuyendo así a la calidad del sistema que protege a las víctimas de este tipo de violencia.¹²

Según la legislación de nuestro país, es deber del médico denunciar delitos perseguibles de oficio que son aquellos en los que las autoridades competentes deben proceder a investigar, aún y cuando no se hayan denunciado. Tal y como se establece en el Artículo 281 inciso b del Código Procesal Penal, los médicos y demás personas que ejerzan cualquier rama del arte de curar, tienen obligación de denunciar los delitos perseguibles de oficio, que conozcan al prestar los auxilios de su profesión. De igual manera el Código Penal en su artículo 397 cita como punible el hecho de que cualquier empleado de sanidad que, notando en una persona o en un cadáver señales de envenenamiento o de otro delito grave contra las personas, perseguible de oficio, no diere parte oportunamente a la Autoridad.¹³

Cuando un paciente revela ser víctima de violencia de pareja, la no respuesta por parte del profesional médico puede ser devastadora, es por ello que se debe estar preparado para abordar estos pacientes.⁽³⁾ Al enterarse de una situación de violencia, el médico debe en primer lugar mostrar apoyo, y posteriormente realizar una determinación



de riesgos, documentar lesiones y discutir soluciones con el paciente.⁷ Si bien el abuso no “se arregla” en una única visita al médico, se puede proveer al paciente las herramientas necesarias para aumentar su seguridad, bienestar y salud en general.⁶

De todo lo anterior deriva la importancia de que el médico, que en virtud del ejercicio de sus funciones, identifique datos sugestivos, por historia clínica o a la exploración física, de la existencia de violencia de pareja, reconozca la responsabilidad legal de sus acciones y realice el reporte a las autoridades correspondientes.

CONCLUSIÓN

Existen muchas barreras para la documentación de la violencia de pareja, donde en ocasiones las víctimas por miedo no la reportan abiertamente, pero si buscan ayuda a través de los centros de salud consultando por otros padecimientos muy heterogéneos entre sí pero relacionados estrechamente con su condición de abuso. Es fundamental entonces que el médico y profesionales en salud consideren que no todas las víctimas de violencia de pareja se van a presentar con lesiones físicas evidentes en el momento agudo, sino que por el contrario una gran cantidad consultará por síntomas inespecíficos, somatización, o problemas emocionales o afectivos que deben ser identificados y contextualizados como indicadores de una posible agresión. Ir más allá del alivio de la molestia podría, en muchos casos, llevar a la identificación de casos de violencia, donde la intervención médica se puede extender a la ayuda integral del paciente.

REFERENCIAS

1. Regueira, A. (2015). Intimate partner violence against women in Spain: A medico-legal and criminological study. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 34, 119-126.
2. Edlin, A., et al. (2010). Pre-hospital provider recognition of intimate partner violence. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 17, 359-362.
3. Sugg, N. (2015). Intimate partner violence: Prevalence, health consequences and intervention. *Med Clin N Am*, 99, 629-649.
4. Turvey, B. (2014). *Intimate violence. Forensic Victimology*, Chapter 11. España: Elsevier Inc.
5. Markowitz, J., et al. (2013). Intimate partner violence: education guidelines. *The International Association of Forensic Nurses*.
6. Choo, E. & Houry, D. (2014). Managing intimate partner violence in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 65, 4.
7. Gunter, J. (2007). Intimate partner violence. *Obstet Gynecol Clin N Am*, 34, 367-388.
8. Bogantes, J. (2008, Setiembre). Violencia Doméstica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 25 (2).
9. Butchart, A., et al. (2010). Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias. *Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres*.
10. Secretaría de Integración Económica Centroamericana. (2015). *Infografía y comunicado de violencia contra la mujer*. Available from <http://www.sieca.int/Documentos/DocumentosMostrar.aspx?SegmentoId=3&DocumentoId=5258>



11. Valpied, J. & Hegarty, K. (2015). Intimate partner abuse: identifying, caring for and helping women in healthcare settings. *Womens Health*, 11(1), 51–63.
12. Sommers, M. (2012). Injuries from intimate partner and sexual violence: Significance and classification systems. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 19, 250-263.
13. Rodríguez, A. (1999, Setiembre). El secreto médico: Apuntes sobre el secreto profesional del médico forense en Costa Rica. *Med. Leg. Costa Rica*, 16, 1-2. Available from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00151999000200011&script=sci_arttext