



Capítulo 83/94

Tratado de psiquiatría clínica
Massachusetts General Hospital
2017 - 2018

VIOLENCIA DE PAREJA

Trabajamos para su tranquilidad...

Violencia de pareja

B.J. Beck, MSN, MD

PUNTOS CLAVE

Contexto

- La violencia de pareja (VP) es un problema de salud pública frecuente, infranotificado y potencialmente mortal que afecta a todos los segmentos de la sociedad.
- Las implicaciones de la VP para la sociedad incluyen el coste de los daños médicos y psiquiátricos, la cronicidad y la discapacidad, así como la productividad perdida, los costes del sistema legal, y los efectos generacionales y la repetición.

Historia

- Los sistemas legales que equiparan a mujeres y niños con propiedades, los sistemas socioculturales y religiosos que detestan la interferencia en las familias, y el estatus de desigualdad de las mujeres en muchas culturas y sociedades han contribuido a un clima de silencio, estigma o negación de las graves implicaciones que rodean a la VP.
- El mayor reconocimiento de víctimas hombres podría revelar un cambio real o, más probablemente, el grado en que la humillación ha limitado clásicamente que los hombres lo comunicaran, la diferencia cualitativa entre la violencia sufrida por los hombres y las mujeres, y el uso de definiciones más amplias.

Retos para la investigación y la clínica

- Las víctimas se mantienen en relaciones violentas por muchos motivos, incluido el temor realista a ser asesinadas si intentan marcharse.
- El miedo, la vergüenza, el estigma o las actitudes acerca de lo que constituye la violencia podrían limitar la validez de lo referido por las personas en las encuestas epidemiológicas. En estudios de menor tamaño, los problemas de seguridad también favorecen la infranotificación.

Apuntes prácticos

- Aunque resulta insuficiente para modificar los resultados, la detección de la VP es necesaria con vistas a cualquier intervención. No obstante, no hay datos científicos suficientes para respaldar la detección sistemática universal.
- Los clínicos deben preguntar sobre exposición a la violencia siempre que valoren un trastorno que pueda estar causado o agravado por VP, como depresión, lesiones o síntomas somáticos inexplicables. Las responsabilidades del médico son detectar, reformular como inaceptable y documentar la VP; ser empático; y derivar al paciente a los servicios apropiados.
- Las víctimas deben saber que sus médicos las tomarán en serio, respetarán sus decisiones y continuarán trabajando con ellas.

Perspectiva general

El término *violencia doméstica* puede interpretarse a grandes rasgos hasta incluir los malos tratos a niños y ancianos. Como este capítulo se centra más específicamente en la violencia en el contexto de una relación de pareja, se usará el término *violencia de pareja (VP)*. Otros términos que hacen referencia a este fenómeno son *malos tratos*, *violencia conyugal* y *violencia machista*. La VP es un patrón de comportamientos intencionadamente violentos, coercitivos o controladores por parte de una pareja actual o previa. El objetivo de la violencia es afirmar y mantener el poder y el control sobre la víctima. Este patrón conductual puede consistir en humillación, tormento emocional, control económico, aislamiento social y agresión sexual, así como amenaza de lesión física o lesiones reales. Como la VP implica desproporcionadamente a autores hombres en relaciones heterosexuales,²³ este capítulo utiliza por convención los pronombres

femeninos para las víctimas y los masculinos para los autores. Esto no indica que sea así en la totalidad del problema, que incluye víctimas hombres y mujeres maltratadoras, así como violencia en relaciones homosexuales.

No hay estrato social ni civilización (pasada o actual) libre de VP. Esta aflicción endémica tiene implicaciones profundas y extensas para la salud pública, como lesiones físicas, discapacidad física y mental, o incluso la muerte. Los costes de la VP para la sociedad incluyen gastos sanitarios, salarios perdidos, productividad reducida o perdida, y las implicaciones generacionales y los efectos a largo plazo en los niños testigos de esa violencia.⁵⁵ En términos estrictamente económicos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó el coste anual (2004) de la VP en EE. UU. en el 0,1% del producto interior bruto (PIB) o casi 13.000 millones de dólares.⁶ Los estudios de detección sistemática universal han mostrado que la detección, aunque necesaria, no es suficiente para una intervención eficaz.⁷⁻¹⁰ A pesar del mayor conocimiento de los profesionales, las actitudes, los estereotipos, las limitaciones de tiempo, la sensación de inutilidad y la falta de recursos siguen siendo barreras a la detección.^{11,12} Las víctimas viven con vergüenza, miedo, recursos limitados (y a menudo muy controlados) y una idea de la realidad distorsionada por el maltratador, que disuaden de la comunicación. El peligro es real. Si no se manejan bien, la comunicación y la detección pueden aumentar enormemente el riesgo de la víctima: una víctima que se marcha tiene un riesgo un 75% mayor (que las que se quedan) de ser asesinada por su maltratador.^{13,14}

Epidemiología

Aunque es un tema controvertido,¹⁵⁻¹⁷ un gran estudio nacional de EE. UU.²⁸ demostró que la VP afecta en ese país a las mujeres seis veces más que a los hombres, con cerca de 4,5 millones de episodios anuales de abuso perpetrados contra las mujeres por una pareja actual o anterior. Un estudio estadounidense más reciente que usó definiciones más inclusivas encontró que el 35,6% de las mujeres (18 años o más) y el 28,5% de los hombres habían sufrido algún tipo de VP (violación, violencia física y/o acoso) a lo largo de su vida (es decir, más de 42 millones de mujeres y 32 millones de hombres). Cada año, cerca del 6% de las mujeres experimentan una o más formas de VP (7 millones). El 5% de los hombres señalan algún tipo de VP al año (5,6 millones).³ La mayoría (85%) de los episodios de VP son hombres que maltratan a sus parejas femeninas. De hecho, las mujeres tienen más probabilidades de ser agredidas, violadas o asesinadas por una pareja masculina actual o anterior que por un extraño (72,1 frente al 10,6%). Mientras que los hombres estadounidenses sufren una violencia más generalizada, tienen más probabilidades de ser agredidos por extraños (56,2%) que por una pareja femenina presente o pasada (16,6%). La diferencia en las tasas de VP experimentada por mujeres y hombres aumenta con la gravedad de la violencia: las mujeres tienen 7-14 veces más probabilidades de recibir una paliza, ser asfixiadas o amenazadas con un arma de fuego o ahogamiento.¹⁸ Se estima que el 30-50% de las parejas casadas experimentan algún caso de violencia física. La tasa parece similar para las parejas del mismo sexo.¹⁹ Cuando las mujeres son violentas contra sus parejas masculinas a menudo (no siempre) es en defensa propia, y resultan menos lesivas físicamente.¹⁸ Los hombres que refieren VP son con más frecuencia víctimas de violencia física o, menos frecuentemente, acoso. La violencia sexual o las combinaciones de acciones violentas fueron mucho menos frecuentes para los hombres víctimas, y el autor era con más frecuencia un hombre, además.³ La VP tiene un patrón recidivante y progresivo; el asesinato de la pareja representa aproximadamente 1 de cada 10 homicidios (11%). Cerca de un tercio de las mujeres víctimas de homicidio son asesinadas por una pareja anterior o actual.²⁰

Las mujeres maltratadas son prevalentes en varios contextos médicos. En el servicio de urgencias (SU), el 11% de las mujeres atendidas por cualquier causa mantienen relaciones con malos tratos,²¹ aunque es posible que solo el 2% busquen tratamiento por traumatismos agudos relacionados con los malos tratos.²² De las mujeres atendidas en urgencias por traumatismos distintos de accidentes de tráfico, la prevalencia de VP podría llegar al 40%. La prevalencia a lo largo de la vida de malos tratos en mujeres atendidas en el SU tal vez supere el 50%.²³ En las mujeres atendidas en medicina general, el 14-28% serían víctimas de VP,^{23,24} mientras que el 3-17% de las que buscan atención prenatal estándar han sido víctimas.²⁵⁻

²⁷ En entornos pediátricos, más de la mitad de las madres de niños maltratados son maltratadas ellas mismas.²⁸

Los psiquiatras tienen que ser conscientes de que las mujeres maltratadas representan la cuarta parte de todas las mujeres tratadas en los servicios psiquiátricos de urgencia, un tercio de todas las mujeres que intentan suicidarse,^{21,29} la mitad de todas las mujeres en asistencia psiquiátrica ambulatoria, y casi dos terceras partes de las mujeres en unidades psiquiátricas de ingreso.³⁰

Factores de riesgo de víctimas y maltratadores

Los psiquiatras y otros profesionales sanitarios deben mantener una sospecha elevada independientemente del nivel socioeconómico, educativo, laboral, grupo étnico, racial o religioso. La VP, la gran igualadora, no respeta esas fronteras.³¹

Sin embargo, ciertas mujeres (y parejas) tienen un riesgo mayor,²³ y merecen un mayor escrutinio y sensibilidad. El [cuadro 83-1](#) recoge algunas de esas características. Las mujeres jóvenes (adolescentes y en la veintena), especialmente si están solas (divorciadas o separadas) o embarazadas, tienen un riesgo mayor de VP. Solicitar una orden de alejamiento, sobre todo temporal, aumenta más el riesgo.³² Este acto de independencia puede avivar la necesidad del maltratador de afirmar su dominación y control. Una mujer puede ser «pobre» porque su maltratador controla (y limita) los recursos económicos y de otro tipo disponibles para ella. Las mujeres maltratadas a menudo recurren a las drogas o al alcohol (para huir, tolerar o «anestesiarse» los malos tratos vividos). El consumo de drogas o alcohol por la pareja de la mujer también aumenta el riesgo de esta, porque se incrementan su irritabilidad, su irracionalidad y su desinhibición. Una pareja excesivamente celosa (controlador, irascible) o posesiva,³³ especialmente aquel que parece absolutamente involucrado en la consulta médica de la mujer, o se niega a salir de la consulta o la sala de exploración, debería elevar notablemente la sospecha clínica.³³

Cuadro 83-1 Factores de riesgo de que una mujer sea víctima de violencia

- Estar soltera, separada o divorciada
- Haber solicitado recientemente una orden de alejamiento
- Tener entre 17 y 28 años de edad
- Ser pobre
- Abusar del alcohol o las drogas
- Tener una pareja que abusa del alcohol o las drogas
- Estar embarazada o haber sido maltratada anteriormente
- Tener una pareja excesivamente celosa o posesiva

El [cuadro 83-2](#) recoge otros rasgos de los hombres con un riesgo mayor de hacer daño a sus parejas.³³⁴ No es sorprendente que los hombres antisociales estén representados en exceso en los infractores violentos. Los hombres jóvenes, menos intuitivos, especialmente con un nivel económico y educativo limitado, también suponen un riesgo mayor, al igual que los que sufren depresión.³⁵

Cuadro 83-2 Factores de riesgo de violencia en hombres maltratadores

- Trastorno de la personalidad antisocial
- Depresión
- Juventud
- Ingresos escasos
- Nivel educativo bajo
- Desempleo
- Empleo intermitente

Presentación clínica de las víctimas

El único patrón unificador de las víctimas es la presencia de una pareja violenta. Están representados todos los segmentos de la población. No se ha identificado ninguna personalidad previa que predisponga a una persona a ser maltratada. Sin embargo, los malos tratos repetidos predisponen a un patrón conductual que aparenta un trastorno del carácter. La manipulación emocional continua, los malos tratos emocionales o la agresión sexual pueden resultar en vergüenza intensa, sentimiento abrumador de inutilidad e incompetencia. Cuando esas mujeres solicitan asistencia médica, especialmente si están acompañadas del maltratador, parecen dependientes y demasiado pasivas. Es posible que no *aparenten* ser maltratadas ni tengan marcas obvias de golpes. En ocasiones, presentan síntomas físicos o conductuales imprecisos, y se valoran como «somatizadoras» y emocionalmente inestables,³⁶ especialmente si ha habido violencia sexual.³⁷ (Es posible que a esas mujeres les vaya incluso peor en el terreno legal.)

La víctima a menudo es totalmente dependiente de su maltratador. Se produce el aislamiento social porque el maltratador rompe a propósito la relación con cualquier contacto o apoyo externo, incluidos, especialmente, la propia familia o los amigos de la víctima. El control económico humillante y la privación restringen aún más su independencia y aumentan su vulnerabilidad. Para algunas mujeres, el miedo y las amenazas crónicas son incluso más perjudiciales que los malos tratos físicos. A pesar de las estrategias para aguantar, disociar o anestesiar el dolor físico y el miedo, las amenazas a sus hijos, familia o mascotas pueden ser continuamente insoportables. Incluso la sumisión total parece razonable en ocasiones para garantizar la seguridad de las personas que le importan. Ese comportamiento pasivo, dependiente y sumiso es el resultado de los malos tratos repetidos, no una predisposición. Es el objetivo de los malos tratos, no su causa.¹

Ciertos trastornos psiquiátricos se asocian con más frecuencia a la VP.^{35,38} El consumo de drogas y la adicción son más frecuentes en las víctimas. Los trastornos de la conducta alimentaria también se relacionan con VP.³³ Depresión y ansiedad son problemas concomitantes frecuentes.³⁵ En urgencias, las mujeres con VP pasada o actual tienen una probabilidad superior al triple de haber realizado un intento de suicidio.^{21,39} El trastorno de estrés posttraumático (TEPT), con la hiperactivación, reviviscencias y pesadillas asociadas, es especialmente frecuente (aunque no exclusivo) en las víctimas que también han sufrido malos tratos en la infancia.⁴⁰ Es posible que el TEPT quede sin detectarse cuando la paciente no comunica voluntariamente el desencadenante traumático; de ahí la necesidad de ser sagaz en el reconocimiento de patrones. Los síndromes de dolor crónico (p. ej., cefalea, dolor pélvico, dolor abdominal intratable, problemas musculoesqueléticos) también se asocian con VP.^{36,41,42}

Presentación clínica de los maltratadores

Es posible que existan experiencias culturales y del desarrollo comunes que predispongan a ciertos rasgos de personalidad, pero los autores de VP no están limitados a ningún segmento concreto de la sociedad. Al igual que la violencia conforma efectivamente el comportamiento y la apariencia de las víctimas, existe un patrón identificable de comportamiento, experiencia y estilo en los maltratadores (cuadro 83-3).

Cuadro 83-3 Patrones de experiencia, rasgos y comportamientos del maltratador

Experiencia

- Testigo/víctima de violencia en su familia de origen
- Violencia en relaciones previas

Rasgos

- Inmaduro, emocionalmente necesitado, dependiente, no asertivo
- Autoestima frágil o sentimientos intensos de incompetencia
- «Increíblemente celoso» o desconfiado

- Intolerante con la autonomía de la víctima; necesidad de dominar/controlar
- Excesivamente preocupado por la apariencia externa
- Socialmente simpático, o capaz de esconder la violencia de amigos y profesionales
- Parece más creíble/íntegro que la víctima
- Retrata a la víctima como tendente a la exageración, o emocionalmente inestable

Comportamientos

- Abuso de alcohol o consumo de drogas y otras sustancias (o ambos)
- Minimiza/niega la violencia
- Culpa a la víctima de provocar la violencia

Las historias familiares de los maltratadores con frecuencia revelan violencia de la que el maltratador fue víctima o testigo.⁴³ La historia personal suele poner de manifiesto un patrón de violencia en relaciones anteriores. A menudo jóvenes y escasamente educados, los maltratadores pueden ser inmaduros,^{2,34} dependientes y emocionalmente necesitados, con sentimientos frágiles de competencia, valía y autoestima. Tienden a no ser asertivos de forma positiva ni directos, sino que se sienten intensamente inapropiados, lo que lleva a los celos y la desconfianza de sus parejas. Cualquier atisbo de autonomía se considera una afrenta y es intolerable.¹³ Es posible que dependan del alcohol o las drogas (o ambos) para apuntalar su sensación de valía o poder.^{2,3,18,44-46} Entonces pueden culpar a la intoxicación de la pérdida de control cuando se produce la violencia (aunque las víctimas suelen negar esta asociación).³⁴

En lo que respecta a la comunicación o la responsabilidad, los maltratadores siguen un patrón de ocultación, negación y reproches.⁴⁷ Encantador y simpático, y extremadamente consciente de las apariencias externas, el maltratador a menudo aparenta ser íntegro y fiable mientras caracteriza a la víctima como desequilibrada emocionalmente y exagerada. Con su víctima, los maltratadores a menudo restan importancia al grado, la frecuencia o el daño de los malos tratos y posiblemente culpen a la intoxicación. Igualmente insultante, el autor puede culpar a la víctima por provocar o merecer los malos tratos.

Naturaleza de las relaciones violentas

El patrón reconocible en el desarrollo de relaciones de malos tratos está repleto de insinuaciones de cariño y consideración excepcional, sin ninguna indicación de lo que vendrá. Durante este pródromo no agresivo, el futuro maltratador puede ser extraordinariamente atento, llamando a la futura víctima varias veces al día, acompañándola a citas médicas, llevándola al trabajo y esperando después para recogerla. En ocasiones, ofrece un apoyo económico, gasta dinero en ella o incluso le presta alojamiento. Esta asistencia lleva gradualmente al control de los asuntos económicos de la víctima y de los contactos externos (p. ej., familia, amigos) o incluso las interacciones profesionales.⁴⁸ El control del maltratador genera progresivamente más dependencia y aislamiento de la víctima.

Con frecuencia, algún acontecimiento vital importante⁴⁹ (p. ej., boda, gestación, nacimiento) desencadena el primer episodio violento. En otros casos, cierto reconocimiento (p. ej., ascenso laboral) de la víctima puede «provocar» la violencia inicial. Las parejas suelen responder con revulsión y conmoción, seguidas de la creencia firme y el compromiso de que se trata de un incidente aislado que nunca se repetirá. Sin embargo, sigue un patrón de violencia repetitiva y creciente, a menudo predecible⁵⁰ (fig. 83-1). Típicamente, cada episodio se sigue de remordimientos extremos y reconciliación. El maltratador demuestra su total arrepentimiento mediante un derroche de regalos y declaraciones de amor y afecto. La víctima, pesarosa por el «dolor» del maltratador, se siente culpable por haberle provocado. Ambos insisten, y a menudo creen, que nunca volverá a suceder. Esta fase de reconciliación se sigue de un período de tensión creciente que finalmente culmina en otra erupción violenta.³³ Algunas víctimas sienten tal miedo y terror durante esta fase insidiosa de acúmulo de tensión que deciden provocar la violencia para poner fin a su ansiedad anticipatoria creciente. A medida que continúa la violencia, aumenta en frecuencia y

gravedad. Las acciones físicas, como empujones, progresan a golpes, patadas o quemaduras. La VP puede incluir relaciones sexuales forzadas y consumo de drogas o alcohol. En ocasiones, los malos tratos pasan a ser potencialmente mortales, especialmente con la introducción de armas (p. ej., palos, cuchillos). La presencia o el uso de una pistola supone obviamente un riesgo incluso mayor de letalidad.^{18,20}



FIGURA 83-1 Resumen del patrón conocido habitualmente como ciclo de violencia.

Esta intensificación física se acompaña de malos tratos emocionales para aumentar el control y la dominancia del maltratador, así como la dependencia y la sumisión de la víctima. Los malos tratos emocionales se componen de tácticas verbales y conductuales (p. ej., humillación, intimidación, amenazas, coerción). Es posible que el maltratador avergüence, regañe o humille intencionadamente a la víctima delante de otros, incluidos sus hijos, familiares, amigos, socios de negocio o incluso extraños. En ocasiones, la insulta y «despelleja» para promover su sentimiento de culpa y autodesprecio. Tal vez intente manipular su sentido de realidad hasta hacer que tenga miedo de estar volviéndose loca. Las tácticas humillantes incluyen también tratarla como una criada, forzarla a suplicar (p. ej., comida, dinero o acceso a la ropa, necesidades físicas o funciones corporales) y exigir comportamientos ilegales o degradantes, incluidos actos sexuales. Ciertos gestos o expresiones se ligan intencionadamente a consecuencias temibles, de modo que la propia mirada o el gesto intimidan a la víctima y generan un temor mantenido a consecuencias demoradas.¹ Otras estrategias intimidantes son la conducción temeraria, blandir armas, destruir propiedades de la víctima o maltratar a sus mascotas. Aparte de la propia amenaza de violencia, las víctimas pueden ser aterrorizadas también por amenazas de abandono, pobreza, asesinato, acciones legales, deportación, ingreso psiquiátrico, pérdida (o perjuicios) de sus hijos o daño a su familia. En ocasiones, también se les amenaza con que serán responsables del suicidio del maltratador si se plantean dejarlo. Estas tácticas coercitivas subrayan la reticencia de la víctima a abandonar lo que desde fuera parece una situación insostenible.

Los niños son, a la vez, complicaciones en la VP y víctimas de la misma. La sospecha o constatación de malos tratos infantiles son de declaración obligatoria en la mayoría de los estados de EE. UU., pero esas comunicaciones pueden aumentar el riesgo para la víctima. Los niños en ocasiones son «reclutados» por el maltratador para que se unan a la humillación y los insultos. A veces se usan de peones con el fin de transmitir mensajes. La seguridad de los hijos de la víctima o el acceso de esta a ellos (p. ej., pérdida de la custodia, visitas o secuestro) se usan como amenazas para hacer que la víctima sea dócil en la relación. Aunque los efectos de los malos tratos infantiles no es el tema de este capítulo, hay relaciones conocidas entre VP y malos tratos infantiles que indican que se producen conjuntamente y quizás perpetúen el ciclo de la violencia familiar.^{45,40,51}

La naturaleza de las relaciones violentas apunta a la miríada de razones por las cuales las víctimas continúan en ellas. El daño físico y emocional de las palizas repetidas, el refuerzo intermitente de la dinámica cíclica, la auténtica falta de recursos, y el peligro percibido y real impiden que las víctimas

pongan fin a esa relación. Las continuas amonestaciones llevan a la aceptación de la convicción del maltratador de la falta de valía de la víctima. Las víctimas llegan a creer que merecen ese tratamiento y que no cabe esperar nada mejor. Es posible que no solo se sientan humilladas, sino también avergonzadas, responsables y culpables.⁴⁹ Están aisladas de su familia y amigos, a quienes quizás han ayudado a alejarse para apaciguar las sospechas y celos del maltratador, con la esperanza de reducir las tensiones que culminan inevitablemente en el siguiente episodio de violencia. En realidad, están aisladas de todos los contactos externos: médicos, legales, profesionales, sociales y comunitarios. Las víctimas carecen de recursos económicos, porque esa dependencia otorga el control final al maltratador. Es posible que no les permitan trabajar o les hayan obligado a entregar todo su sueldo, su dinero y otros bienes al maltratador. El miedo a la indigencia y a carecer de hogar, y la incapacidad de cuidar de una misma o de los hijos tiene una base real. No es probable que una víctima que intentó marcharse sin éxito anteriormente se arriesgue a otro intento, especialmente si fue testigo de la incredulidad o falta de asistencia de aquellos que podrían haberla ayudado: familia, policía, profesionales médicos o legales, o agencias sociales. Y, por último, el remordimiento, el afecto y las declaraciones de enmienda tras la violencia explosiva avivan la esperanza de la víctima de un cambio. Muchas víctimas no quieren que termine la relación; desean que terminen los malos tratos.⁵²

Evaluación

Aunque las directrices más recientes de la OMS no recomiendan la detección sistemática universal,^{53,54} sí abogan por la formación de los clínicos para aumentar el conocimiento, la indagación adecuadas y una respuesta empática. Describen la indagación adecuada como un sondeo cuidadoso durante la valoración psiquiátrica o de medicina general de trastornos que sabemos que están causados o empeorados por la VP (p. ej., depresión, TEPT, lesiones inexplicadas, síntomas somáticos). A pesar de su reticencia a facilitar voluntariamente esa información, las pacientes a menudo responderán honestamente al sondeo empático. Sin embargo, cuando se pregunta a hombres y mujeres si han experimentado violencia, como víctima o autor, esto pasa a reconocerse más globalmente como parte de una encuesta general, y es menos probable que las pacientes se ofendan. La apariencia de una detección sistemática general permite declaraciones preliminares, como: «Hay ciertas preguntas que forman parte de la evaluación completa que hago a todos los pacientes». Se ha demostrado que la pregunta «¿ha recibido alguna vez golpes, patadas, puñetazos u otro tipo de lesiones en el último año? Si es así, ¿de quién?» identifica más del 70% de las mujeres en relaciones violentas, así identificadas por cuestionarios más extensos.⁵⁵ Las preguntas sobre agresiones sexuales y violencia en relaciones anteriores también son importantes por sus efectos sobre la paciente y su valor predictivo. Las mujeres tienen un riesgo mayor de ser víctimas de agresiones sexuales por parejas actuales si tienen antecedentes de agresiones de parejas anteriores. Estas preguntas deben realizarse de forma directa y sin juzgar, en privado, y obviamente sin que esté delante el maltratador; esto limitaría la comunicación y pondría en peligro a la víctima. En caso de pacientes que no hablen el idioma, la pareja, familia o amigos nunca deberían servir de intérpretes.

A pesar de las iniciativas para aumentar el conocimiento del profesional, persisten barreras a la evaluación y la detección sistemática (p. ej., tiempo limitado, falta de formación, recursos inadecuados de seguridad y atención). Sigue habiendo reticencia especialmente a preguntar o sospechar de las parejas socialmente bien conocidas, de nivel educativo o laboral alto, o de estatus socioeconómico superior. La declaración preliminar de hacer «ciertas preguntas a todas las pacientes» podría ayudar a rebajar la vergüenza del médico y el sentimiento de ofensa de la paciente. El personal de seguridad, los profesionales de los servicios sociales y los intérpretes son algunos de los recursos inmediatos para promover una comunicación segura y planificación de seguridad. Un mejor conocimiento de los motivos y riesgos que impiden marcharse a la víctima podría ayudar a disipar la frustración que los profesionales médicos suelen sentir cuando detectan VP pero son incapaces de lograr un cambio inmediato.

Las mismas razones por las que una víctima se mantiene en una relación violenta podrían disuadirla de revelar los malos tratos. Las palizas y el tormento emocional persistentes se correlacionan con vergüenza, miedo, minusvalía, desesperanza, depresión, ansiedad, disociación o anestesia emocional. Es

posible que también tema que el maltratador sea más violento, persuasivo, señale contraacusaciones o sea encarcelado, dejándola en la indigencia y sin hogar.

Ciertas víctimas tienen incluso más problemas, riesgos y poca probabilidad de revelar la VP. Las inmigrantes en situación ilegal pueden temer represalias legales, deportación, pérdida de sus hijos, o incluso violencia o extorsión a sus familias en los países de origen. Hay una correlación entre la VP y el consumo y la adicción a drogas o alcohol. Estas víctimas están especialmente privadas de derechos y no confían en las agencias legales y sociales que podrían aportarles protección y apoyo. En ciertas culturas, el reconocimiento de los malos tratos se considera una vergüenza para la familia de la víctima o un signo de que esta no ha cumplido con sus obligaciones. Las víctimas con enfermedades mentales crónicas o cognitivamente limitadas quizás carezcan del vocabulario o la experiencia necesarios para describir sus situaciones de malos tratos a los profesionales o para protegerse a ellas mismas de otra manera. Es posible que los hombres maltratados experimenten una gran vergüenza, y temen de forma realista que sus maltratadoras ofrecerán contraacusaciones. Aunque las parejas del mismo sexo ahora se reconocen más fácilmente por la asistencia sanitaria habitual, este segundo nivel de revelación inhibe aún más una exposición ya dolorosa, peligrosa y difícil.

Las claves clásicas de malos tratos (p. ej., historial lleno de consultas no programadas, asistencias al SU, accidentes frecuentes, lesiones traumáticas inusuales o múltiples síntomas somáticos) deberían poner en marcha un interrogatorio cuidadoso y en privado. Los síntomas somáticos inexplicables y sospechosos son cefaleas, dolor pélvico, síntomas abdominales o problemas musculoesqueléticos. Este patrón puede seguirse o presentarse en un trasfondo de abuso de alcohol o drogadicción, secuelas frecuentes de la VP.

La revelación de malos tratos presentes o pasados debería seguirse de preguntas sobre el primer episodio, el peor y el último.³² Hay que preguntar a los niños de la familia si han sido testigos o víctimas de violencia. La mayoría de los estados de EE. UU. tienen requisitos de declaración obligatoria para los médicos que sospechan malos tratos o negligencia infantil; esto incluye el ser testigo de VP. Hay que informar a las pacientes sobre la posible necesidad de declarar.

La VP requiere una documentación especialmente cuidadosa y exhaustiva en la historia clínica,³³ depositaria de la evidencia médica. Un médico general empático, conocedor y sensible sobre el tema de los malos tratos, debería realizar y registrar una exploración física completa, incluida una exploración neurológica de cribado, en busca de hallazgos focales o muestras de traumatismos craneales repetidos. Las descripciones de las lesiones (incluidos los signos de traumatismo sexual) se acompañarán de dibujos explicadores, diagramas o fotografías. Pueden ser necesarias precauciones adicionales para mantener la privacidad, la seguridad y la confidencialidad de la paciente, especialmente en comunidades pequeñas o muy unidas.

El examen completo del estado mental tiene que incluir preguntas directas sobre el suicidio y las ideas de homicidio. Hay que explorar los signos y síntomas de depresión y ansiedad, así como hipervigilancia, activación autónoma, reviviscencias y síntomas psicóticos. También es necesario un escrutinio y una documentación cuidadosa de la disociación, la anestesia emocional y la apatía.

Diagnóstico diferencial

La amplia gama de trastornos psiquiátricos observados en víctimas de VP puede ser desencadenada, agravada o complicada por la situación de malos tratos.³⁴ Tras el estallido violento inicial, las víctimas pueden tener trastornos adaptativos. La ansiedad generalizada se desencadena a veces por la fase de tensión creciente del ciclo de malos tratos. Es posible que las víctimas predispuestas genéticamente a la ansiedad experimenten crisis o trastorno de angustia (ya que la ocurrencia de VP es ciertamente un acontecimiento vital importante). La respuesta a acontecimientos traumáticos pasados vuelve a despertarse, agravando o induciendo un TEPT. Los trastornos disociativos son más frecuentes en víctimas que también han sufrido malos tratos físicos o sexuales en la infancia.³⁵ Puede aparecer depresión, empeorar, hacerse resistente al tratamiento o asociarse con síntomas psicóticos. Los trastornos de la conducta alimentaria son prevalentes en las víctimas de malos tratos. El alcohol y las drogas son en ocasiones parte de la coerción y los malos tratos, o bien se desarrolla adicción cuando las víctimas buscan

cómo tolerar la violencia o anestesiar el dolor. Es posible que las víctimas también sufran los efectos de lesiones craneales agudas o trastornos mentales causados por traumatismos craneales de repetición.

Las víctimas con trastornos mentales previos, más crónicos o persistentes (como trastorno bipolar o esquizofrenia) pueden desestabilizarse por los ciclos de malos tratos y caos. Puesto que estos trastornos tienden a ser inestables por naturaleza, los malos tratos no comunicados conducen, en ocasiones, a ajustes incorrectos de la medicación o a presunciones de incumplimiento del tratamiento.

Como ya se ha mencionado, las víctimas de malos tratos se comportan a veces de forma tal que parecen tener un trastorno del carácter; pueden parecer paranoicas, inexplicablemente evitativas, excesivamente dependientes o límites, con labilidad afectiva. Es posible que esos comportamientos sean respuestas adaptativas y adultas al caos peligroso y violento que ocupa sus vidas. A menos que conozcamos con seguridad la personalidad previa a los malos tratos, no es correcto diagnosticar trastornos del carácter en víctimas de VP.

Consideraciones terapéuticas

El tratamiento requiere la detección: ninguna intervención puede predecirse sin el descubrimiento. RADAR[®] (cuadro 83-4) es un acrónimo diseñado para recordar a los médicos que busquen, detecten y traten los malos tratos.

Cuadro 83-4 Conecte el RADAR

RADAR

El acrónimo «RADAR» resume los pasos que los médicos deberían seguir para reconocer y tratar a las víctimas de la violencia de pareja:

- **Recuerde** preguntar siempre por la violencia de pareja en la práctica clínica
- **Aclare** directamente si hay violencia con preguntas como: «¿Alguna vez, alguna pareja la ha golpeado, le ha dado patadas o le ha hecho daño de otra forma, o la ha asustado?». Entreviste a la paciente en privado siempre
- **Documente** la información sobre «sospecha de violencia doméstica» o «violencia de pareja» en el historial de la paciente, e informe de ello a las autoridades si la ley así lo estipula
- **Averigüe** la seguridad de la paciente. ¿Estará segura si vuelve a casa? Descubra si hay armas en la casa, los niños están en peligro y si la violencia va en aumento
- **Revise** las opciones con su paciente. Debe conocer los tipos de opciones de derivación (p. ej., refugios, grupos de apoyo, representantes legales)

Adaptado con autorización de Massachusetts Medical Society. Alpert E, Freud K, Park C, Patel J, Sovak M. *Partner Violence: How To Recognize and Treat Victims of Abuse*. Waltham, Massachusetts: Massachusetts Medical Society, 1992.

Los médicos con una respuesta preparada tienen más probabilidades de identificar la VP. Por tanto, este paso inicial debería ser automático, planificado previamente y relativamente directo. La misión del médico podría ser simplemente avisar al trabajador social o de crisis para que se reúna con la víctima y busque otros recursos necesarios. Los recursos apropiados incluirían teléfonos de ayuda, refugios seguros, grupos de apoyo o representación, o números de urgencia. Escuchar y registrar cuidadosamente, y tomar a la paciente en serio son primeros pasos muy importantes. Con frecuencia, las víctimas han sido manipuladas por sus maltratadores para sentirse culpables y creer que merecen los malos tratos; por este motivo, es esencial aclarar la falsedad de esas ideas con las siguientes afirmaciones explícitas:

- La violencia es inaceptable, y un delito.
- La víctima no merece ser dañada de ningún modo.
- La víctima no se ha buscado esto.
- No es culpa de la víctima; el autor es absolutamente responsable de sus actos.

Un intento de romper la relación de malos tratos supone un aumento muy real del peligro; la víctima suele ser más consciente de esto que el profesional sanitario. Así pues, el inicio del tratamiento no debe juzgarse por cuándo abandona la víctima o si lo hace, ni la asistencia continuada puede considerarse condicionada a la salida de la relación. La víctima sigue siendo la mejor medida de su preparación, su disposición y su capacidad de abandonar con seguridad a su maltratador. La valoración del riesgo inicial incluye la estimación de la víctima de su seguridad o el peligro inmediatos. Las preguntas de sondeo sobre la presencia de armas, armas de fuego, mayor frecuencia o gravedad de la violencia o de las amenazas de violencia, y violencia fuera de la relación podrían rebajar la tendencia de la víctima a minimizar el peligro ante su médico. Esas preguntas quizás ayuden también a la víctima cuyo estrés y ansiedad son tan grandes que interfieren en los procesos de pensamiento racional.

Un plan de seguridad detallado y razonado considera las ventajas de la víctima, sus apoyos, defensas, experiencia, funcionamiento y responsabilidades.^{33,32} ¿Con qué recursos económicos y en efectivo cuenta de forma inmediata? ¿Quiénes (p. ej., familia, amigos, agentes sociales, comunitarios o legales) forman su red de apoyo social? ¿Cómo se ha enfrentado o qué estrategias le han resultado útiles? ¿Cuáles fueron los resultados de posibles intentos anteriores de marcharse o modificar el ciclo de los malos tratos? ¿Está funcionando bien actualmente en casa, el trabajo o en otros lugares? ¿Hay niños, mascotas o ancianos en el hogar y también están en riesgo? Algunos detalles del plan son el desplazamiento de todos los implicados, el acceso a un teléfono y un coche, un destino seguro y la programación del tiempo. Es posible que el plan incorpore también una persona de contacto de seguridad que pondrá en marcha acciones predeterminadas como llamar a la policía si la víctima no llega como estaba previsto al destino seguro. Las mujeres cuyos malos tratos abarquen agresiones sexuales también deberán planear la prevención, la detección y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual o gestaciones.

Las benzodiacepinas y otros fármacos sedantes están relativamente contraindicados en el tratamiento de víctimas que no puedan permitirse el lujo de estar aún más sedadas o deteriorar su capacidad de anticipar, reaccionar, huir o protegerse a sí mismas (y a sus hijos). La adicción a estos fármacos y su compraventa podrían ser, asimismo, problemas, pero menos importantes.

En la mayoría de los estados de EE. UU. los profesionales sanitarios están obligados a declarar la sospecha de malos tratos a niños (o que los niños sean testigos de VP), ancianos (60 años o más) o discapacitados. Hay que informar a las víctimas siempre que sea posible antes de esa declaración, y tener cuidado de no poner a la víctima en un riesgo mayor.

Conclusión

La VP es un patrón de comportamiento voluntariamente violento, coercitivo o controlador para afirmar y mantener el poder y el control sobre la pareja. Las mujeres son la mayoría de los que reciben malos tratos graves, pero la VP es un problema de salud pública frecuente, infranotificado y potencialmente mortal que afecta a todos los segmentos de la sociedad. La VP sigue un patrón cíclico de violencia creciente seguido de remordimientos, afecto y promesas de cambio, a continuación una fase de aumento de la tensión y después otro estallido de violencia. Las víctimas tienen motivos para temer la comunicación voluntaria, pero podrían responder a una evaluación sensible y confidencial, que debería considerarse en todas las evaluaciones médicas generales, psiquiátricas y de urgencias. La misión del médico consiste en detectar y reformular la violencia como inaceptable, documentar exhaustivamente y derivar a los recursos apropiados. Las víctimas tienen un riesgo máximo de ser asesinadas cuando intentan marcharse o cambiar la dinámica de la relación de malos tratos. Los médicos deben respetar las decisiones de la víctima, su valoración del riesgo de violencia y su seguridad, al mismo tiempo que garantizan el tratamiento y la asistencia continuados.

Acceda *online* a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

Bibliografía

1. Strauchler O, McCloskey K, Malloy K, et al. Humiliation, manipulation, and control: evidence of centrality in domestic violence against an intimate partner. *J Fam Violence*. 2004;19:339–354.
2. Brookoff D, O'Brien KK, Cook CS, et al. Characteristics of participants in domestic violence. *JAMA*. 1997;277:1369–1373.
3. Black MC, Basile KC, Breiding MJ, et al. *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2011.
4. Bair-Merritt MH, Blackstone M, Feudtner C. Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: a systematic review. *Pediatrics*. 2006;117:278–290.
5. Becker F, French L. Making the links: child abuse, animal cruelty and domestic violence. *Child Abuse Rev*. 2004;13:399–414.
6. Waters H, Hyder A, Rajkotia Y, et al. *The economic dimensions of interpersonal violence*. Geneva: Department of Injuries and Violence Prevention, World Health Organization; 2004: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42944/1/9241591609.pdf>>; [Accessed on July 29, 2013].
7. Klevens J, Kee R, Trick W, et al. Effect of screening for partner violence on women's quality of life: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2012;308:681–689.
8. Koziol-McLain J, Garrett N, Fanslow J, et al. A randomized controlled trial of a brief emergency department intimate partner violence screening intervention. *Ann Emerg Med*. 2010;56:413–423.
9. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, et al. Screening for intimate partner violence in health care settings. *JAMA*. 2009;302:493–501.
10. Nelson HD, Bougatsos C, Blazina I. Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force recommendation. *Ann Intern Med*. 2012;156:796–808.
11. Waalen J, Goodwin MM, Spitz AM, et al. Screening for intimate partner violence by health care providers. Barriers and interventions. *Am J Prev Med*. 2000;19:230–237.
12. Lyengar R, Sabik L. The dangerous shortage of domestic violence services. *Health Aff*. 2009;28:w1052–w1065.
13. Wilson M, Daly M. Spousal homicide risk and estrangement. *Violence Vict*. 1993;8:3–16.
14. Campbell JC, Webster DW, Glass N. The danger assessment: Validation of a lethality risk assessment instrument for intimate partner femicide. *J Interpers Viol*. 2009;24:653–674.
15. Tolan P, Sorman-Smith D, Henry D. Family violence. *Annu Rev Psychol*. 2006;57:557–583.
16. Kimmel M. "Gender symmetry" in domestic violence. *Violence Against Women*. 2002;8:1332–1363.
17. Field CA, Caetano R. Intimate partner violence in the US general population: progress and future directions. *J Interpers Viol*. 2005;20:463–469.
18. Tjaden P, Thoennes N. *Full report of the prevalence, incidence and consequences of violence against women: research report*. Washington, DC: National Institute of Justice; 2000: NCJ 183781.
19. National Coalition of Anti-Violence Programs (NCAVP). Lesbian, gay, bisexual and transgender domestic violence in 2007, 2008.
20. US Department of Justice, Bureau of Justice Statistics. *Homicide trends in the US*. Intimate homicide, Available at: <www.ojp.usdoj.gov/bjs/homicide/intimates.htm>; 2004.
21. Abbott J, Johnson R, Koziol-McLain J, et al. Domestic violence against women: incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA*. 1995;273:1763–1767.
22. Dearwater SR, Coben JH, Campbell JC, et al. Prevalence of intimate partner abuse in women treated at community hospital emergency departments. *JAMA*. 1998;280:433–438.
23. Freund KM, Blackhall LJ. Identifying domestic violence in primary care practice. *J Gen Intern Med*. 1996;11:44–46.
24. Sethi D, Watts S, Zwi A, et al. Experience of domestic violence by women attending an inner city accident and emergency department. *Emerg Med J*. 2004;21:180–184.
25. Webster J, Holt V. Screening for partner violence: direct questioning or self-report? *Obstet Gynecol*. 2004;103:299–303.
26. Devries KM, Kishor S, Johnson H, et al. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod Health Matters*. 2010;18:158–170.
27. Yost NP, Bloom SI, McIntire DD, et al. A prospective observational study of domestic violence during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2005;106:61–65.
28. Edelson JL. The overlap between child maltreatment and woman battering. *Violence Against Women*. 1999;5:134–154.
29. Stark E. Killing the beast within: woman battering and female suicidality. *Int J Health Serv*. 1995;25:43–64.

30. Reade J. Approach to domestic violence. In: Stern TA, Herman JB, Slavin PL, eds. *The MGH guide to psychiatry in primary care*. New York: McGraw-Hill; 1998.
31. Zachery MJ, Mulvihill MN, Burton WB, et al. Domestic abuse in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2001;8:796–803.
32. Holt VL, Kernic MA, Lumley T, et al. Civil protection orders and risk of subsequent police-reported violence. *JAMA*. 2002;288:589–594.
33. Bullock KA, Schornstein SL. Improving medical care for victims of domestic violence. *Hosp Physician*. 1998; 42–58.
34. Kyriacou DN, Anglin D, Talliaferro E, et al. Risk factors for injury to women from domestic violence. *N Engl J Med*. 1999;341:1892–1898.
35. Ehrensaft MK, Moffitt TE, Caspi A. Is domestic violence followed by an increased risk of psychiatric disorders among women but not among men? A longitudinal cohort study. *Am J Psychiatry*. 2006;163:885–892.
36. Rubin JJ. Psychosomatic pain: new insights and management strategies. *South Med J*. 2005;98:1099–1110.
37. Paras ML, Murad MH, Chen LP, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009;302:550–561.
38. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *J Fam Violence*. 1999;14:99–132.
39. Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L, et al. Intimate partner violence and women’s physical and mental health and domestic violence: an observational study. *Lancet*. 2008;371:1165–1172.
40. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse. *JAMA*. 1997;277:1362–1368.
41. Nicolaidis C, Touhouliotis V. Addressing intimate partner violence in primary care: lessons from chronic illness management. *Violence Vict*. 2006;21:101–115.
42. Eisenstat SA, Bancroft L. Domestic violence. *N Engl J Med*. 1999;341:886–892.
43. Welles SL, Corbin TJ, Rich JA, et al. Intimate partner violence among men having sex with men, women, or both: early-life sexual and physical abuse as antecedents. *J Community Health*. 2011;36:477–485.
44. Leonard KE. Alcohol’s role in domestic violence: a contributing cause or excuse? *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106(Suppl. 412):9–14.
45. Sharps PW, Campbell J, Campbell D, et al. The role of alcohol use in intimate partner femicide. *Am J Addict*. 2001;10:122–135.
46. Smith PH, Homish GG, Leonard KE, et al. Intimate partner violence and specific substance use disorders: findings from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Addict Behav*. 2012;26:236–245.
47. Willis DG, Porche DJ. Male battering of intimate partners: theoretical underpinnings, intervention approaches, and implications. *Nurs Clin North Am*. 2004;39:271–282.
48. Swanberg JE, Logan TK, Macke C. Intimate partner violence, employment, and the workplace. *Trauma Violence Abuse*. 2005;6:286–312.
49. Arriaga XB, Capezza NM. Targets of partner violence: the importance of understanding coping trajectories. *J Interpers Viol*. 2005;20:89–99.
50. Walker LE. *The battered woman syndrome*. New York: Springer; 1984.
51. Wolfe DA, Crooks CV, Lee V, et al. The effects of children’s exposure to domestic violence: a meta-analysis and critique. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2003;6:171–187.
52. Massachusetts Medical Society Committee on Violence, Alpert EJ, editors: Herbert B, chair. Partner violence, how to recognize and treat victims of abuse: a guide for physicians and other health care professionals. ed 4. Waltham, MA: Massachusetts Medical Society; 2004.
53. World Health Organization. Responding to intimate partner violence against women: WHO clinical policy guidelines, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf>; [Accessed on August 7, 2013].
54. Feder G, Wathen CN, MacMillan HL. An evidence-based response to intimate partner violence: WHO Guidelines. *JAMA*. 2013;310:479–480.
55. Feldhaus KM, Kaziol-McLain J, Amsbury HL, et al. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA*. 1997;227:1357–1361.