



TRABAJO DE FIN DE GRADO

El papel de la violencia de género en los intentos autolíticos

Presentado por: Xjoylin Teresita Egües Torres

Tutelado por: Susana Sánchez Ramón

Curso 2017-2018

RESUMEN

Los intentos de suicidio son uno de los factores que más contribuyen a la carga mundial de morbilidad entre las mujeres, pero se conoce poco acerca de la prevalencia y los factores de riesgo modificables en los países de bajos y medianos ingresos. Por otro lado, la violencia de género (VG) está declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como problema de prioridad internacional para los servicios de salud. A pesar de que puede parecer evidente la relación de ambos factores, son escasas las investigaciones acerca de una posible relación causa-efecto entre VG e intentos autolíticos. Se ha realizado un estudio descriptivo transversal retrospectivo con el objetivo de analizar dicha relación. Para ello, se han analizado las historias clínicas de las pacientes con intentos autolíticos que acuden al servicio de urgencias hospitalario (SUH) del Hospital Universitario Río Hortega (HURH) durante 15 meses. Los resultados mostraron que más de una cuarta parte de la muestra sufría VG, y la valoración por parte del personal sanitario de los riesgos o de la posibilidad de VG no estaba reflejada en gran parte de las historias clínicas.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Estado actual del problema

Definición

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer o VG como «todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada»¹. Esta violencia contra la mujer surge de la profunda desigualdad de género^a establecida desde hace siglos en nuestra sociedad, y constituye uno de los aspectos fundamentales del mantenimiento de las asimetrías de poder entre los sexos^b. Esta problemática, atravesada por

^a La OMS define género como las características de las mujeres y los hombres definidas por la sociedad, como las normas, los roles y las relaciones que existen entre ellos.

^b Si bien la mayoría de las personas nacen de sexo masculino o femenino (sexo biológico), se les enseñan los comportamientos apropiados para varones y mujeres (normas de género), en especial cómo deben interactuar con otros miembros del mismo sexo o del sexo opuesto en los hogares, las comunidades y los lugares de trabajo (relaciones entre los géneros), y qué funciones o responsabilidades deben asumir en la sociedad (roles de género)

contenidos, condiciones y prácticas de carácter subjetivo y social, sitúa la desigualdad y dominación de género en el centro de una cultura de la violencia que empapa nuestra sociedad a día de hoy.^{2, 3}

Epidemiología general

A continuación reflejamos los datos más relevantes de un informe emitido por la OMS en el 2013⁴:

- Globalmente, el 35% de las mujeres del mundo entero han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja o de violencia sexual por parte de personas distintas de su pareja. Aunque las mujeres pueden estar expuestas a muchas otras formas de violencia, esta cifra ya constituye un elevado porcentaje de la población femenina mundial.
- En su mayor parte, se trata de casos de violencia conyugal. En todo el mundo, casi un tercio (el 30%) de todas las mujeres que han mantenido una relación de pareja han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja. En algunas regiones, esta cifra puede llegar a ser de hasta el 38%.
- A nivel mundial, el 38% del número total de homicidios femeninos se debe a la violencia conyugal.
- Las mujeres que han sido víctimas de abusos físicos o sexuales por parte de su pareja corren un mayor riesgo de padecer una serie de problemas de salud importantes. Así, por ejemplo, tienen un 16% más de probabilidades de dar a luz a bebés con insuficiencia ponderal, y más del doble de probabilidades de sufrir un aborto o casi el doble de probabilidades de padecer una depresión y, en algunas regiones, son 1,5 veces más propensas a contraer el VIH, en comparación con las mujeres que no han sido víctimas de violencia conyugal.
- A nivel mundial, el 7% de las mujeres han sido agredidas sexualmente por una persona distinta de su pareja. Aunque se dispone de menos datos sobre los efectos de la violencia sexual no conyugal en la salud, de los datos existentes se desprende que las mujeres que han sufrido esta forma de violencia son 2,3 veces más propensas a padecer

trastornos relacionados con el consumo de alcohol y 2,6 veces más propensas a sufrir depresiones o ansiedad.

1.2 Consecuencias

La violencia de género va a tener siempre repercusiones en la salud de las mujeres que la padecen, e inclusive secuelas que pueden persistir tras salir de la relación de abuso. La OMS ha reconocido la VG como un factor clave del detrimento de la salud con consecuencias a veces irreparables para las mujeres víctimas de la misma, y ya no solo para ellas, sino para los hijos de las mismas (en el caso de tenerlos).⁵

TABLA 1. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

<p>CONSECUENCIAS FATALES - Muerte (por homicidio, suicidio, etc.)</p>	<p>CONSECUENCIAS EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - Por relaciones sexuales forzadas: pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, dispareunia, dolor pélvico crónico, embarazo no deseado... - Por maltrato durante el embarazo: hemorragia vaginal, amenaza de aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer...</p>
<p>CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA - Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, quemaduras,... - Deterioro funcional - Peor percepción de su estado de salud - Discapacidades secundarias</p>	<p>CONSECUENCIAS EN LA SALUD PSÍQUICA - Depresión, ansiedad - Trastornos del sueño - Trastorno por estrés postraumático - Trastornos por somatización - Síndromes funcionales: malestar psicosocial - Trastornos de la conducta alimentaria - Intento de suicidio - Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos - Dependencia psicológica del maltratador - Alteraciones de su estado emocional: Disminución de su autoestima, deterioro de su iniciativa y de su capacidad de reflexión, culpa, desconfianza...</p>
<p>CONSECUENCIAS EN LAS CONDICIONES CRÓNICAS DE SALUD: - Dolor crónico, quejas somáticas - Síntomas físicos inespecíficos (cefaleas, raquialgias, dolor torácico) - Trastornos gastrointestinales</p>	<p>CONSECUENCIAS EN LA SALUD SOCIAL - Aislamiento social - Pérdida de empleo - Absentismo laboral - Disminución del nivel socio económico - Disminución del número de días de vida saludable</p>
<p>CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE HIJAS, HIJOS Y CONVIVIENTES - Riesgo de alteración de su desarrollo integral, dificultades de aprendizaje y socialización - Adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras - Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas - Con frecuencia son víctimas de maltrato por parte del padre o la pareja de la madre. - Violencia transgeneracional con alta tolerancia a situaciones de violencia - Trastorno del apego o la vinculación - Afectación de otras personas dependientes de la mujer y que convivan con ella</p>	

2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Valoración desde urgencias

Desde el sistema sanitario, se tiene un papel significativo en la detección temprana de este grave problema de salud de forma que se consiga, por un lado, disminuir las consecuencias de las que antes hablábamos, y por otro, la posibilidad de más abusos. El servicio de urgencias hospitalarias va a ser, para muchas mujeres maltratadas, el primer o único contacto con los profesionales sanitarios. Muchas consultarán por problemática de salud, aparentemente, banal o no urgente, pero se debe prestar atención y sospecharlo.⁶

La falta de detección conduce a un considerable aumento de la morbilidad de estas pacientes, pudiendo incrementarse la utilización de los recursos ambulatorios, la frecuentación a los SUH y el índice de ingresos. Asimismo, hay estudios que aseguran que las mujeres que padecen VG buscan atención en los SUH tres veces más que otras mujeres no maltratadas.⁶

Además, **los profesionales de la salud tienen serias barreras para identificar este tipo de problema: la falta de formación, una alta presión asistencial, desmotivación, no conciencia de que sea un problema de salud, prejuicios, miedo a ofender o invadir la intimidad de la víctima y/o desconocimiento de los recursos y ayudas sociales.** De este modo, el porcentaje de víctimas que son diagnosticadas es bajo. En nuestro país, donde el personal sanitario puede no estar tan sensibilizado con este tema, es muy probable que las cifras lleguen a ser menores aún.⁶

Como ya se ha dicho anteriormente, el SUH es uno de los puntos de acceso para las mujeres maltratadas en el sector de la sanidad. Este contacto puede ser un momento clave para el diagnóstico precoz de la violencia basada en el género. Es complicado sospechar la presencia de VG, pero existen las denominadas señales de alerta, y las lesiones asociadas a malos tratos (reunidas en las tablas 1 y 2 del anexo). Ante la sospecha de VG, se debe hacer hincapié en la anamnesis clínica sobre cómo se produjo la lesión e inclusive preguntar de forma directa acerca de la posibilidad de malos tratos. Los intentos de suicidio son una de las graves consecuencias de la VG y éstos son frecuentes en los SUH. Existe una gran prevalencia de VG en las mujeres

que intentan terminar con sus vidas; es por esto que se cree que, en estos casos, se debería preguntar de forma rutinaria por malos tratos.⁶

En lo relativo a cuestionarios de cribado, no hay consenso en la utilización sistemática de cuestionarios estandarizados en los SUH, sobre todo de cuestionarios en castellano. En nuestro medio, se recomienda hacer una entrevista dirigida ante la menor sospecha de VG.⁶

La entrevista deberá ir dirigida hacia el motivo de consulta y, si se sospecha, se preguntará por VG directamente.

Se debe realizar una exploración física meticulosa para que no se pierdan posibles lesiones asociadas. La actitud emocional aportará también información importante. Se debe garantizar la confidencialidad de la paciente, y asegurar la discreción e intimidad de la misma. Se debe creer a la paciente, prestarle apoyo sin culpabilizar ni juzgar. Se irán haciendo preguntas dirigidas (incluidas en la figura 1 del anexo).⁶

Una vez que se ha alcanzado el diagnóstico de una situación de VG, se debe llevar a cabo una valoración física sistemática e integral, una valoración básica de su estado psicológico actual (aunque solo sea una primera aproximación y más adelante se solicite una interconsulta a salud mental si es necesario) y de su estado social (hijos, familiares y amigos cercanos con los que pueda contar, actividad laboral, eventos previos de VG, denuncias...)⁶

2.2 Intentos autolíticos

Centrándonos en la esfera psíquica, como hemos dicho anteriormente, una de las consecuencias más graves mencionadas serían los intentos autolíticos llevados a cabo por mujeres que sufren VG.

En concreto, el metaanálisis de Golding⁷ halló que el 13% de las mujeres víctimas de VG había tenido ideación suicida, y el 23,7% había llevado a cabo el intento autolítico. Esta asociación entre la violencia basada en el género y la ideación e intento autolítico, del mismo modo que en el caso de la depresión, se ha comprobado en varias zonas geográficas, como EE.UU., México, Escandinavia y Papúa-Nueva Guinea.⁸

En líneas generales, el suicidio ha sido conceptualizado a lo largo del tiempo como un problema de los hombres. Las mujeres han sido históricamente olvidadas en la investigación del suicidio, pero estudios más modernos que destacan el papel del trauma en la aparición de resultados adversos de salud mental, insisten en el papel potencialmente importante que las mujeres pueden tener en su comportamiento suicida. Las mujeres que informaron haber sufrido VG tienen un riesgo más alto de llevar a cabo un intento autolítico en comparación con las mujeres que no han experimentado la violencia, y los estudios longitudinales sugieren que la relación es causal. Aunque los intentos de suicidio se consideran menos graves, son un factor de riesgo importante para llevar a cabo un suicidio consumado, y dichos intentos son mucho más comunes en mujeres que en hombres en Europa y Estados Unidos. Por este motivo, las intervenciones orientadas a disminuir la conducta suicida y mejorar la salud mental entre las mujeres deben adoptar una perspectiva de género y abordar la experiencia de violencia de las mujeres.⁹

Las lesiones autoinfligidas intencionales fueron la cuarta causa de muerte y la séptima causa principal de AVADs (años de vida ajustados por discapacidad) para mujeres de 15 a 44 años en todo el mundo en 2005, clasificándose por encima de problemas de salud pública bien reconocidos, como los accidentes de tráfico y la pérdida de audición¹⁰.

A pesar de haberlos, son pocos los estudios centrados en esta consecuencia de la VG, y siendo de tan vital importancia, este estudio en concreto se ha centrado en las pacientes con intentos de suicidio durante un periodo de 15 meses, y cómo ha sido su evaluación en el hospital y sistema de urgencias, a fin de encontrar las fortalezas y debilidades en la detección y atención de las mismas.

3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Primario:

- Conocer la prevalencia de violencia de género entre las pacientes que acuden a un SUH por intento autolítico.

Secundarios:

- Analizar los intentos autolíticos por grupos de edad.
- Analizar los antecedentes de intentos autolíticos previos y el mecanismo con el que los llevan a cabo, tanto los pasados como los actuales.
- Analizar la valoración de los riesgos vitales inmediatos físicos, psíquicos y sociales.
- Conocer el destino de las pacientes.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo realizado en el ámbito de las urgencias hospitalarias. La población del estudio la constituyen las mujeres mayores de 14 años que hubieran acudido al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Río Hortega (HURH) por intento autolítico desde octubre de 2016 hasta diciembre de 2017. Se excluyeron aquellas pacientes que una vez revisadas las historias no se correspondieron con intento autolítico. Se realizó una revisión de las historias clínicas digitalizadas de los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión analizando las variables que se detallan a continuación:

- Variables sociodemográficas: edad, edad agrupada.
- Antecedentes: intentos autolíticos previos, número de intentos previos, ansiedad, depresión, hipertensión, consumo de fármacos, consumo de tabaco, alcohol, otros tóxicos.
- Mecanismo del intento: farmacológico y tipo, mecánico, consumo de alcohol durante el episodio.
- Interconsulta a psiquiatría, destino.
- Violencia de género.
- Valoraciones de riesgos vitales.

4.1 Estrategia y análisis de los datos

Todos los datos se almacenaron en la aplicación de hojas de cálculo EXCEL y finalmente se creó una base de datos y se realizó un estudio estadístico mediante el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows. Se realizó un estudio descriptivo de las variables obtenidas. Las variables cuantitativas continuas se describieron como media y desviación estándar (DS). Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias absolutas y relativas (%). Para la comparativa de medias de variables cuantitativas se utilizó la t de Student o la ANOVA de un Factor. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado para tablas de contingencia 2x2 y/o contraste de proporciones para estipular la relación, asociación o dependencia entre variables cualitativas. En los test realizados se ha considerado significativo un nivel de confianza del 95% ($p < 0.05$).

4.2 Instrumentalización

- La revisión bibliográfica fue realizada a través de la página web PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>). Para la búsqueda inicial se han empleado términos libres y vocabulario controlado en inglés y en español.
- Además, fueron consultadas páginas web de organismos oficiales (OMS, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad s (MSSSI)^{1, 3, 4, 5}.
- Este proyecto cumple con los requisitos establecidos en la legislación vigente en materia de investigación biomédica, protección de datos de carácter personal y bioética. Se diseñó un protocolo de estudio y se solicitó el permiso pertinente al Comité Ético de Investigación Clínica del HURH, que tras su evaluación emitió un informe favorable con fecha de 21 de Diciembre de 2017 (número de Código Interno CEIC: 163/17).

5. RESULTADOS

5.1 Variables sociodemográficas

La muestra está compuesta por 76 mujeres con edades comprendidas entre los 14 años y 87 años de edad máxima. La edad media fue de $42,16 \pm 18,8$ (Figura 1).

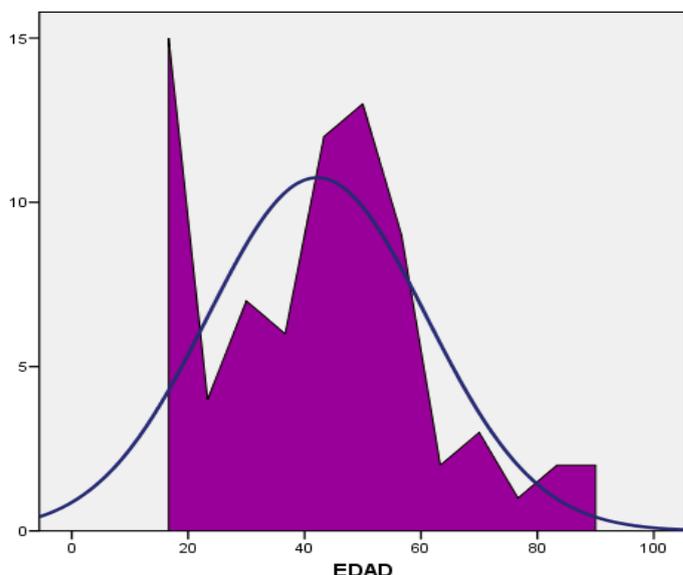


Figura 1: Edades medias de la muestra.

Del total de pacientes de la muestra, se evidenció la existencia de violencia de género en un 26,3% de las mismas: más de 1/4 de la muestra (figura 2).

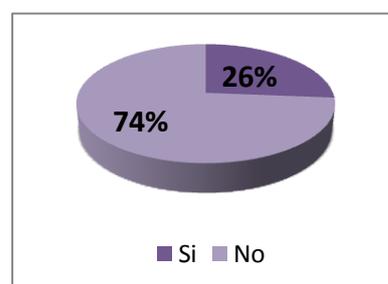


Figura 2: Evidencia de VG en el total de la muestra.

Se agrupó la edad en intervalos a fin de realizar un mejor análisis, encontrando el mayor porcentaje de intentos autolíticos en las edades medias de la vida. Así, el mayor número se dio en el intervalo comprendido

entre los 46 y 55 años (23,7%), seguido de las pacientes con edades entre 36-45 años (19,7%) y a continuación las pacientes menores de 18 años (en la figura 3 se puede ver la distribución). De entre las pacientes víctimas de violencia de género, se halló que el grupo con mayor proporción de intentos autolíticos coincide con el grupo de edad mayoritario en el total de la muestra (46-55 años), estando por otro lado igualado con un 25% al grupo de edad entre 26 y 35 años, y seguido con un 20% del grupo con edades comprendidas entre los 56 y los 64 años de edad (figura 4).

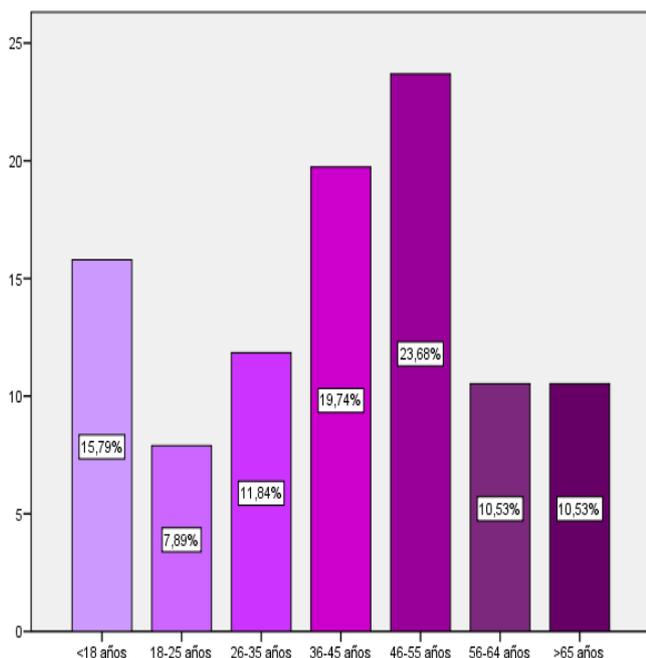


Figura 3: Porcentaje de intentos autolíticos por grupos de edad en el total de la muestra.

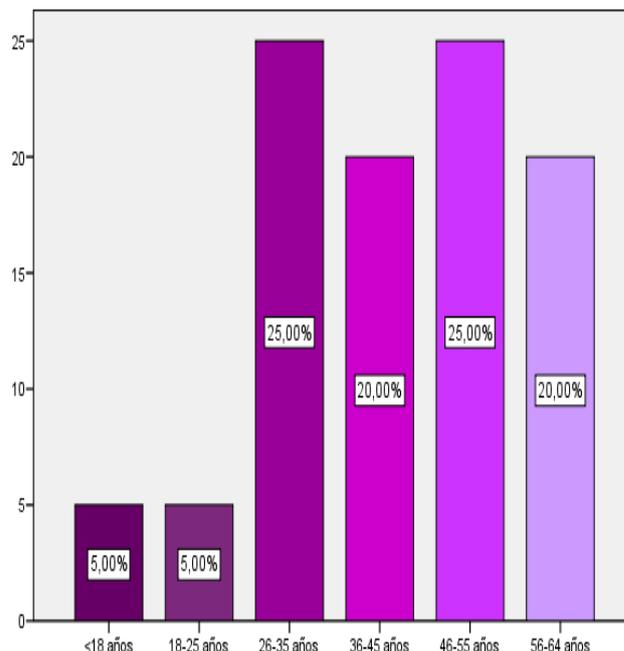


Figura 4: Porcentaje de intentos autolíticos por grupos de edad dentro de las víctimas de VG.

5.2 Intentos autolíticos previos

El 48,7% de las pacientes atendidas presentaron entre sus antecedentes intentos autolíticos previos (Figura 5). De entre estas pacientes, un 29,7% eran víctimas de la violencia de género.

En términos totales, el 48,7% tuvo una media de 1 intento previo, pero hay que reseñar que un 1,3% de mujeres tuvieron hasta 6 intentos con anterioridad (figura 6). De entre las pacientes víctimas de violencia de género, un 60% de las pacientes tuvo una media de un intento previo, y una paciente presentó 5 intentos (figura 7: tablas).

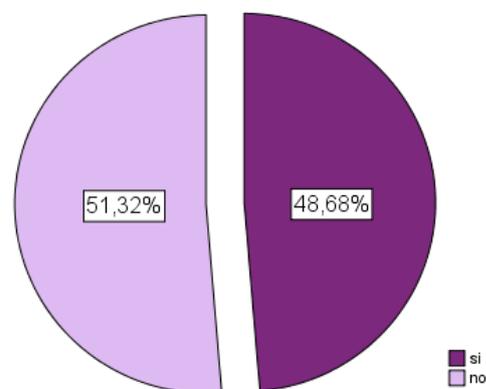


Figura 5: Intentos autolíticos.

De entre todas las pacientes, el 36,8% tuvieron al menos un intento en el último año, y entre estas (las que han tenido un intento en el último año), el 21,4% son víctimas de violencia de género.

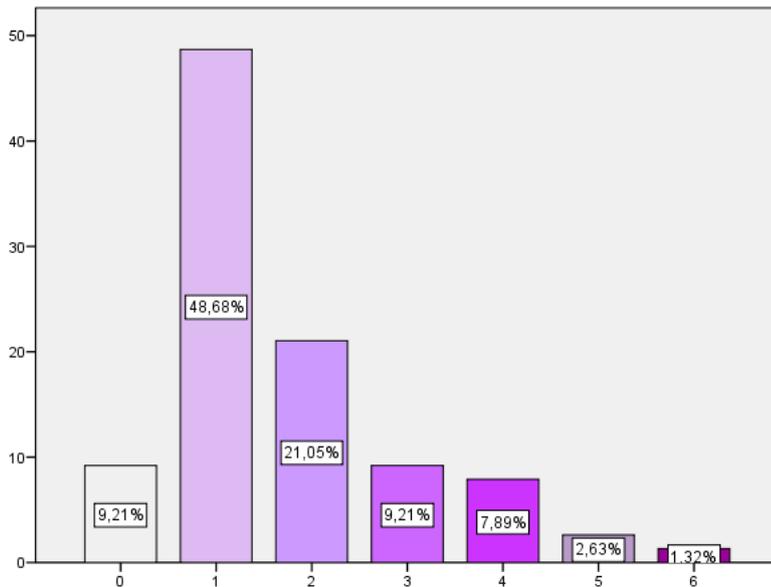


Figura 6: Medias agrupadas por nº de intentos autolíticos en el total de la muestra.

Nº intentos en el total de pacientes		Porcentaje
	0	9,2
	1	48,7
	2	21,1
	3	9,2
	4	7,9
	5	2,6
	6	1,3
	Total	100,0

Nº intentos en las pacientes víctimas de VG		Porcentaje
Válidos	0	5,0
	1	60,0
	2	10,0
	3	20,0
	5	5,0
	Total	100,0

Figura 7: Tablas comparativas de las medias agrupadas por intentos en el total de muestra y en las pacientes víctimas de VG.

El 85,53 % de las pacientes empleó para el intento un mecanismo farmacológico (figura 8), **principalmente benzodicepinas**. Un 21 % utilizó mecanismo mecánico (figura 9), y 5 pacientes lo intentaron mediante ambos mecanismos. De estas 5 pacientes, una padecía violencia de género.

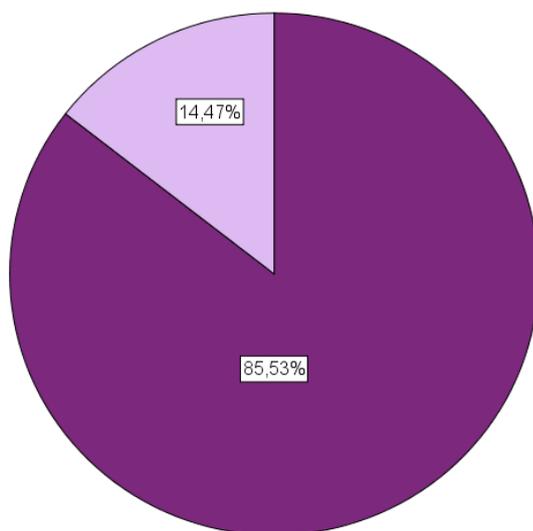


Figura 8: Porcentaje de pacientes que realizan el intento mediante mecanismo farmacológico.

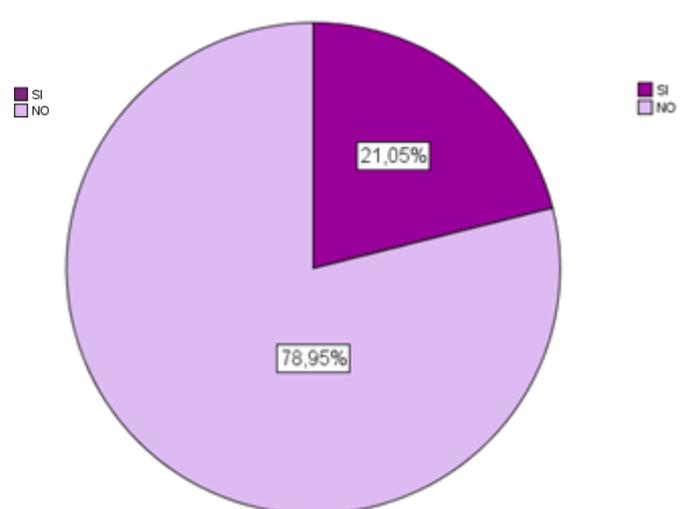


Figura 9: Porcentaje de pacientes que realizan el intento mediante mecanismo mecánico.

5.3 Antecedentes de patologías y consumos

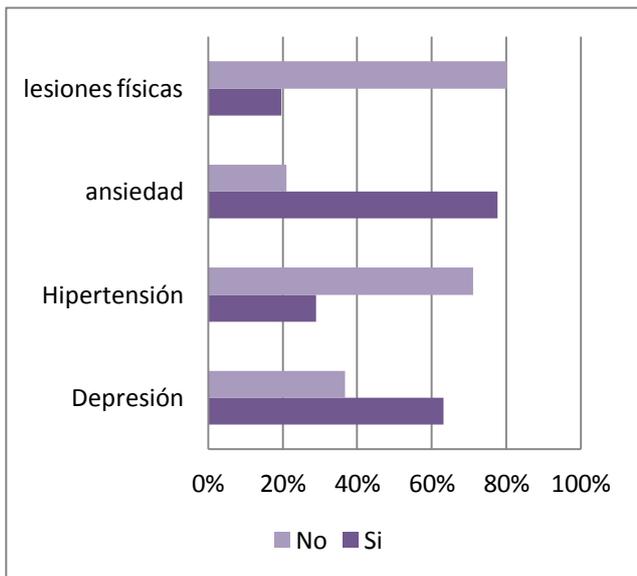


Figura 10: Antecedentes patológicos de la muestra total.

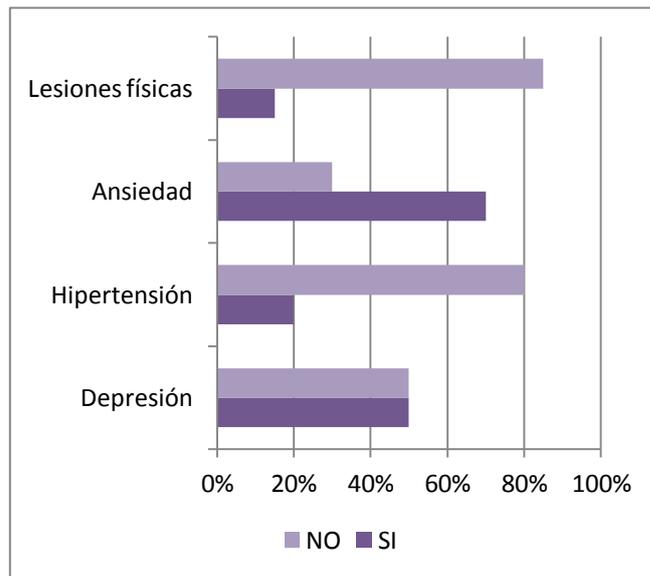


Figura 11: Antecedentes patológicos en las pacientes víctimas de VG.

Respecto a los antecedentes patológicos de las pacientes de la muestra, un 63,2% presentaba antecedentes de depresión y un 77,6% antecedentes de ansiedad (figura 10). De entre las pacientes víctimas de violencia de género, un 50% presentaba antecedentes de depresión, y un 70% antecedentes de ansiedad (figura 11).

En lo referente al consumo de fármacos, **el consumo prevaeciente fue el de ansiolíticos** con un 80,3% en la muestra total y un 75% entre las pacientes víctimas de VG, seguido de un 64,5% de la muestra total y un 45% de las pacientes de VG que consumía antidepresivos.

El porcentaje de consumo de alcohol durante el intento por parte de las pacientes de la muestra fue del 71,1%. Sin embargo, entre las pacientes víctimas de violencia de género, este porcentaje fue mucho más bajo, siendo de un 20%. El consumo de tabaco y otras drogas de forma habitual fue más bien bajo, tanto en las pacientes víctimas de VG como en la muestra en total: 27,6% y 7,9% respectivamente para el total de la muestra, y 25% y 5% para las pacientes víctimas de VG.

5.4 Interconsultas, destino y pronóstico

Del total de la muestra, el 25,33% de las pacientes ingresaron, el 14,67% fueron citadas a consultas externas y el 60% dadas de alta sin que conste un seguimiento posterior (figura 12). De las pacientes víctimas de violencia de género, ingresó el 15%, el 25% fueron citadas a consultas externas y el 60% dadas de alta sin que conste un seguimiento posterior (figura 13).

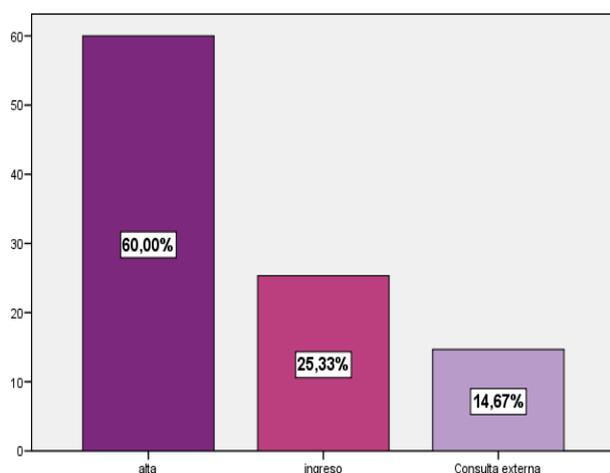


Figura 12: Destino total de la muestra.

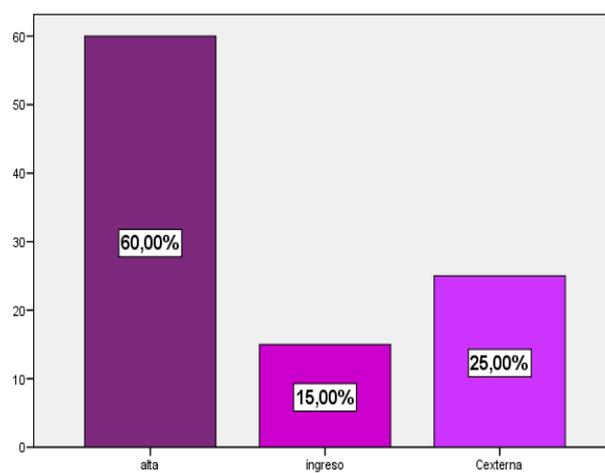


Figura 13: Destino pacientes víctimas de VG.

El 88,2% de las pacientes tuvo una consulta de urgencia con psiquiatría frente un 11,8% que no. De las pacientes víctimas de VG, el 90% de las mismas tuvo una consulta con psiquiatría.

Del porcentaje de pacientes que ingresaron en el hospital, un 42,11 % lo hizo en UCI, seguido de un 36,84% que ingresó en psiquiatría, y un 15,79% en medicina interna (figura 14). Acerca del tipo de ingreso de las pacientes víctimas de VG no se han podido obtener datos para sacar una estadística concluyente.

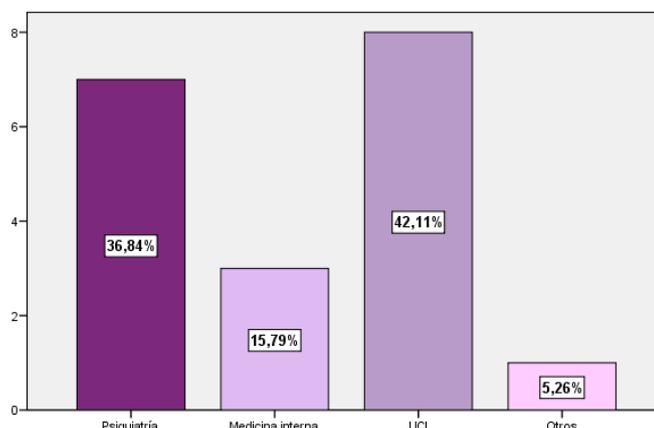


Figura 14: Servicio de ingreso del total de la muestra.

5.5 Valoración de riesgos, consejo y violencia

En lo referente a la valoración de riesgos por parte del personal sanitario que asistió a las pacientes de la muestra durante su visita a urgencias, solo en un 25% del mismo se valoró el riesgo vital inmediato físico, en un 26,3% el psíquico, y en un 13,2% el social (figura 15).

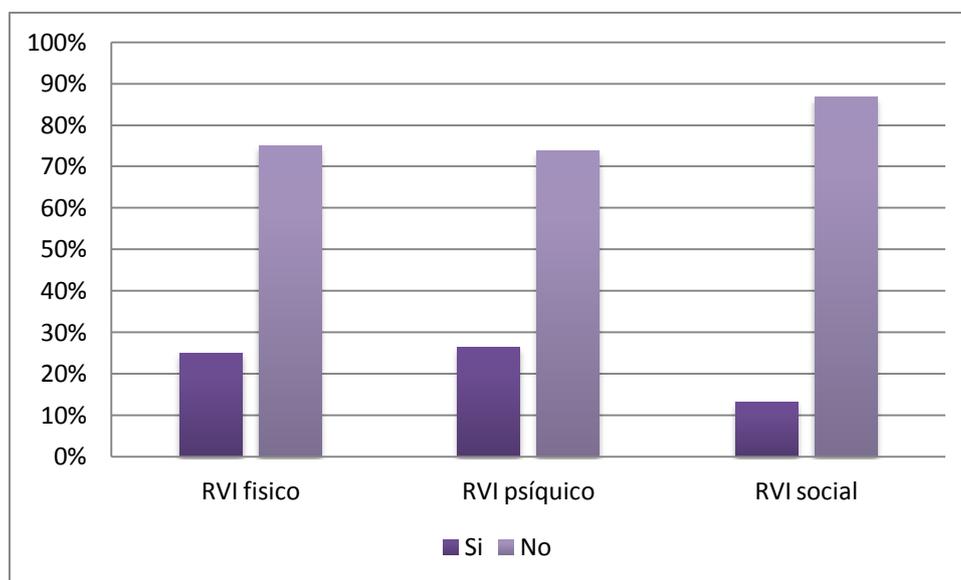


Figura 15: Valoración de riesgos por el personal sanitario.

A pesar de que el 100% de las pacientes tenía un pronóstico grave dado que han atentado contra su propia vida, solo figuró consejo posterior realizado en el 30,3%. Entre las pacientes víctimas de violencia de género, el porcentaje de consejo posterior realizado fue del 45%.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo muestral total y las pacientes víctimas de VG en ninguno de los subapartados de los resultados.

6. DISCUSIÓN

Durante la búsqueda bibliográfica realizada se ha podido constatar que, a pesar de que la violencia de género por un lado, y los intentos autolíticos por otro, son líneas de investigación cada vez más trabajadas, los intentos autolíticos a consecuencia de violencia de género apenas están reflejados en la literatura médica, lo cual hace muy difícil extrapolar los resultados o poder compararlos con otros hospitales o países. No obstante, se considera que este trabajo podría ser al menos una referencia significativa para empezar a tener en cuenta esta tan grave consecuencia de la violencia de género.

Entrando a analizar los datos obtenidos:

El hecho de que el mayor porcentaje de intentos autolíticos en las víctimas de VG se concentre en las edades medias de la vida (concretamente en el grupo de edad de 46 a 55 años), coincide con el periodo de edad en el cual existe una incidencia mayor de agresiones y violencia contra las mujeres por parte de sus parejas, y cuando la intensidad de dicha violencia es más grave, lo que no sólo se traduce en lesiones traumáticas, sino en toda una serie de patologías y alteraciones generales, y en especial en el aparato genito-urinario.¹¹

Se puede apreciar en la muestra que las pacientes víctimas de malos tratos no realizan tantos intentos autolíticos, ni cambian de mecanismo en caso de repetir el intento, lo que lleva a pensar que realmente su intención última no es acabar con sus vidas, sino que ejercen esta acción como llamada de atención desesperada para salir de la situación que están viviendo. Desde otra perspectiva, en un estudio transversal, Wingood et al.¹² reveló que el 57,4% de las mujeres maltratadas físicamente percibía que no tenían control sobre la relación con sus parejas. Sus hallazgos vincularon este síntoma con el suicidio. Esta asociación parece estar bien explicada por la teoría de la impotencia aprendida. De acuerdo con esta teoría, uno aprende a comportarse impotente después de percibir que puede hacer poco para controlar un resultado. Como consecuencia, algunas víctimas creen que su compañero las matará inevitablemente, por lo que deciden suicidarse.¹³

La exposición temprana a la violencia y/o trauma puede aumentar los sentimientos posteriores de depresión y afectar la capacidad para hacer frente

a los factores de estrés de la vida y, por lo tanto, estar relacionados con los resultados suicidas. Estos factores pueden dar como resultado una afectación de la salud mental directamente, pero también pueden desembocar en una autonomía restringida y pérdida de control, que a su vez puede causar un estado de salud mental deteriorado.¹⁰

Teniendo en cuenta estos datos, los resultados de este estudio pueden apoyar sus conclusiones, puesto que los porcentajes de depresión y ansiedad entre las pacientes víctimas de VG son bastante altos.

Con respecto al destino de las pacientes víctimas de malos tratos, es francamente sorprendente que, aún teniendo prácticamente la totalidad de las pacientes una consulta de urgencia con psiquiatría, el porcentaje de ingreso es muy bajo, sin que figure un seguimiento posterior y, en un alto porcentaje de casos, tampoco figure la posibilidad de ser víctimas de VG. Siguiendo en la misma línea, **es de vital importancia empezar a hacer consciente al personal sanitario de las graves consecuencias que podría suponer la falta de valoración de riesgos, ya sea físico, psíquico o social.**

Citando la referencia bibliográfica empleada en el apartado 2.1 (págs. 4 y 5):

- La valoración del riesgo vital inmediato físico (RVIF) supone un abordaje diagnóstico-terapéutico inmediato y prioritario al propio diagnóstico de malos tratos o a los otros riesgos vitales psíquico y/o social. Descartar la existencia de RVIF no descarta la necesidad de ingreso hospitalario o tener que dejar a la paciente en la sala de observación de urgencias, es decir, las lesiones pueden no ser vitales, pero sí suficientemente graves para necesitar observación o tratamiento especializado (fracturas, traumatismo craneoencefálico leve-moderado,...).⁶
- En caso de que la paciente no necesite ingreso ni observación en urgencias por las lesiones físicas, a continuación se ha de valorar el riesgo vital inmediato psíquico (RVIP), consistente en valorar el riesgo de suicidio. Se debe hacer una valoración inicial en todos los casos y siempre se realizará valoración por salud mental si hay indicios de RVI psíquico o si la razón de acudir al servicio de urgencias hospitalarias ha sido un intento autolítico. El abordaje deberá ser directo con preguntas

sencillas, y se considerará alto riesgo si la paciente declara su intención de forma abierta, en caso de que lo tuviera planeado o en caso de existir antecedentes previos.⁶

- Si no existiera RVI, físico ni psíquico, pasaríamos a valorar el riesgo social (RVIS), presente cuando existe un riesgo de amenaza de muerte o de nueva agresión grave, inclusive cuando las lesiones actuales no muestren gravedad. Su valoración es difícil y conflictiva para los profesionales de la salud, y se estima a través de la propia sensación de seguridad de la víctima.⁶

En base al peligro patente que se corre al subestimar cualquiera de estos riesgos, son llamativos los muy bajos porcentajes en cuanto a valoración de RVIF, RVIP y RVIS, y dejan al descubierto un problema en la actuación de los profesionales sanitarios que tendría que ser resuelto a la mayor brevedad posible. También se debe mencionar que es posible que el riesgo haya sido valorado pero no anotado, dado que en la paciente que acude con un intento autolítico, este conlleva una valoración física inmediata y de seguimiento en el servicio. Por otra parte, con respecto al RVIP, puede intuirse que al requerir una valoración psiquiátrica, este queda encubierto por dicha acción así como el alta posterior. Pese a lo mencionado, sería importante para la mujer y para el personal sanitario que quede reflejado todo el proceso a fin de evitar daños colaterales. Por tanto, es fundamental el registro en la historia de la paciente tanto de las acciones como de las valoraciones, puesto que esta falta de información en el historial puede llevar, por un lado, a pensar que no se ha realizado, y por otro, puede suponer una pérdida de información para posibles atenciones futuras.

Atendiendo a la gravedad del problema, la respuesta por parte del sistema de salud aparece limitada en la forma y en el contenido, que se centra casi exclusivamente en el último episodio, siendo este valorado como un evento agudo e inconexo de una situación estructural. Estas circunstancias se traducen en una implicación parcial y centrada en la idea de “sensibilidad” ante el problema de la VG. Uno de los grandes factores que influyen en esta actitud de ignorancia del problema es el seguir considerando que la VG es un problema privado y que la actuación sanitaria viene a agravarlo. De este modo,

sorteamos el verdadero foco de actuación.¹¹ Además, debemos tener en cuenta que desde urgencias se pierde el seguimiento de la paciente; por tanto, sería deseable la conexión con Atención Primaria como centralización del problema.

El personal sanitario debe conocer la violencia de género para poder reconocer sus manifestaciones más allá de las agresiones y para ser capaces de dirigir la entrevista, exploraciones y estudios complementarios hacia el origen del problema que ha conducido a la demanda de la asistencia, y orientar así la actuación hacia la resolución del suceso agudo puntual y al abordaje de las causas que han dado lugar al mismo, recomendando una actuación continuada por parte de otros especialistas, puesto que de no ser modificadas darán lugar a que se presente de nuevo.¹¹

Por otro lado, en menos de la mitad de las pacientes figuran consejos de actuación tras el alta médica, lo que continúa dejando expuesta la falta de formación acerca del abordaje en VG por parte del personal sanitario. Ante la sospecha de violencia basada en el género, debe ofrecerse apoyo, información sobre los recursos disponibles, y dejar ver la posibilidad de nuevas consultas. Ejemplos útiles sobre la forma de dar información en estos casos son guías de bolsillo o información oral de tipo general en la consulta.¹⁴

Si la paciente reconoce la situación de maltrato pero no hay riesgo vital inmediato, deben ponerse a disposición de la víctima los recursos necesarios en función del riesgo, su contexto social y el deseo de la mujer en cuanto a abandonar a su agresor o de interponer una denuncia.¹⁴

7. CONCLUSIONES

La VG es un problema de salud a nivel mundial de cada vez mayor envergadura y, al mismo tiempo, más conocido. Por este motivo, los profesionales de la salud deben emplear tanto durante su formación como durante el ejercicio de su profesión, el gran afluente de información y recursos disponibles a su alcance sobre VG para conseguir la mayor formación posible a fin de prestar una atención lo más completa y humana posible a estas pacientes.

Es importante hacerles conocedores desde el inicio de su formación en la facultad, y entrenarles para que estén preparados a la hora de hacer frente a situaciones tan graves y desgraciadamente tan comunes.

Ante toda paciente que acuda a urgencias con un intento autolítico se debe valorar la posibilidad de VG, preguntando por esta posibilidad, reflejar en las historias de las pacientes los riesgos vitales inmediatos, y poner en marcha las actuaciones de consejo y ayuda, asegurando el seguimiento posterior.

AGRADECIMIENTOS

A Antonio, Violeta y todos y cada uno de los profesionales de la salud de diferentes ámbitos y servicios que me han prestado su ayuda desinteresadamente durante la creación de este trabajo. A mi tutora, Susana, por su esfuerzo, paciencia y dedicación a lo largo de estos meses. A mi familia, por apoyarme siempre, por enseñarme a tener pensamiento crítico, a luchar por lo que creo justo y a esforzarme por ser el cambio que quiero ver en el mundo.

BIBLIOGRAFÍA

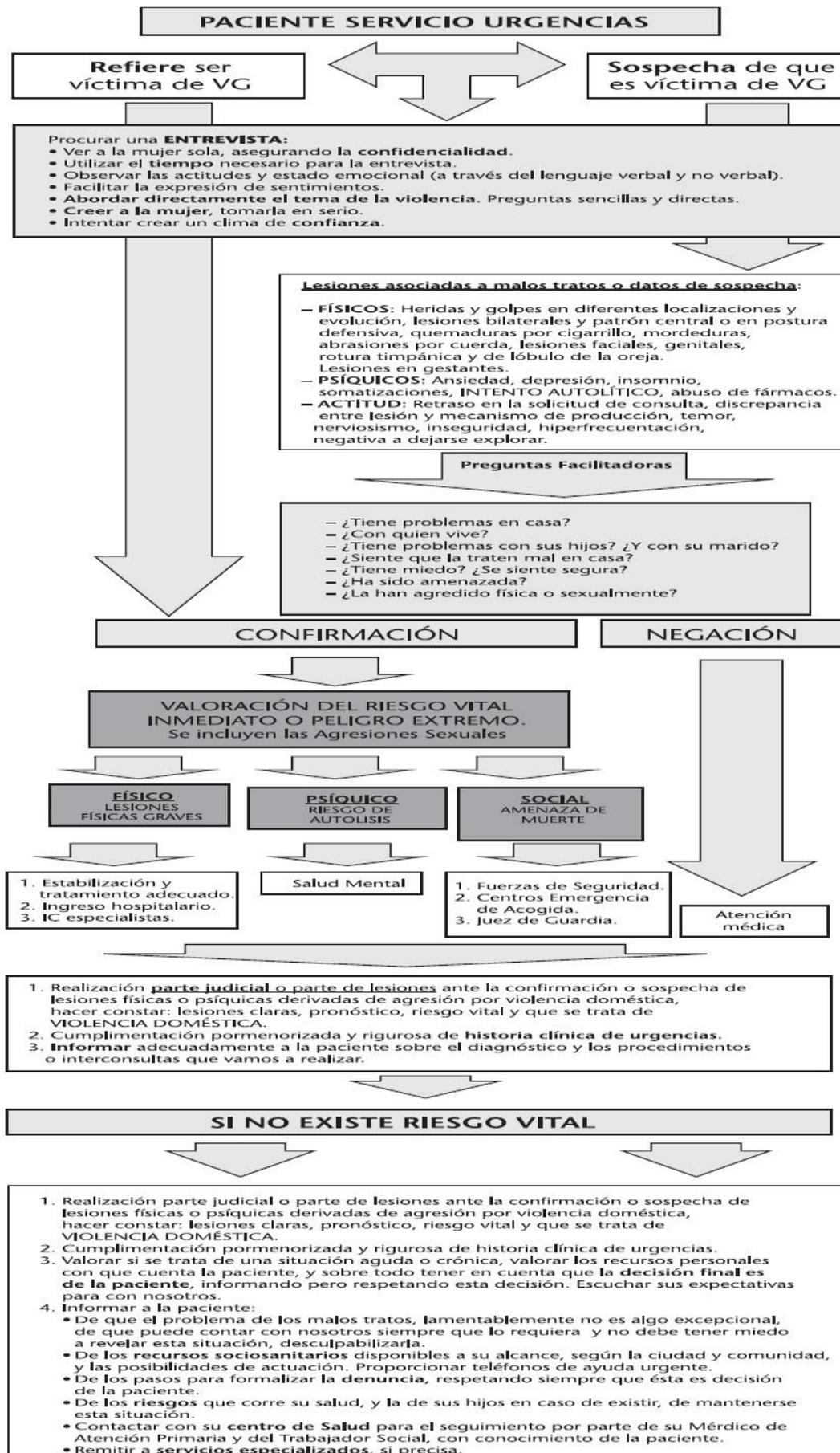
1. Organización de las Naciones Unidas. *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. Nueva York: ONU; 1993.
2. Rojas Marcos, L. *Las semillas de la violencia*. Madrid: Espasa Calpe; 1995
3. Martínez Benlloch I, Amigot Leache P, Bayot Mestre A, Bonilla Campos A, Castillo Martín M, Gómez Sánchez L et al. *Imaginario cultural, construcción de identidades de género y violencia: formación para la igualdad en la adolescencia*. Madrid: Instituto de la Mujer (Ministerio de Igualdad); 2008.
4. Organización Mundial de la Salud. *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud*. Ginebra: OMS; 2013.

5. Fernández Alonso Mdel C, Salvador Sánchez L. *Guía clínica de la actuación sanitaria ante la violencia de género*. [Internet]. Castilla y León: Junta de Castilla y León; 2017 [consultado 3 de octubre de 2017]. Disponible en:
<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/guia-clinica-actuacion-sanitaria-violencia-genero>
6. Salvador Sánchez L, Rivas Vilas M, Sánchez Ramón S. *Violencia y maltrato de género (III). Nociones prácticas para su detección precoz y abordaje integral en urgencias*. Emergencias. 2008; 20:343-352.
7. Golding JM. *Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis*. J Fam Violence. 1999; 14:99-132.
8. Ruiz Pérez I, Plazaola-Castaño J. *Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica*. Med Clin (Barc). 2004; 122(12): 461-467.
9. Devries K, Seguin M. *Violence against Women and Suicidality: Does Violence Cause Suicidal Behaviour?* Basilea: Karger; 2013, vol 178, p. 148–158.
10. Devries K, Watts C, Yoshihama M, Kiss L, Schraiber LB, Deyessa N et al. *Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women*. Soc Sci Med. 2011; 73(1):79-86.
11. Miguel Lorente Acosta. *Violencia y maltrato de género (I). Aspectos generales desde la perspectiva sanitaria*. Emergencias. 2008; 20:191-197.
12. Wingood GM, Diclemente RJ, Raj A. *Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters*. Am J Prev Med. 2000; 19: 270-275.
13. Delara M. *Mental Health Consequences and Risk Factors of Physical Intimate Partner Violence*. Ment Health Fam Med. 2016; 12: 119-125.
14. Coll-Vinent Puig B. *Violencia y maltrato de género (II). Una aproximación desde urgencias*. Emergencias. 2008; 20: 269-275.

ANEXOS

- Anexo 1: Protocolo de actuación en los servicios de urgencias ante situaciones de violencia de género (obtenido de la referencia bibliográfica número 6).
- Anexo 2: Tabla: Señales de alerta de VG (obtenida de la referencia bibliográfica número 6).
- Anexo 3: Tabla: Lesiones asociadas a malos tratos (obtenida de la referencia bibliográfica número 6).

ANEXO 1: Protocolo de actuación en los servicios de urgencias ante situaciones de violencia de género.



ANEXO 2: TABLA DE SEÑALES DE ALERTA DE VG

Tabla 1. Señales de alerta

- El comportamiento del compañero en el SUH: pendiente de la paciente, a veces contesta por ella, rehúsa abandonar la estancia y a que estemos a solas con la paciente. Ella continuamente mira al compañero como “pidiendo su aprobación”.
- Retraso en la búsqueda de solución al problema por el cual está consultando.
- Negación a ser explorada más allá de la lesión.
- Múltiples visitas anteriores (por procesos traumáticos o no).
- No coincide la historia que nos cuenta la paciente o acompañante con las lesiones que vemos: no hay concordancia.
- Comportamiento depresivo, ansiedad, intentos autolíticos.
- Lesiones traumáticas no relacionadas con accidentes de tráfico que achacan a accidentes domésticos o caídas fortuitas en el domicilio.
- Intoxicación etílica.
- Abuso de drogas.
- Dolores crónicos recidivantes, lo cual hace que la paciente se convierta en una “hiperfrecuentadora”.
- Estado gestacional.

ANEXO 3: TABLA DE LESIONES ASOCIADAS A MALOS TRATOS

Tabla 2. Lesiones asociadas a malos tratos

- Traumatismos faciales.
- Erosiones en cara y cuello.
- Fracturas mandibulares.
- Arrancamiento del lóbulo de la oreja.
- Rotura del tímpano.
- Traumatismos en tronco.
- Traumatismos abdominales.
- Equimosis en diferentes estadios de evolución.
- Lesiones contusas, quemaduras y abrasiones, se describen en relación con la VD.
- Siguen un patrón central y bilateral y hay lesiones en lugares que sugieren posturas defensivas (por ejemplo en los antebrazos).
- Lesiones genitales.
- Molestias ambiguas.
- Intentos autolíticos.
- Lesiones en mujeres embarazadas:
- Lesiones en mamas, área genital y abdomen.
- Complicaciones como abortos, partos pretérmino o recién nacidos de bajo peso.
- Los golpes producidos por el agresor sobre el vientre materno pueden conducir a desprendimientos prematuros de placenta (*abruptio* traumático) con resultados de partos prematuros, muerte materna por grave hemorragia interna o rotura uterina.