



Universidad de Valladolid

**Facultad de Enfermería de
Valladolid
Grado en Enfermería
Curso 2017/18**

LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES MAYORES DE 65 AÑOS

Alumna: María Retuerto Gutiérrez

Tutora: D^a Virtudes Niño Martín

Cotutora: D^a María del Carmen Fernández Alonso

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría agradecer a mi tutora, Virtudes Niño Martín, y a mi cotutora, M^a Carmen Fernández Alonso, que han hecho posible la realización de este trabajo gracias a su implicación y dedicación, sus correcciones, consejos y supervisión.

A los responsables de enfermería de los centros de salud por permitirme realizar el proyecto en ellos, a las residentes de enfermería comunitaria y a las enfermeras y enfermeros colaboradores. Me gustaría mencionar especialmente a los profesionales del centro de salud de Barrio España, por su gran implicación en el trabajo y por integrarme durante mi paso por el centro. Gracias a Sara Herrero Calleja que, por su interés no solo en el proyecto sino también en la docencia y en mi aprendizaje, se ha convertido en un pilar de referencia en mi futura profesión.

Mi especial agradecimiento a todas las mujeres que han colaborado desinteresadamente y que han hecho posible este trabajo.

A todos los profesionales que me han ayudado con el análisis estadístico.

Por último, agradecer a mi familia, a Iván y a mis seres más cercanos, por animarme a seguir, alegrarse en los buenos momentos y apoyarme en los malos, por estar a mi lado incondicionalmente.

RESUMEN

La violencia de género (VG) es un problema actual y de gran importancia social que conlleva graves consecuencias tanto para las mujeres como para sus hijos. Es un tipo de violencia dirigida hacia la mujer por el hecho de serlo y cuyo fin es el sometimiento de esta. Existen diferentes formas de violencia siendo la más frecuente la psicológica.

Objetivo. Conocer la prevalencia de la VG en las mujeres de 65 años o mayores que acuden a las consultas de enfermería de Atención Primaria (AP).

Metodología. Entrevista personal a una muestra de 135 mujeres reclutadas en AP que incorpora características sociodemográficas y clínicas y preguntas sobre la relación con su pareja (utilizando el cuestionario WAST largo para la detección de VG), la violencia doméstica, antecedentes de maltrato en la infancia y sobre las denuncias interpuestas en caso de haber sufrido maltrato.

Resultados. La prevalencia de VG actual fue de 13,15%, el 11,11% de maltrato pasado y el 11,11% tenía antecedentes de maltrato en la infancia. Se ha encontrado relación entre la exposición a VG, el número de hijos, y los trastornos de salud mental. El 5,18% manifestó haberse sentido alguna vez maltratada por sus cuidadores. Respecto a las denuncias, el 18,9% lo denunció a la policía y el 64% pidió ayuda a sus familiares.

Conclusiones. La alta prevalencia de VG en mujeres mayores y sus consecuencias sobre la salud hace necesaria una mayor implicación en la detección por parte de los profesionales de AP y en particular por la enfermería.

Preguntas clave: violencia de género, cuestionario WAST, mujer mayor, Atención Primaria.

ABSTRACT

Intimate Partner Violence (IPV) is a current problem of great social importance. It has serious consequences for women and their children. It is a type of violence directed towards women because they are so and whose main aim is their submission. There are different means of IPV but the most frequent one is psychological.

Objective. To know the prevalence of IPV in women aged 65 or older who attend primary care nursing consultations.

Methodology. Personal interview to a sample of 135 women recruited in primary care. It incorporates sociodemographic and clinic variables and questions about the relationship with their partner (full WAST questionnaire has been used for the detection of IPV), domestic violence, history of child abuse and complaints filed in case of abuse.

Results. The prevalence of current IPV was 11%, 11,11% of the women asked showed history of past abuse and 11,11% had history of child abuse. There is a link between exposure and the number of children, and mental health disorders. 5,18% of the women had felt mistreated by their caregivers. Regarding the complaints, 18,9% reported it to the police and 64% asked for help to their relatives.

Conclusions. The high prevalence of IPV in old women and its consequences on health requires a greater involvement in detection by primary care professionals and especially by nurses.

Key words: Intimate Partner Violence, WAST Tool, older women, primary care.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN | 1 |
| Concepto | 1 |
| Causas | 1 |
| Formas de Violencia de Género | 2 |
| Consecuencias de la Violencia de Género | 3 |
| Prevalencia del problema | 4 |
| Factores asociados..... | 5 |
| Justificación..... | 6 |
| HIPÓTESIS Y OBJETIVOS..... | 7 |
| MATERIAL Y MÉTODOS | 8 |
| Diseño | 8 |
| Muestra..... | 8 |
| Criterios de inclusión | 8 |
| Criterios de exclusión..... | 8 |
| Instrumento | 8 |
| Procedimiento de captación y desarrollo..... | 9 |
| Análisis estadístico..... | 9 |
| Consideraciones ético-legales | 10 |
| Cronograma..... | 10 |
| RESULTADOS..... | 12 |
| DISCUSIÓN | 20 |
| CONCLUSIONES | 24 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 25 |
| ANEXOS..... | 27 |
| Anexo I. Encuesta | 27 |
| Anexo II. Consentimiento informado..... | 31 |
| Anexo III. Autorización comisión de ética e investigación de la facultad de enfermería de Valladolid..... | 32 |
| Anexo IV. Autorización comité ético de investigación clínica del área de salud Valladolid este..... | 33 |
| Anexo V. Autorización gerente de atención primaria Valladolid este..... | 34 |
| Anexo VI. Conformidad de los responsables de enfermería de los centros de salud implicados en el estudio..... | 35 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. <i>Cronograma</i> | 10 |
| Tabla 2. <i>Variables sociodemográficas</i> | 12 |
| Tabla 3. <i>Estado de salud percibido por las mujeres</i> | 13 |
| Tabla 4. <i>Enfermedades físicas</i> | 14 |
| Tabla 5. <i>Resultados WAST</i> | 16 |
| Tabla 6. <i>Puntuación WAST</i> | 17 |
| Tabla 7. <i>Correlación entre variables clínicas y WAST</i> | 18 |
| Tabla 8. <i>Correlación entre variables clínicas y maltrato por parejas anteriores</i> | 19 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1. <i>Distribución de la muestra por centros de salud</i> | 12 |
| Figura 2. <i>Estado de salud percibido por las mujeres</i> | 13 |
| Figura 3. <i>Otras enfermedades físicas</i> | 14 |
| Figura 4. <i>Frecuencia de enfermedades relacionadas con la salud mental</i> | 15 |
| Figura 5. <i>Media de consultas a los distintos servicios en la muestra</i> | 15 |

ABREVIATURAS

AP: Atención Primaria.

CI: Cardiopatía isquémica.

DM: Diabetes Mellitus.

EIR: Enfermera interna residente.

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

HTA: Hipertensión arterial.

IC: Insuficiencia cardiaca.

MT: Malos tratos.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

VG: Violencia de género.

VMP: Violencia contra la mujer en la pareja.

WAST: Woman Abuse Screening Tool.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La violencia de género (VG) es considerada hoy en día como un problema de salud pública de primer orden, debido a las graves consecuencias que tiene en la salud de las personas que la sufren y en su alta prevalencia, y así ha sido reconocida por organizaciones internacionales con responsabilidades en salud y gobiernos. Además, la VG constituye una transgresión de los derechos de la persona, en este caso de las mujeres.

Concepto

Fue definida en 1993 por la ONU como *“todo acto que tenga, o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada”*¹. Este concepto se modificó por el consejo de Europa en la Convención de Estambul en 2011 incluyendo ya la violencia económica a la definición².

La VG es un tipo de violencia dirigida específicamente contra la mujer por el hecho de serlo. Es la manifestación más grave de la desigualdad de hombres y mujeres y tiene como fin el sometimiento de la mujer y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres.

Causas

Tiene sus raíces en la cultura patriarcal y en la aceptación social de derechos y roles diferentes que la sociedad ha asignado tradicionalmente a hombres y mujeres en función del género y, asimismo, en la aceptación de la violencia como método para resolver conflictos³. La VG es un problema multifactorial en el que se incluyen factores sociales, familiares e individuales, que contribuye a mantener el modelo de sociedad patriarcal, que “autoriza” a que el hombre ejerza el poder sobre la mujer a la que exige sumisión, y limita el ejercicio de sus derechos. La VG tiene su origen en la desigualdad entre hombres y mujeres en derechos y oportunidades.

La VG tiene múltiples manifestaciones, como son la violencia sexual, la mutilación genital, tráfico de niñas y mujeres con fines de explotación sexual, la discriminación y el acoso laboral y social, el infanticidio selectivo, el uso de la violación como arma de guerra, el acoso sexual en el trabajo y la violencia contra la mujer en la pareja (VMP), entre otras⁴.

La VMP se define como *aquellas agresiones o conductas violentas que se producen en el ámbito privado, en el que el agresor tiene o ha tenido una relación afectiva con la víctima, y tiene como fin el sometimiento y el control de la mujer* ⁴. También se hace referencia a ésta como violencia del compañero íntimo o violencia conyugal, y será el objeto de nuestro estudio y a la que nos referiremos cuando se hable de VG.

Conviene diferenciarlo del concepto más amplio de violencia familiar que se define como *“malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidos por cualquier persona o personas del medio familiar y dirigidos generalmente a los miembros más vulnerables de la familia”* (C. Fernández)⁵; dentro de este tipo de violencia se pueden incluir la violencia hacia la mujer en la pareja, la dirigida a los niños y niñas, a las personas mayores y de hijos hacia padres. La violencia familiar también se suele identificar con violencia doméstica porque generalmente tiene lugar en el ámbito doméstico. La violencia por la pareja es, con frecuencia, un tipo de violencia familiar además de ser violencia de género, por lo que podría incluirse en las dos categorías.

Formas de Violencia de Género

Existen distintas formas de violencia hacia la mujer ⁴:

1. *Violencia física*: actos realizados intencionadamente con el fin de producir lesiones corporales, como por ejemplo golpes o quemaduras. En las mujeres mayores la forma de violencia física más frecuente es la negligencia, que se trata de la negación de los cuidados básicos como la alimentación o el aseo.
2. *Violencia psicológica*: actos que atentan contra la dignidad y los sentimientos de la mujer intencionadamente, incluyendo desvalorizaciones, amenazas, control o chantaje. Es la más frecuente y acompaña casi siempre a otros tipos de violencia⁶.
3. *Violencia sexual*: acciones que niegan el derecho de libertad de la mujer como pueden ser violaciones, abusos o prácticas sexuales no deseadas. El abuso sexual en las mujeres ancianas es más frecuente de lo que se conoce, ya que no lo desvelan por vergüenza o miedo.
4. *Violencia económica*: todo tipo de control económico, desde negarle dinero hasta impedirle tener un trabajo remunerado o adueñarse de sus propiedades, entre

otras. El abuso económico es una de las formas más frecuentes de violencia hacia los mayores en general, y más aún en mujeres.

Consecuencias de la Violencia de Género

La importancia de la VG como problema de salud son las graves consecuencias para las víctimas, tanto para las mujeres que la sufren directamente como para los hijos e hijas expuestos que con frecuencia resultan también víctimas de violencia directa.

Las consecuencias más frecuentes son:^{7,8}

- Para las mujeres:
 - *Consecuencias físicas*: aunque no hay lesiones específicas de maltrato, estas suelen localizarse en zonas que indiquen postura defensiva, bilaterales y más frecuentes en cabeza, cuello y tórax, incluyendo las quemaduras, mordeduras o arañazos. Además, se ha demostrado que las mujeres maltratadas tienen más riesgo de sufrir problemas digestivos, hipertensión o problemas cardíacos y dolor crónico⁹.
 - *Consecuencias psicológicas*: se ha encontrado una mayor frecuencia de baja autoestima y depresión, lo que lleva a un aumento del riesgo de suicidio, ansiedad, síndrome de estrés postraumático y somatizaciones. Otra grave consecuencia es el llamado síndrome de Estocolmo o de adaptación paradójica al maltrato, donde se produce un estado de “anestesia emocional” que les dificulta salir de la situación. Las consecuencias psicológicas son particularmente frecuentes y severas en mujeres mayores con experiencias de violencia prologadas a veces a lo largo de la vida sin desvelar la situación y son una causa de frecuentación de consultas del médico de familia y del psiquiatra¹⁰.
 - *Consecuencias sexuales y reproductivas*: se incluyen síntomas como dolor pélvico crónico, pérdida de deseo sexual o sangrados vaginales, además de una mayor prevalencia de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados por no poder elegir la anticoncepción, abortos y mayor mortalidad materna y neonatal.
 - *Consecuencias sociales*: empeoramiento de su calidad de vida, absentismo laboral, pérdida de su empleo y capacidad económica, y de su red social, aislándose socialmente.

- *Consecuencias fatales* como el suicidio o el homicidio.
- Para los hijos e hijas: las más comunes son el retraso de su desarrollo integral, dificultades en el aprendizaje y la socialización, mayor frecuencia de trastornos psicológicos, una mayor tolerancia a la violencia y mayor riesgo de maltrato transgeneracional.

Prevalencia del problema

La prevalencia de este problema es muy elevada. A nivel europeo, una de cada 3 mujeres ha sido víctima de VG¹¹; en el ámbito nacional, diferentes macroencuestas realizadas por el Ministerio de Sanidad y el Instituto de la Mujer en 5 años diferentes revelan que entre un 10% y un 15% aproximadamente de las mujeres encuestadas manifestaron haber sufrido VG alguna vez en su vida¹².

En el ámbito de la Atención Primaria (AP), un estudio epidemiológico nacional encontró que un 24,8% de las mujeres que acudían a consultas de Atención Primaria referían haber sufrido maltrato en algún momento de su vida¹³; en Castilla y León la prevalencia fue del 20% entre las mujeres demandantes de consulta de Atención Primaria¹⁴.

En cuanto a las personas mayores, hay pocos estudios que hayan investigado específicamente la prevalencia en este segmento de población, pero un reciente metaanálisis encuentra que la prevalencia del maltrato es más elevada en las mujeres que en los hombres¹⁵, predominando la violencia psicológica (16%), la negligencia y el abuso económico (10,2%) sobre la violencia física y sexual (6%) en las mayores de 65 años¹².

Los profesionales sanitarios, y sobre todo los de AP, tienen un importante papel tanto en la prevención como en la atención a las víctimas y quizás el papel más importante es en la detección precoz, debido al lugar que ocupan en el sistema sanitario, por su accesibilidad y por su alta frecuentación. Sin embargo, distintos estudios revelan que solo el 3-10% de las mujeres maltratadas fueron preguntadas por sanitarios sobre VG^{16,17}, y que la detección es aún muy baja. A los profesionales les cuesta preguntar por posibles situaciones de maltrato a las mujeres, y en los estudios han encontrado algunas razones por las que no preguntan, como son no saber cómo hacerlo, miedo a ofender a la mujer, no saber qué hacer si responde que sí y falta de habilidades en la entrevista^{18,19}. El uso de un cuestionario validado para detectar un posible caso de maltrato parece que puede

mejorar la detección y facilitar el trabajo a los profesionales, posibilitando una intervención más temprana²⁰. Diversos estudios han utilizado diferentes instrumentos para mejorar la detección de la VG. Existen más de 20 cuestionarios, muchos de ellos validados, para su uso en diferentes contextos²¹.

Factores asociados

Aunque cualquier mujer puede ser víctima de VG, existen diversos factores o situaciones que aumentan el riesgo o la vulnerabilidad al maltrato²²: bajo nivel económico y cultural, aislamiento social y falta de apoyos, sufrir discapacidad física o mental y haber sufrido o presenciado violencia en la infancia. Las mujeres con discapacidad y las inmigrantes tienen un riesgo más elevado de sufrir VG, porque en ellas se agregan varios de estos factores.

En las mujeres mayores confluyen diversas situaciones de vulnerabilidad: por ser mujeres y por ser mayores. Muchas mujeres mayores que han sufrido maltrato a lo largo de su vida, no lo han denunciado y siguen conviviendo con el esposo que les maltrata (33,9%)¹². La cultura, los estereotipos de género, el estigma de considerarse “mujer maltratada”, el miedo y a veces las creencias religiosas, han hecho que muchas mujeres hayan vivido en esta situación a lo largo de toda una vida sin denunciarlo. Además, por el hecho de ser mayores, tienen mayor riesgo de maltrato no solo de género, sino por otros miembros del núcleo familiar, cuidadores/as (maltrato doméstico) e incluso maltrato institucional. Las mujeres en nuestro medio tienen una elevada esperanza de vida (86 años), pero llegan a edades tardías con elevados grados de discapacidad; en mayor proporción que los hombres viven solas y con escasos recursos de apoyo, y su nivel socioeconómico es asimismo mucho más bajo que el de estos (pensiones de viudedad bajas o no contributivas). Dado que la población es cada vez más envejecida, la importancia de este problema en mujeres mayores aumenta por su mayor vulnerabilidad y dependencia. El maltrato a los mayores en general y a las mujeres mayores en particular está infradetectado y con frecuencia no van a desvelar o denunciar la situación por la mayor tolerancia social, por los prejuicios y porque en el 85% de los casos las personas que maltratan son sus propios familiares²³, a los que es muy difícil que vayan a denunciar. De ahí la importancia de que el personal sanitario esté alerta para detectarlo aun cuando la mujer no lo revele.

Otro dato de interés es el de denuncias interpuestas: alrededor de un 20% de las mujeres mayores maltratadas ha denunciado esta situación frente al 36,6% de las mujeres de mediana edad ¹². Una posible razón para no denunciar puede ser la presión social o la mayor dependencia económica del marido, ya que muchas mujeres mayores en la actualidad no han tenido un trabajo remunerado y dependen de la pensión de éste o de pensiones no contributivas porque han dedicado su vida a la familia y al trabajo doméstico no remunerado ni asegurado ¹².

Justificación

Tras la revisión bibliográfica hemos constatado que existen pocos estudios sobre la violencia de género en mujeres mayores a nivel internacional y nacional. En Castilla y León no hemos encontrado ninguno que aborde específicamente este tema y creemos que es una línea interesante de investigación ya que es un problema oculto, actual y de gran importancia social como ha sido reseñado por algunos autores²⁴.

Creemos que puede existir un bajo nivel de detección de este problema, debido a que las mujeres no lo revelan a los profesionales por miedo a contarlo, por vergüenza o por temor a las consecuencias. Otra razón es, como ya hemos dicho, que los profesionales no preguntan por ello. Además, el hecho de que el maltrato en la mujer es psicológico en mayor proporción que físico o sexual ¹⁹, hace que éstas a veces no lo identifiquen como maltrato o no lo desvelen al profesional, lo que dificulta tanto la detección como el posterior abordaje del problema.

Por otra parte, pensamos que las mujeres mayores han "normalizado" con mayor frecuencia conductas abusivas por parte de sus parejas, debido a que hasta hace no mucho tiempo eran toleradas e incluso permitidas en nuestra sociedad. Identificar situaciones de maltrato en las mujeres es un campo en el que el personal de enfermería, sobre todo de AP, puede tener un papel importante, y más activo por la confianza y el frecuente contacto que habitualmente tiene con las personas mayores. Por ello, debería ser imprescindible incorporar el cribado a la VG en las revisiones de enfermería.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis: el maltrato en las mujeres mayores de 65 años está infradetectado. La prevalencia de violencia de género y maltrato doméstico en las mujeres mayores es más elevada de lo que revelan los datos conocidos.

Objetivo principal:

- Conocer la prevalencia de VG en las mujeres de 65 años o mayores que acuden a las consultas de enfermería de Atención Primaria en una muestra de mujeres de tres centros de salud del área este de Valladolid.

Objetivos específicos:

- Conocer las características sociodemográficas de estas mujeres y la relación que tienen con la VG.
- Conocer la asociación con algunas enfermedades más prevalentes.
- Conocer su percepción del estado de salud en relación con el de las mujeres que no sufren maltrato.
- Conocer si han desvelado/denunciado su problema.
- Conocer si sufren o han sufrido maltrato doméstico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Se trata de un estudio descriptivo, transversal y observacional.

Muestra

Se realizó el cálculo muestral para una prevalencia estimada del 18% y con un nivel de confianza del 95%.

Con estos datos, el tamaño muestral fue de 215 mujeres de 65 años o mayores de los tres centros de salud.

Criterios de inclusión

- Mujeres de 65 años o mayores adscritas a los centros de salud Rondilla I, Barrio España y la Victoria que acudan a las consultas de enfermería de Atención Primaria y que acepten voluntariamente participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- En el momento de la entrevista, la mujer deberá estar sola. Si le acompaña su marido o pareja y si no es posible verla sola, quedará excluida del estudio.
- Mujeres con demencia.
- Mujeres que no conozcan el idioma.

Instrumento

Se ha utilizado un cuestionario heteroadministrado que incorpora variables:

- Sociodemográficas: edad, estado civil, convivencia con pareja, número de hijos.
- Relacionadas con la salud: antecedentes personales, percepción del estado de salud, antecedentes de maltrato en la infancia o por ser mayores y utilización de los servicios sanitarios.
- Cuestionario para la detección de VG: WAST largo (8 preguntas).

En nuestro estudio elegimos el WAST por ser un instrumento creado para su uso en Atención Primaria, breve, con amplia experiencia de uso, validado en nuestro país e idioma²⁵ y recientemente validado en la Atención Primaria de Castilla y León²⁶.

Los criterios que se han utilizado para la valoración del WAST largo son:

- WAST positivo cuando la puntuación es mayor o igual a 11.
- Caso confirmado de VG cuando cualquiera de las 3 últimas preguntas sea positiva, con independencia de la puntuación total.
- Alta probabilidad de VG si el WAST es positivo (≥ 11) y las 3 últimas preguntas negativas.
- Cribado positivo si las dos primeras preguntas tuviesen una puntuación mayor o igual a 3 puntos, lo que significa una mayor probabilidad de estar sufriendo maltrato. Estas 2 preguntas se corresponden con el WAST corto, que no lo utilizaremos en el estudio porque presentó una baja sensibilidad y especificidad.

Procedimiento de captación y desarrollo

Se ha contado con la participación de las enfermeras y residentes de enfermería comunitaria (EIR) para la captación de la población. A las mujeres de 65 años o mayores que acuden a las consultas de enfermería de Atención Primaria de los centros de salud citados se les ofrece participar en un estudio sobre aspectos relacionados con la salud de las mujeres y la utilización de los servicios sanitarios de forma consecutiva hasta completar la muestra.

Antes de realizar la entrevista, se les informó sobre el tipo de estudio, el objetivo, la importancia del problema y en qué consistía su participación, remarcando la confidencialidad de los resultados. En caso de participar, de forma totalmente voluntaria, firmaron un consentimiento informado. La entrevista fue realizada por 2 entrevistadoras entrenadas para asegurar la homogeneidad en el procedimiento en ese mismo momento de la consulta, y tuvo una duración de unos 15 minutos.

Análisis estadístico

Se incorporaron los datos de forma manual mediante el sistema RedCap y se realizó el procesado de estos.

El tratamiento estadístico de los datos tanto para las variables cualitativas como cuantitativas se llevó a cabo con el programa estadístico SPSS versión 23.

Se realizó el tanto por ciento de mujeres víctimas de VG, de los distintos tipos de maltrato y antecedentes en la edad adulta y en la infancia y la comparación de algunas

variables investigadas entre mujeres víctimas de maltrato y las que no tienen esa condición.

Consideraciones ético-legales

Se han tenido en cuenta las recomendaciones de la OMS²⁷ en lo referente a la seguridad de las participantes, por lo que si no es posible ver a la mujer sola (si viene con su pareja) se excluye del estudio.

Por otra parte, si se detectan situaciones de maltrato actual en el marco del estudio se le darán las recomendaciones oportunas para que pueda recibir ayuda por parte de su médico/a de familia o de los servicios específicos que pueda precisar de acuerdo con el protocolo de actuación sanitaria ante la violencia de género de la Gerencia regional de Salud de Castilla y León¹², que da soporte a los servicios de detección de VG y de atención a víctimas de VG que forma parte de la cartera de servicios de AP de SaCyL.

Para la realización de este proyecto de investigación ha sido necesaria la aprobación del comité ético y de investigación del área este de Valladolid y de la Universidad de Valladolid.

Cronograma

Tabla 1. Cronograma

| Fases | Temporalidad | Responsables de orientación y supervisión | Ejecución |
|---|----------------------------|--|--|
| Revisión bibliográfica y análisis de la situación | Septiembre - octubre 2017 | Dra. Fernández y Dra. Niño | María Retuerto |
| Diseño del estudio | Noviembre – diciembre 2017 | Dra. Fernández y Dra. Niño | María Retuerto, Dra. Fernández y Dra. Niño |
| Envío a comités éticos y de investigación | Diciembre 2017 | Dra. Fernández y Dra. Niño | Dra. Niño y María Retuerto |

| | | | |
|---|------------------------|--|--|
| Preparación del cuestionario | Diciembre 2017 | Dra. Fernández | Dra. Fernández y María Retuerto |
| Entrenamiento entrevistadoras | 1ª quincena enero 2018 | Dra. Fernández | Dra. Fernández y entrevistadoras |
| Trabajo de campo | Febrero y marzo 2018 | Dra. Niño | María Retuerto y enfermeras colaboradoras |
| Vaciado y procesado de datos y análisis estadístico | Abril 2018 | Dra. Fernández/ apoyo técnico escuela de enfermería | María Retuerto con el apoyo del técnico de la escuela de enfermería para el análisis estadístico |
| Análisis de resultados, discusión | Abril- mayo 2018 | Dra. Fernández y Dra. Niño | Dra. Fernández, Dra. Niño y María Retuerto |
| Presentación de resultados | Junio 2018 | | María Retuerto |

RESULTADOS

Tal como se describe en el método, la población muestral se obtuvo en 3 centros de salud, y se ha obtenido una muestra de 135 mujeres en el tiempo determinado para el trabajo de campo, representado un 63% del porcentaje total con relación a la muestra prevista (n=215).

El motivo de rechazo fue, sobre todo, por falta de tiempo para quedarse a realizar la entrevista, ya que el ofrecimiento se hacía de forma oportunista cuando las mujeres acudían a consulta de enfermería.

En la figura 1 se representan los porcentajes de participación de cada centro de salud sobre la muestra total (n=135).

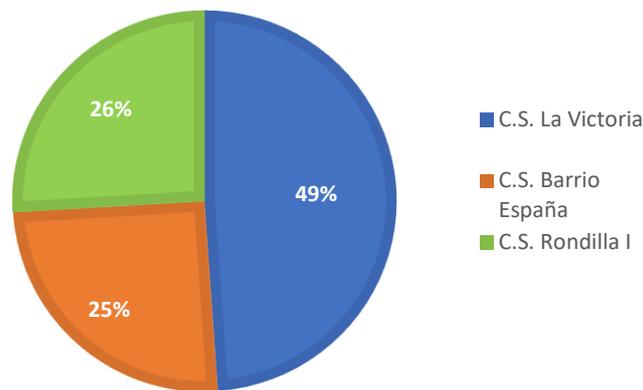


Figura 1. Distribución de la muestra por centros de salud.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

El rango de edad de la muestra comprende desde 65 hasta 93 años, siendo la media de edad de 76 años (DS: 7,84). El 99,26% son de nacionalidad española y solo una de ellas tenía nacionalidad africana. En cuanto al estado civil, el 52,59% están casadas, el 32,59% viudas, el 9,63% son solteras y el resto están divorciadas (5,19%).

En la Tabla 2 se muestran las variables sociodemográficas.

Tabla 2. Variables sociodemográficas

| | | |
|------|------------|---------------|
| Edad | < 70 años | 26,67% (n=36) |
| | 70-75 años | 21,48% (n=29) |
| | 76-79 años | 17,04% (n=23) |
| | ≥ 80 años | 34,81% (n=47) |

| | | |
|-----------------------------------|----------------|----------------|
| Nacionalidad | Española | 99,26% (n=134) |
| | Africana | 0,74% (n=1) |
| Estado civil | Soltera | 9,63% (n=13) |
| | Casada | 52,59% (n=71) |
| | Divorciada | 5,19% (n=7) |
| | Viuda | 32,59% (n=44) |
| Convivencia con pareja | No | 44,44% (n=60) |
| | Sí | 55,56% (n=75) |
| Número de hijos | 0 | 12,59% (n=17) |
| | 1 | 6,67% (n=9) |
| | 2-3 | 60,00% (n=81) |
| | ≥ 4 | 20,74% (n=28) |
| Nivel académico | Sin estudios | 32,59% (n=44) |
| | Primarios | 60,00% (n=81) |
| | Secundarios | 5,19% (n=7) |
| | Universitarios | 2,22% (n=3) |
| Antecedente de trabajo remunerado | No | 41,48% (n=56) |
| | Sí | 58,52% (n=79) |

Datos clínicos

Presentamos en la tabla 3 y en la figura 2 la percepción del estado de salud.

Tabla 3. Estado de salud percibido por las mujeres

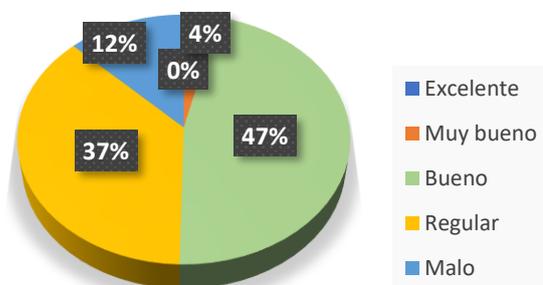


Figura 2. Estado de salud percibido por las mujeres.

| Estado de salud | Porcentaje | Frec. |
|-----------------|------------|-------|
| Excelente | 00,00% | n=0 |
| Muy bueno | 3,70% | n=5 |
| Bueno | 46,66% | n=63 |
| Regular | 37,04% | n=50 |
| Malo | 12,59% | n=17 |

En la tabla 4 se presentan los antecedentes clínicos personales que se recogieron en el estudio a través de la entrevista con las mujeres.

En cuanto a las enfermedades físicas, las más frecuentes son la hipertensión arterial (71,11%) y la lumbalgia (61,48%), y las menos habituales la cardiopatía isquémica con un 6,67% seguida del asma o EPOC (8,15%).

Tabla 4. Enfermedades físicas

| | |
|-----------------------------|---------------|
| HTA | 71,11% (n=96) |
| DM | 28,15% (n=38) |
| Cardiopatía Isquémica (CI) | 6,67% (n=9) |
| Insuficiencia Cardíaca (IC) | 13,33% (n=18) |
| Cefalea | 30,37% (n=41) |
| Lumbalgia | 61,48 (n=83) |
| Asma/EPOC | 8,15% (n=11) |
| Otras | 35,55% (n=48) |

En la figura 3 se recogen otras enfermedades físicas que las mujeres consideraban importantes en su salud.

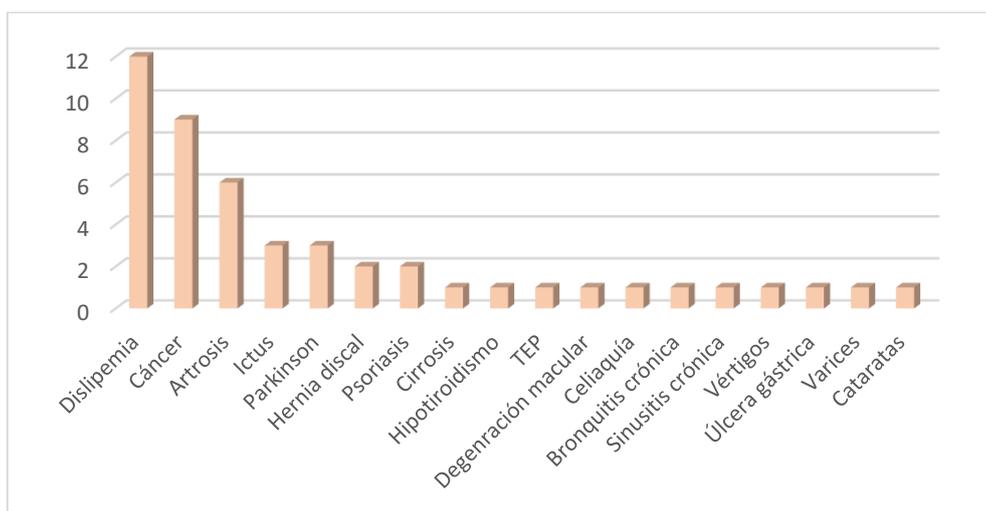


Figura 3. Otras enfermedades físicas.

En cuanto a las enfermedades relacionadas con la salud mental, como se puede ver en la figura 4, la más frecuente es el insomnio con un número de casos de 87 mujeres (64,45%) de las cuales el 77% reciben tratamiento para ello. La ansiedad y la depresión

tienen un número de casos similares, en torno a 45 mujeres, sin embargo, casi un 70% de las mujeres que sufren ansiedad son tratadas y solo lo son un 54% de las depresivas.

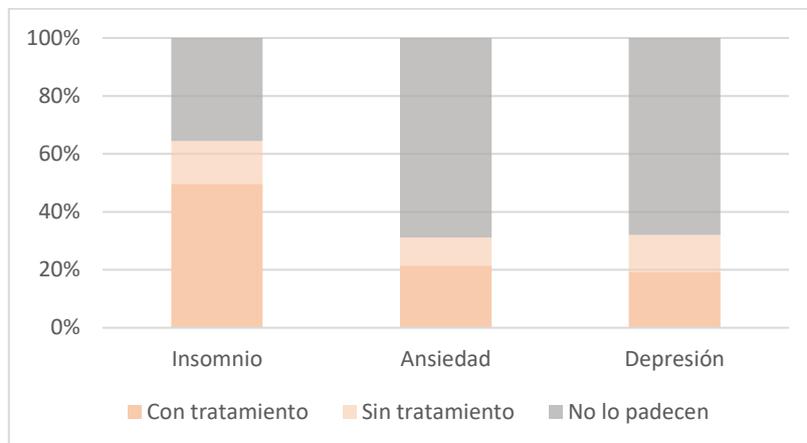


Figura 4. Frecuencia de enfermedades relacionadas con la salud mental.

Respecto a la utilización del uso de servicios, se preguntó a las mujeres por el número de veces que han acudido a lo largo del último año a su Centro de Salud, a urgencias, al trabajador social, a una consulta de salud mental y a una consulta de cualquier otro especialista. El lugar más frecuentado es el Centro de Salud, con una media de unas 11 visitas. A este le siguen las consultas de los especialistas con 2,33 visitas de media, urgencias (1,54 visitas), salud mental (0,57 visitas) y por último el trabajador social con una media de 0,41 visitas.

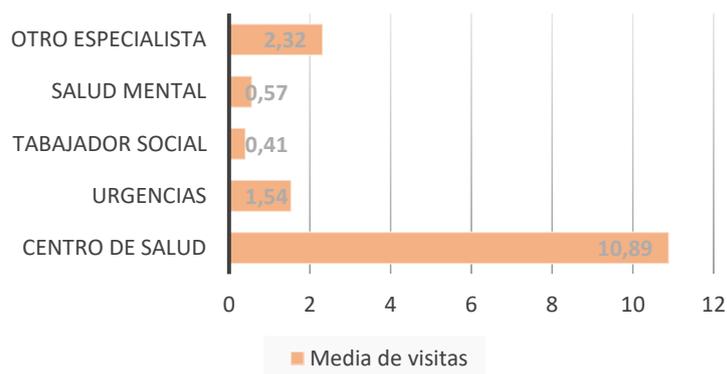


Figura 5. Media de consultas a los distintos servicios en la muestra.

Analizada la frecuentación en víctimas y no víctimas de VG para las distintas consultas, solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las consultas de salud mental ($p < 0,05$). El 60% de las mujeres maltratadas acuden a estas consultas, mientras que de las no maltratadas lo hacen un 22%.

Violencia de género

La mayoría de las mujeres piensa que tanto tener problemas familiares, laborales o sociales, como los malos tratos que sufren las mujeres, pueden influir en la salud de las personas.

A la pregunta “¿Ha sufrido malos tratos de cualquier tipo (físicos, psicológicos o sexuales) por alguna pareja anterior?” un 11,11% de las mujeres entrevistadas respondieron afirmativamente, al igual que a la pregunta del maltrato en la infancia, que ha tenido un 11,11% de respuestas afirmativas.

En cuanto a las preguntas de maltrato por el hecho de ser mayor, “¿Se ha sentido maltratada por algún miembro de su familia o personas responsables de su cuidado?”, “¿Le han pegado, amenazado, insultado, intentado usar su dinero o firmar documentos en contra de su voluntad o negarle algún cuidado básico?”, en el 5,18% de los casos fueron afirmativas en la primera pregunta y el 1,5% en la segunda.

En cuanto a la prevalencia del maltrato actual, en el momento de la realización de la entrevista, 76 mujeres de las 135 de la muestra tenía pareja o la había tenido en el último año (56,29%). El resultado del WAST en esta submuestra se muestra en la tabla 5 y en la tabla 6 podemos ver la puntuación de éste.

Tabla 5. Resultados WAST

| WAST (76 mujeres) | Nº Mujeres | Puntuación |
|---|------------|------------|
| a) En general, ¿cómo describiría su relación en pareja? | | |
| Muy tensa | 2 | 2,63% |
| Con cierta tensión | 11 | 14,47% |
| Sin tensión | 63 | 82,90% |
| b) Usted y su pareja resuelven sus discusiones con... | | |
| Mucha dificultad | 2 | 2,63% |
| Alguna dificultad | 9 | 11,84% |
| Sin dificultad | 65 | 85,53% |
| c) Al terminar las discusiones, ¿alguna vez se siente decaída o mal consigo misma? | | |
| Muchas veces | 5 | 6,58% |
| A veces | 22 | 28,95% |
| Nunca | 49 | 64,47% |

| d) ¿Las discusiones terminan alguna vez en golpes, empujones o patadas? | | |
|--|----|--------|
| Muchas veces | 1 | 1,32% |
| A veces | 1 | 1,32% |
| Nunca | 74 | 97,36% |
| e) ¿Siente miedo de lo que su pareja diga o haga? | | |
| Muchas veces | 3 | 3,95% |
| A veces | 3 | 3,95% |
| Nunca | 70 | 92,10% |
| f) ¿Su pareja le ha maltratado alguna vez físicamente? | | |
| Muchas veces | 2 | 2,63% |
| A veces | 1 | 1,32% |
| Nunca | 73 | 96,05% |
| g) ¿Su pareja le ha maltratado alguna vez emocionalmente? | | |
| Muchas veces | 2 | 2,63% |
| A veces | 6 | 7,90% |
| Nunca | 68 | 89,47% |
| h) ¿Su pareja ha abusado sexualmente de usted alguna vez? | | |
| Muchas veces | 0 | 0% |
| A veces | 0 | 0% |
| Nunca | 76 | 100% |

Tabla 6. Puntuación WAST

| | Porcentaje y frecuencia |
|--------------------------------------|-------------------------|
| WAST corto + (Cribado positivo) | 25% (n=19) |
| WAST largo + (Puntuación ≥ 11) | 13,15% (n=10) |
| Alguna de las 3 últimas positivas | 14,46% (n=11) |

De las 135 mujeres se han detectado 37 casos de maltrato, actual o pasado, de los cuales el 18,91% lo denunciaron y el 64,85% pidieron ayuda, todos ellos a algún miembro de su familia. Después de la familia, las mujeres piden ayuda a los médicos (27,02%) seguido de los amigos (21,62%) y de las enfermeras (10,81%), quedando en último lugar los trabajadores sociales (5,4%).

Correlación entre variables

En cuanto a la relación entre el nivel de estudios y sufrir o haber sufrido maltrato, las 10 mujeres con $WAST \geq 11$, las 15 con maltrato pasado positivo y 14 de las 15 con maltrato en la infancia tienen un nivel académico primario o no poseen ningún tipo de estudios.

En la tabla 7 y en la tabla 8 podemos ver la correlación entre algunas variables clínicas y sufrir maltrato en la actualidad y en el pasado respectivamente.

Tabla 7. Correlación entre variables clínicas y WAST

| | | WAST < 11 n (%) | WAST ≥ 11 n (%) |
|-----------|----|--------------------|--------------------|
| Insomnio | No | 20 (30,3%) | 1 (10%) |
| | Sí | 46 (69,7%) | 9 (90%) |
| Ansiedad | No | 46 (69,7%) | 3 (30%) |
| | Sí | 20 (30,3%) | 7 (70%) |
| Depresión | No | 44 (66,66%) | 3 (30%) |
| | Sí | 20 (33,34%) | 7 (70%) |
| CI | No | 61 (92,42%) | 10 (100%) |
| | Sí | 5 (7,58%) | 0 |
| IC | No | 58 (87,88%) | 10 (100%) |
| | Sí | 8 (12,12%) | 0 |
| DM | No | 50 (75,76%) | 7 (70%) |
| | Sí | 16 (24,24%) | 3 (30%) |
| Cáncer | No | 63 (95,45%) | 10 (100%) |
| | Sí | 3 (4,55%) | 0 |

Las diferencias fueron estadísticamente significativas para la ansiedad ($p=0,009$) y para la depresión ($p=0,03$); y para otras variables como el insomnio, las diferencias fueron relevantes pero sin alcanzar la significación estadística, probablemente por el bajo tamaño muestral.

Tabla 8. Correlación entre variables clínicas y maltrato por parejas anteriores

| | | Maltrato – n (%) | Maltrato + n (%) |
|-----------|----|---------------------|---------------------|
| Insomnio | No | 39 (32,5%) | 8 (53,33%) |
| | Sí | 81 (67,5%) | 7 (46,67%) |
| Ansiedad | No | 82 (68,33%) | 11 (73,33%) |
| | Sí | 38 (31,67%) | 4 (26,67%) |
| Depresión | No | 77 (64,17%) | 10 (66,67%) |
| | Sí | 41 (35,83%) | 5 (33,33%) |
| CI | No | 112 (93,33%) | 14 (93,33%) |
| | Sí | 8 (6,67%) | 1 (6,67%) |
| IC | No | 107 (89,17%) | 10 (66,67%) |
| | Sí | 13 (10,83%) | 5 (33,33%) |
| DM | No | 89 (74,17%) | 8 (53,33%) |
| | Sí | 31 (25,83%) | 7 (46,67%) |
| Cáncer | No | 111 (92,5%) | 15 (100%) |
| | Sí | 9 (7,5%) | 0 |

En este caso la única variable con significación estadística fue la insuficiencia cardiaca (p=0,03).

DISCUSIÓN

La prevalencia del maltrato actual es del 13,15% de las mujeres con pareja en el momento del estudio y del maltrato pasado del 11,11% de todas las mujeres de la muestra. Al igual que en el estudio de Ruiz Pérez I.¹⁴ en Atención Primaria, el 20% de las mujeres han sufrido maltrato en algún momento de su vida.

El porcentaje de respuesta no podemos calcularlo debido a que no se registraron todas las mujeres a las que se las ofreció participar en el estudio y lo rechazaron.

Características sociodemográficas

En cuanto a los datos sociodemográficos, no existen diferencias significativas entre las edades de las mujeres con $WAST < 11$ y $WAST \geq 11$, pero sí existen en cuanto al número de hijos, ya que este era significativamente menor en mujeres que sufren actualmente maltrato ($p=0,04$), al contrario que en el estudio de I. Ruiz¹³ donde el número de hijos incrementa con la exposición a VG.

En relación con el nivel de estudios, las mujeres que han sufrido o sufren VG tienen un nivel de estudios inferior a las que no, resultado que coincide con el de la macroencuesta realizada por el Ministerio de Sanidad y el Instituto de la Mujer en 2015¹², aunque en nuestro caso hay que tener en cuenta también la edad y el nivel socioeconómico medio-bajo de las zonas de salud de donde se extrajo la muestra. Este hallazgo no concuerda con lo encontrado en el estudio de M. Sainz²⁶, aunque en ese caso la población era bastante más joven.

En cuanto al haber tenido un trabajo remunerado fuera del trabajo de casa, no se encuentra relación estadísticamente significativa con la exposición al maltrato. En el estudio, se encuentra una relación mayor entre la presencia de maltrato (actual o pasado) y el haber tenido un trabajo remunerado. Este resultado es similar al hallado en el estudio de M. Sainz del 2018²⁶, pero difiere de lo encontrado en el de Raya Ortega²⁸.

Datos clínicos

Respecto a la percepción del estado de salud, no se encuentran diferencias significativas entre víctimas y no víctimas de VG, resultado que difiere de lo hallado en otros estudios^{12, 28}. Este resultado tal vez pudiera tener que ver con el tamaño muestral y con la mayor edad de las mujeres.

En el estudio no se encuentran diferencias significativas entre mujeres expuestas a maltrato y las que no, y padecer enfermedades físicas. Esto puede ser debido a la edad, ya que la hipertensión y la diabetes son enfermedades crónicas muy frecuentes en el rango de edad de nuestra muestra. También puede haber influido el hecho de que la captación ha sido en consultas de enfermería donde las mujeres acuden sobre todo a control de enfermedades crónicas. Este dato tampoco es concordante con otros estudios ^{12,28}, pero a diferencia de los anteriores, en el nuestro solo se estudia a mujeres mayores de 65 años.

Las patologías que más destacan son los trastornos de salud mental. Las mujeres que sufren VG actual, sufren ansiedad con mayor frecuencia que las no víctimas con diferencias significativas; lo mismo ocurre respecto a la depresión. Estos datos son congruentes con los encontrados en múltiples estudios en la literatura.

Por otra parte, llama la atención la altísima prevalencia de insomnio en las mujeres de la muestra (65%), siendo aún más alta en las víctimas (90%). Aunque la edad puede tener alguna influencia, es un dato preocupante que merecería la pena investigar en otro estudio.

En cuanto a las consultas a centros de atención, cabe destacar la alta frecuentación a las consultas de salud mental por las mujeres maltratadas. La hiperfrecuentación también ha sido un hallazgo habitual en diversos estudios ^{7,12}.

En la valoración del apoyo social, casi el 90% de las mujeres no víctimas de VG cuentan con algún confidente, pero éste tanto por ciento disminuye al 60% cuando hablamos de mujeres que sufren VG actual ($p=0,02$). La ausencia de apoyo social se considera un factor de vulnerabilidad para el maltrato.

Violencia de género

En este estudio, al igual que en otros como el de Coker ²⁹, podemos ver que el tipo de maltrato más frecuente es el psicológico, con un 80% de casos positivos, frente al físico que sufren un 30% de las mujeres y el sexual, que ninguna de ellas ha revelado. El hecho de que ninguna mujer haya reconocido el maltrato sexual nos sorprende y pensamos que ha podido ser por vergüenza o porque no lo consideren maltrato, aspecto que habría que investigar con otra metodología.

En cuanto a las denuncias, el 18,91% de las mujeres denunció la situación, un porcentaje algo menor de lo recogido en la última macroencuesta nacional (20%)¹², y el

64,8% se lo ha contado a alguna persona de confianza. De estas últimas, el 41,76% se lo contó a su médico y el 16,66% a su enfermera. Esto nos indica que en su mayoría las mujeres piden ayuda, pero no denuncian el problema, así como la baja notificación de los casos de VG por parte de los profesionales de la salud.

Podemos ver una clara relación entre tener un $WAST \geq 11$ y tener una de las tres últimas preguntas positivas ($p < 0,05$). Solo un 3% de las que al final obtuvieron una puntuación mayor o igual a 11, tuvieron las 3 últimas preguntas negativas, mientras que el 89% de las que tuvieron una de las 3 últimas preguntas positiva obtuvieron esta puntuación, lo que nos hace pensar que el preguntar directamente por la existencia de alguno de los tipos de maltrato es probablemente la mejor forma de conocer si este existe o no.

Con relación al maltrato doméstico, un porcentaje del 5,18% se sienten maltratadas por algún miembro de la familia o cuidador, prevalencia considerable que posiblemente esté por debajo de las cifras reales, ya que las mujeres con mayor riesgo de maltrato doméstico, como son las personas con discapacidades severas o institucionalizadas, no estuvieron representadas en la muestra por imposibilidad de acudir a las consultas.

Encontramos una alta prevalencia de maltrato en la infancia, un 11,11%, cifra muy próxima a la de otros estudios realizados en Castilla y León²⁶, y llama la atención que el 40% sufre también VG en la actualidad, lo que apoyaría la posibilidad de maltrato transgeneracional.

Lo mismo ocurre con los antecedentes de maltrato por otras parejas, cuya prevalencia en nuestro estudio es del 11,11%, y un 66,66% de estas sufren maltrato actual, relación estadísticamente significativa respecto a las que no tienen este antecedente.

Reseñar la buena aceptación y colaboración por parte de las mujeres que, a pesar de ser en un contexto de investigación, muchas confesaron que era la primera vez que revelaban estos hechos.

Limitaciones

Como limitaciones de este trabajo de fin de grado cabe destacar:

- Falta de tiempo: se hubiera necesitado algo más de tiempo para ampliar el trabajo de campo y completar la muestra. La colaboración de más profesionales hubiera facilitado conseguir la muestra, pero no fue fácil contar con ellos.

- Al ser mujeres de edades mayores a 65 años, existen muchas mujeres dependientes que no pueden acudir a los centros de atención primaria, por lo que la muestra puede estar sesgada en cuanto a las preguntas de maltrato hacia la mujer por el hecho de ser mayor.
- Los datos clínicos y de uso de servicios no fueron corroborados mediante las historias clínicas, sino que son referidos por las propias mujeres, lo que puede llevar a sesgos de memoria en el estudio.
- Puede existir una sobrevaloración de los datos clínicos, ya que la muestra se captó en consultas de enfermería donde los pacientes acuden para el control de enfermedades crónicas como pueden ser la HTA o la DM.

CONCLUSIONES

Después de valorar los resultados obtenidos mediante las entrevistas a las mujeres en los tres centros de salud de Atención Primaria, cabe destacar lo siguiente:

- El 13,15% de las mujeres de nuestra muestra sufren maltrato en la actualidad.
- El 20% de las mujeres han sufrido maltrato en algún momento de su vida.
- El maltrato actual más frecuente es el psicológico con una prevalencia del 80% de las mujeres maltratadas, seguido del físico (30%).
- En cuanto a las características sociodemográficas de las mujeres que sufren maltrato y las que no, la única diferencia estadísticamente significativa que hemos encontrado es en el número de hijos, que es menor en mujeres maltratadas.
- En nuestro estudio hemos encontrado relación entre la exposición al maltrato (sobre todo actual) y el padecer alguna enfermedad de salud mental. No hemos encontrado relación con las enfermedades físicas.
- En cuanto a la percepción subjetiva del estado de salud no se han encontrado diferencias significativas entre expuestas y no expuestas a VG.
- El bajo nivel de denuncias por parte de las víctimas en relación con otros estudios.
- En cuanto al maltrato doméstico, a pesar de que las cifras son relevantes, pensamos que la prevalencia puede ser mucho mayor ya que las mujeres dependientes, que es un factor de riesgo, no acuden a las consultas ambulatorias de Atención Primaria.

Implicación para la práctica clínica

Los resultados de este estudio justifican una actitud mucho más activa por parte de los profesionales sanitarios en general, y de enfermería en AP en particular, en la detección del grave problema de la VG y de la violencia doméstica en todo tipo de mujeres, pero especialmente en las mujeres mayores, un segmento de población en el que se asocian con frecuencia diversos factores de riesgo y vulnerabilidad y que es bastante olvidado en la investigación de este problema y en su atención.

Para su abordaje, el cuestionario WAST nos ha resultado una herramienta sencilla de utilizar y de contestar, rápido y con una alta fiabilidad, que puede ser de ayuda para la detección en AP.