



Estudio socio sanitario de casos de Violencia de Género y propuesta de protocolo de actuación

AUTORA: Cristina Martínez Martínez

DIRECTOR: Carlos del Pozo Vegas | CODIRECTORA: Lydia Salvador Sánchez

Facultad de Medicina | Curso 2019-2020



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

Índice

	Págs.
1. Resumen/abstract	2
2. Introducción	3
2.1. Justificación	4
2.2. Objetivos	7
2.3. Metodología	7
3. Primera parte. Análisis estadístico	8
3.1. Demografía	8
3.2. Marco socio cultural	8
3.3. Atención en urgencias	9
4. Discusión	11
5. Conclusiones	12
6. Segunda parte. Estudio en colaboración con trabajo social	13
6.1. Metodología	14
6.2. Objetivos	14
7. Análisis de los datos	14
8. Discusión y conclusiones	15
9. Referencias bibliográficas	19
Anexo I. Base de datos anonimizada del estudio en colaboración con Servicio de Trabajo Social del HCUV	21
Anexo II. Algoritmo de actuación ante casos de violencia de género en SUH	22

1. Resumen

La violencia de género es un tema que desgraciadamente se encuentra a la orden del día en nuestra sociedad. Es por ello, que los servicios sanitarios deben estar preparados para intervenir en estos casos, dado que nuestra colaboración es crucial, tanto en el momento agudo como en el seguimiento posterior. Se ha querido reflejar con este trabajo las carencias que presenta el sistema sanitario en este ámbito.

Para demostrar las parvedades mencionadas, se ha llevado a cabo un estudio retrospectivo de todas las víctimas de violencia de género reconocidas que han acudido al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario de Valladolid en los últimos dos años. Además, en colaboración con las trabajadoras sociales del mismo hospital, se ha entrevistado a las víctimas del año 2019, analizando las necesidades que habrían precisado en el momento agudo.

Con estos datos se ha corroborado la escasez de medios específicos empleados en estas pacientes, fundamentalmente en lo referente al seguimiento, tanto sanitario como social. Por esta razón, se propone en este trabajo un circuito de actuación ante cualquier caso de violencia de género, combinando la atención sanitaria desde el Servicio de Urgencias y la social, junto con el seguimiento posterior en ambos campos.

Palabras clave: violencia de género, estudio retrospectivo, social, circuito de actuación.

Abstract

Gender violence is an issue that unfortunately has become an everyday problem in our society. For this reason, health care services must be prepared to intervene in these cases, both in the acute care setting as well as in the subsequent follow-up. We wanted to reflect with this work the deficiencies that the health system presents in this area.

To demonstrate the aforementioned difficulties, we have carried out a retrospective study of all the recognized gender violence victims who attended the Emergency Room of the Hospital Clínico Universitario de Valladolid in the last two years. In addition, with the collaboration of this hospital's social workers, we have interviewed 2019 victims to analyse the needs that they would have specified in the acute moment.

With these data, we've corroborated the scarcity of specific means used in these patients, mainly in relation to the following, both health and social. Thus, we propose in this work a guideline against any case of gender-based violence, combining health care from the Emergency Room and Social Work, with a subsequent monitoring and follow up in both fields.

Key words: gender violence, retrospective study, social, actuation system.

2. Introducción

La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1993) definió la violencia de género (VG) como “todo acto de violencia 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 libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”. Se trata de una realidad no tan minoritaria como cabría esperar en una sociedad avanzada, provocando graves consecuencias para la salud de las mujeres que la sufren, así como de su entorno. Trasciende el ámbito de lo privado y hace que, como sociedad, todos constituyamos una parte fundamental de sus causas, impactos y costes. La Organización Mundial de la Salud la califica, desde 1996, como “problema de salud pública”, convirtiéndose en un tema de interés de muchas organizaciones internacionales.

En cuanto al impacto sanitario, se conoce que la violencia de género tiene severas consecuencias físicas y mentales, tanto a corto como a largo plazo, destacando insomnio, síndrome de estrés postraumático, ansiedad, depresión, etc. junto con secuelas físicas. Además, se sabe que las víctimas presentan un mayor riesgo de problemas de salud variados, al igual que una alteración en la percepción de estos. En la figura 1 se resume el impacto sanitario que tiene la VG¹.

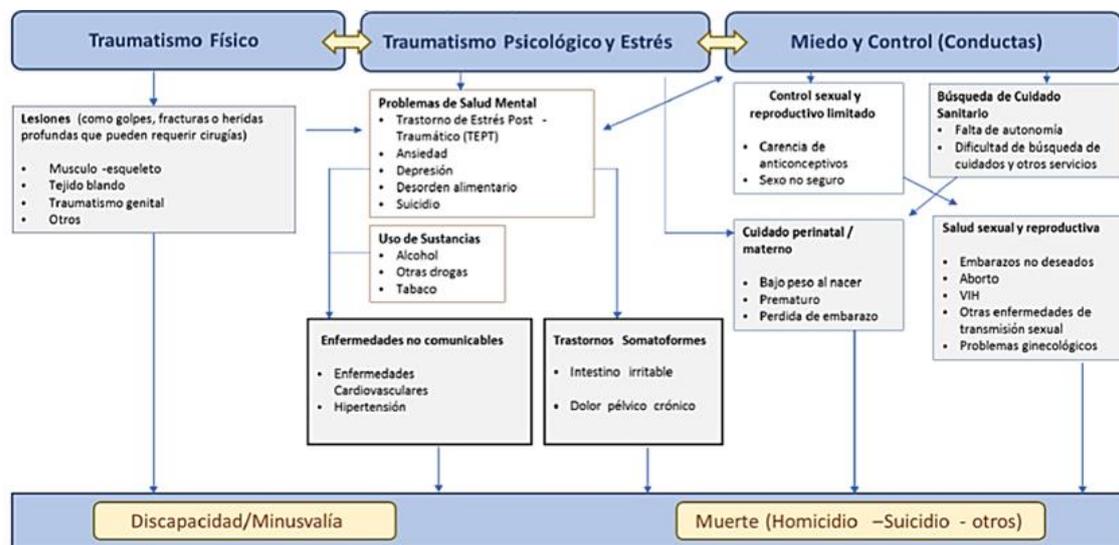


Figura 1.: El impacto de la violencia de género en España: Una valoración de sus costes desde 2016, Delegación de Gobierno para la violencia de género

La prevalencia real de la VG es desconocida. En 2013 la OMS (Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo de Investigaciones médicas) realizó un estudio basándose en datos tomados en más de 80 países, cuyos resultados reportaron que el 35% de las mujeres han sufrido algún tipo de violencia de género por su pareja o por terceros. En su mayoría los datos apuntan a violencia dentro de la pareja. A nivel

mundial, un tercio de las mujeres han sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja y un 38% de las mujeres asesinadas lo hacen a manos de los mismos¹.

En España, a pesar de los avances en la identificación de víctimas de VG y en la aplicación del protocolo, es insuficiente la información sobre prevalencia e incidencia en atención sanitaria ². En la mayoría de las ocasiones los profesionales sanitarios no detectan que la etiología de los síntomas se encuentra en la situación de violencia a la que están sometidas estas mujeres. Los síntomas aparecen desligados al contexto vital que la paciente experimenta y las víctimas en raras ocasiones comunican directamente estar sufriendo VG, bien por barreras psicológicas y culturales, bien por la presencia del propio agresor. La prevalencia de VG obtenida en estudios de Atención Primaria (AP) por otro motivo duplica o triplica los datos obtenidos en estudios poblacionales; sin embargo, en lo referente a la detección, es muy bajo, estimando que son conocidos menos de un 10% del total de los casos.

Partimos de una situación compleja, en lo que a soluciones se refiere, en la cual la confrontación debe ser multidisciplinar, basada no solo en aspectos sanitarios, sino también, y de manera fundamental, en aspectos sociales. Así mismo, es fundamental tener en cuenta que la AP son, en su mayoría, el primer filtro de detección de VG. Por ello, resulta imperativo que los profesionales sanitarios conozcan a fondo esta problemática y reciban una formación específica para saber actuar ante ella.

2.1. Justificación

La VG es un problema sanitario de primer orden, tanto por el gran número de pacientes que pueden verse afectadas, como por las graves repercusiones que se sabe que tiene para la salud de las mujeres que la sufren y las personas de su entorno ³. Este problema de salud requiere ser abordado desde diferentes ámbitos sanitarios: desde AP y Urgencias extrahospitalarias hasta servicios hospitalarios, empezando por SUH y terminando en aquellos a los que deben ser derivadas estas pacientes (psiquiatría, ginecología, traumatología, etc.), incluyendo los servicios de trabajo social.

En lo referente a la puerta de entrada de estas pacientes, se sabe que existen fundamentalmente dos dispositivos sanitarios: primero la AP, seguido por los SUH. En ocasiones, este último servicio es el único contacto que la mujer tiene con el sistema sanitario⁴. Acude a él, generalmente, ante situaciones agudas, como son agresiones (físicas, sexuales), patología psicológica grave, como intentos autolíticos, crisis de ansiedad o de pánico, síndrome de estrés postraumático o trastornos de somatización (fig. 2)^{5,6,7}. Son infrecuentes las ocasiones en las que las pacientes acuden directamente con el testimonio de VG.



Figura 2: Guía clínica de actuación sanitaria ante violencia de género

En estos servicios se encuentra una fuerte presión asistencial en cuanto a la dinámica de funcionamiento, junto con la imperiosidad de dar prioridad y respuesta precoz a problemas de mayor gravedad. Todo ello hace que sea fundamental la presencia de protocolos o guías de actuación ante estos casos particulares, dado que es preciso sistematizar toda intervención que se realice⁷. También son importantes para poder contemplar todas las posibilidades de derivación de las pacientes a otros servicios hospitalarios o sociales.

Los profesionales sanitarios no están habituados a preguntar por la existencia de VG, algo que ha sido constatado por diversos estudios a nivel internacional⁸. Por otro lado, las mujeres tardan una media de entre 5 y 10 años hasta que deciden revelar la situación que están viviendo y pedir ayuda, incluso aunque se trata de conductas reiteradas. La razón por la que los profesionales sanitarios no preguntan es porque piensan que pueden molestar a la mujer, a pesar de que existen estudios que demuestran que estas lo perciben como una señal de interés del profesional y no como una ofensa⁸. En cuanto a las víctimas, en las primeras fases es frecuente una falta de reconocimiento del abuso. Posteriormente, aunque la mujer sea consciente, suele presentar resistencias a comentar su situación, especialmente con el personal sanitario. En la mayoría de casos estos se debe a un sentimiento de vergüenza o culpa, sensación de fracaso o esperanza de un cambio en sus circunstancias⁸. Además, la propia dinámica del maltrato, instaurándose de forma paulatina a través de conductas de control no identificadas por la mujer como maltrato, dificultan el reconocimiento por su parte. El maltrato va minando el autoestima y la seguridad de la mujer, aislándola y fomentando su dependencia del agresor, que junto con la ambivalencia de los sentimientos que tiene hacia el mismo, hacen que resulte complejo de comprender para un profesional que desconozca la génesis y mantenimiento de la VG, causando errores en el abordaje del problema.

En el análisis bibliográfico del tema, se ha constatado que existen numerosos protocolos de actuación ante casos de VG en países como EEUU y Canadá⁹, pensados tanto para AP como para SUH, así como protocolos de cribado (también llamados “pregunta rutinaria”)¹⁰. En 1996 el *National Council* y el *Institute of Medicine de Washington* convocan un grupo de expertos para evaluar las intervenciones sobre VG. Publican así sus conclusiones, junto con otras organizaciones como la *Healthy People 2000* y la *Joint Commision of Accreditation of Health Care Organizations*, recomendando el empleo de estos protocolos en todos los SUH¹¹. En España esta práctica es minoritaria, aunque actualmente están en desarrollo protocolos de consenso que reúnen las intervenciones mínimas necesarias para ser implantadas en la cartera de servicios de AP. Esto junto la progresiva difusión de campañas de formación intra y extrahospitalarias, contribuye a lograr una considerable mejora a la hora de implantar profesionales sanitarios especializados en este ámbito, especialmente en los SUH¹².

La realización de un cribado de VG es un tema aún controvertido, pues aunque muchas instituciones y organizaciones están tomando conciencia y posicionándose para su implantación, hay muchas otras todavía reticentes a ello. La *Canadian Task Force* y *US Task Force*, así como el *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)*, el *American College of Physicians* y la *American Academy of Physicians (AAFP)*, no recomiendan su realización basándose en la ausencia evidencia científica suficiente que la justifique¹¹. Sin embargo, organizaciones, como el *Family Violence Preventing Fund*, sí recomiendan realizar un *screening* de rutina en mujeres mayores de 14 años que acudan a AP, SUH, consultas de obstetricia y ginecología o psiquiatría e ingresos hospitalarios¹³.

En 2004 se aprueba en España la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, que establece la instauración de medidas de sensibilización e intervención sanitarias para garantizar una óptima y precoz detección y apoyo asistencial a las víctimas de VG. También insta la aplicación de protocolos sanitarios ante estos casos. Con ello, se decreta la necesidad de una asistencia social integrada mediante servicios de atención permanente, urgente y especializados, formados por equipos multidisciplinares. Posteriormente, en 2007, el Ministerio de Sanidad publica un Protocolo Común de Actuación ante la VG del Consejo Interterritorial de salud. En este protocolo las diferentes comunidades autónomas han llegado a un consenso de actuación homogénea sanitaria, con un apartado específico de atención urgente¹⁴.

A pesar de todo, se ha comprobado en investigaciones posteriores, como el Estudio de los Protocolos y Guías de Actuación ante la Violencia Doméstica Utilizadas en los

Servicios de Urgencias de los Hospitales Españoles realizado en 2007 en el HURH de Valladolid¹⁵, que este protocolo promovido por el Ministerio de Sanidad, y que a día de hoy ha sacado actualizaciones, es, en la mayoría de SUH de los hospitales españoles, desconocido por su personal, y que, por lo tanto, no se llevan a cabo sus recomendaciones. Esta investigación se ha orientado más a las repercusiones que la falta de seguimiento de los protocolos tiene en las víctimas de VG, y así disponer de un punto de partida para lo que se ha planteado como objetivo posterior, que es la realización de un algoritmo de práctica socio sanitaria para la atención a estas víctimas en los SUH, lo que podría suponer, sin duda alguna, una importante contribución a la mejora de la atención de las mujeres que sufren maltrato.

2.2. Objetivos

El objetivo de esta investigación es analizar los puntos en los que el sistema sanitario flaquea en su actuación ante casos de VG. No se trata de criticar el *modus operandi* que se está llevando en la actualidad, sino de hallar recorridos que logren una atención más específica y un seguimiento adecuado.

Como subobjetivos se plantean:

- Averiguar las necesidades que las propias víctimas demandan, con mirada retrospectiva, en lo referente a la actuación que recibieron en el momento agudo.
- Realizar un circuito completo de actuación como alternativa a la ausencia del mismo que hay actualmente.

2.3. Metodología

En la realización de esta investigación se ha empleado un método inductivo diacrónico, revisando las 208.394 atenciones urgentes realizadas en el Servicio de Urgencias del HCUV entre enero 2018 y enero de 2020. Se realizó un estudio retrospectivo observacional de las pacientes mayores de 14 años que acudieron al Servicio de Urgencias (SUH) del Hospital clínico Universitario de Valladolid (HCUV) entre enero de 2018 y diciembre de 2019. Se han seleccionado aquellos casos que acudieron al SUH por VG como diagnóstico principal o secundarios.

En cuanto a la naturaleza de los datos, se ha empleado una metodología cuantitativa, recogiendo los datos caso a caso. Se obtuvieron los datos de edad, nacionalidad, asistencias urgentes los dos años previos, asistencias urgentes tras la visita por VG, nivel sociocultural, presencia de discapacidad, nivel de triaje en el SUH, motivo de consulta, tiempo de estancia en el SUH, tramo horario de consulta (mañana, tarde o noche), hallazgos en la exploración (presencia de lesiones traumáticas, psicológicas),

pruebas complementarias (analítica de sangre / orina, Rx simple, ecografía o TAC), diagnóstico final, tratamientos, destino (alta o ingreso) y datos de seguimiento médico y social. Los datos se obtuvieron por revisión de las historias clínicas de las pacientes que consultaron en el SUH mediante el programa Jimena 4. Para el estudio posterior se han utilizado las fuentes metodológicas referidas junto con fuentes bibliográficas.

3. Primera parte. Análisis estadístico

Un total de 66 mujeres fueron atendidas en el SUH del HCUV entre enero de 2018 y enero de 2020 por diverso motivos originados por situaciones de VG.

El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa informático Microsoft Excel 2016 para agrupar y analizar las variables. Se elaboró una base de datos diseñada a tal efecto. El estudio descriptivo incluye las variables cuantitativas y sus medidas de centralización y dispersión y aquellas cualitativas y sus frecuencias relativas expresadas en porcentajes. Se han calculado medias e intervalos intercuartílicos para las variables continuas.

3.1. Demografía

La edad media de las mismas fue de 38 años RIC (27-45). (Fig. 3)

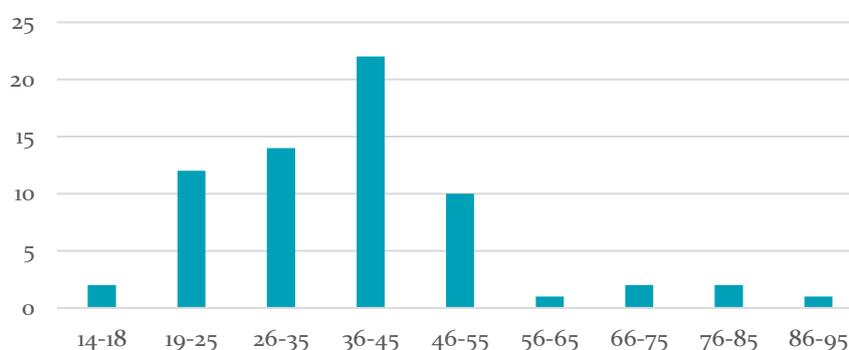


Figura 3. Distribución etaria entre las pacientes atendidas por VG.

3.2. Marco socio cultural

Con respecto a su origen, 17 (25,76%) eran pacientes de nacionalidad extranjera, 9 (13,64%) provenían del medio rural y 1 (1,52%) presentaba una discapacidad en el momento de la atención.

Los antecedentes económicos y laborales no pudieron ser recogidos en la mayoría historias clínicas debido a que se trata de un servicio de Urgencias y estos datos suelen ser cocidos en mejor medida por AP. A esta información, dado que es ambulatoria, no es posible acceder desde los sistemas hospitalarios.

3.3. Atención en Urgencias

Para 22 (33,3%) mujeres fue la primera vez que acudían al SUH.

Asistencia previa

En 44 (66,6%) casos ya habían consultado previamente en Urgencias por diversos motivos, destacando la patología traumatológica en 39 (59,09%) y los problemas psiquiátricos en 17 (25,76%). Fig. 4.

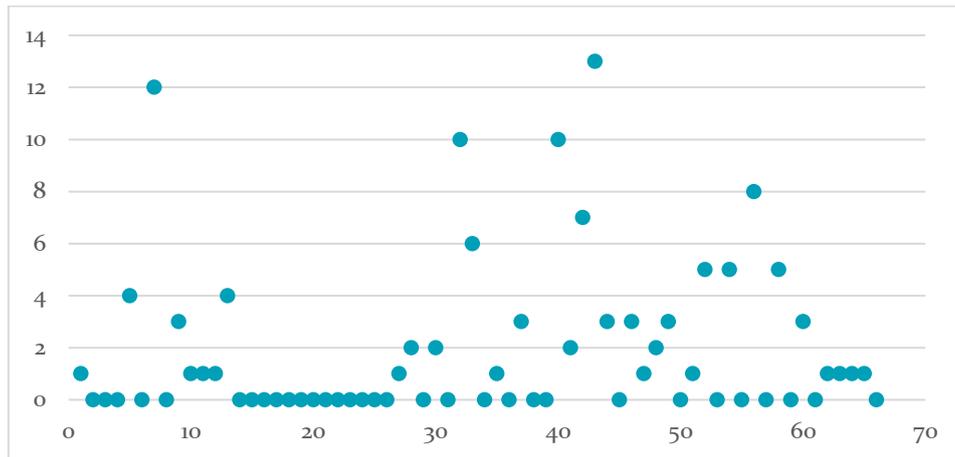


Figura 4. Número de consultas en el SUH previas al episodio de VG.

Atención urgente

Con respecto al tramo horario consultaron 17 (25,76%), 22 (33,33%) y 27 (40,91%) pacientes en horario de mañana, tarde y nocturno respectivamente.

El tiempo de estancia mediana en Urgencias fue de 116 minutos RIC (73 – 178), siendo el domingo el día más concurrido por VG con 16 (24,24%) pacientes. La distribución entre los días de la semana se muestra en la Fig. 5.

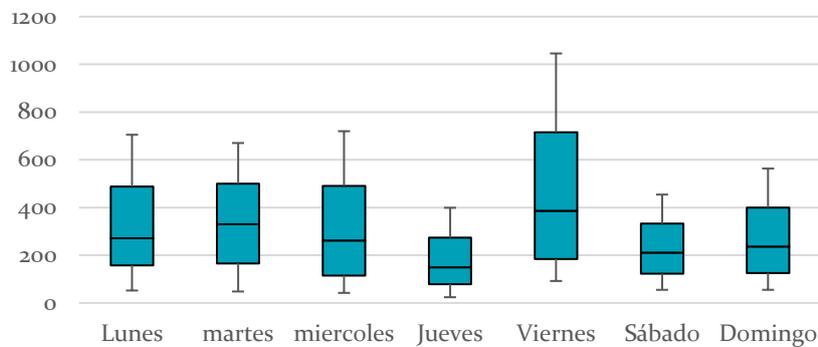


Figura 5. Tiempos de estancia (minutos) en el SUH por día de la semana.

El nivel de triaje fue 2 puntos (Emergencia de riesgo vital) en 1 (1,52%) paciente, 3 puntos (paciente potencialmente grave) en 29 (43,94%) casos y 4 puntos (paciente de menor gravedad) en 36 (54,55%) de los casos restantes.

Valoración de la paciente

Los motivos de consulta más frecuentes fueron traumatológicos (traumatismos, golpes, contusiones, heridas, fracturas, etc.) en 61 (92,42%) pacientes. En otros 4 casos (6,06%) por depresión o ansiedad y en 1 (1,52%) por ideación autolítica.

Los antecedentes personales de las pacientes fueron factores de riesgo cardiovascular: HTA 5 (7,58%), DM 1 (1,52%) y DL 2 (4,55%). Por otro lado, 16 (24,24%) pacientes tenían hábitos tóxicos, siendo los más frecuentes el tabaquismo en 5 (7,58%), consumo de alcohol en 5 (7,58%) y otras drogas de manera habitual en 2 (3,03%) casos. Los antecedentes de patología psiquiátrica estaban presentes en 18 (27,27%) pacientes. Un total de 5 (7,58%) mujeres estaban embarazadas en el momento de la agresión.

El tipo de agresión registrado fue física 62 (93,94%), verbal 14 (21,21%), psicológica 1 (1,52%), sexual 3 (4,55%). Un total de 13 pacientes (19,70%) sufrieron una agresión múltiple. En 52 (78,79%) casos, el maltrato lo propició la actual pareja de la víctima y en 10 (15,15%) la expareja.

En 61 casos (92,42%) se objetivaron lesiones físicas en la exploración, que se trasladaron al parte judicial de lesiones. Un total de 33 (50%) de las pacientes necesitaron una prueba complementaria a la exploración física en su visita a Urgencias siendo las más solicitadas las RX simples en 25 (37,88%) casos.

En cuanto a los tratamientos en 16 (24,24%) casos se requirieron AINEs, en 9 (13,64%) benzodiazepinas y en 6 (9,09%) casos se requirieron procedimientos (sutura, inmovilización con yeso, vendajes) para el tratamiento de las lesiones.

Destino y seguimiento

El destino de las pacientes fue alta hospitalaria en todas menos en 2 (3,03%) pacientes que decidieron abandonar voluntariamente el Servicio de Urgencias. Ninguna paciente requirió el ingreso en planta. En todos los casos se recomendó seguimiento por su médico de AP, en 14 (21,21%) por psiquiatría y se notificó la asistencia urgente mediante parte judicial al juzgado correspondiente. En ningún caso quedó constancia de la necesidad de seguimiento por los servicios sociales, si bien es cierto que con la información recabada en el estudio realizado con Trabajo Social comprobamos que una paciente estaba siendo seguida por ellos, aunque por otros motivos.

En los 12 meses siguientes al episodio, 31 (46,97%) mujeres han vuelto al SUH por diversos motivos. Un total de 14 (21,21%) mujeres consultaron 3 o más veces.

4. Discusión

El SUH constituye la puerta de entrada al sistema sanitario de las pacientes que consultan tras haber padecido un episodio de VG. La accesibilidad 24/7 los convierte en dispositivos propicios para la primera asistencia de estas pacientes, constituyendo la puerta de entrada principal para estos casos, junto con la AP. Por ello, son estos servicios los que más al tanto deben estar en este ámbito.

El perfil de las pacientes atendidas es el de una mujer joven, en la tercera década de la vida, aunque también se ha dado en menores de edad y mujeres octogenarias, que vive en el medio urbano. Una de cada cuatro mujeres que consultó era extranjera y las mujeres provenientes del medio rural fueron una pequeña minoría. La dificultad en el acceso al sistema sanitario de ambos grupos sociales hace pensar en que pueda tratarse de una infraestimación de las cifras por lo que estas mujeres continúan siendo población de especial riesgo. En municipios pequeños no existe el anonimato, y sin embargo, hay un fuerte control social, lo que provoca que pueda haber un riesgo de conductas de omisión o inhibición profesional. Por lo tanto, los factores que frecuentemente hacen que la mujer no llegue a tener conciencia de su situación de maltrato y tome medidas frente a la misma, se ven exacerbadas en el medio rural. Por otro lado, estas mujeres cuentan con una menor accesibilidad a los recursos, y en muchos casos no son económicamente independientes. Tampoco es sencillo llevar a cabo medidas de protección de la víctima en este medio.

Existen áreas que no se recogen de forma rutinaria en las historias clínicas de estas pacientes y que pueden ser claves. Entre ellas están el nivel cultural, económico o datos del entorno social que son de vital importancia en estos casos, especialmente si pensamos en el destino que tienen estas pacientes al alta.

Con respecto a las visitas a Urgencias, la hiperfrecuentación, siendo este parámetro difícil de definir, podría ser un signo de alarma para la detección precoz de mujeres que puedan estar en un entorno de riesgo de VG. Este dato podría ser una constante que se reflejase en la pantalla de la historia clínica electrónica, lo que podría ayudar a identificar, tratar y proteger a estas pacientes. Dos de cada tres mujeres habían consultado previamente en Urgencias en los dos años previos, en algunos casos más de 10 veces, por problemas de golpes y contusiones en los que en ningún momento se sospechó VG como causa, posiblemente por no existir una historia que permita, de manera sencilla, hacer un seguimiento transversal de la historia de estas pacientes.

Existe una distribución prácticamente uniforme de la asistencia a lo largo de la semana. El tiempo de estancia en Urgencias depende, en muchas ocasiones, de la frecuentación del SUH y del número de pruebas complementarias, teniendo en cuenta que casi la mitad de las pacientes recibieron un triaje que señalaba potencial gravedad.

Con respecto a los motivos de consulta, un número de 61 (92,42%) pacientes consultaron por lesiones traumáticas y todas ellas se pudieron objetivar y reportar mediante notificación judicial. Esto va en contra de las numerosas teorías que, por desgracia, abundan hoy día en cuanto a denuncias falsas por VG.

En cuanto al seguimiento, llama la atención que no se recomendase o se pusiera en conocimiento del Servicio de Trabajadoras Sociales del HCUV en ninguno de los casos. Una de las razones que podrían explicarlo es la ausencia de actividad continuada en horario de tarde, noche o festivos del citado servicio. Tampoco existen, hasta la fecha, vías clínicas que ayuden a agilizar un seguimiento y asistencia posterior de estas pacientes, por lo que muchas de ellas pueden estar en riesgo.

5. Conclusiones

La VG puede afectar a diferentes grupos de edad que utilizan el SUH como entrada al sistema socio sanitario. Las mujeres en edades extremas de la vida, que viven en el medio rural o embarazadas son aquellas que tienen un especial riesgo, dada su mayor vulnerabilidad. Esta mayor dificultad de actuación por parte de los profesionales se debe tener en cuenta, proporcionando primero un mejor acceso a los recursos para aquellas que se ven más limitadas al mismo; en segundo lugar, garantizando una mayor coordinación interinstitucional e interprofesional, necesaria en cualquiera de los casos, pero imprescindible en aquellas mujeres más vulnerables; y tercero, organizando actividades informativas y de sensibilización contra la VG en los medios rurales, en las que se busque lograr que los hombres se posicionen en contra de este tipo de violencia.

La dimensión de VG en las mujeres extranjeras es muy superior con respecto a las mujeres españolas, según estudios consultados para este trabajo ⁸. En el análisis realizado, sin embargo, no se ha detectado una mayor prevalencia en estas mujeres. A pesar de ello, se ha comprobado que son las mujeres extranjeras las que sufren una violencia más voraz. Esto las convierte en un colectivo vulnerable por varios motivos: por su menor nivel económico y cultural, su precariedad laboral, las situaciones administrativas irregulares con las que muchas viven, el miedo a ser expatriadas, las barreras lingüísticas, la mayor dificultad de acceso a los recursos sociosanitarios, los roles sexistas cuya cultura sustenta en algunos de los casos y la escasa red social con la que cuentan. El abordaje del maltrato en estas pacientes es extremadamente

complejo, pues es fundamental ser muy precavidos en la actuación que se lleva a cabo con ellas para evitar represalias que supongan un riesgo para la mujer debido al desconocimiento que se tiene sobre determinando aspectos culturales de su lugar de origen. Es importante tener en cuenta e informar a estas mujeres, de que independientemente de la presencia o no de alguna irregularidad en su situación administrativa, el hecho de encontrarse en un proceso judicial por maltrato no supone para ellas una expulsión directa del país.

Algo llamativo es que no existen mecanismos informáticos que permitan identificar mujeres que han consultado en múltiples ocasiones antes de manifestar, en el SUH, que han sufrido un episodio de VG, o que coordinen la asistencia de estas pacientes entre diferentes niveles asistenciales. Como se ve reflejado en el Anexo II, la instauración de sistemas que coordinen automáticamente la intervención de los diferentes servicios que tienen voz en los casos de VG es fundamental para un correcto abordaje integral de los casos. Estos sistemas permitirían alertar de forma automática, a todos los profesionales a los que la paciente con sospecha o confirmación de VG acuda desde el momento en que el primer facultativo detecte el caso. De esta forma, se podría llegar a lograr la detección precoz que tan crucial es en el maltrato, al igual que una intervención inmediata en el caso.

La consulta en los SUH se centra casi por completo en la asistencia médica y legal descuidando de manera habitual aspectos sociales¹⁶. La intervención social en estos casos es algo totalmente imprescindible puesto que el seguimiento que se les ofrece y la seguridad que se les da después del momento agudo en el que acuden a urgencias, es dirigido desde los servicios sociales, quienes son mejores conocedores de todos los recursos con los que estas mujeres cuentan. No existen en la actualidad, protocolos o vías clínicas que garanticen el seguimiento social de estas pacientes, por lo que este aspecto constituye un punto de mejora muy importante.

6. Segunda parte. Estudio en colaboración con trabajo social

Como se ha comentado con anterioridad, a partir del estudio estadístico realizado en el SUH y sus resultados, se propuso llevar a cabo un proyecto de campo con las trabajadoras sociales del HCUV. Antes de comentar el proyecto es necesario aclarar cuál es el papel que actualmente tiene el Servicio de Trabajo Social en el ámbito de la VG en este hospital. Cada vez que se detecta un caso en el hospital con sospecha de VG, generalmente al SUH, es obligado, por parte del médico que atiende a la paciente en cuestión, cubrir un parte de lesiones. Al final de cada mes, una copia de estos partes se recoge y se envía al Servicio de Trabajo Social. En este servicio se toman los datos

que la Junta de Castilla y León les hace recoger para mantener un registro. A partir de ese momento termina el “contacto” social que se tiene con el caso en cuestión.

La colaboración con trabajo social fue imprescindible cuando se observó que el seguimiento social de estas pacientes, de haberlo, no estaba reflejado en ninguna parte. Las trabajadoras sociales comunicaron su preocupación por la ausencia de intervención que tienen en estos casos y su intención de ponerse manos a la obra en llevar a cabo un cambio en este aspecto. Es por ello que se inició este proyecto integral.

6.1. Metodología

Para el estudio que se tomó una muestra de 26 pacientes, concretamente las víctimas registradas durante el año 2019 en el SUH, quienes también estaban incluidas en el análisis estadístico. Es importante destacar que todas las pacientes de la muestra son mujeres. Se realizaron entrevistas a todas las pacientes de la muestra, presencial o telefónicamente. De esta forma, se reunieron una serie de cuestiones imprescindibles en las entrevistas, basadas fundamentalmente en el deseo de conocer la necesidad verdadera que percibían las propias pacientes en el momento agudo del episodio de violencia que les hizo acudir al hospital.

Para la realización de las entrevistas se contó con el consentimiento informado verbal de todas las pacientes con las que se logró contactar. A todas ellas se les puso en conocimiento de la realización de este estudio, empleado tanto para la presente memoria como para el trabajo interno del Servicio de Trabajo Social del HCUV.

A continuación, se elaboró una base de datos anonimizada con la información recopilada, que se encuentra resumida en el Anexo I. La información se obtuvo exclusivamente de las entrevistas con las pacientes, excluyendo los teléfonos de contacto de las mismas, los cuales fueron sacados del sistema interno del HCUV. La posterior confección del Algoritmo de Actuación ante casos de VG (Anexo II) fue basada en las conclusiones sacadas de las entrevistas y el análisis estadístico mencionados.

6.2. Objetivos

El primer objetivo de este proyecto es valorar la apreciación de las pacientes en cuanto a las carencias que el sistema presenta y qué tipo de atención sociosanitaria habrían necesitado en el momento agudo para enfrentarse a la situación que les aconteció.

En segundo lugar se planteó elaborar un circuito de actuación combinada social y sanitaria ante cualquier caso de VG que llegara al hospital, orientado desde el servicio de Urgencias.

7. Análisis de los datos

Del total de 26 pacientes de la muestra, se logró entrevistar a 16, dejando un mensaje en el contestador de 5, y sin conseguir contactar con otras 5 pacientes; además, de los 5 mensajes que se dejaron, no se obtuvo respuesta de ninguna de las destinatarias por lo que sería más correcto precisar que fueron 10 pacientes con las que no se logró contactar de ningún modo.

Asímismo, de las 16 pacientes de las que se llegó a obtener información, solo se pudo hablar con la propia víctima en 10 de los casos, en los 6 restantes fue algún familiar quien respondió. Por otro lado, se alcanzó a realizar solo 6 entrevistas presenciales, dada la dificultad en cuanto a horarios. El resto de entrevistas se realizaron vía telefónica, como ya se ha comentado.

Las entrevistas se dividieron entre 3 de las trabajadoras sociales del HCUV y la autora de esta memoria. Una vez finalizadas, el equipo se reunió para poner en común todos los datos recabados y saber de qué forma orientar el algoritmo que más tarde sería elaborado.

8. Discusión y conclusiones

Se ha comentado con anterioridad que la VG, en toda su extensión, supone uno de los problemas sociales y de salud pública que más se encuentran a la orden del día en la actualidad. Los sistemas sanitarios y sociales constituyen uno de los ámbitos que con más responsabilidad y coherencia deben responder, de forma profesional, a las situaciones de VG desde la atención de los casos, pero también desde la prevención y la detección precoz. Para ello, es preciso la coordinación de todos los recursos disponibles, el trabajo en red de todos los profesionales que atienden a las víctimas de VG y un modelo regional que recoja la actuación integrada de todas las administraciones públicas.

Lo primero que fue detectado en este estudio es que las víctimas reclaman la atención que se les estaba dando con las entrevistas del estudio, pero en el momento agudo en que acudieron al SUH. Todas las pacientes comunicaron, asímismo, la incertidumbre y desconocimiento con la que afrontaron el proceso posterior al episodio, fundamentalmente con la falta o ausencia de información acerca de los recursos sociales que la sanidad ofrece a estas pacientes. Algunos de los casos, concretamente en dos, como puede verse en el Anexo I, se encuentran en seguimiento por el CEAS que les corresponde; sin embargo, en ambos el seguimiento se debía, en un primer momento, a otros motivos.

Muchas de las víctimas transmitieron que continuaban en situación de vulnerabilidad, con secuelas tras la situación de violencia, que en la mayoría de los casos requerían de ayuda médica, fundamentalmente psiquiátrica y psicológica. Fue detectada, por otro lado, cierta anormalidad en cuanto a la vuelta a una vida cotidiana tras las circunstancias vividas. Esto es debido a que, en su mayoría, las pacientes se refugian en personas de su entorno, en muchos casos debido a las circunstancias de desamparo en que las deja el proceso legal posterior a la situación de violencia.

En el Anexo II se puede ver el circuito elaborado tras el estudio. La VG ocurre en mujeres de cualquier edad, cultura, nivel económico y educativo, no existe, por tanto, un perfil de mujer maltratada. Sin embargo, sí que se pueden perfilar algunos factores que aumentan la vulnerabilidad de las pacientes y otros que asocian una mayor frecuencia de maltrato¹⁶. Partiendo de estos factores, el facultativo que se encuentra con una posible sospecha de VG, no confirmada por la víctima en la mayoría de casos, debe orientar la anamnesis de tal forma que la mujer se sienta cómoda, comprendida y, sobre todo, protegida ante la situación que está viviendo.

Para la anamnesis ante casos de VG se debe recurrir a lo que se conoce como **intervención mínima inicial: ERES⁸**. Estas siglas definen las cuatro fases fundamentales por las que se debe pasar al atender a estas pacientes, resumidas en la tabla 1.

- **Escucha Activa.** Los profesionales sanitarios deben escuchar a la mujer con empatía, centrando su atención en sus necesidades y preocupaciones.
- **Reconocimiento de su vivencia.** Es fundamental acoger a la víctima emocionalmente, haciéndola saber que todo lo que cuenta está siendo creído y comprendido, que se está entendiendo la experiencia que vive y, sobre todo, que no es culpable de la misma. El profesional debe posicionarse claramente a su favor y en contra de la VG, y hacérselo saber a la víctima.
- **Evaluación de Riesgos.** Evaluar el riesgo que corre la paciente, no solo físico sino psicológico y fundamentalmente el de una nueva agresión grave, es quizás la parte más importante de todo el circuito, dado que las medidas que se toman a partir de ese punto pueden ser determinantes para la paciente.
- **Servicios de Apoyo.** Es en este punto final en el que la intervención social toma protagonismo. Independientemente de que la mujer lo demande o no, se le deben ofrecer todos los recursos médicos, sociales y de seguridad que precise según el riesgo detectado. La atención debe ser continua e integral, y para ello todos los recursos mencionados requieren una correcta coordinación.

Se ha comentado que la evaluación del riesgo es la parte más importante de la intervención mínima inicial. Para calcular este riesgo, se ha desarrollado una escala de valoración validada, utilizada fundamentalmente en los servicios sociales de la comunidad de Castilla y León, la **escala RVD BCN**. Esta herramienta ayuda a los sanitarios a diferenciar el riesgo que corren las víctimas que acuden a los servicios sanitarios. Es útil porque disminuye la subjetividad profesional para valorar el riesgo, cuenta con factores de vulnerabilidad y percepción de la mujer y permite que aquellas mujeres que no son conscientes del riesgo en el que se encuentran puedan llegar a verlo. De esta forma, el profesional será capaz de discernir entre dos tipos de pacientes de VG según el riesgo que corren.

- **Riesgo alto de una nueva agresión grave.** La valoración de este riesgo cobra extrema importancia en el momento en el que la mujer decide no denunciar. Es imprescindible valorar el comportamiento del agresor, y la percepción personal de seguridad. Si la mujer manifiesta miedo o sensación de poca protección, automáticamente se considera de riesgo alto. Cuando el riesgo percibido sea bajo, valorar otros indicadores, dado que se trata de una medida condicionada por la coacción con la que estas mujeres viven a diario.

Cuando el riesgo detectado sea físico, se debe realizar un abordaje diagnóstico-terapéutico inmediato, con una exploración física detallada, así como la actitud terapéutica necesaria. Se debe remitir a la paciente, si es necesario, al hospital más cercano, preferiblemente acompañada, asegurando su llegada, registrando los datos en la historia clínica y cubriendo el parte judicial. Por contra, cuando el riesgo detectado sea psicológico, frecuentemente de suicidio (máxima expresión de las secuelas psicológicas del maltrato¹⁷), se debe proceder de igual modo que con el riesgo físico, añadiendo una valoración por psiquiatría.

Por último, anotar que siempre que el riesgo vital, de cualquier tipo, sea grave, se debe poner en conocimiento de la policía y del juez de guardia. También es fundamental garantizar la seguridad de la paciente.

- **Ausencia de riesgo o riesgo bajo de nueva agresión.** En caso de no confirmar un riesgo vital inmediato, se debe dejar constancia en la historia clínica y continuar con la intervención mínima inicial (ERES). Se debe hacer una valoración integral de su estado de salud, su historia de maltrato, los apoyos con los que cuenta, expectativas y necesidades. En este punto la comunicación con el Servicio de Trabajo Social es importante. La actuación sociosanitaria debe ser dirigida a responder a las necesidades de la mujer, ofreciéndole un apoyo psicosocial idóneo para su situación, informándola y activando los apoyos que

tiene disponibles para su protección y recuperación, y coordinando esta atención para que sea continuada e integral.

Escucha Activa	Reconocimiento de su vivencia	Evaluación de Riesgos	Servicios de Apoyo
<ul style="list-style-type: none"> - Con intimidad, confidencialidad, en un lugar adecuado. - Empatía, ponemos en su lugar. - No juzgarla, ni presionarla, no interrumpirla. - Observar y cuidar el lenguaje corporal. - Utilizar técnicas que favorezcan la verbalización o la elaboración de ideas o emociones. - Preguntar acerca de sus necesidades y preocupaciones. - Conocer tiempo de evolución, tipo de violencia, apoyos. - Saber si existen hijos o personas a su cargo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acogerla emocionalmente. - Creerla, hacerla saber que puede confiar en nosotros/as. - Decirla que la entendemos, que no está sola. - Posicionarnos claramente en contra de la violencia hacia las mujeres. - Desculpabilizar, no hay un porqué, ni una justificación. - Mostrarle que sus síntomas y malestares son consecuencia del proceso por el que está pasando. - Empoderar: decirla que es una persona valiosa. Destacar sus cualidades, sus habilidades. - Hacerla ver que esta situación no tiene porqué ser para siempre, que puede cambiar. Mostrarle modelos de otras supervivientes que salieron de ello. 	RIESGO FÍSICO Evaluación médica para detectar lesiones físicas graves	SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS
		RIESGO PSÍQUICO Evaluación del riesgo de autolisis	SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DE URGENCIAS HOSPITALARIAS
		RIESGO DE AGRESIÓN GRAVE Evaluación con preguntas sobre el agresor y tipo de agresión o cuestionario de riesgo	POLICIA Y F.C.S. JUZGADO CENTRO DE EMERGENCIA
		AUSENCIA O BAJO RIESGO DETECTADO La mujer quiere irse a casa con el agresor y no quiere denunciar	CONSULTA MÉDICA DE AP TRABAJADOR/A SOCIAL AP CEAS: SERVICIO PSICOLÓGICO, SERVICIO JURÍDICO, ASESORAMIENTO LABORAL, ETC

Tabla 1. Guía Clínica de actuación sanitaria ante violencia de género

Desgraciadamente en muchos casos de sospecha de VG la mujer lo niega. Este escenario no ha sido incluido en el algoritmo porque el estudio se ha centrado en los casos confirmados. Sin embargo, con este tipo de escenario se debe seguir el sistema ERES de igual forma, evaluando minuciosamente el peligro que existe. Es preferible no cuestionar el testimonio de la mujer y concertar nuevas citas en AP para ir explorando sus miedos y conociendo su experiencia. En caso de que se presuma riesgo vital grave se debe seguir el mismo procedimiento que en los casos confirmados. En ambos, se debe poner en conocimiento del juez de guardia mediante el parte de lesiones.

Una vez se pone el caso en conocimiento del Servicio de Trabajo Social del hospital en cuestión, ellos decidirán si es necesario contactar con alguno de los Centros de Emergencia (CEM) de la red de atención a víctimas de VG de la comunidad autónoma⁸.

En caso de ser necesario contactar con el CEM, bien porque la paciente se encuentre en grave riesgo vital que haga necesaria una intervención urgente, bien porque carezca de alojamiento alternativo seguro o porque ella misma lo solicite directamente, el

responsable del centro ha de hablar con ella, con el facultativo que ha detectado el caso, y con el trabajador social que se ha puesto en contacto con el CEM, realizando así una exhaustiva recogida de datos e información del recurso. A continuación, es el propio CEM el que gestiona el desplazamiento de la mujer y las personas a su cargo.

En caso de que no sea necesaria la intervención del CEM porque la paciente no cumpla los criterios previamente mencionados, el seguimiento se hará el Centro de Acción Social (CEAS) que le corresponda..

Finalmente, lo más importante en este circuito. Se han detectado múltiples carencias en la coordinación de los diferentes recursos. Esto supone un gran obstáculo en el correcto seguimiento de las pacientes. Es por esto que resulta imprescindible la existencia de un sistema informático médico-social que permita la aparición de alertas en todos los servicios a los que acuda la paciente, de manera que se tenga en cuenta este antecedente y se actúe en consecuencia. Para ello, la historia debería ser accesible a nivel hospitalario y ambulatorio, así como para los centros sociales, de tal manera que se le pueda hacer un seguimiento integrado desde todas las vertientes de la atención sociosanitaria. Asimismo, la víctima no tendría por qué seguir comunicando lo que está viviendo, sino que, en el momento en el que cualquier otro profesional de cualquier otro servicio abriera la historia de la paciente en el sistema informático del hospital le aparecería una alerta informándole de la sospecha o confirmación de VG.

Para terminar, quiero agradecer a las trabajadoras sociales del HCUV, Verónica Olmedo Vega, Henar Pérez Curiel y Yolanda Mangas Rodríguez, su aportación desinteresada a este proyecto, así como al Dr. Carlos del Pozo Vegas y la Dra. Lydia Salvador Sánchez. Desde el primer momento han acogido la idea con entusiasmo, mostrando su interés por este estudio. Ha sido gracias a su colaboración por lo que se ha podido dar un paso más en la idea inicial del trabajo, terminando con un resultado más allá que la mera recogida y análisis de datos al darle forma al algoritmo que ha sido confeccionado. Por todo ello, no quería terminar la memoria sin esta breve reseña a su ayuda, gracias por hacerme sentir una más del equipo.

9. Referencias bibliográficas

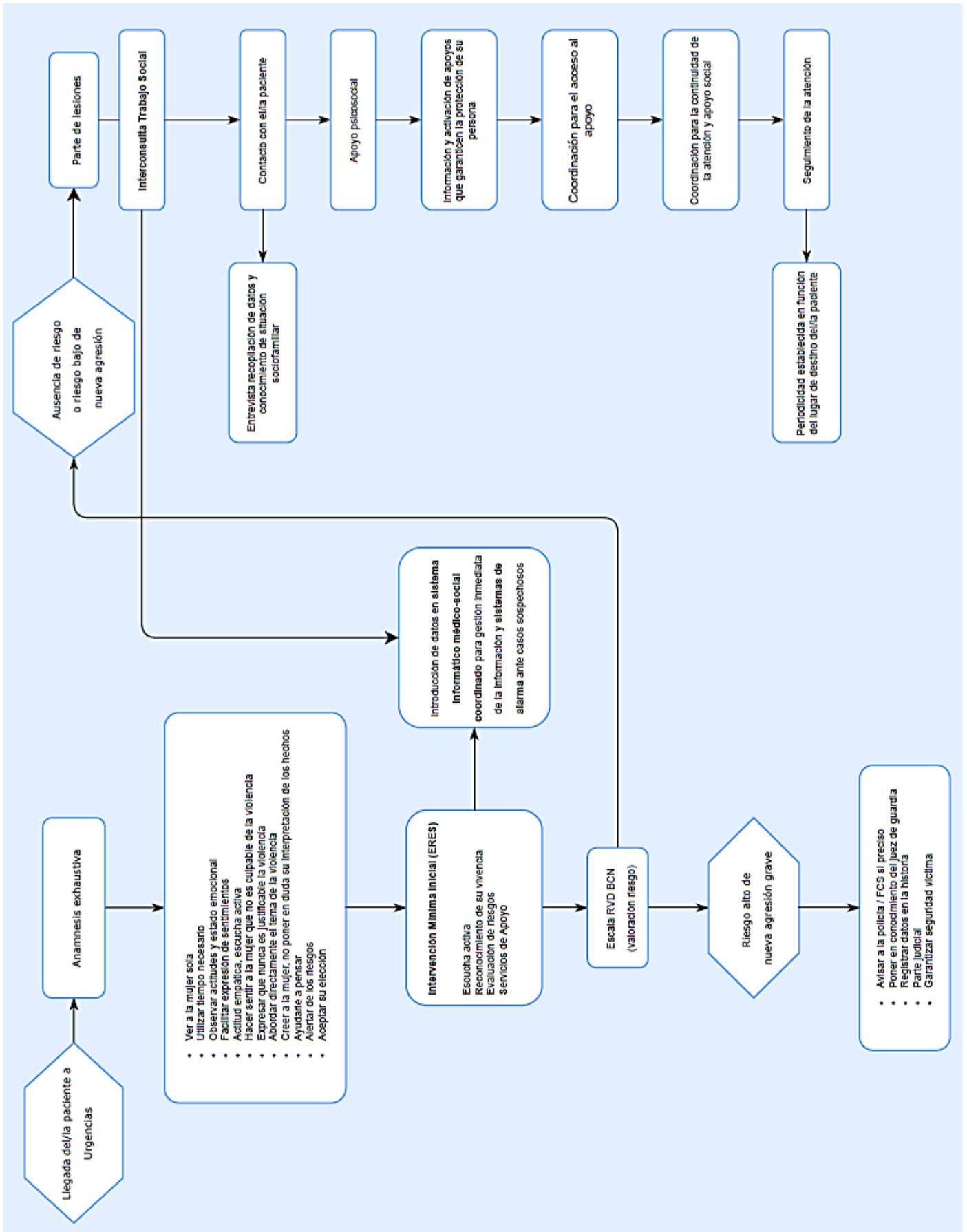
1. Mañas Alcón E, Rivera Galicia LF, Gallo Rivera MT, Montes Pineda O, Figueroa Navarro C, Castellano Arroyo M. El impacto de la violencia de género en España: una valoración de sus costes en 2016 (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género). Madrid 2016.
2. De Miguel Luken V. Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad. Macroencuesta de Violencia de Género contra la mujer 2015. Madrid 2015.

3. Salber PR, Taliaferro EH. Violencia Doméstica. In: Tintinalli J-E, Kellen G, Stapczynski J.S., editors. Manual de Medicina de Urgencias. 5ª ed. México DF: Mc Graw-Hill Interamericana; 2001.p.2229-33.
4. Dearwater SR, Coben JH, Campbell JC, Nah G, Glass N, McLoughlin E, et al. Prevalence of Intimate Partner Abuse in Women Treated at Community Hospital Emergency Departments. JAMA 1998; 280:433-8.
5. Campbell L. Health consequences of intimate partner violence. The Lancet 2002; 359:1331-1336.
6. Coker A, Smith PH, Bethea L, et al. Physical Health Consequences of Psychological Intimate Partner Violence. Arch Fam Med 2000; 9:451-457.
7. Coll Vinent B; Echevarría T; Rodríguez D; Santiñá M. Violencia Intrafamiliar y género de vista por los profesionales de la salud. Medc Clinic (Barc) 2007; 128: 317.
8. Fernández Alonso MC, Salvador Sánchez L, y otros. Gerencia Regional de Salud. Guía clínica de actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Valladolid 2019.
9. Mc Lear S, Anwar R. Identification of abuse in emergency departament. Am J Public Health 1998; 79:65-66.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género.
11. Fernández Alonso MC, Herrero Velásquez S, Buitrago Ramírez F et al. Violencia Doméstica . Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2003
12. Coll Vinent B; Echevarría T; Farrás U ; Rodríguez D; Milá J; Santiñá M. El personal sanitario no percibe la Violencia Doméstica como un problema de salud. Gac Sanit. 2008; 22:7-10.
13. Salvador Sánchez L, Rivas Vilas M, Sánchez Ramón S. Violencia y maltrato de género. Nociones prácticas para su detección precoz y abordaje integral en urgencias. Revisión. Valladolid
14. Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género.
15. Bolaños Gallardo E, Fernandez Alonso MC, Menéndez Suárez M, San José Díaz A, Calvo Martínez T, Herrero Velázquez S. Impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres de Castilla y León: un estudio cualitativo. Valladolid, 2010
16. Siendones Castillo R, Perea-Milla López E, Arjona Huertas JL, Agüera Urbano C, Rubio Gallo A, Molina Molina M. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. Emergencias 2002;14: 224-32.
17. Sánchez Ramón S; Rivas Vilas M; Salvador Sánchez L. Abordaje de la Violencia Doméstica en los Servicios de Urgencias. Revista Clínica electrónica en Atención Primaria. 2007.

Anexo I. Base de datos anonimizada del estudio en colaboración con Servicio de Trabajo Social del HCUV

Entrevistas	Características de la paciente
E1	52 años, trabajo remunerado, 3 hijos, discapacidad intelectual, sin riesgo actual Reclama necesidad de orientación y ayuda en el momento agudo
E2	19 años, no contactada
E3	48 años, no contactada
E4	36 años, se habla con familiar, problemas psicológicos, sin riesgo actual
E5	54 años, desempleada, muy deprimida, se deriva a CEAS, sin riesgo actual Reclama necesidad de orientación y ayuda en el momento agudo y en el actual
E6	23 años, no contactada
E7	22 años, se habla con familiar, problemas psicológicos, sin riesgo actual Reclama necesidad de orientación y ayuda en el momento agudo
E8	41 años, no contactada
E9	88 años, no contactada
E10	69 años, jubilada, divorciada, 3 hijos, secuelas de la VG, sin riesgo actual Reclama necesidad de orientación y ayuda en el momento agudo y en el actual
E11	44 años, no contactada
E12	28 años, se habla con familiar, 5 hijos, sin riesgo actual Reclama necesidad de orientación y ayuda en el momento agudo y en el actual
E13	33 años, no contactada
E14	33 años, se habla con familiar
E15	38 años, no contactada
E16	27 años, trabajo remunerado Rechaza ayuda en el momento actual
E17	38 años, no contactada, seguida por CEAS
E18	32 años, desempleada, 1 hijo, sin riesgo actual Reclama necesidad de ayuda en el momento agudo y en el actual
E19	41 años, desempleada, sin riesgo actual Reclama necesidad de orientación y ayuda en el momento agudo y en el actual
E20	29 años, se habla con familiar, problemas legales y psicológicos, sin riesgo actual Reclama necesidad de orientación y ayuda en el momento agudo y en el actual
E21	45 años, trabajo remunerado, 2 hijos, sin riesgo actual, seguimiento por CEAS Reclama necesidad de orientación y ayuda en el momento agudo y en el actual
E22	85 años, jubilada, 3 hijos, agresor fallecido, sin riesgo actual Reclama necesidad de orientación y ayuda en el momento agudo y en el actual
E23	39 años, trabajo remunerado, problemas psicológicos, en proceso de divorcio, riesgo actual Reclama necesidad de orientación y ayuda en el momento agudo y en el actual
E24	24 años, se habla con familiar, trabajo remunerado, sin riesgo actual Reclama necesidad de orientación y ayuda en el momento agudo y en el actual
E25	19 años, no contactada
E26	27 años, se habla con conocida, continúa relación con agresor

Anexo II. Algoritmo de actuación ante casos de violencia de género en SUH



Fuente: Elaboración propia