



Universidad de Valladolid

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Análisis de lesiones físicas y somáticas en Violencia de Género

Presentado por: Ingrid Asuar Geisselmann

Tutelado por: Susana Sánchez Ramón

Curso 2017-2018

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	1
1. La magnitud del problema	
2. VG: Un importante problema de salud	
3. Detección de los casos de VG	
4. Abordaje de los casos de VG en los servicios de urgencias	
OBJETIVOS DEL ESTUDIO	5
MATERIAL Y MÉTODOS	5
RESULTADOS	7
1. Variables sociodemográficas	
2. Antecedentes médicos de las víctimas de VG	
3. Maltratador, duración y tipo de maltrato	
4. Riesgo vital en la historia clínica	
5. Análisis de lesiones	
6. Comorbilidad psiquiátrica	
7. VG en el servicio de Urgencias. Pronóstico, información y destino.	
DISCUSIÓN	11
CONCLUSIONES	17
BIBLIOGRAFÍA	18
ANEXOS	21

RESUMEN

La **violencia de genero (VG)** es considerada un problema de prioridad internacional para los servicios de salud, ya que alrededor de una de cada tres mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida (OMS 1998). La violencia contra la mujer supone un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos (OMS, 2017).

Objetivos: Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo a partir de los partes de lesiones emitidos por VG, por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Río Hortega desde 2015 a 2017. La muestra es de 81 pacientes. La finalidad es describir el perfil de dichas mujeres, evaluar las lesiones producidas y la valoración de los riesgos vitales. Así podemos estudiar la prevalencia de VG, sus efectos sobre la salud y proponer posibilidades de mejora en la actuación. Es necesario mantener un alto índice de sospecha para poder mejorar el diagnóstico y consecuentemente la atención a las pacientes víctimas de VG.

INTRODUCCIÓN

La **ONU define la violencia de género (VG)** como *“todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino 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 arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada.”*¹

La etiología de la VG es compleja dado su origen multifactorial. Factores sociales, comunitarios, individuales y la interrelación de ellos actúan de base. Pero los dos factores epidemiológicos más importantes para la aparición de violencia son la desigual posición de poder de la mujer tanto en las relaciones personales como sociales y la existencia de una «cultura de la violencia» a lo largo de la historia, empleada y aceptada como medio de resolución de conflictos.

1. La magnitud del problema

En los últimos años han aumentado los estudios sobre VG que nos descubren la magnitud del problema, reflejando cifras preocupantes. Sin embargo, la prevalencia real del problema es desconocida. El **Estudio Multipaís**² realizado por la OMS refleja que una de cada tres mujeres ha padecido o padece malos tratos o abusos. Un estudio³ reciente europeo del año 2014 encuentra que las cifras de VG en mujeres mayores de 15 años oscila entre el 19-52%. En España la prevalencia real del problema tampoco se conoce. El Ministerio de Sanidad, el Instituto de la Mujer y en la actualidad la Delegación del Gobierno han llevado a cabo y promovido la realización de diferentes Macroencuestas a nivel Nacional. Los resultados obtenidos en los años 1999, 2002, 2006 y 2015⁴, nos acercan a la extensión del problema (siendo conscientes de las limitaciones que tienen las encuestas poblacionales).

En la **tabla 1** podemos ver reflejados los datos obtenidos de la de año 2015.

Tipo de encuesta. Población diana	Principales resultados
Entrevista presencial Muestra: 10.171 mujeres Edad \geq 16 años	Maltrato de género alguna vez: 15,5% VG física por cualquier pareja: 10,7% VG física por algún tipo de expareja: 17,6% VG psicológica: 26,4% VG sexual: 13,3%

Macroencuesta Nacional 2015.MSSSI 2015: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Las cifras de prevalencia para la UE³ y España⁵ aparecen junto con los datos respecto a las denuncias y muertes violentas por VG en España en la figura 1. La OMS estima que la **VG es una de las primeras causas de muerte en mujeres en edad fértil a nivel mundial**^{2,3}. Además, ocasiona una mortalidad e incapacidad en las mujeres en edad reproductiva equiparable al cáncer y genera mayor morbilidad que los accidentes de tráfico y la malaria combinados^{6,7}. Existe una fuerte asociación entre VG y síntomas de mala salud tanto física como mental². Todos esto pone de manifiesto la gravedad y extensión de la VG. Sin embargo, la **detección de maltrato** por parte de los profesionales sanitarios es baja, como se reflejan en diferentes estudios⁷⁻¹⁰. Como principales posibles

causas^{11,12} relacionadas con los profesionales sanitarios están el no reconocer la VG como problema de salud, la falta de sensibilización, la falta de formación, el miedo, el desconocimiento y la inseguridad. Los médicos no tienen el hábito de preguntar por maltrato y este diagnóstico no entra a formar parte por tanto de su diagnóstico diferencial.

Figura 1: cifras sobre VG en la UE y en España

Datos españoles	2013	2014	2015	2016	2017
Denuncias por VG	124.893	126.742	129.193	142.893	138.786
Muertes violentas por VG	54	54	60	44	49



Prevalencia en España (2015): 12.5% Prevalencia en UE 2014³:33%

Fuente: portal estadístico de la Delegación del Gobierno para la VG.

2. VG: Un importante problema de salud

Numerosos estudios han investigado las **graves consecuencias**^{13,14,15} del maltrato en la salud física y mental de la mujer, así como a nivel social, laboral y en su calidad de vida. La magnitud de las consecuencias sanitarias de la violencia de género discrepa con su invisibilidad en los servicios de salud, debido a sus carácter intrafamiliar y doméstico, y a su insidiosa instauración y cronificación en el tiempo.

Diversos estudios¹⁶⁻²¹ muestran que la VG tiene consecuencias para la salud de la víctima a nivel físico, psicológico, emocional, reproductivo y social tanto a corto como a largo plazo, persistiendo cuando la situación de violencia ya ha terminado (Anexo 1). Además, estas consecuencias no solo repercuten sobre la propia mujer sino también sobre sus hijos (si es que existieran) y sobre el entorno social de la misma. También podemos decir que tiene importantes costes económicos y consecuencias legales sobre el agresor.

3. Detección de los casos de VG

En 2012 la OMS exige la incorporación de la atención prioritaria de la VG en todos los servicios de salud y prácticas sanitarias para ser merecedoras de la condición de excelencia.

Hasta ahora, la actuación en los servicios de salud ha estado orientada principalmente a la atención tras el diagnóstico. Uno de los retos actuales es la **detección precoz**, considerada como prioritaria, tal y como queda reflejado en el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la VG (2012)²² o en la creación de guías de práctica clínica a nivel autonómico¹⁵. En la actualidad, existen suficientes evidencias para preguntar de una manera rutinaria por VG como parte de una detección activa de la misma. Los servicios de salud de Castilla y León optaron por incluir en la Cartera de Servicios de Atención Primaria (AP) la **pregunta sistemática a las mujeres** mayores de 14 años orientada a hacer una detección activa.

A pesar de todo, la detección sigue siendo baja y las mujeres suelen entrar en contacto con el personal sanitario cuando aparecen los procesos clínicos secundarios a la VG, demandan con mayor frecuencia atención sanitaria que el resto de la población y sobre todo en AP, servicios de urgencias, obstetricia y ginecología y salud mental.

4. Abordaje de los casos de VG en los servicios de urgencias

El abordaje se basará en una atención integral que tenga en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la paciente. La VG puede presentarse de diferentes formas en un servicio de urgencias¹⁴, como **manifestación objetiva de las lesiones o más frecuentemente como sintomatología difícil de relacionar con una agresión**, aunque pueda estar causada o influida por la exposición a la violencia. El profesional médico debe escuchar a la mujer, acogerla e ir realizando una valoración progresiva de los tres **tipos de riesgo** existentes: **físico, psíquico y social**. Dependiendo del nivel de riesgo se escogerán las correspondientes actuaciones. Todo ello debe constar por escrito en la historia clínica.

El médico está obligado a cumplir con los **principios básicos éticos** de no maleficencia, beneficencia, autonomía y confidencialidad de las pacientes. Legalmente debe comunicar al juez el conocimiento o sospecha de una situación de VG conocida a través del ejercicio profesional, mediante la emisión de un **parte de lesiones**, el cual consta de un apartado específico de VG. En el anexo 2 se adjunta el algoritmo de abordaje de VG en Urgencias, según la guía de Atención Sanitaria en Violencia de Género de la Junta de Castilla y León.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Principal:

- Describir las lesiones físicas y somáticas de dichas pacientes.

Secundarios:

- Conocer el perfil social y de salud de las víctimas de VG que acuden al SUH.
- Conocer las comorbilidades de estas pacientes, su relación con otras patologías crónicas y antecedentes, especialmente psiquiátricos.
- Conocer la capacidad de los médicos para detectar situaciones de riesgo y signos de alarma sobre VG.
- Establecer la base sobre la que se pueda realizar una mejora en la detección de la VG por parte del personal sanitario y su correcto abordaje siguiendo los protocolos nacionales sobre VG.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos llevado a cabo un estudio **observacional, descriptivo, retrospectivo** realizado en el ámbito de las urgencias hospitalarias. La **población** del estudio la constituyen las mujeres mayores de 14 años que tuvieran un parte de lesiones por VG emitido por el Servicio de Urgencias Hospitalario del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid (HURH) desde enero 2015 a diciembre 2017. Se excluyeron aquellas pacientes en las que revisada la historia no

correspondieran con VG. Se realizó una revisión completa de las historias clínicas digitalizadas de las pacientes que cumplieron los criterios de inclusión analizando las variables que se detallan a continuación:

1. Variables sociodemográficas: edad, grupo de edad: < 15, 16-25, 26-35, 46-55, 56-65 y >65 años, área sanitaria de referencia, estado civil, nacionalidad, situación laboral, menores a cargo, embarazo en el momento.

2. Variables del maltrato: relación con el maltratador, episodios previos registrados, duración del maltrato.

3. Variables clínicas: antecedentes médicos, discapacidad, antecedentes obstétricos, tipo de lesiones, comorbilidad psiquiátrica, consumo de psicofármacos.

4. Variables del episodio agudo: valoración del riesgo vital inmediato: físico, psíquico y social, pronóstico, información y destino.

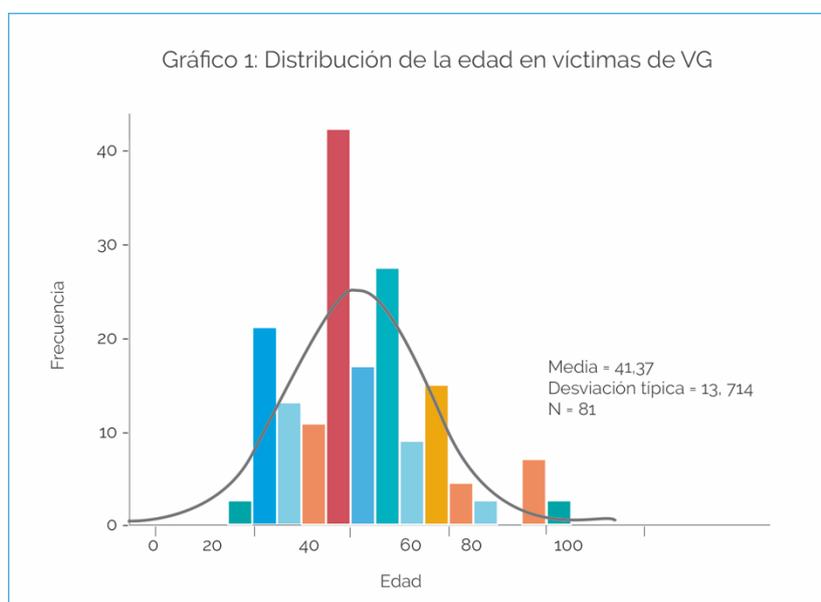
Estrategia y análisis de los datos: Todos los datos se almacenaron en la aplicación de hojas de cálculo de EXCEL y se realizó una base de datos y estudio estadístico mediante el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows. Se realizó un estudio descriptivo de las variables obtenidas. Las variables cuantitativas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

Instrumentalización: La revisión bibliográfica fue realizada a través de la página web PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>), un servicio de acceso libre a la Base de datos Medline proporcionado por la National Library of Medicine(NML). Para la búsqueda inicial se han empleado términos libres y vocabulario controlado en inglés y en español. Se extrajeron datos oficiales de los portales de VG de la OMS, la ONU y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). También se realizó revisión de protocolos, guías,

recomendaciones y consensos sobre nuestro tema de estudio en diferentes Servicios de Salud y Sociedades Científicas. Este proyecto cumple con los requisitos establecidos en la legislación vigente en materia de investigación biomédica, protección de datos de carácter personal y bioética. Se diseñó un protocolo de estudio y se solicitó el permiso pertinente al Comité Ético de Investigación Clínica del HURH, que tras su evaluación emitió un informe favorable con fecha de 29 de diciembre de 2017. (Código Interno CEIC: 162/17).

RESULTADOS

1. Variables sociodemográficas



Se analizaron todos los partes de lesiones emitidos por VG desde el SUH del HURH durante los años 2015, 2016 y 2017. Se obtuvieron un total de **81 pacientes**. De ellas, el 79% pertenecen al área de Salud Valladolid Oeste. En el 72,8% de los casos las pacientes era la primera vez que acudían al Servicio de Urgencias por este problema.

La **edad media** de las pacientes fue de 41,37+13,7 (Gráfico 1). En la tabla 3 se puede ver la distribución por grupos de edad: las edades comprendidas entre los 36-45 años son las que presentan una mayor prevalencia

de VG (39,5%). Destaca la disminución de la prevalencia en las pacientes por encima de los 55 años y por debajo de los 15 años.

Tabla 3: Distribución por grupos de edad de las víctimas

Edad agrupada	N (Nº de casos)	Porcentaje (%)
< 15 años	1	1,2
16-25 años	13	16
26-35 años	10	12,3
36-45 años	32	39,5
46-55 años	16	19,8
56-65 años	6	7,4
65 años	3	3,7
Total	81	100

La **Nacionalidad** de las pacientes atendidas es en su mayor parte española (70,4%) seguidas de las de europeas del este (11.1%) y sudamericanas (9.9%). No hemos evidenciado relación entre la Nacionalidad y que acudan a un hospital no perteneciente a su área de salud.

En lo referente a la **situación laboral** de las pacientes: el 42% figuran como activas frente a las que están en situación de desempleo (32,1%), sin embargo, en un 25,9% de los partes no figura dicho dato.

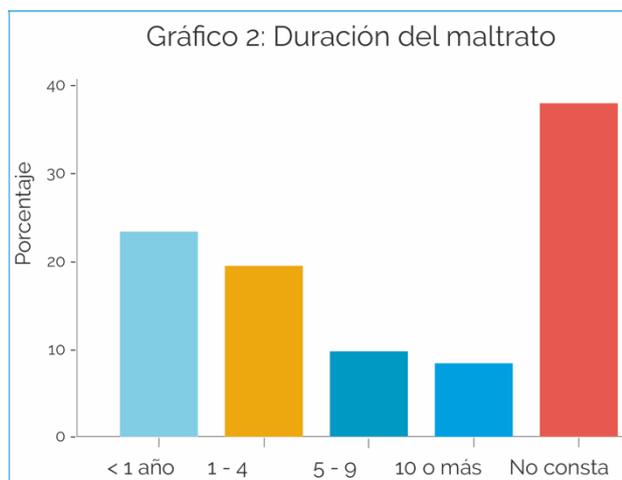
Un 72.8% de las mujeres de la muestra tienen **hijos menores a su cargo** y el 12,3% de las pacientes estaban embarazadas cuando acudieron al SUH.

2. Antecedentes médicos de las víctimas de VG

En el 63% de las pacientes atendidas figuran **enfermedades crónicas** entre sus antecedentes, entre ellas: HTA, cefalea crónica, diabetes, artralgias, enfermedades respiratorias o enfermedades autoinmunes entre otras. Destaca que el 44,4% de las pacientes presentan antecedentes **psiquiátricos**. Un 13,6% de la muestra presenta algún tipo de discapacidad física o mental y entre los antecedentes obstétricos un 14,8% han tenido al menos un **aborto**.

3. Maltratador, duración y tipo de maltrato

En el 38,3% de las historias clínicas no figura la **duración del maltrato**, en el resto de las pacientes de la muestra, la duración del maltrato presenta una distribución desigual (Gráfico 2): duración de menos de un año un 23.5%, entre 1 y 4 años un 19.8%, entre 5 y 9 años un 9.9% y en >10 años un 8.6%.



Con respecto a la **relación** que las mujeres guardan **con el maltratador**, en un porcentaje alto es la pareja actual (81,7%), un 13,6% es su expareja y el porcentaje restante refieren VG recibida por un varón con el que no tienen o no han tenido una relación de pareja.

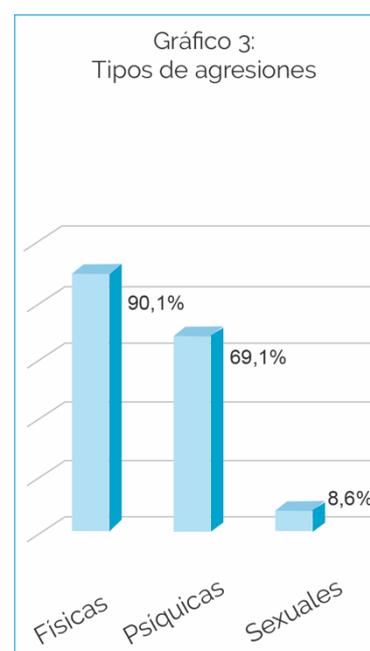
4. Riesgo vital en la historia clínica

Se analizó si en las historias de estas pacientes figura o no la existencia de **riesgo vital inmediato**, estando registrado en el 16% de los informes: 13,6% el riesgo vital físico, 7,4% el riesgo vital psíquico, no constando el riesgo vital sexual en ninguna de las historias de las pacientes.

5. Análisis de lesiones

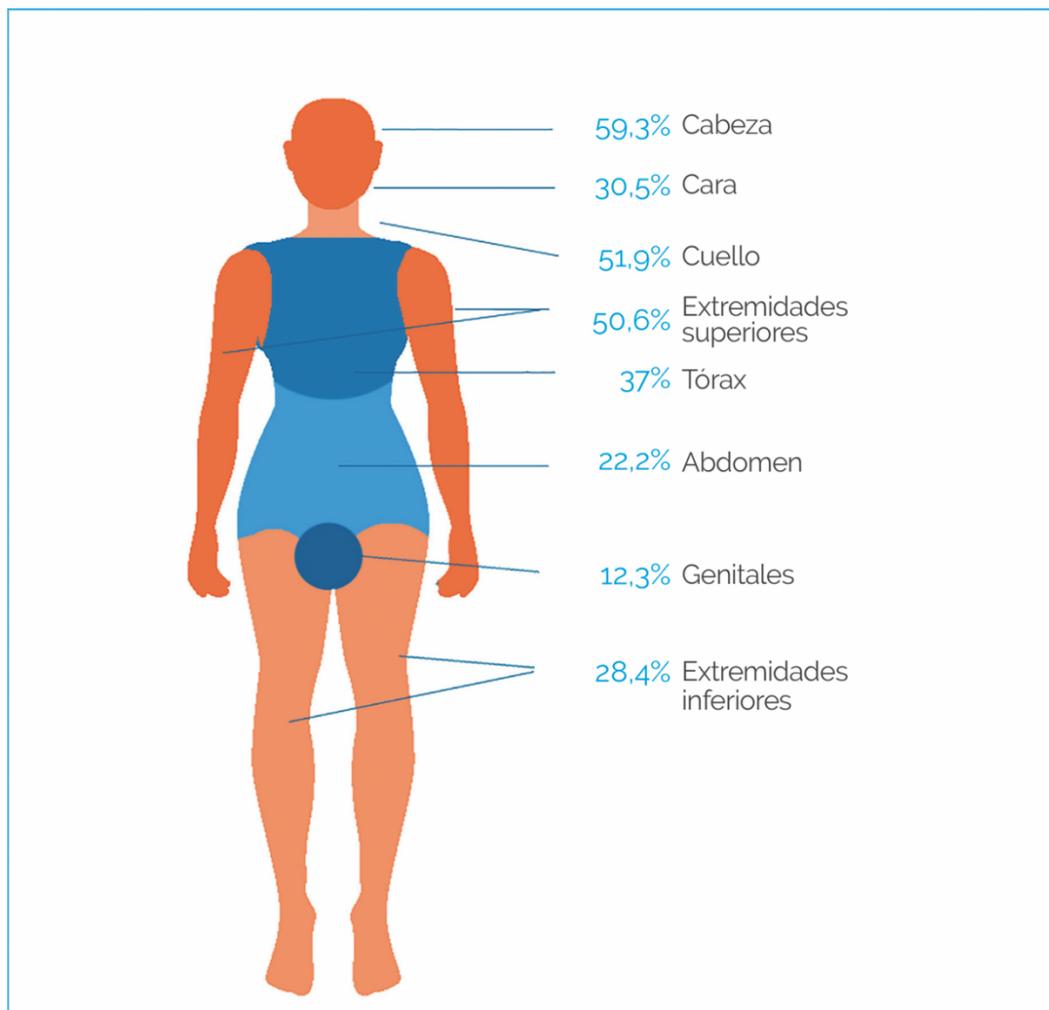
De todas las pacientes de la muestra, un 90,1% presentaba **lesiones físicas**, un 69,1% tenía **lesiones psíquicas** y un 8,6% de las víctimas presentaron agresiones **sexuales**.

Las lesiones físicas descritas en los partes y en las historias revisadas se ven reflejadas en la figura 2. Para el análisis topográfico se ha usado la misma base que el parte oficial de lesiones para VG de la Junta de Castilla y León (anexo 3).



Como se puede ver en dicha figura, la mayoría de las lesiones siguen un **patrón de distribución central**. Es importante mencionar que las pacientes suelen presentar más de una localización de las lesiones, pero el promedio se ha hecho por zonas. De esta manera, se distribuyen en la cabeza (59.3%), el cuello (51.9%), la cara (39.5%), las extremidades superiores (50.6%), el tórax (37%), el abdomen (22.2%), extremidades inferiores (28.4%), y los genitales (12.3%).

Figura 2: Distribución de lesiones por VG



6. Comorbilidad psiquiátrica.

Hay un gran porcentaje de mujeres con enfermedades psiquiátricas, lo que se traduce en un elevado consumo de psicofármacos, destacando el consumo de **ansiolíticos** en prácticamente la mitad de las pacientes (46.9 % de las pacientes) y **antidepresivos** en un tercio de la muestra (32.1%).

Se objetivó un escaso consumo de **alcohol** (17.3%) por parte de las pacientes.

7. VG en el servicio de Urgencias. Pronóstico, información y destino

La mayoría de las pacientes acudieron por **petición propia** al SUH (72.8%), en un 12,3% van acompañadas de las Fuerzas de Seguridad del Estado o del 112 (12,3% y 14,8% respectivamente).

Cuando la paciente es dada de alta del hospital desde el servicio de urgencias, la mayor parte de ellas (65,4%) regresan a su domicilio habitual, y el 28,4% son dadas de alta acompañadas por las Fuerzas de Seguridad de Estado. Sólo el 6,2% requiere ingreso hospitalario a consecuencia del motivo que las ha hecho acudir al hospital. Los **pronósticos** recogidos en los Partes Judiciales de estas pacientes determinan que es leve en el 55.6% de los casos y grave en el 44.4%.

Tras el diagnóstico de VG, el haber facilitado **consejo** sobre qué hacer a posteriori a las pacientes sólo está reflejado en un 44% de las historias.

No ha resultado significativo el tipo de **pronóstico** con el consejo dado a la paciente.

Gráfico 4:
Cómo llegan las víctimas de VG al servicio de Urgencias

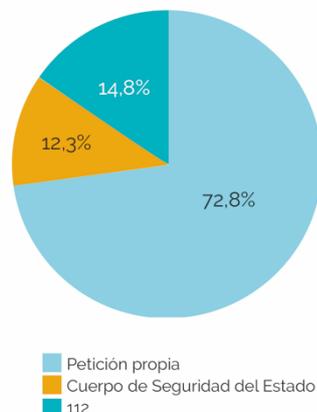
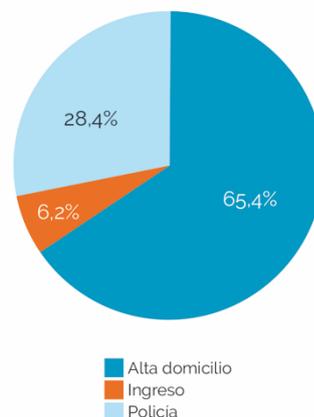


Gráfico 5:
Destino de las víctimas tras ser atendidas de Urgencias



DISCUSIÓN

La mayor parte de las pacientes atendidas pertenecían al Área de Salud que les corresponde. En más de dos tercios de los casos las víctimas lo **comunican por primera vez con el hospital**. Esto difiere con el perfil de “hiperfrecuentación” característico de las víctimas según ha sido descrito en otros trabajos. Sin embargo, debemos reseñar la posibilidad de que las mujeres hubieran acudido con anterioridad sin que el episodio fuera registrado como secundario a VG, sino

como un hecho fortuito aislado. Esto puede ser indicativo de una mala detección por parte de los servicios de salud. La VG es un proceso larvado de maltrato psicológico hasta que se desencadena una agresión física o sexual ante la cual la paciente decide acudir al servicio de Urgencias¹⁴. Tampoco podemos saber si lo han comunicado con anterioridad en AP, donde se realiza el despistaje en todas las mujeres mayores de 14 años, dado que las historias clínicas son diferentes y en la actualidad no comunicadas. Esto puede suponer una barrera para la correcta detección de la VG.

Como se objetiva en los resultados, la **edad media** de las pacientes de la muestra se sitúa en la cuarta década de la vida. Otros estudios realizados a nivel nacional indican que en Castilla y León la edad media de comienzo del maltrato son los 30 años, con una alta prevalencia en las edades medias de la vida¹⁰. Entre nuestras pacientes no existe un registro de cuando comenzó el maltrato en la mayoría de los casos. Resulta alarmante que las mujeres de la muestra por debajo de los 35 años sumen casi un tercio del total, revelando la precocidad de aparición de la VG y el **comienzo cada vez más temprano del mismo**, lo que nos lleva a pensar en la importancia de la prevención primaria desde las etapas más tempranas de la vida.

En la mayor parte de los casos, el agresor es la **pareja o conviviente actual**, gran parte en el seno del matrimonio, lo cual coincide con los estudios existentes que relacionan VG y estado civil. Esto puede deberse a la dificultad de producir una ruptura con el agresor debido al **ciclo de la violencia**, al miedo de las víctimas al propio agresor, al aparato judicial, a la existencia de hijos, al no ofrecimiento de ayuda o el no ver salida al problema²³. Nuestros resultados coinciden con los datos de diversos estudios nacionales⁶, que describen que la mayor parte de la violencia sufrida se produce en el seno de la familia o de las relaciones íntimas.

La **Nacionalidad** de la mayor parte de las pacientes es española. Esto rompe el estereotipo sobre que la mayoría de las víctimas son extranjeras (recordemos que no sabemos si nuestros resultados del SUH son extrapolables a AP). Cerca de la mitad de las pacientes tiene **trabajo** remunerado. Sin embargo, en

un tercio las historias se obvia esta información tan relevante, ya que es útil para determinar la vulnerabilidad de las víctimas, y posibles apoyos que pueda recibir. Merece mención el elevadísimo porcentaje de las mujeres de la muestra que tienen **hijos**. Los estudios^{2,24} demuestran que el embarazo es una situación de riesgo especial para el desencadenamiento de VG sobre todo a nivel físico. Sin embargo, en nuestra muestra el promedio de mujeres embarazadas es muy bajo, aunque al revisar las historias parte de ellas sí habían sufrido violencia durante embarazos anteriores. La VG también representa un riesgo para la salud y el bienestar del **feto**. Las conductas de salud adversas incluyen citas de cuidado prenatal tardías y faltantes, aumento de peso deficiente, tasas más altas de tabaquismo y alcohol y abuso de sustancias¹⁴. Nuestro estudio revela que en torno a un 10% de las víctimas de VG han tenido al menos un **aborto**. Creemos que se trata nuevamente de una incorrecta realización de la anamnesis de las pacientes, en las que no se pregunta por los abortos, ya que, en la mayor parte de los entornos estudiados, las mujeres que habían estado alguna vez embarazadas y que habían sido víctimas de VG afirmaron haber tenido más abortos inducidos²⁴.

En casi dos tercios de las historias de la muestra se registran **enfermedades crónicas**, lo cual es acorde con los estudios que relacionan de manera significativa la cronicidad de la violencia y las consecuencias sobre la salud de las víctimas^{20,21,23}. Además de las lesiones traumáticas derivadas directamente de un acto de maltrato físico, el miedo y el **estrés crónico** generado por el maltrato psicológico y la continua tensión ocasiona numerosos síntomas psíquicos, favorece la aparición de enfermedades y empeora las ya existentes. Entre las dolencias encontramos desde dolores reumáticos, como cervicalgia o lumbalgia crónicas y artritis, hasta complicaciones cardiovasculares, como infarto de miocardio y angina de pecho, e incluyen síntomas neurológicos recurrentes, como balbuceo y tartamudeo incipientes, pérdida de audición, problemas visuales, cefaleas, migrañas, colon irritable, dispepsia, estreñimiento, diarrea, trastornos de hábitos alimenticios y una mayor prevalencia de infecciones urinarias. Se ha encontrado que las víctimas de maltrato tienen un riesgo dos veces mayor de tener una enfermedad de transmisión sexual (ETS) que quienes no han sufrido VG.

La **discapacidad** supone un factor de **vulnerabilidad** frente al maltrato; nuestra proporción de mujeres con algún tipo de discapacidad física o mental es baja. Además, como muestran varios estudios, la propia violencia es fuente generadora de discapacidad. En dichos trabajos se encontró una mayor prevalencia de diferentes condiciones de dolor crónico asociado a antecedentes de maltrato en el presente o bien en el pasado^{17,20} y que las mujeres encuestadas tienen un alto dolor por discapacidad secundario a VG²⁵. En otros estudios de screening universal la VG se asoció con un aumento significativo del riesgo de desarrollar discapacidades que impiden el trabajo, problemas cognitivos, dolor crónico de cuello, migrañas u otros dolores de cabeza frecuentes.²⁶

En una gran parte de las historias clínicas no figura la **duración del maltrato**. En las que sí figura podemos ver una distribución desigual. La determinación de la duración del maltrato es muy complicada por la propia percepción de la paciente de la violencia, por su presentación insidiosa, repetitiva y prolongada, que va mermando la autoestima de la mujer hasta el punto de que muchas víctimas tienen dificultades para identificarse como maltratadas, normalizando conductas de violencia y vejación, o no son conscientes del maltrato hasta pasados muchos años del inicio de este.

En las historias clínicas de estas pacientes debe constar el **riesgo vital**¹⁴; a pesar de ello, en nuestro caso sólo figura en un bajo porcentaje de manera degradada desde el riesgo vital **físico**, pasando por el **psíquico** y hasta el **sexual** que no figura en ninguna de las historias. Estos datos son preocupantes e invitan a una reflexión de por qué no figura, ya que los actuales protocolos^{15,22} obligan a incluir en la historia clínica dichos riesgos vitales, siendo imprescindibles para decidir cuáles serán las mejores opciones de abordaje individualizado para la paciente según su riesgo.

En nuestra muestra, las agresiones recibidas fueron principalmente físicas, seguidas de psíquicas y sexuales. La **combinación de maltrato psicológico y físico** es la forma más frecuente de violencia, como se evidencian en los estudios internacionales sobre VG⁷. Creemos que el elevado porcentaje de agresiones físicas en nuestra muestra puede deberse a que hemos seleccionado a las pacientes de nuestro estudio según los partes de lesiones. La mayoría de

los facultativos entienden que el parte de lesiones hay que realizarlo en caso de agresión física, pero no entienden que la **agresión psicológica** también debe figurar en los casos de VG. La literatura revela que la mayoría de estas mujeres no acuden a los servicios sanitarios por lesiones físicas relacionadas directamente con el maltrato, si no por una manifestación subaguda o encubierta del abuso, y en muchas ocasiones no es más que una vía involuntaria de pedir auxilio o apoyo¹⁴.

El mapa topográfico de las lesiones físicas manifiesta que la mayoría siguieron un patrón de **distribución central**, ya que las víctimas adoptan una **postura de defensa**, cubriendo su cara y tórax con los antebrazos y siendo principalmente golpeadas en la cabeza, cara y cuello. Estas lesiones son altamente sugestivas y son las más frecuentemente presentadas en víctimas de VG, debido a su fácil accesibilidad, coincidiendo nuestros resultados con diversos estudios¹¹. Las localizaciones más comunes de lesiones en VG, son la cabeza, cara y cuello. Las **lesiones faciales**, especialmente las permanentes, producen autoestima baja, vergüenza y humillación, causando un grave estrés psicológico. Según le Breton, las marcas faciales intencionadas en la cara de la mujer representan la represión femenina por el poder masculino, y se realizan por ello en zonas con gran visibilidad, representando culturalmente un símbolo de pérdida de deseo de permanecer con vida ante la desfiguración, afectando al sentido de identidad propia¹⁶.

Es necesario reflexionar acerca del bajo porcentaje de **agresiones sexuales** y **lesiones genitales** hallado en nuestro estudio, el cual puede verse justificado por el tabú que genera la violación, no preguntándose a las víctimas por ellas y no realizando exploraciones físicas en las zonas genitales en el SUH, debido a la incomodidad para los médicos y al miedo a ofender a las pacientes¹⁸.

Llama la atención el elevado porcentaje de las pacientes que tienen **antecedentes psiquiátricos** en nuestro estudio. Esto está firmemente apoyado por múltiples publicaciones que han demostrado una fuerte asociación entre la VG y síntomas de salud mental, como síntomas depresivos, trastorno de estrés postraumático o ideación suicida.^{14,20} La prevalencia de **depresión** en mujeres maltratadas oscilaba entre un 15 y un 83%, el doble en mujeres víctimas de VG que en el resto de la población, considerándose la VG un importante factor de

riesgo psicosocial para la depresión.^{17,20,27,28} En el metaanálisis llevado a cabo por Golding²⁹ para analizar la VG como factor de riesgo para diferentes trastornos mentales, se recogía que la prevalencia del trastorno por **estrés postraumático** en mujeres maltratadas oscilaba entre un 31 y un 84,4%. También son varios los trabajos que han abordado la asociación entre la VG y los **síntomas ansiosos**. En los estudios revisados la frecuencia de síntomas de ansiedad entre las mujeres maltratadas oscila entre el 16,4 y 54,4%.

Existen pruebas que apoyan una asociación causal entre la VG y los trastornos psiquiátricos en ambas direcciones: los trastornos psiquiátricos pueden hacer que una mujer sea más vulnerable a la VG y la VG puede dañar la salud mental (Howard et al., 2010).³⁰ Cerca de la totalidad de nuestras pacientes presentaron síntomas de **somatización**. Se ha descrito frecuentemente la somatización como una de las consecuencias sobre la salud de la VG, entendida aquella como la manifestación física del estrés generado por la situación de maltrato.^{8,9,18,22} Las víctimas de malos tratos realizan **consultas frecuentes** por molestias ambiguas sin datos de patología orgánica, consideradas de causa **psicosomática**^{11,13,14,31}. Es necesario estar alerta ante las crisis de angustia, trastornos de ansiedad y depresión dado que son patologías frecuentes en las pacientes que sufren VG.

Cabe reseñar que un elevado porcentaje de las pacientes de la muestra **consume psicofármacos**, destacando el consumo de ansiolíticos en prácticamente la mitad de las pacientes y antidepresivos en un tercio de la muestra. Esto coincide con estudios previos nacionales, donde las víctimas refirieron consumir con mayor frecuencia que las no maltratadas: **ansiolíticos, antidepresivos y alcohol** por este orden.

En nuestro estudio, la mayoría de las **pacientes acuden** por petición propia al servicio de urgencias. Resulta llamativa la autonomía de dichas pacientes, que no suelen recurrir a los cuerpos de seguridad del estado para solicitar ayuda. Una vez atendidas en el SUH, la mayoría se van de **alta a su domicilio** y en menos de un tercio de ellas es preciso la intervención posterior de la **policía**. Es cierto que el hecho de ser enviadas a sus hogares puede suponer un riesgo para estas pacientes, pero pese a que pueda parecer que no concuerda con lo establecido en los protocolos, hay que respetar la voluntad de la mujer una vez

valorado el riesgo vital de la misma. Esto puede concordar con el **pronóstico** de nuestras pacientes, que es considerado leve en un poco más de la mitad de estas.

Los protocolos existentes establecen la **necesidad de información** y el ofrecimiento inmediato de ayuda a las víctimas de VG.^{15,22} Sólo con el consejo e información, se puede prevenir la cronificación de la situación o la aparición de problemas médicos y secuelas. Si la paciente reconoce la situación, la respuesta debe ser inmediata puesto que es lo que ella necesita y espera. En nuestro estudio consta en menos de la mitad de las historias clínicas que éstas **reciban información o ayuda** directa referente a su problema. No sabemos si realmente no se hace por desconocimiento, por omisión o que se realice de una manera verbal sin que quede reflejado en las historias clínicas.

CONCLUSIONES

La mayoría de las víctimas tienen una **relación de pareja** en la actualidad con el maltratador e hijos menores a su cargo.

Los mecanismos más comunes de lesión consistieron en **actos menores de violencia física**, lo que resultó en lesiones leves, principalmente en cara, cabeza, cuello y extremidades superiores.

Gran parte de ellas manifestaba un **abuso psicológico** con gran comorbilidad psiquiátrica, con consumo de psicofármacos y fenómenos de somatización.

Es imprescindible valorar el **riesgo vital de la paciente**; a pesar ello, sólo en un reducido número de los casos el facultativo lo dejó registrado en la historia clínica.

Nuestro estudio pone de manifiesto el **abordaje esencialmente biologicista** de la atención sanitaria ante la VG, debido a falta de tiempo y de formación de los profesionales, así como la escasa coordinación entre los recursos disponibles para confrontar los desafíos de este complejo problema.

Esto hace necesarias importantes modificaciones en la atención de las víctimas, adoptando los conceptos estándar de VG y promoviendo el reconocimiento y la evaluación de esta forma de violencia para poder cubrir las necesidades de las mujeres maltratadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización de Naciones Unidas, Asamblea General (1993) *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Nueva York. <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1286.pdf>
2. García Moreno C, Jansen H, Ellsbergs M, Heise L and Watts CH on behalf of the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence againsts Women Study Teams(2006). *Prevalence of intimate partner violence:findings from the Who multi-country study on women's heakth and domestic violence*. The Lancet 2006;368(9543).Pg:1260-1269.
3. Devries KM, Mak JY, García-Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G, Lim S, Bacchus LJ, Engell RE, Rosenfeld L, Pallito C, Vos T, Abrhams N and Watts Ch. Global health. *The global prevalence of intimate partner violence against women*. Science 2013; 340(6140): 1527-8.
4. European Union Agency for Fundamental Rights - FRA (2014). *Violence against Women: an EU-wide survey. Results at a glance*. Luxemburg: Publications Office of the European Union.
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género 2015. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones.
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2017).
7. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Reseach, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Reseach Council (2013a). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: World Health Organization.
8. Richardson, J., Coid, J., Petruckevitch, A., Chung, W.S., Moorey, S. and Feder, G. "Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care". BMJ 2002; 324 (7332), p. 274
9. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco-Prieto P, Gonzalo-Barranco JM, Ayuso-Martín P, Montero-Piñar MI. Grupo de estudio para la violencia de género. *La violencia contra la mujer en la pareja: un estudio en el ámbito de la atención primaria*. Gac Sanit 2006; 20(3): 128-135.

10. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Vives-Castaño C, Montero-Piñar MI, Vicenta Escribea-Aguilar V, Jiménez-Gutiérrez E, Martín-Baena D. G6 para el Estudio de la Violencia de Género en España. *Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España*. Gac Sanit 2010; 24(2): 128-135.
11. Blanca Coll-Vinent Puig. *Violencia y maltrato de género (II). Una aproximación desde urgencias*. Emergencias 2008; 20:269-275.
12. Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. *Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic Review*. BMJ 2002; 325 (7359): 314-327.
13. Llorente Acosta M. *Aspectos generales desde la perspectiva sanitaria. Violencia y maltrato de género (I)*. Emergencias 2008; 20:191-197.
14. Salvador Sánchez L, Rivas Vilas M, Sánchez Ramón S. *Violencia y maltrato de género (y III). Nociones prácticas para su detección precoz y abordaje integral en urgencias*. Emergencias 2008; 20: 343-352.
15. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. *Guía clínica de actuación sanitaria ante la violencia de género*. Valladolid 2017.
16. Praise Investigators. *Prevalence of abuse and intimate partner violence surgical evaluation (PRAISE) in orthopaedic fracture clinics: a multinational prevalence study*. Lancet 2013;302(9895):866-79.
17. Coker A, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. *Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence*. Arch Fam Med 2000; 9(5):451-7.
18. Ellsberg M, Jansen H, Heise L, Watts CH and García Moreno C. *Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study*. Lancet 2008; 371(9619):1165-1172.
19. Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder, Petzold M, Astbury J, Watts C. *Symptoms and Suicide Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies*. PLOS Medicine 2013; 10(5): 1-11.
20. Campbell JC. *Health consequences of intimate partner violence*. Lancet 2014; 359(9314):1331-6.
21. Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J. *Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica*. Med Clin 2004;122(12):461-7.

22. Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Protocolo común de actuación sanitaria ante la Violencia de Género*. 2012. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de publicaciones.
23. Raya Ortega L, Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Brun S, Rueda D, García Vinuesa L, González JM, Garralón LM, Arnalte M, Lahoz B, Acemel MD, Carmona MP. *La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica*. *Atención Primaria* 2004; 34(3): 117-24.
24. Chisholm CA; Bullock L, James RN. *Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact*. *AJOG* 2017; 217(2): 141-4.
25. Wong J, Mellor D. *Intimate partner violence and women's health and wellbeing: Impacts, risk factors and responses*. *Contemporary Nurse* 2014; 46(2): 170-9.
26. Gagnon KL, DePrince AP. *Head injury screening and intimate partner violence: A brief report*. *Journal of Trauma & Dissociation* 2017;18(4):635-644.
27. Devries KM, Seguin M. *Violence against women and suicidality: Does violence cause suicidal behavior?* García Moreno C, Riecher Rössler A(eds): *violence against Women and Mental Health. Key Issues Ment Health*. Basel, Karger, 2013, vol 178, pp: 148-158.
28. Desay HD, Jann MW. *Major depression in woman: a review of the literatura*. *J Am Pharm Assoc (Wash)* 2001; 41(1):7.
29. Golding JM. *Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis*. *Journal of Family Violence* 1999; 14(2):99-132.
30. Howard LM, Trevillion K, Agnew-Davies R. *Domestic violence and mental health*. *International Review of Psychiatry*, 2010; 22(5): 525–534.
31. Regueira-Dieguez A, Pérez-Rivas N, Muñoz -Barús JA, Vázquez -Portomeñe F, Rodríguez-Calvo MS. *Intimate partner violence against women in Spain: A medico-legal and criminological study*. *J Forensic Leg Med* 2015; 34: 119-26.

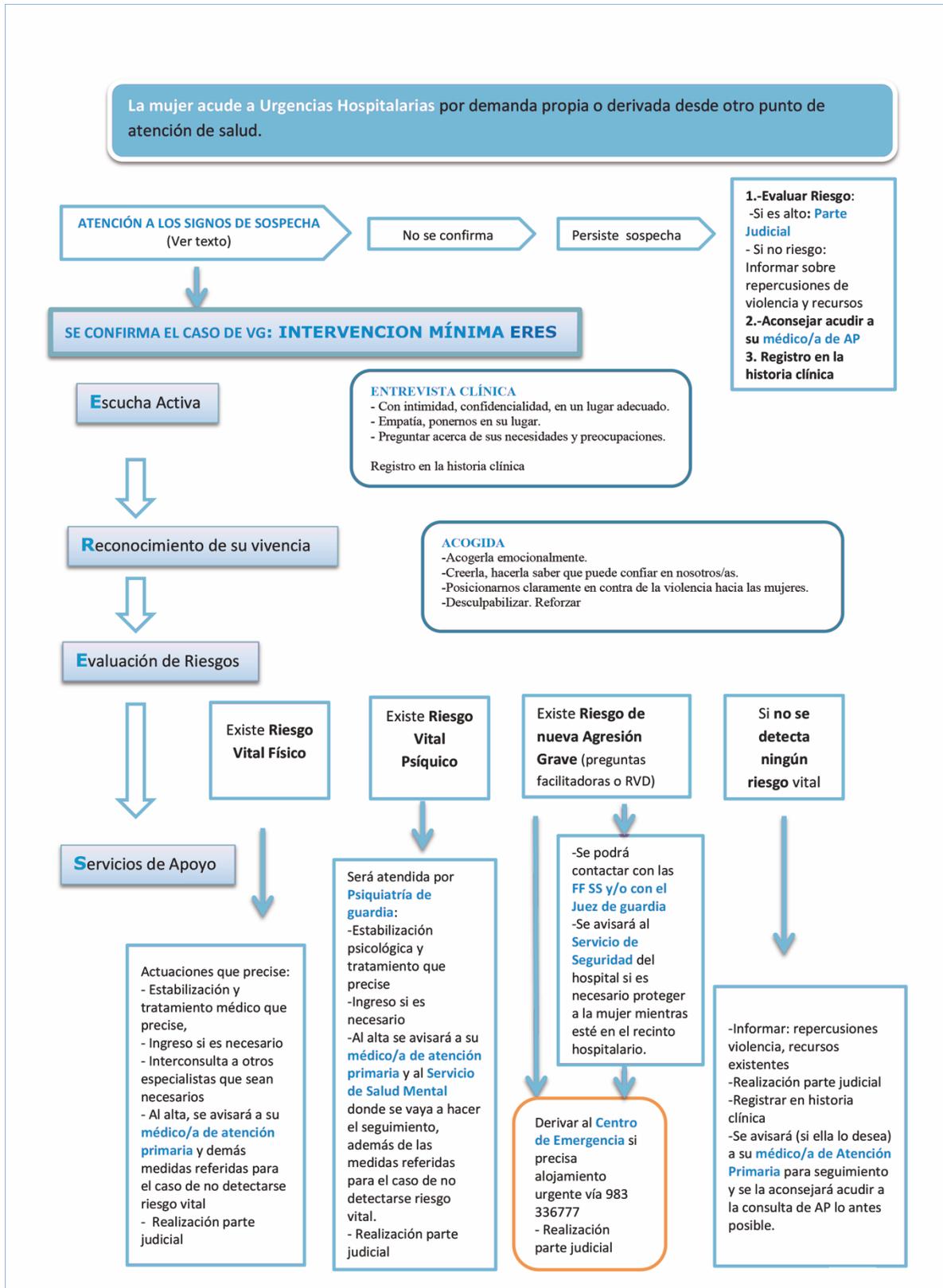
ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1: Problemas de salud asociados a VG

PROBLEMAS DE SALUD ASOCIADOS A VIOLENCIA DE GÉNERO	
Consecuencias fatales Muerte por suicidio Muerte por homicidio	
Consecuencias físicas <i>Lesiones múltiples:</i> traumatismos, contusiones, heridas, quemaduras <i>Deterioro funcional</i> <i>Síntomas físicos inespecíficos:</i> cefalea, trastornos GI; dolor crónico generalizado	Consecuencias psíquicas Depresión Ansiedad Trastorno por estrés postraumático Trastornos de conducta alimentaria Intentos autolíticos y autolesiones Trastornos por abuso de sustancias Dependencia psicológica del agresor
Consecuencias en salud social Aislamiento social Pérdida de empleo Absentismo laboral Disminución de nº de días de vida saludable Cambio de domicilio y/o ciudad forzado por necesidad de protección	Consecuencias en salud sexual y reproductiva <i>Por relaciones sexuales forzadas:</i> pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, fibrosis vaginal, ETS, dispareunia; dolor pélvico; crónico, ITU, cáncer de cérvix, embarazos no deseados <i>Por maltrato durante el embarazo:</i> embarazos de alto riesgo, mayor mortalidad materna, hemorragia vaginal, amenaza de aborto, aborto, muerte fetal, partos prematuros, bajo peso al nacer

Anexo 2: Algoritmo de abordaje de VG en Urgencias, según la guía de Atención Sanitaria en Violencia de Género de la Junta de Castilla y León.



Anexo 3: Parte de lesiones oficial Sacyl 2018.



PARTE DE ASISTENCIA POR LESIONES

1. DATOS DEL CENTRO				2. DATOS DE LA PERSONA LESIONADA			
Nombre del centro				Apellido 1	Apellido 2	Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
Dirección				Dirección			Teil.
Localidad	Provincia	C.P.	Teléfono	Provincia		Municipio	CP
3. FECHA Y HORA DE LA ASISTENCIA				Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento		
				DNI	Nº de Historia Clínica y/o CPA (CP)		
4. CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES							
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> Tráfico <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otros (especificar)							
<input type="checkbox"/> VIOLENCIA DE GÉNERO							
<input type="checkbox"/> MALTRATO <input type="checkbox"/> Menores de edad <input type="checkbox"/> Personas mayores <input type="checkbox"/> Personas con discapacidad							
<input type="checkbox"/> AGRESIÓN <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Otra (especificar)							
<input type="checkbox"/> ANIMALES							
<input type="checkbox"/> INTOXICACIÓN							
<input type="checkbox"/> OTRAS CAUSAS (especificar)							
5. LESIONES QUE PRESENTA							
Tipo de lesiones / Localización / Data aproximada							
6. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS							
(Empty space for complementary tests)							
7. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA							
(Empty space for diagnostic impression)							
8. PLAN DE ACTUACIÓN							
Especificar si causa alta, queda ingresada, se deriva a otros recursos, pide a seguimiento, tratamiento							
(Empty space for action plan)							

CUMPLIMENTAR EN CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO // PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD			
9. HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA (según manifiesta la persona asistida)			
Fecha, hora y lugar de los hechos o del incidente:		Tipo de maltrato <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Psíquico <input type="checkbox"/> Sexual	
¿Conoce a la/s persona/s agresor/a/s? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No contesta		Nombre de la/s persona/s agresor/a/s:	
Dirección de la/s persona/s agresor/a/s		Teléfono	Relación con la/s persona/s agresor/a/s Convive con ella/s <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
OTRAS PERSONAS LESIONADAS EN EL MISMO INCIDENTE			
Nombre y Apellidos:		Relación con la persona asistida	
TESTIGOS DEL INCIDENTE			
Nombre y Apellidos:			
Describir como han ocurrido los hechos utilizando si es posible las mismas palabras de la persona asistida:			
Estado emocional actual de la persona asistida:			

CUMPLIMENTAR SOLO EN CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO		
10. ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS EN RELACIÓN CON LAS LESIONES		
¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Tiene trabajo remunerado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Tiene personas menores o discapacitadas a su cargo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Nombre y Apellidos:	Relación de parentesco:
¿Acude sola? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Acompañada de:		
¿Ha sufrido agresiones anteriores? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Desde cuándo?		
¿Lo ha comunicado anteriormente en el centro de salud o en el hospital? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
ANTECEDENTES CLÍNICOS DE INTERÉS		

11. CUMPLIMENTAR SOLO EN CASOS DE LESIONES A PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD
La exploración es <input type="checkbox"/> compatible <input type="checkbox"/> incompatible con los hechos recogidos

12. OBSERVACIONES

13. DATOS PERSONALES DEL FACULTATIVO	
Nombre y Apellidos:	Firma
Nº de colegiado:	

Anexo 4: Estudios españoles sobre VG. La atención primaria frente a la Violencia de Género. Delegación del Gobierno para la la VG (MSSSI).

Tabla 1. Algunos estudios sobre violencia de género realizados en servicios sanitarios en España

Autoría	Participantes	Emplazamiento	Principales resultados
Raya Ortega et al, 2004	425 mujeres de entre 18-65 años. Muestra aleatoria	6 centros de AP de las provincias andaluzas	Frecuencia de maltrato del 31,5%; las mujeres víctimas de maltrato presentaron mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas. El maltrato presentó una asociación significativa con la morbilidad psíquica y con la salud auto-percibida
Ruiz-Pérez et al, 2006a	Muestra aleatoria de 1402 mujeres de 18-65 años	Centros de AP de Madrid, Valencia y Andalucía	Prevalencia por VG del 32%; el 14% solo VP. Tener tres o más hijos, con falta de apoyo social y ser separada, divorciada o viuda, fueron factores asociados de forma independiente a todas las categorías de abuso
Aguar-Fernández et al, 2006	Muestreo consecutivo de 391 mujeres mayores de 14 años	23 consultas de médicos de familia en 3 centros de salud urbanos de Granada	El 48,6% algún tipo de maltrato; el 45,2% VP, el 18,5% VF, y el 16% VS; el 7,75% los tres tipos de violencia
Icart et al, 2006	Muestra consecutiva de 220 mujeres mayores de 18 años.	Consulta de enfermería en Área Básica de Salud de Barcelona	El 11% reportaron VP por el marido en los últimos tres meses. Cumplieron los criterios de ansiedad el 51,81% y los depresivos el 62,72% de las encuestadas. El 15,45% participarían en un grupo de autoayuda
García-Torrecillas et al, 2008	Selección aleatoria de 170 mujeres.	AP, en 4 cupos de 2 centros de salud urbanos de Jaén	El 22,9% presentaba maltrato durante el último año. Al 96,5% de las encuestadas no le disgustaría que su médico de familia abordara las relaciones de pareja, situación que se produce en el 24,7% de los casos
Vives-Cases et al, 2009a	Encuesta Autoadministrada (n=10.202 mujeres)	Centros de AP en España	Prevalencia de VG en las españolas del 14,3% y en las inmigrantes del 27,3%. La probabilidad de violencia de género en las inmigrantes es mayor (<i>odds ratio</i> ajustada = 2,06)
Castro et al, 2009	Selección mediante muestreo aleatorio simple de 167 casos de 19-65 años.	Consultas de AP de dos áreas básicas de salud de la ciudad de Córdoba	VP en 63,1% de las mujeres y 46,9% de hombres; de ellos, el 57,5% consumía de manera habitual benzodiazepinas y el 62,1% antidepresivos. VF en el 20,69% de hombres y 79,31% de mujeres, de los que el 34,48% consumía benzodiazepinas y antidepresivos
Ruiz-Peña et al, 2010	Selección por muestreo consecutivo de 113 mujeres	4 centros de salud de Algeciras	Violencia de género en el 32,4% de las encuestadas. El 88,57% de las mujeres maltratadas sufrían VP, el 57,14% VF y el 22,86% VS
Cano et al, 2010	Muestreo consecutivo de mujeres de 18 ó más años (n=371)	Consultas de AP y puntos de atención continuada (rurales y urbanos) del Servicio de Salud de Castilla-La	Un 26,2% presentó resultado positivo en WAST (<i>Woman Abuse Screening Tool</i>) y 25,9 % admitió situaciones de VG actual (11,7%) o pasado (17,4%). El modelo que mejor predice la existencia de abuso incluye las variables etnia y

		Mancha y al Servicio Valenciano de Salud	estado civil
Ruiz-Pérez et al, 2010	Muestra representativa por Comunidades Autónomas (n=11.475)	Cuestionario autoadministrado a mujeres en consultas de AP	El 24,8% refirieron violencia de género alguna vez en su vida. Prevalencia más baja en Cantabria (18%) y las más altas en Ceuta y Melilla (40,2%). Correlación lineal significativa entre la violencia de género y la tasa de denuncias en las CC.AA
Sala Musach et al, 2010	Muestra aleatorizada (n=400); establecimiento de un grupo de intervención y un grupo control emparejados por edad	Consultas de AP y de Atención a la Mujer (AM).	25,3% violencia de género; 29,4% en el Grupo Intervención y 21,2% en Grupo Control. En AM se detectó el 32,7 y el 17,5%, y en AP el 25,3% y el 25,8% respectivamente
González Lozoya et al, 2011	Consultadas 673 personas, de 18-86 años (68% de mujeres)	Consultas de AP en los Centros de Salud urbanos de Albacete	Solo un 18,2% tenía un adecuado conocimiento sobre quién se considera que ejerce la violencia de género. Asociación independiente entre el conocimiento de la respuesta correcta sobre qué es la violencia de género y las siguientes variables: (1) estado civil, menos probable en casados con respecto a viudos, (2) considerar que la violencia de género implica lesión física, pero no lesiones psicológicas, y (3) no dar la respuesta correcta sobre qué es la violencia doméstica
González-Losada et al, 2012	Entrevistadas 299 mujeres mayores de edad. Selección por muestreo consecutivo	2 zonas básicas de salud de ámbito urbano de Santa Cruz de Tenerife	El 51,5% reconocieron violencia de género al menos una vez en su vida; el 99,35 % refirieron VP, el 25,32% VF y el 7,79% VS.
Montero et al, 2012	1469 mujeres seleccionadas de una encuesta a nivel nacional	Pacientes que buscaban atención médica por cualquier motivo en los servicios de AP	El 87,5% de las mujeres maltratadas tomó algún tipo de acción para superar la situación de violencia de género. La probabilidad de que una mujer respondiera ante el maltratador con una estrategia de distanciamiento (buscar ayuda exterior o dejar temporalmente la relación) era casi tres veces mayor si tenía empleo, era joven cuando comenzó el abuso, había sufrido abusos físicos y psicológicos, y cuando la situación de abuso era inferior a 5 años.

VG: Violencia de Género, VP: Violencia Psicológica, VF: Violencia Física, VS: Violencia Sexual

Tabla 2. Selección de otros estudios sobre violencia de género en España

Autoría	Participantes	Emplazamiento	Principales resultados
Cáceres Carrasco, 2004	166 personas (90 mujeres y 76 hombres)	Derivados a un centro de salud mental por haber experimentado algún tipo de trastorno psicopatológico relacionado con problemas de pareja, proceso de separación, etc	El 62% superó la puntuación indicadora de VP grave y el 46% VF (según el índice de violencia en la pareja de Hudson y McIntosh, 1981). Un 34,1% de las mujeres y un 26% de los varones manifestaron tener miedo a sus respectivas parejas
Fontanil et al, 2005	Encuesta telefónica a 421 mujeres (números por extracción aleatoria)	Principado de Asturias	Aceptaron ser encuestadas el 56,8% de personas contactadas. El 20,2% han sufrido o están sufriendo maltratos. El 6,2% han sufrido maltrato durante el último año. De ellas, el 5,5% conviven con la persona agresora
Escribá-Agüir et al, 2006	Análisis de los 500 informes médicos por presunta VG en la Comunidad Valenciana desde junio a octubre de 2005	Procedencia de los informes: centros sanitarios de la red sanitaria pública de la Comunidad Valenciana	El 68% de los partes fueron emitidos por profesionales de AP y un 32% por médicos hospitalarios. El mayor número se da en mujeres con edades comprendidas entre los 20-39 años
Vives-Cases et al, 2009a	13.094 mujeres de la ENS-06 dispuestas a responder cuestiones sobre VG (87,2% del total de encuestadas)	Estudio basado en la Encuesta Nacional de Salud 2006	VG reconocida en el 1%. La violencia declarada asociada a tener estudios primarios o no tener estudios, tres o más menores y estar separada o divorciada
González y Gimeno, 2009	Muestra de 297 mujeres de entre 18 y 59 años receptoras de 'Prestaciones Económicas Regladas' y Prestaciones Económicas por Protección'	Ayuntamiento de Valencia	El 37,3% de VG. características: familia monoparental, etnia paya, separada, con varias relaciones de pareja previas y trastornos psicológicos
Echarte Pazos et al, 2010	79.787 (el 50,1 % de la muestra) mujeres atendidas	Servicio de Urgencias del Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS)	Atendidas por VG 604 casos (0,76% de las asistencias). 10,4%, casos detectados por personal sanitario. El 29,6% eran frecuentadoras. El 52,6% presentaba factores de riesgo de VG

Argüelles et al, 2010	Revisión de 716 partes judiciales de lesión emitidos entre enero de 2006 y febrero de 2008	Partes de lesión archivados en un centro de salud de Mallorca	En 48 (6,7%) de los partes quedaba claro que se trataba de un caso de VG. En 60 (8,4%) se podía sospechar VG
García Minguito et al, 2012	700 mujeres con parte de lesiones víctimas de maltrato	Mujeres con procedimiento judicial abierto en un Juzgado de Violencia de Género de Madrid	El 61,2% de partes proceden de servicios de urgencias; el 25,6% de AP. Se especificaba si se trataba de un caso de VG en el 90% de los partes emitidos por los centros de apoyo a seguridad y en el 72,3% de los de AP

AP: Atención Primaria, VG: Violencia de Género, VP: Violencia Psicológica, VF: Violencia Física, VS: Violencia Sexual