

ESTUDIO DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LESIONES ASOCIADAS A VIOLENCIA DE GÉNERO

SERVICIO DE URGENCIAS HURH

DEPARTAMENTO DE MEDICINA,
DERMATOLOGÍA Y TOXICOLOGÍA



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

Tamara Palenzuela Álvarez
Tutora: Susana Sánchez Ramón

TRABAJO FIN DE GRADO
Curso 2020/2021

“Many who live with violence day in and day out assume that it is an intrinsic part of the human condition. But this is not so.

Violence can be prevented.
Violent cultures can be turned around.”

Nelson Mandela

World Report of Violence (Geneva 2002)



ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| RESUMEN / ABSTRACT | 3 |
| INTRODUCCIÓN | 4 |
| 1. VIOLENCIA DE GÉNERO: VISIÓN GENERAL (DATOS Y CIFRAS) | 4 |
| 2. PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA | 5 |
| 3. VIOLENCIA DE GÉNERO DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 | 6 |
| 4. PROTOCOLOS, DETECCIÓN Y ABORDAJE DE LOS CASOS | 6 |
| OBJETIVOS | 7 |
| MATERIAL Y MÉTODOS | 8 |
| RESULTADOS | 9 |
| 1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS | 9 |
| 2. MALTRATADOR Y DURACIÓN | 10 |
| 3. RIESGO VITAL EN LA HISTORIA CLÍNICA | 11 |
| 4. TIPO DE AGRESIÓN Y ANÁLISIS DE LESIONES | 11 |
| 5. CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS Y TÓXICOS | 12 |
| 6. PRONÓSTICO, CONSEJO Y DESTINO | 12 |
| DISCUSIÓN | 13 |
| CONCLUSIONES | 18 |
| REFERENCIAS | 19 |
| ANEXOS | 21 |
| ANEXO 1: Factores de riesgo asociados a la VG | |
| ANEXO 2: Consecuencias para la salud asociadas a la VG | |
| ANEXO 3: Signos y señales de alerta de maltrato | |
| ANEXO 4: Razones por las que el profesional no pregunta y por las que las mujeres no revelan la situación de maltrato | |
| ANEXO 5: Evaluación y abordaje inicial de la víctima de VG. Intervención mínima estrategia ERES | |
| ANEXO 6: Parte de lesiones | |
| ANEXO 7: Algoritmo de actuación ante VG en urgencias hospitalarias | |
| ANEXO 8: Resultados del estudio estadístico | |

RESUMEN / ABSTRACT

La violencia de género constituye un importante problema de salud pública a nivel internacional. Es un problema documentado en todos los países en los que se ha estudiado, y que afecta a todos los grupos sin importar contexto social, económico o religioso ⁽¹⁾. Según datos de la OMS, un tercio de las mujeres en el mundo ha sufrido violencia física o sexual por parte de una pareja íntima ⁽²⁾. Por otra parte, la pandemia de COVID-19 ha supuesto un nuevo frente para tener en cuenta en la lucha contra la violencia de género. El aislamiento, la imposibilidad de desplazamiento y otros factores derivados de esta inusual situación han favorecido el aumento de las tasas de violencia, así como las llamadas a servicios de asistencia. Hasta diciembre de 2020, 135 países de todo el mundo habían tomado medidas dirigidas a ayudar a mujeres en esta situación en el contexto de la crisis de COVID-19 ⁽³⁾.

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo en base a los partes de lesiones emitidos por el servicio de urgencias del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid (HURH) entre 2018 y 2020. La muestra final es de 134 pacientes. El objetivo es conocer y describir el perfil de las pacientes, y valorar si existen diferencias entre los datos de 2020, en el contexto de la pandemia de COVID-19, con respecto a los datos de los años previos. De este modo buscamos conocer mejor no solo la prevalencia de la violencia de género o los factores que pueden favorecerla, sino aquellos puntos más débiles en cuanto a detección y actuación sanitaria en estos casos.

PALABRAS CLAVE

Violencia, mujeres, lesiones, pandemia, COVID-19, urgencias

Internationally, Violence Against Women (VAW) constitutes a significant public health problem. It represents a documented problem in every country that it had been studied, that affects every group no matter social, economic, or religious context. According to the WHO information, a third of the world women population has suffered physical or sexual violence by her intimate partner. Furthermore, the world pandemic of COVID-19 has established a new world context to have on mind on the fight against VAW. The isolation, the limitation of movement and other factors, gave advantage to the increase of violence rates, just like the phone calls to assistance service. Until December 2020, 135 countries had taken measures to help women that lives in this situation in the context of COVID-19 pandemic crisis.

We made a descriptive retrospective study based on injuries medical reports at the accident and emergency department from the "Hospital Universitario Río Hortega" of Valladolid between the years 2018 and 2020. The final sample include 134 patients. The final purpose is to know and describe the patient's profile and assess if there are differences between 2020 data in pandemic context and the data of the previous years. In this way we pretend to determine not only the prevalence of VAW and the involved factors, but also those weak spots regarding detection and sanitary intervention on these cases.

KEYWORDS

Violence, women, injuries, COVID-19 pandemic, emergencies

INTRODUCCIÓN

Desde 1993 Las Naciones Unidas reconocen la violencia contra la mujer una **violación de los derechos humanos** y las libertades fundamentales, y la definen como «*todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada*». ⁽⁴⁾

La violencia machista es un **problema multidimensional** arraigado en nuestra estructura social, que parte desde la desigualdad de género en la cual, el hombre se sitúa en una posición de superioridad respecto a la mujer. Analizándolo desde el modelo ecológico de Lory Heise de 1998, lo que ocurre a nivel individual está en correlación con los modelos de civilización sobre los que asienta, y establece la existencia de factores de riesgo a diferentes niveles: individual, relacional, comunitario y social. Esto permite comprender la existencia de desigualdades entre los diferentes colectivos de mujeres en el riesgo de sufrir VG, así como la enorme dificultad del abordaje del problema. ⁽⁵⁾

1. VIOLENCIA DE GÉNERO: VISIÓN GENERAL (DATOS Y CIFRAS)

A escala mundial el 35% de las mujeres ha experimentado alguna vez **violencia física o sexual** por parte de su pareja íntima o por una persona distinta de su pareja en algún momento de su vida. El 38% de los **asesinatos** de mujeres que tienen lugar a nivel mundial han sido perpetrados por parte de su pareja masculina ⁽⁶⁾.

En la actualidad este tipo de violencia se continúa perpetuando en países democráticos, como el nuestro. Datos extraídos de la **Macroencuesta de Violencia** realizada

| Víctimas mortales | 2018 | 2019 | 2020 |
|-------------------|------|------|------|
| | 51 | 55 | 43 |

Ilustración 1. Cifras de víctimas mortales en España por años

en **España** durante 2019 por la Delegación de Gobierno aportan cifras alarmantes: “*1 de cada 2 mujeres (57,3%) residentes en España de 16 o más años han sufrido violencia a lo largo de sus vidas por ser mujeres*” ⁽⁷⁾. Las víctimas mortales registradas **entre 2018-2020** en nuestro país suman un total de 149 mujeres fallecidas por violencia machista, según las cifras publicadas por el Ministerio de Igualdad.

En el ámbito europeo las cifras no distan de las mundiales ni de las de nuestro país. En el **sondeo de 2014** realizado por la **Agencia Europea para los Derechos Fundamentales (FRA)** se extraen prevalencias que estiman que 1 de cada 3 mujeres había experimentado violencia física o sexual a partir de los 15 años; y un 8% lo había experimentado

en los últimos 12 meses. ⁽⁸⁾

| | | | |
|--|---------------------------|------------------------|---------------------------|
| Población objeto: mujeres de 16 o más años residentes en España. | | | |
| Recogida de información: entrevista personal asistida por ordenador (CAPI) utilizando tarjetas. | | | |
| Tamaño de la muestra: Diseñada: 10.000 entrevistas. Realizada: 9.568 entrevistas. 17 comunidades autónomas y las dos ciudades autónomas, en 52 provincias, 582 municipios y 991 secciones. | | | |
| *Datos referidos a la prevalencia a lo largo de toda la vida. | | | |
| | | Prevalencia (%) | Número de víctimas |
| Violencia física | En la pareja | 11 | 2.234.567 |
| | Fuera de la pareja | 13,4 | 2.737.358 |
| Violencia sexual | En la pareja | 8,9 | 1.810.948 |
| | Fuera de la pareja | 6,5 | 1.322.052 |
| Violencia psicológica* | En la pareja | 23,2 | 4.744.106 |

Ilustración 2. Macroencuesta de Violencia realizada en España durante 2019

Han sido descritos una larga lista de factores de riesgo asociados a la VG, tanto para los autores como para las víctimas [ver **ANEXO 1**] ⁽⁶⁾. Son un motivo de estigma y vergüenza por lo que con frecuencia se mantiene oculta. Menos del 40% de las mujeres que sufren VG buscan algún tipo de ayuda y menos del 10% de quienes buscan ayuda acuden a la policía. ⁽⁶⁾

2. PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

En 1996 la OMS lo declaró un **problema de Salud Pública**. Las graves **consecuencias** que provoca la VG no se limitan únicamente a secuelas físicas y/o psicológicas en las mujeres maltratadas sino también recae sobre sus hijos e hijas. [ver **ANEXO 2**] ⁽⁹⁾. Afectando a escala individual, comunitaria y nacional, pues supone una enorme carga para las economías de los países.

A pesar de que las cifras exactas de **costes** directos e indirectos son difíciles de calcular, el coste de la violencia se traduce a nivel mundial en billones de dólares anuales. Se incluyen los costes de **sanidad**, **costes legales** o **pérdida de productividad**, por absentismo laboral y/o muertes prematuras. Sumando factores como la hiperfrecuentación sanitaria documentada, los recursos sociales de las mujeres que lo requieran, costes judiciales, policiales, y los penitenciarios del agresor, entre otros. ⁽¹⁰⁾

Todo ello ha hecho necesario que siga siendo necesario avanzar en investigación y conocimiento para determinar tanto la **magnitud** como las consecuencias de este problema, así como medidas de **prevención** y abordaje que resulten eficaces. En la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2016, se aprobó un **plan de acción** para fortalecer la función del sistema de salud para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas. ⁽⁵⁾

3. VIOLENCIA DE GÉNERO DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

La repentina aparición en la ciudad de Wuhan en diciembre de 2019 del denominado **SARS-CoV-2**, ha sido la piedra angular del inicio esta pandemia. El 14 de marzo de 2020 el Gobierno de España declara el estado de alarma y el confinamiento domiciliario. El 6 de abril de 2020, la Directora Ejecutiva de ONU Mujeres emite una declaración, en la que pone en alerta sobre la detección de otra “**pandemia en la sombra**”: la violencia contra las mujeres en un momento en el que 90 países están en situación de confinamiento.

Se notifica un **incremento de llamadas en busca de ayuda** por parte de las líneas de atención para la violencia doméstica en todo el mundo. El confinamiento aviva la tensión y el estrés generados por preocupaciones relacionadas con la seguridad, la salud y el dinero. Asimismo, **refuerza el aislamiento de las mujeres** que tienen compañeros violentos, separándolas de las personas y los recursos que pueden ayudarlas. ^{(11) (12) (13)}

En España se produjo un repunte en las llamadas al 016 durante el segundo trimestre de 2020 ⁽¹⁴⁾, dato que contrasta con un descenso llamativo en el número de denuncias en el mismo período de tiempo.

| | 2018 | 2019 | 2020 |
|--------------------|---------------|---------------|---------------|
| 1º TRIMESTRE | 17.668 | 15.873 | 16.950 |
| 2º TRIMESTRE | 18.610 | 17.285 | 25.352 |
| 3º TRIMESTRE | 20.029 | 18.115 | 21.135 |
| 4º TRIMESTRE | 17.147 | 17.441 | 15.449 |
| TOTAL ANUAL | 73.454 | 68.714 | 68.631 |

Ilustración 3. Llamadas registradas por el teléfono 016 por trimestres desde 2018 a 2020. Fuente: Ministerio de Igualdad. Portal estadístico

| | 2018 | 2019 | 2020 |
|--------------------|----------------|----------------|----------------|
| 1º TRIMESTRE | 39.586 | 40.319 | 36.185 |
| 2º TRIMESTRE | 42.077 | 40.495 | 34.576 |
| 3º TRIMESTRE | 43.560 | 45.122 | 42.854 |
| 4º TRIMESTRE | 41.738 | 42.232 | 37.189 |
| TOTAL ANUAL | 166.961 | 168.168 | 150.804 |

Ilustración 4. Registro de denuncias interpuestas por VG por trimestres desde 2018 a 2020. Fuente: Ministerio de Igualdad. Portal estadístico

Todo ello se desarrolla en un contexto de saturación sanitaria por la COVID-19 en el que las medidas de actuación se vieron limitadas y fueron quizás deficitarias en este ámbito.

⁽¹⁵⁾ Por este motivo la **Asamblea General de las Naciones Unidas** emite un informe el 30 de julio de 2020 en el que se declara la **necesidad urgente de adopción de medidas** para eliminar la violencia contra las mujeres en este nuevo contexto establecido a nivel mundial por la COVID-19. “*Además de exacerbar la violencia y las desigualdades, la pandemia de COVID-19 pone en peligro los progresos realizados hasta la fecha en la eliminación de la violencia contra las mujeres y las niñas, y va a frenar el actual avance hacia las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030*”. ⁽¹⁶⁾

4. PROTOCOLOS, DETECCIÓN Y ABORDAJE DE LOS CASOS

El **reto actual** al que se enfrenta el sistema sanitario ante este problema global es: la disminución de la incidencia, mediante la prevención primaria, la detección precoz y el

abordaje profesional adecuado. ⁽⁹⁾ ⁽¹⁵⁾ La **formación de los sanitarios** debería garantizar la sensibilización con respecto a las cuestiones relacionadas con la violencia, el trato respetuoso, el mantenimiento de la confidencialidad, evitar el refuerzo de sus sentimientos de estigma y culpa, ⁽¹⁷⁾ así como de estar alerta ante la posibilidad de maltrato y ser capaces de reconocer signos o **indicadores de sospecha** del mismo [ver [ANEXO 3](#)] y mantener una actitud activa ante el problema [ver [ANEXO 4](#)] ⁽⁹⁾.

Es imprescindible el desarrollo de una anamnesis adecuada y completa, anotando la valoración del riesgo vital de la paciente, mediante la **intervención inicial “ERES”** [ANEXO 5](#). ⁽¹⁰⁾ La valoración de riesgos vitales a nivel físico, psíquico y social, determinarán posteriormente las actuaciones a seguir. Todo debe quedar registrado en la historia clínica, con la notificación judicial mediante la emisión del parte de lesiones adjunto en el [ANEXO 6](#). La Guía de actuación sanitaria ante violencia de género de Castilla y León, propone el **algoritmo de actuación** para los SUH adjunto en el [ANEXO 7](#).

OBJETIVOS

- Describir las lesiones de las pacientes.
- Conocer el perfil sociosanitario de las víctimas.
- Conocer si existen otras patologías asociadas, incluyendo las de carácter psiquiátrico.
- Comprobar si existe variabilidad en los datos de violencia de género dentro del contexto de la pandemia de COVID-19.
- Comentar los puntos en los que puede llevarse a cabo una mejora en la detección, abordaje o seguimiento por parte del personal sanitario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Llevamos a cabo un **estudio observacional, descriptivo, retrospectivo** en el contexto del servicio de **urgencias del Hospital Universitario Rio Hortega de Valladolid (HURH)**. La población objeto de estudio la constituyen las pacientes mayores de edad con un parte de lesiones por violencia de género emitido desde dicho servicio entre enero de 2018 y diciembre de 2020. Se revisaron todas las historias clínicas digitalizadas de las pacientes, exceptuando aquellas a las que no pudo accederse por disponer de un número de historia provisional. Una vez revisadas, se excluyeron aquellas que no correspondían con violencia de género.

Se analizaron diferentes variables:

1. **Sociodemográficas:** edad, rango de edad (<25, 26-40, 41-55, 56-70 y >70 años), nacionalidad, situación laboral, hijos y embarazo actual.
2. **En relación con el maltrato:** relación con el maltratador, existencia de episodios previos, duración del maltrato.
3. **Clínicas:** antecedentes médico-psiquiátricos, antecedentes obstétricos, discapacidad, comorbilidad, consumo de psicofármacos.
4. **En relación con el episodio agudo:** tipo y localización de las lesiones, valoración del riesgo vital físico, psíquico y social, pronóstico, consejo y destino.

ESTRATEGIA Y ANÁLISIS DE DATOS

Todos los datos se almacenaron en la aplicación de hojas de cálculo de EXCEL y se utilizó 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 empleó 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. Para los test realizados se ha considerado significativo un nivel de confianza del 95% ($p < 0,05$).

INSTRUMENTACIÓN

La revisión bibliográfica se realizó mediante PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>), servicio de libre acceso a la Base de datos Medline proporcionado por la National Library of Medicine (NML). Se extrajeron datos oficiales de los portales de violencia de género de la OMS, la ONU y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). También se revisaron 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 12 de febrero de 2021. (Ref. CEIm: PI282-20).

RESULTADOS

1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Se analizaron todos los **partes de lesiones** emitidos por VG desde el **SUH del HURH** durante los años 2018, 2019 y 2020. Se obtuvieron un total de **131 pacientes**, divididos en 92 casos correspondientes a 2018 -2019 y 39 partes de lesiones del año 2020.

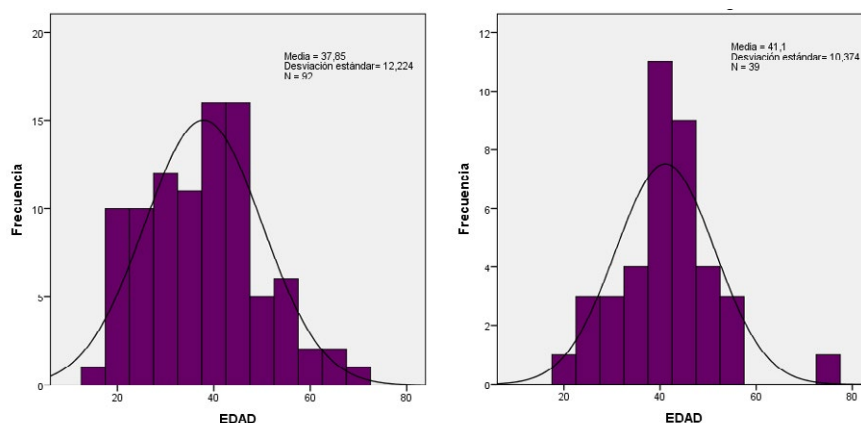


Ilustración 5 - Gráfico de frecuencia de agresiones por edad. A)2018-2019 B)2020

La **edad media** de las mujeres fue de $37,85 \pm 12,2DE$ entre 2018-2019 siendo el grupo de edad [26- 40 años] (39,1%) el más prevalente, mientras que, en 2020 la edad media de las mujeres fue de $41,10 \pm 10,3DE$, siendo la franja de edad de [41-55 años] la de mayor peso del total de mujeres (56,4 %).

La **nacionalidad** de las mujeres fue principalmente la española con un porcentaje del 64,1% durante 2018-2019 y del 71,8%, durante 2020. Seguidas por la sudamericana (17,4%) en 2018-2019; y por Europa del Este (7,7%) en el 2020.

La **situación laboral** de estas mujeres no consta en un 94,6% (2018- 2019) y en el 69,2% de las HC de 2020. Si bien es cierto que en este último año un 25,6% eran amas de casa y un 4,9% mujeres empleadas.

El 40,9% de las mujeres entre 2018-2019 y el 51,3% en 2020 tenían **hijos a cargo**. Si bien es cierto que este parámetro no fue recogido en el 58,7% y 43,6% de las HC de los años respectivos.

Analizando los **antecedentes médicos** de las mujeres que han acudido a los SUH del HURH durante 2018-2019 comparados con el año 2020, obtuvimos los siguientes resultados: enfermedades crónicas (28,3% y 38,5%); discapacidad (1,1% y 0%); antecedentes psiquiátricos (21,7% y 34,1%); antecedentes obstétricos (5,4% y 15,4%).

Destaca una proporción ligeramente superior de **mujeres embarazadas** en el momento de la agresión en el año 2020 (10,3%), con respecto a los dos años previos (2,2%).

2. MALTRATADOR Y DURACIÓN

La **relación con el maltratador** más frecuente en ambos períodos de tiempo fue la pareja actual de la mujer [65,2% (2018-19) y 71,8% (2020)]. La expareja fue la responsable de un 22,8% de las agresiones en 2018-19, dato que disminuye en 2020 (15,4%). Un 5,4% (2018-19) y un 2,6% (2020) de las mujeres sufrieron VG por parte de otro hombre. Hay un porcentaje no despreciable de HC en las que no consta el tipo de relación que la mujer tenía con el agresor [2018-19 (6,5%) y 2020 (10,3%)]

La **duración del maltrato** no consta en el 87,2% de las historias clínicas de 2020 y en el 85,9% de las historias de las historias entre 2018 y 2019. Siendo la distribución de los años de maltrato muy variable.

El 56,5% de las HC de 2018-19 y el 43,6% de 2020, corresponden a mujeres que han acudido por primera vez a los Servicios de Urgencias tras un episodio de agresión por VG.

3. RIESGO VITAL EN LA HISTORIA CLÍNICA

Tras la valoración general de la mujer es conveniente evaluar los riesgos para la vida de la persona, sin embargo, tan solo se ha realizado en el 10,9% de los partes de lesiones de 2018-2019, mientras que en 2020 no se han recogido estos datos en el 100% de las HC.

Ahora bien, leyendo los diferentes partes de lesiones hemos podido detectar las siguientes situaciones de riesgo vital físico, psíquico y sexual. Destacando un repunte en 2020 del RV psíquico y sexual de las mujeres respecto a los años previos.

| RV FÍSICO | | |
|-------------|----|-------|
| 2018-19 | 11 | 12% |
| 2020 | 2 | 4,9% |
| RV PSÍQUICO | | |
| 2018-19 | 4 | 5,4% |
| 2020 | 4 | 10,3% |
| RV SEXUAL | | |
| 2018-19 | - | - |
| 2020 | 3 | 7,3% |

Ilustración 6. Riesgo vital en las HC en el período previo a la pandemia de COVID-19 y durante 2020.

4. TIPO DE AGRESIÓN Y ANÁLISIS DE LESIONES

El **tipo de agresión** por el que las mujeres han acudido al SUH con mayor frecuencia tanto en 2020 (84,6%), como en los dos años previos (88%) es la **agresión física**. Seguidamente se hallan las agresiones **psíquicas**, que muestra una ligera disminución entre 2020 (20,5%) y previamente (26,1%). Las agresiones **sexuales** representan el 7,6% de PL entre 2018-19 y el 7,7% de los PL de 2020.

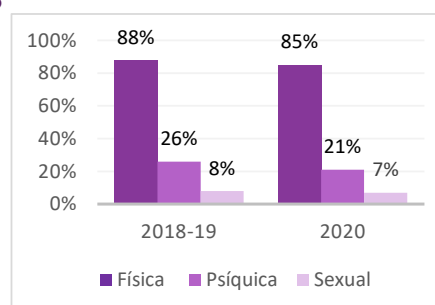


Ilustración 7. Gráfico realizado según los datos obtenidos de las cifras de agresiones física, psíquica y sexual, entre 2018-2019 y el año 2020

En cuanto a la distribución por localización tanto son las **extremidades superiores** y la cara las regiones más frecuentes. Es importante mencionar que las mujeres en su mayoría presentaban lesiones en más de una región topográfica.

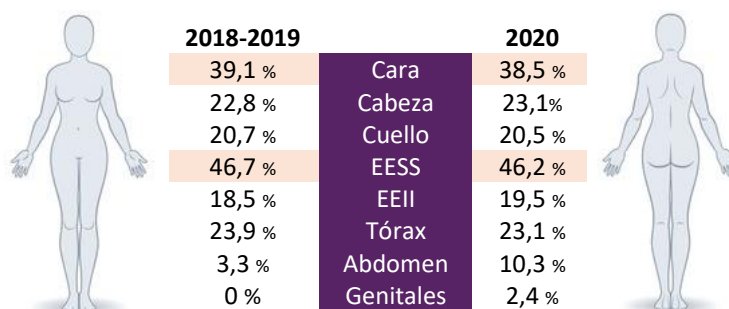


Ilustración 8. Distribución topográfica de las lesiones físicas. Años 2018-2019 y 2020

5. CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS Y TÓXICOS

Entre las consecuencias sobre la salud mental de las mujeres que son víctimas de VG se encuentra el uso y/o abuso de psicofármacos y otros tóxicos. En torno al 30% de las **mujeres tomaban ansiolíticos** en ambos periodos de tiempo. Sin embargo, se detecta una menor prevalencia de mujeres que consumen antidepresivos, alcohol y otros tóxicos en el año 2020, respecto a los anteriores.

| ANSIOLÍTICOS | | |
|----------------|----|--------|
| 2018-19 | 25 | 27,2 % |
| 2020 | 13 | 33,3 % |
| ANTIDEPRESIVOS | | |
| 2018-19 | 18 | 19,6 % |
| 2020 | 4 | 10,3 % |
| ALCOHOL | | |
| 2018-19 | 12 | 13 % |
| 2020 | 3 | 7,7 % |
| OTROS TÓXICOS | | |
| 2018-19 | 4 | 4,3 % |
| 2020 | 0 | |

Ilustración 10. Frecuencias y porcentajes de consumo de psicofármacos y otros tóxicos entre las mujeres entre 2018-2019 y el año 2020.

6. PRONÓSTICO, CONSEJO Y DESTINO.

La mayoría de las pacientes acudieron al SUH por petición propia tanto en 2018-2019 (71,7%) como en 2020 (74,4%). Seguidamente en menor proporción acudieron acompañadas por los servicios de fuerzas de seguridad el 14,1% y 17,9%, por los servicios de emergencia 14,1% y 7,7%

En cuanto al **consejo profesional** solo se ha recogido y por tanto ha sido dado en un 16,3% de los casos de 2018-2019 y en el 17,9% de los casos de 2020.

El **pronóstico** más frecuente de las mujeres atendidas en SUH es leve, tanto entre 2018-2019 como en el año 2020, en un 98,9% y 97,4% de los casos respectivamente y grave 1,1% y 2,6% respectivamente. Siendo el destino final más frecuente en 2020, el alta (92,3%); 2 pacientes fueron ingresadas (5,1%) y 1 de ellas fue llevada por la policía. Estos datos se aproximan bastante a los obtenidos durante los años previos: el 95,7% fueron dadas de alta, el 1,1% ingresó y el 3,3% fue llevada por la policía. [Resultados estadísticos totales en el **ANEXO 7**].

DISCUSIÓN

En **números totales** los casos de VG **han aumentado** en el área de salud Valladolid Oeste resultando en un total de 131 partes de lesiones entre 2018 y 2020, que contrasta con los números totales del período 2015-2017 con 81 casos de VG atendidos en el SHU del HURH. ⁽¹⁸⁾

La **media de edad** de las mujeres que han acudido a los servicios de urgencias hospitalarias del HURH ha sido en 2018-2019 de 38 años y 41 años en 2020, hallando el mayor volumen de mujeres en el rango de edad entre los 25 y los 40. Cifras que, si extrapolamos, concuerdan con los resultados obtenidos en otros estudios, encontrando que el tramo de edad de 36 a 45 años el más representativo. ⁽¹⁹⁾ Hemos de precisar que estos datos hacen referencia al momento en el que acuden a

los SHU, por lo que el hecho de que acudan a edades medias de la vida puede ser el reflejo de años de malos tratos perpetrados y ocultos en la intimidad del hogar, hasta que se deciden a verbalizarlo y solicitar ayuda. Analizando el ciclo de violencia, podemos pensar que el momento en el que la mujer acude a los servicios de emergencia hospitalaria tiene lugar tras un fenómeno de explosión, que ocurre tras un período de acúmulo de tensión gradual hasta que estalla en forma de violencia. ⁽²⁰⁾



Ilustración 11. Ciclo de la violencia de Lenore Walker.

Coincidiendo con otros estudios a nivel nacional ^{(7) (21)}, la mayoría de las mujeres atendidas han sido de **nacionalidad española**, bien por tratarse de la nacionalidad predominante en nuestro país o bien porque queden fuera de estudio aquellas nacionalidades en las que, por motivos culturales o religiosos, el subyugo del hombre sobre la mujer y la violencia matrimonial estén legitimados y por tanto no se obtenga registro de ellas. Esto influye en que los casos de mayor gravedad, mujeres más traumatizadas o no capaces de contarlo, puedan quedar fuera de estudio. ^{(7) (22)}

En cuanto a la **situación laboral**, no conocemos los datos de la práctica totalidad de la muestra de 2018 y 2019, pero durante 2020 observamos que el porcentaje de mujeres que trabajaban en el hogar era ampliamente mayor a las mujeres trabajadoras independientes. Esto dificulta a la mujer establecer redes de contacto fuera del hogar, favoreciendo

el aislamiento y la perpetuación de la violencia. El hecho de que el agresor sea la fuente de ingresos de la unidad familiar sitúa a la mujer en una postura de dependencia económica, que puede contribuir a la aceptación de esa realidad violenta y la sumisión a la pareja por miedo al desamparo. ^{(23) (24)}

Conocer de la existencia de **hijos a cargo** nos permite analizar la situación familiar de forma global, pero sin embargo este dato no es recogido en un porcentaje llamativamente reseñable de las historias clínicas. La realización de una anamnesis deficitaria por parte del personal sanitario nos impide detectar si la violencia puede ser que también sea ejercida contra ellos, resultando en muchos casos las “víctimas invisibles”, tal y como se mencionan en otros estudios realizados a nivel nacional. ⁽²⁵⁾ En este punto podemos reflexionar sobre el motivo por el cual, en la práctica clínica en los SUH no se está preguntando por la presencia de menores que residen en el hogar, dada la gravedad de la situación. La hipótesis que barajamos es que el problema resida en una formación insuficiente o una elevada carga asistencial.

Vivir en ambientes violentos propicia un estado de estrés crónico en la víctima de VG, esto puede influir negativamente sobre su salud física y psíquica. Obtuvimos que entre un 20-30% de la muestra sufrían ansiedad, depresión, u otras patologías psiquiátricas como ideación suicida o trastorno por estrés postraumático, cifras similares a los obtenidos en otros estudios. ⁽²⁶⁾ La **ideación suicida y los intentos autolíticos** representan el grado máximo de gravedad de la VG. Existen estudios precedentes realizados en este mismo hospital que aportan cifras alarmantes al respecto: 1 de cada 4 de las mujeres atendidas por intentos autolíticos, evidenciaban la existencia VG previa ⁽²⁷⁾.

Los datos obtenidos indican que aproximadamente 1 de cada 3 mujeres de la muestra presentan **enfermedades crónicas** como HTA, cardiopatía isquémica, DM, cefaleas, artralgias, cáncer, enfermedades respiratorias o autoinmunes entre otras. A pesar de que estos datos concuerdan con otros estudios ^{(26) (28)} que apuntan a una influencia negativa de la violencia sobre el estado de salud de la mujer, no podemos establecer una correlación entre la aparición de enfermedades crónicas con la violencia.

Hemos obtenido una proporción pequeña de mujeres que presentaban algún tipo de **discapacidad física, sensorial o psicológica** en la muestra. No obstante este es un factor especialmente relevante porque las sitúa en un contexto de mayor vulnerabilidad a

la violencia, en forma de reiteración de actos violentos, vejaciones y humillaciones, omisión de cuidados o medicación negligentes, entre otros. La discapacidad no solo puede actuar como factor causal, sino ser consecuencia de la violencia y manifestarse en forma de dolores crónicos, enfermedad mental grave, etc.; esto influirá negativamente sobre su autonomía personal ⁽²⁹⁾. Especialmente estas mujeres pueden acudir acompañadas a los servicios sanitarios por su pareja, es por ello que destacaremos la importancia de asegurarnos de un espacio de intimidad con la paciente, para valorar la posibilidad de malos tratos y de contactar con los servicios sociales si fuera necesario. ⁽²³⁾

Analizando la proporción de **mujeres gestantes** que acudieron a los SUH observamos que, durante el segundo trimestre de 2020, las cifras totales fueron mayores respecto al mismo período de años previos. Nos planteamos si es posible hayan sido embarazos deseados o si, por el contrario, se tratan del resultado de una agresión sexual no notificada, bien por ser asumida como natural por parte de la mujer, o porque el profesional sanitario no haya preguntado por ella. ⁽³⁰⁾

La instauración en marzo de 2020 de este nuevo contexto sociosanitario de confinamiento domiciliario desencadenó una situación de aumento de la tensión y estrés dentro de los hogares, favoreciendo la inclinación de la balanza hacia la pareja actual como la figura agresora de la víctima de VG. Asimismo, aumentó significativamente la solicitud de ayuda al teléfono 016, en contraposición con la disminución de los casos atendidos en los SUH, lo que nos hace plantearnos si, los agresores pueden haber utilizado las restricciones debidas al COVID19 para hacer un mayor ejercicio de poder y control sobre las víctimas, limitando el acceso a los servicios sanitarios. ^{(11) (12) (31)}

La recogida de la valoración del Riesgo Vital Inmediato (físico, psíquico y sexual) de la víctima en la HC es considerado como dato de buena praxis, y es reconocido en múltiples guías y protocolos de actuación, como parámetro de calidad. A pesar de ello, este dato no consta en torno al 85% de las HC analizadas en la muestra. Cabe la posibilidad de que este se valore durante la entrevista pero que no se recoja en la HC para evitar que sea leído por el agresor. La amplia ausencia del RVI en las HC, nos permite establecer la hipótesis sobre la posibilidad de un desconocimiento del profesional sanitario de los protocolos de actuación ante casos de VG, pudiendo ser interesante ampliar y mejorar la formación, así como la sensibilización sanitaria para mejorar de este modo la calidad asistencial. ^{(9) (23)}

Analizando los diferentes **tipos de agresiones** debemos señalar que no son excluyentes entre sí, pudiendo coexistir varias agresiones en un mismo caso. El mayor porcentaje que hemos obtenido han sido agresiones físicas, seguidas en menor porcentaje por las psíquicas y las sexuales. Tal y como ha sido comentado previamente, es posible que las cifras de agresiones sobre la esfera psíquica y las sexuales estén resultando infraestimadas. La VG es un problema, socialmente, muy estigmatizado lo que desemboca en un círculo de silencio, en el que la mujer no informa sobre ello por vergüenza y el personal sanitario no pregunta por desconocimiento o falta de formación. La falta de detección o el manejo deficiente por parte de las autoridades sanitarias, puede llevar a un proceso de victimización secundaria ocasionado por el sistema, en el que la mujer crea sentimientos de desconfianza en las autoridades, y pierde la esperanza de que su situación pueda cambiar, cronificando el problema. La importancia de la ruptura del silencio es recogida en muchas guías como una de las herramientas más eficaces para el desenmascaramiento del problema y evadir la medicalización de este. El profesional sanitario ha de preguntar desde una postura de escucha activa y empática, creando un ambiente cercano que propicie el diálogo. ^{(9) (23) (30)}

Estudiando la **distribución de las lesiones** hemos determinado que las regiones más frecuentes han sido cara, cabeza, cuello y tórax, siguiendo un patrón de distribución central, así como lesiones sugestivas de posturas de defensa en extremidades superiores; concordando con la bibliografía revisada. ⁽¹⁸⁾

Llama la atención el importante consumo de psicofármacos en este colectivo, datos que se aproximan notablemente con los resultados obtenidos en otros estudios a nivel nacional en los que se analizó el consumo de tranquilizantes, antidepresivos, alcohol y otros tóxicos ⁽²⁶⁾. Sin embargo, dado que no contamos con datos de la población general para establecer una comparativa, no podemos establecer una clara correlación entre ambos factores. Los datos de abuso de alcohol o drogodependencia no han sido especialmente significativos en la muestra como para establecer correlaciones con certeza.

En cifras globales, el **pronóstico** de las mujeres fue leve en prácticamente la totalidad de los casos con cifras en torno al 98%, dato que concuerda con la autonomía que presentaron las pacientes al acudir a los SUH por petición propia en más del 70% de los casos, así como con el destino final, alta domiciliaria en un 92-95%. Los protocolos recogen que toda HC debe recoger el pronóstico y el plan para conocer el nivel de seguridad de la mujer. Se ha de valorar la necesidad de derivación a otras especialidades, el ingreso hospitalario,

y el seguimiento requerido.

Los protocolos y guías recogen la importancia de informar a la mujer maltratada sobre los riesgos para su salud y seguridad, así como para sus hijos, a corto y largo plazo. Con ello se busca que la mujer comience a valorar un **proceso de cambio** o ruptura de la situación actual. No obstante, los motivos que impiden o dificultan la ruptura de la mujer de los lazos de unión a esta relación de violencia, son muy diversos y complejos. Ésta debe ser informada de los **recursos y derechos** de ayuda y asesoramiento con los que cuenta a su disposición, como el número 016. La dotación de consejo es reconocida como un dato de buena praxis, sin embargo, en este estudio ha sido especialmente llamativo el elevado porcentaje de historias clínicas en las que no se refleja el haber proporcionado consejo a la paciente, aunque no podemos descartar que haya sido dado, pero no recogido en la HC por miedo a que, si el agresor tiene acceso al informe de alta, su seguridad posterior pueda verse comprometida. ^{(9) (23) (32)}

CONCLUSIONES

Destacar que las **lesiones físicas** representan la parte visible del iceberg que es la violencia de género, que en este estudio han consistido en agresiones físicas leves con localizaciones de distribución central y sugestivas de posturas de defensa.

El agresor principal en este estudio ha sido la **pareja actual** de la víctima.

Los escasos porcentajes de **agresiones psíquicas y sexuales** en este contexto de VG nos han llamado la atención de forma significativa. La estigmatización de las víctimas en la actualidad desemboca en su mayor parte en un **círculo de silencio**, en el que la mujer no lo comunica y el profesional sanitario no pregunta por ello, lo que favorece la cronificación y perpetuación de la situación. La educación sexo-afectiva para la detección de patrones de comportamiento controladores y el reconocimiento temprano de conductas violentas en las relaciones sentimentales, resulta clave como forma de prevención primaria.

Como reconocido **problema de salud pública**, hemos percibido la necesidad de mejora en la calidad asistencial y su abordaje en consulta, dada la escasa obtención de datos especialmente importantes en la HC como la evaluación del **RVI**, los **hijos** o la dotación de **consejo**, entre otros. Este hecho merma la prevención secundaria del problema, siendo posible que factores como la sobrecarga asistencial o la falta de formación y/o sensibilización de los profesionales sanitarios, estén detrás de ello.

Durante el contexto sociosanitario de **confinamiento domiciliario** vivido durante 2020 por la COVID 19, hemos asistido a un período crítico que trajo consigo el avance de la VG como “pandemia en la sombra”. La intensificación del aislamiento de la mujer maltratada limitó aún más la solicitud de ayuda a los SUH, empeorando su situación en este tiempo, tal y como avalan múltiples estudios realizados hasta la fecha.

La amplia **tendencia a la medicalización** de este problema puede ser causa directa de la escasa confrontación, por parte del personal sanitario, del mismo. Preguntar por la posibilidad de maltrato, posicionarnos en una actitud de escucha activa, empática y cercana, asociado a la dotación de los recursos disponibles y consejo médico, es en su conjunto un **abordaje integral desde la raíz del problema**. Teniendo en cuenta, que las cifras actuales lejos de disminuir continúan manteniéndose en porcentajes alarmantes, continuar avanzando en la prevención primaria y en la mejora asistencial de las víctimas, cobra vital importancia.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Hojas informativas de la OPS/OMS sobre la violencia contra la mujer. Panorama general. [Internet]. Washington, DC: 2013 [citado el 7 Feb 2021]. Disponible en: http://pps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98788/WHO_RHR_12.35_spa.pdf;jsessionid=F1ED2858BBE5EAD40C35A84629E28FAD?sequence=1
2. OMS (Organización Mundial de la Salud). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. [Internet]. Ginebra: WHO, Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council; 2013 [citado el 7 Feb 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>
3. COVID-19 Global Gender Response Tracker [Internet]. UNDP Covid-19 Data Futures Platform 2021 [cited 2021 Feb 7]; Available from: <https://data.undp.org/gendertacker/>
4. Violencia contra la mujer [Internet]. Organización Mundial de la Salud [citado 10 Feb 2021]. Disponible en: https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/
5. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària C. Violencia de género y Atención Primaria de Salud: una visión desde la consulta. Editorial Médica Panamericana;
6. Violencia contra la mujer [Internet]. Who.int 2020 [citado 13 enero 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
7. Ministerio de Igualdad. Macroencuesta de Violencia contra la mujer [Internet]. Madrid: Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género; 2019 Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/Macroencuesta2019/home.htm>
8. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). Violence against women: an EU-wide survey [Internet]. Luxemburgo: Publications Office of the European Union; 2015 [citado 10 Feb 2021]. Disponible en: <https://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>
9. Junta de Castilla y León, Gerencia Regional de Salud, 2019. Guía clínica de actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Valladolid.
10. World Health Organization, 2002. World report on violence and health. [online] Geneva: Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi and Rafael Lozano.
11. COVID-19 and violence against women [Internet]. World Health Organization 2020 [cited 2021 Jan 10]; Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/vaw-covid-19/en/>
12. Violencia contra las mujeres: la pandemia en la sombra [Internet]. ONU Mujeres 2020 [citado el 7 Feb 2021] Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/news/stories/2020/4/statement-ed-phumzile-violence-against-women-during-pandemic>
13. Usher K, Bhullar N, Durkin J, Gyamfi N, Jackson D. Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. International Journal of Mental Health Nursing [Internet]. 2020 [citado el 13 de enero 2021]; 29(4):549-552. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32314526/>
14. Bradbury-Jones C, Isham L. The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. Journal of Clinical Nursing [Internet]. 2020 [citado el 13 de enero 2021]; 29(13-14):2047-2049. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7262164/>
15. Portal Estadístico Violencia de género [Internet]. Estadísticas violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es. 2021 [citado el 13 de enero 2020]. Disponible en: http://estadisticasviolenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/portalEstadistico.html#switch_render_button.
16. Roesch E, Amin A, Gupta J, García-Moreno C. Violence against women during covid-19 pan-

- demic restrictions. *BMJ* [Internet]. 2020 [citado el 10 de febrero 2021]; m1712. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32381644/>
17. Intensificación de los esfuerzos para eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas: Informe del Secretario General (2020) | Digiteca: Publicaciones [Internet]. ONU Mujeres2020 [citado 11Feb2021]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2020/07/a-75-274-sg-report-ending-violence-against-women-and-girls>
 18. OMS | Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer [Internet]. *Who.int*2020 [citado 12Feb 2021]. Disponible en: https://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter1/es/
 19. Asuar Geisselmann I., Sánchez Ramón S. Análisis de lesiones físicas y somáticas en Violencia de Género [Trabajo de Fin de Grado en Internet]. [Valladolid]: Universidad de Valladolid, 2018. Recuperado a partir de: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/30323>
 20. Estudio sobre el tiempo que tardan las mujeres víctimas de violencia de género en verbalizar su situación. Gobierno de España, Delegación para la Violencia de Género
 21. Yugueros García A. Mujeres que han padecido malos tratos en las relaciones de pareja: el ciclo de la violencia. *Pioésis* [Internet]. 2016 [citado el 2 de mayo 2021]; 30:12-18. Disponible en: <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/1854>
 22. Instituto Nacional de Estadística, 2020. Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género (EVDVG). [online]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/evdvg_2019.pdf [Consultado el 20 de abril 2021].
 23. Rodrigues RdA, Strey MN, Cantera LM. Violencia de género en la pareja contra mujeres inmigrantes: un estado del arte. *Revista de Estudios de Género.La ventana*. 2013; IV(37).
 24. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
 25. Ministerio de Igualdad, Delegación del gobierno contra la Violencia de Género, 2020. Mujeres víctimas de Violencia de Género en el mundo rural. Madrid: Gobierno de España
 26. Carracedo Cortiñas S., Seijo Martínez D. (dir), Fariña Rivera F. (dir). Menores testigos de violencia entre sus progenitores: repercusiones a nivel psicoemocional [Tesis Doctoral en Internet]. [Vigo]: Universidad de Vigo, 2015. Recuperado a partir de: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/va/violenciaEnCifras/estudios/Tesis/estudios/Tesis5_Menores_Testigos_Violencia.htm
 27. Raya Ortega L, Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Atención Primaria* [Internet]. 2004 [citado el 2 de mayo 2021];34(3):117-124. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-violencia-contra-mujer-pareja-13064519>
 28. Egües Torres XT. Sánchez Ramón S El papel de la Violencia de género en los intentos autolíticos. [Trabajo de Fin de Grado en Internet]. [Valladolid]: Universidad de Valladolid, 2018. Recuperado a partir de: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/30242>
 29. Perez IR. Violencia contra la mujer y salud. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública.
 30. Ministerio de Igualdad, Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Mujer, discapacidad y violencia de género. Gobierno de España.
 31. Ministerio de Sanidad, consumo y Bienestar Social, Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. La percepción social de la violencia sexual. Madrid: Gobierno de España.
 32. Guía del sistema de acción y coordinación en casos de violencia de género en España - Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género [Internet]. *Violenciagenero.igualdad.gob.es*2019 [cited 2021 May 10];Available from: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/informacionUtil/guia/home.htm>

ANEXOS

ANEXO 1: Factores de riesgo asociados a la VG

| FACTORES DE RIESGO COMUNES DE VIOLENCIA DE PAREJA Y VIOLENCIA SEXUAL | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • un bajo nivel de instrucción (autores de violencia sexual y víctimas de violencia sexual) • un historial de exposición al maltrato infantil (autores y víctimas) • la experiencia de violencia familiar (autores y víctimas); • el trastorno de personalidad antisocial (autores); • el uso nocivo del alcohol (autores y víctimas); • el hecho de tener muchas parejas o de inspirar sospechas de infidelidad en la pareja (autores); • las actitudes que toleran la violencia (autores); • la existencia de normas sociales que privilegian a los hombres o les atribuyen un estatus superior y otorgan un estatus inferior a las mujeres • un acceso reducido de la mujer a empleo remunerado. | |
| FACTORES DE RIESGO ESPECÍFICOS DE LA VIOLENCIA DE PAREJA | |
| <ul style="list-style-type: none"> • los antecedentes de violencia; • la discordia e insatisfacción marital; • las dificultades de comunicación entre los miembros de la pareja • la conducta dominadora masculina hacia su pareja | |
| FACTORES DE RIESGO ESPECÍFICOS DE LA VIOLENCIA SEXUAL | |
| <ul style="list-style-type: none"> • la creencia en el honor de la familia y la pureza sexual • las ideologías que consagran los privilegios sexuales del hombre • la levedad de las sanciones legales contra los actos de violencia sexual. | |
| Factores asociados a ser mujer maltratada | Factores asociados a ser hombre maltratador |
| <ul style="list-style-type: none"> - Vivencia de violencia doméstica en su familia de origen - Haber sufrido maltrato de pareja en relaciones anteriores - Bajo nivel cultural. - Bajo nivel socioeconómico. - Aislamiento psicológico y social. - Baja autoestima. - Sumisión y dependencia. - Embarazo. - Desequilibrio de poder en la pareja. - Consumo de alcohol o drogas. - Mujeres que consultan por problemas de salud mental - Personas con discapacidad física o psíquica - Aislamiento y escasa red social (inmigrantes) | <ul style="list-style-type: none"> - Experiencia de violencia en su familia de origen. - Alcoholismo. - Desempleo o empleo intermitente. - Pobreza, dificultades económicas. - Hombres violentos, controladores y posesivos. - Baja autoestima. - Concepción rígida y estereotipada del papel del hombre y la mujer. - Aislamiento social. - Vida centrada exclusivamente en la familia. - Trastornos psicopatológicos (celotipia). |

ANEXO 2: Consecuencias para la salud asociadas a la VG

| | |
|--|--|
| CONSECUENCIAS FATALES | <ul style="list-style-type: none"> - Muerte (por homicidio, suicidio...) |
| CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA | <ul style="list-style-type: none"> - Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras - deterioro funcional - Peor percepción de su estado de salud - Discapacidades secundarias |
| CONSECUENCIAS EN LAS CONDICIONES CRÓNICAS DE SALUD | <ul style="list-style-type: none"> - Dolor Crónico - Síntomas físicos inespecíficos (cefaleas, raquialgias, dolor torácico) - Síndrome de intestino irritable y otros trastornos gastrointestinales - Quejas somáticas |
| CONSECUENCIAS EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | <ul style="list-style-type: none"> - Por relaciones sexuales forzadas: pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, dispareunia, dolor pélvico crónico, embarazo no deseado... - Por maltrato durante el embarazo: hemorragia vaginal, amenaza de aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer... |
| CONSECUENCIAS EN LA SALUD PSÍQUICA | <ul style="list-style-type: none"> - Depresión - Ansiedad - Trastornos del sueño - Trastorno por estrés postraumático - Trastornos por somatización - Síndromes funcionales: malestar psicosocial - Trastornos de la conducta alimentaria - Intento de suicidio - Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos - Dependencia psicológica del maltratador - Alteraciones de su estado emocional: Disminución de su autoestima, deterioro de su iniciativa y de su capacidad de reflexión, culpa, desconfianza en los demás y en sí mismas |
| CONSECUENCIAS EN LA SALUD SOCIAL | <ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento social - Pérdida de empleo - Absentismo laboral - Disminución del nivel socio económico - Disminución del número de días de vida saludable |
| CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE HIJAS, HIJOS Y CONVIVIENTES | <ul style="list-style-type: none"> - Riesgo de alteración de su desarrollo integral - Sentimientos de amenaza - Dificultades de aprendizaje y socialización - Adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras - Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas - Con frecuencia son víctimas de maltrato por parte del padre o la pareja de la madre. - Violencia transgeneracional con alta tolerancia a situaciones de violencia - Trastorno del apego o la vinculación - La violencia puede también afectar a otras personas dependientes de la mujer y que convivan con ella |

FUENTE: Guía clínica de actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Junta de Castilla y León, Gerencia regional de Salud.

ANEXO 3: Signos y señales de alerta de maltrato

1. Sospechar posibilidad de maltrato ante lesiones cuando encontremos:

- a. Discrepancias entre la exploración y el mecanismo de producción referido, retraso en la petición de consulta, lesiones o hematomas en diferentes estadios evolutivos o ante consultas reiteradas de urgencia por lesiones atribuidas a accidentes fortuitos.
- b. No existen lesiones físicas patognomónicas de maltrato pero sí hay lesiones que sugieren esa posibilidad. Características de las lesiones:
 - Suelen ser bilaterales y más frecuentes en cabeza, cuello, tórax y abdomen, siguiendo un patrón central.
 - **Lesiones sugestivas:** rasguños, marcas de mordedura, quemaduras de cigarrillos y abrasiones por roce de cuerda.
 - **Lesiones** que indican una **postura defensiva:** equimosis o fracturas de los antebrazos, hematomas en región dorsal que obedecen a la postura de defensa que adopta la víctima al proteger su cara o tórax.
 - **Fracturas** de huesos nasales, dientes y mandíbula.
 - **Desgarro del lóbulo de la oreja** por arrancamiento del pendiente, rotura timpánica (bofetón).
 - **Lesiones antiguas:** cicatrices, signos radiográficos de fracturas antiguas.
 - **En gestantes:** las lesiones pueden localizarse en abdomen, en mamas y área genital.
 - Investigar signos de agresión sexual en mujeres con agresiones físicas.

2. Señales de alerta por el estado psicológico de la mujer

- a. Actitudes de la víctima: temor, nerviosismo, ausencia de contacto visual, inquietud, sobresalto al menor ruido, miradas inquietas a la puerta, pasividad, ensimismamiento, tendencia a culpabilizarse y a exculpar a su pareja, reticencia a responder preguntas, o a dejar se explorar, incapacidad para tomar decisiones. Puede tratar de ocultar lesiones o demorar la atención de las mismas. A veces quita importancia a lesiones que sí la tienen.
- b. Estado emocional: tristeza, depresión, ideas suicidas, miedo a morir, confusión, agitación, ansiedad extrema y síndrome de estrés postraumático. Vergüenza y humillación.

3. Otros signos y señales de maltrato son:

Quejas crónicas de mala salud, insomnio, cefaleas, abdominalgias, disfunciones sexuales, hiperfrecuentación, absentismo laboral, abortos provocados o espontáneos, fatiga crónica, uso frecuente o prolongado de psicofármacos o consumo de sustancias.

4. Actitud del cónyuge:

Excesiva preocupación y control, o bien excesivo desapego y despreocupación intentando banalizar los hechos.

ANEXO 4: Razones por las que el profesional no pregunta y por las que las mujeres no revelan la situación de maltrato

El profesional no pregunta por:

- Temor a molestar a la mujer e invadir su intimidad
- Dificultad para hacer este tipo de preguntas a la mujer
- No saber cómo tratarlo una vez detectado
- No considerarlo un problema de salud
- Tener internalizados mitos y estereotipos sociales sobre la violencia de género
- Dudas de que el sistema pueda ofrecerle una solución a estos problemas
- Incomodidad ante las reacciones de la víctima
- Inseguridad en el manejo del problema
- Dudas respecto a la veracidad del testimonio de la mujer
- Falta de tiempo en la consulta
- Temor a implicarse demasiado
- Insuficiente preparación para abordarlo
- Desconocer que los hijos e hijas también son víctimas de violencia de género

La mujer no revela la situación de maltrato por:

- Falta de reconocimiento del abuso
- Esperanza en que la situación cambie
- Miedo a represalias en ellas o en sus hijos
- Vergüenza ante la sensación de fracaso o culpa
- Situación psicológica de la mujer
- Tolerancia a los comportamientos violentos
- Dependencia psicológica y/o económica de la mujer respecto a su pareja
- Sentimientos de ambivalencia o inseguridad
- Miedo al sistema judicial
- No saber a quién dirigirse o a qué servicios acudir
- Falta de apoyo familiar, social o económico
- Miedo a que no se respete la confidencialidad
- Situación emocional: Disminución de su autoestima, falta de confianza en sí misma y en los demás, disminución de su capacidad de iniciativa y de su capacidad de reflexión en lo que la está pasando
- Valores y creencias culturales y religiosos

FUENTE: Guía clínica de actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Junta de Castilla y León, Gerencia regional de Salud.

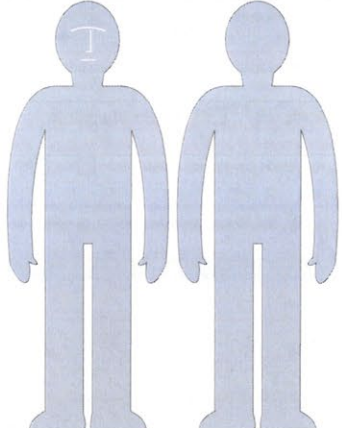
ANEXO 5: Evaluación y abordaje inicial de la víctima de VG.
Intervención mínima estrategia ERES

| Escucha Activa | Reconocimiento de su vivencia | Evaluación de riesgos | Servicio de Apoyo |
|--|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Con intimidad, confidencialidad, en un lugar adecuado - Empatía, ponernos 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 - Decir que la entendemos - Decirle 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: decirle 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 | <p>RIESGO FÍSICO</p> <p>Evaluación médica para detectar lesiones físicas graves</p> | <p>SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS</p> |
| | | <p>RIESGO PSÍQUICO</p> <p>Evaluación del riesgo de autolisis</p> | <p>SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DE URGENCIAS HOSPITALARIAS</p> |
| | | <p>RIESGO DE AGRESIÓN GRAVE</p> <p>Evaluación con preguntas sobre el agresor y tipo de agresión o cuestionario de riesgo</p> | <p>POLICÍA Y F.C.S</p> <p>JUZGADO</p> <p>CENTRO DE EMERGENCIA</p> |
| | | <p>AUSENCIA O BAJO RIESGO DETECTADO</p> <p>La mujer quiere irse a casa con el agresor y no quiere denunciar</p> | <p>CONSULTA MÉDICA DE AP</p> <p>TRABAJADOR/A SOCIAL AP</p> <p>CEAS: Servicio psicológico, servicio jurídico, asesoramiento laboral, etc.</p> |

FUENTE: Guía clínica de actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Junta de Castilla y León, Gerencia regional de Salud.

ANEXO 6: Parte de lesiones

PARTE DE ASISTENCIA POR LESIONES

| 1. DATOS DEL CENTRO | | | | 2. DATOS DE LA PERSONA LESIONADA | | | |
|---|--|-------------------------|--|---|--|---|--|
| Nombre del centro HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA | | | | Apellido 1 | | Apellido 2 | |
| Dirección C/ DULZAINA, Nº 2 | | | | | | Nombre | |
| Localidad VALLADOLID | | Provincia VALLADOLID | | C.P. 47012 | | Teléfono 983 42 04 00 | |
| Dirección | | | | | | Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M | |
| Provincia | | | | Municipio | | Telf. | |
| Fecha de nacimiento | | | | Lugar de nacimiento | | | |
| LUGAR DE LOS HECHOS | | | | DNI | | Nº de Historia Clínica y/o CIPA (CIP) | |
| 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 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 7. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA | | | | PRONÓSTICO CLÍNICO | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Muy grave | | | |
| 8. PLAN DE ACTUACIÓN | | | | | | | |
| Especificar si causa alta, queda ingresada, se deriva a otros recursos, precisa seguimiento, tratamiento | | | | | | | |

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 agresora/s? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No contesta | | Nombre de la/s persona/s agresora/s: | |
| Dirección de la/s persona/s agresora/s | Teléfono | Relación con la/s persona/s agresora/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 compatible incompatible con los hechos recogidos

12. OBSERVACIONES

13. DATOS PERSONALES DEL FACULTATIVO

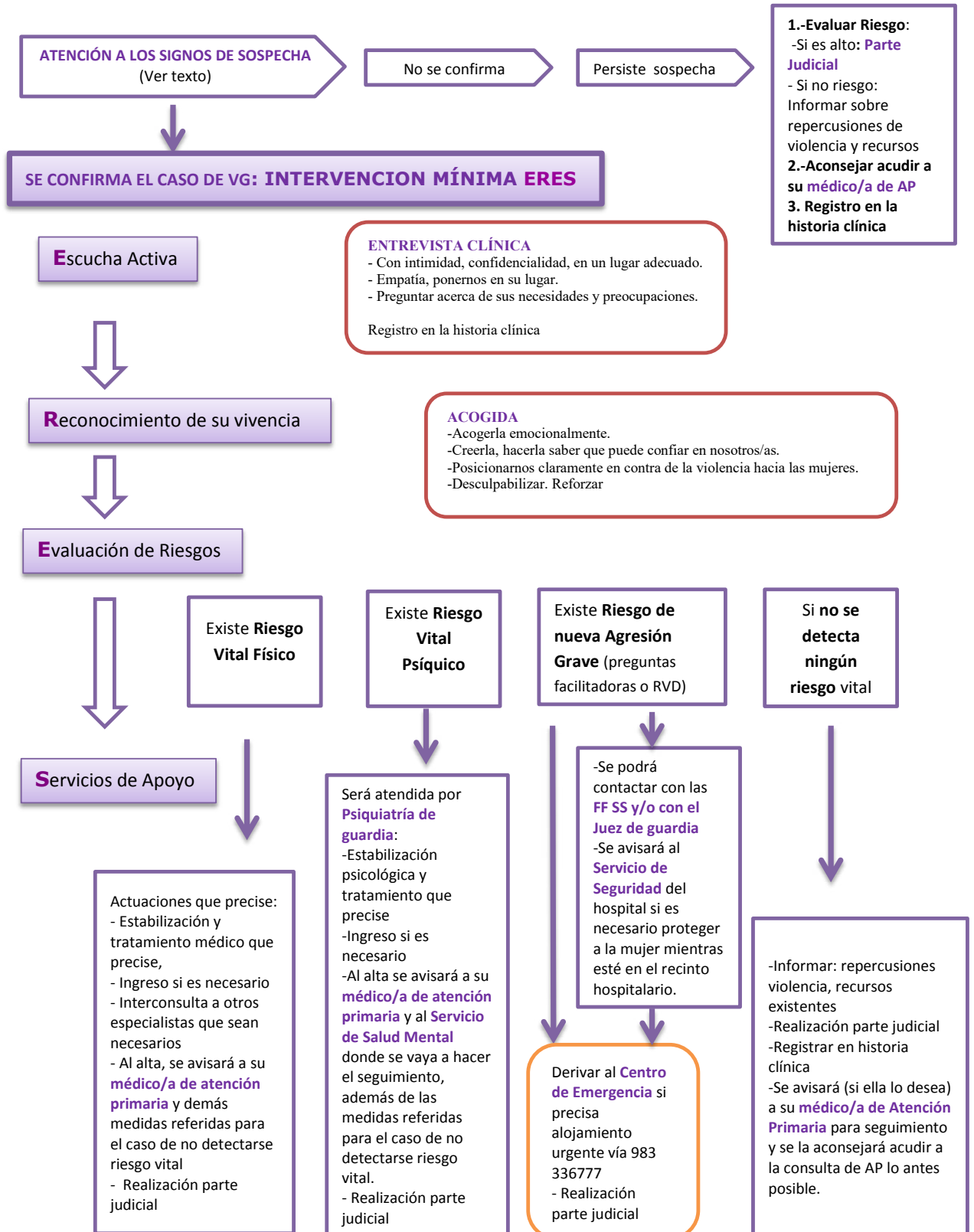
| | |
|---------------------|-------|
| Nombre y Apellidos: | Firma |
| Nº de colegiado: | |

ILMO/A SR/A MAGISTRADO/A – JUEZ/A DEL JUZGADO DE GUARDIA

ANEXO 7: Algoritmo de actuación ante VG en urgencias hospitalarias

8.4.4.

La mujer acude a Urgencias Hospitalarias por demanda propia o derivada desde otro punto de atención de salud.



ANEXO 8: Resultados del estudio estadístico

DATOS 2018-2019
(92 casos)

| ANÁLISIS DE LAS LESIONES | | | | | | | | |
|------------------------------------|-------------|--------|---------|--------|------------|-------|-------|-----|
| | SI | | | | NO | | | |
| | casos | % | casos | % | casos | % | | |
| Agresión física | 82 | 88,2 % | 11 | 11,8 % | | | | |
| Agresión psíquica | 24 | 25,8 % | 69 | 74,2% | | | | |
| Agresión sexual | 7 | 7,5 % | 86 | 92,5% | | | | |
| Cabeza | 21 | 22,6% | 72 | 77,4 % | | | | |
| Cuello | 19 | 20,4% | 74 | 79,6 % | | | | |
| Cara | 37 | 39,8% | 56 | 60,2 % | | | | |
| EES | 43 | 46,2% | 50 | 53,8 % | | | | |
| EII | 18 | 19,4% | 75 | 80,6 % | | | | |
| Tórax | 23 | 24,7% | 70 | 75,3 % | | | | |
| Abdomen | 3 | 3,2% | 90 | 96,8 % | | | | |
| Genitales | 0 | - | 93 | 100 % | | | | |
| CONSUMO DE PSICOFARMACOS Y TÓXICOS | | | | | | | | |
| Ansiofíticos | 25 | 26,9% | 68 | 73,1 % | | | | |
| Antidepresivos | 18 | 19,4% | 75 | 80,6 % | | | | |
| Alcohol | 13 | 14% | 80 | 86 % | | | | |
| Otros tóxicos | 4 | 4,3% | 89 | 95,7 % | | | | |
| PRONÓSTICO, CONSEJO Y DESTINO | | | | | | | | |
| Consejo | 15 | 16,1% | 78 | 83,9% | | | | |
| | PET. PROPIA | | CFSE | | 112 | | | |
| Traída por | 67 | 72% | 13 | 14% | 13 | 14% | | |
| | ALTA | | INGRESO | | POLICIA | | | |
| Destino | 89 | 95,7% | 1 | 1,1% | 3 | 3,2% | | |
| | LEVE | | | GRAVE | | | | |
| Pronostico | 92 | 98,9% | 1 | 1,1% | | | | |
| SOCIODEMOGRÁFICAS | | | | | | | | |
| Franja de edad | <25 años | | 26-40 | | 41-55 | | 56-70 | |
| | nº | % | nº | % | nº | % | nº | % |
| | 18 | 19,6 | 36 | 39,1 | 29 | 31,5 | 9 | 9,8 |
| Nacionalidad | | | | | | | | |
| | Frecuencia | | | | Porcentaje | | | |
| Española | 59 | | | | 64,1% | | | |
| Europa del Este | 13 | | | | 14,1% | | | |
| Sudamericana | 16 | | | | 17,4% | | | |
| Africana | 3 | | | | 3,3% | | | |
| Asiática | 1 | | | | 1,1% | | | |
| Situación laboral | | | | | | | | |
| Empleada | 3 | | | | 3,3% | | | |
| Ama de casa | 2 | | | | 2,2% | | | |
| No consta | 87 | | | | 94,6% | | | |
| Hijos | SI | | NO | | No consta | | | |
| | 37 | 40,2% | 1 | 1,1% | 54 | 58,7% | | |

| ANTECEDENTES | | | | |
|---|-----------|-------|-----------|-------|
| | SI | | NO | |
| Enfermedades crónicas | 26 | 28,3% | 66 | 71% |
| Antecedentes PSQ | 20 | 21,7% | 72 | 78,3% |
| Embarazo actual | 2 | 2,2% | 91 | 97,8% |
| Abortos | 5 | 5,4% | 86 | 93,5% |
| Discapacidad | 1 | 1,1% | 91 | 98,9% |
| MALTRATO | | | | |
| Duración | | | | |
| <1 año | 2 | | 2,2% | |
| 1-4 años | 3 | | 3,3% | |
| 5-9 años | 2 | | 2,2% | |
| 10 o mas | 6 | | 6,5% | |
| No consta | 79 | | 85,9% | |
| Relación convivencia maltratador | | | | |
| Pareja | 60 | | 65,2% | |
| Expareja | 21 | | 22,8% | |
| Otro | 5 | | 5,4% | |
| No consta | 6 | | 6,5% | |
| Primera vez | | | | |
| Si | 52 | | 56,5% | |
| No | 40 | | 43,5% | |
| RIESGO VITAL | | | | |
| HISTORIA CLÍNICA | | | | |
| Si | 10 | | 10,9% | |
| No | 82 | | 89,1% | |
| FÍSICO | | | | |
| Si | 11 | | 12% | |
| No | 5 | | 5,4% | |
| No consta | 76 | | 82,6% | |
| PSÍQUICO | | | | |
| Si | 4 | | 4,3% | |
| No | 5 | | 5,4% | |
| No consta | 83 | | 90,2% | |
| SEXUAL | | | | |
| Si | - | | - | |
| No | 2 | | 2,2% | |
| No consta | 90 | | 97,8% | |

FUENTE: Tablas de elaboración propia con los resultados obtenidos de la estadística de datos

DATOS 2020
(39 casos)

| ANÁLISIS DE LAS LESIONES | | | | | | | | |
|------------------------------------|-------------|-------|---------|--------|------------|-----------|-----|------|
| | SI | | | | NO | | | |
| | casos | | % | | casos | | % | |
| Agresión física | 35 | 85,4% | 6 | 14,6 % | | | | |
| Agresión psíquica | 8 | 19,5% | 33 | 80,5 % | | | | |
| Agresión sexual | 3 | 7,3% | 38 | 92,7 % | | | | |
| Cabeza | 11 | 26,8% | 30 | 73,2 % | | | | |
| Cuello | 8 | 19,5% | 33 | 80,5 % | | | | |
| Cara | 15 | 36,6% | 26 | 63,4 % | | | | |
| EESS | 18 | 43,9% | 23 | 56,1 % | | | | |
| EEII | 8 | 19,5% | 33 | 80,5 % | | | | |
| Tórax | 9 | 22% | 32 | 78 % | | | | |
| Abdomen | 4 | 9,8% | 37 | 90,2 % | | | | |
| Genitales | 1 | 2,4% | 40 | 97,6 % | | | | |
| CONSUMO DE PSICOFARMACOS Y TÓXICOS | | | | | | | | |
| Ansiolíticos | 13 | 31,7% | 28 | 68,3% | | | | |
| Antidepresivos | 4 | 9,8% | 37 | 90,2% | | | | |
| Alcohol | 3 | 7,3% | 38 | 92,7% | | | | |
| Otros tóxicos | 0 | 0% | 41 | 100% | | | | |
| PRONÓSTICO, CONSEJO Y DESTINO | | | | | | | | |
| Consejo | 7 | 17,1% | 34 | 82,9% | | | | |
| Traída por | PET. PROPIA | | CFSE | | 112 | | | |
| | 31 | 75,6% | 7 | 17,1% | 3 | 7,3% | | |
| Destino | ALTA | | INGRESO | | POLICIA | | | |
| | 38 | 92,7% | 2 | 4,9% | 1 | 2,4% | | |
| Pronostico | LEVE | | | GRAVE | | | | |
| | 40 | 97,6% | 1 | 2,4% | | | | |
| SOCIODEMOGRÁFICAS | | | | | | | | |
| Franja de edad | <25 años | | 26-40 | | 41-55 | | >70 | |
| | nº | % | nº | % | nº | % | nº | % |
| | 3 | 7,7% | 13 | 33,3% | 22 | 56,4% | 1 | 2,6% |
| Nacionalidad | | | | | | | | |
| | Frecuencia | | | | Porcentaje | | | |
| Española | 28 | | | | 71,8 % | | | |
| Europa del Este | 4 | | | | 10,3 % | | | |
| Sudamericana | 3 | | | | 7,7 % | | | |
| Africana | 3 | | | | 7,7 % | | | |
| Asiática | 1 | | | | 2,6 % | | | |
| Situación laboral | | | | | | | | |
| Empleada | 2 | | | | 4,9% | | | |
| Ama de casa | 10 | | | | 25,6 % | | | |
| No consta | 27 | | | | 69,2 % | | | |
| Hijos | SI | | | NO | | No consta | | |
| | 20 | 51,3% | 2 | 5,1% | 27 | 43,6% | | |

| ANTECEDENTES | | | | | | |
|----------------------------------|----|-------|----|-------|-----------|-------|
| | SI | | NO | | No consta | |
| Enfermedades crónicas | 15 | 38,5% | 24 | 61,5% | | |
| Antecedentes PSQ | 14 | 34,1% | 25 | 64,1% | | |
| Embarazo actual | 4 | 10,3% | 35 | 89,7% | | |
| Abortos | 6 | 15,4% | 1 | 2,6% | 32 | 82,1% |
| Discapacidad | | | 39 | 100% | | |
| MALTRATO | | | | | | |
| Duración | | | | | | |
| 1-4 años | 2 | | | | 5,1% | |
| 10 o mas | 3 | | | | 7,7% | |
| No consta | 34 | | | | 87,2% | |
| Relación convivencia maltratador | | | | | | |
| Pareja | 28 | | | | 71,8% | |
| Expareja | 6 | | | | 15,4% | |
| Otro | 1 | | | | 2,6% | |
| No consta | 4 | | | | 10,3% | |
| Primera vez | | | | | | |
| Si | 17 | | | | 43,6% | |
| No | 22 | | | | 56,4% | |
| No consta | - | | | | - | |
| RIESGO VITAL | | | | | | |
| HISTORIA CLÍNICA | | | | | | |
| Si | - | | | | - | |
| No | 39 | | | | 100% | |
| No consta | - | | | | - | |
| FÍSICO | | | | | | |
| Si | 2 | | | | 4,9% | |
| No | 2 | | | | 4,9% | |
| No consta | 35 | | | | 89,7% | |
| PSÍQUICO | | | | | | |
| Si | 4 | | | | 10,3% | |
| No | 3 | | | | 7,7% | |
| No consta | 32 | | | | 82,1% | |
| SEXUAL | | | | | | |
| Si | 3 | | | | 7,3% | |
| No | 2 | | | | 4,9% | |
| No consta | 34 | | | | 87,2% | |

FUENTE: Tablas de elaboración propia con los resultados obtenidos de la estadística de datos

ESTUDIO DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LESIONES ASOCIADAS A VIOLENCIA DE GÉNERO

SERVICIO DE URGENCIAS HURH
DEPARTAMENTO DE MEDICINA,
DERMATOLOGÍA Y TOXICOLOGÍA

HOSPITAL UNIVERSITARIO
RÍO HORTEGA

Universidad de Valladolid
Facultad de Medicina

Tamara Palenzuela Álvarez
Tutora: Susana Sánchez Ramón

TRABAJO FIN DE GRADO
Curso 2020/2021

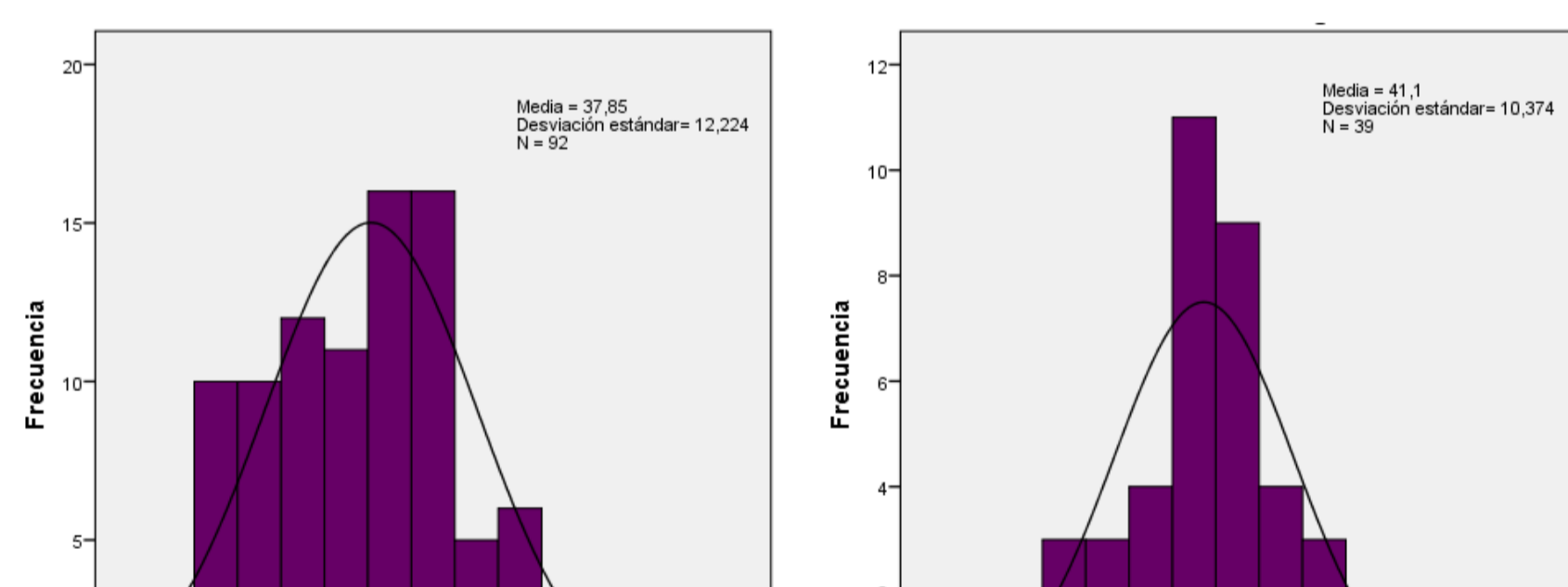
OBJETIVOS

- Describir las lesiones de las pacientes.
- Conocer el perfil sociosanitario de las víctimas.
- Conocer si existen otras patologías asociadas, incluyendo las de carácter psiquiátrico.
- Comprobar si existe variabilidad en los datos de violencia de género dentro del contexto de la pandemia de COVID-19.
- Comentar los puntos en los que puede llevarse a cabo una mejora en la detección, abordaje o seguimiento por parte del personal sanitario.

RESULTADOS

La **edad media** de las mujeres fue de $37,85 \pm 12,2$ DE entre 2018-2019 mientras que, en 2020 la edad media de las mujeres fue de $41,10 \pm 10,3$ DE.

Ilustración 5 - Gráfico de frecuencia de agresiones por edad. A)2018-2019 B)2020



La **relación con el maltratador** más frecuente en ambos períodos de tiempo fue la pareja actual de la mujer, [65,2% (2018-19) y 71,8% (2020)].

El **riesgo vital en la HC** solo se ha recogido en el 10,9% de los partes de lesiones de 2018-2019; y en 2020, en el 100% de las HC no se recoge el RV.

Ilustración 4 - Distribución topográfica de las lesiones físicas. Años 2018-2019 y 2020

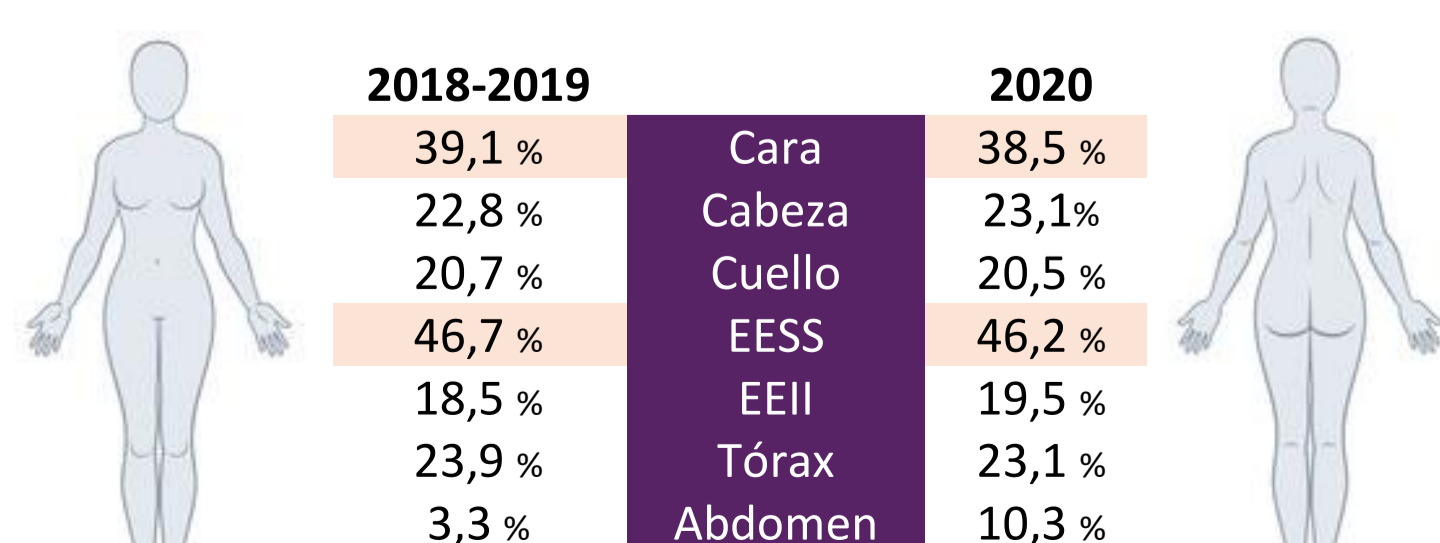


Ilustración 8 - Distribución topográfica de las lesiones físicas. Años 2018-2019 y 2020.

INTRODUCCIÓN

Desde 1993 Las Naciones Unidas reconocen la violencia contra la mujer una **violación de los derechos humanos** y las libertades fundamentales, y la definen como «todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada».

Datos extraídos de la Macroencuesta de Violencia realizada en España durante 2019 por la Delegación de Gobierno aportan cifras alarmantes: **“1 de cada 2 mujeres (57,3%), residentes en España de 16 o más años, han sufrido violencia a lo largo de sus vidas por ser mujeres”**.

El 14 de marzo de 2020 el Gobierno de España declara el estado de alarma y el confinamiento domiciliario. El 6 de abril la Directora Ejecutiva de ONU Mujeres emite una declaración, en la que pone en alerta sobre la detección de **otra “pandemia en la sombra”**: la violencia contra las mujeres.

MATERIAL Y MÉTODOS

Llevamos a cabo un **estudio observacional, descriptivo, retrospectivo** en el contexto del **servicio de urgencias del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid (HURH)**.

La población objeto de estudio la constituyen **mujeres mayores de edad** con un parte de lesiones por violencia de género emitido entre **enero de 2018 y diciembre de 2020**. Se revisaron todas las historias clínicas digitalizadas, exceptuando las que no se pudo acceder por disponer de un número de historia provisional. Una vez revisadas, se excluyeron aquellas que no correspondían con VG.

El estudio estadístico se realizó con el paquete estadístico **SPSS 15.0** para Windows. Se analizaron variables: sociodemográficas, clínicas, en relación con el maltrato y el maltratador, y relacionadas con el episodio agudo.

La revisión bibliográfica se realizó mediante **PubMed** y la Base de datos Medline. Se extrajeron datos oficiales de los portales de violencia de género de la **OMS**, la **ONU** y el **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)**. También se revisaron de protocolos y guías de diferentes Servicios de Salud y Sociedades Científicas.

CONCLUSIONES

Las **lesiones físicas** representan solo la parte visible del iceberg que es la violencia de género, y que en este estudio han consistido en su conjunto en agresiones físicas leves con localizaciones de **distribución central y sugestivas de posturas de defensa**. Los escasos porcentajes de agresiones psíquicas y sexuales llaman la atención de forma significativa. La estigmatización de las víctimas en la actualidad desemboca en su mayor parte en un **círculo de silencio**, en el que la mujer no lo comunica y el profesional sanitario no pregunta por ello.

La **educación sexo-afectiva** para la detección de patrones de comportamiento controladores y el reconocimiento temprano de conductas violentas en las relaciones sentimentales, resulta clave como forma de **prevención primaria**.

Como reconocido problema de salud pública, hemos percibido la necesidad de **mejora en la calidad asistencial** y su **abordaje en consulta**, dada la escasa obtención de datos especialmente importantes en la HC como la evaluación del RVI, los hijos o la dotación de consejo, entre otros.

Durante el contexto sociosanitario de confinamiento domiciliario vivido en el 2º trimestre de 2020 por la COVID19, hemos asistido a un período crítico que trajo consigo el avance de la VG como “pandemia en la sombra”. La **intensificación del aislamiento de la mujer maltratada** limitó aún más la solicitud de ayuda a los SUH, empeorando su situación en este tiempo, tal y como avalan múltiples estudios realizados hasta la fecha.

La **amplia tendencia a la medicalización** de este problema puede ser causa directa de la escasa confrontación del mismo, por parte del personal sanitario. **Preguntar** por la posibilidad de maltrato, posicionarnos en una **actitud de escucha** activa, empática y cercana, asociado a la **dotación de los recursos disponibles** y **consejo médico**, es en su conjunto un abordaje integral desde la raíz del problema.

BIBLIOGRAFÍA, entre las fuentes más consultadas:

- World Health Organization. World Report on Violence and Health. Ginebra: World Health Organization.
- Ministerio de Igualdad. Macroencuesta de Violencia contra la mujer. Madrid: Gobierno de España, Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. 2019
- Guía clínica de actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Junta de Castilla y León, Gerencia regional de Salud. 2017
- WHO. COVID-19 and violence against women. What the health sector/system can do. , Human Reproduction Programme.