



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

TRABAJO DE FIN DE GRADO

-

**ESTUDIO DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE
LESIONES ASOCIADAS A VIOLENCIA DE GÉNERO**

Autora: Ruth Pérez Garnier

Tutora: Susana Sánchez Ramón

Curso 2020-2021

*“There is one universal truth,
applicable to all countries, cultures and communities:
violence against women is never acceptable,
never excusable, never tolerable.”*

Ban Ki-Moon, United Nations Secretary-General (2008)

A Victoria. A mis padres.
A todos los que confiaron en que llegaría hasta aquí.

ÍNDICE

RESUMEN	3
PALABRAS CLAVE	3
ABSTRACT	3
KEYWORDS	4
INTRODUCCIÓN	4
1. LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN NÚMEROS	4
2. PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA	5
3. VIOLENCIA DE GÉNERO DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19	6
4. PROTOCOLOS PARA LA DETECCIÓN Y ABORDAJE DE CASOS	7
OBJETIVOS	8
MATERIAL Y MÉTODOS	8
ESTRATEGIA Y ANÁLISIS DE DATOS	9
INSTRUMENTALIZACIÓN	9
RESULTADOS	9
1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	9
2. ANTECEDENTES MÉDICO-PSIQUIÁTRICOS	10
3. MALTRATADOR Y TIPO DE MALTRATO	10
4. RIESGO VITAL EN LA HISTORIA CLÍNICA	11
5. ANALISIS DE LESIONES	11
6. CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS Y TÓXICOS	12
7. PRONÓSTICO, CONSEJO Y DESTINO	12
DISCUSIÓN	12
CONCLUSIONES	17
BIBLIOGRAFÍA	19
ANEXOS	22
1. ANEXO 1: FACTORES DE RIESGO EN RELACIÓN CON LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y POSIBLES DETONANTES DE ESTA.	23
2. ANEXO 2: CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA EN LA PAREJA	24
3. ANEXO 3: FUNCIONES MÍNIMAS A DESARROLLAR EN MATERIA DE VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE EL SISTEMA SANITARIO.	25
4. ANEXO 4: INTERVENCIÓN MÍNIMA, “ERES”	26
5. ANEXO 5: ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS HOSPITALARIAS	27
6. ANEXO 6: PARTE DE LESIONES	28
7. ANEXO 7: RESULTADOS	30

RESUMEN

La violencia de género constituye un importante problema de salud pública a nivel internacional, además de una vulneración de los derechos humanos. 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 basándonos en 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 131 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 la detección y actuación sanitaria en estos casos.

PALABRAS CLAVE

Violencia, mujeres, COVID-19, protocolos, lesiones.

ABSTRACT

Violence against women (VAW) constitutes an important public health problem worldwide, and a vulneration of human rights. Is a documented problem in all countries it has been studied, that affects every groups no matter social, economic or religious context. According to WHO, one in three women in the world has suffered physic or sexual violence from an intimate partner. In addition, the COVID-19 pandemic has become a new front is the fight against VAG. The isolation, the movement restrictions and other factors derived from this unusual situation have benefit the increase of VAW's rates, also the callings to assistance services. Until December 2020, 135 countries all over the world had taken measures to help women in this situation in the context of COVID-19 crisis.

We made a descriptive retrospective study, based on the issued injury medical reports at the emergency service from the Hospital Universitario Rio Hortega of Valladolid (HURH) between 2018 and 2020. The final sample involves 131 patients. The aim is to know and describe the patient's profile and assess if there are differences with 2020 data, in the pandemic context, regarding the previous years. That way we want to know better not only the prevalence of VAW or the involved factors, but those weakness in detection and procedures on these cases.

KEYWORDS

Violence, women, COVID-19, protocols, injuries.

INTRODUCCIÓN

La ONU define la violencia de género 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”*⁽⁴⁾.

La violencia de género es un problema complejo, en tanto que hay infinidad de variables de todo tipo implicadas en su origen. Si entendemos la violencia desde un modelo ecológico, podemos ver que en esta influyen factores individuales, relacionales, comunitarios y sociales. Este espectro abarca por tanto desde las circunstancias biológicas y demográficas de víctima y maltratador hasta las convicciones culturales o religiosas. La implicación de tantos factores y a tantos niveles dificulta enormemente el abordaje y solución del problema.

1. LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN NÚMEROS

Si bien podemos encontrar multitud de datos en relación con la prevalencia de la violencia de género, las cifras reales no están del todo claras. Según la OMS *“entre un 15% y un 71% de las mujeres han sufrido violencia física o sexual infligida por su pareja en algún momento de sus vidas”*⁽⁴⁾. Estimaciones mundiales publicadas por la misma indican que un tercio de las mujeres en el mundo (35,6%) han sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida, siendo estas las formas de violencia más comúnmente experimentadas. Por otra parte, a nivel mundial el 38% de los feminicidios son perpetrados por la pareja, en contraposición con el 6% de hombres que son asesinados por su pareja⁽²⁾.

Los datos europeos no distan mucho de los mundiales. En la última encuesta realizada por la FRA en 2014, los datos señalaban que el 8% de las mujeres habían sufrido violencia física y/o sexual en el año previo, y un 33% en algún momento desde los 15 años. Además, 1 de cada 10 mujeres manifestaban haber sufrido violencia sexual de algún tipo desde los 15 años, y 1 de cada 20 haber sido violadas ⁽⁵⁾.

De acuerdo con la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer realizada en 2019 por la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, “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”⁽⁶⁾. En la siguiente tabla se recogen algunos de los resultados.

Tabla 1: Macroencuesta de Violencia contra la Mujer (2019)

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

2. PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

En 2015 la Asamblea General de la ONU aprueba la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Uno de los 17 objetivos que recoge es la consecución de la igualdad de género, siendo la meta 5.2 “eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas [...]” ⁽⁷⁾. Esto deja patente no solo la magnitud del problema (apareciendo junto a otros como la pobreza, el hambre o la desigualdad), sino la intensificación de los esfuerzos a nivel internacional para solventarlo.

La violencia de género constituye un problema multifactorial, siendo diversos los factores de riesgo implicados, de igual modo que no existe un perfil único de víctimas o agresores. Es una violencia instrumental, que busca mantener la desigualdad entre hombres y mujeres y la opresión sobre estas a través de múltiples factores. Podemos encontrar numerosos estudios, con objeto en diferentes países, que tratan de describir los factores de riesgo que pueden derivar en violencia en la pareja. Estos pueden resumirse en una desigual posición de poder entre hombre y mujer en el ámbito social y personal, así como la existencia de una más que aceptada “cultura de violencia”. Hay que señalar que estos estudios solo muestran la existencia de correlación entre factores y violencia, no implican relación causal.

Si bien los resultados varían entre países, regiones, incluso entre barrios de una misma ciudad, existen algunos factores que parecen verse implicados con mayor frecuencia. Entre ellos están el bajo nivel educativo, el consumo de alcohol o los antecedentes de violencia doméstica en la infancia ⁽⁸⁾ ⁽⁹⁾. Los factores de riesgo en relación con el maltratador y con la víctima más frecuentemente asociados con la violencia de género se recogen en el **ANEXO 1** ⁽²⁾ ⁽⁹⁾, divididos en función del nivel en el que se encuadran dentro del modelo ecológico. En el **ANEXO 1** también pueden consultarse algunos de los detonantes que pueden derivar en un episodio de violencia en la pareja ⁽⁹⁾.

Cuando pensamos en violencia, lo primero que acude a nuestra mente son los daños “visibles”: traumatismos, heridas..., pero la realidad es que los daños y consecuencias llegan mucho más allá. Las consecuencias derivadas pueden clasificarse en físicas, sexuales, psicológicas o sociales. Las más comunes aparecen recogidas en el **ANEXO 2** ⁽⁹⁾. Sufrir violencia en el contexto de la pareja parece constituir un factor de riesgo para patologías de todo tipo, más si tenemos en cuenta que las consecuencias pueden persistir a largo plazo, incluso después de finalizado el abuso, y que estas parecen tener un efecto acumulativo en la víctima.

Aunque es difícil calcular los costes totales, directos e indirectos, que la violencia de género supone, diversos estudios en las últimas décadas han demostrado que estos equivalen a varios millones de dólares. Además de los gastos asistenciales en el episodio agudo, hay que sumar los gastos asistenciales derivados de las consecuencias previamente comentadas, tales como depresión, intentos autolíticos, abortos o ITS, por nombrar algunas. A esto se suman la dificultad de las víctimas para encontrar un trabajo o continuar con los estudios, hacerse cargo de sus hijos o incluso de ellas mismas.

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

Desde que se aprobase el *“Real Decreto 463/2020, del 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19”* muchas mujeres en situación de violencia, sospechada o confirmada, en el hogar se han visto obligadas a permanecer encerradas con su agresor. Y al igual que en España, en otros muchos países, estando confinada en su domicilio más de la mitad de la población mundial a inicios de abril de 2020.

Resulta lógico pensar que en esta situación de confinamiento las cifras de violencia contra la mujer en el hogar han podido verse muy aumentadas, tal como han recogido diversos artículos ⁽¹⁰⁾ ⁽¹¹⁾ ⁽¹²⁾ ⁽¹³⁾. Al riesgo previamente existente se suman factores como el estrés, la incertidumbre social y económica y el aislamiento, con menor acceso a apoyo y contacto con familiares, amigos, personal sanitario o cuerpos de seguridad.

Tabla 2: comparativa de datos ⁽¹⁴⁾.

	2018	2019	2020
Llamadas al 016	73.454	68.714	78.886
Denuncias	166.961	168.168	150.804
Víctimas mortales	51	55	45

El número de llamadas a teléfonos de asistencia o a la policía se ha incrementado, sobre todo en el segundo trimestre (ver **Tabla 3**), coincidiendo con el confinamiento domiciliario. No obstante, las asistencias en hospitales y centros de salud, así como las denuncias disminuyen (ver **Tabla 4**) debido, presumiblemente, al aislamiento y el menor acceso a estos recursos, como comentábamos previamente ⁽¹⁵⁾. El riesgo no se limita al periodo de confinamiento estricto, sino que persiste después. Esto se debe, entre otras cosas, al sentimiento por parte del agresor de pérdida de control sobre la víctima ⁽¹⁰⁾.

Tabla 3: llamadas al 016 por trimestre ⁽¹⁴⁾.

	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	78.886

Tabla 4: denuncias presentadas por VG ⁽¹⁴⁾.

	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

4. PROTOCOLOS PARA LA DETECCIÓN Y ABORDAJE DE CASOS

El importante papel de los sanitarios en la detección de violencia de género radica en que, antes o después, cabe esperar que la víctima consulte en algún servicio de salud, sea o no en relación con un episodio de violencia. A pesar de ello, existen muchos casos en los que la violencia para desapercibida a los profesionales de la salud. Esto puede atender a causas derivadas tanto de la víctima como del profesional.

En 2012 se publica el *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género* ⁽¹⁶⁾, que busca mejorar la atención brindada a estas víctimas. No se enfoca solo en la asistencia al caso agudo, sino que define medidas a desempeñar desde el sistema sanitario, recogidas en el **ANEXO 3**, para permitir una detección precoz, siendo fundamental sospechar y preguntar de forma rutinaria a la paciente por la situación en casa, en la pareja, con la familia...

La mejora en prevención y abordaje de la violencia de género parte de una mayor sensibilización y conocimiento de la magnitud del problema por parte de los profesionales, y necesita de una formación continuada y un abordaje multidimensional. Una forma de sistematizar la intervención en estos casos puede ser resumirla con el acrónimo “ERES”, recogido en el **ANEXO 4** ⁽¹⁷⁾. La asistencia no puede quedar solo en la atención a las lesiones físicas, debiendo buscar menores u otras posibles víctimas.

Cada comunidad tiene sus propios protocolos de actuación en diferentes ámbitos. En el **ANEXO 5** puede consultarse el algoritmo de actuación en Urgencias en Castilla y León ⁽¹⁷⁾.

Ante cualquier caso de este tipo, es indispensable emitir el correspondiente Parte de Lesiones (ver **ANEXO 6**) junto con un Informe Médico, ya que puede constituir la única prueba en caso de denuncia futura por parte de la paciente.

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 variación en los datos de violencia de género dentro del contexto de la pandemia de SARS-CoV-2.
- 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 el 1 de enero de 2018 y el 31 de 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, 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% ($p < 0,05$).

INSTRUMENTALIZACIÓN

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 (Código Interno CEIm: PI282-20).

RESULTADOS

Los resultados obtenidos al completo pueden consultarse en el *ANEXO 7*.

1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Se analizaron todos los partes de lesiones por Violencia de Género emitidos desde el servicio de urgencias del HURH de los años 2018, 2019 y 2020. Se obtuvieron un total de **131 pacientes, 92** de ellas entre los años 2018 y 2019 y **39** en 2020. Todos los resultados se analizaron dividiendo los datos en estos dos grupos: datos de los años 2018 y 2019 y del año 2020 (en el contexto de la pandemia por SARS-COV-2).

En el periodo 2018-2019, la **edad media** de las mujeres atendidas fue de 37,85 años $\pm 12,2$ DE, siendo el grupo de edad de entre 26 y 40 años (39,1% de la muestra) el más prevalente. En el 2020, la edad media aumenta hasta los 41 años $\pm 10,3$ DE, siendo el más prevalente el grupo de entre 41 y 55 años (55,4% de los casos).

Ilustración 1: datos 2018-2019.
Distribución por edades.

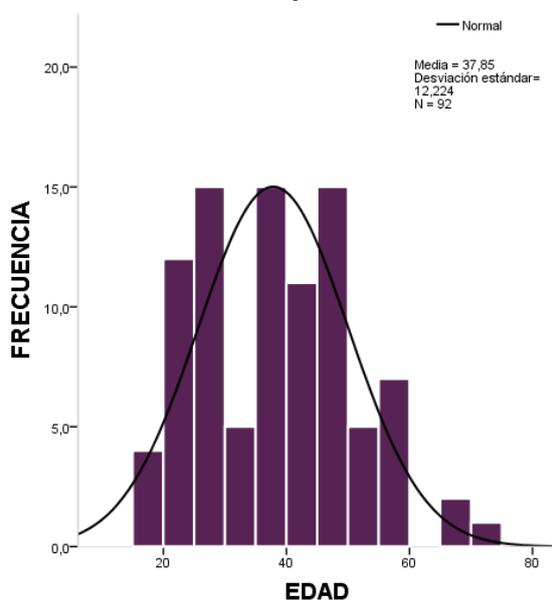
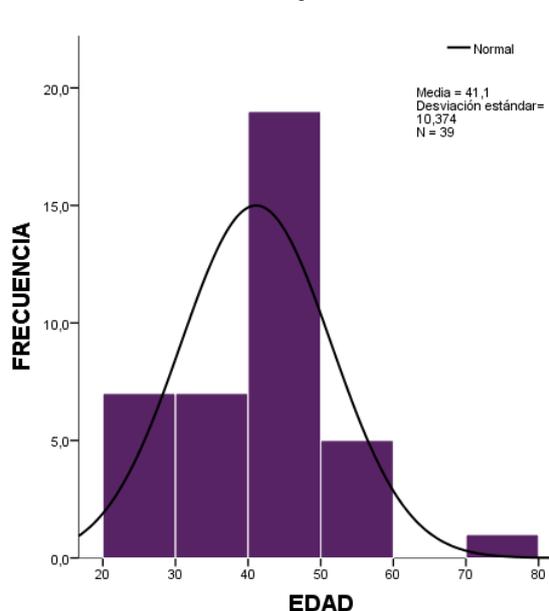


Ilustración 2: datos 2020.
Distribución por edades.



En cuanto a su **nacionalidad**, las pacientes eran con mayor frecuencia españolas (64,1% en 2018-2019 y 71,8% en 2020), seguidas de las sudamericanas (17,4%) en 2018-2019 y las procedentes de Europa del este (10,3%) en 2020.

La **situación laboral** de las pacientes no consta en la mayoría de los casos, un 94,6% entre 2018-2019 y un 69,2% en 2020. Por otra parte, el 40,2% de las pacientes de 2018-2019 tenían **hijos a su cargo**, frente a un 51,3% de las pacientes de 2020.

2. ANTECEDENTES MÉDICO-PSIQUIÁTRICOS

Respecto a los **antecedentes** de las pacientes, no existen diferencias muy reseñables entre ambos grupos respecto a la frecuencia de enfermedades crónicas, discapacidad, antecedentes psiquiátricos y obstétricos.

3. MALTRATADOR Y TIPO DE MALTRATO

Lo más frecuente en ambos grupos es que el agresor mantuviese una **relación** de pareja con la víctima (un 65,2% en 2018-2019 y un 71,8% en 2020). Los casos en los que el agresor es una expareja constituyen un 22,8% en el periodo de 2018-2019, disminuye a un 15,4% en 2020. Una pequeña parte de las víctimas sufrieron agresión por parte de un hombre con el que no mantenían ninguna relación sentimental (un 5,4% en 2018-2019 y un 2,6% en 2020).

Señalar la existencia de un porcentaje nada desdeñable de historias clínicas en las que no consta el tipo de relación, si la hubiere, que la mujer mantenía con el agresor (en 2018-2019 un 6,5% y en 2020 un 10,3%).

En un alto porcentaje de las historias de ambos grupos, un 85,9% y un 87,2% respectivamente, no se recoge la **duración** del maltrato, siendo esta muy variable en los casos en los que si se recoge.

En cuanto a si es la **primera vez** que la paciente acude solicitando asistencia médica, un 43,5% de las pacientes entre 2018-2019 ya había solicitado atención en episodios previos, frente a un 56,4% de las pacientes atendidas en 2020.

4. RIESGO VITAL EN LA HISTORIA CLÍNICA

Solo en un 10,9% de las historias clínicas del grupo de 2018-2019 se recoge la existencia o no de riesgo vital para la paciente en términos generales. En las historias de 2020, este dato está ausente en el 100% de las mismas.

Si hablamos de datos disgregados de riesgo físico, psíquico o sexual inmediato recogido en la historia, los datos no difieren demasiado (ver **Tabla 5**).

Tabla 5: datos de riesgo vital en función del tipo.

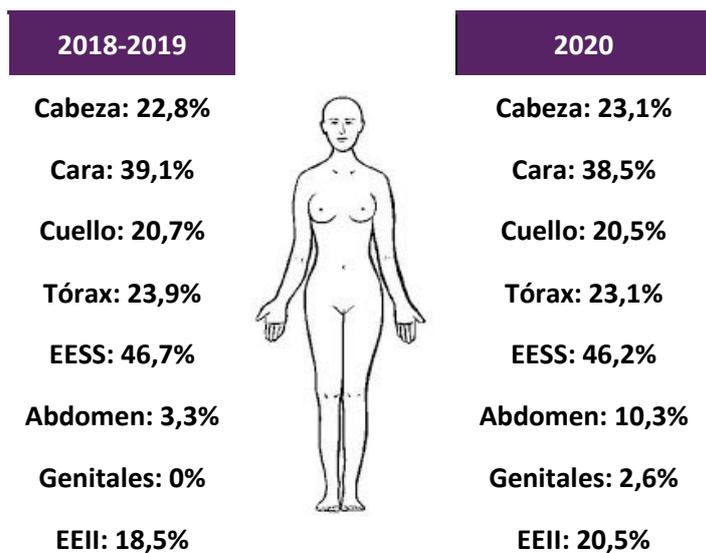
	2018-2019		2020	
RVI físico	No consta		No consta	
	76	82,6%	35	89,7%
RVI psíquico	No consta		No consta	
	83	90,2%	32	82,1%
RVI sexual	No consta		No consta	
	90	97,8	34	87,2%

5. ANALISIS DE LESIONES

El **tipo de agresión** más frecuente en ambos periodos fue la agresión física, presente en un 88% de los casos de 2018-2019 y un 84,6% de los casos de 2020. Las siguientes en frecuencia son las agresiones psíquicas, presentes en un 26,1% de los casos del primer grupo y un 20,5% del segundo. Por último, se registraron 7 casos de agresión sexual en el periodo 2018-2019 y 3 en 2020 (constituyendo ambos datos un porcentaje similar en sus respectivos grupos).

Respecto a la **distribución** de las lesiones, las zonas más frecuentemente afectadas fueron las extremidades superiores en la región craneofacial. Cabe mencionar que la amplia mayoría de las pacientes presentaban lesiones a varios niveles.

Ilustración 3: distribución topográfica de las lesiones (frecuencias).



6. CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS Y TÓXICOS

El consumo de **alcohol y psicofármacos** puede encontrarse como causa y consecuencia de las historias de maltrato físico. Aproximadamente en 30% de las víctimas de ambos periodos eran consumidoras de ansiolíticos, mientras que el consumo de antidepresivos, alcohol y otros tóxicos parece ser algo menos entre las pacientes de 2020 respecto a los dos años previos.

7. PRONÓSTICO, CONSEJO Y DESTINO

Alrededor de tres cuartas partes de las pacientes de ambos periodos (71,7% y 74,4% respectivamente) **acudieron al servicio de urgencias** por petición propia. En menor proporción, encontramos pacientes que acuden acompañadas por los cuerpos y fuerzas de seguridad (14,1% y 17,9%) y por los servicios de emergencias (14,1% y 7,7%).

Solo en un 16,3% de las historias del periodo 2018-2019 y un 17,9% de las de 2020 queda recogido que la paciente haya recibido **consejo profesional** antes del alta.

Casi la totalidad de las víctimas presentan un **pronóstico** leve, siendo el alta a domicilio el destino más frecuente en ambos periodos. Solo 1 paciente fue ingresada en el periodo 2018-2019 y 2 en 2020.

DISCUSIÓN

Los resultados revelan una **edad media** similar en ambos grupos, situándose la mayoría de las víctimas en el rango de edad entre los 25 y los 40 años. Estos datos concuerdan con trabajos previos en este mismo servicio⁽¹⁸⁾, otros estudios a nivel nacional ^{(6) (19) (20)} y en otros países en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2⁽²¹⁾, los cuales revelan unas edades medias comprendidas mayoritariamente entre los 36 y los 39 años.

No obstante, hay que recordar que en este análisis se ha considerado la edad de las pacientes en el momento de solicitar atención, que puede o no coincidir con el momento en el que comenzó el maltrato. El hecho de que gran parte de las víctimas se engloben en estos rangos de edad pone de manifiesto la precocidad del inicio del maltrato, sin olvidar que, como se ha mencionado, este dato puede estar infraestimado por no conocer la edad real de comienzo de aquel.

En la mayoría de los casos, la **nacionalidad** de la paciente es española, discrepando respecto a los resultados observados en la bibliografía ⁽⁶⁾. La concepción general en la población suele inclinarse a pensar que la violencia de género es más frecuente contra mujeres extranjeras. Este choque entre la creencia popular y los datos puede estar no obstante sesgado. Es lógico pensar que un mayor porcentaje de las víctimas sean españolas por ser también la nacionalidad predominante en las pacientes atendidas en nuestro hospital objeto. Además, cabe plantearse si los datos de víctimas de otras nacionalidades están subestimados por razones étnicas, culturales, religiosas, etc. Como se mencionaba al inicio de este trabajo, existe en determinados contextos cierta “normalización” de la violencia de género, no pudiendo valorar si estos datos se corresponden realmente con una baja incidencia de violencia de género entre estas mujeres o esta atiende a una percepción diferente de la violencia frente a la mujer.

Cabe mencionar el elevado porcentaje de historias en ambos grupos (alrededor de la mitad) en las que no se recoge si la víctima tiene o no **hijos** a su cargo. De acuerdo con los datos de la encuesta publicada por el Ministerio de Igualdad el pasado año 2020⁽²²⁾, 2.455 menores (un 24,7% de los encuestados) reconocía conocer que su madre había sido víctima de alguna de las formas de violencia planteadas. De ellos, el 77,15% referían haber sido víctimas directas de alguna situación de maltrato, y entre los años 2018 y 2020, 13 menores fallecieron a manos de sus padres biológicos en este contexto ⁽¹⁴⁾. La vivencia de este tipo de situaciones ya sea como testigo o como víctima directa, puede tener consecuencias nefastas en la salud y el desarrollo del menor ^{(5) (22) (23)}. En el abordaje de los casos de violencia de género debería constatar si existen menores vulnerables o si existe violencia contra ellos ⁽¹⁶⁾, pudiendo así hacer un abordaje conjunto con otros servicios y profesionales amparando a estos menores.

El **embarazo** actual constituye según la bibliografía disponible ^{(2) (9)} un posible factor de riesgo y desencadenante de situaciones de violencia contra la mujer embarazada. En este caso no hemos encontrado un gran número de casos de víctimas que estuviesen embarazadas en el momento de acudir a Urgencias.

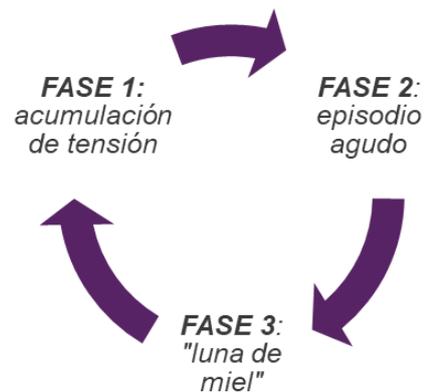
No puede descartarse que este número este infraestimado y que, al consultar historias de Ginecología y Obstetricia, se encontrase un número más significativo de mujeres víctimas de violencia durante la gestación. El embarazo no deseado puede ser también consecuencia de la violencia ejercida sobre la mujer, siendo interesante plantear de qué modo este tipo de situaciones pueden ser detectadas y abordadas tanto en Urgencias como en las consultas de especialista. Debido a las consecuencias potencialmente fatales, en este caso ya no solo para la madre, sino también para el feto, resulta tremendamente importante detectar este tipo de situaciones desde cualquier Servicio y actuar en consecuencia para proteger a la paciente y a su hijo.

En los dos grupos estudiados en este trabajo, la proporción de pacientes con **enfermedades crónicas** ronda el tercio de total. Diversos estudios ^{(2) (5) (6) (9)} relacionan la violencia con ciertas patologías, siendo la percepción de la salud peor en las pacientes víctimas de violencia ⁽²⁴⁾. Es lógico pensar que estos episodios tienen consecuencias en la salud física y mental de las víctimas, si bien con este estudio no podemos establecer una clara relación de causalidad directa.

Respecto a los **antecedentes psiquiátricos**, sí se encuentran en un porcentaje relativamente significativo. En diferentes estudios ^{(2) (5) (6) (9)} se establece una relación entre la salud mental y la violencia de género, siendo esta última tanto causa como consecuencia de los problemas en aquella. La depresión y la ansiedad están presentes en muchas de las víctimas de violencia de género, así como las fobias o los trastornos psicosomáticos. Estas patologías perduran en muchos casos después de finalizado el episodio agudo o la relación con el agresor. La prueba de ello está en el mayor índice de suicidio en estas mujeres con respecto a la población general ^{(6) (9)}.

Si bien las mujeres con algún tipo de **discapacidad** se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad para ser víctimas de violencia de género, en el total de nuestra muestra solo hemos encontrado un caso de discapacidad. Entraría aquí la reflexión de una posible infraestimación de los datos en los casos en los que el agresor es el cuidador principal de la víctima. De ser así, podría existir una imposibilidad de esta última para pedir ayuda o solicitar asistencia en casos de violencia. Por otra parte, y en relación con lo comentado anteriormente, la propia violencia es causa de discapacidad a diferentes niveles debido a las consecuencias en la salud de las víctimas. Es por ello por lo que, aunque no exista enfermedad crónica o discapacidad en el momento de la atención del proceso agudo, no puede descartarse una evolución posterior a alguna o ambas situaciones si hay continuidad de la situación de violencia.

Concordando con los datos disponibles a nivel nacional^{(6) (20)}, en la mayoría de los casos la **relación con el maltratador** era de pareja (casada, pareja de hecho, novia) en el momento de la agresión. En el caso de los datos de 2020 hay un ligero aumento en este porcentaje. Esta permanencia en la relación a pesar de todo puede explicarse a través del “ciclo de la violencia”. Según este modelo, existe un periodo de acumulo de tensión y una explosión agresiva, que llevan a una fase de arrepentimiento y compensación afectiva por parte del maltratador. La repetición cíclica de estas tres fases conduce finalmente a una adaptación por parte de la víctima, que simplemente asume que su pareja o su relación se mueven en esos términos^{(25) (26)}.



**Ilustración 4: ciclo de la violencia.
Modelo de L. Walker (1976).**

En el segundo trimestre del año 2020, coincidiendo con el periodo de confinamiento estricto a causa de la pandemia por SARS-COV-2, el número de llamadas al 016 aumentó en 8.067 llamadas con respecto al mismo periodo en el año anterior (ver **Tabla 3**). Pero, en contraposición, los partes emitidos en el HURH en este mismo periodo son sensiblemente inferiores a los emitidos en el mismo periodo de años previos. Esto nos lleva a dos cuestiones divergentes entre sí: es este porcentaje mayor por ser la pareja conviviente durante el confinamiento o debería ser mayor y está infraestimado por el mismo motivo. Realmente ha habido menos casos o la pandemia los ha enmascarado.

Los protocolos actualmente disponibles para la actuación ante casos de violencia de género^{(16) (17)} incluyen la valoración del **riesgo vital** de la paciente. No obstante, de este trabajo se desprende que en un elevadísimo porcentaje de las historias clínicas no se recoge, si bien en algunas se menciona o aparece en algún punto de la historia un posible riesgo físico, psíquico o sexual. Esta valoración en el momento en que la paciente solicita asistencia resulta fundamental de cara a decidir cuál será el abordaje óptimo para la paciente y cuál deberá ser su posterior destino. Se nos abre aquí una nueva reflexión acerca de la buena praxis de los profesionales sanitarios en estos casos. Nos lleva a preguntarnos si el problema podría encontrarse en un desconocimiento de los protocolos o en una escasa formación de cara a la asistencia de estas pacientes.

El **tipo de lesiones** que motivó la consulta de la amplia mayoría de las pacientes fueron las lesiones físicas. Por detrás quedan las agresiones psíquicas y sexuales, concordando con los resultados obtenidos en otros estudios^{(2) (5) (6) (9)}.

Ante esta enorme diferencia entre las cifras de lesiones físicas con respecto a las psíquicas y sexuales surge de nuevo la pregunta de si estos datos responderán a cuestiones más complejas. Es posible que las lesiones físicas sean, por razones obvias, relacionadas con la violencia de forma más directa que las lesiones a otros niveles. Las agresiones psíquicas son en muchos casos pasadas por alto por las víctimas y los facultativos. De este modo se produce un doble ciego que puede acabar por infraestimar las cifras: por un lado, la mujer que no es consciente de que la violencia también está siendo ejercida en ese ámbito, y por otro el profesional que no valora y profundiza en este tipo de lesiones del mismo modo que en las físicas. Respecto a las agresiones sexuales puede llegarse a una reflexión similar. Si bien no podemos afirmar nada con rotundidad, los datos podrían ser menores a los reales, bien por una normalización de ciertas actitudes o comportamientos en las relaciones sexuales, no siendo consideradas como abuso o agresión, o bien porque el profesional evita preguntar. ¿Existe cierta reticencia a preguntar a las pacientes acerca de situaciones de carácter sexual? ¿Siguen siendo las relaciones sexuales tabú, o es un problema de desconocimiento acerca de qué actitudes constituyen una agresión sexual?

En lo relativo a la **topografía** de las lesiones, las localizaciones más frecuentes no difieren de las descritas en la bibliografía disponible ^{(6) (21)}, atendiendo fundamentalmente a posiciones de defensa.

Con respecto al **consumo de psicofármacos**, hay que hacer dos apreciaciones. Cabría pensar que, en este contexto, y después de haber comentado la presencia en muchos casos de violencia psicológica, es lógico que las pacientes reciban este tipo de tratamiento. Por el contrario, el consumo de este tipo de fármacos o la patología que motive su consumo podría constituir en si misma un factor de riesgo para ser víctima de violencia. En cualquier caso, se podría generar un círculo vicioso que ayudase a perpetuar la situación de violencia. Si bien llama la atención el porcentaje relativamente significativo de pacientes en tratamiento con antidepresivos y/o ansiolíticos, no podemos comparar este consumo con el consumo promedio en la población general. Es por ello por lo que, si bien es llamativo, no podemos establecer una clara relación de causalidad entre el consumo de este tipo de fármacos y la violencia de género.

En cuanto al consumo de **alcohol y otros tóxicos**, si bien hemos encontrado algunos casos, estos no constituyen un porcentaje especialmente significativo de la muestra. Los datos obtenidos se aproximan a los datos de consumo de alcohol a nivel nacional ⁽²⁷⁾ y recogidos en la bibliografía ⁽²⁸⁾, pero no contamos con información suficiente para hacer una comparativa más exhaustiva.

En ambos grupos, un amplio porcentaje de las pacientes **acudieron** a Urgencias por cuenta propia. No se observan diferencias significativas en los porcentajes de pacientes traídas por la Policía y los servicios de emergencias. Del mismo modo, en un porcentaje muy elevado en ambos grupos, el **destino** de las pacientes fue el alta al domicilio, siendo el **pronóstico** de estas en casi la totalidad de los casos leve.

Por último, llama poderosamente la atención el elevadísimo porcentaje en ambos grupos en el que no consta que la paciente haya recibido **consejo** durante su asistencia. Si nos remitimos a los Algoritmos disponibles sobre la atención a este tipo de pacientes ⁽¹⁶⁾ ⁽¹⁷⁾, además de la valoración del riesgo vital que comentábamos en apartados anteriores, figura la información a la paciente acerca de las repercusiones de la violencia, en ella misma y en sus hijos u otros familiares dependientes si los hubiere, así como sobre los recursos a su alcance en este contexto. Es fundamental y un indicador de que se ha realizado una buena atención a la mujer víctima de violencia el hacerla conocedora de sus opciones legales, sociales, etc. Esto puede suponer un punto crucial en la resolución o cronificación de la situación de violencia. No obstante, es posible que el hecho de no figurar en la historia pueda atender a un intento del profesional sanitario de evitar consecuencias negativas en la paciente, omitiéndose por pensar que el agresor puede ver el informe. Sería interesante hacer una reflexión acerca de los elementos que, como este consejo final, se pierden en la amplia mayoría de las historias clínicas, buscando las causas para poder mejorar no solo la asistencia sino el seguimiento posterior de estas pacientes.

CONCLUSIONES

En base a las historias consultadas para este trabajo, podemos decir que un amplio porcentaje de las víctimas mantenía en el momento de la asistencia una **relación de pareja** con su maltratador, siendo la forma de violencia más frecuente la **física**.

La menor frecuencia, según los datos, de **lesiones psicológicas y sexuales** podría atender a una relativa normalización de este tipo de violencia en el ámbito de la pareja. La necesidad de una correcta educación sexo-afectiva desde edades tempranas es fundamental para evitar estas situaciones y para permitir a las víctimas reconocer comportamientos abusivos y/o violentos más allá de la esfera de lo físico.

La ausencia de ciertos datos en la historia clínica, tales como el **riesgo vital**, la presencia de **hijos menores** potencialmente vulnerables o los **consejos** dados a la paciente, debe invitarnos a una reflexión acerca del abordaje de estos casos.

La carga asistencial, el desconocimiento o la falta de medios pueden llevar a los profesionales de la salud a centrarse en la sintomatología puramente física, cuando el problema tiene un origen y unas consecuencias mucho más profundas. Del mismo modo que señalamos la importancia de la educación en la población general para reconocer el problema, igual de importante es esta formación en el personal sanitario.

La pandemia de SARS-CoV-2 ha puesto de manifiesto la relevancia real de un problema que queda muchas veces oculto. Mujeres que se han visto privadas de una posible asistencia o demanda de ayuda por quedar aisladas en sus casas con su maltratador.

Es papel del médico no pasar por alto situaciones que puedan hacernos sospechar del origen violento de las lesiones que estamos atendiendo. Es fundamental preguntar, mostrarse comprensivos y poner a disposición de la víctima todos los medios a nuestro alcance.

Conocer el problema y la relevancia de este en nuestra sociedad y nuestros pacientes es el primer paso para instaurar medidas que permitan una **mejor atención, abordaje y cuidado** de las víctimas, en todas las esferas que estas requieran.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Departamento de Familia, Género y Curso de Vida. *Hojas informativas de la OPS/OMS sobre la violencia contra la mujer. Panorama general*. [Internet]. Washington,DC. Organización Mundial de la Salud; 2013.
2. World Health Organization, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African medical Research Council, 2013. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. [online] Geneva. [Consultado el 20 de diciembre 2020].
3. COVID-19 Global Gender Response Tracker [Internet]. UNDP Covid-19 Data Futures Platform. 2021 [citado el 22 de diciembre 2020]. Disponible en: <https://data.undp.org/gendertracker/>
4. Violencia contra la mujer [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2021 [citado 21 de diciembre 2020]. Disponible en: https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/
5. European Union Agency for Fundamental Rights- FRA (2014). *Violence against women: an EU-wide survey. results at a glance*. [online]. Luxemburgo. Disponible en: <<https://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-results-glance>> [Consultado el 20 de diciembre 2020].
6. Ministerio de Igualdad, Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, 2019. *Macroencuesta de violencia contra la mujer*. Madrid.
7. Organización de las Naciones Unidas. *Sustainable Development*. [Online]; 2015. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>.
8. Yakubovich, A., Stöckl, H., Murray, J., Melendez-Torres et al, 2018. *Risk and Protective Factors for Intimate Partner Violence Against Women: Systematic Review and Meta-analyses of Prospective-Longitudinal Studies*. American journal of public health, 108(7), pp.e1-e11.
9. 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.
10. Lorente-Acosta M. *Violencia de género en tiempos de pandemia y confinamiento*. Revista española de Medicina Legal [Internet]. 2020 [citado el 22 de diciembre 2020]; 46(3):139-145. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-violencia-genero-tiempos-pandemia-confinamiento-S0377473220300250>

11. Roesch E, Amin A, Gupta J, García-Moreno C. *Violence against women during covid-19 pandemic restrictions*. BMJ [Internet]. 2020 [citado el 26 de diciembre 2020]; m1712. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32381644/>
12. Bradbury-Jones C, Isham L. *The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence*. Journal of Clinical Nursing [Internet]. 2020 [citado el 26 de diciembre 2020]; 29(13-14):2047-2049. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7262164/>
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 27 de diciembre 2020];29(4):549-552. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32314526/>
14. Portal Estadístico Violencia de género [Internet]. Estadisticasviolenciagenero.igualdad.mpr.gob.es. 2021 [citado el 27 de diciembre 2020]. Disponible en: http://estadisticasviolenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/portalEstadistico.html#switch_render_button.
15. Organización de las Naciones Unidas, ONU Mujeres. *Violence Against Women and Girls Data Collection during COVID-19* [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/vawq-data-collection-during-covid-19-compressed.pdf?la=en&vs=2339>
16. 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.
17. Junta de Castilla y León, Gerencia Regional de Salud, 2019. *Guía clínica de actuación sanitaria ante la Violencia de Género*. Valladolid.
18. 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>
19. 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 1 de mayo 2021].
20. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. INE. 2021 [citado el 2 de mayo 2021]. Available from: <https://www.ine.es/up/1cfwyxol>

21. Nittari G, Sagaro G, Feola A, Scipioni M, Ricci G, Sirignano A. *First Surveillance of Violence against Women during COVID-19 Lockdown: Experience from "Niguarda" Hospital in Milan, Italy*. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2021 [citado el 2 de mayo 2021];18(7):3801. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/7/3801>
22. Ministerio de Igualdad, Delegación de Gobierno contra la Violencia de Género. *Menores y Violencia de Género*. Madrid; 2020.
23. 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
24. 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>
25. Deza Villanueva S. *¿Por qué las mujeres permanecen en relaciones de violencia?* Avances en Psicología [Internet]. 2012 [citado el 2 de mayo 2021];20(1):45-55. Disponible en: <http://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/1942>
26. Yugueros García A. *Mujeres que han padecido malos tratos en las relaciones de pareja: el ciclo de la violencia*. Píesis [Internet]. 2016 [citado el 2 de mayo 2021]; 30:12-18. Disponible en: <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poesis/article/view/1854>
27. Consumo medio diario de alcohol según sexo y comunidad autónoma. Media y desviación típica. Población de 15 y más años que consume bebidas alcohólicas más de una vez al mes. [Internet]. INE. 2021 [citado el 3 de mayo 2021]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2011/p03/I0/&file=03107.px#!tabs-tabla>
28. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Centro de Publicaciones; 2019.

ANEXOS

1. ANEXO 1: FACTORES DE RIESGO EN RELACIÓN CON LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y POSIBLES DETONANTES DE ESTA.

AGRESOR (<i>hombre</i>)	VICTIMA (<i>mujer</i>)
FACTORES INDIVIDUALES	
Edad joven	Edad joven
Depresión	Embarazo no planeado
Bajo nivel sociocultural	Bajo nivel sociocultural
Bajos ingresos	Violencia o abuso en la infancia/ adolescencia
Consumo de alcohol	Consumo de drogas
Trastornos de la personalidad	Actitud antisocial
Delincuencia durante la adolescencia	Bajos ingresos
Experiencias o antecedentes de violencia en la infancia/ adolescencia	
FACTORES DE LA RELACIÓN	
Problemas matrimoniales	Problemas matrimoniales
Inestabilidad matrimonial	Padres con bajo nivel sociocultural
Disfunción familiar	Dificultades económicas
Dificultades económicas	Inestabilidad matrimonial
Papel de dominación masculina en la familia	Pareja con experiencias de fuerte control parental
FACTORES DEL ÁMBITO COMUNITARIO	
Pobreza	Laxitud en las sanciones por violencia doméstica
FACTORES SOCIALES	
Roles de género tradicionales	Normas sociales tolerantes con la violencia
Acceso fácil a armas	Desigualdad estructural entre hombres y mujeres.

POSIBLES DETONANTES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO
<ul style="list-style-type: none"> – Desobedecer al hombre – Llevarle la contraria durante la discusión – Rechazar tener sexo – No cuidar adecuadamente de los hijos o la casa – Preguntar sobre el dinero o las amigas del hombre – Ir a algún lado sin permiso – Sospecha de infidelidad por parte de la mujer

2. ANEXO 2: CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA EN LA PAREJA

FÍSICAS	
Lesiones abdomino-torácicas Hematomas y cortes Laceraciones y abrasiones Fracturas Daño ocular	Síndrome de dolor crónico Fibromialgia Alteraciones gastrointestinales Síndrome del intestino irritable
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	
Alteraciones ginecológicas Infertilidad Enfermedad inflamatoria pélvica	Disfunción sexual ITS, incluido VIH Abortos en condiciones infrasalubles Embarazos no deseados
PSICOLÓGICAS Y COMPORTAMENTALES	
Abuso de alcohol y drogas Tabaquismo Depresión y ansiedad Trastornos del sueño y la alimentación Sentimientos de vergüenza y culpa Fobias y trastorno de pánico	Inactividad física Autoestima baja Trastorno por estrés postraumático Trastornos psicosomáticos Autolesión y suicidio Conductas sexuales poco seguras
FATALES	
Muerte en el contexto de VIH Mortalidad materna Homicidio Suicidio	

3. ANEXO 3: FUNCIONES MÍNIMAS A DESARROLLAR EN MATERIA DE VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE EL SISTEMA SANITARIO.

- Preguntar con regularidad, cuando sea factible, a todas las mujeres sobre la existencia de violencia doméstica, como tarea habitual dentro de las actividades preventivas.
- Estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato y hacer su seguimiento.
- Ofrecer atención sanitaria integral y registrarla en la historia de salud o historia clínica.
- Ayudar a entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo.
- Informar y remitir a las pacientes a los recursos disponibles de la comunidad.
- Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida.
- Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución.
- Evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras ya que pueden reforzar el aislamiento, minar la confianza en ellas mismas y restar la probabilidad de que busquen ayuda.
- Establecer una coordinación con otros y otras profesionales e instituciones.
- Colaborar en dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos.

4. ANEXO 4: INTERVENCIÓN MÍNIMA, “ERES”

ESCUCHA ACTIVA

- 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.

RECONOCIMIENTO DE SU VIVENCIA

- Acogerla emocionalmente.
- Creerla, hacerla saber que puede confiar en nosotras/os.
- 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 y habilidades.
- Hacerle ver que esta situación no tiene porqué ser para siempre, que puede cambiar. Mostrarle modelos de otras supervivientes que salieron de ello

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Riesgo físico	Evaluación médica para detectar lesiones físicas graves.
Riesgo psíquico	Evaluación del riesgo de autolisis.
Riesgo de agresión grave	Evaluación con preguntas sobre el agresor y tipo de agresión o cuestionario de riesgo.
Ausencia/bajo riesgo detectado	La mujer quiere irse a casa con el agresor y no quiere denunciar

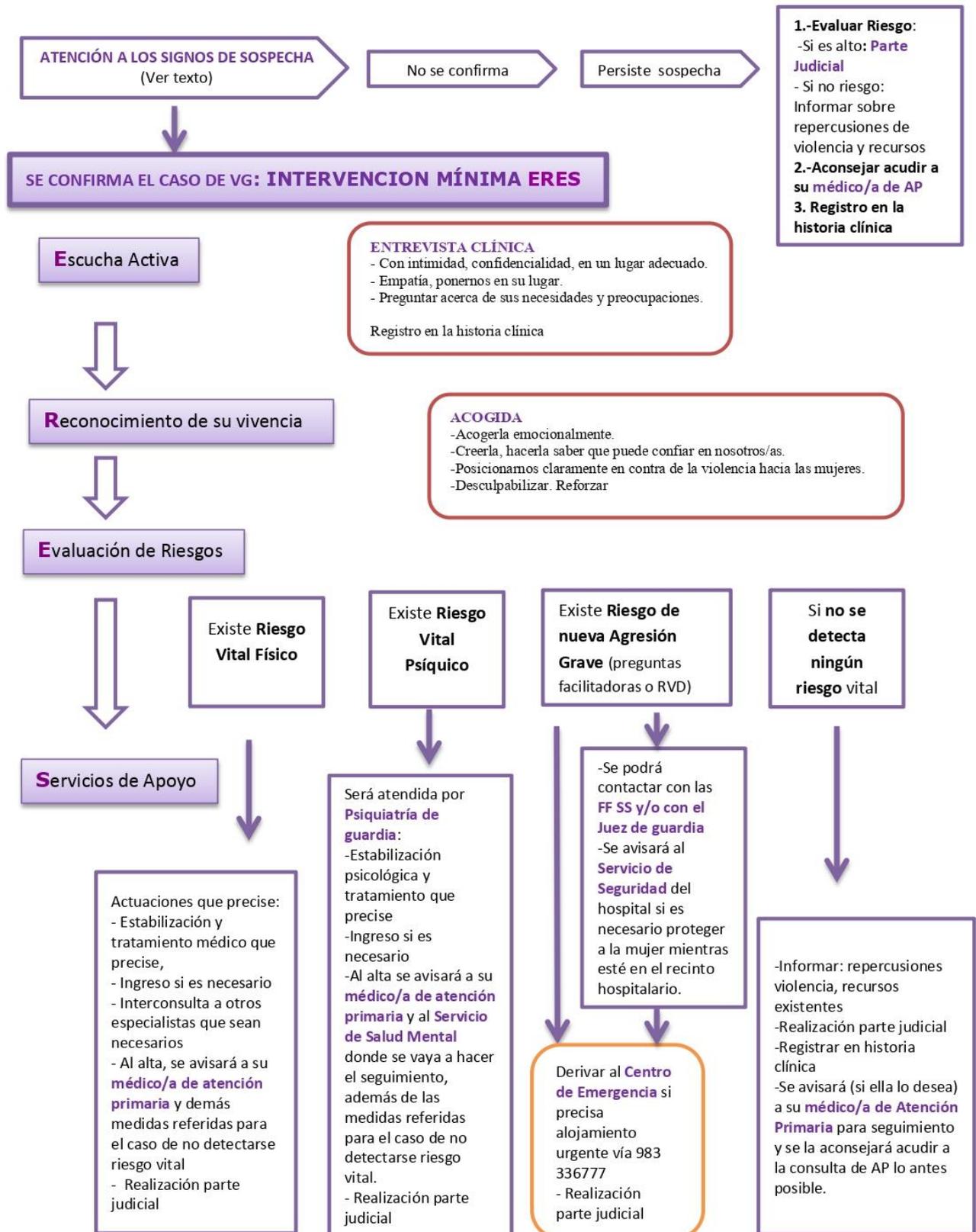
SERVICIOS DE APOYO

Riesgo físico	Servicio de urgencias hospitalarias.
Riesgo psíquico	Servicio de psiquiatría de urgencias hospitalarias.
Riesgo de agresión grave	Policía y Fuerzas y cuerpos de seguridad. Juzgado. Centro de emergencia.
Ausencia/bajo riesgo detectado	Consulta médica de AP. Trabajador/a social de AP. CEAS (<i>centros de acción social</i>): servicio psicológico, servicio jurídico, asesoramiento laboral, etc.

5. ANEXO 5: ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

8.4.4.

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



6. ANEXO 6: PARTE DE LESIONES

El modelo consta de 3 copias:

- Para la paciente (solo si es seguro).
- Para el Juzgado.
- Para incluir en la Historia Clínica de la paciente.



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		Nombre		Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M			
Dirección C/ DULZAINA, Nº 2				Dirección				Telf.					
Localidad VALLADOLID		Provincia VALLADOLID		C. P. 47012		Teléfono 983 42 04 00		Provincia		Municipio		CP	
3. FECHA/HORA ASISTENCIA				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													

7. ANEXO 7: RESULTADOS

**DATOS 2018-2019
(92 CASOS)**

SOCIODEMOGRÁFICOS											
Franja de edad	<25		26-40		41-55		56-70		>70		
	18	19,6%	36	39,1%	29	31,5%	9	9,8%	0	0	
Edad media: 37,85 años ± 12,2DE											
Nacionalidad	España		Euro. este		Sudamérica		África		Asia		
	59	64,1%	13	14,1%	16	17,4%	3	3,3%	1	1,1%	
Situación laboral	Empleada		Desempleada		Ama de casa		No consta				
	3	3,3%	2	2,2%	0	0	87		94,6%		
Hijos	Si			No			No consta				
	37	40,2%	1	1,1%			54		58,7%		
ANTECEDENTES MÉDICO-PSIQUIÁTRICOS											
Enfermedades crónicas	Si					No					
	26		28,3%		66		71%				
Antecedentes psiquiátricos	Si					No					
	20		21,7%		72		78,3%				
Embarazo actual	Si					No					
	2		2,2%		91		97,8%				
Abortos	Si			No			No consta				
	5	5,4%	86	93,5%			1		1,1%		
Discapacidad	Si					No					
	1		1,1%		91		98,9%				
RELACIÓN Y DURACION DEL MALTRATO											
Duración	<1 año		1-4 años		5-9 años		>10 años		No consta		
	2	2,2%	3	3,3%	2	2,2%	6	6,5%	79	85,9%	
Relación	Pareja		Expareja		Otro		No consta				
	60	65,2%	21	22,8%	5	5,4%	6		6,5%		
Primera vez	Si					No					
	52		56,5%		40		43,5%				
RV EN LA HISTORIA CLÍNICA											
RV	Si					No					
	10		10,9%		82		89,1%				
RVI físico	Si			No			No consta				
	11	12%	5	5,4%			76		82,6%		
RVI psíquico	Si			No			No consta				
	4	4,3%	5	5,4%			83		90,2%		
RVI sexual	Si					No					
	0		0		2		2,2%		90		97,8%

ANALISIS DE LAS LESIONES					
	SI		NO		
	casos	%	casos	%	
Agresión física	81	88	11	12	
Agresión psíquica	24	26,1	68	73,9	
Agresión sexual	7	7,6	86	92,4	
Cabeza	21	22,8	71	77,2	
Cuello	19	20,7	73	79,3	
Cara	36	39,1	56	60,9	
EES	43	46,7	49	53,3	
EEII	17	18,5	75	81,5	
Tórax	22	23,9	70	76,1	
Abdomen	3	3,3	89	96,7	
Genitales	0	0	92	100	
CONSUMO DE PSICOFARMACOS Y TÓXICOS					
Ansiofíticos	25	27,2	67	72,8	
Antidepresivos	18	19,6	74	80,4	
Alcohol	12	13	80	87	
Otros tóxicos	3	3,3	89	96,7	
PRONÓSTICO, CONSEJO Y DESTINO					
Consejo	15	16,3	77	83,7	
Traída por	PET. PROPIA		CFSE		112
	66	71,7%	13	14,1%	13
Destino	ALTA		INGRESO		POLICIA
	88	95,7%	1	1,1%	3
Pronostico	LEVE		GRAVE		
	91	98,9	1	1,1	

**DATOS 2020
(39 CASOS)**

SOCIODEMOGRÁFICOS										
Franja de edad	<25		26-40		41-55		56-70		>70	
	3	7,7%	13	33,3%	22	56,4%	0	0%	1	2,4%
Edad media: 41 años ± 10,3 DE										
Nacionalidad	España		Euro. este		Sudamérica		África		Asia	
	28	71,8%	4	10,3%	3	7,7%	3	7,7%	1	2,6%
Situación laboral	Empleada		Desempleada		Ama de casa		No consta			
	2	4,9%	0	0	10	25,6%	27		69,2%	
Hijos	Si			No			No consta			
	20	51,3%	2	5,1%	17		43,6%			
ANTECEDENTES MÉDICO-PSIQUIÁTRICOS										
Enfermedades crónicas	Si					No				
	15		38,5%		24		61,5%			
Antecedentes psiquiátricos	Si					No				
	14		34,1%		25		64,1%			
Embarazo actual	Si					No				
	4		10,3%		35		89,7%			
Abortos	Si			No			No consta			
	6	15,4%	1	2,6%	32		82,1%			
Discapacidad	Si					No				
	-		-		39		100%			
RELACIÓN Y DURACION DEL MALTRATO										
Duración	<1 año		1-4 años		5-9 años		>10 años		No consta	
	-	-	2	5,1%	-	-	3	7,7%	34	87,2%
Relación	Pareja		Expareja		Otro		No consta			
	28	71,8%	6	15,4%	1	2,6%	4		10,3%	
Primera vez	Si					No				
	17		43,6%		22		56,4%			
RV EN LA HISTORIA CLÍNICA										
RV	Si					No				
	-		-		39		100%			
RVI físico	Si			No			No consta			
	2	4,9%	2	4,9%	35		89,7%			
RVI psíquico	Si			No			No consta			
	4	10,3%	3	7,7%	32		82,1%			
RVI sexual	Si			No			No consta			
	3	7,3%	2	4,9%	34		87,2%			

ANALISIS DE LAS LESIONES						
	SI		NO			
	casos	%	casos		%	
Agresión física	33	84,6	6	15,4		
Agresión psíquica	8	20,5	31	79,5		
Agresión sexual	3	7,7	36	92,3		
Cabeza	9	23,1	30	76,9		
Cuello	8	20,5	31	79,5		
Cara	15	38,5	26	61,5		
EES	18	46,2	21	53,8		
EII	8	20,5	31	79,5		
Tórax	9	23,1	30	76,9		
Abdomen	4	10,3	35	89,7		
Genitales	1	2,6	38	97,4		
CONSUMO DE PSICOFARMACOS Y TÓXICOS						
Ansiofíticos	13	33,3	26	66,7		
Antidepresivos	4	10,3	35	89,7		
Alcohol	3	7,7	36	92,3		
Otros tóxicos	0	0	39	100		
PRONÓSTICO, CONSEJO Y DESTINO						
Consejo	7	17,9	32	82,1		
	PET. PROPIA		CFSE		112	
Traída por	29	74,4	7	17,9	3	7,7
	ALTA		INGRESO		POLICIA	
Destino	36	92,3	2	5,1	1	2,6
	LEVE			GRAVE		
Pronostico	38	97,4	1	2,6		

ESTUDIO DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LESIONES ASOCIADAS A VIOLENCIA DE GÉNERO

Autora Ruth Pérez Garnier
Tutora Susana Sánchez Ramón
Facultad de Medicina UVa
2020-2021



OBJETIVOS

- ▶ Describir las lesiones de las pacientes
- ▶ Comprobar si existe variación en los datos de violencia de género dentro del contexto de la pandemia de SARS-CoV-2.
- ▶ 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 se sitúa en 37 años para las pacientes entre 2018 y 2019 y en 41 años para las pacientes de 2020.

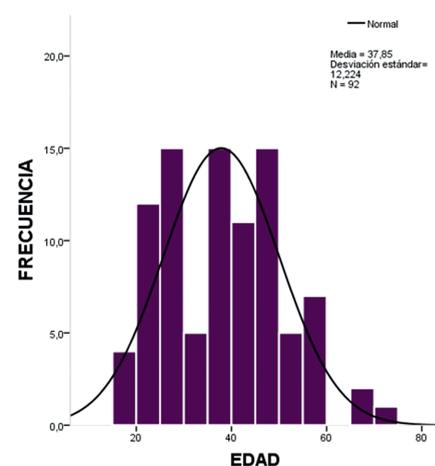


Ilustración 1: datos 2018-2019. Distribución por edades.

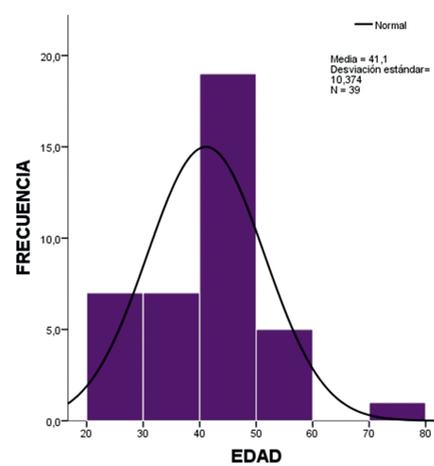


Ilustración 2: datos 2020. Distribución por edades.

El riesgo vital está ausente en un gran porcentaje de las historias clínicas.

	2018-2019	2020
RVI físico	No consta 76 82'6%	No consta 35 89'7%
RVI psíquico	No consta 83 90'2%	No consta 32 82'1%
RVI sexual	No consta 90 97'8%	No consta 34 87'2%

Tabla 1: datos de riesgo vital en función del tipo.

El tipo de lesión más frecuente fueron las lesiones físicas (88% de los casos de 2018-2019 y un 84'6% de los casos de 2020) seguidas de lejos por las psíquicas y las sexuales. La distribución topográfica de las lesiones, que atiende a posiciones de defensa, no presenta grandes diferencias entre ambos grupos.

	2018-2019	2020
Cabeza	22'8%	23'1%
Cara	39'1%	38'5%
Cuello	20'7%	20'5%
Tórax	23'9%	23'1%
EESS	46'7%	46'2%
Abdomen	3'3%	10'3%
Genitales	0%	2'6%
EEII	18'5%	20'5%

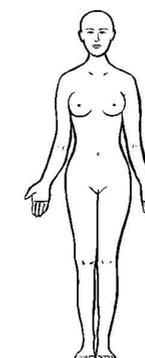


Ilustración 3: distribución topográfica de las lesiones (frecuencias).

CONCLUSIONES

Un amplio porcentaje de las víctimas mantenía en el momento de la asistencia una relación de pareja con su maltratador, siendo la forma de violencia más frecuente la física.

La ausencia de ciertos datos en la historia clínica como el riesgo vital o los consejos dados a la paciente, debe invitarnos a una reflexión acerca del abordaje de estos casos.

La pandemia de SARS-CoV-2 ha puesto de manifiesto la relevancia real de un problema que queda muchas veces oculto.

Conocer el problema y la relevancia de este en nuestra sociedad y nuestros pacientes es el primer paso para instaurar medidas que permitan una mejor atención, abordaje y cuidado de las víctimas.

La ONU define la violencia de género 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".

La violencia de género es un problema complejo, cuyo origen comprende infinidad de variables de todo tipo. La implicación de tantos factores y a tantos niveles dificulta el abordaje y solución del problema.

Desde que se decretara el estado de alarma por la crisis sanitaria del COVID-19 muchas mujeres en esta situación han debido permanecer encerradas con su agresor. La pandemia ha supuesto un nuevo factor de riesgo y un punto de partida para la reflexión sobre la adecuación de la actuación sanitaria en estos casos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio: observacional, descriptivo, retrospectivo.

Población objeto: pacientes mayores de edad con un parte de lesiones por violencia de género emitido desde el servicio de urgencias del Hospital Universitario Río Hortega (HURH) de Valladolid entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2020.

Método: revisión de partes de lesiones y análisis de datos mediante SPSS. Revisión bibliográfica a través de PubMed y portales de la ONU, OMS y MSSSI.

BIBLIOGRAFÍA

World Health Organization, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African medical Research Council, 2013. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.

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.

Ministerio de Igualdad, Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, 2019. Macroencuesta de violencia contra la mujer. Madrid.

Junta de Castilla y León, Gerencia Regional de Salud, 2019. Guía clínica de actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Valladolid.