

# Violencia y maltrato de género (I).

## Aspectos generales desde la perspectiva sanitaria

MIGUEL LORENTE ACOSTA

Instituto de Medicina Legal de Granada. Universidad de Granada, España.

**CORRESPONDENCIA:**

Miguel Lorente Acosta  
Paseo de España, 2, 6º D  
23009 Jaén, España  
E-mail:  
miguellorente@supercable.es

**FECHA DE RECEPCIÓN:**

18-12-2007

**FECHA DE ACEPTACIÓN:**

10-1-2008

**CONFLICTO DE INTERESES:**

Ninguno

Las consecuencias sobre la salud de la violencia de género (VG) con frecuencia se han agrupado en forma de diferentes cuadros y achaques, del mismo modo que la VG se ha invisibilizado en la sociedad alrededor de justificaciones y contextualizaciones. La transformación social y el posicionamiento crítico ante la violencia está produciendo un afloramiento de los casos, hecho que se ha traducido en un significativo aumento de las denuncias, que en los últimos cinco años ha sido del 43,5%. Estas circunstancias se han traducido en una mayor demanda de asistencia en los servicios de urgencias (SU). Sin embargo, a pesar de este incremento, la prevalencia general de la VG, establecida por la OMS alrededor del 30% de las mujeres, contrasta con la incidencia de estos casos en los SU, situada entorno al 17%, hecho que unido a que las mujeres víctimas de violencia acuden un 30% más a los servicios sanitarios que las mujeres que no sufren violencia, indica que muchos de los casos se presentarán con una sintomatología diferente a las lesiones físicas ocasionadas por las agresiones, y sin que sean relacionadas con la VG. En el presente trabajo se trata de destacar las consecuencias de la VG más allá de las agresiones puntuales y de analizar la actitud de los profesionales sanitarios ante la VG, de manera especial la de los *urgenciólogos*. Se pretende resaltar las limitaciones y obstáculos existentes con vista a mejorar la respuesta sin que ésta venga condicionada por las consecuencias sociales derivadas del hecho violento, ni limitadas a la acción puntual de la agresión. La actuación de los profesionales sanitarios debe centrarse en la salud de la mujer que ha sufrido la VG, y en ningún caso supeditar la asistencia clínica a otro tipo de factores (parte judicial, creencias y prejuicios,...). Los *urgenciólogos* deben tomar conciencia de que "no hacer es hacer mal", porque supone permitir que la mujer continúe bajo los efectos de la VG con el consecuente deterioro progresivo de su salud. Las referencias aportadas pueden facilitar el posicionamiento de los profesionales sobre el principio de responsabilidad, y llevar una actuación sobre la VG alrededor de dos criterios muy simples: actuar como se hace ante cualquier otro problema de salud con consecuencias sociales, y hacerlo teniendo en cuenta que detrás de una agresión hay un problema de salud ocasionado por la exposición a la violencia, que en muchos casos será el que caracterice el cuadro. [Emergencias 2008;20:191-197]

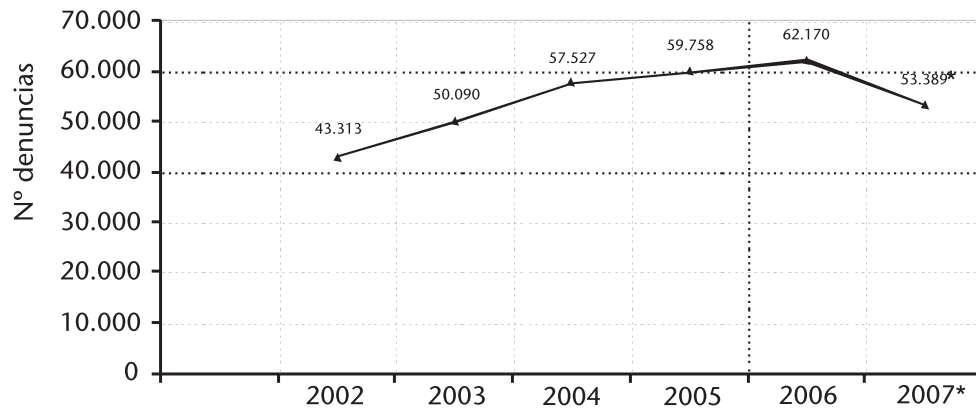
**Palabras clave:** Violencia de género. Urgencias. Parte judicial. Consecuencias sobre la salud. Tratamiento violencia. Agresor. Historia clínica.

### La violencia de género en España

La violencia de género (VG) se ha caracterizado históricamente por su invisibilidad, por permanecer oculta tras los muros de los hogares donde se producía para intentar hacer que lo invisible fuese tomado por inexistente, circunstancia que condicionaba por completo las actuaciones institucionales, y muy especialmente desde la administración sanitaria, donde la actuación también se dirigía a la parte visible de la agresión, dejando

los problemas de salud causados por vivir bajo la VG en la inexistencia de la invisibilidad.

Los cambios sociales ocurridos en estos últimos años y el consecuente posicionamiento crítico frente a la VG ha conseguido que cada vez se denuncien más casos. Concretamente, desde 2002 hasta octubre de 2007 se han producido 326.247 denuncias, con un incremento del 43,5% (hasta finales del 2006) (Figura 1), y que, en consecuencia, se demande una mayor atención directa sobre las personas que la sufren, muy especialmente desde el terreno sanitario.



**Figura 1.** Denuncias por violencia de género 2002-2007 (hasta octubre)\*. Instituto de la Mujer.

En estas circunstancias, el papel de los *urgenciólogos* y del resto de los profesionales de la sanidad debe centrarse en la asistencia a las agresiones y a las alteraciones ocasionadas por la violencia, así como en la detección de los casos ocultos. Para conseguir este objetivo es necesario conocer las características de la violencia de género y saber cómo se manifiesta en la práctica, pero también ser conscientes de la actitud seguida por los profesionales a la hora de enfrentarse a estos casos y de los obstáculos que se presentan en la práctica, pues sólo desde ese conocimiento se podrá potenciar aquello que se hace correctamente y mejorar lo que no se esté realizando de manera adecuada.

### Violencia de género y salud

La VG no son las agresiones, éstas sólo son una mínima parte de la estrategia de control que desarrolla el agresor. Por ello, las consecuencias van más allá del simple efecto sumatorio de los ataques repetidos. Según el "Informe sobre Población Mundial 2000" de Naciones Unidas y el "Informe Mundial sobre Violencia y Salud" de la OMS, una de cada tres mujeres en el mundo ha padecido o padece malos tratos o abusos<sup>1</sup>. En España, entre un 15 y un 30% de la población femenina es maltratada<sup>2</sup>, y la Macroencuesta del Instituto de la Mujer de 2002 señala una cifra del 11,1% para todo el país. El maltrato a la mujer por parte de su pareja es un fenómeno global que se da en todos los países y afecta a mujeres de todos los niveles sociales, culturales y económicos<sup>3</sup>.

Junto a la violencia en sí, la propia forma de ejercerla actúa como elemento agravante de las consecuencias. La estrategia seguida por el agresor ataca en primer lugar los elementos de identidad pasada de la víctima. Luego continúa con las

fuentes de apoyo externo (familia, amistad y trabajo). Y termina por atacar los elementos de identidad presente<sup>4</sup>. De esta manera se facilita el aislamiento y la reclusión en la propia relación violenta. Las agresiones agudas se caracterizan por surgir al margen de un conflicto objetivo (violencia inmotivada), y dan lugar a una conducta de hipervigilancia y evitación para eludir cualquier encuentro con el agresor ante la posibilidad de que se produzca un nuevo ataque. Por otra parte, cuando se produce la agresión, ésta suele llevarse a cabo con gran violencia para conseguir el objetivo de aleccionar y atemorizar a la mujer<sup>5</sup>.

Estas características de una violencia nacida en el seno de relación basada en el afecto (dependencia emocional) y el componente cultural presente en sus raíces (que conduce a una falta de referencias críticas) la llevan a ser justificada y minimizada, hecho que permite su prolongación en el tiempo<sup>5</sup>. En estas circunstancias, la VG actúa como estresante, tanto por la exposición continuada a la misma, como por la repetición de las agresiones puntuales, situación que origina mecanismos de adaptación en las víctimas que pasan por la reinterpretación de la realidad a partir de las circunstancias vividas, disociación cognitiva, auto-culpabilización..., que facilitan la prolongación en la relación violenta, y ocasionan toda la sintomatología crónica asociada, tanto en el plano físico como en el psicológico<sup>6-8</sup>.

La sensación no siempre coincide con la percepción, y cuando el estímulo es muy fuerte y las referencias para interpretarlo tienden a filtrar algunos de sus componentes, con frecuencia el significado que alcanza la experiencia objetiva no coincide con la realidad. Eso ocurre con la violencia contra las mujeres, que ante el impacto de su manifestación más frecuente que se presenta en forma de agresión, difícilmente permite ver la violen-

cia que hay detrás, de manera que toda la historia invisible por desconocida de control y de sometimiento queda ocultada por la objetividad de la agresión. Éste tiende a circunscribir el hecho a los últimos golpes y situar su origen en un conflicto propiciado por factores externos, que al finalizar queda resuelto, aunque persistan algunas de sus consecuencias.

Pero el impacto sobre la salud de las mujeres que sufren VG no se debe tanto a la acción puntual de la agresión, sino a lo que se denomina "exposición a la violencia". Es decir, a toda la serie de conductas y actitudes dirigidas a cuestionar la posición de la mujer bajo la imposición y la amenaza de las agresiones y a conseguir su aislamiento de las principales fuentes de apoyo externo, tanto por las acciones llevadas a cabo por el agresor, como por el autocontrol que desarrolla la mujer para evitar los conflictos que puedan desembocar en nuevas agresiones. Esta dinámica hace que las consecuencias de la violencia vayan más allá de los ataques puntuales y que se produzcan importantes daños en el plano físico y psíquico. Hay que tener en cuenta también que, al referirnos a la actitud violenta del agresor sobre el contexto de la relación o familia, las consecuencias serán sufridas por todas las personas que estén expuestas a esa situación y, por tanto, los niños y las niñas que convivan en ese ambiente también sufrirán los efectos directos e indirectos de la violencia.

Los daños físicos derivados de las agresiones pueden incluir desde leves lesiones a graves afectaciones de órganos y tejidos con importantes implicaciones en el funcionamiento del organismo, y suponen en un elevado porcentaje de casos incluso la muerte. La OMS en su "Informe Mundial de Violencia y Salud" señala los siguientes como los más frecuentes (Krug et al, 2002): daño abdominal/torácico, hematomas y contusiones, síndromes de dolor crónico, discapacidad, fibromialgia, fracturas, trastornos gastrointestinales, colon irritable, laceraciones y abrasiones, daño ocular y reducción del funcionamiento físico. Entre las consecuencias sexuales y reproductivas señala: trastornos ginecológicos, infertilidad, inflamación de la pelvis, complicaciones en el embarazo/aborto, enfermedades de transmisión sexual (incluido sida), aborto inseguro y embarazo no deseado.

Las consecuencias psicológicas (cognitivas, afectivo-emocionales, actitud, motivacionales, psicofisiológicas y del comportamiento) del maltrato incluyen la experimentación de estrés y emociones negativas (tristeza, desesperanza, indefensión, vergüenza, ira, ansiedad, miedo, frustración...) durante y después del ataque, la amenaza o la

humillación. Generalmente desarrolla sentimientos de culpa, vergüenza, desesperanza, reducción de sus competencias y recursos (solución de problemas, toma de decisiones, habilidades sociales...) y disminución de la autonomía y, quizás por ello, dependencia emocional del maltratador<sup>2,9-11</sup>. Los síntomas más frecuentes que experimenta la mujer maltratada son ansiedad, tristeza, pérdida de autoestima, labilidad emocional, inapetencia sexual, fatiga permanente e insomnio. En los casos más graves, la mujer llega a desarrollar síntomas y trastornos crónicos de mayor o menor relevancia clínica y gravedad, como síndrome de estrés post-traumático, depresión o ansiedad<sup>8,12,13</sup>.

La OMS, también en su "Informe Mundial de Violencia y Salud" (2002), señala las siguientes consecuencias psicológicas como los más frecuentes: abuso de tabaco, alcohol y otras drogas, depresión, ansiedad, trastornos alimentarios, trastornos del sueño, sentimientos de vergüenza y culpa, fobias y trastorno de pánico, inactividad física, baja autoestima, trastorno de estrés posttraumático, trastornos psicósomáticos, problemas en la conducta sexual y disfunciones sexuales. Para dar cuenta de todos estos síntomas y problemas derivados de la violencia y el maltrato y las respuestas de la mujer a la situación, Walker<sup>12,14</sup> formuló el síndrome de la mujer maltratada, que está basado en la teoría de la indefensión aprendida. Recientes estudios<sup>16</sup> han puesto de manifiesto la aparición de estrés crónico con repercusión en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal en mujeres maltratadas, incluso sin haber sido diagnosticadas previamente de trastorno por estrés posttraumático (TEP). La intensidad y duración del TEP se ha puesto en relación con alteraciones como la disociación peritraumática en el momento agudo del trauma<sup>17</sup>. En general, se calcula que el 60% de las mujeres maltratadas tiene problemas psicológicos moderados o graves<sup>5</sup>, aunque otros autores hablan de cifras de hasta alrededor del 85%<sup>13</sup>.

Estas circunstancias hacen que en muchas ocasiones la mujer recurra al consumo de medicamentos y drogas como fórmula de evasión y, aunque con menor frecuencia, es posible que recurra al suicidio (se estima que un 25% de las mujeres maltratadas cometen suicidio) para acabar con la situación<sup>2,13</sup>.

### Actitud profesional desde la Sanidad ante la violencia de género

¿Realmente ante cada una de las alteraciones y patologías referidas con anterioridad se hace un

diagnóstico diferencial con la VG? Y ante cada agresión física o psicológica que acude a urgencias, ¿se investigan la existencia de dichas enfermedades para dirigir las medidas terapéuticas en dicho sentido?

La actitud de los profesionales ante la VG no debería ser diferente a cualquier otro problema, con la única salvedad de buscar la adaptación a sus circunstancias para conseguir la mayor eficacia, algo que no difiere en planteamiento con otros problemas clínicos y que sólo refuerza la individualidad de cada uno de ellos. Unas circunstancias que superan el marco biologicista para situar el problema dentro del contexto social, al igual que ocurre con otras muchas patologías, para luego manifestarse con matices diferentes en cada uno de los casos. "No existen las enfermedades, sino los enfermos", afirmó Hipócrates y nos repetían en las aulas de la facultad. Y lo mismo podríamos decir de la VG. Existe a través de su presentación en cada una de las personas que la sufren y de las circunstancias que la caracterizan (elementos individuales de la personalidad del agresor y de las mujeres, características de la relación, formas y características de la violencia ejercida –frecuencia, intensidad, tipo, uso de elementos que potencian el daño,...).

– Los estudios que se han llevado a cabo a lo largo de los últimos años han puesto de manifiesto una serie de elementos que caracterizan la actitud de los profesionales sanitarios ante la VG.

– La atención se inicia fundamentalmente ante las agresiones sufridas por las mujeres, y así queda reducida la situación mantenida de violencia a la que se ven sometidas a las acciones puntuales de las agresiones.

– Atendiendo a la gravedad del problema, la respuesta aparece limitada en la forma, en gran parte motivada por la percepción anterior, y en el contenido, que se centra casi de manera exclusiva en el último episodio y valorado como un suceso agudo e inconexo de una situación estructural. Estas circunstancias se traducen en una implicación parcial y centrada en la idea de "sensibilidad" ante el problema de la VG.

– Los elementos culturales que construyen una idea de VG alrededor de determinados contextos y ciertas formas de presentación condicionan la respuesta para dirigirla al plano físico en busca de episodios agudos y a ciertas mujeres que coinciden con la idea de "perfil de víctima". Algo que se refleja, por ejemplo, en no preguntar sobre la posibilidad de violencia a mujeres de un nivel socio-cultural más alto<sup>18</sup>.

– Como grandes obstáculos para una respuesta más adecuada aparecen<sup>19</sup>: la falta de formación,

los problemas estructurales en la organización del Servicio (falta de tiempo, ausencia de intimidad, ambiente inadecuado,...) y el miedo o inseguridad ante las consecuencias legales, sobre todo por entender que es un problema privado y que la actuación sanitaria viene a agravarlo.

## Violencia de género y urgencias sanitarias

La VG se puede presentar de diferentes formas en un servicio de urgencias, unas veces lo hará con la manifestación objetiva de las lesiones, mientras que otras, la mayoría, llegará envuelta por una sintomatología difícil de relacionar con una agresión, aunque estará ocasionada o influida en su manifestación por la exposición a la violencia. El problema clínico no está tanto en abordar esos casos, sino en cómo hacerlo dependiendo de la actitud que adopte la mujer ante la violencia. En algunos de ellos será referida directamente ante las preguntas del profesional que la atiende, mientras que en otros muchos quedará oculta tras los mismos prejuicios que esconden los signos y síntomas.

"Sólo se ve lo que se mira, y sólo se mira lo que se tiene en la mente", con esta frase, Alphonse Bertillon trataba de destacar la importancia del conocimiento en la dirección de la conducta, y cómo en su ausencia hasta lo más objetivo podía pasar desapercibido. Los profesionales de Urgencias y Emergencias deben conocer la VG para poder identificar sus manifestaciones más allá de las agresiones y para dirigir la entrevista, exploraciones y estudios complementarios hacia el origen del problema que he llevado a la demanda de la asistencia, y de este modo orientar la actuación hacia la solución del problema puntual de la manifestación aguda y al abordaje de las causas que han dado lugar a ella, recomendando una actuación continuada por parte de otros especialistas, pues de no ser modificadas volverán a dar lugar a que se presente de nuevo.

Los elementos diferenciales que pueden presentarse en la asistencia de los casos de violencia de género en los servicios de urgencias giran alrededor de los siguientes puntos:

– La incidencia de la violencia contra las mujeres en los servicios de urgencias y emergencias, según distintos estudios, queda reflejada en los siguientes datos:

- La incidencia ha sido establecida entre el 2 y el 7,2% de todos los casos atendidos en Urgencias, presentándose como lesiones y como patologías no traumáticas<sup>20</sup>.

- El 17% de los casos acuden a urgencias, y este servicio es el que presenta una incidencia más alta con relación al resto de servicios hospitalarios<sup>21</sup>.

- La prevalencia general es del 37% y la prevalencia en los últimos 12 meses es del 14%<sup>21</sup>.

- La prevalencia es más alta en mujeres que acuden a urgencias por haber sufrido un traumatismo<sup>22</sup>.

- Las mujeres que sufren VG tienen una probabilidad 1,5 veces más alta de acudir a un servicio de urgencias que las mujeres que no la sufren<sup>23</sup>.

– La incidencia identificada en los servicios de urgencias y emergencias no se corresponde con la prevalencia general en la sociedad, situada alrededor del 30% de las mujeres de edad superior a 18 años (OMS, 2002), lo cual indica que una gran parte no acude en busca de una atención sanitaria como problema agudo, y que cuando lo hace, el cuadro padecido esté influido por las alteraciones ocasionadas por la violencia. Este hecho indica que la mayoría de los casos acuden a otros servicios en busca de una solución para un problema de salud relacionado con la violencia sin que se haga referencia alguna a su existencia. La situación aún resulta más sorprendente cuando los estudios indican que las mujeres que sufren violencia demandan asistencia sanitaria un 30% más que las mujeres que no la sufren<sup>25</sup>, lo cual indica que están acudiendo a los servicios sanitarios sin que la violencia sea detectada, circunstancia que se confirma con otras aportaciones, como la de Bansal et al<sup>26</sup> que recoge que el 38% de las mujeres que se encuentran en casas de acogida, y por tanto con una situación grave de violencia, habían pasado por los servicios sanitarios sin que hubieran detectado la existencia de una situación de VG.

– Quizá detrás de estos factores pueda estar también la explicación a por qué entre los frequentadores de los servicios de urgencias hospitalarios predominan los hombres en los diferentes grupos de edad, a excepción del grupo comprendido entre los 15 y 44 años, en el que son las mujeres las que más frecuentan estos servicios<sup>27</sup>. Esto coincide con el periodo de edad en el que existe una mayor incidencia de violencia y agresiones contra las mujeres por parte de sus parejas, y cuando la intensidad de esta violencia es más grave, circunstancia que no sólo se traduce en lesiones traumáticas, sino en toda una serie de patologías y alteraciones generales, y muy especialmente en el aparato genito-urinario<sup>25</sup>.

– Entre las causas que llevan a esta detección deficitaria se encuentran los obstáculos comenta-

dos con anterioridad, que conviene tener presentes para modificarlos y mejorar la respuesta sanitaria: formación profesional (sólo un 34% se plantea el diagnóstico diferencial con una situación de VG ante agresiones físicas)<sup>28</sup>, y los problemas estructurales (tiempo, intimidación, condiciones para realizar la entrevista,...)<sup>19</sup>.

Ante esta situación podríamos concluir que la VG se presenta en los servicios de urgencias y emergencias con más frecuencia que la detectada y, por tanto, con una incidencia más alta que la conocida, y que la mayoría de las ocasiones lo hace detrás de un cuadro probablemente precipitado o agravado por la VG, elementos que actúan en contra de una correcta atención sanitaria hacia el problema individual, tanto el cuadro que la lleva hasta el servicio de urgencias como la patología de base, y de una adecuada actuación hacia el problema de salud pública como problema social. En otras ocasiones, los obstáculos procederán del propio entorno de la violencia, bien haciendo que la mujer oculte el origen de las lesiones o síntomas que presenta o a través de la interferencia directa del agresor (amenazas, actitud vigilante,...) o indirecta, tal y como han demostrado algunos trabajos, como el de McCloskey et al<sup>29</sup> en el que se concluye que el agresor interfiere la asistencia sanitaria de la mujer que sufre violencia de género en el 17% de los casos, bien impidiéndola o haciendo que manifieste como etiología de sus dolencias causas distintas a la violencia.

## Tratamiento de la violencia de género en los servicios de urgencias

Las circunstancias específicas que caracterizan los casos de VG en su presentación ante los servicios de urgencias deben dirigir la actuación profesional y el tratamiento a aplicar, elementos que podemos concretar en los siguientes puntos:

– La VG es un problema de salud individual y público, con independencia del contexto social en que se produce (no se afirma, por ejemplo, que la gripe sea un problema ambiental, que las parasitosis sean un problema veterinario o que los accidentes de tráfico constituyan un problema de transportes, todos son problemas de salud con independencia de los factores etiológicos que puedan influir en su presentación).

– La actuación profesional ante la VG debe basarse en los mismos principios que cualquier otra asistencia, y por tanto centrarse en la responsabilidad, no en la sensibilidad, elemento éste que siempre será apreciable como complemento de la



atención prestada, no como base de la misma (cuando alguien pregunta por un cirujano para que intervenga a un familiar, no se busca a un cirujano sensible con la hernia de hiato, sino que se busca un buen profesional con experiencia en dicha intervención).

– La actuación profesional no debe prejuzgar las circunstancias para condicionar su respuesta, aunque ésta sí deba tener en cuenta esas circunstancias para adaptarse a ellas en la forma y en los tiempos, no para inhibirse. En los casos de VG “no hacer es hacer mal”, pues se permite que las mujeres continúen en una situación en la que la violencia deteriora progresivamente su estado de salud.

– No existen evidencias científicas que demuestren que la denuncia de la mujer o la emisión del parte de lesiones por el profesional incrementa la violencia o el riesgo de sufrirla, argumento con frecuencia esgrimido por los profesionales para inhibirse ante los casos o las sospechas de VG, decisión ésta que contribuye a que persista el problema de salud al no actuar sobre la patología de base, y a que se agrave por facilitar que la mujer continúe expuesta a la VG.

– Cualquier actuación sobre la VG o ante la sospecha de VG debe quedar registrada en la historia clínica de la mujer, y debe hacerse con un sentido de continuidad en el que el profesional o la profesional sanitaria dirijan las medidas a desarrollar y fije las citas de la mujer para mantener el control de la evolución de su estado. Debe ser una actitud proactiva que tienda a abordar el problema que sufre la mujer desde todas las perspectivas (social, laboral, familiar,...) y que tome como referencia el problema de salud que padece la mujer, pues si no se resuelve éste, difícilmente se solucionarán los restantes, algo que no significa que los profesionales sanitarios deban abordarlos todos, pero sí que lo hagan sobre el de salud en profundidad.

– La emisión del parte de lesiones nunca debe ser un argumento para condicionar la asistencia sanitaria y el tratamiento continuado de la situación de VG que sufre la mujer. Los profesionales sanitarios no son investigadores policiales ni forenses, pero sí deben estudiar al máximo el problema de salud que padecen las pacientes asistidas por sufrir violencia, y ser conscientes de que al igual que en el caso de una enfermedad de declaración obligatoria no se cuestionan si han de comunicarlo o no a las autoridades sanitarias ni piden el consentimiento del enfermo, incluso aunque ello conlleve que la persona enferma entre en cuarentena, en el caso de la VG, cuando existan evidencias de violencia, han de comunicarlo a las autoridades ju-

diciales, pues esta actuación no va dirigida hacia el problema individual-clínico, sino que lo hace, fundamentalmente, hacia el social-público.

El problema de la actuación sanitaria sobre la VG nunca ha sido el “qué hacer”, sino el “para qué hacer”, es decir, hacia dónde orientar la asistencia que se prestaba, algo que se hacía según la concepción que se tenía de la VG, generalmente centrada en un suceso agudo causante de lesiones físicas (agresiones), y entendido como un problema judicial más que sanitario. Con las referencias incorporadas a lo largo del presente trabajo se aportan algunas de las claves sobre la forma de abordar las distintas situaciones y circunstancias que pueden caracterizar la presentación de los casos de violencia de género en un servicio de urgencias y emergencias. Las recomendaciones sobre cómo proceder ante cada uno de ellos han quedado recogidas en diferentes trabajos, entre ellos la “Guía de buena práctica clínica en abordaje en situaciones de violencia de género” de la Organización Médica Colegial (OMC)<sup>30</sup> y muy especialmente en el “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género”, elaborado y publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>31</sup>, el cual debe ser utilizado como referencia para dirigir la respuesta profesional desde los servicios de urgencias hacia los casos de VG, tanto en su presentación aguda, como en su manifestación crónica, y entendiendo que se trata de un problema individual de cada una de las mujeres que lo sufre, y de un problema de salud pública derivado de las circunstancias sociales que lo caracterizan tanto en su origen como en su resultado.

## Bibliografía

- 1 Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (eds). World report on violence and health. Ginebra 2002. World Health Organization.
- 2 Echeburúa E, Corral P (1998). Manual de violencia familiar. Madrid. Siglo XXI (Eds).
- 3 Fischbach RL, Herbert B. Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Soc Sci Med* 1198;45:1161-76.
- 4 Dutton DG, Golant SK (1997). El golpeador: Un perfil psicológico. Barcelona. Paidós.
- 5 Lorente M. Agresión a la mujer: realidades y mitos. Mi marido me pega lo normal. Barcelona, 2001. Ares y Mares.
- 6 Dobie KJ, Kivlahan DR, Maynard C, Bush KR, Davis TM, Bradley KA. *Archives of Internal Medicine* 2004;164:394-400.
- 7 Kubiak SP. Trauma and cumulative adversity in women of a disadvantaged social location. *Am J Orthopsychiatry* 2005;75:451-65.
- 8 Ruiz Perez I, Plazaola Castaño J. Intimate partner violence and mental health. Consequences in women attending family practice in Spain. *Psychosom Med* 2005;67:791-7.

- 9 Buchbinder E, Eisikovits Z. Bettered women's entrapment in shame. A phenomenological study. *Am J Orthopsychiatry* 2003;73:355-66.
- 10 Dutton DG, Painter S. The bettered woman syndrome: effects of severity and intermittency of abuse. *Am J Orthopsychiatry* 1993;63:614-22.
- 11 Matud MP. Impacto psicológico del maltrato a la mujer: un análisis empírico. 1999.
- 12 Walker (1991): Abused women, infants, and substance abuse: Psychological consequences of failure to protect. In PR McGrab & DM Doherty (eds.). *Mothers, infants and substance abuse: Proceedings of the APA Division 12, Midwinter Meeting, Scottsdale, AZ, January 19-20.*
- 13 Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of Family Violence* 1999;14:99-132.
- 14 Walker: *Terrifying love: Why battered women kill and how society responds.* New York, 1989. Harper Collins.
- 15 Walker: *Psychology and domestic violence.* *Am Psychologist* 1989;44:695-702.
- 16 Griffin MG, Resick PA, Yehuda R. Enhanced cortisol suppression following dexamethasone administration in domestic violence survivors. *Am J Psychiatry* 2005;162:1192-9.
- 17 Briere J, Scott C, Weathers F. Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *Am J Psychiatry* 2005;162:2995-301.
- 18 Kramer A, Lorenzon D, Mueller G. Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. *Womens Health Issues* 2004;14:19-29.
- 19 Furniss K, McCaffrey M, Parnell V, Rovi S. Nurses and barriers to screening for intimate partner violence. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2007;32:238-43.
- 20 Ernst AA, Weiss SJ. Intimate partner violence from the emergency medicine perspective. *Women Health* 2002;35:77-81.
- 21 McCloskey LA, Lichter E, Ganz ML, Williams CL, Gerber MR, Sege R, et al. Intimate partner violence and patient screening across medical specialties. *Acad Emerg Med* 2005;12:712-22.
- 22 Weinsheimer RL, Schermer CR, Malcoe LH, Balduf LM, Bloomfield LA. Severe intimate partner violence and alcohol use among female trauma patients. *J Trauma* 2005;58:22-9.
- 23 Lipsky S, Caetano R. The role of race/ethnicity in the relationship between emergency department use and intimate partner violence: findings from the 2002 National Survey on Drug Use and Health. *Am J Public Health.* 2007;97:2246-52.
- 24 OMS. *Informe Mundial de Violencia.* 2002.
- 25 Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet* 2002;359:1331-6.
- 26 Bansal SK, Park E, Edwardsen EA. Medical inquiry for intimate partner violence as reported by women in a shelter. *J Emerg Med* 2008;34:341-5.
- 27 Roldán Ortega R, Machín Hamalainen J, Sánchez Espinosa J. Frecuentadores del Servicio de Urgencias de un hospital grupo I. *Emergencias* 1999;11:192-6.
- 28 Siendones Castillo R, Perea-Milla López E, Arjona Huertas JL, Agüera Urbano C, Rubio Gallo A, Molina Molina M. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Emergencias* 2002;14:224-32.
- 29 McCloskey LA, Williams CM, Lichter E, Gerber MR, Ganz ML, Sege R. Abused women disclose partner interference with health care: an unrecognized form of battering. *J Gen Intern Med* 2007;22:1067-72.
- 30 Lorente Acosta M, Toquero de la Torre F. *Guía de Buena Práctica Clínica en Abordaje en situaciones de violencia de género.* OMC. Madrid 2004.
- 31 Ministerio de Sanidad y Consumo. *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género.* 2007.

## Gender violence and mistreatment (I). Global aspects from the health care perspective

### Lorente Acosta M

The consequences of gender violence on health have frequently been disguised in the form of various clinical pictures and disorders, in the same way that violence is overlooked in society through justifications and rationalizations. Social transformation and critical thought regarding violence is favouring the rise of new cases, which have translated into a significant increase in domestic violence reports filed; reaching 43.5% in the last five years. These circumstances have resulted in a higher demand for emergency healthcare services. Nevertheless, in spite of this increase, the global prevalence of gender violence (30% of women as documented by the WHO) is inconsistent with the number of cases presented to emergency department, which is approximately 17%. Besides, female victims of violence require medical services 30% more often than women who do not suffer violence indicating that many of the cases show a symptomatology not related to the physical injuries resulting from violent aggressions. The objective of the present study was to point out the consequences of violence beyond the specific aggression and to assess the view of the medical professionals with respect to gender violence, specifically that of emergency physicians and highlight the limitations and difficulties they face. This will help to ensure that physician response is not influenced by the personal consequences derived from the violent aggression and limited to that specific aggression. Medical professionals must focus on the health of the woman who suffered the violence and should in no case, provide clinical assistance based on other types of factors (police report, beliefs and prejudices,...). Emergency physicians must be aware that "to do nothing is to do harm" because other wise, women will continue to suffer violence and their health will further deteriorate. The data reported may help professionals maintain a code of conduct and respond to cases of gender violence following two very simple criteria: to act in the same way as they would in other health situations that have personal consequences, and to bear in mind that behind an aggression there is health problem caused by violence, which in many cases will characterize the clinical picture. [Emergencias 2008;20:191-197]

**Key words:** Violence. Emergency. Mandatory reporting. Public Health. Domestic violence. Aggression. Medical record.