
ORIGINAL

Violencia doméstica atendida en urgencias de un hospital comarcal: características sociodemográficas de víctima y agresor

ENRIQUE FERNÁNDEZ-ROMERO, RAFAEL ESPINO PÉREZ, MANUEL AGUILERA PEÑA, MARÍA DOLORES PABLO VÁZQUEZ, CARLOS JAVIER GALÁN DOVAL, JOSÉ MANUEL RECIO RAMÍREZ

Servicio de Urgencias de la Línea de Procesos Críticos y Urgentes del Hospital de Montilla (Córdoba). Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

CORRESPONDENCIA:

Enrique Fernández Romero
Servicio de Urgencias
Hospital de Montilla
Carretera Montoro-Puente
Genil, Km 65.350
14550 Montilla - Córdoba
E-mail: efernandezr@ephag.es;
efrzuheros@hotmail.com

FECHA DE RECEPCIÓN:

10-1-2007

FECHA DE ACEPTACIÓN:

27-6-2007

CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

Objetivos: Conocer las características sociodemográficas de víctimas y agresores, tipo de maltrato y las circunstancias que lo definen, en los casos de violencia doméstica atendidos en el servicio de urgencias de un hospital comarcal. Como segundo objetivo se investigará si existieron rasgos diferenciales, tanto en la víctima como en el agresor, en función del género.

Método: Estudio prospectivo, observacional, de las víctimas de violencia doméstica atendidas del 15 de marzo de 2003 al 14 de marzo de 2004. Durante la atención se cumplimentaba un cuestionario sociodemográfico y un formulario médico-legal y de actuación clínica. Se realizó el estudio estadístico de las variables diferenciadas en función del género de víctima y agresor.

Resultados: Se recogieron 58 casos, 43 (74%) de violencia dentro de la pareja (39 contra mujeres), 2 (3%) de malos tratos al anciano y 5 (9%) de maltrato a menores de 18 años. Las víctimas tienen una edad media de 35 ± 14 , y el 82,6% son mujeres, y principalmente casadas (48%), con nivel de estudios bajo (67%) y escaso poder económico autónomo. El agresor es más frecuentemente hombre (90%) de 39 ± 12 años de edad, pareja de la víctima (74%) con la que ha mantenido relaciones prolongadas (60% más de 6 años). La agresión más frecuente es la física aislada (55%), existen agresiones previas en el 65% y amenaza de muerte asociada en el 36%. El agresor tiene trabajo estable (41%) con mayor frecuencia que el agredido (19%; $p < 0,05$). Con mayor frecuencia el hombre agresor tiene estudios primarios o inferiores (78%) que la mujer agresora (32%; $p < 0,05$).

Conclusiones: La violencia contra la mujer dentro de la pareja es la forma más frecuente de maltrato. El agresor es más frecuentemente hombre, de edad media y conviviente durante largo tiempo con la víctima. El maltrato continuado tiene una alta prevalencia en el estudio. [Emergencias 2008;20:164-172]

Palabras clave: Violencia doméstica. Violencia de género. Urgencias hospitalarias. Violencia por compañero íntimo. Maltrato infantil. Maltrato al anciano.

Introducción

La violencia doméstica supone uno de los grandes conflictos de convivencia de nuestra sociedad, y se considera un problema de salud pública, tan grave como de compleja solución. En nuestro país no existen grandes estudios clínicos de prevalencia sobre violencia doméstica. En EEUU la prevalencia en las estadísticas clínicas es alta: un 15-30% de las mujeres que visitan los servicios de urgencias^{1,2} y un 12-13% de las que visitan el departamento de asistencia familiar^{3,4} revelaron haber sufrido abusos físicos o amenazas por parte de su compa-

ñero durante el último año. En un estudio desarrollado en España por el Instituto de la Mujer en la población general en el año 1999, el 10,1% de las mujeres mayores de 18 años reconocía haberse sentido maltratada alguna vez en su vida dentro de su núcleo familiar. En el mismo estudio, el 4,2% de las mujeres estudiadas reconoció haber sido maltratada en los últimos 12 meses, y en el 52% su pareja fue el agresor⁵.

Cada año el número de muertes secundarias a los malos tratos aumenta en nuestro país, y se considera que cada cuatro días muere una mujer víctima de malos tratos en España (www.redfemi-

nista.org, 2003)⁶, cifras que se elevan año a año, pese a los cambios legislativos recientes^{6,7}. Según el informe monográfico de violencia elaborado para España por el Defensor del Pueblo en 1998⁸, más del 90% de las muertes por homicidio en mujeres eran atribuibles a su pareja.

Entendemos por malos tratos, en el ámbito de la violencia doméstica, todo acto cometido dentro de la familia por uno de sus miembros que perjudica la vida, cuerpo, integridad psicológica o libertad de otro de sus miembros, especialmente las conductas agresivas que se ejercen sobre la mujer y los menores de edad (Martín Iglesias, 1989)⁹. Se incluyen también las producidas con posterioridad a la ruptura de una relación familiar o de convivencia, así como las agresiones sexuales. Dentro de la violencia en el ámbito familiar, la forma más frecuente es el maltrato a la mujer¹⁰.

Quizás lo que haga a la violencia doméstica en todas sus tipologías (violencia de género y maltrato a la mujer, maltrato infantil y maltrato a los ancianos) un fenómeno tan peculiar como terrible sea la ocurrencia dentro del núcleo familiar, de un círculo cerrado, lo que supone una especial proximidad sentimental entre los sujetos intervinientes. Ello condiciona que existan unas relaciones de dependencia y posesión de víctima y agresor con distinto grado de tolerancia según las personas, la sociedad de origen y los momentos vitales¹¹, y una posibilidad de desenlace fatal sin signos previos de alarma, incluso para personas de ambiente cercano.

En el ámbito sanitario general se han hallado prevalencias muy variables de entre el 20 y el 55%¹²⁻¹⁷. Los servicios y dispositivos de urgencias son unos de los estamentos sanitarios que con mayor frecuencia atienden episodios de maltrato. En un estudio de Lejoyeux et al¹³, realizado en Bélgica, se detectó la presencia de malos tratos en el 18% de la población que acudía a un servicio de urgencias por otro motivo. El estudio concluye que los pacientes atendidos en urgencias deben ser considerados en general como grupo de riesgo de violencia doméstica.

Creemos que una formación dirigida hacia la detección de signos de maltrato sería el mejor aliado a la hora de enfrentarnos a este problema socio-político-sanitario. En el trato diario con los pacientes, un alto índice de sospecha puede hacernos conocer situaciones ocultas de malos tratos. Una adecuada actuación de los profesionales sanitarios permitiría evitar una situación potencialmente peligrosa y la posibilidad de lesiones graves¹⁸⁻²². La misma ley integral de la violencia de género dictamina que "Las Administraciones sani-

tarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia"²³.

El primer paso para buscar soluciones a un problema consiste, sin duda, en una buena descripción del mismo. Con esa finalidad nos planteamos el objetivo de realizar el presente estudio epidemiológico. Pretendíamos conocer con exactitud el número de víctimas de violencia doméstica atendidas en nuestro hospital, así como las características sociodemográfica y de relación que definen tanto a la víctima como al agresor, el tipo de maltrato atendido, las circunstancias que lo rodean y las necesidades de atención médica. Secundariamente se pretendía estudiar si existen diferencias en las características que definen al maltrato en función de quien lo inflinge (hombre o mujer) y quien lo padece (hombre o mujer).

Material y método

Se trata de un estudio transversal, observacional, descriptivo, en el que se incluyen todos los casos de víctimas de violencia doméstica atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Alto Guadalquivir de Andújar (Jaén) entre el 15 de marzo de 2003 y el 14 de marzo de 2004.

La población estudiada se estima en unos 80.200 habitantes, correspondientes al área de referencia del hospital, y predominantemente población rural agrupada en núcleos de entre 3.000 y 36.000 habitantes. En un porcentaje mayor al 90% pertenecen a las zonas básicas de Andújar, Arjona y parte de la de Porcuna. Se atienden además, de hecho, gran parte de las consultas urgentes de las poblaciones limítrofes (Bailén, La Carolina, Villa del Río y Montoro).

Los criterios de inclusión fueron pacientes asistidos en el hospital por haber sufrido malos tratos o agresiones sexuales (todos los casos en que se cumplimente el parte de malos tratos para el juez), así como aquellos en los que se sospechen y atiendan, sin que éste sea el motivo de consulta y sin que exista notificación.

En todos los casos estudiados se realizó una encuesta mediante un formulario específico que contenía variables sociodemográficas referidas a la víctima (género, edad, nivel de estudios, situación laboral, convivencia con menores, existencia de ingresos propios, estado civil, relación víctima-

agresor y tiempo desde el inicio de esta relación) y al agresor (género, edad, nivel de estudios, situación laboral), datos relacionados con el maltrato y la agresión motivo de consulta (tipo de agresión, existencia de amenaza de muerte, testigos de la agresión, coexistencia de agresiones a terceros, existencia de agresiones previas, tiempo desde la primera agresión, uso de sustancias de abuso, tipo de tóxicos usados y uso objetos para agredir) y datos clínicos relacionados con el episodio y la actuación diagnóstico-terapéutica seguida (procedencia de la consulta, lesiones encontradas, pronóstico de las lesiones, estado emocional, necesidad de medicación, necesidad de ingreso). Los datos socio-demográficos, tanto de víctima como de agresor, se obtienen exclusivamente por el testimonio de la víctima y se almacenan sin contener datos personales. La exploración y descripción de las lesiones se intenta realizar siguiendo las recomendaciones publicadas^{17,24}.

En todas las variables se ha realizado un estudio descriptivo (media, proporciones y estudio de distribución de frecuencias). Algunas variables (las relacionadas con edad y tiempo) se han agrupado en intervalos para una mejor valoración.

Dado que la muestra fue limitada, se realizó la conversión de las variables estudiadas en dicotómicas, y para ello se unificaron en dos categorías las previamente existentes. Posteriormente se realizó un estudio de comparación de proporciones (test exacto de Fisher, al existir siempre casillas con muy bajo número de casos) en función del género de la víctima y del agresor.

Resultados

Los resultados se exponen en las tablas 1-4 referidos a los distintos grupos de variables: socio-demográficas de víctima (Tabla 1) y agresor (Tabla 2), datos relacionados con el maltrato y la agresión motivo de consulta (Tabla 3) y datos clínicos relacionados con el episodio y la actuación diagnóstico-terapéutica seguida (Tabla 4).

En el tiempo de estudio se asistieron 58 casos de víctimas de violencia doméstica (todos los casos atendidos fueron incluidos en el estudio), 8 hombres y 50 mujeres, con una edad media de 35 ± 14 , y el 62,1% de los casos (36 casos) se agruparon entre los 18 y los 44 años.

Se han encontrado 43 casos de violencia por compañero íntimo, de los que 39 casos eran de violencia contra la mujer en la pareja y en 4 la víctima era un hombre (de ellos, en un caso el agresor también es hombre). En los 5 casos de

Tabla 1. Distribución de frecuencias de las variables relacionadas con la víctima

Variables	Frec.	(%)
Género de la víctima		
Hombre	8	(13,8)
Mujer	50	(86,2)
Edad de la víctima		
Menos 18 años	5	(8,6)
De 18 a 29 años	16	(27,6)
De 30 a 44 años	20	(34,5)
De 45 a 59 años	9	(15,5)
De 60 a 74 años	6	(10,3)
De 75 años o más años	1	(1,7)
Sin identificar	1	(1,7)
Nivel de estudios de la víctima		
Analfabeto	7	(12,1)
Lee y escribe	12	(20,7)
Primarios	20	(34,5)
Secundarios	10	(17,2)
Universitarios	4	(6,9)
Sin identificar	5	(8,6)
Trabajo de la víctima		
Ama de casa	14	(24,1)
No busca empleo	8	(13,8)
Parado larga duración	7	(12,1)
Pensionista	2	(3,4)
Estudiante	2	(3,4)
Trabajo ocasional	9	(15,5)
Estable cuenta ajena	9	(15,5)
Empresario	1	(1,7)
Sin identificar	6	(10,3)
Ingresos propios de la víctima		
No	35	(60,3)
Sí	23	(39,7)
Convivencia con menores		
No	47	(81,0)
Sí	11	(19,0)
Estado civil de la víctima		
Casada/o	26	(44,8)
Pareja de hecho	5	(8,6)
Separada/o	6	(10,3)
Soltera/o	19	(32,8)
Sin identificar	2	(3,4)
Relación agresor-víctima		
Conyugue	26	(44,8)
Familia Política	3	(5,2)
Hemano	3	(5,2)
Hijo/a	2	(3,4)
Padre/madre	7	(12,1)
Pareja de hecho/novio	17	(29,3)
Tiempo de relación víctima- agresor		
Menos 1 año	5	(8,6)
De 1 a 2 años	5	(8,6)
De 3 a 5	4	(6,9)
6 más años	35	(60,3)
Sin identificar	9	(15,5)

Los datos no cumplimentados en el formulario se exponen en la tabla bajo el epígrafe "sin identificar". La variable "Ingresos propios de la víctima" hace referencia no sólo a los ingresos provenientes del trabajo, sino también a pensiones (de viudedad o de cualquier otro tipo), ingresos por minusvalías, etc.

maltrato infantil, los causantes eran los padres y en los 2 de víctimas mayores de 60 años (excluidos los considerados como violencia de género) los agresores eran los hijos varones.

El nivel de estudios de las víctimas es de "estudios primarios" o menor en el 67,3% de los casos

Tabla 2. Distribución de frecuencias de las variables relacionadas con el agresor

Variables	Frec.	(%)
Género del agresor		
Hombre	52	(89,7)
Mujer	6	(10,3)
Edad del agresor		
De 18 a 29 años	10	(17,2)
De 30 a 44 años	23	(39,7)
De 45 a 59 años	11	(19,0)
De 60 a 74 años	5	(8,6)
Sin identificar	9	(15,5)
Nivel de estudios del agresor		
Analfabeto	3	(5,2)
Lee y escribe	15	(25,9)
Primarios	25	(43,1)
Secundarios	7	(12,1)
Universitarios	1	(1,7)
Sin identificar	7	(12,1)
Trabajo del agresor		
Empresario	2	(3,4)
Estable cuenta ajena	13	(22,4)
Estable cuenta ajena	6	(10,3)
Estudiante	1	(1,7)
No busca empleo	1	(1,7)
Trabajo ocasional	8	(13,8)
Parado larga duración	11	(19)
Pensionista	8	(13,8)
Sin identificar	8	(13,8)

(39 casos). La víctima no realiza ningún trabajo remunerado fuera del domicilio en el 80,8% (42 casos) de los casos que responden (52 casos), aunque hasta un 40% de las víctimas atendidas posee algún tipo de ingreso económico propio. La situación familiar más frecuente entre las víctimas es la de casado/a (26 casos, 44,8%). En el núcleo familiar de la víctima existen niños en un 19% de los casos. En un 44,8% (26 casos) el agresor es el cónyuge, seguido en frecuencia por agresiones provenientes de la pareja de hecho o novio/a (29,3%). Se encontró que estas relaciones, en el 60,3% (71,41% de las 49 víctimas que responden a esta pregunta), son de 6 años o más. Sólo en 5 casos la relación tenía menos de un año de duración. El resto de detalles de la víctima puede consultarse en la tabla 1.

En el 89,7% de las agresiones registradas durante el año de estudio, el agresor es hombre, registrándose en sólo 6 ocasiones una mujer como causante del maltrato. La edad media es de 39 ± 12 , y no se registró ningún caso de agresores menores de edad ni mayores de 75 años. El nivel de estudios es similar al de las víctimas, con un 74,2% con "estudios primarios" o menos. Encontramos que el 58% de los maltratadores de los que tenemos datos de su situación laboral poseen ingresos regulares. El resto de detalles del agresor pueden consultarse en la tabla 2. Cuando el agresor es un hombre, el tipo de maltrato predominante es la violencia contra la mujer en el ámbito

Tabla 3. Distribución de frecuencias de las variables relacionadas con el maltrato

Variables	Frec.	(%)
Tipo de agresión/maltrato ocurrido		
Agresión psíquica (APs)	4	(6,9)
Agresión física (AF)	32	(55,2)
AF y APs	19	(32,8)
AF, APs y Agresión Sexual	3	(5,2)
Existencia de testigos del maltrato		
No	23	(39,7)
Sí	35	(60,3)
Existencia de agresión a terceros		
No	49	(84,5)
Sí	9	(15,5)
Uso de tóxicos durante la agresión		
No	45	(77,6)
Sí	13	(22,4)
Tipo de tóxico consumido		
Alcohol	9	(15,5)
Drogas ilegales	4	(6,9)
Ninguno y no sabe	45	(75,9)
Sin identificar	1	(1,7)
Uso de objetos para agredir		
No	47	(81,0)
Sí	11	(19,0)
Ha existido amenaza de muerte		
No	37	(63,8)
Sí	21	(36,2)
Existencia de agresiones previas		
No	20	(34,5)
Sí	38	(65,5)
Informes previos de maltrato		
No	48	(82,8)
Sí	10	(17,2)
Tiempo desde la primera agresión		
Primera agresión	20	(34,5)
<1 año	12	(20,4)
1-2 años	7	(12,1)
3-5 años	7	(12,1)
Más de 6 años	12	(20,7)

Informes previos de maltrato hacen referencia a la realización en alguna otra ocasión de partes policiales, judiciales o médico-legales en referencia a la situación de maltrato.

de la pareja (76% de los casos) (Figura 1). El agresor tiene trabajo estable (41%) con mayor frecuencia que el agredido (19%; $p < 0,05$).

El tipo de agresión más frecuente por el que consultan nuestras víctimas es la agresión física aislada (55,2%), seguida de agresión conjunta física y psíquica (32,8%). En 35 casos (60,3%) hay testigos de la agresión y en 9 (15,5%) existen otros agredidos además de la víctima atendida. En al menos el 22,4% de los casos el agresor está bajo los efectos de algún tóxico, y el más frecuente es el alcohol (presente en el 15,5% de las agresiones). En 11 de los casos registrados (19%) se usan objetos para agredir a la víctima. El agresor verbaliza amenazas de muerte durante la agresión en 21 de los episodios (36,2%). La víctima en el momento de ser atendida refiere haber sido agredida en otras ocasiones en un 65,5% (38 casos). Sólo en el 26,3% (10 casos), las víctimas con antecedentes de otros episodios de mal-

Tabla 4. Descripción de resultados en las variables relacionadas con la situación clínica y la atención sanitaria recibida

Variabes	Frec.	(%)
Origen de la derivación		
Atención Primaria	5	(8,6)
Otro Hospital	1	(1,7)
Fuerzas de Seguridad	19	(32,8)
Decisión propia	31	(53,4)
Sin identificar	2	(3,4)
Tipo de lesiones encontradas		
Contusión	24	(41,4)
Erosiones	9	(15,5)
Fractura	1	(1,7)
Hematoma	13	(22,4)
HIC	3	(5,2)
Sin apreciar lesiones	4	(6,9)
Sin identificar	4	(6,9)
Pronóstico de las lesiones		
Grave	3	(5,2)
Leve	55	(94,8)
Estado emocional de la víctima		
Aterrado/a	2	(3,4)
Llanto continuo	11	(19,0)
Ansiedad	7	(12,1)
Nervioso/a	21	(36,2)
Tranquilo/a	15	(25,9)
Sin identificar	2	(3,4)
Necesita medicación en la atención		
No	29	(50,0)
Sí	29	(50,0)
Necesidad de ingreso		
No	56	(96,6)
Sí	2	(3,4)

trato se han puesto en contacto previamente con algún nivel de atención social para denunciar su problema.

En el 53,4% (34 casos) las víctimas acuden a nuestro servicio por iniciativa propia, mientras que son acompañadas por las fuerzas de seguridad públicas en el 32,8% (19 casos). Los tipos de lesión más frecuentemente diagnosticados son el de contusión (41,4%) y hematoma (13%). Sólo el 5,2% de las consultas fueron consideradas con un pronóstico grave. Cuando acuden a urgencias las víctimas (a criterio del médico que las atiende) se encuentran desde el punto de vista emocional más frecuentemente "nerviosas" (36,2%), seguidas de "tranquilas" (25,9%) y de "llanto continuo" (19%). El 50% de los pacientes atendidos precisaron medicación en urgencias y sólo 2 fueron ingresadas (Tabla 4).

Cuando se comparó si existían características diferenciales según el género del agresor, se vio que de forma estadísticamente significativa los hombres agresores tenían con mayor frecuencia que las mujeres estudios primarios o inferiores ($p = 0,03$; tabla 5). En cambio, no se identificaron características diferenciales según el género de la persona agredida (víctima; tabla 6).

Discusión

Durante un año de recogida de datos fueron atendidas 58 víctimas, lo que supone una incidencia de 69 casos/100.000 habitantes/año, cifra que, pese a ser sólo ligeramente superior a la re-

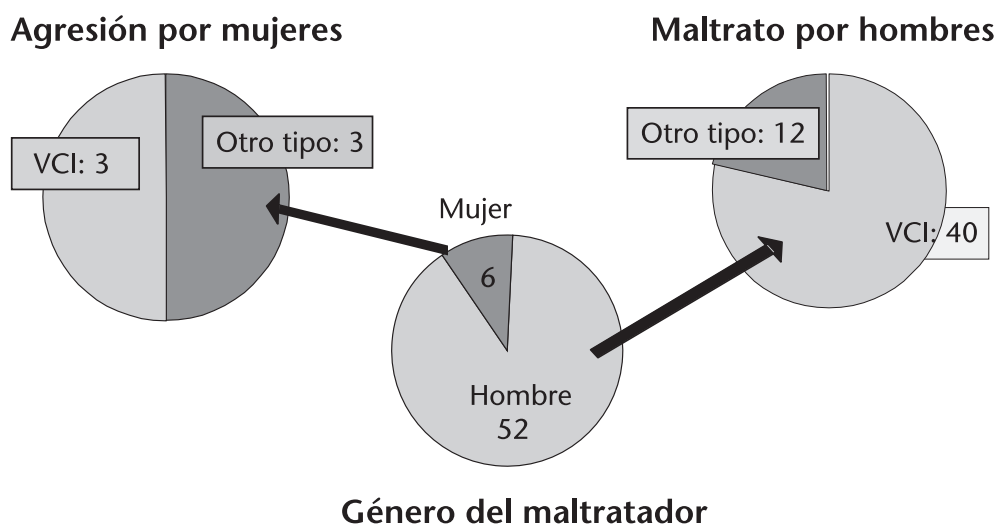


Figura 1. Violencia dentro de la pareja (violencia por compañero íntimo) en función del género del agresor. Cuando el agresor del cuadro atendido es un hombre, en el 77% de los casos se trata de violencia por compañero íntimo, mientras que, en los episodios de violencia doméstica donde el agresor es una mujer, sólo la mitad son casos de violencia por compañero íntimo ($p = 0,17$). VCI: violencia por compañero íntimo. Otro tipo: otro tipo de violencia doméstica diferente a VCI.

Tabla 5. Comparación de diferentes variables (previa transformación dicotómica) según el al género del agresor

	Total (n = 58) n/respondedores (%)	Hombre (n = 52) n (%)	Mujer (n = 6) n (%)	p
Edad inferior a 45 años	33/49 (67)	29 (65)	4 (80)	1
Estudios primarios o inferior	43/58 (74)	41 (78)	2 (33)	0,03
Trabajo estable	21/51 (41)	20 (43)	1 (20)	0,34
Violencia contra el compañero íntimo	43/58 (74)	40 (77)	3 (50)	0,17
Agresión física	54/58 (93)	48 (92)	6 (100)	1
Existencia de testigos	35/58 (77)	41 (78)	4 (66)	0,6
Agresión a terceros	9/58 (15)	9 (17)	0 (0)	0,57
Consumo de tóxicos	13/58 (22)	13 (25)	0 (0)	0,32
Utilización de objetos para agredir	11/58 (19)	11 (21)	0 (0)	0,58
Amenazas de muerte	21/58 (36)	18 (34)	3 (50)	0,65
Agresiones previas	38/58 (65)	34 (65)	4 (66)	1
Informes previos de maltrato	10/58 (17)	10 (19)	0 (0)	0,57
Primera agresión	20/58 (34)	18 (34)	2 (33)	1
Consulta a urgencias por decisión propia	31/58 (53)	26 (50)	5 (83)	0,26
Pronóstico grave de las lesiones	3/58 (5)	3 (5)	0 (0)	1

cogida en la provincia de Jaén (63/100.000 habitantes/año; datos recogidos de la Delegación Provincial en Jaén de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía), consideramos elevada, porque los episodios de maltrato de la zona se asisten, además de en nuestro hospital, en todos los puntos de asistencia de atención primaria de salud.

La víctima de la violencia doméstica atendida en nuestro hospital es, con mayor frecuencia, una mujer de edad media, entre 18 y 44 años, con bajo nivel cultural y escasos ingresos económicos propios. Es mayoritariamente casada y sufre maltrato proveniente fundamentalmente de su pareja, con la que lleva conviviendo más de 6 años. En este estudio no se han incluido variables relacionadas con antecedentes patológicos o patología asociada de las víctimas, lo que podría habernos aportado información relevante con implicaciones a la hora de la sospecha de maltrato²⁵.

La existencia de agresiones por ex-parejas, incluida dentro de la definición de violencia doméstica, es altamente infrecuente en nuestro estudio. Es posible que, al tratarse de una población predominantemente rural, el porcentaje de ruptura matrimonial sea escaso. Llama asimismo la atención el escaso número de consultas por maltrato ocurrido durante el primer año de relación, cuando es conocido que la violencia doméstica, especialmente la de pareja, se inicia en los primeros momentos de la relación⁹. La aparente aceptación de situaciones de violencia inicial podría explicarse por condicionamientos culturales, reconocimiento de hábitos sociales y roles educacionales aprendidos por las víctimas desde la infancia.

El agresor en nuestro estudio es, casi exclusivamente, hombre, de edad media, con bajo nivel de estudios y con mejor situación laboral que la de las víctimas. A diferencia de ellas, solo el 26% de los agresores no tiene ningún tipo de ingresos

Tabla 6. Comparación de diferentes variables (previa transformación dicotómica) según al género de la víctima

	Total (n = 58) n/respondedores (%)	Hombre (n = 8) n (%)	Mujer (n = 50) n (%)	p
Edad de la víctima inferior a 45 años	41/57 (71)	4 (50)	37 (75)	0,2
Estudios primarios o inferior	39/53 (73)	5 (71)	34 (73)	1
Trabajo estable	10/52 (19)	1 (14)	9 (20)	1
Estado civil casado	26/56 (46)	3 (47)	23 (47)	0,71
Violencia contra el compañero íntimo	43/58 (74)	4 (50)	39 (78)	0,18
Tiempo de relación con el agresor superior a 5 años	35/49 (71)	4 (66)	31 (72)	1
Ingresos propios	23/58 (39)	3 (37)	20 (40)	1
Agresión física	54/58 (93)	8 (100)	46 (92)	1
Existencia de testigos	35/58 (60)	5 (62)	30 (60)	1
Agresión a terceros	9/58 (15)	1 (12)	8 (16)	1
Consumo de tóxicos	13/58 (22)	2 (25)	11 (22)	1
Utilización de objetos para agredir	11/58 (19)	2 (25)	9 (18)	0,63
Amenazas de muerte	21/58 (36)	3 (37)	18 (36)	1
Agresiones previas	38/58 (65)	5 (62)	33 (66)	1
Informes previos de maltrato	10/58 (17)	0 (0)	10 (20)	0,32
Primera agresión	20/58 (34)	3 (37)	17 (34)	1
Consulta a urgencias por decisión propia	31/56 (55)	6 (75)	25 (50)	0,26
Pronóstico grave de las lesiones	3/58 (5)	0 (0)	3 (6)	1

económicos, por lo que podemos afirmar que los maltratadores son la fuente de ingresos del núcleo familiar. Pensamos que esta dependencia económica de las víctimas es uno de los factores, al margen de otros de tipo educacional y social, que influyen en la alta tolerancia que se aprecia, por su parte, hacia unas relaciones con alto contenido de violencia.

Pese al escaso número de episodios atendidos de maltrato proveniente de la mujer, encontramos una clara diferencia con respecto al proveniente del hombre: la violencia contra la pareja no predomina en relación a otros tipos de violencia doméstica (50%), frente al claro predominio de violencia contra la pareja en agresiones por hombres (83%). Es pues, la violencia de género la predominante en los casos estudiados de violencia dentro de la familia.

En cuanto al tipo de maltrato, se aprecia un alto porcentaje de consultas por agresiones físicas, aisladas o asociadas a otra categoría. Si bien, está ampliamente descrito en la bibliografía que el maltrato psicológico es mucho más frecuente que el físico^{9,26,27}, en nuestro estudio menos de la mitad de las víctimas creían ser maltratadas de esta forma. Creemos que el grado de adaptación de las víctimas a esta situación es muy alto, y es muy probable que, al responder a las preguntas del médico, la víctima obvie una situación continuada de maltrato psicológico, bien por desconocimiento o bien, con mayor probabilidad, por considerar "esa forma de relación" como normal. Sí parece lógico pensar que a mayor intensidad del maltrato, y sobre todo al añadirse un componente más físico al mismo, existirán más posibilidades de que la víctima solicite ayuda y acude al hospital cuando aparece lo que consideran aumento del nivel de violencia.

Por otro lado, tenemos datos para confirmar de forma concluyente que, en nuestro estudio, el modo de violencia doméstica más frecuente es el maltrato continuado. Hasta el 65% de las víctimas atendidas han sufrido maltrato en ocasiones previas, e incluso han consultado en alguna instancia en la cuarta parte de estos casos. Cuando hablamos de menores es obvio pensar que, salvo lesiones graves, la consulta en urgencias no se producirá en los primeros episodios. En la violencia de género, el maltrato continuado viene justificado, como veíamos antes, por condicionantes sociales, culturales y de dependencia económica. Junto con el tipo de agresión sufrida (como se explicó más arriba) algunos de los datos que pueden hacernos valorar una visión subjetiva por parte de la víctima de incremento de la intensidad del maltrato

y que justifica la solicitud de apoyo sanitario o policial son la utilización de objetos para agredir (pese a no implicar necesariamente un mayor daño corporal), la coexistencia de agresión a otros familiares o la verbalización de amenazas de muerte.

Por último, en los datos descriptivos, quisiéramos destacar la escasa incidencia de consumo de tóxicos entre los agresores en los episodios atendidos, aunque consideramos que existe un alto número de casos sin respuesta a esta pregunta o con respuesta no concluyente.

En el tratamiento estadístico de los datos, sólo en una variable se han encontrado diferencias significativas. La escasa relevancia de estos resultados puede explicarse por el número de casos estudiado, que es muy reducido, y especialmente por el bajo porcentaje de agresores de género femenino y de víctimas del género masculino.

Aún así, se han encontrado diferencias significativas en la variable "nivel de estudios" (existencia de estudios primarios o inferior frente a estudios secundarios o superiores) en función del género del agresor. Se encontró un nivel educacional más bajo en el agresor hombre (73% de estudios primarios o menores, frente a 33% $p = 0,03$). Podría responder al tipo de violencia doméstica más frecuente en cada género, y es mucho más frecuente en el hombre agresor la violencia contra compañero íntimo (77%) que en la mujer agresora (50%), aunque con diferencias no significativas (Figura 1). La existencia de violencia contra compañero íntimo frente a otras formas de violencia doméstica, es la variable que obtiene una "p" más baja, sin llegar a un nivel de significación estadística, tanto al estudiar por género de víctima (0,18) como por género de agresor (0,17).

El estudio actual, tras su revisión y valoración inicial, se está continuando con la recogida de más casos y de otros estudios, más ambiciosos, con mayor capacidad de intervención y con implicación de otros estamentos sanitarios, sociales y judiciales, lo que permitirá acercarnos mejor a la situación del maltrato en nuestra sociedad. Consideramos esta línea de investigación una labor siempre incompleta y con infinitas posibilidades de actuación. No debemos olvidar que, pese a ser un trabajo eminentemente médico, estudiamos una de las problemáticas sociales más dramáticas de nuestro tiempo. Por tanto, la razón última del estudio es la de conocer más profundamente el problema, para prevenir, detectar y tratar mejor a las víctimas de violencia doméstica de nuestro entorno laboral.

Bibliografía

- 1 Abbott J, Johnson R, Koziol-McLain J, Lowenstein S. Domestic violence against women: incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA* 1995;273:1763-7.
- 2 Mc Lear S, Anwar R. Identification of abuse in emergency department. *Am J Public Health* 1998;79:65-6.
- 3 Hamberger LK, Saunders DG, Hovey M. Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry. *Fam Med* 1992;24:382-7.
- 4 Elliot BA, Johnson MM. Domestic violence in a primary care setting. *Arch Fam Med* 1995;4:113-9.
- 5 Laceras ML, Pires M. Análisis de la situación y magnitud del problema. En: La violencia contra las mujeres considerada como un problema de salud pública. Colección documentos técnicos de salud pública nº86. Madrid: Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid. 2003. p 19-24 [consultado 12/12/2006] Disponible en URL: <http://www.Madrid.org/sanidad>.
- 6 Red estatal de organizaciones feministas contra la violencia de género. Violencia contra las mujeres con resultado de muerte. 2003. [consultado 10/12/2006]. Disponible en URL: <http://www.redfeminista.org/nueva/uploads/03.pdf>
- 7 Vives C, Caballero P, Álvarez-Dardet C. Análisis temporal de la mortalidad por violencia del compañero íntimo en España. *Gac Sanit* 2004;18:346-50.
- 8 Defensor del Pueblo. Alto comisionado de las Cortes Generales. Informes, estudios y documentos. La violencia doméstica contra las mujeres. [consultado 10/12/2006]. Disponible en URL: <http://www.defensordelpueblo.es/index.asp?destino=informes2.asp>
- 9 Martín Iglesias M. Violencia Familiar. La Mujer Víctima Apropriadada. Bilbao: Asociación Clara Campoamor. 1989.
- 10 Gracia E, Herrero J. Acceptability of domestic violence against women in the European Union: a multilevel analysis. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:123-9.
- 11 Alberdi I, Matas N. Violencia en el ámbito familiar, doméstico y afectivo: En la violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Colección estudios sociales nº10. Barcelona: Fundación La Caixa: 2002. p 82-87. [consultado 20/12/2006]. Disponible en URL: www.estudios.lacaixa.es
- 12 Johnson JK, Haider F, Ellis K, Hay DM, Lindow SW. The prevalence of domestic violence in pregnant women. *BJOG* 2003;110:272-5.
- 13 Helweg-Larsen K, Kruse M. Violence against women and consequent health problems: a register-based study. *Scand J Public Health* 2003;31:51-7.
- 14 Lejoyeux M, Zillhardt P, Chieze F, Fichelle A, Mc Loughlin M, Poujade A, et al. Screening for domestic violence among patients admitted to a French emergency service. *Eur Psychiatry* 2002;17:479-83.
- 15 Armstrong J. Prevalence and incidence of domestic violence in an ambulatory gynaecology population and associated risk factors. *Obstet Gynecol* 2001;97(Suppl 1):54.
- 16 Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ* 2002;324:271-4.
- 17 Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ* 2002;324:274-7.
- 18 Instituto Andaluz de la Mujer. Procedimiento de coordinación para la atención a las mujeres víctimas de malos tratos y agresiones sexuales. Plan de actuación del Gobierno Andaluz para avanzar en la erradicación de la violencia contra las mujeres. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer; 1998.
- 19 Ruiz A, Coma M, Boncompte P, Altet J, Porta P, Duaso P, et al. El médico de familia y el síndrome de malos tratos al anciano. *Aten Primaria* 2000;9:641-6.
- 20 Arroyo Fernández A. Mujer maltratada: intervención médico-forense y nueva legislación. *Aten Primaria* 2000;4:255-60.
- 21 Ostabal Artibas MI. La mujer maltratada. *Med Integral* 2002;39:49-55.
- 22 Querol X. Signos guía de sospecha de malos tratos. *Cómo actuar*. *Jano* 1997;1224:45-7.
- 23 Boletín Oficial del Estado. LEY ORGÁNICA 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE nº 313, de 29/diciembre/2004:42166-42197.
- 24 Sánchez Ugena F, Valverde – Grimaldi Galván A, Villalobos Díaz A. La exploración de la víctima de una agresión sexual con fines periciales. *Emergencias* 1997;9:302-6.
- 25 Kramer A, Lorenzon D, Mueller G. Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. *Women's Health Issues* 2004;14:19-29.
- 26 Bazo MT. Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001;36:8-14.
- 27 Plazaola-Castaño J, Ruiz I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Med Clin (Barc)* 2004;122:461-7.

Medical attention for domestic violence in a regional hospital: sociodemographic characteristics of victims and aggressors

Fernández-Romero E, Espino Pérez R, Aguilera Peña M, Pablo Vázquez MD, Galán Doval CJ, Recio Ramírez JM

Aim: The primary objective of the study was to assess the sociodemographic characteristics of victims and aggressors, the type of abuse and the defining circumstances of mistreatment in domestic violence cases attended in the Emergency Department a county hospital. The second aim was to determine gender-related differences between the victim and aggressor.

Methods: Prospective, observational study of domestic violence victims who presented at the hospital in the period from March 15, 2003 to March 14, 2004. While being attended every patient completed a sociodemographic questionnaire and a medical-legal and clinical performance evaluation form. Statistical analysis of differential variables based on the gender of the victim and aggressor was performed.

Results: A total of 58 persons were included, 43 (74%) reporting couple-related violence (39 against women), 2 (3%)

ill-treatment to the elderly and 5 (9%) mistreatment of minors under 18 years of age. The mean age of the subjects was 35 ± 14 years, 82.6% were female, predominantly married (48%), with low education (67%) and poor economic status. The aggressor was most frequently a 39-12 year old male (90%), who was the partner of the victim (74%) with a prolonged relationship (60%, > 6 years). The most frequent aggression was isolated physical injury (55%), previous aggressions had occurred in 65% and associated death threats in 36%. The aggressor more often had a more stable job (41%) than to the victim (19%; $p < 0.05$). Primary or lower education was more common (78%) in male aggressors compared to female aggressors (32%; $p < 0.05$).

Conclusions: Violence against the women within the couple is the most frequent form of mistreatment. Commonly the aggressor is a middle-aged man, who had been cohabiting for a long time with the victim. The prevalence of continued mistreatment in the present study was very high. [Emergencias 2008;20:164-172]

Key words: Domestic violence. Gender violence. Hospital emergency. Intimate companion violence. Child mistreatment. Ill-treatment of the elder.