

Violencia y maltrato de género (II). Una aproximación desde urgencias

BLANCA COLL-VINENT PUIG

Sección de Urgencias Medicina. Área de Urgencias. Miembro de la Comisión de Violencia Intrafamiliar y de Género. Hospital Clínic. Barcelona, España.

CORRESPONDENCIA:

Blanca Coll-Vinent Puig
Área de Urgencias
Hospital Clínic
Villarroel, 170
08036 Barcelona, España
E-mail: bcvicent@clinic.ub.es

FECHA DE RECEPCIÓN:

22-1-2008

FECHA DE ACEPTACIÓN:

4-3-2008

CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

La violencia doméstica constituye un importante problema de salud, con una alta prevalencia en los servicios de urgencias. Los profesionales de estos servicios ocupan un lugar privilegiado para la detección de casos de maltrato e intervención precoz en los mismos. Sin embargo, se detectan pocos casos debido a la existencia de determinadas barreras presentes tanto en las mujeres afectadas como en los profesionales sanitarios que las atienden. Por ello se recomienda estar atento a determinados signos de sospecha e incluso un cribaje sistematizado. En todos los casos es muy importante realizar la entrevista en un ámbito privado, asegurar la confidencialidad y ofrecer ayuda. La atención que se debe ofrecer a estas mujeres debe ser individualizada, teniendo en cuenta la situación y el deseo de cada mujer y el riesgo vital en el que se halla. Se debe atender el problema médico por el cuál consulta, valorar la necesidad de atención psiquiátrica, ofrecer la ayuda social adecuada a las necesidades de cada mujer, y cumplir los requisitos legales, poniendo especial cuidado en la correcta cumplimentación de la historia clínica y del comunicado judicial en los casos en que sea necesario. El abordaje del problema requiere un enfoque multidisciplinar y una buena comunicación con la atención primaria y con los servicios sociales. La sensibilización y formación del personal sanitario de las urgencias es crucial para conseguir mejorar la atención que actualmente se ofrece a las mujeres afectadas. [Emergencias 2008;20:269-275]

Palabras clave: Violencia doméstica. Servicios de urgencias.

La violencia de género: impacto del problema en la salud

La violencia de género afecta a un amplio sector de la población pero su prevalencia exacta es difícil de cuantificar por su carácter intrafamiliar y doméstico. La complejidad del problema aumenta la dificultad para cuantificarlo, puesto que no es un fenómeno aislado en el tiempo, sino que es un proceso que se va instaurando y cronificando. Habitualmente empieza con un control de los movimientos y un aislamiento de la mujer por parte del agresor con una limitación de su acceso a la información, a la asistencia, a la familia y a sus relaciones. Posteriormente aparece el maltrato psicológico o emocional, con una desvalorización y humillación de la mujer y actitudes de intimidación y de desprecio. Y, finalmente, aparece la agresión física y sexual. Esta presentación insidiosa, repetitiva y prolongada va disminuyendo la autoesti-

ma de la mujer hasta el punto de que muchas de las mujeres que se hallan en esta situación les cuesta identificarse como maltratadas, o no son conscientes del maltrato hasta pasados muchos años del inicio del mismo¹⁻³. En una macroencuesta telefónica realizada en España en 2006 por el Instituto de la Mujer se objetivó que un 9,6% de las mujeres encuestadas se hallaban en una situación de violencia de género, aunque solamente un 3,6% se consideraba maltratada. En la misma encuesta, dos tercios de las mujeres maltratadas llevaban más de cinco años en esta situación⁴.

La violencia de género repercute negativamente en la salud de las mujeres que la padecen^{2,5-11}. Además de las lesiones traumáticas derivadas directamente de un acto de maltrato físico, el estrés crónico generado por el maltrato psicológico y la continua tensión ocasiona numerosos síntomas psíquicos, favorece la aparición de enfermedades y empeora las ya existen-

Tabla 1. Principales manifestaciones clínicas asociadas a la violencia de género

Psíquicas	Depresión
	Ansiedad
	Sentimiento de culpa y vergüenza
	Trastornos psicósomáticos
	Crisis de pánico y fobias
	Conductas sexuales inseguras
	Trastornos de alimentación
	Trastorno de estrés postraumático
	Abuso de psicofármacos, alcohol y otras drogas
	Ausencia de cuidado personal
	Intento de suicidio
Sexuales	Disminución de la libido
	Anorgasmia
Ginecológicas	Falta de autonomía sexual
	Embarazo no deseado
	Embarazos de alto riesgo
	Enfermedades de transmisión sexual
	Abortos en condiciones inseguras
Físicas	Infecciones de orina de repetición
	Dolores pélvicos crónicos
	Dolores crónicos
	Cansancio
	Colon irritable
	Fibromialgia
	Problemas gastrointestinales
Traumáticas	Fracturas
	Contusiones y hematomas
	Quemaduras
	Rotura de tímpano
Sociales	Aislamiento social
	Pérdida de empleo
	Absentismo laboral
	Disminución del número de días de vida saludable

tes. En la Tabla 1 se enumeran las principales manifestaciones clínicas que pueden presentar las mujeres afectadas. La merma de la salud llega en algunos casos a su expresión más extrema: la muerte. Solamente en 2007 murieron 71 mujeres asesinadas por sus parejas. Si se contabilizan las muertes secundarias (suicidios, intoxicaciones y enfermedades de transmisión sexual) la cifra de fallecimientos debidas a violencia de género es muy superior^{1,2}. La afectación de la salud de las mujeres afectadas es mayor cuanto más cercano y prolongado es el maltrato¹¹. Por ello es necesario detectarlo precozmente y prevenir su desarrollo, mantenimiento y secuelas.

La violencia de género no solamente afecta a la salud de las personas que la padecen sino que representa un importante problema de salud pública^{12,13}. Las personas maltratadas consumen muchos recursos sanitarios en forma de productos farmacéuticos y consultas erráticas a los distintos servicios de salud, fundamentalmente traumatología, ginecología, psiquiatría, atención primaria y urgencias. Distintos estudios demuestran que más del 20% de las mujeres que consultan a estos últimos servicios sufren malos tratos^{2,6,12}.

El papel de los profesionales de urgencias

Detección

Los servicios sanitarios pueden jugar un papel muy importante para ayudar a las mujeres que sufren este tipo de violencia, puesto que la mayoría de ellas acuden a los mismos en algún momento de su vida. Los servicios de urgencias en concreto constituyen uno de los primeros lugares de protección social al que acuden las víctimas, puesto que están siempre abiertos, existe libertad de acudir a ellos y pueden solucionar problemas médicos relacionados con el maltrato. Debe tenerse en cuenta que la mayoría de estas mujeres no acuden a los servicios sanitarios por lesiones físicas relacionadas directamente con el maltrato¹². El motivo por el cual consultan suele ser una manifestación subaguda o encubierta del abuso, y en muchas ocasiones no es más que una vía involuntaria de pedir auxilio o apoyo. Los profesionales de las urgencias ocupan, pues, un lugar privilegiado para la detección precoz de casos de maltrato, para el diagnóstico de lesiones psicológicas y físicas asociadas al mismo, y para la intervención precoz en los casos detectados¹⁴.

Sin embargo, el personal sanitario de urgencias rara vez sospecha la existencia de una situación de violencia en sus pacientes^{15,16}. Esta falta de detección se explica por la existencia de determinadas barreras, presentes tanto en las mujeres como en los profesionales sanitarios.

En cuanto a las primeras, cabe señalar que la mayoría de víctimas de violencia de género no manifiestan abiertamente la situación en la que se encuentran, aunque presenten lesiones evidentes. Esta ocultación dificulta enormemente la detección de estos casos. Entre las razones que pueden explicar esta conducta destacan el sentimiento de vergüenza y de culpabilidad de la violencia que sufren, el no reconocer los hechos como maltratos, la baja autoestima, las amenazas de su agresor o el miedo a las repercusiones que la denuncia de los hechos pueda tener sobre ellas o sobre los hijos. Pero también actúan como barreras determinadas actitudes disuasorias de la persona que pregunta: manifestar la falta de tiempo o la poca preocupación sobre la paciente, actitudes prepotentes o culpabilización por su situación o por la falta de respuesta a la ayuda brindada^{1,12,17-21}.

Por otro lado, el personal sanitario de las urgencias, a pesar de considerar la violencia de género como un problema importante, no la reconoce como problema de salud, por lo que la detección de casos de violencia no es visualizado como parte de la responsabilidad profesional²². In-

cluso en el caso de que se considere un problema de salud, a menudo se piensa que solamente en determinadas especialidades (traumatología, ginecología, psiquiatría) es apropiado intervenir. La falta de tiempo en la consulta y la falta de un espacio íntimo en el cuál poder interrogar a la paciente en un ambiente confidencial también son barreras especialmente relevantes en los servicios de urgencias^{16,23,24}. Otras barreras que impiden la detección de las situaciones de violencia son la preocupación por desconocer cómo actuar en caso de respuesta afirmativa, la desmotivación ante el incumplimiento por parte de las víctimas, el olvido de preguntar o la creencia de que las pacientes explicarían voluntariamente la historia de violencia, el considerar la violencia de género como un asunto privado o el temor a ofender a las pacientes^{1,2,23,24}.

Sin embargo, muchos estudios muestran que alrededor de un 80% de las mujeres, independientemente de su edad o historia de maltrato, agradecerían que el personal sanitario les interrogase sobre este tema, y la gran mayoría de ellas esperan que sea el personal médico quien inicie el diálogo entorno al abuso^{13,25,26}. De hecho, una de las principales motivaciones para desvelar su situación es el ser preguntadas con empatía, sin prisas, de manera directa y confidencial, y en un clima de confianza y libre de juicios^{14,17,21,26}.

No existe un consenso sobre cuáles son los indicadores de sospecha para identificar a una mujer que no desvela espontáneamente una situación de maltrato. Existen algunos signos, síntomas, y determinadas actitudes en la consulta que pueden inducir a los profesionales sanitarios a sospecharlo^{1,2}. En la Tabla 2 se recogen los más frecuentes en las consultas de urgencias. Es importante conocerlos y mantener una actitud de alerta en la consulta.

De todos modos, aun teniendo en cuenta estos indicadores, muchos de los casos pueden pasar desapercibidos. Por ello, algunos autores recomiendan la detección rutinaria o *screening* universal. Muchos de los estudios que relacionan violencia doméstica y salud demuestran la utilidad de anamnesis específicas destinadas a obtener información que puede estar encubierta. En los servicios de urgencias que han puesto a la práctica la detección rutinaria se ha objetivado un aumento considerable de la detección²⁷. Ello no significa que la detección rutinaria se deba instaurar sin más en todos los servicios de urgencias. Es cierto que no identificar el abuso como tal interfiere con el diagnóstico real, empeorando el pronóstico de estas pacientes y encareciendo los servicios de sa-

Tabla 2. Indicadores potenciales en urgencias de situación de violencia de género

-
- Lesiones:
 - Lesiones con un patrón central.
 - Contusiones o lesiones en la cabeza, cuello o pecho.
 - Lesiones que sugieran una postura defensiva.
 - Tipos o extensión de lesiones que no concuerden con las explicaciones de la paciente.
 - Retraso entre el momento en que ocurrió la lesión y la consulta.
 - Lesiones durante el embarazo.
 - Patrón de visitas repetidas al servicio de urgencias.
 - Evidencia de abuso de alcohol u otras drogas.
 - Consulta por intento de autolisis.
 - Consulta en los servicios de urgencias después de una violación.
 - Comportamiento evasivo, vergüenza, falta de preocupación por las lesiones.
 - Presencia de un compañero excesivamente solícito, que responde las preguntas por la paciente, o que es hostil, defensivo o agresivo, o que establece barreras de comunicación.
-

lud en términos de tiempo y dinero, debido a las consultas subsiguientes y al tratamiento de las secuelas. Pero también los es el hecho que si la detección rutinaria es realizada por personal inexperto puede inhibir el desvelo de la situación en muchas mujeres o incluso empeorar su situación si la actitud posterior no es la adecuada^{28,29}. Para que la detección rutinaria tenga sentido deben cumplirse dos requisitos: una entrevista adecuada y el inmediato ofrecimiento de ayuda.

La entrevista debería ser llevada a cabo en sitios privados utilizando preguntas directas y sin prejuicios, y teniendo en cuenta las peculiaridades culturales de cada paciente. No debe hacerse si algún miembro de la familia está presente, ni siquiera los hijos. Como se ha comentado, ésta es una condición especialmente difícil de conseguir en los servicios de urgencias. Por ello, en caso de sospecha, debe buscarse activamente este espacio (por ejemplo acompañar a la paciente a realizar una radiografía) porque de otro modo puede ser imposible encontrar una situación adecuada para la entrevista. Debe preguntarse con empatía, mostrando respeto e interés por la paciente, explicar el motivo de la pregunta y ofrecer confianza y seguridad respecto a la confidencialidad y al futuro de la mujer y de los hijos. Y, finalmente, es importante dejar la puerta abierta a que puedan desvelar su situación o buscar ayuda más tarde^{1,30-32}.

Aunque las víctimas de violencia de género raramente reconocen serlo como tal, sí admiten agresiones determinadas. Por tanto, las preguntas deben ser específicas. Además, el tipo de pregunta debe adaptarse a la lengua y cultura de la mujer a la cuál va dirigida. Existen algunos tests validados para la detección de la violencia de género¹, aunque la mayoría de ellos son en inglés y se refieren únicamente a la violencia física. Uno

de estos tests, el llamado "Partner Violence Screen"³³, muy útil en el ámbito de las urgencias por su brevedad, y por su capacidad de detección tanto de violencia física como de violencia psicológica, ha sido recientemente validado en español (Tabla 3)³⁴.

Para facilitar la comunicación y la empatía con las mujeres afectadas, y para romper las barreras que puedan existir por parte del profesional de la sanidad existen algunas fórmulas para introducir el tema, como las expresadas en la Tabla 4.

Y, finalmente, en caso de sospecha de maltrato pero desconocimiento sobre cómo abordar la situación, es importante señalar que el sólo hecho de escuchar con respeto es un acto terapéutico y que tanto ello como delegar esta tarea a alguien mejor preparado son preferibles a ignorar la situación.

Intervención

Siempre debe ofrecerse ayuda a las pacientes que se hallen en esta situación aunque no la confiesen, ya que con ello se puede prevenir la cronicación de la situación o la aparición de problemas médicos y secuelas. Si la paciente reconoce la situación, la respuesta debe ser inmediata puesto que es lo que ella necesita y espera, y el motivo por cuál ha desvelado situación.

La privacidad es un puntal de la atención dispensada a estas pacientes. No se debe comunicar los hechos a ningún miembro de la familia y mucho menos al agresor, aunque sea en un intento de arreglar el problema, y se debe garantizar esta confidencialidad a las pacientes. Incluso se les debe comunicar que se va a informar del caso a las autoridades judiciales, y no realizarlo si la mujer se niega a ello salvo en casos en los que no hacerlo pueda ser peligroso para la mujer o las personas que dependen de ella^{31,32}.

Otro puntal en la atención a las mujeres que sufren violencia doméstica es el tener en cuenta la situación personal de cada mujer. Muchas mujeres no quieren romper la relación con su agresor por múltiples motivos (miedo, amor, dependencia económica, normas culturales y religiosas, presiones familiares, incertidumbre) por lo que no se debe culpabilizar, obligar ni castigar la falta de respuesta a consejos u ofrecimiento de ayuda por parte del personal sanitario o social^{1,31,32,35}. No deben imponerse criterios ni decisiones. Es conveniente respetar la evolución de cada mujer. La situación de maltrato suele ser muy compleja para las mujeres afectadas, cambia con el tiempo y en la concepción que las mujeres afectadas tienen de ella, y salir de la misma no es fácil. Debe tenerse

Tabla 3. Versión española del *Partner Violence Screen*

- | | | | |
|---|----|----|-----------------|
| 1. ¿Durante el último año ha sido golpeada, ha recibido patadas o puñetazos u otro tipo de maltrato físico? | SÍ | NO | |
| En caso afirmativo, ¿por parte de quién?..... | | | |
| 2. ¿Se siente segura en su relación de pareja actual? | SÍ | NO | No tengo pareja |
| 3. ¿Se siente amenazada por alguna de sus parejas anteriores? | SÍ | NO | |

Corrección: Sumar las puntuaciones obtenidas. Pregunta 1 y 3 el SÍ = 1 y el NO = 0; Pregunta 2 SÍ (y no tengo pareja) = 0 y NO = 1.

Puntos de corte:

- Maltrato (físico/psicológico): Punto de corte 1 (sensibilidad 93% y especificidad 88%).
- Maltrato físico: Punto de corte 2 (sensibilidad 83% y especificidad 88%).

Tabla 4. Fórmulas para entablar las preguntas

- Dado que la violencia es tan común en la vida de muchas personas, he empezado a preguntar a todos mis pacientes sobre ella.
- Me preocupa que sus síntomas puedan ser causados por alguien que la esté maltratando.
- No sé si éste es un problema para usted, pero muchas de las mujeres que visito sufren relaciones abusivas. Algunas mujeres están demasiado asustadas o avergonzadas para comentarlo directamente, y por ello he comenzado a preguntarlo de manera rutinaria.

en cuenta que una mujer está más en peligro seis meses después de haber marchado que en ningún otro momento.

Los profesionales de las urgencias, además de la capacidad de detección de casos de violencia de género, tienen la capacidad de intervenir, tener acceso a información específica y medios para actuar¹⁴. Pero para una adecuada atención a las mujeres afectadas también es necesario que exista una buena coordinación con los otros niveles asistenciales a los que va a acudir la persona afectada, especialmente con los servicios de atención primaria y con los servicios sociales^{31,32}.

En cuanto a la atención concreta que se realice a la paciente, siempre debe abordar los aspectos médico, social y legal^{31,32}.

Actuación médica. Inicialmente e independientemente del grado de sospecha o de riesgo, se debe atender el motivo médico por el cuál consulta la paciente. Este motivo puede estar relacionado directamente con el maltrato (lesiones traumáticas, intentos de autolisis, violaciones), estarlo indirectamente (somatizaciones, síntomas psiquiátricos), o no estarlo. Es necesario valorar siempre la indicación de una atención psiquiátrica.

Actuación social. Los recursos ofrecidos pueden ser muy distintos según la situación en la que se encuentre la mujer.

Por un lado debe valorarse la voluntad de la mujer de reconocer y/o denunciar el maltrato, su

situación personal y familiar, la voluntad de romper o no su relación con el agresor, y el riesgo que sufre si vuelve a su domicilio. Y por otro lado debe valorarse su riesgo vital^{1,31}.

Existen algunos indicadores de riesgo vital que ayudan a valorar la posibilidad de que la paciente o las personas dependientes de ella, especialmente los hijos, sufra nuevas agresiones con posibilidad de muerte:

- Consumo de drogas o abuso de alcohol por parte del agresor.
- Aumento de la frecuencia de los episodios de violencia.
- Lesiones graves.
- Maltrato a hijos u otros miembros de la familia.
- Cambios en la situación laboral del agresor.
- Fase de separación conyugal.
- Amenazas de muerte con posterioridad a la presentación de denuncia por parte de la mujer.
- Psicopatología del agresor (celotipia, paranoia...).
- Posesión de armas de fuego por parte del agresor.
- Pertenencia del agresor a un cuerpo de seguridad.
- Opinión de la paciente sobre el riesgo propio o de las personas a su cargo.

Es muy importante no subestimar el riesgo, y tenerlo presente siempre que se detecte alguno de estos indicadores.

Respecto a los recursos disponibles, además de los teléfonos de emergencias, de los cuerpos de seguridad y de los teléfonos de información del Instituto de la Mujer, cada Comunidad Autónoma tiene sus propios recursos de atención, información, presentación de denuncias y acogida.

En todos los casos, se debe informar a la mujer de la situación en la que se halla. Si existe sospecha de maltrato pero la mujer no lo reconoce, nunca se debe forzar a la paciente a reconocer su situación ni mucho menos a actuar para salir de ella. Se debe ofrecer apoyo, información sobre los recursos disponibles, y dejar la puerta abierta a nuevas consultas. Ejemplos útiles sobre la manera de informar en estos casos son guías de bolsillo, pósters en los lavabos o información oral de tipo general en la consulta.

Si la paciente reconoce la situación de maltrato pero no hay riesgo vital inmediato, se deben ofrecer los recursos necesarios de acuerdo con el riesgo, la situación social y el deseo de la mujer en cuanto a abandonar al agresor o de interponer la denuncia. Es en estos casos cuando la relación con el personal de la atención primaria y de los servicios sociales es más necesaria, puesto que sin

su apoyo el personal sanitario de las urgencias se puede sobrecargar de trabajo o abordar incorrectamente la situación. En caso de voluntad de denuncia se debe facilitar información sobre los trámites necesarios para realizarla.

Si el riesgo vital es inmediato, se debe gestionar la salida del domicilio. En estos casos es conveniente dar parte inmediato a los servicios sociales. Si el centro donde se ha detectado el caso no dispone de estos servicios durante las 24 horas se puede remitir a la paciente a los servicios de atención continuada a la mujer, existentes en todas las comunidades y si es preciso custodiada por cuerpos de seguridad.

Actuación legal. Finalmente, se deben rellenar correctamente los documentos legales adecuados en cada caso. El más importante es la historia clínica, puesto que existe siempre, independientemente de la voluntad de la mujer, y es aquél en el cuál se puede precisar más la situación clínica de la mujer. Se debe hacer constar la situación de maltrato, e incluso la sospecha del mismo, pero no se debe facilitar copia a la mujer si hay peligro de sea hallada por el agresor. Es recomendable la utilización de un mapa anatómico, en el cuál se dibujarán las lesiones halladas en la exploración física.

En caso de encontrar lesiones físicas, de intoxicaciones o de intentos de autolisis siempre debe rellenarse un comunicado judicial explicando bien el tipo de lesiones, las intervenciones diagnósticas y terapéuticas y la gravedad del cuadro clínico. Se debe informar a la mujer sobre la realización del parte judicial antes de la remisión del mismo.

En todos estos documentos es importante redactar correctamente y de manera muy completa la historia clínica relatando las lesiones, hallazgos, patología, cronología y procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Conclusión

La violencia de género es un fenómeno muy frecuente que afecta la salud de las personas que la padecen. Los servicios de urgencias atienden a muchas mujeres en esta situación, por lo que sus profesionales tienen un papel clave en la detección de estos casos y en la gestión médica y social de los mismos. Pero para ello es necesaria la sensibilización de estos profesionales sobre el tema, una formación adecuada sobre el mismo, y una buena coordinación con los servicios de atención primaria y los servicios sociales.

Bibliografía

- 1 S. Scout Polsky, J Markowitz. *Color Atlas of Domestic Violence*. St. Louis, Missouri: Mosby. 2004.
- 2 Blanco P, Ruiz-Jarabo C, García de Vinuesa L, Martín-García M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit* 2004;18:182-8.
- 3 Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco-Prieto P, González-Barranco JM, Ayuso-Martín P, Montero-Piñar MI, y el Grupo de Estudio para la Violencia de Género. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gac Sanit* 2006;20:202-8.
- 4 III Macroencuesta sobre violencia contra las mujeres. Informe de resultados. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Abril 2006.
- 5 Plazaola-Castaño J, Ruiz I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Med Clin* 2004;122:461-7.
- 6 Roche M, Moracco KE, Dixon KS, Stern EA, Bowling JM. Correlates of intimate partner violence among female patients at a North Carolina Emergency Department. *NC Med J* 2007;68:89-94.
- 7 Campbell J, Snow Jones A, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, Campo P, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med* 2002;162:1157-63.
- 8 Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, del Río-Lozano M. Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. *Eur J Public Health* 2007;17:437-43.
- 9 Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown E. Physical Health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Arch Fam Med* 2000;9:451-7.
- 10 Pico-Alfonso MA, García-Linares MI, Celda-Navarro N, Blasco-Ros C, Echeburúa E, Martínez M. The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *J Women Health* 2006;15:599-611.
- 11 Bonomi AE, Thompson RS, Anderson M, Reid RJ, Carrell D, Dimer JA, et al. Intimate partner violence and women's physical, mental and social functioning. *Am J Prev Med* 2006;30:458-66.
- 12 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.
- 13 Snow Jones A, Dienemann J, Schollenberger J, Kub J, O'Campo P, Carlson Gielen A, et al. Long-term costs of intimate partner violence in a sample of female HMO enrollees. *Women's Health Issues* 2006;16:252-61.
- 14 McCloskey L, Lichter E, Williams CM, Gerber M, Wittenberg E, Ganz ML. Assessing intimate partner violence in health care settings leads to women's receipt of interventions and improved health. *Public Health Rep* 2006;121:435-44.
- 15 Richardson J, Feder G. Domestic violence: a hidden problem for general practice *Br J Gen Pract* 1996;239-42.
- 16 Siendones Castillo R, Perea-Milla E, Arjona JL, Agüera C, Rubio A, Molina M. Violencia de género y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Emergencias* 2002;14:224-32.
- 17 Petersen R, Moracco KE, Goldstein KM, Andersen K. Moving beyond disclosure: Women's perspectives on barriers and motivators to seeking assistance for intimate partner violence. *Women & Health* 2004;40:63-76.
- 18 Yonaka L, Yoder MK, Darrow JB, Sherck JP. Barriers to screening for domestic violence in the emergency department. *J Contin Educ Nurs* 2007;38:37-45.
- 19 Kelly U. "What will happen if I tell you?" Battered Latina women's experiences of health care. *Can J Nurs Res* 2006;38:78-95.
- 20 Duxbury F. Recognising domestic violence in clinical practice using the diagnosis of posttraumatic stress disorder, depression and low self-esteem. *British Journal of General Practice* 2006;56:294-300.
- 21 Chang JC, Cluss PA, Ranieri LA, Hawker L, Buranosky R, Dado D, et al. Health care interventions for intimate partner violence: What women want. *Women's health issues* 2005;15:21-30.
- 22 Coll-Vinent B, Echeverría T, Farràs U, Rodríguez D, Millá J, Santiña M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gaceta Sanitaria* 2008; en prensa.
- 23 Yonaka L, Poder MK, Darrow JB, Sherck JP. Barriers to screening for domestic violence in the emergency department. *J Contin Educ Nurs* 2007;38:37-45.
- 24 Waalen J, Goodwin MM, Spitz AM, Petersen R, Saltzman LE. Screening for intimate partner violence by health care providers. Barriers and interventions. *Am J Prev Med* 2000;19:230-7.
- 25 Glass N, Dearwater S, Campbell J. Intimate partner violence screening and intervention: data from eleven Pennsylvania and California Community hospital emergency departments. *J Emerg Nurs* 2001;27:141-9.
- 26 Chang JC, Decker MR, Moracco KE, Martin SL, Petersen R, Frasier PY. Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers. *Patient Educ Couns* 2005;59:141-7.
- 27 Thurston WE, Tutty LM, Eisener AE, Lalonde L, Belenky C, Osborne B. Domestic violence screening rates in a community health center urgent care clinic. *Res Nurs Health* 2007;30:611-9.
- 28 Nelson HD, Nygren P, Mcinerny Y, Klein J. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: A review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004;140:387-96.
- 29 Vives-Cases C, Gil-González D, Carrasco-Portiño M, Álvarez-Dardet C. Detección temprana de la violencia del compañero íntimo en el sector sanitario. ¿Una intervención basada en la evidencia? *Med Clin (Barc)* 2006;126:101-4.
- 30 Dienemann J, Glass N, Hyman R. Survivor preferences for responses to IPV disclosure. *Clin Nurs Res* 2005;14:215-33.
- 31 Comissió de Violència Intrafamiliar i de Gènere. *Guia d'Atenció a la Violència Intrafamiliar i de Gènere*. Ed. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona 2007.
- 32 Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Comisión contra la violencia de género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.
- 33 Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL, Norton IM, Lowenstein SR, Abbott JT. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA* 1997;277:1357-61.
- 34 Torres A, Navarro P, Tarragona MJ, Martín-Santos R, Gelabert E, García-Esteve L. Algoritmo para la detección de la violencia doméstica en el ámbito sanitario. XXIII Reunión de la Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament, 23 Maig, 2008 (SCRIT).
- 35 Zink T, Elder N, Jacobson J, Klosterman B. Medical management of intimate partner violence considering the stages of change: precontemplation and contemplation. *Ann Fam Med* 2004;2:231-9.

Gender violence and mistreatment (II): approaching the problem from the Emergency Department

Coll-Vinent Puig B

Domestic violence is a significant health problem and the case prevalence rates are high in emergency departments. The staff of these departments are in an excellent position to detect cases of abuse and intervene early in the process. However, few cases are in fact identified because of certain attitudinal barriers affecting both the women who are victimized and the health care staff who treat them. Attention to signs that should raise suspicion of abuse and even systematic screening are therefore recommended. In all cases it is important to carry out a private interview, to guarantee confidentiality, and to offer help. Victims should be cared for in an individualized way that takes into consideration the woman's situation and preferences and the level of threat to her life. The medical problem that occasioned the visit should be treated and the need for psychiatric care assessed. Appropriate social assistance should be offered and legal requirements met, with particular attention to keeping accurate medical records and notifying authorities when necessary. The problem calls for a multidisciplinary approach, especially by creating good channels of communication between the emergency department, primary care, and social services. Staff training and awareness raising are critical in order to improve the emergency care presently given to women who are victims of domestic violence. [Emergencias 2008;20:269-275]

Key words: Domestic violence. Emergency medical services.