

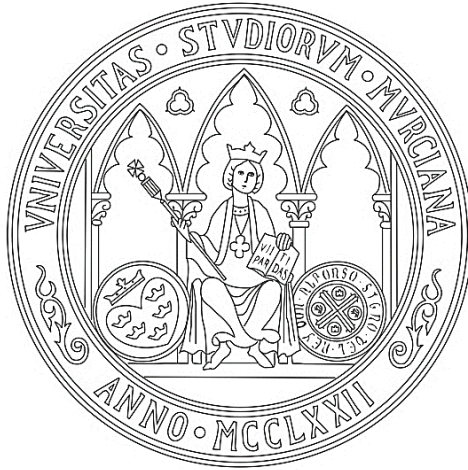
UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Análisis de la calidad de los partes de lesiones emitidos a víctimas de violencia de género en la Región de Murcia durante el año 2018: adecuación a las exigencias judiciales

Dña. Belén Reynaldos García

2022



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Análisis de la calidad de los partes de lesiones emitidos a víctimas de violencia de género en la Región de Murcia durante el año 2018: adecuación a las exigencias judiciales

Dña. Belén Reynaldos García

Para optar al grado de Doctor por la Universidad de Murcia

Dirigida por:

Dr. Eduardo Javier Osuna Carrillo-Albornoz

Dra. María Faustina Sánchez Rodríguez

2022

“Sentirse como se es, como fuimos,
como somos: Vulnerables.”

D. Forte



AGRADECIMIENTOS



Dicen que el camino de un doctorando no es nada fácil, que la ambivalencia sentimental marca el sendero que transitamos. No es mi caso. Personalmente considero que los sentimientos que uno genera durante el doctorado dependen directamente de quién decidas rodearte durante su transcurso. Agradezco la libertad y la dedicación que mis directores, Eduardo y Faustina, han sabido brindarme durante estos años. Sin podarme, dejándome ser, ayudándome a crecer. A Juan Pedro Hernández del Rincón, su amabilidad, profesionalidad y predisposición para hacer que las cosas funcionen. A Rafael Rabadán Anta, por ser un profesor ejemplar y haber ofrecido su ayuda desinteresada durante las primeras etapas de la tesis. A Jesús García Brunton, por enriquecerme profesionalmente y haberme permitido sacar tiempo de donde no había, convirtiendo el 2022 en un gran año. A José Sebastián Carrión García, por haberme demostrado que los límites solo existen en la cabeza de uno. A mis padres y mi abuela, por la educación que me dieron, haciéndome capaz de planchar un huevo y freír una corbata. A Olafa, por enseñarme que no merece la pena vivir con una coraza, que el amor tiene muchas formas y que nunca hay que perder la esperanza. A Elena de la Cruz Martínez, por el apoyo que siempre me ha ofrecido y descubrirme la magia de la bioinformática. A Paco Piarte, por estar siempre a la altura y ser capaz de hacer sonreír al Joker. A Luz, por la compañía durante las largas noches de trabajo, curarme las heridas y estar siempre dispuesta a ayudar a los demás. A los chicos de la puerta de atrás, por anteponer la amistad a la competencia, serendipia coincidir con vosotros en el máster de maquinillas. A mis amigos de Fundown, por haberme demostrado el significado más puro de la palabra amistad, que querer es poder y que las barreras pueden derribarse. A todos los que brindáis vuestra mano para hacer más fácil el camino. Por coincidir. A la vida que, silenciosa, se abre paso.

Por hacerme mantener los pies en el suelo y la vista en el cielo,

Gracias.

ÍNDICE



Índice

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO 1. MARCO CONCEPTUAL.....	3
1. Introducción.....	3
2. Antecedentes.....	11
3. El ciclo de la violencia de género.....	14
4. Formas de violencia.....	17
4.1. Violencia física.....	19
4.2. Violencia psicológica.....	23
4.3. Violencia sexual.....	24
4.4. Violencia ambiental.....	36
4.5. Violencia social.....	36
4.6. Violencia económica.....	36
4.7. Violencia simbólica.....	37
5. El papel de los profesionales de la salud ante la violencia de género.....	37
6. La importancia del Parte de Lesiones como Documento Judicial.....	42
7. Estructura del parte de lesiones.....	45
8. Calidad del parte de lesiones.....	48
9. Partidos judiciales.....	48
CAPÍTULO 2. JUSTIFICACIÓN.....	53
CAPÍTULO 3. OBJETIVOS.....	91

CAPÍTULO 4. MATERIAL Y MÉTODOS	57
1. Tipo de estudio	57
2. Población de estudio e instrumentos utilizados.....	58
3. Procedimiento de estudio	59
4. Calidad de la información contenida en el parte de lesiones.....	61
5. Calidad de la información contenida en el informe clínico de alta	61
6. Perfil sociodemográfico de la mujer y la situación de violencia.....	62
7. Análisis del efecto que ejerce la condición de mujer maltratada en la cumplimentación del parte de lesiones.....	64
8. Análisis del efecto que ejerce el equipo asistencial sobre la cumplimentación del parte de lesiones	64
9. Análisis del efecto que ejerce el sexo del facultativo sobre la cumplimentación del parte de lesiones	64
10. Análisis del efecto del lugar de residencia de la mujer sobre la cumplimentación del parte de lesiones	65
11. Variables analizadas	65
12. Tratamiento estadístico de los datos.....	74
13. Consideraciones éticas.....	75
14. Limitaciones del estudio.....	75
CAPÍTULO 5. RESULTADOS.....	77
1. Análisis de la calidad de la información contenida en el parte de lesiones.....	77
1.1. Características generales del parte de lesiones	78

1.2.	Datos relacionados con la filiación de la mujer	78
1.3.	Datos relacionados con la asistencia médica y el facultativo responsable	80
1.4.	Datos relacionados con el presunto agresor	81
1.5.	Datos relacionados con la vulnerabilidad de la mujer	81
1.6.	Variables relacionadas con el contexto de violencia de género.....	82
1.7.	Datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia médica.....	83
1.8.	Datos relacionados con las lesiones presumiblemente producidas en la agresión....	84
1.9.	Datos clínicos de interés relacionados con la asistencia médica	85
2.	Efecto del formato de redacción en la calidad del parte de lesiones	87
2.1.	Características generales del parte de lesiones	87
2.2.	Datos relacionados con la filiación de la mujer	88
2.3.	Datos relacionados con el presunto agresor	88
2.4.	Datos relacionados con la vulnerabilidad y seguridad de la mujer.....	89
2.5.	Datos relacionados con la asistencia médica y el facultativo responsable	90
2.6.	Datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia médica.....	91
2.7.	Datos relacionados con las lesiones presumiblemente producidas en la agresión....	92
2.8.	Datos clínicos de interés relacionados con la asistencia médica	93
3.	Efecto del modelo normalizado en la calidad del parte de lesiones	95
3.1.	Características generales del parte de lesiones	95
3.2.	Datos relacionados con la filiación de la mujer	96

3.3.	Datos relacionados con la vulnerabilidad de la víctima.....	96
3.4.	Datos relacionados con la asistencia médica y el facultativo	98
3.5.	Datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia médica.....	99
3.6.	Datos relacionados con las lesiones presumiblemente producidas	100
3.7.	Datos clínicos de interés	101
4.	Perfil de la paciente y situación de violencia	103
5.	Efecto del equipo asistencial en la calidad del parte de lesiones	109
5.1.	Características generales del parte de lesiones	109
5.2.	Datos relacionados con el presunto agresor	110
5.3.	Datos de filiación de la mujer	110
5.4.	Datos relacionados con la asistencia y el facultativo	112
5.5.	Datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia médica.....	113
5.6.	Datos relacionados con la vulnerabilidad de la mujer	114
5.7.	Datos relacionados con las lesiones presumiblemente producidas	115
6.	Efecto del tamaño del municipio de residencia de la mujer en la calidad del parte de lesiones	117
6.1.	Características generales	117
6.2.	Datos relacionados con el presunto agresor	120
6.3.	Datos de filiación de la mujer	121
6.4.	Datos relacionados con la vulnerabilidad de la mujer	121
6.5.	Datos relacionados con la asistencia y el facultativo responsable	123

6.6.	Datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia	124
6.7.	Datos relacionados con las lesiones presumiblemente producidas	125
6.8.	Datos clínicos de interés	126
7.	Efecto del sexo del facultativo en la calidad del parte de lesiones.....	128
8.	Efecto de la existencia de antecedentes de violencia de género en la calidad del parte de lesiones	129
9.	Análisis de la calidad de la información contenida en el informe clínico de alta	132
9.1.	Características generales del documento	132
9.2.	Datos relacionados con la filiación de la mujer	133
9.3.	Datos relacionados con la asistencia médica y el facultativo responsable	134
9.4.	Datos relacionados con el presunto agresor	135
9.5.	Datos relacionados con la vulnerabilidad de la mujer	135
9.6.	Datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia médica.....	137
9.7.	Datos relacionados con las lesiones presumiblemente producidas en la agresión....	138
9.8.	Datos clínicos de interés relacionados con la asistencia médica	139
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN		142
CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES		171
CAPÍTULO 8. REFERENCIAS		174
CAPÍTULO 9. ANEXOS.....		197
Anexo I. Autorización de la Comisión de Docencia e Investigación del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Murcia.....		197

Anexo II. Autorización de la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia	198
Anexo III: Modelo Parte de lesiones específico para casos de violencia de género según el Protocolo para la detección y atención de la violencia de género en AP	199
Anexo IV: Modelo genérico de parte al juzgado.....	201
Anexo V. Frecuencia de inclusión en el parte de lesiones	202
Anexo VI. Diferencias en función del formato de redacción del parte de lesiones	212
Anexo VII. Diferencias en función del modelo de parte de lesiones empleado.....	229
Anexo VIII. Perfil sociodemográfico de la mujer y la situación de violencia	244
Anexo IX: Objetos empleados en las agresiones.....	252
Anexo X. Diferencias en función del equipo asistencial responsable.....	253
Anexo XI. Diferencias en función del tamaño del municipio	272
Anexo XII. Diferencias en función del sexo del facultativo	292
Anexo XIII. Diferencias en función del antecedente de violencia de género	294
Anexo XIV. Frecuencias de inclusión en el informe clínico de alta	301

Lista de Tablas

Tabla 1. Factores relacionados con la vulnerabilidad de las mujeres víctimas de violencia de género.....	16
Tabla 2. Descripción de los distintos tipos de violencia de género descritos	18
Tabla 3. Clasificación de las lesiones físicas según Gisbert Calabuig.....	20
Tabla 4. Distribución de los municipios de la Región de Murcia en función del Juzgado.....	50
Tabla 5. Juzgados con competencias en Violencia sobre la Mujer y distribución del número de diligencias urgentes y los documentos obtenidos en cada uno de ellos.....	57
Tabla 6. Descripción de las variables incluidas en el estudio	66
Tabla 7. Variables relacionadas con las características generales de los partes de lesiones en las que se evidencian diferencias estadísticamente significativas.	87
Tabla 8. Diferencias estadísticamente significativas en la inclusión de datos relacionados con la filiación de la mujer.	88
Tabla 9. Diferencias estadísticamente significativas en la inclusión del grado de parentesco del presunto agresor.	89
Tabla 10. Frecuencias de inclusión de los datos relacionados con la vulnerabilidad y el riesgo.	90
Tabla 11. Frecuencia de inclusión de los datos relacionados con la asistencia médica y el facultativo responsable de la asistencia médica.	90
Tabla 12. Frecuencia observada de las variables relacionadas con los hechos que motivan la asistencia médica.	91
Tabla 13. Diferencias estadísticamente significativas observadas en la inclusión de datos relacionados con las lesiones producidas durante la agresión.	93

Tabla 14. Diferencias estadísticamente significativas identificadas en la inclusión de otros datos clínicos de interés en función del formato de redacción.	94
Tabla 15. Diferencias observadas en las características generales del parte de lesiones en función del modelo de parte de lesiones empleado.	95
Tabla 16. Diferencias observadas en la inclusión de datos relacionados con la filiación de la mujer en función del modelo de parte de lesiones empleado.	96
Tabla 17. Diferencias observadas en la inclusión de datos relacionados con la vulnerabilidad de la mujer en función del modelo de parte de lesiones empleado.....	97
Tabla 18. Diferencias observadas en los datos relacionados con la asistencia médica y el facultativo responsable en función del modelo de parte de lesiones empleado.....	98
Tabla 19. Diferencias observadas en la inclusión de datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia médica en función del modelo de parte de lesiones empleado.....	100
Tabla 20. Diferencias observadas en la inclusión de datos relacionados con las lesiones presumiblemente producidas en función del modelo de parte de lesiones empleado.....	101
Tabla 21. Diferencias observadas en la frecuencia de inclusión de datos clínicos de interés en función del modelo de parte de lesiones empleado.	102
Tabla 22. Diferencias observadas en las características generales de los partes de lesiones en función del equipo asistencial.....	110
Tabla 23. Diferencias observadas en relación a los datos del presunto agresor en función del equipo asistencial.....	110
Tabla 24. Diferencias observadas en la inclusión de datos de filiación de la mujer en función del equipo asistencial.	111
Tabla 25. Diferencias estadísticamente significativas en la inclusión de datos relacionados con la asistencia médica y el facultativo responsable de la misma.	113

Tabla 26. Diferencias estadísticamente significativas en la inclusión de datos relacionados con la agresión.	114
Tabla 27. Diferencias estadísticamente significativas observadas en la inclusión de datos relacionados con la vulnerabilidad de la mujer.....	115
Tabla 28. Diferencias estadísticamente significativas observadas en la inclusión de datos relacionados con las lesiones presumiblemente producidas en la agresión.	116
Tabla 29. Diferencias estadísticamente significativas identificadas en las características generales del parte de lesiones en función del tamaño del municipio.	119
Tabla 30. Diferencias estadísticamente significativas identificadas en la inclusión del grado de parentesco con el presunto agresor en función del tamaño del municipio.	120
Tabla 31. Diferencias estadísticamente significativas observadas en la inclusión de datos relacionados con la filiación de la mujer en función del tamaño del municipio.....	121
Tabla 32. Diferencias estadísticamente significativas observadas en los datos relacionados con la vulnerabilidad de la mujer en función del tamaño del municipio.....	123
Tabla 33. Diferencias estadísticamente significativas evidenciadas en la inclusión de datos relacionados con la asistencia médica y el facultativo responsable en función del tamaño del municipio.	124
Tabla 34. Diferencias estadísticamente significativas evidenciadas en la inclusión de datos relacionados con la agresión en función del tamaño del municipio.	125
Tabla 35. Diferencias estadísticamente significativas identificadas en la inclusión de datos relacionados con las lesiones presumiblemente producidas durante la agresión en función del tamaño del municipio.....	126
Tabla 36. Diferencias estadísticamente significativas identificadas en la inclusión de datos clínicos de interés en función del tamaño del municipio.	127

Tabla 37. Diferencias estadísticamente significativas en la calidad del parte de lesiones en función del sexo del facultativo responsable de la asistencia médica.	128
Tabla 38. Diferencias estadísticamente significativas identificadas en la calidad de los partes de lesiones en función de la existencia o ausencia de antecedentes de violencia de género.	130
Tabla 39. Diferencias estadísticamente significativas en la inclusión de datos relacionados con las lesiones presumiblemente producidas en función de la existencia o ausencia de antecedentes de violencia de género.	130
Tabla 40. Diferencias estadísticamente significativas identificadas en la inclusión de datos relacionados con la vulnerabilidad de la mujer en función de la existencia o ausencia de antecedentes de violencia de género.	131
Tabla 41. Diferencias estadísticamente significativas en las características generales entre el informe clínico y el parte de lesiones.	133
Tabla 42. Diferencias estadísticamente significativas evidenciadas en la inclusión de datos relacionados con la filiación de la mujer en el informe clínico de alta.....	134
Tabla 43. Diferencias estadísticamente significativas en la inclusión de datos relacionados con la asistencia médica y el facultativo responsable.....	135
Tabla 44. Diferencias estadísticamente significativas en la inclusión de datos relacionados con el presunto agresor en el informe clínico.	135
Tabla 45. Diferencias estadísticamente significativas en la inclusión de los datos relacionados con la vulnerabilidad de la mujer en el informe clínico de alta.	136
Tabla 46. Diferencias estadísticamente significativas en la inclusión de datos relacionados con la agresión en el informe clínico de alta.	137

Tabla 47. Diferencias estadísticamente significativas observadas en la inclusión de datos relacionados con las lesiones presumiblemente producidas en el informe clínico de alta. ...139

Tabla 48. Diferencias estadísticamente significativas evidenciadas en la inclusión de datos clínicos importantes en el informe clínico de alta. 140

Lista de figuras

Figura 1. Tasa de víctimas de violencia de género por comunidades y ciudades autónomas durante 2021. Figura extraída del BOLETÍN ESTADÍSTICO 2021 INE.	13
Figura 2. Ciclo de la Violencia de género (Lenore E. Walker, 1979).	14
Figura 3. Cartografía de los partidos judiciales de la Región de Murcia. Imagen extraída de https://www.mjusticia.gob.es/es/JusticiaEspana/OrganizacionJusticia/InstLibraryCartographyJudCCAA/Región%20de%20Murcia/Murcia.pdf	49
Figura 4. Descripción del proceso de selección de las diligencias urgentes disponibles.	58
Figura 5. Frecuencia con la que se cumplimentan y remiten los casos de violencia de género al Juzgado: PJ (modelo genérico de parte de lesiones al Juzgado), PE (modelo específico de parte de lesiones para casos de violencia de género), IC (Informe clínico de alta).	59
Figura 6. Flujo de trabajo en la selección de la documentación incluida en la investigación.	60
Figura 7. Selección de los documentos incluidos en el establecimiento del perfil sociodemográfico de la mujer y la situación de violencia sufrida.	63
Figura 8. Frecuencias observadas en las características generales del parte de lesiones consideradas más adecuadas.	78
Figura 9. Frecuencias observadas en la inclusión de datos relacionados con la filiación de la mujer.	79
Figura 10. Frecuencias de inclusión observadas en los datos relacionados con la asistencia médica y el facultativo.	81
Figura 11. Datos relacionados con el grado de parentesco y el presunto agresor.	81
Figura 12. Factores relacionados con la vulnerabilidad de la mujer.	82
Figura 13. Datos relacionados con el contexto de violencia sufrido por la mujer.	83
Figura 14. Datos relacionados con las circunstancias de la agresión	83

Figura 15. Datos relacionados con la agresión.	84
Figura 16. Frecuencias de inclusión observadas para las variables relacionadas con las lesiones.....	85
Figura 17. Frecuencias de inclusión observadas en distintos aspectos considerados relevantes.	86
Figura 18. Edad media de las mujeres que han sufrido violencia de género en distintos municipios de la Región de Murcia.	103
Figura 19. Distribución de la situación laboral de la mujer en el momento de la agresión..	104
Figura 20. Evolución temporal de las asistencias médicas realizadas a mujeres víctimas de violencia de género.	104
Figura 21. Duración en años de la historia de violencia de género.	105
Figura 22. Lugares en los que se produjeron las agresiones.....	106
Figura 23. Tipos de objetos empleados en las agresiones de violencia de género.	106
Figura 24. Consecuencias psicológicas de la agresión.	107
Figura 25. Frecuencia de los distintos tipos de lesión evidenciados en el estudio.	108
Figura 26. Equipo asistencial predominante en la emisión de partes de lesiones en los municipios de la Región de Murcia.	112
Figura 27. Modelo de parte de lesiones normalizado predominante en los distintos municipios de la Región de Murcia.	118
Figura 28. Formato de redacción predominante en los distintos municipios de la Región de Murcia.	120

Abreviaturas

PJ: Modelo genérico de parte de lesiones al juzgado.

PE: Modelo específico de parte de lesiones para casos de violencia de género.

IC: Informe clínico emitido tras la asistencia médica a un paciente.

UH: Urgencias hospitalarias.

AP: Atención primaria.

SE: Servicios de emergencias sanitarias.

χ^2 : Chi-cuadrado.

GL: Grados de libertad.

P: Probabilidad.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. La violencia de género constituye un grave problema de salud pública con dramáticas consecuencias para las mujeres de nuestra sociedad, constituyendo los profesionales sanitarios un eslabón clave para la detección y canalización de los casos de violencia de género hacia el ámbito judicial mediante la emisión del parte de lesiones, documento de incuestionable valor dentro del proceso judicial.

OBJETIVOS. Se ha realizado un estudio descriptivo analítico de la calidad de los partes de lesiones emitidos a mujeres víctimas de violencia de género durante el año 2018 en la Región de Murcia. Analizamos distintos factores que influyen en la calidad de la información: el modelo empleado, el formato de redacción, el equipo sanitario responsable, el tamaño del municipio de residencia de la mujer, el sexo del facultativo y los antecedentes de violencia.

MATERIAL Y MÉTODOS. Realizamos un estudio transversal, observacional y descriptivo, utilizando los partes de lesiones disponibles en la base de datos del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Murcia. El tamaño muestral fue de 1040 documentos, compuesto por una población de 842 partes de lesiones y una muestra de 198 informes clínicos de alta. El análisis descriptivo e inferencial se realizó mediante IBM® SPSS® Statistics 25.

RESULTADOS. Observamos diferencias estadísticamente significativas en la calidad de los partes de lesiones en múltiples variables, asociadas al modelo utilizado, el formato de redacción, el equipo asistencial, el tamaño del municipio de residencia, los antecedentes de violencia y el sexo del facultativo.

CONCLUSIONES. Identificamos importantes carencias en la inclusión de datos determinantes para la investigación judicial, de gran trascendencia para la adopción de medidas de protección y prevención de nuevas agresiones. Es necesaria la normalización y digitalización del procedimiento para evitar la pérdida de información. Los partes de lesiones

normalizados presentan mayor calidad en datos relacionados con la vulnerabilidad de la mujer y los informes clínicos en los datos de identificación y los procedentes de la anamnesis. El tipo de asistencia condiciona la información contenida en el parte de lesiones, siendo generalmente mejores los procedentes de servicios de urgencias hospitalarias o en municipios de mayor tamaño. No se constatan grandes diferencias asociadas al sexo del facultativo, no obstante, observamos una tendencia a una mayor calidad cuando el facultativo es una mujer. La existencia de antecedentes de violencia de género influye positivamente en la calidad del documento. Es indispensable la formación y sensibilización de los profesionales sanitarios sobre la correcta cumplimentación de los partes de lesiones, especialmente en casos de violencia de género, dada la importancia medicolegal de este documento para la valoración judicial y la adopción de medidas de protección para la víctima.

ABSTRACT

INTRODUCTION. Gender violence poses a great threat to public health, with severe consequences to women in society, healthcare workers being key to detect and handle cases of gender violence, by elaborating the part of injuries, an extremely important document in the judicial process, and in the process transitioning from the medical to legal jurisdiction.

OBJECTIVES. A descriptive analytical study was performed on the quality of part of injuries made in 2018 in the Region de Murcia. Several factors that influence the quality of information were considered: model used, redaction, healthcare workers that redacted it, the population of the town in which the woman resided, the sex of the facultative, and violence record.

MATERIAL AND METHODS. A transversal study was performed, observational and descriptive, using part of injuries available in the Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Murcia. Sample size was 1040 documents, divided among 842 part of injuries and 198 clinical reports. Descriptive and inferential analysis was applied using IBM® SPSS® Statistics 25.

RESULTS. Significant statistical differences were identified in the quality of part of injuries in multiple variables, associated with the model used, the redaction, asistencial team, population size, violence record and the sex of the facultative.

CONCLUSIONS. Important shortcomings were identified in the inclusion of key data for judicial investigation and huge transcendence for the adoption of protection measures to prevent further incidents. Digitalization and normalization is imperative to prevent information loss. Normalized part of injuries present more quality data related to vulnerability of women and clinical reports in identification and anamnesis data. The type of assistance provided conditions the information contained in the part of injuries, generally being more thorough those coming from bigger populations and hospital emergency services. Differences due to

facultative sex weren't statistically significant, but a slight improvement in quality is observed if the facultative is a women. The existence of a gender violence record positively influences the document qualify. Healthcare worker formation and sensitization in order to improve the quality of part of injuries is imperative, specially in cases of gender violence, given the medical-legal importance of this document for legal jurisdiction and the victim's protection.

MARCO CONCEPTUAL

The bottom half of the page is decorated with abstract red watercolor splashes and blotches, ranging from light pink to deep red, creating a textured, artistic background.

CAPÍTULO 1. MARCO CONCEPTUAL

1. Introducción

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) reconoció en 1993 los derechos de las mujeres, declarando la violencia ejercida contra la mujer como una violación de los derechos humanos. El artículo 1 de la “Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer” (1) redactada en la Conferencia de Viena de 1993 organizada por la ONU, define la violencia de género como *“todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que causa o es susceptible de causar a las mujeres daño o sufrimiento físico, psicológico o sexual, incluidas las amenazas de tales actos y la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”*. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2) la define como *“todo acto de violencia, basado en la pertenencia al sexo femenino, que pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”*.

El concepto violencia de género incluye todas las formas de abuso personal, maltrato psicológico, agresiones físicas y explotación sexual que afectan a la mujer por su condición. Así, conceptualizamos este tipo de violencia como cualquier conducta violenta llevada a cabo contra una mujer por el simple hecho de ser mujer, empleándose con el objetivo de mantener la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, situando al hombre en una posición social de superioridad (3, 4). Constituye un obstáculo altamente complejo a la hora de alcanzar la verdadera igualdad entre hombres y mujeres, al atentar contra la dignidad, integridad, seguridad, igualdad y libertad de las mujeres (5, 6). Durante la IV Conferencia

Mundial de 1995, la ONU reconoció que la violencia contra la mujer supone un obstáculo a la hora de alcanzar los objetivos de igualdad, desarrollo y paz, que viola y menoscaba el disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales; siendo definida como una manifestación de la desigualdad histórica existente entre hombres y mujeres en las relaciones de poder. Depende del contexto cultural, definiendo identidades y relaciones entre hombres y mujeres, asignando atributos y roles diferenciales en función del sexo, utilizando la violencia como medio para la resolución de conflictos (7).

Las causas que pueden explicar la violencia de género son diversas, entre las que encontramos factores individuales (tales como la educación, el nivel económico de la mujer, etc.), relacionales (conflictos en la relación o problemas familiares) y comunitarios (aspectos socioculturales) (8). Algunas teorías asumen que la violencia de género surge como resultado de una interacción familiar inadecuada, con patrones poco eficaces en la resolución de problemas, reforzados por los estereotipos sociales (9, 10).

En 1975, las Naciones Unidas reconocían que la Violencia contra la mujer era el atentado contra los derechos humanos más frecuente y el menos reconocido a nivel mundial (11). Constituye un problema de salud pública de magnitud y consecuencias dramáticas para nuestra sociedad, cuya gravedad depende de la frecuencia, intensidad y severidad con la que se inflige (12, 13). Trasciende culturas, naciones y estratos sociales, con una manifestación inmediata de sus efectos, irreversible y acumulativa en el bienestar, la salud física, mental y sexual, la calidad de vida y el desarrollo de quienes la padecen (14).

A pesar de que la violencia de género se presenta en el ámbito familiar, es importante no confundirla con la violencia doméstica. La OMS define la violencia familiar o doméstica como *"malos tratos o agresiones físicas, psíquicas o psicológicas, sexuales o de otro tipo, infligidas por personas del ámbito familiar y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables: niños, mujeres y ancianos"*. Siendo la principal diferencia entre ambos tipos de violencia que,

la violencia doméstica hace referencia a toda aquella violencia que tiene lugar en el seno del hogar, afectando a cualquiera de sus miembros sin ser mediada por el factor género (2).

En 1998 Lorente (15) definió el síndrome de agresión a la mujer (SAM) como las *"agresiones sufridas por la mujer como consecuencia de los condicionantes socioculturales que actúan sobre el género masculino y femenino, situándola en una posición de subordinación al hombre, y manifestadas en los tres ámbitos básicos de relación de la persona: maltrato en el medio familiar, agresión sexual en la vida en sociedad y acoso en el medio laboral"*.

Históricamente, la violencia de género ha permanecido oculta en la vida privada del seno del hogar (16-18), y el Código Penal recogía el modo de proceder de los hombres otorgándoles pleno derecho de actuar en determinadas situaciones contra sus mujeres, legitimando así, desde un punto de vista cultural, la creencia de que el varón tiene una posición superior a la mujer, siendo la violencia de género un recurso que la sociedad y la cultura ponía a disposición de los hombres en caso de necesidad (9).

Durante los últimos años se están produciendo cambios sociales sustancialmente importantes, motivo por el cual cada vez son más los casos de violencia de género denunciados (19). Se ha desarrollado el marco legal del ámbito de la violencia doméstica y de género, siendo varias las leyes y normativas aprobadas tanto en el desarrollo y perfeccionamiento de la tipificación de las conductas delictivas, como en la determinación de las penas y medidas de protección. Actualmente, la violencia de género se encuentra tipificada como delito en el artículo 153 del Código Penal: *"El que por cualquier medio o procedimiento causare a otro menoscabo psíquico o una lesión de menor gravedad de las previstas en el apartado 2 del artículo 147, o golpear o maltratar de obra a otro sin causarle lesión, cuando la ofendida sea o haya sido esposa, o mujer que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o persona especialmente vulnerable que conviva con el autor, será castigado con la pena de prisión [...]"*.

El capítulo VII del Código Penal hace referencia a las torturas y otros delitos contra la integridad moral. Es en el artículo 173.2 del Código Penal donde se pretende proteger la vida, salud, integridad física, moral, la paz y el orden familiar, haciendo referencia a la violencia en el ámbito doméstico. Estableciendo que, *“El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quien sea o haya sido su cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o sobre los descendientes, ascendientes o hermanos por naturaleza, adopción o afinidad, propios o del cónyuge o conviviente, o sobre los menores o personas con discapacidad necesitadas de especial protección que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho del cónyuge o conviviente, o sobre persona amparada en cualquier otra relación por la que se encuentre integrada en el núcleo de su convivencia familiar, así como sobre las personas que por su especial vulnerabilidad se encuentran sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados, será castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de tres a cinco años y, en su caso, cuando el juez o tribunal lo estime adecuado al interés del menor o persona con discapacidad necesitada de especial protección, inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de uno a cinco años, sin perjuicio de las penas que pudieran corresponder a los delitos en que se hubieran concretado los actos de violencia física o psíquica”*.

La habitualidad de los actos violentos se castiga solo cuando se da en determinadas personas del grupo familiar, y fuera del ámbito familiar por la suma de las penas correspondientes a cada uno de los actos individuales, siendo conocida gracias a la declaración de la víctima, la información recogida en el parte de lesiones o las declaraciones testimoniales sobre el comportamiento violento del acusado.

La Ley Orgánica 14/1999 de 9 de junio de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECrim) (20), surge con el objetivo de dar cobertura al plan de acción contra la violencia doméstica, prohibiendo aproximarse a la víctima o incluso residir en un determinado lugar, en un periodo que varía entre 6 meses y 5 años en función de la gravedad del delito cometido, incluyendo como delito específico la violencia psíquica ejercida de forma habitual sobre las personas. Con posterioridad a esta Ley, se modificó el Código Penal por la Ley Orgánica 11/2003 de 29 de septiembre (B.O.E. 30 de octubre) de medidas en seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de extranjeros (21), con una importante modificación mediante la cual conductas que hasta entonces habían considerado falta pasaron a ser delito, cuando la relación entre agresor y víctima es familiar o análoga. Estableciendo la posibilidad de que, al juzgar un delito de maltrato en el ámbito familiar, se establezca como pena accesoria la privación del ejercicio de la patria potestad durante un determinado periodo de tiempo sobre los hijos menores. La relación de parentesco o análoga se amplía también al excónyuge o persona a la que se haya estado ligado por análoga relación afectiva, haya habido o no convivencia entre víctima y agresor.

La Ley 27/2003 de 31 de julio (B.O.E. 1 de agosto), reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica (22) unifica distintos instrumentos de amparo y tutela a las víctimas de estos delitos.

La Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre (B.O.E. 29 de diciembre), de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (23), constituye sin lugar a duda el avance legislativo más importante en violencia de género. En el título I, capítulo III, dedicado al ámbito sanitario, contempla actuaciones de desarrollo de programas de sensibilización y formación continuada para los facultativos, con el objetivo de mejorar el diagnóstico precoz, la asistencia y rehabilitación de la mujer en situación de violencia de género.

Posteriormente, se creó la Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo (B.O.E. 23 de marzo), para la igualdad efectiva de hombres y mujeres (24), que incluye normas jurídicas para alcanzar una igualdad efectiva entre hombres y mujeres mediante la eliminación de la discriminación de la mujer a nivel político, civil, laboral, económica y social, y a nivel autonómico la Ley 7/2007, de 4 de abril (B.O.E. 22 de julio), para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y de Protección contra la Violencia de Género en la Región de Murcia.

Con la modificación de la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre (B.O.E. 29 de diciembre), de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, efectuada en 2015 junto con la modificación de la Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero (B.O.E. 17 de enero), de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, los hijos de las mujeres víctimas de violencia de género pasan a ser considerados víctimas directas. Además, se añade el apartado 4 por la disposición final 10 de la Ley Orgánica 8/2021, por la que se considera violencia de género también la ejercida sobre los familiares o allegados menores de edad de la mujer.

El 1 de julio entró en vigor el art. único.1 de la Ley Orgánica 6/2022, de 12 de julio, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (25). En la modificación del Código Penal se observa la influencia del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia de género, aprobado en Estambul el 11 de mayo de 2011, que entró en vigor el 1 de agosto de 2014, en el que se considera una forma de discriminación. En el apartado XXII del Preámbulo del Código reformado identifica el género como base de conductas discriminatorias e incorpora el género como motivo de discriminación en la agravante del artículo 22.4^a del Código Penal: *“Cometer el delito por motivos racistas, antisemitas, antigitanos u otra clase de discriminación referente a la ideología, religión o creencias de la víctima, la etnia, raza o nación a la que pertenezca, su sexo, edad, orientación o identidad sexual o de género, razones de género, de aporofobia o de exclusión social, la*

enfermedad que padezca o su discapacidad, con independencia de que tales condiciones o circunstancias concurren efectivamente en la persona sobre la que recaiga la conducta”.

Sin embargo, pese a que la legislación española hable de violencia de género al tener en cuenta los roles que representan agresor y víctima, no contempla la posibilidad de este tipo de roles cuando son adquiridos por dos miembros de una pareja del mismo sexo en el que uno de ellos adquiriría el rol dominante sometiendo al otro (26), a pesar de conocerse la existencia de la misma prevalencia de agresiones en parejas homosexuales (27).

El Pleno del Congreso de los Diputados aprobó por unanimidad, en su sesión del día 15 de noviembre de 2016, una Proposición por la que se instaba al Gobierno a promover la suscripción de un Pacto de Estado en materia de Violencia de género entre el Gobierno de la Nación, las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía y la Federación Española de Municipios y Provincias, con el objetivo de impulsar políticas destinadas a la erradicación de la violencia sobre la mujer, pero desde una perspectiva de política de Estado. Al respecto, la Comisión de Igualdad del Senado decidió, el 21 de diciembre de 2016, la creación de una Ponencia que analizase los aspectos de prevención, protección y reparación de las víctimas de Violencia de género, así como una reflexión sobre la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de género. El resultado final fue la aprobación de 214 medidas en el caso del Congreso y 267 en el caso del Senado a partir de las cuales se desarrolla el Pacto de Estado contra la violencia de género cuya aprobación definitiva tuvo lugar en diciembre de 2017.

Las repercusiones jurídicas que origina la violencia de género justifican la obligación para el personal sanitario de poner en conocimiento de la autoridad judicial un posible hecho delictivo, cuyos preceptos legales figuran en los artículos 262 y 355 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECrim). El artículo 262 de la LECrim establece que: *“Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán*

obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio si se tratare de un delito flagrante”.

En el artículo 355 de la LECrim se especifican más aún los hechos y la participación de los profesionales de la salud: *“Si el hecho criminal que motivare la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los Médicos que asistieren al herido estarán obligados a dar parte de su estado y adelantos en los períodos que se les señalen, e inmediatamente que ocurra cualquiera novedad que merezca ser puesta en conocimiento del Juez instructor”.*

Por ello, ante el conocimiento de un posible hecho delictivo, los profesionales sanitarios quedan obligados por ley a comunicar los hechos ocurridos, con el fin de aclarar lo ocurrido mediante una investigación médico-forense de las lesiones, las declaraciones de los implicados y la investigación policial. Estos preceptos éticos figuran en el Código Deontológico que rige la profesión médica, siendo el artículo 30 el que determina la prevalencia de la LECrim y el Código Penal sobre el secreto profesional: *“1- El médico jamás debe participar, secundar o admitir actos de tortura o malos tratos cualesquiera que sean los argumentos invocados para ello. Está obligado, por el contrario, a denunciarlos a la autoridad competente. 2- El médico que conociere que cualquier persona y, más aún si es menor o incapacitado, para cuya atención ha sido requerido, es objeto de malos tratos deberá poner los medios necesarios para protegerlo, poniéndolo en conocimiento de la autoridad competente”.*

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, en su disposición adicional décima, apartado tres bis, modificó el artículo 89 bis de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial (en adelante LOPJ), contemplando la posibilidad de especializar a determinados Juzgados de lo Penal en violencia de género para facilitar el conocimiento de los asuntos instruidos por los Juzgados de Violencia sobre la Mujer. A estos Juzgados especializados se les puede atribuir el enjuiciamiento y fallo

de los delitos de quebrantamiento de condena o medidas de seguridad relacionados con el ámbito de la Violencia sobre la Mujer, siempre en función de la carga de trabajo que soportan los Juzgados de lo Penal de las sedes en las que radican.

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 82.1.3.º y 82.2.4.º de la LOPJ, -adicionados por los artículos 45 y 46 de la Ley Orgánica 1/2004- determinadas Secciones Penales, Civiles o Mixtas de las Audiencias Provinciales asumirán con carácter exclusivo el conocimiento de los asuntos de Violencia sobre la Mujer. En concreto, y con carácter de exclusividad, conocerán de los recursos que establezca la ley contra las resoluciones en materia penal y civil dictadas por los Juzgados de Violencia sobre la Mujer y por los Juzgados de lo Penal en asuntos de violencia de género. Asimismo, asumirán el conocimiento de todos aquellos asuntos en que corresponda a la Audiencia Provincial el enjuiciamiento en primera instancia de los procedimientos instruidos por los Juzgados de Violencia sobre la Mujer, con la excepción de los juicios de la competencia del Tribunal de Jurado.

2. Antecedentes

Según refleja el *XIII Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer* 2019, publicado el 30 de mayo de 2022, durante ese año perdieron la vida 55 mujeres. Solo el 20,0% de ellas había denunciado a su agresor, y el 66,1 % convivía con él. Llegaron a los juzgados un total de 168.057 denuncias por violencia de género, suponiendo una media mensual de 14.005 denuncias y una media diaria de 460. Estos datos suponen un incremento del 0,7% del número de denuncias por violencia de género respecto al año anterior. Según su origen, únicamente el 2,2 % de las denuncias fueron interpuestas directamente por las víctimas en juzgados, el 13,1 % procedía de atestados policiales por intervención directa, el 9,6 %

derivaba de partes de lesiones, el 0,2 % fueron interpuestas por familiares de la víctima y el 2,8 % por servicios de asistencia y terceros en general.

La *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer* (28) realizada por el *Instituto de la Mujer para la Igualdad de Oportunidades*, tiene como objetivo conocer el porcentaje de mujeres residentes en España y mayores de 16 años que sufre actualmente algún tipo de violencia por ser mujer. Según los resultados obtenidos en la encuesta realizada en 2019, la última publicada en el momento en el que se redacta esta memoria, una de cada dos mujeres (57,2 %) en España mayores de 16 años ha sufrido algún tipo de violencia por el simple hecho de ser mujer. El 14,2 % de las mujeres ha sufrido violencia física y/o sexual, el 31,9 % violencia psicológica y el 32,4% violencia física y/o sexual y violencia psicológica. El 77,4 % de las mujeres rompieron la relación como consecuencia de los episodios de violencia. El 46,6 % de las mujeres ha sufrido lesiones como consecuencia de ello, mientras que el 70,0 % afirma que los episodios de violencia vividos les ha producido alguna consecuencia psicológica. El 17,5 % de las mujeres con discapacidad refiere que su discapacidad es a consecuencia de la violencia ejercida por sus parejas. El 98,6 % de las mujeres que tenía hijos en el momento de la agresión, manifiesta que sus hijos presenciaron o escucharon la agresión, siendo menores de edad cuando sucedió la agresión; y el 51,7 % afirma que estos hijos/as sufrieron violencia a manos de su pareja.

Según los resultados del *Boletín Estadístico de 2021*, realizado por el *Instituto Nacional de Estadística* (29), el número de mujeres víctimas de violencia de género durante ese año fue de 30.141, lo que supone un incremento del 3,2 % respecto al año anterior. Las tasas más elevadas de violencia de género por cada 1.000 mujeres de 14 o más años se registraron en La Rioja (2,5 %), la Región de Murcia (2,3 %) y Ceuta (2,3 %) (figura 1).

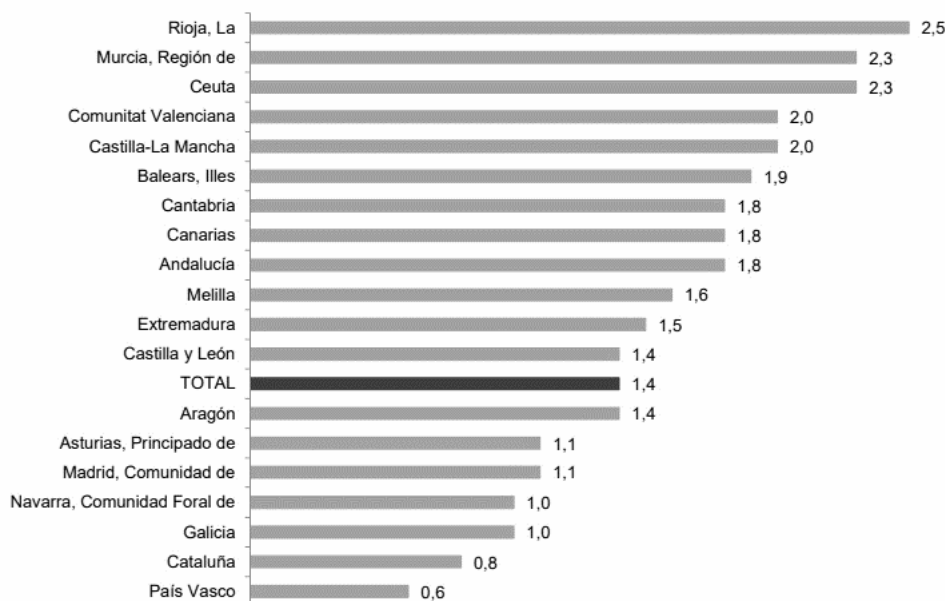


Figura 1. Tasa de víctimas de violencia de género por comunidades y ciudades autónomas durante 2021. Figura extraída del BOLETÍN ESTADÍSTICO 2021 INE.

El 47,5 % de las mujeres tenía entre 30 y 44 años, aunque el mayor aumento de víctimas de violencia de género se dio en mujeres menores de edad (28,6 %). Dos de cada tres mujeres habían nacido en España (63,3 %), proporción similar a la del año anterior. En el 45,2 % de los casos, la mujer y el presunto agresor mantenían una relación de pareja o expareja de hecho, y en cerca del 74 % de los casos ambos tenían una edad entre los 20 y los 49 años.

La sección estadística del consejo del Poder Judicial puso de manifiesto que, durante el año 2021, el número de denuncias por violencia de género recibidas en juzgados con competencias en violencia sobre la mujer fue de 162.848, con una media diaria de 446, lo que supone un incremento del 9,35 % respecto al año anterior. El 1,04 % de las denuncias presentadas fue directamente por parte de la mujer en el juzgado, el 8,38% tras la cumplimentación del parte de lesiones y el 86,84 % investigadas por atestados policiales.

A nivel regional se observa un incremento del 12,36 % en el número de víctimas de violencia de género respecto al año anterior, situando a la Región de Murcia como la cuarta comunidad autónoma con mayor tasa de mujeres víctimas de violencia de género con un 79,5 %.

Asimismo, se observa un incremento del 10,6 % en el número de denuncias presentadas respecto al año anterior. Sin embargo, 622 mujeres se acogieron a la dispensa, no testificando en el juicio contra el agresor, suponiendo un incremento del 95.6 % respecto al año anterior.

3. El ciclo de la violencia de género

Es conocido que la violencia de género afecta a mujeres con diferentes condiciones sociales, económicas, educativas y culturales (30), siendo recomendable hablar de condiciones de vulnerabilidad en la mujer (31, 32). Distintas investigaciones indican que las mujeres que han sido víctimas o testigos de situaciones de violencia de género durante su infancia, han sufrido aislamiento social, poseen bajo nivel educativo o carecen de independencia económica, presentan un mayor riesgo a sufrir violencia de género (33).

Una de las teorías que explica los motivos por los cuales una mujer víctima de violencia de género no abandona la pareja y busca ayuda fue descrita en 1979 por Lenore E. Walker (34), manteniendo su vigencia actualmente. La “Teoría sobre el Ciclo Repetitivo de la violencia de género”, divide el proceso de la violencia en varias fases de intensidad creciente recogidas en la figura 2:

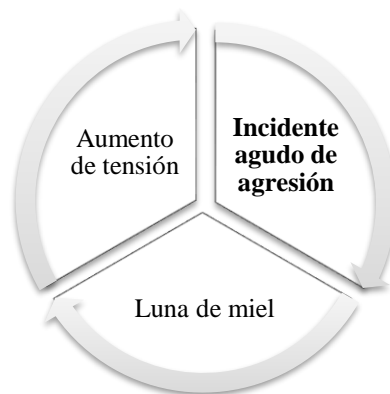


Figura 2. Ciclo de la Violencia de género (Lenore E. Walker, 1979).

Durante la primera fase, conocida como fase de Aumento de la Tensión, tienen lugar incidentes menores dentro del ámbito privado, que se manifiestan en forma de agresiones verbales o físicas de carácter leve y aislado, tales como menosprecios, insinuaciones, celos, indiferencia, etc., creyéndose la mujer con el control de la situación, lo que la lleva a aceptar los abusos en un intento por calmar al agresor.

La segunda fase, conocida como fase del Incidente Agudo de Agresión, está caracterizada por la descarga incontrolada de las tensiones acumuladas durante la primera fase. Generalmente tiene una duración entre dos y veinticuatro horas, pudiendo la víctima anticiparse a lo que va a suceder, originando en la mujer distintos síntomas psicofisiológicos. Ante esta situación, lo único que puede hacer la mujer es encontrar un lugar seguro, sin embargo, la mayoría de las víctimas no busca ayuda durante este periodo a menos que esté gravemente herida y necesite atención médica inmediata.

Durante la última fase del ciclo, conocida como Luna de miel, el agresor muestra signos de arrepentimiento con el objetivo de mantener a la mujer junto a él, evitando en muchas ocasiones que le abandone y denuncie. Esta conducta ambivalente dificulta la detección de la situación de violencia por parte de la mujer, haciéndola desarrollar el síndrome de indefensión aprendida, creyéndose responsable de la situación (35).

Tras la fase de luna de miel volverá a iniciarse el ciclo con la acumulación de la tensión y el posterior estallido, generando de este modo un círculo en el que la frecuencia y peligrosidad de las agresiones aumenta con las reincidencias; disminuyendo los recursos psicológicos de la mujer para salir de esta espiral (34) que, en algunos casos, acabará en feminicidio (36).

El Síndrome de la mujer maltratada, descrito por Lenore E. Walker en 1980, describe la desesperación, soledad y alejamiento de la sociedad que sufren las mujeres víctimas de violencia de género. Entre los síntomas que manifiestan se encuentran: síndrome de estrés postraumático, depresión, ansiedad, inadaptación social, etc. (37), generando en la mujer baja

autoestima, vergüenza, dependencia económica, miedo etc., incrementando la probabilidad de que vuelva a convivir con su agresor, o bien que empiece una relación con otro hombre que la maltrate (9). La tabla 1 resume algunos aspectos considerados importantes en relación a la vulnerabilidad de la mujer.

Tabla 1

Factores relacionados con la vulnerabilidad de las mujeres víctimas de violencia de género

Factores relacionados con la vulnerabilidad
<ul style="list-style-type: none">• Nacionalidad extranjera.• Bajo nivel educativo.• Situación de precariedad laboral o desempleo.• Tener hijos a cargo.• Ausencia de autoridad y poder fuera del núcleo familiar.• Problemas de salud mental (depresión, estrés, ansiedad, alteraciones emocionales, etc.• Ausencia de apoyo social.• Consumo de tóxicos.• Antecedentes familiares de violencia de género.• Gestación.• Discapacidad.

Como se ha comentado anteriormente, existen casos en los que la mujer decide no denunciar a su agresor, o bien, retirar la denuncia, siendo las causas que motivan tales acciones muy diversas. Entre ellas destacan la confianza en que el agresor modificará su comportamiento, la dependencia afectiva, el sentimiento de vergüenza, la creencia de responsabilidad de la situación, el miedo a posibles represalias o la dependencia económica (38). La complejidad de la situación creada por la violencia de género está marcada por una situación de pérdida de la autonomía personal, en la que la violencia es ejercida por alguien conocido, y en algún momento querido por la mujer; que en la mayoría de los casos se produce en el ámbito de la intimidad familiar.

Aunque a priori no resulta fácil explicar este fenómeno, surge a consecuencia de los sentimientos afectivos que en muchas ocasiones coexisten en la violencia de género con la situación de maltrato; siendo generalmente un tipo de afectividad dependiente y posesiva, basada en la inseguridad. (39). Por ello, resulta de especial interés la declaración de la mujer, ya que con frecuencia existe un déficit probatorio más allá de las versiones de la mujer y su presunto agresor, siendo relativamente frecuente que la mujer no ratifique su denuncia durante el juicio oral, incluso que la retire a los pocos días, acogiéndose al derecho de no declarar en contra de su marido o compañero, conocido como dispensa.

4. Formas de violencia

Según la OMS (40), la violencia de género constituye una causa de muerte e incapacidad entre las mujeres en edad reproductiva tan grave como el cáncer, y mayor que la combinación de accidentes de tráfico y la malaria. Su impacto sobre la salud de las mujeres va más allá de las lesiones físicas provocadas, afectando a múltiples niveles (sexual, reproductivo, psicológico y social), capaz de persistir aun cuando la situación de maltrato haya finalizado, generando problemas crónicos de salud en quienes la padecen (41-49).

Existe un elevado porcentaje de maltratadores que lo han sido previamente o bien, han sido testigos de estas conductas violentas, siendo aprendidas durante los periodos de desarrollo y maduración del individuo (50). Este tipo de violencia se encuentra asociado al comportamiento controlador e intimidatorio manifestado con palabras, acciones o gestos que establecen la relación de poder y control hacia la mujer. La gravedad de la agresión varía en función del tipo de conducta agresiva, la intención, los medios empleados, los elementos acompañantes, la evolución y las consecuencias físicas y/o psíquicas que origina la violencia, definiendo el tipo de violencia empleada (51).

La violencia de género puede manifestarse de múltiples maneras, por lo que el mecanismo empleado para someter a la mujer, denominado *método de ataque*, determinará el tipo de violencia ejercida. Según Turvey (52), los métodos de ataque se clasifican en:

- Amenazas verbales.
- Uso de la fuerza física, con o sin armas.
- Uso combinado de amenazas verbales junto al uso de armas, empleando la amenaza verbal de agredirla con el arma.

Por tanto, la violencia de género puede manifestarse de múltiples formas, siendo clasificada en violencia física, psicológica, sexual, ambiental, social, económica y simbólica (8,30), descritas en la tabla 2. Las agresiones más frecuentes reflejan una combinación de distintos tipos de violencia, predominando la violencia física y psicológica ejercida contra la mujer (53).

Tabla 2
Descripción de los distintos tipos de violencia de género descritos

Tipo	Descripción
Física	Implica el uso deliberado de la fuerza.
Psicológica	Conducta intencionada y prolongada contra la integridad psíquica y emocional: amenazas, insultos, humillaciones, privación de libertad, etc.
Sexual	Comportamiento sexual contra la voluntad de la mujer.
Ambiental	Violencia sobre objetos con valor sentimental para la mujer, mobiliario del hogar, etc.
Social	Aislamiento social y desprotección de la mujer.
Económica	Control de la economía mermando la independencia económica de la mujer.
Simbólica	Patrones de indumentaria, comportamiento o socialización, asociada a una imagen basada en estereotipos machistas.

4.1. *Violencia física*

Denominamos *violencia física* a todos aquellos actos en los que se hace uso deliberado de la fuerza. Este tipo de violencia constituye la consecuencia directa más visible de la violencia de género (54), ocasionando en el cuerpo de la mujer un amplio patrón lesivo debido a la gran diversidad de circunstancias, objetos implicados e intensidad de la agresión. Como resultado podremos encontrar desde agresiones tan leves que no dejen evidencias de signos lesivos, hasta el feminicidio como la expresión más grave de la misma (16).

Entendemos por lesión “*toda alteración que produzca menoscabo de la integridad corporal o de la salud física o mental, independientemente del mecanismo causal*”, ocasionada por agentes mecánicos, físicos, químicos, biológicos y/o psicológicos. El cuerpo humano se encuentra continuamente sometido a fuerzas que absorbe gracias a la resistencia y elasticidad de sus tejidos. A pesar de ello, bajo determinadas circunstancias estas fuerzas son capaces de superar la capacidad de adaptación de los tejidos dando lugar a una lesión. El patrón lesivo producido es tan variable como el agente lesivo y el mecanismo utilizados, por lo tanto, el resultado de la lesión variará en función de la naturaleza del objeto y la velocidad de impacto, produciéndose la lesión como resultado de una presión, frotamiento, tracción o mediante una acción combinada.

Según Gisbert Calabuig (55), las lesiones se pueden clasificar en lesiones mortales y no mortales, siendo las lesiones no mortales aquellas que no producen la muerte del individuo y cuya curación puede tener lugar por una completa *restitutio ad integrum* anatómica y funcional, generando secuelas que unas veces pueden compensarse total o parcialmente y otras no, concediéndoles interés médico legal. En la tabla 3 puede consultarse la clasificación de las lesiones.

Tabla 3*Clasificación de las lesiones físicas según Gisbert Calabuig*

Contusiones simples	Con integridad de la piel <ul style="list-style-type: none">• Equimosis• Contusiones profundas Con lesión cutánea <ul style="list-style-type: none">• Erosiones• Heridas contusas
Contusiones complejas	<ul style="list-style-type: none">• Arrancamientos• Aplastamientos• Mordeduras
Heridas	<ul style="list-style-type: none">• Arma blanca• Arma de fuego
Quemaduras	<ul style="list-style-type: none">• Objetos calientes• Líquidos inflamables
Químicas	<ul style="list-style-type: none">• Ácidos• Bases

Durante la exploración médica a una mujer que ha sufrido violencia de género, el facultativo podrá observar un cuadro lesivo formado por contusiones, erosiones, heridas superficiales y lesiones de defensa, localizadas en distintas partes del cuerpo, con distinta morfología y estado evolutivo (56,57). Las lesiones más comunes son las contusiones, producidas por la acción de cuerpos duros y romos sobre el organismo, dando lugar a distintas lesiones en función del cuerpo y fuerza empleados. Las contusiones se clasifican en contusiones simples y complejas en función del mecanismo participante. En las contusiones simples participa un solo mecanismo lesivo, pudiendo darse con integridad de la piel (equimosis y contusiones profundas) o sin integridad de la piel (lesiones cutáneas como heridas y heridas contusas). Las equimosis presentan un elevado valor medicolegal al proporcionar información sobre el hecho violento, ya que el derrame sanguíneo mantiene su contorno durante un breve periodo de tiempo, coincidiendo con la forma del objeto empleado en la agresión.

Generalmente las lesiones se localizarán en la cabeza, el cuello o la cara de la mujer, siendo también habitual encontrarlas en las extremidades superiores asociadas a la posición de defensa

adoptada por la mujer durante la agresión (58). Por ello, con el objetivo de determinar un posible origen intencional de las lesiones, deben analizarse cuatro criterios característicos:

- Criterio topográfico.
- Criterio cuantitativo.
- Criterio cualitativo.
- Criterio cronológico.

4.1.1. Criterio topográfico de las lesiones

El criterio topográfico hace referencia a la localización de las lesiones, pudiendo encontrar en función de la región anatómica afectada y la naturaleza del agente lesivo (59):

Traumatismos craneoencefálicos: cuya frecuencia y gravedad les confiere gran importancia, ya que alrededor de una cuarta parte de muertes violentas se deben a traumatismos sobre la cabeza. Estos traumatismos pueden afectar a partes blandas, el esqueleto craneofacial o su contenido visceral. Las lesiones más frecuentes incluyen contusiones, heridas y fracturas, que pueden complicarse dando lugar a infecciones, lesiones cerebrales o incluso, llegar a causar coma.

Traumatismos de la columna vertebral: pueden producir fracturas de la columna vertebral, lesiones medulares, dificultades respiratorias, miosis, paraplejia, etc.

Traumatismos en el cuello: el cuello constituye una zona anatómica de transición entre el tórax y el cráneo, siendo de gran importancia desde un punto de vista medicolegal. Su compresión puede originar anoxia cerebral e incluso la muerte, y las heridas que seccionen vasos sanguíneos o nervios en el cuello pueden dar lugar a importantes hemorragias externas con secuelas neurológicas graves.

Traumatismos sobre el tórax: pueden ser traumatismos penetrantes o traumatismos cerrados. Los traumatismos penetrantes se producen a consecuencia de heridas (por arma blanca, arma de fuego o heridas contusas) que, según la fuerza con la que se ejerce y su trayectoria, pueden dar lugar a lesiones en pulmones, corazón y grandes vasos, con consecuencias cuya gravedad varía en función del órgano afectado. En los traumatismos cerrados de tórax, la piel y el tejido subcutáneo están íntegros. La mayoría de estas lesiones están producidas por una fuerza que actúa directamente sobre el tórax o el abdomen, transmitiéndose hacia el tórax. Se trata de lesiones muy variadas en morfología y consecuencias, clasificándose en lesiones esqueléticas (fracturas de esternón y costillas) y viscerales.

Traumatismos abdominales: al igual que en el tórax, en el abdomen podemos encontrar lesiones producidas por diversos mecanismos que dan lugar a traumatismos penetrantes y no penetrantes. Estas lesiones deben diferenciarse en función de la zona afectada entre las que destacan las paredes, la pelvis, los genitales externos y las viscerales.

Traumatismos de las extremidades: Producidas sobre los miembros superiores e inferiores, pudiendo afectar a partes blandas, elementos de unión y órganos subcutáneos o al esqueleto óseo.

4.1.2. Criterio cuantitativo de las lesiones

El criterio cuantitativo hace referencia al número de lesiones que se evidencian en el momento de la asistencia médica, que en caso de ser múltiples haría sospechar sobre un posible origen intencional.

4.1.3. Criterio cualitativo de las lesiones

El criterio cualitativo viene determinado por las características morfológicas que presentan las lesiones, siendo las lesiones figuradas aquellas que reproducen la morfología del objeto utilizado en la agresión.

4.1.4. Criterio cronológico de las lesiones

El criterio cronológico está determinado por la antigüedad de las lesiones, por lo que al encontrar pacientes con lesiones en diferente estado evolutivo, es decir, lesiones producidas en distintos momentos temporales, podemos (y debemos) sospechar sobre la existencia de una historia de violencia dilatada en el tiempo.

4.2. *Violencia psicológica*

Un tipo de violencia más difícil de detectar es la violencia psicológica. Este tipo de violencia surge como consecuencia de una conducta intencionada y prolongada en el tiempo que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer. El agresor la ejerce con el objetivo de imponer las pautas de comportamiento que debería mostrar su pareja mediante amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social, la culpabilidad, la privación de libertad, el chantaje emocional, el rechazo o el abandono. Puesto que se trata de un tipo de violencia menos visible que la violencia física o la sexual, suele ser más difícil de demostrar (60,61); siendo justificada en muchos casos como acciones propias del carácter del agresor. Estas acciones, conocidas como *micromachismos*, hacen referencia al conjunto de acciones aparentemente no dañinas, como pudieran ser la insistencia abusiva, los argumentos para justificar la actuación por el bien de la mujer, la descalificación de cualquier

trasgresión del papel tradicional o las acciones destinadas a impedir que la víctima busque ayuda mediante estrategias de lástima o regalos (9).

La violencia psicológica puede manifestarse de múltiples formas, siendo una característica típica de las relaciones problemáticas. Es frecuente la manifestación en forma de agresiones verbales, que suelen ser recíprocas, con el uso frecuente de los sentimientos de los hijos en contra del otro cónyuge, el uso de un lenguaje hiriente y agresivo, lleno de insultos, amenazas y desprecios. La reacción de la víctima a corto plazo puede ser de agresividad, indiferencia, tristeza, agitación, confusión con inquietud, sentimientos de autoacusación, miedo y calma anormal. Sin embargo, a largo plazo las secuelas psicológicas pueden desencadenar procesos patológicos como trastorno de estrés postraumático, ansiedad, depresión, cuadros disociativos, trastornos somatomorfos, alteraciones del comportamiento, trastornos sexuales, el desarrollo de adicciones y la desinserción social (32,50,62).

4.3. *Violencia sexual*

La Organización Mundial de la Salud define la violencia sexual como *“todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”*; Considerando también aquellos casos en los que la víctima ha consumido tóxicos o se encuentra incapacitada para otorgar un consentimiento válido. Constituye una violación de los derechos fundamentales, con consecuencias a corto y largo plazo que repercuten en la salud física, reproductiva y psíquica, llegando incluso a conducir a la muerte de la víctima (63).

En el momento en el que se redacta este capítulo, el Código Penal español todavía distingue entre delito de agresión sexual (con violencia o intimidación) y el de abuso sexual (sin violencia y sin intimidación). El delito de violación consiste en la agresión sexual mediante acceso carnal vía vaginal, anal o bucal, o la introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías. No obstante, estamos a la espera de la aprobación definitiva del Proyecto de Ley Orgánica de garantía integral de la libertad sexual que introduce importantes modificaciones que comentaremos posteriormente.

Por tanto, procedemos a describir el articulado en vigor a fecha de mayo de 2022. En el capítulo I del Título VIII del Libro II redactado por el artículo segundo de la L.O. 11/1999, de 30 de abril, de modificación del Título VIII del Libro II del Código Penal, aprobado por L.O. 10/1995, de 23 de noviembre (B.O.E. 1 mayo), se describen las agresiones sexuales.

El artículo 178 del Código Penal establece que *“el que atentare contra la libertad sexual de otra persona, con violencia o intimidación, será castigado como responsable de agresión sexual con la pena de prisión de 1 a 4 años”*. Para que se produzca una agresión sexual debe darse un comportamiento activo con medios físicamente agresivos y/o mediante la utilización de cualquier tipo de amenaza, dirigida a vencer la voluntad de la víctima mediante la presencia de un mal inminente, grave, fundado y racional, suficiente para someter la voluntad de la víctima.

El artículo 179 del Código Penal establece que *“Cuando la agresión sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías, el responsable será castigado como reo de violación con la pena de prisión de seis a doce años”*.

El Tribunal Supremo establece que para que exista delito es necesario que haya un mínimo grado de manifestación de resistencia por parte de la víctima, por lo que la observación de lesiones compatibles con la resistencia ejercida por la víctima puede ser determinante en la

resolución del caso. Sin embargo, no debemos olvidar que en determinadas ocasiones la violación de una mujer adulta apenas deja evidencias físicas, siendo necesarios otros indicios que orienten la investigación.

El artículo 180 del Código Penal agrava el reproche penal contra el agresor cuando concurra alguna de las siguientes circunstancias: *“1ª Cuando la violencia o intimidación ejercidas revistan un carácter particularmente degradante o vejatorio. 2ª Cuando los hechos se cometan por la actuación conjunta de dos o más personas. 3ª Cuando la víctima sea especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad o situación, y en todo caso cuando sea menor de 13 años. 4ª Cuando, para la ejecución del delito, el responsable se haya prevalido de una relación de superioridad o parentesco, por ser ascendiente, descendiente o hermano, por naturaleza o adopción, o afines con la víctima. 5ª Cuando el autor haga uso de armas o de otros medios igualmente peligrosos, susceptibles de producir la muerte o alguna de las lesiones previstas en los artículos 149 y 150 de este Código, sin perjuicio de la pena que pudiera corresponder por la muerte o lesiones causadas [...]”*.

Los abusos sexuales se incluyen en el capítulo II del Título VIII del vigente Código Penal, que incluyen los artículos 181 a 183. El artículo 181 del Código Penal establece que *“1. El que sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento, realizare actos que atenten contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona, será castigado, como responsable de abuso sexual, con la pena de prisión de 1 a 3 años multa de dieciocho a veinticuatro meses. 2. A los efectos del apartado anterior, se consideran abusos sexuales no consentidos los que se ejecuten sobre menores de 13 años, sobre personas privadas de sentido o de cuyo trastorno mental se abusare. 3. La misma pena se impondrá cuando el consentimiento se obtenga prevaliéndose el responsable de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima [...]”*.

A pesar de que los términos de abuso y agresión sexual sean muy parecidos, se diferencian en la existencia o ausencia de violencia o intimidación. El artículo 182 del Código Penal recoge la modalidad más grave estableciendo que “[...] cuando el abuso consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías, el responsable será castigado con la pena de prisión de cuatro a diez años”.

El artículo 183 del Código Penal trata los abusos sexuales fraudulentos contra menores entre los 13 y los 16 años empleando el engaño. “1. El que realizare actos de carácter sexual con un menor de dieciséis años [...]. 2. Cuando los hechos se cometan empleando violencia o intimidación [...]. 3. Cuando el ataque consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías [...]. 4. [...]cuando concurra alguna de las siguientes circunstancias: a) Cuando el escaso desarrollo intelectual o físico de la víctima, o el hecho de tener un trastorno mental, la hubiera colocado en una situación de total indefensión y en todo caso, cuando sea menor de cuatro años. b) Cuando los hechos se cometan por la actuación conjunta de dos o más personas. c) Cuando la violencia o intimidación ejercidas revistan un carácter particularmente degradante o vejatorio. d) Cuando, para la ejecución del delito, el responsable se haya prevalido de una relación de superioridad o parentesco, por ser ascendiente, o hermano, por naturaleza o adopción, o afines, con la víctima. e) Cuando el culpable hubiere puesto en peligro, de forma dolosa o por imprudencia grave, la vida o salud de la víctima. f) Cuando la infracción se haya cometido en el seno de una organización o de un grupo criminal que se dedicare a la realización de tales actividades. 5. En todos los casos previstos en este artículo, cuando el culpable se hubiera prevalido de su condición de autoridad, agente de ésta o funcionario público [...]”.

El Proyecto de Ley Orgánica de garantía integral de la libertad sexual incorpora las siguientes modificaciones: la sumisión química como agravante de una agresión sexual, que hasta ahora se considera abuso; los asesinatos por violencia sexual serán contabilizados como violencia machista, para lo que se está terminando de perfilar una estadística específica; tipifica el acoso callejero como delito e incluye también la violencia digital. Además, ha incluido una modificación de la ley penal del menor, para que, en los casos en los que los agresores tengan menos de 18 años, las penas lleven siempre la medida accesoria de someterse a programas formativos sobre educación sexual y educación en igualdad.

En lo que respecta al consentimiento se prevén también destacados cambios como consecuencia de la modificación del capítulo I del Título VIII del Libro II, que en el caso de que finalmente fuese aprobado quedaría redactado como sigue:

“Artículo 178.

1. Será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, como responsable de agresión sexual, el que realice cualquier acto que atente contra la libertad sexual de otra persona sin su consentimiento. Sólo se entenderá que hay consentimiento cuando se haya manifestado libremente mediante actos que, en atención a las circunstancias del caso, expresen de manera clara la voluntad de la persona.

2. A los efectos del apartado anterior, se consideran en todo caso agresión sexual los actos de contenido sexual que se realicen empleando violencia, intimidación o abuso de una situación de superioridad o de vulnerabilidad de la víctima, así como los que se ejecuten sobre personas que se hallen privadas de sentido o de cuya situación mental se abusare y los que se realicen cuando la víctima tenga anulada por cualquier causa su voluntad.

3. El órgano sentenciador, razonándolo en la sentencia, y siempre que no concurran las circunstancias del artículo 180, podrá imponer la pena de prisión en su mitad inferior o multa

de dieciocho a veinticuatro meses, en atención a la menor entidad del hecho y a las circunstancias personales del culpable.”

“Artículo 179.

Cuando la agresión sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías, el responsable será castigado como reo de violación con la pena de prisión de cuatro a doce años.”

“Artículo 180.

1. Las anteriores conductas serán castigadas con la pena de prisión de dos a ocho años para las agresiones del artículo 178.1 y de siete a quince años para las del artículo 179 cuando concurra alguna de las siguientes circunstancias, salvo que las mismas hayan sido tomadas en consideración para determinar que concurren los elementos de los delitos tipificados en los artículos 178 o 179:

- 1.ª Cuando los hechos se cometan por la actuación conjunta de dos o más personas.*
- 2.ª Cuando la agresión sexual vaya precedida o acompañada de una violencia de extrema gravedad o de actos que revistan un carácter particularmente degradante o vejatorio.*
- 3.ª Cuando los hechos se cometan contra una persona que se halle en una situación de especial vulnerabilidad por razón de su edad, enfermedad, discapacidad o por cualquier otra circunstancia, salvo lo dispuesto en el artículo 181.*
- 4.ª Cuando la víctima sea o haya sido esposa o mujer que esté o haya estado ligada por análoga relación de afectividad, aun sin convivencia.*
- 5.ª Cuando, para la ejecución del delito, la persona responsable se hubiera prevalido de una situación de convivencia o de parentesco, por ser ascendiente, o hermano, por naturaleza o adopción, o afines, o de una relación de superioridad con respecto a la víctima.*

6.^a Cuando el responsable haga uso de armas u otros medios igualmente peligrosos, susceptibles de producir la muerte o alguna de las lesiones previstas en los artículos 149 y 150 de este Código, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 194 bis.

7.^a Cuando para la comisión de estos hechos el autor haya anulado la voluntad de la víctima suministrándole fármacos, drogas o cualquier otra sustancia natural o química idónea a tal efecto.

2. Si concurrieren dos o más de las anteriores circunstancias, las penas respectivamente previstas en el apartado 1 de este artículo se impondrán en su mitad superior.

3. En todos los casos previstos en este capítulo, cuando el culpable se hubiera prevalido de su condición de autoridad, agente de esta o funcionario público, se impondrá, además, la pena de inhabilitación absoluta de seis a doce años.”

“Ocho. Se modifica el Capítulo II del Título VIII del Libro II, que queda redactado como sigue:”

“Capítulo II

De las agresiones sexuales a menores de dieciséis años”

“Artículo 181.

1. El que realizare actos de carácter sexual con un menor de dieciséis años, será castigado con la pena de prisión de dos a seis años.

A estos efectos se consideran incluidos en los actos de carácter sexual los que realice el menor con un tercero o sobre sí mismo a instancia del autor.

2. Si en las conductas del apartado anterior concurre alguna de las modalidades de agresión sexual descritas en el artículo 178, se impondrá una pena de prisión de cinco a diez años.

En estos casos, en atención a la menor entidad del hecho y valorando todas las circunstancias concurrentes, incluyendo las circunstancias personales del culpable, podrá imponerse la pena de prisión inferior en grado, excepto cuando medie violencia o intimidación o concurren las circunstancias mencionadas en el artículo 181.4.

3. Cuanto el acto sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o en introducción de miembros corporales u objetos por algunas de las dos primeras vías, el responsable será castigado con la pena de prisión de seis a doce años de prisión en los casos del apartado 1, y con la pena de prisión de diez a quince años en los casos del apartado 2.

4. Las conductas previstas en los apartados anteriores serán castigadas con la pena de prisión correspondiente en su mitad superior cuando concurra alguna de las siguientes circunstancias:

a) Cuando los hechos se cometan por la actuación conjunta de dos o más personas. b) Cuando la agresión sexual vaya precedida o acompañada de una violencia de extrema gravedad o de actos que revistan un carácter particularmente degradante o vejatorio.

c) Cuando los hechos se cometan contra una persona que se halle en una situación de especial vulnerabilidad por razón de su edad, enfermedad, discapacidad o por cualquier otra circunstancia, y, en todo caso, cuando sea menor de cuatro años.

d) Cuando la víctima sea o haya sido pareja del autor, aun sin convivencia.

e) Cuando, para la ejecución del delito, el responsable se hubiera prevalido de una situación de convivencia o de una relación de superioridad o parentesco, por ser ascendiente, o hermano, por naturaleza o adopción, o afines, con la víctima.

f) Cuando el responsable haga uso de armas u otros medios igualmente peligrosos, susceptibles de producir la muerte o alguna de las lesiones previstas en los artículos 149 y 150 de este Código, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 194 bis.

g) Cuando para la comisión de estos hechos el autor haya anulado la voluntad de la víctima suministrándole fármacos, drogas o cualquier otra sustancia natural o química idónea a tal efecto.

h) Cuando la infracción se haya cometido en el seno de una organización o de un grupo criminal que se dedicare a la realización de tales actividades.

5. En todos los casos previstos en este artículo, cuando el culpable se hubiera prevalido de su condición de autoridad, agente de esta o funcionario público, se impondrá, además, la pena de inhabilitación absoluta de seis a doce años.”

“Artículo 182.

1. El que, con fines sexuales, haga presenciar a un menor de dieciséis años actos de carácter sexual, aunque el autor no participe en ellos, será castigado con una pena de prisión de seis meses a dos años.

2. Si los actos de carácter sexual que se hacen presenciar al menor de dieciséis años constituyeran un delito contra la libertad sexual, la pena será de prisión de uno a tres años.”

“Artículo 183.

1. El que a través de internet, del teléfono o de cualquier otra tecnología de la información y la comunicación contacte con un menor de dieciséis años y proponga concertar un encuentro con el mismo a fin de cometer cualquiera de los delitos descritos en los artículos 181 y 189, siempre que tal propuesta se acompañe de actos materiales encaminados al acercamiento, será castigado con la pena de uno a tres años de prisión o multa de doce a veinticuatro meses, sin perjuicio de las penas correspondientes a los delitos en su caso cometidos. Las penas se impondrán en su mitad superior cuando el acercamiento se obtenga mediante coacción, intimidación o engaño.

2. *El que, a través de internet, del teléfono o de cualquier otra tecnología de la información y la comunicación contacte con un menor de dieciséis años y realice actos dirigidos a embaucarle para que le facilite material pornográfico o le muestre imágenes pornográficas en las que se represente o aparezca un menor, será castigado con una pena de prisión de seis meses a dos años.*”

“Artículo 183 bis.

Salvo en los casos en que concurra alguna de las circunstancias previstas en el apartado segundo del artículo 178, el libre consentimiento del menor de dieciséis años excluirá la responsabilidad penal por los delitos previstos en este capítulo cuando el autor sea una persona próxima al menor por edad y grado de desarrollo o madurez física y psicológica.”

Nueve. Se suprime el Capítulo II bis del Título VIII del Libro II.

Diez. Se modifica el artículo 184, que queda redactado como sigue:

“Artículo 184.

1. *El que solicitare favores de naturaleza sexual, para sí o para un tercero, en el ámbito de una relación laboral, docente, de prestación de servicios o análoga, continuada o habitual, y con tal comportamiento provocare a la víctima una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante, será castigado, como autor de acoso sexual, con la pena de prisión de seis a doce meses o multa de diez a quince meses e inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o actividad de doce a quince meses.*

2. *Si el culpable de acoso sexual hubiera cometido el hecho prevaliéndose de una situación de superioridad laboral, docente o jerárquica, o sobre persona sujeta a su guarda o custodia, o con el anuncio expreso o tácito de causar a la víctima un mal relacionado con las legítimas expectativas que aquella pueda tener en el ámbito de la indicada relación, la pena será de*

prisión de uno a dos años e inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o actividad de dieciocho a veinticuatro meses.

3. Asimismo, si el culpable de acoso sexual lo hubiera cometido en centros de protección o reforma de menores, centro de internamiento de personas extranjeras, o cualquier otro centro de detención, custodia o acogida, incluso de estancia temporal, la pena será de prisión de uno a dos años e inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o actividad de dieciocho a veinticuatro meses, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 443.2.

4. Cuando la víctima se halle en una situación de especial vulnerabilidad por razón de su edad, enfermedad o discapacidad, la pena se impondrá en su mitad superior.

5. Cuando de acuerdo con lo establecido en el art. 31 bis, una persona jurídica sea responsable de este delito, se le impondrá la pena de multa de seis meses a dos años. Atendidas las reglas establecidas en el artículo 66 bis, los jueces y tribunales podrán asimismo imponer las penas recogidas en las letras b) a g) del apartado 7 del artículo 33.”

Por tanto, el cambio de paradigma a la hora de juzgar los delitos sexuales pivotará sobre el consentimiento y el fin de la distinción entre abuso y agresión sexual, medidas más conocidas de la ley. El consentimiento será el elemento clave que determinará la existencia de una agresión sexual, pasando de un sistema que exige demostrar que la víctima se resistió y negó, a uno nuevo en el que será requerido el consentimiento afirmativo. Así pues, la norma indica que “*solo entenderá que hay consentimiento cuando se haya manifestado libremente mediante actos que, en atención a las circunstancias del caso, expresen de manera clara la voluntad de la persona*”.

Otro aspecto clave es la reforma en la tipificación de los delitos sexuales en el Código Penal que acaba con la distinción entre agresión y abuso sexual. Así pues, se considerarán agresiones sexuales todas aquellas conductas que atenten contra la libertad sexual sin el consentimiento de la otra persona y habrá distintas horquillas de penas en función de la gravedad y de la

conurrencia de agravantes. También se incluyen dos nuevas agravantes en las agresiones sexuales: que la víctima sea pareja o expareja del agresor y que el autor hubiera utilizado cualquier sustancia para anular la voluntad de la víctima, es decir, la sumisión química.

La nueva Ley Orgánica de garantía integral de la libertad sexual considerará violencia sexual los actos de naturaleza sexual no consentidos o que condicionen el libre desarrollo de la vida sexual. Algunos ejemplos son la agresión sexual, el acoso, la violación, el exhibicionismo, la provocación sexual, la explotación sexual, la corrupción de menores, la mutilación genital femenina, el feminicidio sexual, el matrimonio forzado, la trata con fines de explotación sexual y, en el ámbito digital, la difusión de actos de violencia sexual, la pornografía no consentida o la infantil y la extorsión sexual a través de medios tecnológicos.

Desde el punto de vista medicolegal en la evaluación de las agresiones sexuales podemos encontrar diversos patrones lesivos. Es frecuente la presencia de equimosis, hematomas y excoriaciones en extremidades, cadera, cuello y cabeza, pudiendo representar la manifestación de la violencia empleada en la propia agresión o bien, producirse como consecuencia de maniobras para mantener inmovilizada a la víctima, vencer su resistencia, intentar acallar la demanda de auxilio o facilitar la penetración (53). Son típicas las contusiones en zonas de sujeción, excoriaciones en zonas de apoyo y en la cara interna de los labios, así como traumatismos en el cuello y la cabeza. De forma genérica, se observan lesiones de connotación erótica como sugilaciones, mordeduras en zonas erógenas y lesiones propias de maniobras forzadas ante una relación de tipo orogenital.

En este tipo de agresiones encontraremos lesiones características que dependerán de la circunstancia etiológica y la vía de penetración (64). La fuerza empleada por la mujer para defenderse de su agresor es tan variable, que podría llegar a ser nula si la intimidación impide a la víctima ofrecer resistencia, por lo que habrá casos en los que la víctima presente pocos e incluso ningún signo de violencia. En otros casos, encontraremos autolesiones realizadas por

la propia víctima con el objetivo de realizar una falsa denuncia, por ello, resulta necesario tener en cuenta otros aspectos como la existencia de semen, pelos pubianos, enfermedades de transmisión sexual o embarazo.

Entre las múltiples consecuencias que genera la violencia sexual encontramos la pérdida del deseo sexual, trastornos menstruales, dolor pélvico crónico, infección urinaria, embarazo no deseado o las enfermedades de transmisión sexual. Las secuelas psicológicas generadas por la violencia sexual pueden ser realmente graves, alterando la vida cotidiana de la víctima de manera que se requiera la asistencia a terapias especiales que permitan a la mujer superar el profundo trauma generado.

4.4. Violencia ambiental

La *violencia ambiental* hace referencia a cualquier acto violento y destructivo llevado a cabo sobre objetos con valor sentimental para la víctima, el mobiliario de casa, etc.

4.5. Violencia social

La *violencia social* surge a raíz de los intentos del agresor por evitar todo posible contacto de la víctima con amigos, familiares, compañeros de trabajo, etc., con el objetivo de lograr el aislamiento social de la mujer, que quedaría bajo su control, totalmente aislada y desprotegida.

4.6. Violencia económica

Se denomina *violencia económica* a aquella ejercida a través del control de la economía doméstica, mermando la independencia económica de la mujer.

4.7. *Violencia simbólica*

Finalmente, encontramos la *violencia simbólica* referida a aquellos patrones basados en estereotipos machistas de indumentaria, comportamiento o socialización que ha de adoptar una mujer.

5. El papel de los profesionales de la salud ante la violencia de género

La necesidad de atención médica asociada al desconocimiento sobre las instituciones relacionadas con la atención a la violencia de género, la infravaloración de la Justicia y la buena opinión generalizada sobre el Sistema Sanitario, sitúan a los profesionales sanitarios en una posición privilegiada cuando una mujer víctima de violencia de género requiere ayuda (64,65); siendo en ocasiones el primer y único profesional con el que contactan (66).

Según la OMS (66), la formación y la disponibilidad de protocolos incrementan la sensibilidad de los profesionales en materia de violencia de género, y con ello, la calidad de las asistencias médicas. A pesar de que el diagnóstico en servicios de atención primaria no es fácil, permite al personal sanitario atender cuadros patológicos inespecíficos con síntomas que pueden hacer sospechar de una posible situación de violencia de género. Las mujeres expuestas a situaciones de violencia de género valoran la confidencialidad, la escucha atenta, el cuidado y el no sentirse juzgadas por parte del facultativo; por lo que el personal sanitario debe garantizar la confidencialidad de la mujer, que la consulta se realice en privado, facilitando el acceso a información sobre recursos y servicios legales (66,67).

Es conocido que entre el 11 y el 30% de las víctimas de violencia de género acuden a centros sanitarios sin desvelar el origen real de las lesiones, al ser frecuentes sentimientos de vergüenza, inseguridad y miedo a denunciar, por lo que alrededor del 90% de las víctimas

acuden a la consulta médica durante el año posterior a la agresión. Diversos estudios ponen de manifiesto que las mujeres que han sufrido violencia de género hacen un mayor uso de los servicios sanitarios, siendo condicionantes el grado de sensibilidad y el estado de alerta del facultativo en la capacidad de intervención del sistema sanitario (50,68). Las mujeres sometidas a situaciones violentas son propensas a tener peor salud que aquellas que nunca han sufrido violencia, padeciendo trastornos físicos y psicológicos que las hacen acudir con frecuencia a los profesionales de salud (69-72). Este hecho sitúa al personal sanitario en una posición privilegiada y única para la detección temprana de la situación de violencia y su denuncia, por tanto, el papel del sistema sanitario y los profesionales que lo integran es fundamental a la hora de abordar correctamente un caso de violencia de género (73,74), siendo necesaria la formación específica del personal sanitario (75).

El trabajo del personal sanitario no culmina con la confirmación de una sospecha de violencia de género. En este momento se inicia un largo proceso informativo, de atención y trabajo en consulta con la mujer, siendo fundamental la colaboración entre los distintos profesionales y servicios implicados en la atención a las víctimas (74,76,77). La actuación sanitaria dependerá de si la mujer es consciente de los malos tratos sufridos, el conocimiento del riesgo y la peligrosidad de la situación en que se encuentra (32). Ante una mujer que reconozca ser víctima de violencia de género es necesario proporcionarle todo tipo de apoyos, sin culparla en ningún momento por las decisiones que pueda tomar (30). En la evaluación de cada caso será necesario realizar una valoración del riesgo real de una nueva agresión, para proporcionar a la mujer todos los recursos necesarios disponibles para asegurar su seguridad y confort (78); Resultando fundamental para ello que el personal sanitario cuente con formación específica para abordar este tema, y que su actitud y creencias sean adecuadas al problema de salud que origina la violencia de género (32).

Son muchos los casos de violencia de género que se presentan ante los profesionales sanitarios, pero solo unos pocos son detectados precozmente (79,80). Se estima que más del 70 % de los casos de violencia de género no son detectados por parte de los profesionales sanitarios (12), transcurriendo una media de 6 y 10 años desde el inicio del maltrato hasta que es detectado (81). Si el relato de la víctima implica la agresión por parte de otra persona, se debe elaborar y remitir el parte de lesiones al juzgado, pero no será el facultativo quien deba juzgar la veracidad o falsedad de dicho relato (82).

Muchos estudios han ido orientados a identificar los motivos por los cuales la detección de casos de violencia de género muestra cifras tan bajas, encontrando múltiples barreras que dificultan una asistencia adecuada por parte de los profesionales de la salud (12,68,84-87). Entre ellas, destaca la falta de formación de los profesionales sanitarios, al no saber cómo preguntar a la paciente por temor a invadir su intimidad, perder el control de la situación, ofenderla, etc., generando en los profesionales sanitarios desmotivación y falta de confianza en sus competencias profesionales (73,88,89). Estos estudios también destacan la elevada presión asistencial, la falta de recursos en el sistema sanitario (4,12,80,81,90-93) y el desconocimiento de los requerimientos legales (84,94) como justificantes de la baja identificación de casos de violencia de género. Según Murillo et al. (90) únicamente el 31% del personal sanitario encuestado se sentía preparado para realizar la anamnesis y la exploración física completa en la atención médica a una víctima de violencia de género, y en torno al 50% consideraba no tener formación suficiente para atender este tipo de casos y desconocía los requerimientos legales. Además, constataron una tendencia a considerar la violencia de género como una situación poco frecuente, restándole importancia al problema, lo que afecta directamente a la identificación de casos al no indagar durante la consulta. Hecho que se justifica en la mayoría de los casos por la escasa preparación y el conocimiento limitado a la hora de brindar un abordaje integral (79). Resultados similares a los obtenidos en investigaciones internacionales.

En este sentido, estudios realizados en el Reino Unido y Grecia han demostrado que el personal de atención primaria ha recibido poca formación y desconoce los recursos disponibles para abordar este tipo de situaciones (95,96). En Nicaragua se observó que el 70,6 % de los profesionales encuestados mostraba una actitud de rechazo ante la detección de este tipo de casos alegando poca formación, falta de privacidad en la consulta, miedo a las repercusiones legales o el carácter privado de la violencia de género entre otros (97).

Otros estudios destacan que pese a las recomendaciones del Protocolo (30), más de la mitad de los profesionales sanitarios manifiesta emitir un parte de lesiones únicamente cuando existen lesiones visibles (31,68). Estudios realizados a nivel regional (79), ponen de manifiesto el desconocimiento generalizado del Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, existiendo cerca de un 75% de facultativos que nunca han detectado un caso de malos tratos. Y en aquellos casos en los que el facultativo detectó un caso de violencia de género, más de la mitad fueron derivados a otros profesionales alegando falta de formación, falta de tiempo o preocupación a ser llamados a testificar. Sin embargo, a pesar de que la elaboración del parte de lesiones es un deber del facultativo, su emisión suele ser bastante baja (31,39,68,98).

Debemos concretar que, a pesar de que es importante tener el consentimiento de la mujer para iniciar la actuación judicial, no siempre nos autorizará al facultativo para iniciar el procedimiento. Es importante que antes de denunciar el caso la mujer haya iniciado un proceso de recuperación personal en el que haya tomado decisiones acerca de su futuro y su situación vital, por lo que la denuncia debería ir acompañada de instrumentos legales, sociales y económicos orientados a la protección de la mujer. Sin embargo, en aquellos casos en los que no contemos con el consentimiento de la mujer para remitir el parte de lesiones, no debemos olvidar la obligación del facultativo de colaborar con la Administración de Justicia.

En 2013 la OMS (66) concluyó que no se recomienda la remisión obligatoria del parte de lesiones, ya que podría tener efectos negativos sobre la autonomía personal de la mujer, la toma de decisiones, la relación médico-paciente, además de tener efectos negativos a la hora de provocar represalias por parte del presunto agresor (99). Aunque los estudios realizados sobre la notificación obligatoria de casos de violencia de género son escasos, parecen indicar que las mujeres víctimas de este tipo de violencia apoyan la ley que obliga a los profesionales sanitarios a notificarla al juzgado (100), siendo necesario realizar más investigaciones al respecto.

Según establece el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, ante la sospecha de un posible caso debe cumplimentarse el parte de lesiones utilizando el modelo específico disponible para tales casos, siendo adjuntada la historia clínica de la mujer cuando el facultativo lo considere necesario (38), de acuerdo a lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En el artículo 15 (118) viene definida la historia clínica como *“el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.”*. La historia clínica es un documento médico diferente al informe clínico de alta, siendo este último *“el documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas”*.

6. La importancia del Parte de Lesiones como Documento

Judicial

El Informe anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer realizado en 2007 (101) mostró un bajo grado de implicación por parte del personal sanitario en los casos de violencia de género. La reducida o nula formación específica recibida por el personal sanitario, unida a la inseguridad y los miedos que origina esta falta de conocimiento en los profesionales, asociados a la falta de tiempo para llevar a cabo la asistencia médica, podrían haber dado lugar a que el personal sanitario abordase los casos de violencia de género desde un enfoque estrictamente terapéutico. Resultados que ponen de manifiesto la urgente necesidad de cambios en cuanto a la formación de los profesionales sanitarios, y la formación continua de aquellos que se encuentran en activo.

Como solución, se elaboró el *Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (2012)* en el que se indican las pautas a seguir para lograr una actuación integral homogénea. En este protocolo, podemos encontrar una sección completa dedicada a la cumplimentación e importancia del parte de lesiones en casos de violencia de género. Resulta complicado ver cómo a pesar de los esfuerzos realizados para conseguir una actuación integral homogénea, los datos siguen mostrando que los profesionales sanitarios poseen una limitada capacidad a la hora de abordar casos de violencia de género, mostrando en muchos casos un conocimiento insuficiente del Protocolo de Actuación a nivel Regional y Nacional (90,102).

La violencia de género no solo tiene repercusiones sobre la salud de las personas, sino que además presenta repercusiones legales sobre quienes la ejercen. La principal problemática asociada a este tipo de violencia surge a raíz de su naturaleza, ya que la mayoría de las agresiones se producen en el ámbito de la intimidad familiar, existiendo un déficit probatorio más allá de las versiones de la mujer y su presunto agresor (103); motivo por el cual la correcta

cumplimentación del parte de lesiones constituye una prueba sólida y objetiva de la situación de violencia sufrida.

El diccionario de la Real Academia Española (RAE) define “parte” como un *“escrito, ordinariamente breve, que por cualquier medio se envía a alguien para comunicarle algo”*. En medicina, el concepto “parte de lesiones” hace referencia a la notificación para poner en conocimiento de la Administración de Justicia el acto médico llevado a cabo tras la asistir a una persona que ha sufrido una lesión. El parte de lesiones constituye un documento esencial, al cumplir una función asistencial al explorar, diagnosticar y prescribir un tratamiento, cuyo valor pericial permite que la Administración de Justicia esté informada de cualquier acto violento que se produzca (104).

Generalmente se cumplimenta en un momento próximo a la agresión, reflejando las lesiones evidenciadas por el facultativo en el momento de la primera asistencia médica. Esta información será esencial cuando el médico forense realice el posterior informe pericial, ya que en muchos casos el médico forense valora a la mujer tiempo después de haberse producido la agresión (82,105). Durante este periodo de tiempo, las lesiones pueden haber sufrido modificaciones tan severas, que puede que incluso hayan desaparecido completamente, siendo similar lo que sucede con el estado psíquico inmediato de la víctima, que tampoco podrá ser valorado por el médico forense al perder intensidad con el paso del tiempo (106,107).

Legalmente se considera válido cualquier parte de lesiones emitido siempre que en él conste el número de colegiado del facultativo responsable de la asistencia médica y se encuentre firmado. Aunque el régimen jurídico no define qué es un parte de lesiones, ni cuál es el contenido mínimo necesario para facilitar la asunción de responsabilidad penal, es importante tener en cuenta que cualquier modelo normalizado siempre será un instrumento que facilite, simplifique y promueva la equidad. Este es el motivo principal por el cual las unidades de atención sanitaria suelen contar con un modelo normalizado destinado al juzgado, específico

para la atención de casos de violencia de género, en el que se recogen aspectos importantes para la valoración medicolegal.

Actualmente los partes de lesiones no se encuentran regulados a nivel estatal, por lo que la normativa autonómica difiere en gran medida de una comunidad autónoma a otra, existiendo gran variedad de modelos de parte de lesiones (108). En España, únicamente la Comunidad Autónoma de Andalucía cuenta con una regulación específica, creándose un modelo homogéneo y normalizado de parte de lesiones al juzgado, así como el establecimiento de las instrucciones y normas necesarias para su cumplimentación y tramitación (109).

En la Región de Murcia contamos con un Plan Integral de Formación en Violencia de género (110), incluido en el Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la violencia de género, desde el año 2010, para todo el personal del Servicio Murciano de Salud. Entre sus objetivos destaca la capacitación del personal del Servicio Murciano de Salud para la detección ya actuación ante la violencia de género según el protocolo de actuación (30).

El “Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género” fue aprobado en 2007, y en él se establecen las pautas para una actuación homogénea en todo el Sistema Nacional de Salud. Estas pautas incluyen la detección precoz y el seguimiento de los casos de violencia de género, estableciendo un modelo similar a otros partes de lesiones, con la particularidad de que incluye un mayor número de datos considerados importantes en la investigación del hecho violento. (104)

Según el Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (2012) *“es importante tomarse el tiempo necesario para su cumplimentación. En caso de que el modelo de parte de lesiones todavía no esté informatizado, se debe cumplimentar con letra clara, legible y sin tachaduras”* ya que la presencia de estas puede ser interpretada como manipulación de la información contenida en el parte de lesiones (32). Es imprescindible conocer la importancia medicolegal que presenta el parte de lesiones y la información que debe

contener para evitar que se cumplimente de forma automática, irreflexiva, e incluso con letra poco legible. A pesar de ello, todavía encontramos casos en los que la ilegibilidad del documento supone un problema al imposibilitar conocer cuál es el alcance real de las lesiones, las exploraciones complementarias realizadas, y otros datos de interés relacionados con la asistencia médica; Impidiendo conocer la gravedad real de la agresión y la posterior evaluación pericial realizada por el médico forense, la valoración por parte del juez y de las partes en el proceso judicial.

La erradicación de la violencia de género únicamente es posible si se articulan diversas medidas que comprenden la represión del hecho delictivo y el ofrecimiento de protección a las víctimas. En este tipo de actuaciones la valoración directa de la víctima y su presunto agresor, así como el establecimiento de una valoración del riesgo de sufrir nuevas agresiones, es muy compleja. Por tanto, la respuesta del médico forense debe adaptarse a la solicitud realizada por el Juzgado, debiendo aportar la mayor información médica posible en relación al caso, dejando al Juzgado la toma de decisiones.

7. Estructura del parte de lesiones

Según indica el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género publicado en 2012 (7), el parte de lesiones deberá tener la estructura y los datos mínimos que se exponen a continuación:

1. Lugar, fecha y hora de la asistencia médica, así como los datos personales del facultativo responsable de la asistencia médica (nombre y apellidos) y el número de colegiado. Se trata de información esencial a nivel judicial al permitir que el médico responsable de la asistencia médica pueda ser citado a juicio si el procedimiento así lo aconseja.

2. Datos de filiación de la persona asistida, tales como nombre y apellidos, DNI o NIE (documento nacional de identidad o número de identidad de extranjero), sexo, fecha de nacimiento, dirección y teléfono de contacto.

3. Persona/s causante/s de las lesiones según la declaración de la persona asistida. Para ello se debe recoger la exposición de los hechos que motivan la asistencia, incluyendo siempre que sea posible el relato íntegro y textual de la víctima entrecomillado. Debe incluir información referente a la fecha, hora y lugar en que se produjo la agresión, así como cualquier otro tipo de maltrato que se aprecie.

4. También es importante incluir todos los antecedentes personales de interés en relación con las lesiones y el hecho violento, con el objetivo de proporcionar una visión cronológica de la historia de violencia y la posible existencia de una situación habitual de maltrato. Además, deberá detallarse la relación de parentesco del presunto agresor con la mujer, puesto que el proceso judicial será diferente en función de éste.

5. Es necesario realizar una descripción detallada de las lesiones en cuanto a forma, tamaño, ubicación, aspectos descriptivos del color, fecha aproximada en que hayan podido producirse y el origen que refiere la persona de cada una de las lesiones documentadas. No olvidemos que para el análisis de lesiones físicas con posible origen intencional será necesario el análisis de localización, número, dimensión, morfología y coloración (estado evolutivo) de las mismas. Es aconsejable incluir esquemas o fotografías con el parte de lesiones, siempre bajo consentimiento de la víctima, pues permiten observar la localización de las lesiones y el aspecto que presentan en el momento de la primera asistencia médica de un modo sencillo. Además, deberán realizarse todas las exploraciones complementarias necesarias para valorar adecuadamente el estado de la mujer, indicadas médicamente según los criterios de la *lex artis*.

6. No debemos olvidar que la violencia no se limita exclusivamente a la violencia física, por lo que resulta necesaria la evaluación de otras formas de violencia mediante el análisis del

estado emocional y psicológico de la víctima. El facultativo deberá analizar si las reacciones emocionales manifestadas durante la narración son congruentes con el carácter de los hechos, dejando constancia de la reacción emocional referida por la víctima durante los hechos, así como la realización de la exploración psicopatológica que, en caso de ser positiva, deberá completarse por un psicólogo especializado en el tema.

8. Diagnóstico médico.

9. Pronóstico clínico.

10. Recomendaciones terapéuticas destinadas a obtener la curación de la paciente. El tratamiento implica todas las actuaciones posteriores de profesionales sanitarios con el objetivo de reducir o eliminar la lesión y sus efectos. Se considera tratamiento médico o quirúrgico la corrección de fracturas, la aplicación de puntos de sutura, el cuidado del drenaje de heridas y el reposo. Por el contrario, no se considera tratamiento la simple vigilancia o el seguimiento del proceso de curación (94).

Según el artículo 147 del Código Penal, la gravedad de las lesiones y la reparación del daño producido depende en gran medida, de las medidas terapéuticas aplicadas y del pronóstico clínico, siendo ambos datos de gran importancia judicial (111,112).

11. Debe incluir el Plan de actuaciones llevado a cabo, debiendo reflejarse acciones como el alta, la derivación a otras especialidades o recursos, el ingreso hospitalario y el seguimiento requerido.

12. El artículo 262 de la LECrim manifiesta la obligación para el personal facultativo responsable de la asistencia médica de formular un juicio de compatibilidad entre las lesiones evidenciables y los hechos descritos por el paciente, o bien, cuando entienda que dicha lesión pueda ser compatible con un hecho tipificado como delito. El juicio de compatibilidad deberá detallar si la exploración física y psiquiátrica realizada a la mujer es, en conjunto, compatible o incompatible con los hechos alegados. Esto no descarta que las lesiones hayan podido ser

originadas por otras causas ni obliga al médico a emitir un juicio de certidumbre para el que, probablemente, sea necesaria la realización de pruebas secundarias que difícilmente están disponibles en un ámbito de primer nivel de atención; De lo contrario no se entendería la notificación a la autoridad fiscal, judicial o policial del examen médico realizado.

8. Calidad del parte de lesiones

Actualmente existen pocos estudios que evalúen la calidad de los partes de lesiones emitidos desde Atención Primaria y Urgencias (106,113-115), pero sus resultados evidencian que la calidad de los partes de lesiones actualmente no es buena pese a la importancia medicolegal que presentan estos documentos (113). Entre el 40% y el 60% de los partes de lesiones no son cumplimentados correctamente (108), siendo los aspectos peor descritos el estado psicológico de la mujer y los antecedentes de violencia de género (114). En la Región de Murcia también se han evidenciado grandes deficiencias en su cumplimentación, llegando a la conclusión de que su calidad no se ajusta a las exigencias judiciales al no incluir información relevante que permita dilucidar el hecho delictivo. Las deficiencias más frecuentes se encontraron en la identificación del facultativo responsable de la asistencia médica, la fecha en la que se produce la agresión, la descripción de las lesiones y el juicio de compatibilidad (102).

9. Partidos judiciales

Según dictan la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio de 1985, del Poder Judicial (116) y la Ley 38/1988, de 28 de diciembre de 1989, de Demarcación y de Planta Judicial (117), en la Región de Murcia se establecen 11 partidos judiciales (figura 3).

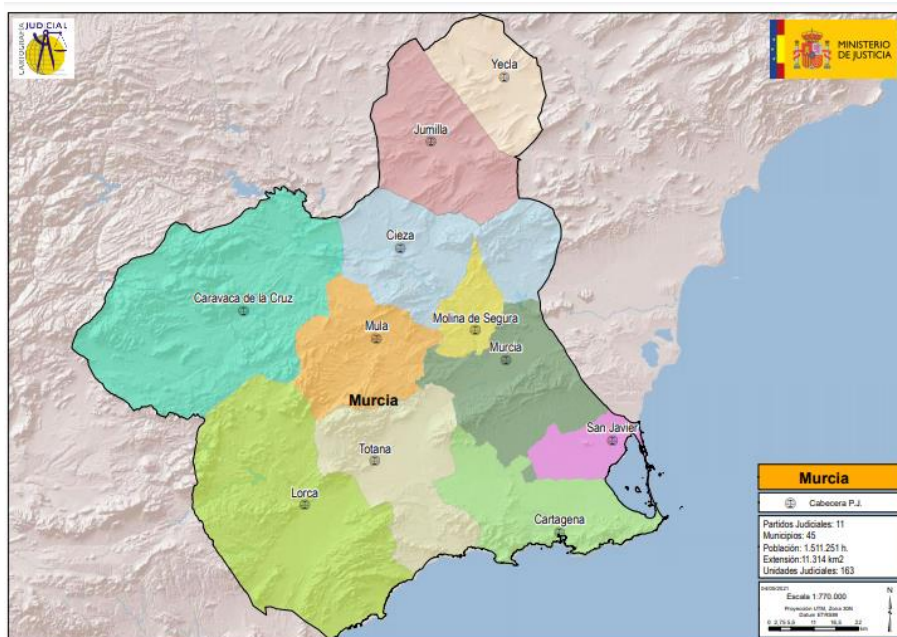


Figura 3. Cartografía de los partidos judiciales de la Región de Murcia. Imagen extraída de <https://www.mjusticia.gob.es/es/JusticiaEspana/OrganizacionJusticia/InstLibraryCartographyJudCCAA/Región%20de%20Murcia/Murcia.pdf>

La Ley Orgánica 1/2004 (23), de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, dicta que en cada partido judicial debe existir como mínimo un órgano judicial que asuma las competencias propias de los Juzgados de Violencia sobre la Mujer, con el objetivo de garantizar a todas las víctimas una respuesta judicial especializada independientemente de su lugar de domicilio. Existen varias modalidades de Juzgados de Violencia sobre la Mujer (103):

- 1) Juzgados Exclusivos con competencias propias del Juzgado de Violencia sobre la Mujer.
- 2) Juzgados Compatibles que asumen el conocimiento de todos los asuntos propios de los Juzgados de Violencia sobre la Mujer dentro del partido judicial, aunque también atienden asuntos penales (si se trata de un Juzgado de Instrucción) o penales y civiles (si se trata de Juzgados de Primera Instancia e Instrucción). El número de asuntos no relacionados con Violencia sobre la Mujer estará determinado en función del volumen de trabajo.

3) Partidos judiciales con Juzgado único que asumen el conocimiento de todos los asuntos propios de los Juzgados de Violencia sobre la Mujer dentro de partido judicial, junto al resto de materias.

En la Región de Murcia tenemos tres Juzgados exclusivos en Violencia sobre la Mujer (dos ubicados en la Ciudad de Murcia y uno en Cartagena), siendo el resto con competencias en Violencia sobre la Mujer. La tabla 4 muestra la distribución de los municipios de la Región de Murcia en función del partido judicial con competencias en Violencia sobre la Mujer que le corresponde (118):

Tabla 4

Distribución de los municipios de la Región de Murcia en función del Juzgado

Juzgado de Primera Instancia y/o Instrucción N°1 de Caravaca de la Cruz
Calasparra, Caravaca de la Cruz, Cehegín y Moratalla
Juzgado de Violencia sobre la Mujer N°1 de Cartagena
Cartagena, Fuente Álamo y La Unión
Juzgado de Primera Instancia y/o Instrucción N°1 de Cieza
Abanilla, Abarán, Blanca, Cieza, Fortuna, Ojós, Ricote, Ulea y Villanueva del Río Segura
Juzgado de Primera Instancia y/o Instrucción N°1 de Jumilla
Jumilla
Juzgado de Primera Instancia y/o Instrucción N°4 de Lorca
Águilas, Lorca y Puerto Lumbreras
Juzgado de Primera Instancia y/o Instrucción N°4 de Molina de Segura
Alguazas, Archena, Ceutí, Lorquí, Molina de Segura y Las Torres de Cotillas
Juzgado de Primera Instancia y/o Instrucción N°1 de Mula
Albudeite, Bullas, Campos del Río, Mula y Pliego
Juzgado de Violencia sobre la Mujer N°1 de Murcia
Juzgado de Violencia sobre la Mujer N°2 de Murcia
Alcantarilla, Beniel, Murcia, Santomera
Juzgado de Primera Instancia y/o Instrucción N°4 de San Javier
Los Alcázares, San Javier, San Pedro del Pinatar y Torre-Pacheco
Juzgado de Primera Instancia y/o Instrucción N°3 de Totana
Aledo, Alhama de Murcia, Librilla, Mazarrón y Totana
Juzgado de Primera Instancia y/o Instrucción N°2 de Yecla
Yecla

Durante el año 2018, los juzgados de la Región de Murcia recibieron 8.250 denuncias, de las cuales 4.921 denuncias (83,2 %) fueron presentadas por la propia mujer directamente en el

juzgado o a través de atestados policiales, 895 denuncias se produjeron por intervención directa de la policía, 408 por la remisión de partes de lesiones al juzgado, 94 denuncias por familiares de la víctima y 1.933 por servicios de asistencias u otras personas. De todas las denuncias recibidas, 585 mujeres (9,2 %) se acogieron a la dispensa de la obligación legal de declarar contra su presunto agresor (118).

Fueron 943 las Diligencias Urgentes abiertas en los juzgados de la Región de Murcia con competencias en Violencia sobre la Mujer. El punto de partida de nuestra investigación fue la documentación médica extraída de dichas Diligencias, disponible en la base de datos del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Murcia, sito en C/ Luis Fontes Pagán, 2, Murcia (30003).

Las Diligencias Urgentes o Juicios Rápidos, son los procedimientos judiciales más habituales en los Juzgados de Violencia sobre la Mujer. Este tipo de procedimiento está determinado en el artículo 795 de la LECrim, siendo condicionantes el límite penológico, la presentación de un atestado policial con un denunciado identificado y que se trate de delitos de lesiones, coacciones, amenazas o violencia física o psíquica habitual, cometidos contra las personas referidas en el artículo 173.2 del Código Penal (103).

JUSTIFICACIÓN

A decorative red watercolor splash is located at the bottom of the page, featuring various shades of red and pink with some darker spots.

CAPÍTULO 2. JUSTIFICACIÓN

La violencia de género constituye un grave problema de salud pública con dramáticas consecuencias para las mujeres de nuestra sociedad, constituyendo los profesionales sanitarios un eslabón clave para la detección y canalización de los casos de violencia de género hacia el ámbito judicial mediante la emisión del parte de lesiones, documento de incuestionable valor dentro del proceso judicial.

Las investigaciones disponibles a nivel nacional sobre la calidad de los partes de lesiones coinciden en que es común encontrar partes incompletos, en los que no se describe el mecanismo causal, con descripciones inadecuadas de las lesiones mediante el uso de términos imprecisos, inapropiados o erróneos, siendo frecuente, además, que tales descripciones sean parciales. En la literatura científica las investigaciones centradas en el análisis de la calidad de los partes de lesiones emitidos tras la asistencia a un lesionado son escasas; por otra parte la problemática relacionada con el fenómeno de la violencia de género y el predominante papel que desempeña el profesional médico en la detección y canalización del problema, constituyen el motivo principal por el cual consideramos oportuno centrar el estudio en los partes de lesiones cumplimentados tras la asistencia a una mujer que ha sufrido de violencia de género.

OBJETIVOS

The background of the page is a white surface with a red watercolor wash at the bottom. The wash consists of several overlapping, irregular shapes in various shades of red, from light pink to deep crimson. There are also numerous small, dark red splatters scattered across the white area, particularly concentrated in the lower right quadrant.

CAPÍTULO 3. OBJETIVOS

El objetivo principal de esta investigación consiste en analizar la calidad de la información y el grado de cumplimentación de los partes de lesiones emitidos a víctimas de violencia de género en la Región de Murcia.

Como objetivos específicos nos planteamos:

1. Comprobar la legibilidad de los partes de lesiones y el grado de comprensión del documento emitido por parte del facultativo.
2. Determinar si la información contenida se ajusta a lo establecido por la legislación y los protocolos existentes para casos de violencia de género.
3. Conocer el modelo de parte de lesiones utilizado con mayor frecuencia por los facultativos.
4. Comprobar si existen diferencias en función del modelo normalizado empleado, formato de redacción, equipo asistencial o la existencia de antecedentes de violencia de género.
5. Identificar el perfil y los factores asociados a la violencia de género en la Región de Murcia.
6. Determinar posibles diferencias en la calidad de la información recogida en el parte de lesiones en distintos puntos geográficos de la Región de Murcia.
7. Determinar la calidad de la información remitida al juzgado como documento sustitutivo ante la ausencia de cumplimentación de un parte de lesiones normalizado.

MATERIAL Y MÉTODOS



CAPÍTULO 4. MATERIAL Y MÉTODOS

1. Tipo de estudio

Durante la investigación realizamos un análisis descriptivo analítico de los datos incluidos en los partes de lesiones disponibles en la base de datos del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Murcia. La tabla 5 muestra el número de Diligencias Urgentes de cada uno de los Juzgados con competencias en Violencia sobre la Mujer, así como el número de documentos registrados (y analizados) en cada uno de ellos. Del total de documentos analizados (N=1040), 594 fueron enviados a Juzgados de Primera Instancia e Instrucción y 446 a Juzgados exclusivos de Violencia sobre la Mujer.

Tabla 5

Juzgados con competencias en Violencia sobre la Mujer y distribución del número de diligencias urgentes y los documentos obtenidos en cada uno de ellos

Juzgado	Diligencias Urgentes	Documentos
Juzgado de Primera Instancia y/o Instrucción N°1 de Caravaca de la Cruz	18	19
Juzgado de Violencia sobre la Mujer N°1 de Cartagena	71	78
Juzgado de Primera Instancia y/o Instrucción N°1 de Cieza	35	49
Juzgado de Primera Instancia y/o Instrucción N°1 de Jumilla	32	58
Juzgado de Primera Instancia y/o Instrucción N°4 de Lorca	106	150
Juzgado de Primera Instancia y/o Instrucción N°4 de Molina de Segura	67	78
Juzgado de Primera Instancia y/o Instrucción N°1 de Mula	12	19
Juzgado de Violencia sobre la Mujer N°1 de Murcia	118	153
Juzgado de Violencia sobre la Mujer N°2 de Murcia	170	215
Juzgado de Primera Instancia y/o Instrucción N°4 de San Javier	112	123
Juzgado de Primera Instancia y/o Instrucción N°3 de Totana	64	81
Juzgado de Primera Instancia y/o Instrucción N°2 de Yecla	15	17

2. Población de estudio e instrumentos utilizados

La mayoría de los juzgados presentes en la Región de Murcia no son exclusivos de Violencia sobre la Mujer, por lo que el primer paso de la investigación consistió en filtrar las Diligencias Urgentes disponibles durante el año 2018 (N=943), seleccionando únicamente aquellas que se trataban de casos de violencia de género. De este modo obtuvimos 820 Diligencias Urgentes de violencia de género, que incluía un total de 1436 documentos médicos (figura 4).

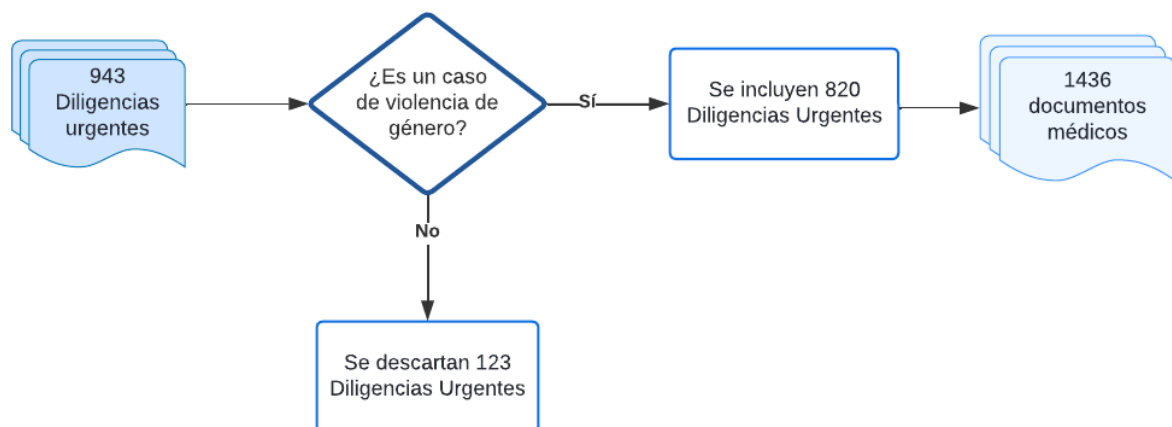


Figura 4. Descripción del proceso de selección de las diligencias urgentes disponibles.

El número de documentos obtenido es fruto de la ausencia de uniformidad por parte de los facultativos a la hora de notificar el caso al juzgado. La mayoría de los casos (23,8 %) fueron notificados mediante la remisión del informe clínico de alta de la paciente, apareciendo un elevado número de casos (20,5 %) en los cuales el facultativo cumplimenta hasta tres documentos durante la asistencia médica (dos modelos normalizados de parte de lesiones y un informe clínico de alta), siendo lo menos habitual que se cumplimenten y envíen exclusivamente dos partes de lesiones (figura 5).

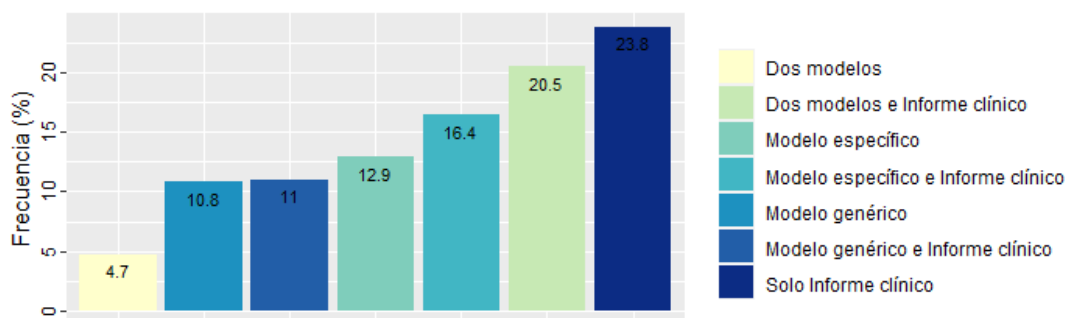


Figura 5. Frecuencia con la que se cumplimentan y remiten los casos de violencia de género al Juzgado: PJ (modelo genérico de parte de lesiones al Juzgado), PE (modelo específico de parte de lesiones para casos de violencia de género), IC (Informe clínico de alta).

3. Procedimiento de estudio

Como se ha comentado anteriormente, la ausencia de uniformidad en la notificación al juzgado hizo que fuese necesario establecer los criterios de inclusión y exclusión de los documentos.

Se descartaron de la investigación todos los informes clínicos que estaban acompañados por uno o varios partes de lesiones, mientras que en aquellos casos en los que el informe clínico constituía la única prueba disponible al no haber sido acompañado de ningún parte de lesiones, el informe clínico fue incluido en la investigación para comparar la información contenida con la obtenida de los partes de lesiones normalizados.

Además, teniendo en cuenta que el objetivo principal de la investigación consiste en conocer la calidad de los partes de lesiones emitidos en casos de violencia de género, se incluyen en la investigación todos los partes de lesiones disponibles a partir de las diligencias urgentes anteriormente descritas.

En la figura 6 puede observarse el esquema de trabajo generado a partir de los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

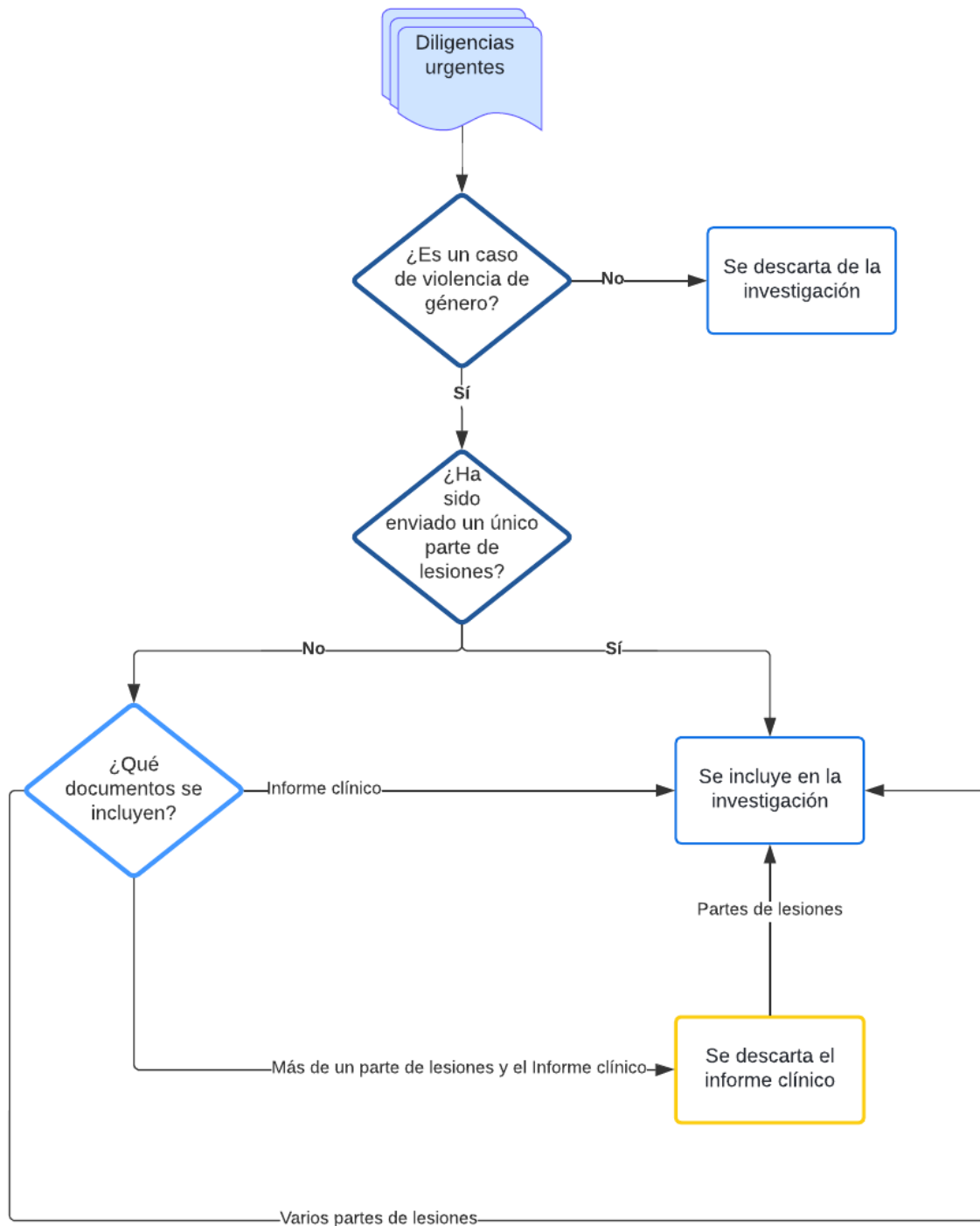


Figura 6. Flujo de trabajo en la selección de la documentación incluida en la investigación.

Finalmente, para poder realizar correctamente los análisis establecidos, fue necesario agrupar los documentos en bloques definidos, por lo que a continuación describiremos los

criterios de inclusión y exclusión establecidos para cada uno de los análisis llevados a cabo durante el estudio.

4. Calidad de la información contenida en el parte de lesiones

Para evaluar la calidad de la información contenida en los partes de lesiones se incluyen en el estudio todos los partes cumplimentados mediante uno de los modelos normalizados disponibles, clasificados en el modelo genérico y el modelo específico para casos de violencia de género (N=840). Puede consultar la estructura de los modelos normalizados en los anexos de este trabajo. El modelo específico para casos de violencia de género está disponible en el anexo III y el modelo genérico en el anexo IV.

Se excluyen del estudio todos los partes de lesiones cumplimentados por el facultativo que no están redactados en un modelo normalizado al considerarse poco representativos (N=2).

El método de selección de documentos implementado fue [Modelo = 2 or Modelo=3]

5. Calidad de la información contenida en el informe clínico de alta

Para analizar la calidad de la información contenida en el informe clínico de alta, se incluye en el estudio la totalidad de los informes clínicos de alta enviados como notificación del caso de violencia de género al juzgado, siempre que este documento constituya la única prueba aportada por el facultativo y no se encuentre acompañado de un parte de lesiones (N=198).

Se excluyen del estudio todos los informes clínicos de alta que se acompañan, al menos, por un parte de lesiones (N=396). Esta posición se adopta al considerar que el parte de lesiones

constituye una denuncia procesal cualificada y, por tanto, debería incluir toda la información relevante para la resolución del caso a nivel judicial.

El método de selección de documentos implementado fue [Modelo = 1]

6. Perfil sociodemográfico de la mujer y la situación de violencia

Para establecer el perfil sociodemográfico de la mujer, es necesario seleccionar los documentos médicos cuidadosamente teniendo en cuenta que no hayan sido cumplimentados durante la misma asistencia médica. Esta selección pretende evitar la duplicidad de la información, y con ello, la alteración de las frecuencias de distintos aspectos sociodemográficos.

Se incluyen en el análisis todos los informes clínicos de alta incluidos en la investigación (N=198) y todos los partes de lesiones enviados al juzgado cuando se envía un único parte de lesiones (N=199) o acompañados de un informe clínico de alta (N=227). En aquellos casos en los que se remiten dos partes de lesiones durante la misma asistencia médica, únicamente se incluye en el análisis la información recogida en uno de ellos, siendo el modelo seleccionado el que incluye con mayor frecuencia la información de la variable analizada. Como resultado de esta selección dirigida de la información, las tablas obtenidas en el análisis del perfil sociodemográfico tendrán un tamaño muestral diferente, condicionado por la frecuencia de inclusión en cada uno de los documentos. El proceso de selección de la información se muestra en la figura 7.

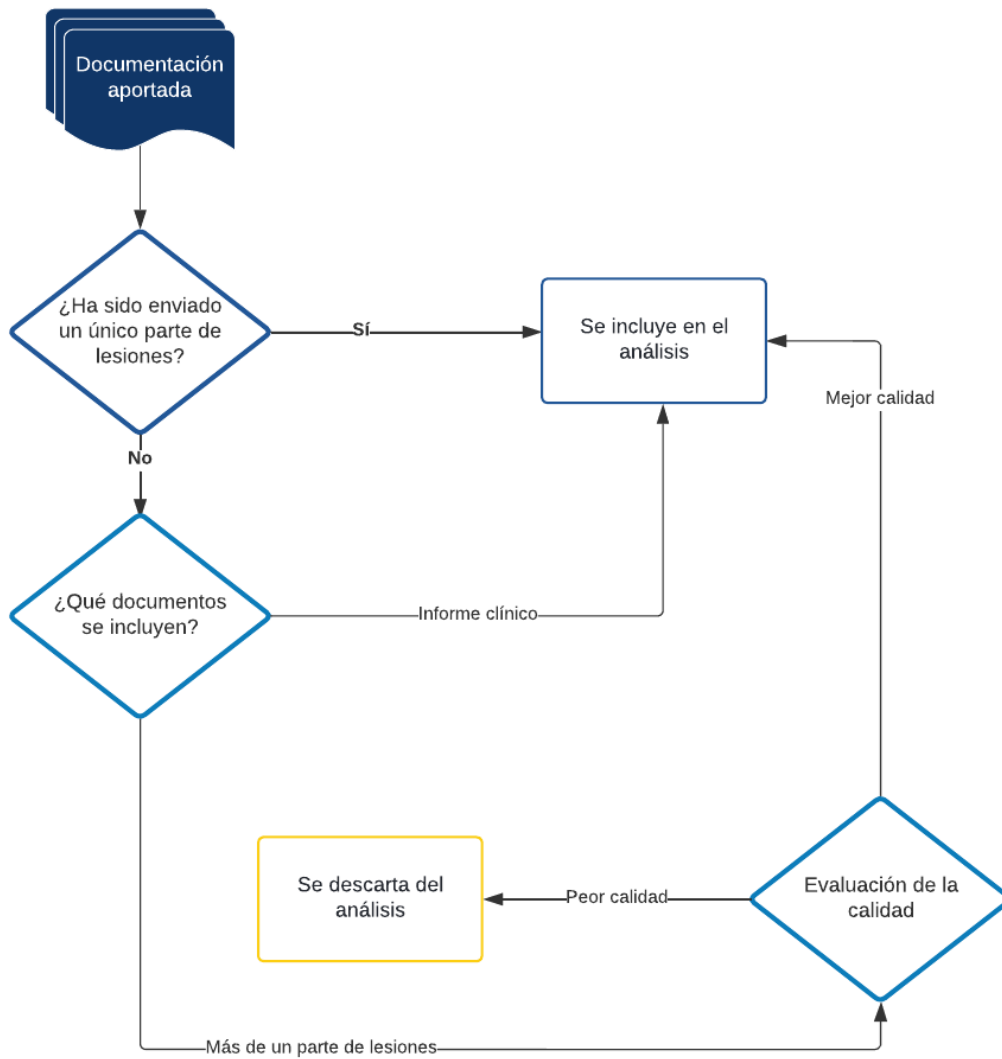


Figura 7. Selección de los documentos incluidos en el establecimiento del perfil sociodemográfico de la mujer y la situación de violencia sufrida.

El método de selección de casos implementado para la caracterización del perfil sociodemográfico de la mujer y la situación de violencia vivida fue $[(Modelo = 2 \text{ or } Modelo = 3) \& Documentos \leq 5] \text{ or } (Documentos \geq 6 \& Modelo = 3)] \& VariableX(I)=3]$ o $[(Modelo = 2 \text{ or } Modelo = 3) \& Documentos \leq 5] \text{ or } (Documentos \geq 6 \& Modelo = 2)] \& VariableX(I)=3]$ en función del modelo que presentase mayor calidad.

7. Análisis del efecto que ejerce la condición de mujer

maltratada en la cumplimentación del parte de lesiones

Con el objetivo de evaluar el efecto que tiene la condición de mujer maltratada y el establecimiento de estereotipos por parte del facultativo en la calidad de la información contenida en los partes de lesiones, se incluyeron en este análisis únicamente aquellos casos en los que se conoce si la mujer ha sufrido o no violencia de género anteriormente. El *método de selección implementado* fue [(Modelo = 2 or Modelo = 3) & (Antecedentes(II) = 1 or Antecedentes(II) = 3)]

8. Análisis del efecto que ejerce el equipo asistencial sobre la cumplimentación del parte de lesiones

A la hora de evaluar el efecto que tiene el equipo asistencial que emite el parte de lesiones sobre la calidad de estos, se seleccionaron únicamente los partes de lesiones cumplimentados mediante uno de los modelos normalizados disponibles, siendo descartados todos los informes clínicos. El *método de selección de casos implementado* [(Modelo = 2 or Modelo=3) & Equipo(I) = 3]

9. Análisis del efecto que ejerce el sexo del facultativo sobre la cumplimentación del parte de lesiones

Para evaluar el efecto que tiene el sexo del facultativo responsable de la asistencia médica en la calidad de la información contenida en el parte de lesiones, se seleccionan para el análisis todos aquellos partes en los que se incluye el nombre del facultativo y a partir de él, puede

determinarse su sexo. El *método de selección de casos implementado* fue [(Modelo = 2 or Modelo=3) & Sexo_facultativo \geq 3]

10. Análisis del efecto del lugar de residencia de la mujer sobre la cumplimentación del parte de lesiones

La evaluación de la calidad de los partes de lesiones en función del lugar de residencia de la mujer se realizó suponiendo que el parte de lesiones fuese cumplimentado por un equipo asistencial de la zona. Para este análisis se seleccionaron todos los partes de lesiones en los que el Municipio de residencia de la mujer era conocido, siendo descartados todos los informes clínicos y aquellos partes de lesiones en los que el municipio de residencia de la mujer es desconocido al no incluirse o ser ilegible.

El *método de selección de documentos implementado* fue [(Modelo = 2 or Modelo = 3) & Municipio(I) = 3]

11. Variables analizadas

Durante el estudio analizamos 101 variables relacionadas con el modo de notificar el caso al juzgado, el modelo de parte de lesiones empleado, el formato de redacción y múltiples aspectos relacionados con la calidad de la información contenida en el mismo. La tabla 6 muestra las variables analizadas y la forma empírica en la que se codifica la información con el objetivo de mantener la confidencialidad y el anonimato.

La categorización de variables se realiza de dos formas: en la primera (I), las variables analizadas se categorizan en “no consta”, “ilegible” o “legible” en función de la inclusión en el parte de lesiones y la legibilidad de la información. El nivel de legibilidad de los documentos

fue consensuado junto a dos médicos forenses del IML de Murcia, receptores de los documentos. Así, en la investigación se considera que la información:

- “*No consta*” cuando la información no se incluye por escrito en el documento.
- *Es “Ilegible”* cuando la información incluida no pueda ser leída o bien, se desconozca con seguridad su inclusión debido a la ilegibilidad del apartado en el que debería haber sido incluida la información.
- *Es “Legible”* cuando la información se incluye de manera legible en el documento.

La segunda categorización de las variables (II), se realiza a partir de la información “legible”, lo que nos permite realizar el perfil detallado de la mujer víctima de violencia de género, las circunstancias en las que se produce la agresión, la asistencia médica y las lesiones presumiblemente producidas durante la agresión. Con estas dos categorizaciones, pretendemos reducir el número de categorías presentes en las variables, facilitando el análisis de la información y la lectura de los resultados obtenidos.

Tabla 6
Descripción de las variables incluidas en el estudio

	Variable	Descripción	Categorías
1	<i>Juzgado</i>	Juzgado con competencias en Violencia sobre la Mujer al que se remite el parte de lesiones.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Caravaca de la Cruz 2. Cartagena 3. Cieza 4. Jumilla 5. Lorca 6. Molina de Segura 7. Mula 8. Murcia 9. San Javier 10. Totana 11. Yecla
2	<i>Modelo</i>	Tipo de documento analizado.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informe clínico 2. Parte al juzgado 3. Parte específico para casos de violencia de género 4. Parte de lesiones sin modelo.
3	<i>Documentos</i>	Documento o conjunto de documentos cumplimentados y remitidos por parte del facultativo al juzgado tras la asistencia médica realizada a una mujer víctima de violencia de género.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informe clínico de alta 2. Parte genérico al juzgado 3. Parte específico para casos de violencia de género

			<ol style="list-style-type: none"> 4. Informe clínico de alta + Parte genérico al juzgado 5. Informe clínico de alta + Parte específico para casos de violencia de género 6. Parte genérico al juzgado + Parte específico para casos de violencia de género 7. Informe clínico de alta + Parte genérico al juzgado + Parte específico para casos de violencia de género
4	<i>Formato</i>	Forma en la que el facultativo cumplimenta el documento.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manuscrito 2. Informatizado
5	<i>Legibilidad</i>	Facilidad con la que puede leerse la información contenida en el documento.	<ol style="list-style-type: none"> 3. Totalmente ilegible 4. Parcialmente legible 5. Totalmente legible.
6	<i>Tachaduras</i>	Indica la presencia de correcciones del documento mediante tachaduras.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Con tachaduras 2. Sin tachaduras
7	<i>Parentesco (I)</i>	Inclusión del grado de parentesco existente entre la mujer y su presunto agresor	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
8	<i>Parentesco (II)</i>	Describe el grado de parentesco existente entre la mujer y su presunto agresor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Expareja 2. Pareja 3. Marido
9	<i>Datos agresor</i>	Inclusión de datos personales que permitan la identificación del presunto agresor	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
10	<i>Datos mujer</i>	Inclusión del nombre y apellidos de la mujer asistida	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
11	<i>DNI/Pasaporte</i>	Inclusión del número de DNI o pasaporte de la mujer asistida	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
13	<i>Identificación mujer</i>	Describe la posibilidad de identificar a la mujer asistida mediante inclusión de sus datos personales y/o DNI/pasaporte. Se consideró posible cuando uno de los dos fue legible.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es posible su identificación 2. No es posible su identificación.
14	<i>Edad mujer (I)</i>	Inclusión de la edad o fecha de nacimiento de la mujer asistida	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
15	<i>Edad mujer (I)</i>	Edad en años de la mujer asistida.	Variable numérica
16	<i>Rango de edad</i>	Rango de edad en el que se encuentra la mujer asistida.	<ol style="list-style-type: none"> 1. De 11 a 20 años 2. De 21 a 30 años 3. De 31 a 40 años 4. De 41 a 50 años 5. De 51 a 60 años 6. De 61 a 70 años 7. De 71 en adelante
17	<i>Nacionalidad (I)</i>	Inclusión de la nacionalidad de la mujer asistida.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
18	<i>Nacionalidad (II)</i>	Describe la nacionalidad de la mujer asistida.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Española 2. Extranjera
19	<i>Estado civil (I)</i>	Inclusión del estado civil de la mujer asistida.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
20	<i>Estado civil (II)</i>	Describe el estado civil de la mujer asistida.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltera 2. Casada/pareja de hecho 3. Divorciada 4. Viuda
21	<i>Situación laboral (I)</i>	Inclusión de la situación laboral de la mujer asistida.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
22	<i>Situación laboral (II)</i>	Describe la situación laboral de la mujer asistida.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin trabajo remunerado 2. Con trabajo remunerado

			<ol style="list-style-type: none"> 3. Empleada del hogar 4. Jubilada
23	<i>Dirección</i>	Inclusión de la dirección de residencia de la mujer asistida.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Información ilegible 3. Legible
24	<i>Municipio (I)</i>	Inclusión del municipio de residencia de la mujer asistida.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
25	<i>Municipio (II)</i>	Describe el municipio de residencia de la mujer asistida.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abanilla 2. Abarán 3. Águilas 4. Albudeite 5. Alcantarilla 6. Alcázares 7. Aledo 8. Alguazas 9. Alhama de murcia 10. Archena 11. Beniel 12. Blanca 13. Bullas 14. Calasparra 15. Campos del río 16. Caravaca de la cruz 17. Cartagena 18. Cehegin 19. Ceutí 20. Cieza 21. Fortuna 22. Fuente álamo 23. Jumilla 24. La Unión 25. Librilla 26. Lorca 27. Lorquí 28. Mazarrón 29. Molina de segura 30. Moratalla 31. Mula 32. Murcia 33. Ojós 34. Pliego 35. Puerto lumbreras 36. Ricote 37. San javier 38. San pedro del pinatar 39. Santomera 40. Torre-pacheco 41. Torres de cotillas 42. Totana 43. Ulea 44. Villanueva del río segura 45. Yecla
26	<i>Tipo de Municipio</i>	Número de habitantes del municipio de residencia de la mujer asistida.	<ol style="list-style-type: none"> 1. >100.000 habitantes 2. Entre 50.000 y 100.000 habitantes 3. Entre 25.000 y 50.000 habitantes 4. < 25.000 habitantes.
27	<i>Teléfono</i>	Inclusión del número de teléfono de contacto de la mujer asistida.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
28	<i>Discapacidad (I)</i>	Inclusión de una posible discapacidad física, intelectual o enfermedad mental de la mujer	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
29	<i>Discapacidad (II)</i>	Describe si la mujer asistida tiene o no discapacidad.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mujer sin discapacidad 2. Mujer con discapacidad
30	<i>Descendientes (I)</i>	Inclusión de la información referente a descendientes a cargo de la mujer en el momento de la agresión.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible

31	<i>Descendientes (II)</i>	Describe la situación personal de la mujer relacionada con su posible descendencia en el momento de la agresión.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin hijos 2. Embarazada 3. Con hijos menores de edad 4. Con hijos con necesidades especiales 5. Hijos sin especificar edad 6. Hijos mayores de edad
32	<i>Equipo (I)</i>	Inclusión del equipo sanitario responsable de la asistencia médica realizada a la mujer.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
33	<i>Equipo (II)</i>	Describe el equipo sanitario responsable de la asistencia médica realizada a la mujer.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención primaria 2. Urgencias hospitalarias 3. Servicios de emergencias.
34	<i>Facultativo</i>	Inclusión de los datos personales del facultativo responsable de la asistencia médica. Se dio por válido cuando incluía los apellidos, aunque el nombre fuese desconocido.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
35	<i>Colegiado</i>	Inclusión del número de colegiado del facultativo responsable de la asistencia médica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
36	<i>Identificación facultativo</i>	Posibilidad de identificar al facultativo con los datos aportados (apellidos o número de colegiado)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es posible su identificación 2. No es posible su identificación.
37	<i>Sexo facultativo</i>	Sexo del facultativo responsable de la asistencia médica extraído a partir de la inclusión de su nombre.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Facultativo mujer 4. Facultativo varón.
38	<i>Hora asistencia (I)</i>	Inclusión de la hora a la que se realiza la asistencia médica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
39	<i>Hora asistencia (II)</i>	Describe la franja horaria en la que se realiza la asistencia médica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. De 0 a 4 horas 2. De 4 a 8 horas 3. De 8 a 12 horas 4. De 12 a 16 horas 5. De 18 a 24 horas
40	<i>Fecha asistencia</i>	Inclusión de la fecha en la que se realiza la asistencia médica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
41	<i>Día asistencia</i>	Describe el día de la semana en el que se realiza la asistencia médica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lunes 2. Martes 3. Miércoles 4. Jueves 5. Viernes 6. Sábado 7. Domingo
42	<i>Mes asistencia</i>	Describe el mes del año en el que se realiza la asistencia médica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enero 2. Febrero 3. Marzo 4. Abril 5. Mayo 6. Junio 7. Julio 8. Agosto 9. Septiembre 10. Octubre 11. Noviembre 12. Diciembre
43	<i>Motivo consulta (I)</i>	Inclusión del motivo por el que la mujer necesita asistencia médica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
44	<i>Motivo consulta (II)</i>	Motivo referido por la mujer por el que necesita asistencia médica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Refiere accidente 2. Refiere agresión
45	<i>Detonante agresión (I)</i>	Inclusión del motivo por el que se produce la agresión.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
46	<i>Detonante agresión (II)</i>	Describe el motivo por el que se produce la agresión.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Niega la agresión 2. Cambia la versión de los hechos

			<ol style="list-style-type: none"> 3. De imprevisto 4. Tras una discusión 5. Tras acosarla varios días 6. Ataque de celos 7. Consumo de alcohol 8. Consumo de tóxicos
47	<i>Lugar agresión (I)</i>	Inclusión del lugar en el que se produce la agresión.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
48	<i>Lugar agresión (II)</i>	Describe el lugar en el que se produce la agresión.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lugar de trabajo de la mujer 2. Espacio público 3. Calle 4. Interior de un vehículo 5. Domicilio de un familiar 6. Habitación de hotel 7. Domicilio del presunto agresor domicilio donde conviven
49	<i>Fecha agresión</i>	Inclusión de la fecha en la que se produce la agresión.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
50	<i>Hora agresión (I)</i>	Inclusión de la hora a la que se produce la agresión.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
51	<i>Hora agresión (II)</i>	Describe la franja horaria en la que se produce la agresión.	<ol style="list-style-type: none"> 1. De 0 a 4 horas 2. De 4 a 8 horas 3. De 8 a 12 horas 4. De 12 a 16 horas 5. De 18 a 24 horas.
52	<i>Tiempo</i>	Describe el tiempo transcurrido entre la fecha en la que se produce la agresión y la fecha en la que se produce la asistencia médica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desconocido por falta de datos 2. Desconocido por ilegibilidad en las fechas 3. 1 día 4. 2-7 días 5. 8-14 días 6. 15-21 días 7. 21-28 días.
53	<i>Mecanismo causal</i>	Inclusión del mecanismo mediante el cual se originan las lesiones en la mujer.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
54	<i>Tipo de violencia (I)</i>	Inclusión del tipo de violencia ejercida sobre la mujer.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
55	<i>Tipo de violencia (II)</i>	Describe el tipo de violencia ejercida sobre la mujer.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Violencia física 2. Violencia psicológica 3. Violencia sexual 4. Violencia física y psicológica 5. Violencia física y sexual 6. Violencia física, psicológica y sexual.
56	<i>Objetos (I)</i>	Inclusión del tipo de objeto empleado por parte del presunto agresor durante la agresión.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
57	<i>Objetos (II)</i>	Describe el tipo de objeto empleado por parte del presunto agresor durante la agresión.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No se emplearon objetos 2. Administración de fármacos 3. Objeto accidental de ataque y defensa (objeto de uso cotidiano) 4. Objeto específico de ataque y defensa (arma blanca) 5. Objeto específico de ataque y defensa (arma de fuego).
58	<i>Naturaleza del objeto</i>	Define la naturaleza del objeto empleado en la agresión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agente contuso 2. Agente físico 3. Agente con punta y/o filo 4. Agente químico 5. Proyectil de arma de fuego o explosivos.
59	<i>Estado psíquico (I)</i>	Inclusión del estado psíquico predominante en la mujer durante la asistencia médica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible

			3. Legible
60	<i>Estado psíquico (II)</i>	Describe el estado psíquico predominante en la mujer durante la asistencia médica.	1. Afectaciones del estado de ánimo 2. Trastorno de ansiedad.
61	<i>Lesiones</i>	Inclusión de la presencia o ausencia de lesiones físicas en el cuerpo de la mujer durante la asistencia médica.	1. No consta 2. Ilegible 3. Sin lesiones visibles 4. Legible
62	<i>Tipo de lesión</i>	Describe el tipo de lesiones que presenta la mujer en el momento de la asistencia médica	1. Eritema 2. Equimosis y hematomas 3. Erosiones y escoriaciones 4. Equimosis y erosiones 5. Equimosis y quemaduras 6. Heridas contusas y laceraciones 7. Mordeduras 8. Contusiones y mordeduras 9. Heridas por arma blanca 10. Heridas por arma blanca y sugilaciones 11. Fracturas 12. Desgarro vaginal y equimosis Descripción errónea del tipo de lesión.
63	<i>Número de lesiones (I)</i>	Inclusión del número de lesiones que presenta la mujer durante la asistencia médica.	1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
64	<i>Número de lesiones (II)</i>	Describe el número de lesiones que presenta la mujer durante la asistencia médica.	1. Sin lesiones visibles 2. Lesión única 3. Lesiones múltiples
65	<i>Dimensión lesiones</i>	Inclusión de la dimensión de las lesiones que presenta la mujer durante la asistencia médica.	1. No consta 2. Ilegible 3. Sin lesiones visibles 4. Legible
66	<i>Morfología lesiones (I)</i>	Inclusión de la forma de las lesiones que presenta la mujer durante la asistencia médica	1. No consta 2. Ilegible 3. Sin lesiones visibles 4. Legible
67	<i>Morfología lesiones (II)</i>	Describe la forma de las lesiones que presenta la mujer durante la asistencia médica	1. Lineal 2. Digitada 3. Redondeada 4. Mordedura 5. Otra morfología 6. Combinación de formas
68	<i>Coloración lesiones (I)</i>	Inclusión del color de las lesiones que presenta la mujer en el momento de la asistencia médica.	1. No consta 2. Ilegible 3. Sin lesiones visibles 4. Legible
69	<i>Coloración lesiones (II)</i>	Describe el color de las lesiones que presenta la mujer en el momento de la asistencia médica.	1. Lesión reciente 2. Lesión evolucionada 3. Lesiones en el mismo estado evolutivo 4. Lesiones en distinto estado evolutivo
70	<i>Localización lesiones (I)</i>	Inclusión de la localización topográfica en el cuerpo de la mujer de la zona en la que se produce la lesión.	1. No consta 2. Ilegible 3. Sin lesiones visibles 4. Legible
71	<i>Localización lesiones (II)</i>	Describe la localización topográfica en el cuerpo de la mujer de la zona en la que se produce la lesión.	1. En miembros inferiores 2. En miembros superiores 3. En miembros superiores e inferiores 4. En el tronco 5. En el tronco y miembros inferiores 6. En tronco y miembros superiores 7. En tronco, miembros superiores e inferiores

			<ol style="list-style-type: none"> 8. En el cuello 9. En el cuello y miembros superiores 10. En la cabeza 11. En la cabeza y miembros inferiores 12. En cabeza, miembros superiores e inferiores 13. En cabeza y tronco 14. En cabeza, tronco y miembros inferiores 15. En cabeza, tronco y miembros superiores 16. En todo el cuerpo.
72	<i>Fotografías o Esquemas</i>	Inclusión de fotografías o la selección en un esquema de la localización de las lesiones presentes en el cuerpo de la mujer.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Información ilegible 3. No se evidencian lesiones físicas 4. Incluye fotografías 5. Incluye esquema
73	<i>Exploración complementaria (I)</i>	Inclusión de la necesidad de realizar exploraciones complementarias que permitan el correcto diagnóstico de las lesiones que presenta la mujer.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
74	<i>Exploración complementaria (II)</i>	Describe el tipo de exploración complementaria necesaria para realizar el correcto diagnóstico de las lesiones que presenta la mujer.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No precisa 2. Se recomienda 3. Bioquímica 4. Imagen 5. Imagen y bioquímica 6. Derivación al especialista de referencia
75	<i>Diagnóstico</i>	Inclusión del diagnóstico emitido de las lesiones sufridas por la mujer.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
76	<i>Validez del diagnóstico</i>	Describe la validez del diagnóstico emitido teniendo en cuenta que describa el tipo de lesión que presenta la mujer correctamente. Se consideran inválidos aquellos que hacen referencia a “agresión” o “violencia de género”	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico válido 2. Diagnóstico inválido.
77	<i>Medidas terapéuticas (I)</i>	Inclusión del tratamiento prescrito para la recuperación de las lesiones.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
78	<i>Medidas terapéuticas (II)</i>	Describe el tratamiento prescrito para la recuperación de las lesiones.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No precisa tratamiento 2. Curas locales 3. Tratamiento farmacológico 4. Tratamiento farmacológico y curas locales.
79	<i>Pronóstico clínico (I)</i>	Inclusión del pronóstico de las lesiones sufridas por la mujer	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
80	<i>Pronóstico clínico (II)</i>	Describe el tipo de pronóstico de las lesiones sufridas por la mujer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leve 2. Menos grave 3. Grave 4. Reservado.
81	<i>Acompañante (I)</i>	Inclusión de la persona que acompaña a la mujer durante la asistencia médica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
82	<i>Acompañante (II)</i>	Describe los acompañantes de la mujer durante la asistencia médica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acude sola 2. Acompañada por la policía 3. Traída por el 112 4. Acompañada por un trabajador social acompañada por un testigo
83	<i>Antecedentes (I)</i>	Inclusión de posibles antecedentes de la mujer en violencia de género	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
84	<i>Antecedentes (II)</i>	Descripción de posibles antecedentes de la mujer en violencia de género	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin antecedentes 2. Desconocidos 3. Con antecedentes

85	<i>Duración maltrato (I)</i>	Inclusión de la duración de la historia de maltrato sufrida por la mujer hasta el momento de la asistencia médica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
86	<i>Duración maltrato (I)</i>	Describe la duración en años de la historia de maltrato sufrida por la mujer hasta el momento de la asistencia médica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin antecedentes 2. Inferior a 5 años 3. Entre 5 y 10 años 4. Más de 10 años
87	<i>Denuncias previas (I)</i>	Inclusión de la existencia de denuncias previas por parte de la mujer a su presunto agresor anteriores a la asistencia médica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible.
88	<i>Denuncias previas (II)</i>	Describe la existencia de denuncias previas por parte de la mujer a su presunto agresor.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No ha denunciado anteriormente 2. Ha denunciado anteriormente
89	<i>Otras personas implicadas</i>	Inclusión de la presencia de otras personas implicadas en la agresión.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
	<i>Otras personas implicadas (II)</i>	Inclusión de la presencia de otras personas implicadas en la agresión.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No 2. Sí
90	<i>Testigos (I)</i>	Inclusión de la presencia o ausencia de testigos durante la agresión.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
91	<i>Testigos (I)</i>	Describe la presencia o ausencia de testigos durante la agresión.	<ol style="list-style-type: none"> 3. No hay testigos 4. Sí hay testigos
92	<i>Plan de Actuación (I)</i>	Inclusión del plan de actuación seguido tras la asistencia médica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
93	<i>Plan de Actuación (II)</i>	Describe el plan de actuación seguido tras la asistencia médica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alta 2. Derivación al médico de familia 3. Derivación al hospital 4. Derivación a la policía 5. Parte al juzgado
94	<i>Juicio de Compatibilidad (I)</i>	Inclusión del juicio de compatibilidad entre las lesiones que presenta la mujer y el mecanismo causal descrito.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
95	<i>Juicio de Compatibilidad (II)</i>	Describe el grado de compatibilidad (juicio de compatibilidad) entre las lesiones que presenta la mujer y el mecanismo causal descrito por la misma.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compatible 2. Incompatible
96	<i>Intención denuncia (I)</i>	Inclusión de la intención de la mujer de denunciar a su presunto agresor.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
97	<i>Intención denuncia (II)</i>	Describe la intención de la mujer de denunciar a su presunto agresor.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No va a denunciar 2. Sí va a denunciar 3. Duda si denunciar
98	<i>Riesgo (I)</i>	Inclusión del riesgo de volver a sufrir una agresión.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
99	<i>Riesgo</i>	Describe el riesgo de volver a sufrir una agresión.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se siente segura 2. Siente miedo 3. No se encuentra en riesgo extremo 4. Se siente en peligro de muerte 5. Se encuentra en riesgo extremo 6. Riesgo de suicidio
100	<i>Amenazas (I)</i>	Inclusión de la existencia de amenazas hacia la mujer por parte de su presunto agresor	<ol style="list-style-type: none"> 1. No consta 2. Ilegible 3. Legible
101	<i>Amenazas (II)</i>	Describe la existencia de amenazas hacia la mujer por parte de su presunto agresor	<ol style="list-style-type: none"> 1. No sufre amenazas 2. Se encuentra bajo amenazas

12. Tratamiento estadístico de los datos

Los datos extraídos de los documentos fueron codificados y depurados para su posterior análisis estadístico mediante el programa IBM® SPSS® Statistics 25. Los gráficos se generaron con Rstudio versión 4.2.0. y los flujos de trabajo con Lucidchart.

Para el análisis de los datos se aplicó una estadística descriptiva mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes para variables dicotómicas y cualitativas; y media, desviación estándar, o típica, para la variable cuantitativa edad.

Se comprobó el supuesto de normalidad de los datos mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, obteniendo un resultado estadísticamente significativo para todas las variables de estudio, evidencia de que los datos no se ajustan a una distribución normal.

También se realizó un análisis inferencial con el objetivo de determinar el grado de asociación entre variables (análisis de la χ^2) ejecutando un análisis de residuos tipificados corregidos para la interpretación de la asociación, estableciéndose la significación estadística para valores de $P < 0,05$. Para establecer la dependencia entre variables no debida al azar se aplicó el criterio de que todas las frecuencias esperadas fuesen superiores a la unidad y que el 20% fueran iguales o superiores a 5.

En el capítulo de resultados se muestra una serie de tablas en las que se exponen las diferencias observadas utilizando para ello una escala de color. Esta escala varía entre el rojo y el verde: a menor frecuencia de inclusión de datos legibles mayor será la intensidad de rojo, y a mayor frecuencia de inclusión, observaremos una mayor intensidad de verde, tratándose de un gradiente de 0 % (rojo) a 100 % (verde) en la frecuencia de inclusión de datos legibles en el parte de lesiones.

La revisión de la literatura se ha llevado a cabo mediante el uso de la base de datos PUBMED, así como bibliografía consultada en libros académicos e internet.

13. Consideraciones éticas

El estudio se realizó bajo el cumplimiento de las normas éticas de investigación, atendiendo a los requerimientos legales necesarios para su desarrollo. Los datos fueron tratados con estricta confidencialidad de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril, y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales, relacionados con la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos. Se anonimizaron y codificaron los datos, que posteriormente fueron conservados en un fichero para el tratamiento estadístico en el Área de Medicina Legal y Forense de la Universidad de Murcia, al que tuvieron acceso exclusivo los responsables de la investigación. El estudio fue aprobado por la Comisión de Docencia e Investigación del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Murcia (Anexo I), y la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia (Anexo II).

14. Limitaciones del estudio

1. El estudio ha sido realizado en una muestra de mujeres que, habiendo sufrido violencia de género, han denunciado la situación. Por lo tanto, los datos analizados y los resultados obtenidos están referidos a la muestra estudiada, aun cuando puedan extrapolarse a la población total de mujeres que sufren este fenómeno.
2. La población de estudio está compuesta por los partes de lesiones cumplimentados por los profesionales médicos responsables de las asistencias médicas, y no por las mujeres que han sufrido violencia de género, por lo que puede existir información que haya pasado desapercibida por el facultativo o no haya sido incluida en el documento.

RESULTADOS

A decorative background featuring a large, abstract splash of red watercolor paint. The splash is concentrated in the lower half of the page, with various shades of red and pink blending together. The upper half of the page is mostly white, with some faint, light pinkish-red mist or bleed-through from the splash below. The overall effect is artistic and vibrant.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

El estudio de la calidad de la información contenida en los partes de lesiones comprende el análisis estadístico de un elevado número de variables. Por ello, con el objetivo de facilitar el seguimiento de los resultados por parte del lector, serán presentados en bloques definidos. Estos análisis nos permitirán conocer el nivel de calidad de la información recogida en cada uno de los documentos en función del formato de redacción del parte de lesiones, el modelo de parte de lesiones utilizado, el equipo asistencial responsable de su cumplimentación, el tamaño del municipio de residencia de la mujer, el sexo del facultativo y la existencia de antecedentes de violencia de género en la víctima.

1. Análisis de la calidad de la información contenida en el parte de lesiones

En primer lugar, analizaremos el grado de cumplimentación de los partes de lesiones que fueron redactados en uno de los modelos normalizados disponibles, es decir, en el modelo genérico de parte al juzgado o en el modelo específico para casos de violencia de género. Recordemos que el total de partes de lesiones que comprende este estudio es de 840, de ellos 388 son partes de lesiones remitidos al juzgado y 452 están redactados en el modelo específico para casos de violencia de género. Las tablas resultantes del análisis estadístico están disponibles en el Anexo V.

1.1. Características generales del parte de lesiones

En el estudio predominan los partes de lesiones manuscritos, siendo únicamente el 26,0 % de los documentos informatizados. Teniendo en cuenta las consideraciones sobre la legibilidad del documento comentadas en el apartado de material y métodos, observamos que del 3,6 % de los partes de lesiones no pudo extraerse ninguna información al considerarse totalmente ilegibles, mientras que el 54,0 % fueron parcialmente legibles (no siendo posible extraer toda la información recogida por el facultativo durante la asistencia). Pese a que el Protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género establece que un parte de lesiones no puede contener tachaduras al considerarse una manipulación de la información, las encontramos en el 8,8 % de los partes analizados. La figura 8 muestra las frecuencias con las que se observan las características consideradas óptimas de los partes de lesiones para que estos cumplan su función medicolegal.

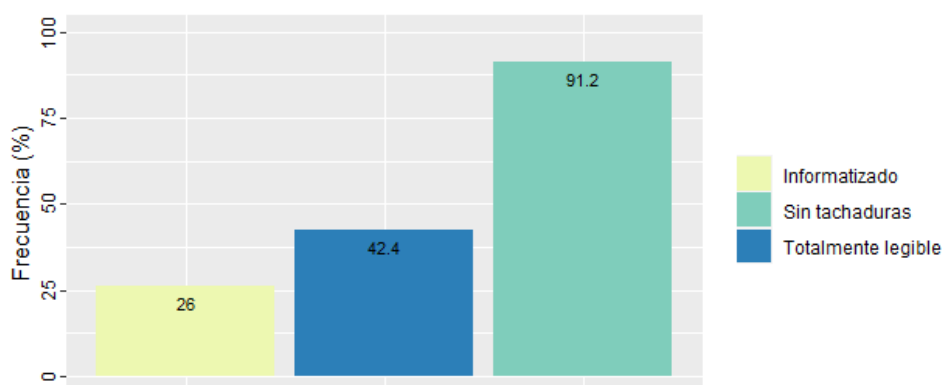


Figura 8. Frecuencias observadas en las características generales del parte de lesiones consideradas más adecuadas.

1.2. Datos relacionados con la filiación de la mujer

La inclusión de los datos personales de la mujer es esencial a la hora de establecer quién ha acudido a la asistencia médica. Algo tan básico como es la inclusión del nombre y apellidos de

la mujer fue obviada en algunos de los documentos analizados (1,1 %), al igual que el Documento Nacional de Identidad o DNI de la mujer (o en su defecto el número de pasaporte) que se fue incluido de manera legible únicamente en el 47,4 %.

En función de la inclusión de la información anteriormente citada (nombre y apellidos o DNI/pasaporte), siempre que la información fuese legible, se establece la posibilidad de identificar a la mujer a la que corresponde el parte de lesiones. Los resultados obtenidos indican que en el 9,3 % de los partes de lesiones analizados no fue posible identificar a la mujer a la que corresponde dicho documento. Sin embargo, un dato menos relevante como es la fecha de nacimiento (o la edad de la mujer) muestra unas frecuencias de inclusión del 89,4 %. La dirección de residencia de la mujer fue incluida de manera legible en el 83,9 % de los partes, siendo incompleta en algunos casos al incluirse el municipio de residencia en el 71,0 % de los partes de lesiones. El número de teléfono de contacto de la mujer, requerido para poder contactar con la mujer de manera segura, se conoce únicamente en el 45,1 % de los partes de lesiones analizados. La figura 9 muestra un resumen de las frecuencias de inclusión de los datos relacionados con la filiación de la mujer asistida.

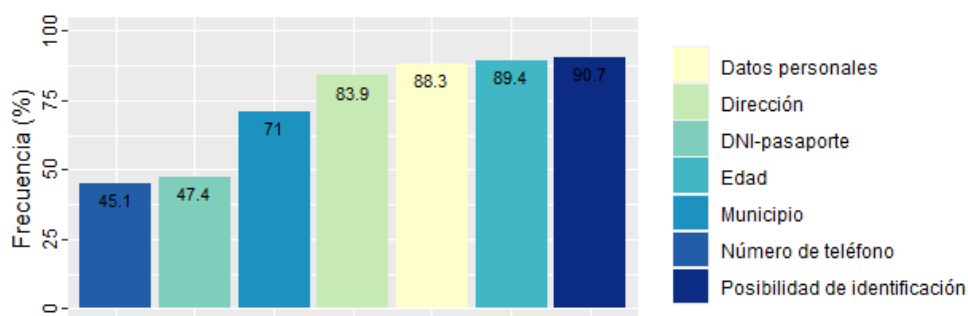


Figura 9. Frecuencias observadas en la inclusión de datos relacionados con la filiación de la mujer.

1.3. Datos relacionados con la asistencia médica y el facultativo responsable

El equipo asistencial hace referencia al equipo sanitario desde el cual se emite el parte de lesiones, pudiendo haber sido cumplimentado en servicios de atención primaria, urgencias hospitalarias o servicios de emergencias. En el conjunto de partes de lesiones analizado, el equipo asistencial se incluye en el 73,0 % (N=616), siendo emitidos la mayoría de ellos desde servicios de emergencias (65,1 %).

La inclusión de datos personales del facultativo responsable de la asistencia médica se considera válida aun cuando únicamente sean legibles los apellidos del facultativo. Estos datos fueron incluidos de manera legible en el 66,4 % de los partes de lesiones analizados y el número de colegiado del facultativo en el 67,5 %. Estos resultados ponen de manifiesto que en el 23,8 % de los casos, con la información incluida, no es posible identificar al facultativo que ha cumplimentado el parte de lesiones.

Además, algo tan importante como es el hecho de que la mujer acuda a la asistencia sola o acompañada se incluye de manera legible únicamente en el 5,7 % de los partes de lesiones analizados, aspecto que generalmente no es incluido por el facultativo en el documento (67,1 %). Sin embargo, los datos más técnicos relacionados con la asistencia, como son la fecha y hora en la que se realiza la asistencia médica muestran mayores frecuencias de inclusión, estando la fecha en la que se realiza la asistencia médica incluida de manera legible en el 79,8 % de los partes de lesiones y la hora en el 53,5 %. En la figura 10 se muestran las frecuencias de inclusión de los datos relacionados con la asistencia médica y el facultativo responsable de la misma.

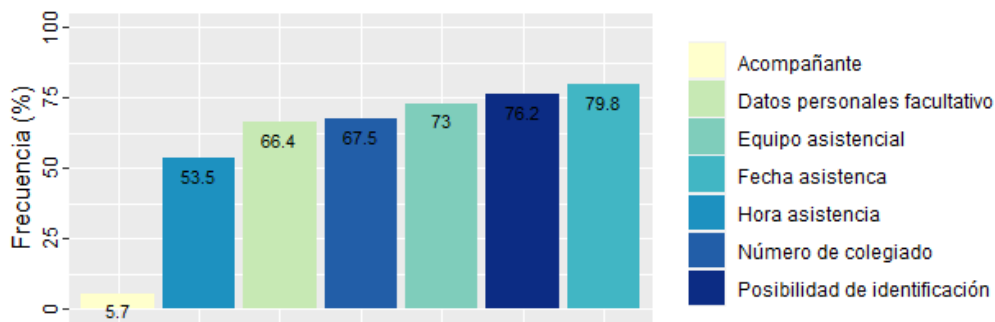


Figura 10. Frecuencias de inclusión observadas en los datos relacionados con la asistencia médica y el facultativo.

1.4. Datos relacionados con el presunto agresor

Los datos relacionados con el presunto agresor muestran bajas frecuencias de inclusión. El grado de parentesco se incluye de manera legible en el 50,0 % de los partes de lesiones analizados, mientras que los datos personales que permitan la identificación del presunto agresor únicamente en el 0,4 % (figura 11).

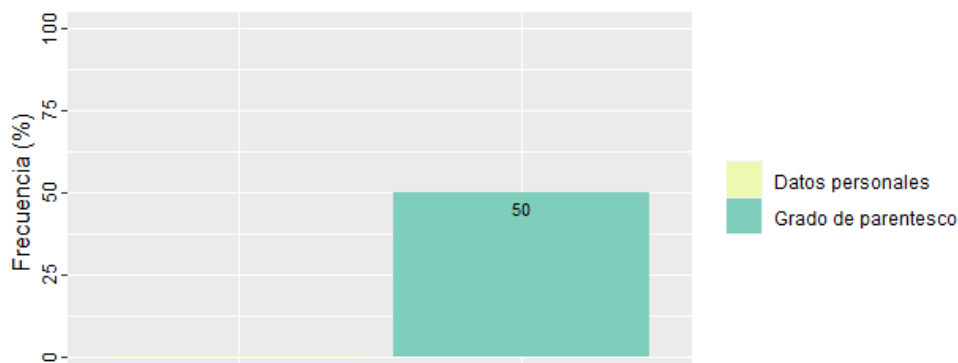


Figura 11. Datos relacionados con el grado de parentesco y el presunto agresor.

1.5. Datos relacionados con la vulnerabilidad de la mujer

Se ha observado que factores que repercuten directamente en la vulnerabilidad de la mujer, como son su situación laboral, la presencia de discapacidad, la existencia de hijos o de personas dependientes muestran frecuencias de inclusión muy bajas (figura 12). El estado civil se

incluye de manera legible en el 37,7 % de los partes de lesiones analizados, mientras que su situación laboral solo en el 15,0 %.

El facultativo también debe indicar en el parte de lesiones la existencia y el grado de discapacidad de la mujer. Lógicamente, habrá casos en los que la mujer no tenga discapacidad, cuestión que no se especifica en el parte de lesiones. En el conjunto de partes de lesiones analizados, esta información se incluye de manera legible en el 0,2 % de los partes de lesiones, la existencia de hijos en el 11,1 %, y la existencia de personas dependientes en el 10,8 %.

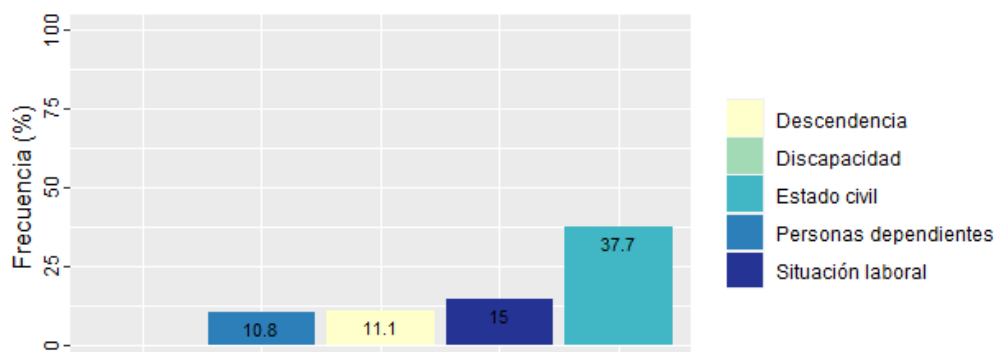


Figura 12. Factores relacionados con la vulnerabilidad de la mujer.

1.6. Variables relacionadas con el contexto de violencia de género

La existencia de posibles antecedentes de violencia de género que pudiera presentar la mujer se incluyen de manera legible en el 30,7 % de los partes de lesiones analizados, mientras que la duración de dicha historia de maltrato consta en el 19,5%. Otros datos relacionados con la seguridad de la mujer muestran unas frecuencias de inclusión todavía más reducidas: el nivel de seguridad y riesgo percibido por parte de la mujer se incluye de manera legible en el 13,5 % de los partes de lesiones analizados, la existencia de amenazas por parte de su presunto agresor en el 7,6 %, la existencia de denuncias previas a su presunto agresor en el 15,5 % y la

intención de la mujer a denunciar en el 15,6 %. La figura 13 muestra las frecuencias de inclusión de aquellos datos relacionados con el contexto de violencia sufrida por la mujer.

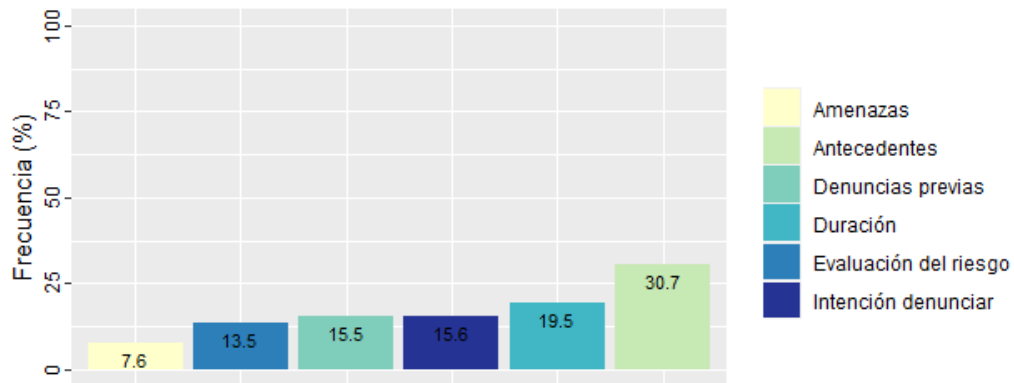


Figura 13. Datos relacionados con el contexto de violencia sufrido por la mujer.

1.7. Datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia médica

En cuanto a los datos relacionados con la agresión, observamos que el relato de los hechos se incluye de manera legible en el 84,7 % de los partes de lesiones analizados, el detonante por el cual se produce la agresión en el 21,1 %, la fecha en la que se produjo la agresión en el 32,4 %, la hora en el 25,7 % y el lugar en el que tuvo lugar en el 26,8 % (figura 14).

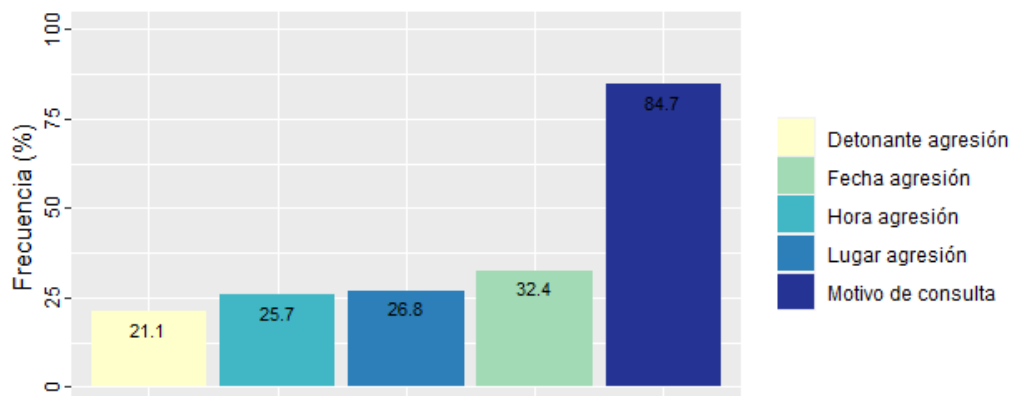


Figura 14. Datos relacionados con las circunstancias de la agresión.

Sin embargo, aspectos más relevantes como la existencia de posibles testigos de la agresión (9,2 %) o la participación de otras personas en la agresión (9,4 %) son incluidos con menor frecuencia por parte del facultativo. El mecanismo mediante el cual se producen las lesiones se incluye de manera legible en el 37,4 % de los partes de lesiones, haciendo referencia al uso de objetos durante la agresión en el 10,5 % de los partes de lesiones analizados (figura 15).

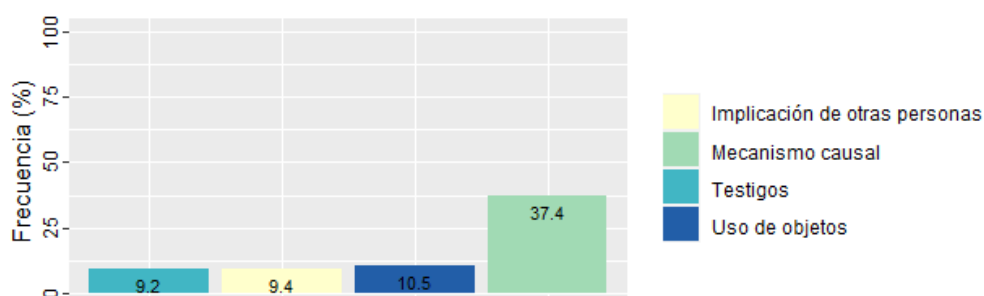


Figura 15. Datos relacionados con la agresión.

1.8. Datos relacionados con las lesiones presumiblemente producidas en la agresión

El tipo de violencia sufrida por la mujer se incluye de manera legible en el 69,8 % de los partes de lesiones analizados, siendo las consecuencias físicas producidas en la agresión incluidas en el 64,7 % y las alteraciones psicológicas resultantes de la agresión en el 44,9 %.

Pese a la importancia medicolegal que presenta la descripción de las lesiones físicas en un caso de violencia de género, los aspectos peor descritos fueron la morfología, la dimensión y el estado evolutivo. La localización de las lesiones se incluye de manera legible en el 62,1 % de los partes de lesiones analizados y el número de lesiones en el 64,9 %, Hemos de tener en cuenta al respecto, que la ausencia de lesiones debe ser especificada por el facultativo. En el

13,3 % de los casos se incluyeron fotografías o esquemas en los que se muestra la zona y dimensión de las lesiones.

Al centrarnos exclusivamente en los partes de lesiones en los que se especifica la presencia de lesiones visibles (N=475), observamos cómo la morfología de las lesiones se incluye únicamente en el 11,4 % de los partes de lesiones analizados, la dimensión en el 13,7 % y la coloración en el 5,7 %. Las frecuencias de inclusión de las variables relacionadas con las lesiones presumiblemente producidas durante la agresión se muestran en la figura 16.

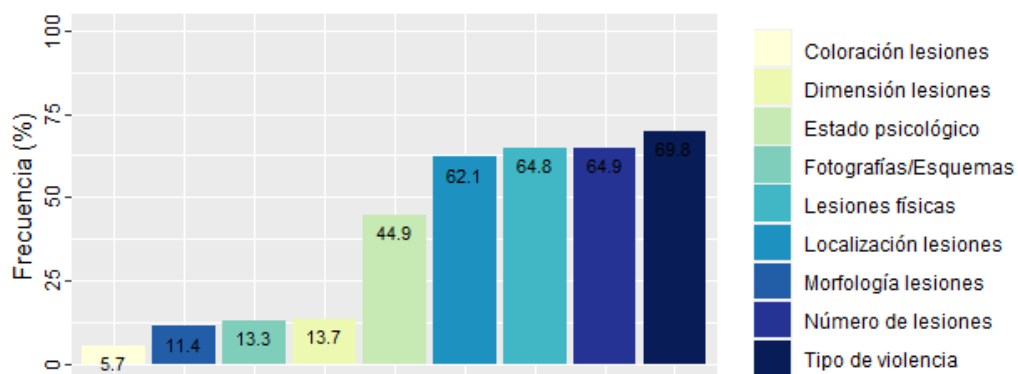


Figura 16. Frecuencias de inclusión observadas para las variables relacionadas con las lesiones.

1.9. Datos clínicos de interés relacionados con la asistencia médica

La necesidad de realizar una exploración complementaria que permita realizar un correcto diagnóstico de las lesiones se incluye de manera legible en el 20,0 % de los partes de lesiones analizados, mientras que el diagnóstico emitido se incluye únicamente en el 66,8 %. Del total de diagnósticos legibles emitidos (N=561), el 17,8 % no identifica la enfermedad o estado de salud de la mujer, siendo la paciente diagnosticada con conceptos como “agresión” o “violencia de género”. En cuanto al tratamiento necesario para la recuperación de las lesiones, este se

incluye en el 38,0 % de los partes de lesiones analizados, el pronóstico de las lesiones en el 33,3 % y el Plan de Actuación seguido tras la asistencia médica en el 67,3 %.

La obligación en la cumplimentación del parte de lesiones cobra sentido si tenemos en cuenta que el médico debe emitir un juicio de compatibilidad entre las lesiones observadas en el cuerpo de la mujer y el mecanismo causal descrito por la misma, o bien, cuando el facultativo entienda que la lesión puede ser fruto de un delito. En nuestro estudio, destaca que el juicio de compatibilidad entre las lesiones y el mecanismo causal únicamente fue incluido por el facultativo de manera legible en el 4,6 %. En la figura 17 se muestra la frecuencia con la que son incluidos en el parte de lesiones distintos aspectos médicos considerados relevantes en un caso de violencia de género.

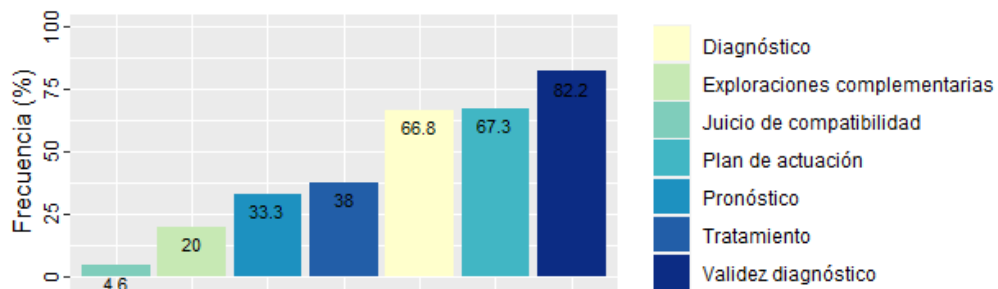


Figura 17. Frecuencias de inclusión observadas en distintos aspectos considerados relevantes.

2. Efecto del formato de redacción en la calidad del parte de

lesiones

Durante este apartado se muestran las principales diferencias observadas en la calidad de los partes de lesiones en función del formato de redacción. Las tablas obtenidas tras el análisis estadístico de los datos se incluyen en el Anexo VI.

2.1. *Características generales del parte de lesiones*

Como se ha comentado anteriormente, la legibilidad del documento se encuentra estrechamente relacionada con el formato de redacción (tabla 7). La mayor parte de los documentos informatizados fueron totalmente legibles (93,1 %), apareciendo problemas de legibilidad asociados a fotocopias o escaneos de baja calidad. Como era de esperar, la dificultad de lectura fue superior en los partes de lesiones manuscritos, de los cuales únicamente el 26,7 % fueron totalmente legibles ($\chi^2(2) = 241,802$; $P = 0,000$). La presencia de tachaduras también fue más frecuente en los documentos manuscritos (11,4 %), siendo prácticamente inexistentes (1,4 %) en los documentos informatizados ($\chi^2(1) = 20,250$; $P = 0,000$).

Tabla 7

Variables relacionadas con las características generales de los partes de lesiones en las que se evidencian diferencias estadísticamente significativas

	Manuscrito	Informatizado	GL	χ^2	<i>P</i>
Totalmente legibles	26,7	87,2	2	241,802	0,000
Con tachaduras	11,4	1,4	1	20,250	0,000

2.2. Datos relacionados con la filiación de la mujer

Todos los datos relacionados con la filiación de la mujer muestran mejores frecuencias de inclusión en los partes de lesiones informatizados. Los datos personales de la mujer asistida fueron incluidos en el 97,2 % de los partes de lesiones informatizados ($\chi^2(2) = 24,038$; $P= 0,000$) y el número de DNI o número de pasaporte de la mujer en el 72,0 %, ($\chi^2(2) = 73,997$; $P= 0,000$), existiendo casos en los que resulta imposible identificar a la mujer con los datos personales aportados ($\chi^2(1) = 14,919$; $P= 0,000$). La fecha de nacimiento (o la edad de la mujer) fue incluida en el 96,8 % de los partes de lesiones informatizados ($\chi^2(2) = 18,923$; $P= 0,000$), la dirección de residencia en el 95,9 % ($\chi^2(2) = 31,719$; $P= 0,000$) y el número de teléfono de contacto de la mujer en el 59,6 % ($\chi^2(2) = 33,576$; $P= 0,000$). Los partes de lesiones manuscritos incluyen con mayor frecuencia el estado civil de la mujer, siendo incluido en el 40,2 % ($\chi^2(2) = 52,941$; $P= 0,000$). La tabla 8 muestra las diferencias estadísticamente significativas identificadas en las variables relacionadas con la filiación de la mujer.

Tabla 8

Diferencias estadísticamente significativas en la inclusión de datos relacionados con la filiación de la mujer

	Manuscrito	Informatizado	GL	χ^2	P
Datos personales	85,2	97,2	2	24,038	0,000
DNI/pasaporte	38,7	72,0	2	73,997	0,000
Posibilidad de identificación	88,4	97,2	1	14,919	0,000
Edad	86,8	96,8	2	18,923	0,000
Dirección de residencia	79,7	95,9	2	31,719	0,000
Municipio de residencia	63,3	92,7	2	67,646	0,000
Teléfono de contacto seguro	40,0	59,6	2	33,576	0,000
Estado civil de la mujer	40,2	30,7	2	52,941	0,000

2.3. Datos relacionados con el presunto agresor

El grado de parentesco existente entre la mujer y su presunto agresor fue incluido en el 79,8 % de los partes de lesiones informatizados ($\chi^2(2) = 118,465$; $P= 0,000$), mostrando peores

resultados los documentos manuscritos (tabla 9). No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en la inclusión de datos personales que permitan la identificación del presunto agresor.

Tabla 9

Diferencias estadísticamente significativas en la inclusión del grado de parentesco del presunto agresor

	Manuscrito	Informatizado	GL	χ^2	P
Grado de parentesco	39,5	79,8	2	118,465	0,000

2.4. Datos relacionados con la vulnerabilidad y seguridad de la mujer

En el conjunto de partes de lesiones analizado, todos los datos relacionados con la vulnerabilidad y nivel de seguridad de la mujer muestran mejores frecuencias de inclusión en los documentos informatizados (tabla 10). La situación laboral de la mujer fue incluida en el 51,8 % de los partes de lesiones informatizados ($\chi^2(2) = 341,687$; $P= 0,000$), la existencia de hijos en el 26,1 % ($\chi^2(2) = 136,326$; $P= 0,000$), las personas dependientes en el 25,7 % ($\chi^2(2) = 135,583$; $P= 0,000$), la existencia de posibles antecedentes de violencia de género en el 64,2 % ($\chi^2(2) = 177,834$; $P= 0,000$) y la duración de la situación de violencia en el 46,8 % ($\chi^2(2) = 177,086$; $P= 0,000$). La existencia de denuncias previas consta en el 42,2 % ($\chi^2(2) = 204,460$; $P= 0,000$), la intención de denunciar la agresión en el 49,1 % ($\chi^2(2) = 285,122$; $P= 0,000$), el riesgo de la mujer de sufrir un nuevo episodio de violencia en el 46,3 % ($\chi^2(2) = 309,948$; $P= 0,000$), las amenazas en el 11,9 % ($\chi^2(2) = 91,387$; $P= 0,000$) y el acompañante de la mujer durante la asistencia médica en el 10,6 %.

Tabla 10*Frecuencias de inclusión de los datos relacionados con la vulnerabilidad y el riesgo*

	Manuscrito	Informatizado	GL	χ^2	P
Acompañante	4,0	10,6	2	99,898	0,000
Descendencia	5,8	26,1	2	136,326	0,000
Antecedentes de violencia de género	18,5	64,2	2	177,834	0,000
Duración historia de maltrato	10,0	46,8	2	177,086	0,000
Denuncias previas	6,1	42,2	2	204,460	0,000
Intención denunciar la agresión	3,9	49,1	2	285,122	0,000
Evaluación del riesgo percibido	1,9	46,3	2	309,948	0,000
Personas dependientes	5,6	25,7	2	135,583	0,000

2.5. *Datos relacionados con la asistencia médica y el facultativo responsable*

Todos los datos relacionados con la asistencia médica y el facultativo responsable de la misma muestran mayor calidad cuando el parte de lesiones está informatizado, pudiendo consultar los resultados obtenidos en la tabla 11. En los partes de lesiones informatizados fueron incluidos con mayor frecuencia el equipo asistencial responsable de la asistencia médica (93,6 %) ($\chi^2(2) = 61,908$; $P = 0,000$), los datos personales del facultativo (89,0 %) ($\chi^2(2) = 81,609$; $P = 0,000$), su número de colegiado (85,8 %) ($\chi^2(2) = 64,437$; $P = 0,000$), la fecha en la que se realiza la asistencia médica (97,2 %) ($\chi^2(2) = 55,786$; $P = 0,000$) y la hora (92,2 %) ($\chi^2(2) = 177,741$; $P = 0,000$).

Tabla 11*Frecuencia de inclusión de los datos relacionados con la asistencia médica y el facultativo responsable de la asistencia médica*

	Manuscrito	Informatizado	GL	χ^2	P
Equipo asistencial	66,2	93,6	2	61,908	0,000
Datos personales facultativo	58,5	89,0	2	81,609	0,000
N.º colegiado facultativo	61,1	85,8	2	64,437	0,000
Posibilidad identificar facultativo	71,4	89,9	1	30,539	0,000
Hora asistencia	39,9	92,2	2	177,741	0,000
Fecha asistencia	73,6	97,2	2	55,786	0,000

2.6. *Datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia médica*

Todos los datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia mostraron mejores frecuencias de inclusión en los partes de lesiones informatizados, tal como puede apreciarse en la tabla 12. Los hechos que motivan la asistencia médica fueron incluidos en el 97,7% de los partes de lesiones informatizados ($\chi^2(2) = 38,494$; $P= 0,000$), el detonante de la agresión en el 46,3 % ($\chi^2(2) = 161,083$; $P= 0,000$), el lugar en el que se produce la agresión en el 56,4 % ($\chi^2(2) = 168,433$; $P= 0,000$), la fecha en el 64,2 % ($\chi^2(2) = 161,760$; $P= 0,000$), la hora en la que tiene lugar la agresión en el 39,9 % ($\chi^2(2) = 96,089$; $P= 0,000$), el mecanismo causal de las lesiones en el 72,9 % ($\chi^2(2) = 179,377$; $P= 0,000$) y el uso de objetos durante la agresión en el 21,1% de los partes informatizados ($\chi^2(2) = 114,311$; $P= 0,000$).

La existencia de otras personas implicadas en la agresión fue incluida únicamente en el 27,5 % de los partes de lesiones informatizados ($\chi^2(2) = 173,768$; $P= 0,000$) y la presencia de testigos durante la agresión en el 22,0 % ($\chi^2(2) = 128,200$; $P= 0,000$). La mayor pérdida de información se evidencia en los documentos manuscritos, en los que además observamos un elevado porcentaje de casos en los que el facultativo no cumplimenta esta información en el parte de lesiones.

Tabla 12

Frecuencia observada de las variables relacionadas con los hechos que motivan la asistencia médica

	Manuscrito	Informatizado	GL	χ^2	P
Motivo de consulta	80,2	97,7	2	38,494	0,000
Detonante de la agresión	12,2	46,3	2	161,083	0,000
Lugar de la agresión	16,4	56,4	2	168,433	0,000
Fecha de la agresión	21,2	64,2	2	161,760	0,000
Hora de la agresión	20,7	39,9	2	96,089	0,000
Mecanismo causal lesiones	24,9	72,9	2	179,377	0,000
Tipo de violencia	60,5	96,3	2	101,035	0,000
Uso de objetos	6,8	21,1	2	114,311	0,000
Personas implicadas en la agresión	3,1	27,5	2	173,786	0,000
Testigos de la agresión	4,7	22,0	2	128,200	0,000

2.7. Datos relacionados con las lesiones presumiblemente producidas en la agresión

Todas las variables relacionadas con las lesiones producidas durante la agresión muestran mejores frecuencias de inclusión en los partes de lesiones informatizados, a excepción de la inclusión de fotografías o esquemas que predominan en los partes de lesiones manuscritos, tal y como puede observarse en la tabla 13.

Las variables mejor descritas fueron el tipo de violencia sufrida, incluida de manera legible en el 96,3 % de los partes de lesiones informatizados ($\chi^2(2) = 101,035$; $P= 0,000$), el tipo de lesiones sufridas por la mujer en el 95,0 % ($\chi^2(3) = 121,575$; $P= 0,000$), el número de lesiones en el 90,8 % ($\chi^2(3) = 106,024$; $P= 0,000$) y la localización de las lesiones en el 94,5 %, ($\chi^2(2) = 135,404$; $P= 0,000$). Sin embargo, es destacable que la drástica reducción en las frecuencias observadas en cuanto a la descripción de las lesiones evidenciadas, haciéndose referencia a la dimensión de las lesiones en el 20,3% de los partes de lesiones informatizados ($\chi^2(2) = 15,431$; $P= 0,000$), la morfología en el 13,0% ($\chi^2(2) = 10,312$; $P= 0,006$) y la coloración en el 6,8 % ($\chi^2(2) = 14,056$; $P= 0,001$).

El estado psicológico predominante en la mujer durante la asistencia médica fue incluido en el 62,4 % de los partes de lesiones informatizados ($\chi^2(2) = 79,299$; $P= 0,000$). Además, resulta destacable la baja frecuencia de inclusión en los partes de lesiones de fotografías o esquemas de las lesiones, y su predominio en documentos manuscritos (16,7 %) ($\chi^2(2) = 32,284$; $P= 0,000$).

Tabla 13

Diferencias estadísticamente significativas observadas en la inclusión de datos relacionados con las lesiones producidas durante la agresión

	Manuscrito	Informatizado	GL	χ^2	P
Estado psicológico	38,7	62,4	2	79,299	0,000
Tipo de lesiones	54,2	95	2	120,364	0,000
N.º de lesiones	55,8	90,8	2	106,024	0,000
Morfología de las lesiones	10,4	13	2	10,312	0,006
Coloración de las lesiones	5	6,8	2	14,056	0,001
Dimensión de las lesiones	9,7	20,3	2	15,431	0,000
Localización de las lesiones	50,8	94,5	2	135,404	0,000
Fotografías/esquemas de las lesiones	16,7	3,7	2	32,284	0,000

2.8. Datos clínicos de interés relacionados con la asistencia médica

Distintos aspectos clínicos de gran valor muestran mejores frecuencias de inclusión en el conjunto de partes de lesiones informatizados, a excepción del pronóstico clínico (tabla 14). El juicio de compatibilidad de las lesiones fue incluido únicamente en el 11,9% de los partes de lesiones informatizados ($\chi^2(2) = 116,020$; $P= 0,000$), la necesidad de realizar exploraciones complementarias que permitan el correcto diagnóstico de las lesiones en el 41,7% ($\chi^2(2) = 111,336$; $P= 0,000$), el diagnóstico médico en el 89,4% ($\chi^2(2) = 89,811$; $P= 0,000$), el tratamiento prescrito en el 60,1% ($\chi^2(2) = 96,599$; $P= 0,000$) y el Plan de Actuación seguido tras la asistencia médica en el 85,3 % ($\chi^2(2) = 50,269$; $P= 0,000$). Sin embargo, el pronóstico médico fue incluido con mayor frecuencia en los partes de lesiones manuscritos alcanzando cifras del 35,5 % ($\chi^2(2) = 54,007$; $P= 0,000$).

Tabla 14

Diferencias estadísticamente significativas identificadas en la inclusión de otros datos clínicos de interés en función del formato de redacción

	Manuscrito	Informatizado	GL	χ^2	P
Exploraciones complementarias	12,4	41,7	2	111,336	0,000
Diagnóstico	58,8	89,4	2	89,811	0,000
Validez del diagnóstico	47,6	75,7	1	51,474	0,000
Tratamiento	30,2	60,1	2	96,599	0,000
Pronóstico	35,5	27,1	2	54,007	0,000
Plan de actuación	60,9	85,3	2	50,269	0,000
Juicio de compatibilidad	2,1	11,9	2	116,020	0,000

3. Efecto del modelo normalizado en la calidad del parte de lesiones

Para analizar el efecto que tiene el modelo de parte de lesiones empleado, se emplearon todos los partes de lesiones (N=840) cumplimentados mediante uno de los modelos normalizados disponibles (modelo genérico al juzgado o modelo específico para casos de violencia de género). Durante este apartado se expondrán las principales diferencias observadas, pudiendo consultar las tablas obtenidas del análisis estadístico en el anexo VII.

3.1. Características generales del parte de lesiones

Las diferencias evidenciadas en las características generales del parte de lesiones se muestran en la tabla 15. En ambos modelos predominan los partes de lesiones manuscritos, siendo informatizados únicamente el 18,3 % de los cumplimentados mediante el modelo genérico al Juzgado y el 32,5 % del modelo específico para casos de violencia de género ($\chi^2(1) = 21,978; P= 0,000$). Las tachaduras fueron más frecuentes en los partes de lesiones del modelo específico para casos de violencia de género (12,4 %) ($\chi^2(1) = 15,610; P= 0,000$).

Tabla 15

Diferencias observadas en las características generales del parte de lesiones en función del modelo de parte de lesiones empleado

	PJ	PE	GL	χ^2	P
Partes de lesiones informatizados	18,3	32,5	1	21,978	0,000
Presencia de tachaduras	4,6	12,4	1	15,610	0,000

3.2. *Datos relacionados con la filiación de la mujer*

Los partes de lesiones cumplimentados mediante el modelo genérico incluyeron con mayor frecuencia el número de DNI o pasaporte de la mujer (74,0 %) ($\chi^2(2) = 336,935$; $P = 0,000$), y el municipio de residencia de la dirección de la mujer (77,8 %) ($\chi^2(2) = 45,161$; $P = 0,000$). Sin embargo, la fecha de nacimiento o la edad de la mujer (92,0 %) ($\chi^2(2) = 8,282$; $P = 0,016$) y su número de teléfono (79,4 %) ($\chi^2(2) = 478,040$; $P = 0,000$) se incluyeron con mayor frecuencia en los partes de lesiones específicos para casos de violencia de género. Las diferencias estadísticamente significativas evidenciadas en la inclusión de datos de filiación de la mujer, en función del modelo de parte de lesiones empleado, puede consultarse en la tabla 16.

Tabla 16

Diferencias observadas en la inclusión de datos relacionados con la filiación de la mujer en función del modelo de parte de lesiones empleado

	PJ	PE	GL	χ^2	P
DNI/pasaporte de la mujer	74,0	24,6	2	336,935	0,000
Fecha de nacimiento o edad de la mujer	86,3	92,0	2	8,282	0,02
Municipio de residencia	77,8	65,0	2	45,161	0,000
N.º teléfono de contacto seguro	5,2	79,4	2	478,040	0,000

3.3. *Datos relacionados con la vulnerabilidad de la víctima.*

Todos los datos relacionados con la vulnerabilidad de la mujer muestran mayores frecuencias de inclusión en el modelo de parte de lesiones específico para casos de violencia de género.

El grado de parentesco existente entre la mujer y el presunto agresor fue incluido en el 77,0 % de los partes emitidos mediante el modelo específico para casos de violencia de género ($\chi^2(2) = 338,444$; $P = 0,000$), el estado civil de la mujer en el 65,9 % ($\chi^2(2) = 336,532$; $P = 0,000$), la situación laboral de la mujer en el 25,4 % ($\chi^2(2) = 93,972$; $P = 0,000$), la existencia de hijos o personas dependientes en el 18,6 % ($\chi^2(2) = 57,791$; $P = 0,000$) y el acompañante de la

mujer durante la asistencia médica en el 10,0 % ($\chi^2(2) = 32,874$; $P= 0,000$). Aunque la existencia de antecedentes de violencia de género fue incluida en el 53,3 % de los partes de lesiones emitidos mediante el modelo específico para casos de violencia de género ($\chi^2(2) = 278,354$; $P= 0,000$), la duración de la historia de maltrato solo consta en el 34,3 % ($\chi^2(2) = 142,391$; $P= 0,000$).

Aún más bajas fueron las frecuencias de inclusión de aspectos relacionados con la seguridad de la mujer, siendo la existencia de denuncias previas incluida en el 28,5 % de los partes de lesiones específicos para casos de violencia de género ($\chi^2(2) = 131,848$; $P= 0,000$), la intención de la mujer ante poner una denuncia a su presunto agresor en el 27,9 % ($\chi^2(2) = 115,395$; $P= 0,000$), la evaluación del riesgo de la mujer en el 24,1 % ($\chi^2(2) = 97,876$; $P= 0,000$) y la existencia de amenazas en el 11,7 % ($\chi^2(2) = 23,628$; $P= 0,000$).

En el conjunto de partes de lesiones analizados observamos que los aspectos peor descritos por los facultativos fueron la existencia de amenazas al utilizar el modelo específico y la evaluación del riesgo o la intención de denunciar cuando el modelo utilizado es el genérico (tabla 17).

Tabla 17

Diferencias observadas en la inclusión de datos relacionados con la vulnerabilidad de la mujer en función del modelo de parte de lesiones empleado

	PJ	PE	GL	χ^2	P
Intención de denunciar	1,3	27,9	2	115,395	0,000
Evaluación del riesgo percibido	1,0	24,1	2	97,876	0,000
Amenazas	2,8	11,7	2	23,628	0,000
Grado de parentesco con presunto agresor	18,6	77,0	2	338,444	0,000
Descendencia	2,3	18,6	2	57,791	0,000
Estado civil de la mujer	4,9	65,9	2	336,532	0,000
Situación laboral de la mujer	2,8	25,4	2	93,972	0,000
Personas dependientes	2,3	18,1	2	55,482	0,000

3.4. *Datos relacionados con la asistencia médica y el facultativo*

Todos los aspectos relacionados con la asistencia médica y la identificación del facultativo mostraron mejores frecuencias de inclusión cuando el modelo empleado es el genérico (tabla 18). El equipo asistencial responsable fue incluido en el 92,3 % de los partes genéricos ($\chi^2(2) = 150,597$; $P= 0,000$) y los datos personales del facultativo en el 71,9 % ($\chi^2(2) = 29,084$; $P= 0,000$). Gracias a la inclusión de los datos personales del facultativo, podemos determinar el sexo del facultativo, observando que la mayor parte de los documentos fueron cumplimentados por mujeres ($\chi^2(3) = 32,488$; $P= 0,000$). El número de colegiado del facultativo muestra frecuencias de inclusión similares en ambos modelos, siendo superior la pérdida de información en los documentos cumplimentados en el modelo genérico (27,1 %) ($\chi^2(2) = 16,092$; $P= 0,000$). En cuanto a la posibilidad de identificar al facultativo responsable de la asistencia médica, observamos un mayor número de casos en los que resulta imposible identificarle cuando se emplea el modelo específico para casos de violencia de género (27,7 %) ($\chi^2(1) = 7,976$; $P= 0,005$).

Los datos relacionados con el momento en el que se realiza la asistencia quedan incluidos con mayor frecuencia en el modelo genérico. La fecha consta en el 88,7 % de los partes de lesiones emitidos mediante el modelo genérico ($\chi^2(2) = 51,425$; $P= 0,000$), mientras que la hora se incluye en el 75,0 % ($\chi^2(2) = 140,015$; $P= 0,000$).

Tabla 18

Diferencias observadas en los datos relacionados con la asistencia médica y el facultativo responsable en función del modelo de parte de lesiones empleado

	PJ	PE	GL	χ^2	P
Centro emisor	92,3	57,1	2	150,597	0,000
Datos personales del facultativo	71,9	61,7	2	29,084	0,000
N.º de colegiado	67,8	67,3	2	16,092	0,000
Posibilidad de identificar al facultativo	80,7	72,3	1	7,976	0,01
Hora de la asistencia	75,0	35,0	2	140,015	0,000
Fecha de la asistencia	88,7	72,1	2	51,425	0,000

3.5. *Datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia médica*

Las diferencias estadísticamente significativas identificadas en la frecuencia de inclusión de los datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia médica pueden consultarse en la tabla 19.

Aunque el motivo de consulta fue incluido de manera legible con mayor frecuencia en el modelo genérico de parte de lesiones (89,4 %) ($\chi^2(2) = 30,074$; $P= 0,000$), el resto de los aspectos relacionados con los hechos que motivan la asistencia médica se incluyeron con mayor frecuencia en el modelo específico para casos de violencia de género.

El detonante de la agresión se incluye en el 34,1 % de los partes de lesiones del modelo específico ($\chi^2(2) = 108,126$; $P= 0,000$), el lugar en el que se produce en el 45,6 % ($\chi^2(2) = 199,286$; $P= 0,000$), la fecha en la que se produce en el 53,8 % ($\chi^2(2) = 226,845$; $P= 0,000$), la hora en el 42,7 % ($\chi^2(2) = 157,025$; $P= 0,000$), el mecanismo causal de las lesiones en el 59,1 % ($\chi^2(2) = 247,714$; $P= 0,000$) y el uso de objetos durante la agresión en el 17,0 % ($\chi^2(2) = 46,381$; $P= 0,000$).

En el conjunto de documentos analizado es poco frecuente la inclusión en el parte de lesiones de información referente a la participación de otras personas en la agresión y la presencia de testigos, encontrando diferencias sustanciales en función del modelo empleado. Mientras que la implicación de otras personas en la agresión se incluye en el 16,6 % de los partes del modelo específico, únicamente el 1% de los partes genéricos reflejan esta información ($\chi^2(2) = 59,986$; $P= 0,000$). Algo similar sucede con la existencia de testigos de la agresión, incluida en el 15,5% de los partes específicos y únicamente en el 1,8 % de los partes genéricos ($\chi^2(2) = 47,228$; $P= 0,000$).

Tabla 19

Diferencias observadas en la inclusión de datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia médica en función del modelo de parte de lesiones empleado

	PJ	PE	GL	χ^2	P
Motivo de consulta	89,4	80,8	2	30,074	0,000
Detonante de la agresión	5,9	34,1	2	108,126	0,000
Lugar de la agresión	4,9	45,6	2	199,286	0,000
Fecha de la agresión	7,5	53,8	2	226,845	0,000
Hora de la agresión	5,9	42,7	2	157,025	0,000
Mecanismo causal de las lesiones	12,1	59,1	2	247,714	0,000
Tipo de violencia	64,9	73,9	2	23,418	0,000
Uso de objetos	2,8	17,0	2	46,381	0,000
Personas implicadas en la agresión	1,0	16,6	2	59,986	0,000
Testigos de la agresión	1,8	15,5	2	74,228	0,000

3.6. Datos relacionados con las lesiones presumiblemente producidas

Todos los datos relacionados con las lesiones presumiblemente producidas durante la agresión mostraron mayores frecuencias de inclusión en los partes de lesiones del modelo específico para casos de violencia de género (tabla 20). Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la inclusión del tipo de violencia sufrida, el resultado de la exploración psicopatológica, la localización de las lesiones y su dimensión. El tipo de violencia sufrida por la mujer fue incluido en el 73,9 % de los partes de lesiones del modelo específico ($\chi^2(2) = 23,418$; $P = 0,000$), la exploración psicopatológica o estado de ánimo de la mujer en el 72,8 % ($\chi^2(2) = 34,390$; $P = 0,000$), la localización de las lesiones en el 65,9 % ($\chi^2(2) = 8,587$; $P = 0,014$) y la dimensión en el 17,6 % ($\chi^2(2) = 7,822$; $P = 0,020$).

Tabla 20

Diferencias observadas en la inclusión de datos relacionados con las lesiones presumiblemente producidas en función del modelo de parte de lesiones empleado

	PJ	PE	GL	χ^2	P
Estado psicológico	12,4	72,8	2	343,390	0,000
Dimensión de las lesiones	8,9	17,6	2	7,822	0,020
Localización de las lesiones	57,7	65,9	2	8,587	0,010
Fotografías/esquemas de las lesiones	0,3	24,6	2	111,539	0,000

3.7. *Datos clínicos de interés*

A excepción del pronóstico y el plan de actuación seguido tras la asistencia médica, que mostraron mayores frecuencias de inclusión en el modelo genérico, el resto de los datos clínicos de interés se incluyeron con mayor frecuencia en el modelo específico para casos de violencia de género (tabla 21). El juicio de compatibilidad entre las lesiones observadas y el mecanismo causal descrito por la mujer fue incluido de manera legible únicamente en el 7,3 % de los partes de lesiones del modelo genérico ($\chi^2(2) = 16,292$; $P = 0,000$), la necesidad de realizar exploraciones complementarias en el 35,0 % ($\chi^2(2) = 169,184$; $P = 0,000$), el diagnóstico en el 74,6 % ($\chi^2(2) = 36,217$; $P = 0,000$) y el tratamiento prescrito para la recuperación de las lesiones en el 69,0 % ($\chi^2(2) = 430,225$; $P = 0,000$). Sin embargo, el pronóstico de las lesiones fue incluido en el 71,1 % de los partes genéricos, siendo desconocido casi en la totalidad de partes del modelo específico para violencia de género ($\chi^2(2) = 463,660$; $P = 0,000$), y el plan de actuación seguido tras la asistencia fue incluido en el 77,8 % de los partes genéricos ($\chi^2(2) = 44,868$; $P = 0,000$).

Tabla 21

Diferencias observadas en la frecuencia de inclusión de datos clínicos de interés en función del modelo de parte de lesiones empleado

	PJ	PE	GL	χ^2	P
Exploraciones complementarias	2,6	35,0	2	169,184	0,000
Diagnóstico	57,7	74,6	2	36,217	0,000
Tratamiento	1,8	69,0	2	430,225	0,000
Pronóstico	71,1	0,9	2	463,660	0,000
Plan de actuación	77,8	58,2	2	44,868	0,000
Juicio de compatibilidad	1,5	7,3	2	16,292	0,000

Las agresiones fueron más frecuentes en mujeres con edades comprendidas entre los 25 y 44 años (60,1 %), casadas o con pareja de hecho (48,0 %), sin trabajo remunerado (52,4 %) y residentes en municipios de más de 100.000 habitantes (38,1 %). Sin embargo, al analizar en profundidad los resultados, observamos que el 42,1 % de las mujeres agredidas tenía trabajo remunerado en el momento en el que se produjo la agresión (figura 19).

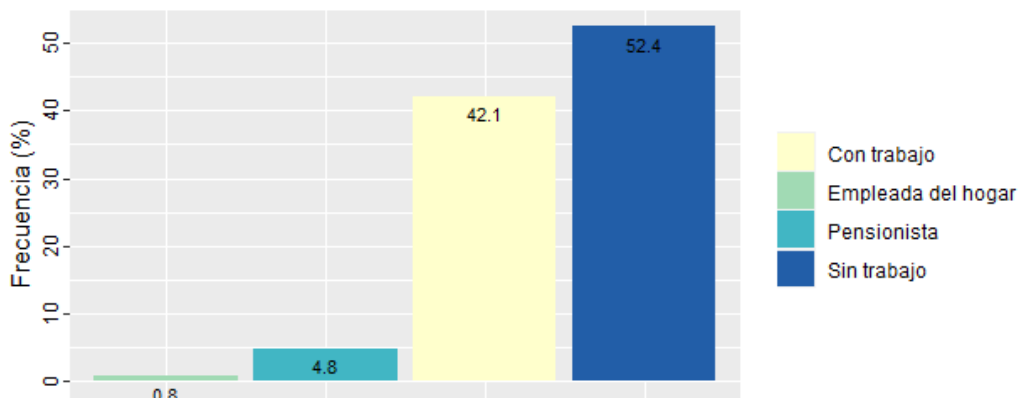


Figura 19. Distribución de la situación laboral de la mujer en el momento de la agresión.

En cuanto a la evolución temporal de las asistencias, observamos que se realizaron con mayor frecuencia los domingos (23,1 %), durante el mes de julio (12,1 %), entre las 12:00 y las 18:00 horas (31,7 %).

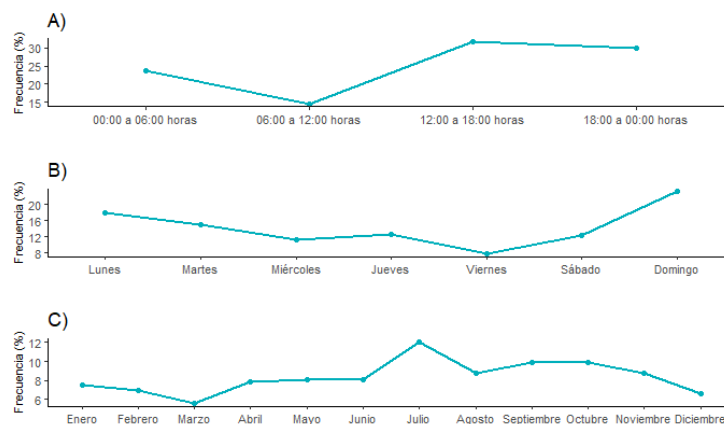


Figura 20. Evolución temporal de las asistencias médicas realizadas a mujeres víctimas de violencia de género.

Las mujeres víctimas de violencia de género suelen requerir asistencia médica tras la agresión, acudiendo generalmente ese mismo día (64,6 %) acompañada por la policía (67,1 %). En el 79,1 % de los casos el presunto agresor fue su pareja actual (en el 56,1 % es la pareja y en el 23,0 % el marido), teniendo hijos a su cargo (82,6 %) o siendo gestante (13,9 %). La agresión no fue un hecho aislado, sino que la mujer sufría una historia de violencia de género en el 77,4 % de los casos. Este periodo tuvo una duración inferior a 5 años en la mayoría de los casos, requiriendo el 41,5 % de las mujeres asistencia médica durante el primer año. El 14,2 % de las mujeres que acudieron a consulta había sufrido violencia de género durante más de 10 años (figura 21).

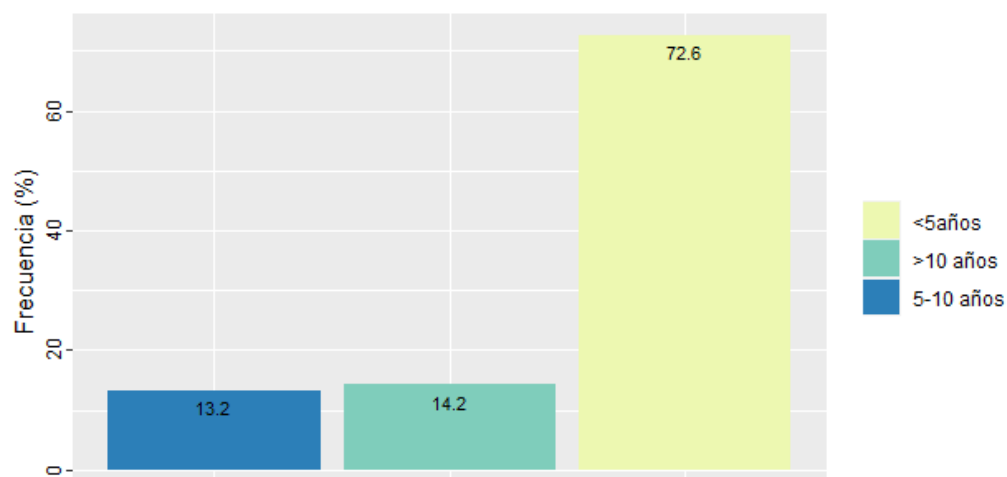


Figura 21. Duración en años de la historia de violencia de género.

Únicamente el 0,7 % de las mujeres que acudieron a la asistencia médica trató de ocultar al facultativo el origen de las lesiones manifestando haber sufrido un accidente. Generalmente, las agresiones se produjeron tras una discusión con el presunto agresor (59,1 %) entre las 18:00 y las 00:00 horas (35,9 %) en el domicilio donde ambos conviven (60,2 %), existiendo testigos en el 71,8 % de las agresiones y la implicación de otras personas en el 44,7 % de los casos. Estos resultados ponen de manifiesto la multitud de escenarios (figura 22) y circunstancias en las que se desarrolla el hecho violento en un caso de violencia de género.

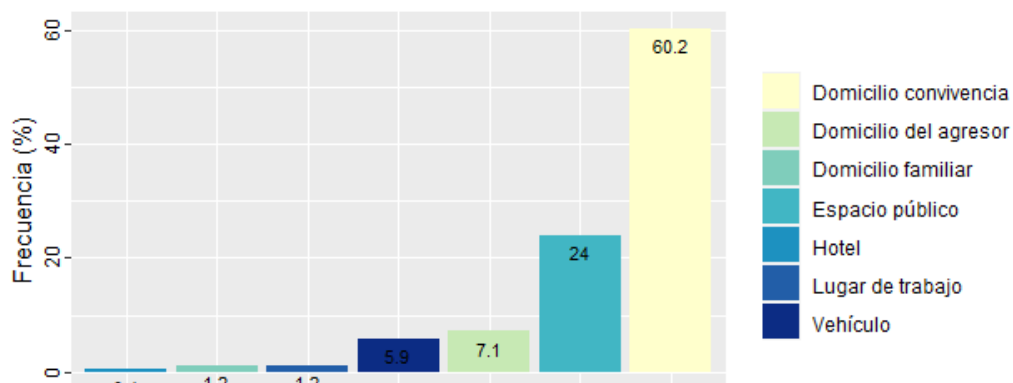


Figura 22. Lugares en los que se produjeron las agresiones.

En el 14,7 % de las agresiones el presunto agresor empleó objetos de distinta naturaleza contra la mujer (figura 23), generalmente contusos (84,4%) y de uso cotidiano (91,0 %), que de manera accidental se convierten en objetos de ataque y defensa durante la agresión. Entre los objetos o estructuras con las que la mujer fue agredida encontramos: el suelo (17,2 %), la pared (12,3 %), cuchillos (7,4 %), puertas (5,7 %), vehículos (5,7 %), escaleras (4,1 %), etc. En el anexo IX se incluyen todos los objetos especificados en el conjunto de partes de lesiones analizado.

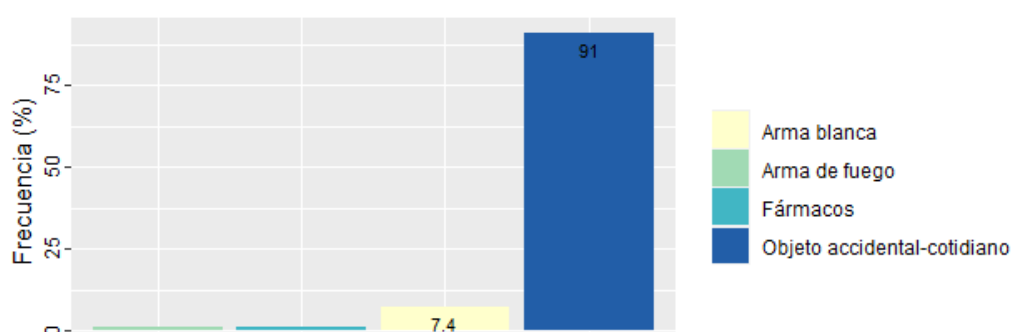


Figura 23. Tipos de objetos empleados en las agresiones de violencia de género.

En las agresiones generalmente se empleó el uso de fuerza física (63,2 %) ocasionando en la mujer secuelas físicas (86,7 %) y/o psicológicas como el trastorno de ansiedad (65,1 %) visibles durante la asistencia médica. En la figura 24 puede observarse la distribución de las secuelas psicológicas evidenciadas durante el estudio.

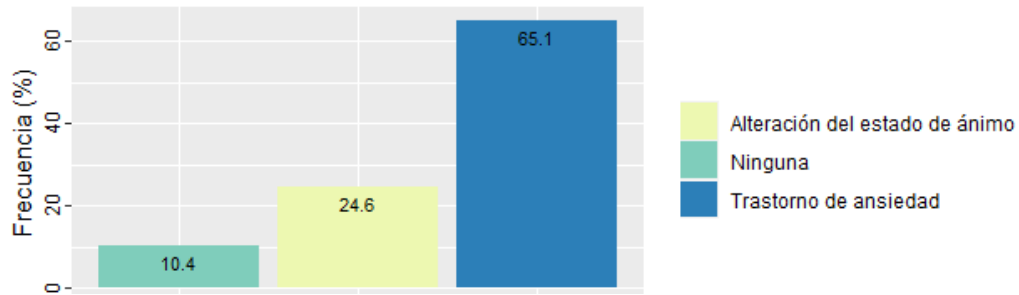


Figura 24. Consecuencias psicológicas de la agresión.

Las lesiones físicas evidenciadas con mayor frecuencia fueron la combinación de equimosis con hematomas (36,5 %) o escoriaciones (17,3 %). En el 8,3 % de los casos el facultativo realizó una descripción incorrecta del tipo de lesiones que sufría la mujer en el momento de la asistencia médica.

La figura 25 resume los principales tipos de lesiones evidenciadas durante la asistencia médica realizada a la mujer. Las lesiones observadas fueron múltiples (74,9 %), localizadas mayoritariamente en las extremidades (25,7 %), de morfología lineal (32,3 %) o en forma de mordedura (21,0 %) y recientes (40,0 %).

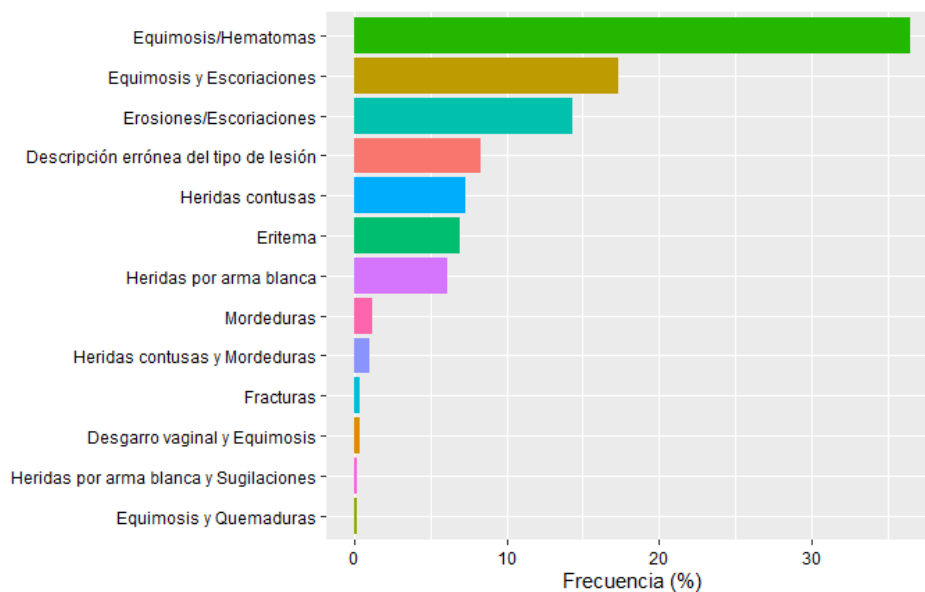


Figura 25. Frecuencia de los distintos tipos de lesión evidenciados en el estudio.

En el 89,5% de los juicios de compatibilidad emitidos fueron compatibles. Las exploraciones complementarias realizadas con mayor frecuencia fueron las pruebas de imagen (45,0 %), siendo necesaria la derivación de la mujer al médico especialista en el 33,2 % de los casos. El 5,8 % de las mujeres asistidas no precisó tratamiento para su recuperación, siendo tratada generalmente con fármacos (76,2 %). En el 82,0 % de los casos el pronóstico de las lesiones fue leve, siendo poco frecuentes las agresiones con pronóstico grave (0,7 %) o reservado (0,7 %).

El plan de actuación seguido con mayor frecuencia consistió en la derivación al médico de familia (42,2 %) y el alta médica (36,9 %). El 35,3 % de las mujeres que acudieron a la asistencia médica reconoció sentirse en peligro de muerte y el 88,4 % se encontraba bajo amenazas por parte de su presunto agresor en el momento de la asistencia; motivos que pueden afectar directamente al hecho de que no existan denuncias previas en el 74,2 % de los casos. Sin embargo, tras la última agresión, el 86,9 % de las mujeres que acudieron a la asistencia médica tuvo clara su intención ante la denuncia, encontrando aún un elevado porcentaje (12,4 %) que no tenía intención de denunciar la agresión.

5. Efecto del equipo asistencial en la calidad del parte de lesiones

A lo largo de este bloque se muestran las diferencias estadísticamente significativas identificadas en el análisis de la calidad de la información en función del equipo asistencial que emite el parte de lesiones. Recordemos que para realizar el análisis fue necesario agrupar los partes de lesiones en función del equipo sanitario responsable de la asistencia médica en tres grupos: atención primaria, urgencias hospitalarias y servicios de emergencias. Las tablas obtenidas del análisis estadístico están disponibles en el Anexo X.

5.1. *Características generales del parte de lesiones*

El 93,4 % de los partes de lesiones emitidos en urgencias hospitalarias fueron cumplimentados mediante el modelo específico para casos de violencia de género, mientras que atención primaria y servicios de emergencias utilizaron con mayor frecuencia el modelo genérico de parte de lesiones ($\chi^2(2) = 167,169$; $P = 0,000$).

Debemos tener en cuenta que lo correcto sería notificar el hecho al Juzgado mediante el envío de un parte de lesiones, empleando para ello el modelo específico disponible para casos de violencia de género. Nuestros resultados ponen de manifiesto la existencia de una gran diversidad de formas en las que los facultativos realizan la notificación del caso al juzgado. Mientras que urgencias hospitalarias la realizó principalmente mediante el envío exclusivo del Parte específico (52,9 %) o junto al Informe clínico (35,5 %), la mayor parte de las notificaciones realizadas desde servicios de emergencias (54,4 %) incluyeron ambos modelos de parte de lesiones y el informe clínico ($\chi^2(10) = 474,399$; $P = 0,000$).

En la tabla 22 pueden consultarse las diferencias estadísticamente significativas observadas en relación con las características generales de los partes de lesiones. En cuanto al formato, predominaron los partes de lesiones informatizados en atención primaria (61,7 %) y urgencias

hospitalarias (98,3 %), siendo casi la totalidad de los partes de lesiones emitidos en servicios de emergencias manuscritos (93,3 %) ($\chi^2(2) = 393,144$; $P= 0,000$), donde además predominaron las tachaduras en el documento (9,0 %) ($\chi^2(2) = 10,170$; $P= 0,006$).

Tabla 22

Diferencias observadas en las características generales de los partes de lesiones en función del equipo asistencial

	AP	UH	SE	GL	χ^2	P
Uso del modelo específico	21,3	93,4	31,2	2	167,169	0,000
Partes informatizados	61,7	98,3	6,7	2	393,144	0,000
Sin tachaduras	3,2	1,7	9,0	2	10,170	0,006

5.2. Datos relacionados con el presunto agresor

El grado de parentesco existente entre la mujer y el presunto agresor fue incluido con mayor frecuencia en los partes cumplimentados en urgencias hospitalarias (94,2 %), siendo atención primaria donde encontramos el mayor porcentaje de partes de lesiones en los que no consta (44,7 %), tal como puede observarse en la tabla 23. La mayor pérdida de información asociada a la ilegibilidad del documento se evidencia en los documentos cumplimentados en servicios de emergencias, donde alcanza valores del 28,7 % ($\chi^2(4) = 153,229$; $P= 0,000$).

Tabla 23

Diferencias observadas en relación a los datos del presunto agresor en función del equipo asistencial

	AP	UH	SE	GL	χ^2	P
Grado de parentesco presunto agresor	44,7	94,2	32,7	4	153,229	0,000

5.3. Datos de filiación de la mujer

Atendiendo a los datos de filiación de la mujer, se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en la inclusión del número de DNI o pasaporte de la mujer, la posibilidad de identificarla con los datos aportados, el municipio de residencia y el número de teléfono de contacto (tabla 24).

El número de DNI o pasaporte de la mujer fue incluido con mayor frecuencia en los partes de lesiones emitidos en atención primaria (80,9 %), siendo superior la pérdida de información en servicios de emergencias debido al alto porcentaje de partes de lesiones en los que dicha información fue ilegible (11,7 %) ($\chi^2(4) = 32,057$; $P = 0,000$). A partir de los datos aportados que permiten la identificación de la víctima (nombre y apellidos y el número de DNI o pasaporte de la mujer), fue más frecuente la identificación de la mujer en los documentos emitidos en urgencias hospitalarias (97,5 %), mientras que en el 8,7 % de los partes de lesiones emitidos en servicios de emergencias imposibilitaron su identificación ($\chi^2(2) = 7,985$; $P = 0,018$). El resto de los datos relacionados con la filiación de la mujer mostraron mejores frecuencias de inclusión en los partes de lesiones emitidos desde urgencias hospitalarias, siendo el municipio de residencia de la mujer incluido en el 95,0 % ($\chi^2(4) = 37,781$; $P = 0,000$), el número de teléfono en el 84,3 % ($\chi^2(4) = 145,605$; $P = 0,000$) y el estado civil en el 32,2 % ($\chi^2(4) = 34,138$; $P = 0,000$). Nuevamente, las mayores pérdidas de información se evidenciaron en los documentos emitidos desde los servicios de emergencias.

Tabla 24

Diferencias observadas en la inclusión de datos de filiación de la mujer en función del equipo asistencial

	AP	UH	SE	GL	χ^2	P
DNI/pasaporte de la mujer	80,9	61,2	55,6	4	32,057	0,000
Posibilidad de identificación	96,8	97,5	91,3	2	7,985	0,018
Estado civil	21,3	32,2	27,2	4	34,138	0,000
Municipio de residencia	90,4	95,0	73,3	4	37,781	0,000
Teléfono de contacto	19,1	84,3	29,7	4	145,605	0,000

Los partes de lesiones emitidos en atención primaria predominaron en los municipios de Puerto Lumbreras, Librilla y Archena, mientras que en Yecla, Cartagena y Santomera predominaron los emitidos en urgencias hospitalarias. En el resto de los municipios de la Región de Murcia la mayor parte de los partes de lesiones fueron emitidos desde servicios de emergencias extrahospitalarias (figura 26).

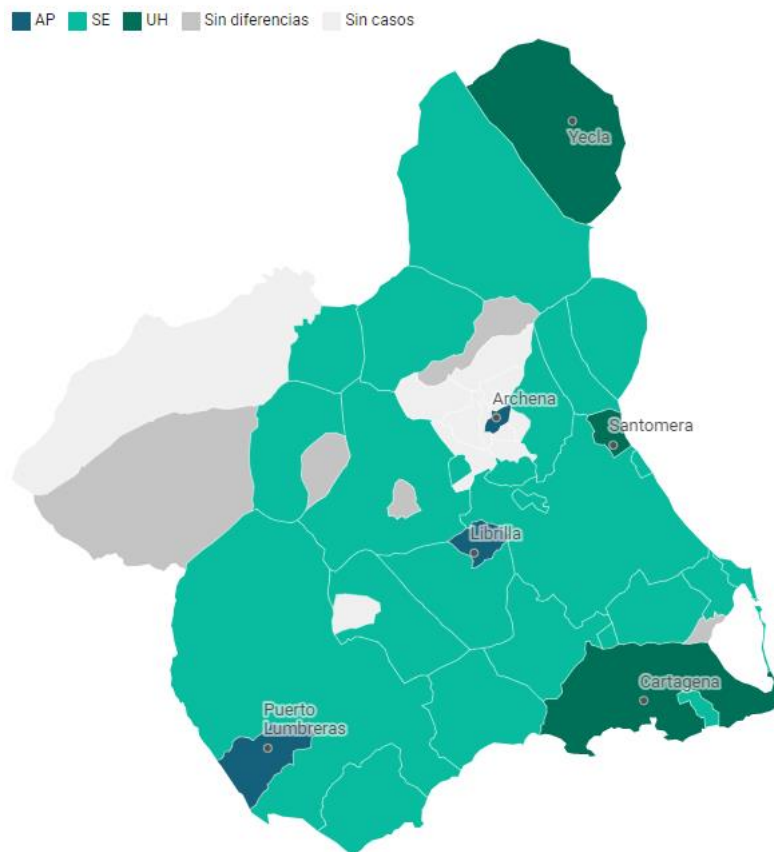


Figura 26. Equipo asistencial predominante en la emisión de partes de lesiones en los municipios de la Región de Murcia.

5.4. Datos relacionados con la asistencia y el facultativo

De todos los datos relacionados con la asistencia médica y el facultativo responsable, encontramos diferencias estadísticamente significativas en la inclusión de la fecha de la asistencia, los datos personales del facultativo, el número de colegiado y la posibilidad de identificarle con los datos aportados en el parte de lesiones (tabla 25).

La fecha en la que se produce la asistencia médica fue incluida con mayor frecuencia en los partes de lesiones emitidos en urgencias hospitalarias (99,2 %, $\chi^2(4) = 42,214$; $P = 0,000$). Sin embargo, los datos personales del facultativo responsable de la asistencia (94,7 %, $\chi^2(4) = 81,793$; $P = 0,000$) y el número de colegiado del facultativo (92,6 %, $\chi^2(4) = 79,080$; $P = 0,000$) muestran mayor frecuencia de inclusión en los partes de lesiones cumplimentados en atención

primaria, siendo posible la identificación del facultativo en el 96,8 % de los partes de lesiones cumplimentados en este servicio ($\chi^2(2) = 25,946$; $P = 0,000$). La mayor pérdida de información aparece asociada a los partes de lesiones cumplimentados en servicios de emergencias.

Tabla 25

Diferencias estadísticamente significativas en la inclusión de datos relacionados con la asistencia médica y el facultativo responsable de la misma

	AP	UH	SE	GL	χ^2	P
Fecha de la asistencia	97,9	99,2	79,8	4	42,214	0,000
Datos personales del facultativo	94,7	89,3	65,1	4	81,793	0,000
N.º de colegiado	92,6	83,5	64,8	4	79,080	0,000
Posibilidad de identificación	96,8	90,1	77,3	2	25,946	0,000

5.5. *Datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia médica*

En cuanto a los datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia médica, encontramos diferencias estadísticamente significativas en la inclusión del motivo detonante de la agresión, el lugar, fecha y hora a la que tuvo lugar, el mecanismo causal, el posible uso de objetos durante la agresión, la existencia de testigos y la implicación de otras personas en la agresión (tabla 26).

Todos los datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia médica fueron incluidos con mayor frecuencia en los partes de lesiones procedentes de urgencias hospitalarias. El detonante de la agresión fue incluido de manera legible en el 62,0% de los partes de lesiones emitidos desde urgencias hospitalarias ($\chi^2(4) = 187,329$; $P = 0,000$), el lugar en el que se produce la agresión en el 80,2 % ($\chi^2(4) = 251,325$; $P = 0,000$), la fecha en la que tiene lugar en el 84,3 % ($\chi^2(4) = 237,337$; $P = 0,000$), la hora a la que se produce la agresión en el 48,8 % ($\chi^2(4) = 114,240$; $P = 0,000$) y el mecanismo causal de las lesiones en el 91,7% ($\chi^2(4) = 229,887$; $P = 0,000$). Las frecuencias de inclusión más bajas corresponden *al uso de objetos*

durante la agresión, incluido en el 30,6 % de los partes emitidos desde urgencias hospitalarias ($\chi^2(4) = 112,708$; $P = 0,000$), la implicación de otras personas en la agresión en el 43,0 % ($\chi^2(4) = 206,950$; $P = 0,000$) y la existencia de testigos en el 33,1 % ($\chi^2(4) = 147,729$; $P = 0,000$).

Tabla 26

Diferencias estadísticamente significativas en la inclusión de datos relacionados con la agresión

	AP	UH	SE	GL	χ^2	P
Detonante de la agresión	16,0	62,0	10,0	4	187,329	0,000
Lugar de la agresión	18,1	80,2	12,2	4	251,325	0,000
Fecha de la agresión	26,6	84,3	14,7	4	237,337	0,000
Hora de la agresión	19,1	48,8	13,5	4	114,240	0,000
Mecanismo causal de las lesiones	36,2	91,7	19,0	4	229,887	0,000
Uso de objetos en la agresión	8,5	30,6	5,5	4	112,708	0,000
Otras personas implicadas	6,4	43,0	2,0	4	206,950	0,000
Testigos de la agresión	7,4	33,1	2,7	4	147,729	0,000

5.6. Datos relacionados con la vulnerabilidad de la mujer

Las variables relacionadas con la vulnerabilidad de la mujer también mostraron diferencias estadísticamente significativas, siendo superior la frecuencia de inclusión de todas estas variables en los partes de lesiones cumplimentados en urgencias hospitalarias. Nuevamente, en servicios de emergencias se evidenciaron las frecuencias de inclusión más bajas en lo que respecta a los datos relacionados con la vulnerabilidad de la mujer (tabla 27).

La situación laboral de la mujer fue incluida en el 86,0 % de los partes emitidos en urgencias hospitalarias ($\chi^2(4) = 458,038$; $P = 0,000$), la existencia de descendencia de la mujer (hijos) en el 36,4 % ($\chi^2(4) = 142,659$; $P = 0,000$). A pesar de que la existencia de antecedentes de maltrato fue incluida en el 90,9 % de los partes de lesiones emitidos desde urgencias hospitalarias ($\chi^2(4) = 299,472$; $P = 0,000$), la duración de la historia de maltrato se refleja únicamente en el 66,9 % ($\chi^2(4) = 241,726$; $P = 0,000$). La existencia de denuncias previas al agresor fue incluida en el 61,2 % de los partes emitidos por este servicio sanitario ($\chi^2(4) = 254,485$; $P = 0,000$), la evaluación del riesgo de la mujer en el 63,6 % ($\chi^2(4) = 276,703$; $P = 0,000$) y la intención de

denunciar a su presunto agresor en el 66,1 % ($\chi^2(4) = 281,575$ $P= 0,000$). Sin embargo, la existencia de amenazas por parte de su presunto agresor muestra una frecuencia de inclusión mucho más baja, siendo incluida únicamente en el 13,2 % ($\chi^2(4) = 66,359$; $P= 0,000$).

Tabla 27

Diferencias estadísticamente significativas observadas en la inclusión de datos relacionados con la vulnerabilidad de la mujer

	AP	UH	SE	GL	χ^2	P
Descendencia	12,8	36,4	4,0	4	142,659	0,000
Personas dependientes	12,8	35,5	4,0	4	139,548	0,000
Antecedentes de violencia de género	19,1	90,9	13,0	4	299,472	0,000
Duración historia de maltrato	12,8	66,9	7,0	4	241,726	0,000
Denuncias previas	9,6	61,2	4,2	4	254,485	0,000
Amenazas	8,5	13,2	3,7	4	66,359	0,000
Evaluación del riesgo percibido	13,8	63,6	2,7	4	276,703	0,000
Intención de denunciar la agresión	16,0	66,1	3,0	4	281,575	0,000
Parentesco con el presunto agresor	44,7	94,2	32,7	4	153,229	0,000
Situación laboral	4,3	86,0	2,7	4	458,038	0,000

5.7. Datos relacionados con las lesiones presumiblemente producidas

En relación con los datos relacionados con las lesiones presumiblemente producidas durante la agresión, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la inclusión de la exploración psicopatológica, el número de lesiones, la inclusión de fotografías o esquemas, la necesidad de realizar exploraciones complementarias, el diagnóstico, el tratamiento prescrito, el pronóstico de las lesiones, el plan de actuación seguido y el juicio de compatibilidad de las lesiones (tabla 28).

El estado psicológico y emocional predominante en el momento de la asistencia médica fue incluido en el 84,3 % de los partes de lesiones emitidos en urgencias hospitalarias ($\chi^2(4) = 150,996$; $P= 0,000$), el número de lesiones evidenciadas en la asistencia médica en el 93,4 % ($\chi^2(4) = 75,184$; $P= 0,000$), el plan de actuación seguido tras la asistencia en el 87,6 % ($\chi^2(4)$

= 27,204; $P= 0,000$), la necesidad de realizar exploraciones complementarias para el correcto diagnóstico de las lesiones en el 66,9 % ($\chi^2(4) = 253,538$; $P= 0,000$), el diagnóstico de las lesiones en el 95,9 % ($\chi^2(4) = 77,699$; $P= 0,000$) y el tratamiento prescrito en el 88,4 % ($\chi^2(4) = 250,025$; $P= 0,000$), siendo los partes emitidos desde atención primaria los que en menor medida incluyeron estos datos.

Servicios de emergencias destacó en la inclusión de esquemas con la localización de las lesiones o fotografías de mismas en el parte de lesiones (10,2 %) ($\chi^2(4) = 17,225$; $P= 0,000$), mientras los partes emitidos desde atención primaria incluyeron con mayor frecuencia el pronóstico, (66,0 %, $\chi^2(4) = 150,139$; $P= 0,000$) y el juicio de compatibilidad (11,7 %, $\chi^2(4) = 73,567$; $P= 0,000$).

Tabla 28

Diferencias estadísticamente significativas observadas en la inclusión de datos relacionados con las lesiones presumiblemente producidas en la agresión

	AP	UH	SE	GL	χ^2	P
Nº lesiones	22,3	84,3	30,9	4	150,996	0,000
Fotografías/esquemas	5,3	0,0	10,2	4	17,225	0,000
Exploraciones complementarias	4,3	66,9	7,0	4	253,538	0,000
Diagnóstico	76,6	95,9	60,1	4	77,699	0,000
Tratamiento	12,8	88,4	18,5	4	250,025	0,000
Pronóstico	66,0	2,5	51,1	4	150,139	0,000
Plan de actuación	84,0	87,6	69,6	4	27,204	0,000
Juicio de compatibilidad	11,7	7,4	2,0	4	73,567	0,000

6. Efecto del tamaño del municipio de residencia de la mujer en la calidad del parte de lesiones

Decidimos evaluar si existían diferencias en la calidad de la información contenida en el parte de lesiones en función del municipio de residencia de la mujer. Para realizar este análisis, se utilizaron todos partes de lesiones que incluyeron de manera legible el municipio de residencia de la mujer, siendo posteriormente recodificado en una nueva variable en función del tamaño poblacional del mismo. Estas nuevas categorías fueron:

- **>100**: Población superior a 100.000 habitantes.
- **50-100**: Población entre 50.000 y 100.000 habitantes.
- **25-50**: Población entre 25.000 y 50.000 habitantes.
- **<25**: Población inferior a 25.000 habitantes.

Con esta nueva clasificación pretendemos identificar posibles diferencias en la calidad del parte de lesiones en función del tamaño poblacional del municipio de residencia de la víctima. Sin embargo, debemos tener presente que estos resultados están basados en la suposición de que la mujer debería, en la mayoría de los casos, ser asistida en su municipio de residencia. Los resultados obtenidos tras el análisis estadístico de los datos se recogen en el anexo XI.

6.1. Características generales

Según nuestros resultados, el modelo específico para casos de violencia de género es empleado con mayor frecuencia en municipios de más de 100.000 habitantes (60,4 %) ($\chi^2(3) = 22,680 P= 0,000$). Independientemente del tamaño del municipio, la notificación al Juzgado del caso de violencia de género se realizó con mayor frecuencia mediante la remisión conjunta de ambos tipos de parte de lesiones (específico y genérico) junto al informe clínico. Este tipo

de notificación fue más común en municipios con poblaciones entre 50.000 y 100.000 habitantes (49,1 %).

En municipios con poblaciones de más de 100.000 habitantes la notificación al juzgado se realizó mediante la remisión del modelo específico (25,2 %) o en conjunto con el informe clínico (18,3 %). En municipios entre 25.000 y 50.000 habitantes fueron notificados mediante la emisión conjunta del modelo genérico y el modelo específico (14,3 %), mientras que en municipios con menos de 25.000 habitantes predominaron las notificaciones mediante el modelo genérico (25,9 %) o junto al informe clínico (15,2 %) ($\chi^2(15) = 79,959 P= 0,000$).

En la figura 27 podemos observar el modelo normalizado de parte de lesiones cumplimentado con mayor frecuencia en cada uno de los municipios presentes en la Región de Murcia.

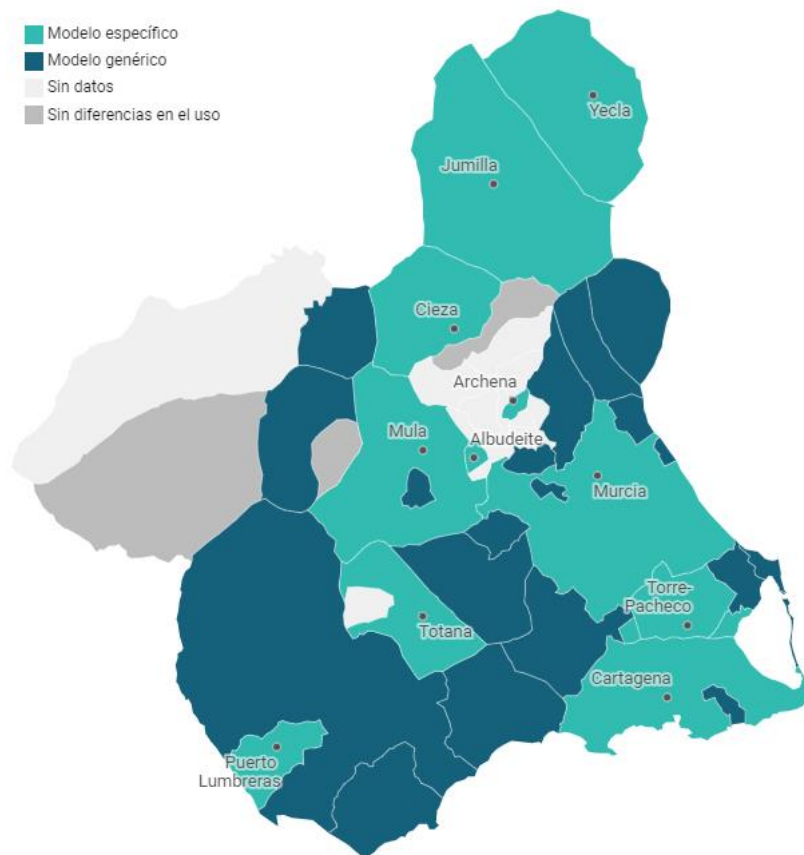


Figura 27. Modelo de parte de lesiones normalizado predominante en los distintos municipios de la Región de Murcia.

En cuanto a su formato de redacción, predominaron los partes de lesiones manuscritos (con independencia del tamaño poblacional del municipio), siendo el porcentaje de partes de lesiones informatizados superior en municipios con tamaños superiores a los 100.000 habitantes (48,0 %), mientras que en municipios con un tamaño poblacional entre 25.000 y 50.000 habitantes encontramos un uso mayoritario de partes de lesiones manuscritos (84,3 %) ($\chi^2(3) = 54,178 P= 0,000$).

Los documentos totalmente legibles predominaron en municipios de más de 100.000 habitantes (67,3 %) y en aquellos de menos de 25.000 habitantes (67,0 %) ($\chi^2(3) = 22,742 P= 0,000$). Los resultados pueden consultarse en la tabla 29.

Tabla 29

Diferencias estadísticamente significativas identificadas en las características generales del parte de lesiones en función del tamaño del municipio

	>100	50-100	25-50	<25	GL	χ^2	P
Uso del modelo específico	60,4	29,1	48,9	40,2	3	22,680	0,000
Parte de lesiones informatizado	48,0	38,2	15,7	41,1	3	54,178	0,000
Parte de lesiones totalmente legible	67,3	49,1	47,5	67,0	3	22,742	0,000

En la figura 28 se observa el formato de redacción predominante en los distintos municipios de la Región de Murcia, pudiendo observar que en la mayoría de los municipios predominan los documentos manuscritos. Los partes de lesiones informatizados predominaron en los municipios de Caravaca de la Cruz, Calasparra, Abarán, Albudeite, Librilla, Molina de Segura, Fortuna, Abanilla, Beniel y Cartagena.

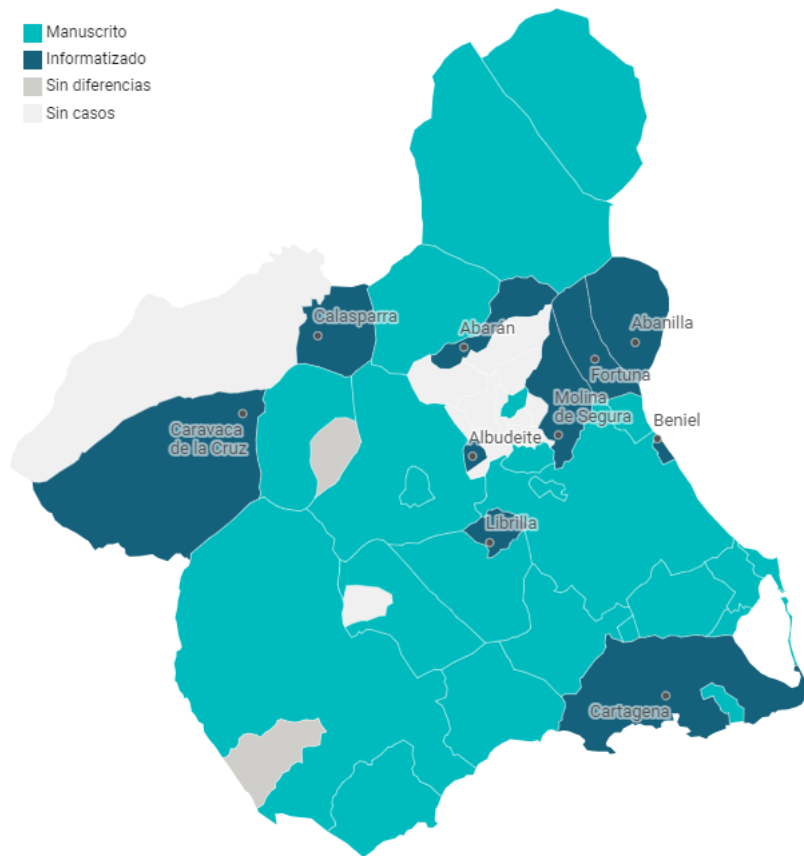


Figura 28. Formato de redacción predominante en los distintos municipios de la Región de Murcia.

6.2. Datos relacionados con el presunto agresor

El grado de parentesco con el presunto agresor fue incluido con mayor frecuencia en municipios de más de 100.000 habitantes (63,4 %) ($\chi^2(6) = 18,938$ $P = 0,004$) (tabla 30).

Tabla 30

Diferencias estadísticamente significativas identificadas en la inclusión del grado de parentesco con el presunto agresor en función del tamaño del municipio

	>100	50-100	25-50	<25	GL	χ^2	P
Grado de parentesco presunto agresor	63,4	45,5	46,2	53,6	6	18,938	0,004

6.3. Datos de filiación de la mujer

De los datos de filiación de la mujer incluidos en el parte de lesiones, únicamente se constataron diferencias estadísticamente significativas en la inclusión del número del DNI/pasaporte y el número de teléfono de la mujer (tabla 31). El número de DNI o pasaporte fue incluido con mayor frecuencia en municipios con poblaciones entre 50.000 y 100.000 habitantes (78,2 %), siendo menos frecuente en municipios con poblaciones entre 25.000 y 50.000 habitantes (50,7 %) ($\chi^2(6) = 17,254 P= 0,008$). Sin embargo, el número de teléfono de contacto de la mujer predominaba en municipios de más de 100.000 habitantes (57,9 %), siendo menos frecuente su inclusión en municipios con menos de 25.000 habitantes (33,9 %) ($\chi^2(6) = 26,168, P= 0,000$). El estado civil de la mujer fue incluido con menor frecuencia en municipios con poblaciones entre 50.000 y 100.000 habitantes (16,4 %), mostrando a su vez la frecuencia más elevada de ilegibilidad (16,4 %) ($\chi^2(6) = 22,255 P= 0,001$).

Tabla 31

Diferencias estadísticamente significativas observadas en la inclusión de datos relacionados con la filiación de la mujer en función del tamaño del municipio

	>100	50-100	25-50	<25	GL	χ^2	P
DNI/pasaporte de la mujer	61,4	78,2	50,7	65,2	6	17,254	0,008
Teléfono de contacto	57,9	36,4	40,8	33,9	6	26,168	0,000
Estado civil	34,2	16,4	35,9	34,8	6	22,255	0,001

6.4. Datos relacionados con la vulnerabilidad de la mujer

En municipios con poblaciones superiores a los 100.000 habitantes fue incluida con mayor frecuencia la situación laboral de la mujer (35,6 %) ($\chi^2(6) = 62,108, P= 0,000$). y la existencia de descendientes de la mujer (hijos) (20,3 %) ($\chi^2(6) = 32,839; P= 0,000$), variables que fueron incluidas en menor medida en municipios con poblaciones entre 25.000 y 50.000 habitantes.

Los partes de lesiones cumplimentados en municipios con más de 100.000 habitantes incluyeron con mayor frecuencia tanto los antecedentes de violencia de género (9,4 %) ($\chi^2(6) = 29,472$; $P= 0,000$), como la duración de esta (36,1 %) ($\chi^2(6) = 43,164$; $P= 0,000$), identificando las mayores pérdidas de información en municipios con tamaños inferiores a los 25.000 habitantes. Es también en los municipios de mayor tamaño poblacional en los que se incluyeron con mayor frecuencia la existencia de denuncias previas, la implicación de otras personas en la agresión o la existencia de testigos.

La existencia de denuncias previas fue incluida en el 31,2 % de los partes de lesiones cumplimentados en estos municipios ($\chi^2(6) = 46,262$; $P= 0,000$), la implicación de otras personas en la agresión en el 20,8 % ($\chi^2(6) = 36,589$; $P= 0,000$) y la inclusión de información relacionada con los posibles testigos de la agresión en el 18,3 % ($\chi^2(6) = 28,162$; $P= 0,000$). Datos que fueron incluidos con menor frecuencia en municipios con tamaños poblacionales entre los 50.000 y 100.000 habitantes.

En municipios de más de 100.000 habitantes también se incluyeron con mayor frecuencia la intención de denunciar la agresión, la existencia de amenazas por parte de su agresor y la evaluación del riesgo de volver a ser agredida. La intención de la mujer de denunciar la agresión fue incluida en el 31,2 % de los partes de lesiones cumplimentados en municipios de mayor tamaño ($\chi^2(6) = 43,612$; $P= 0,000$), la existencia de amenazas por parte del agresor en el 9,9 % ($\chi^2(6) = 16,301$; $P= 0,012$) y la evaluación del riesgo de volver a ser agredida en el 30,2 % ($\chi^2(6) = 50,038$; $P= 0,000$), siendo en municipios con poblaciones entre 25.000 y 50.000 habitantes donde mayores pérdidas de información se evidencian. Los resultados obtenidos del análisis estadístico pueden consultarse en la tabla 32.

Tabla 32

Diferencias estadísticamente significativas observadas en los datos relacionados con la vulnerabilidad de la mujer en función del tamaño del municipio

	>100	50-100	25-50	<25	GL	χ^2	P
Descendencia	20,3	16,4	7,2	12,5	6	32,839	0,000
Personas dependientes	19,8	14,5	7,2	12,5	6	31,706	0,000
Antecedentes de violencia de género	45,5	27,3	26,9	24,1	6	29,472	0,000
Duración situación de violencia	36,1	14,5	16,6	11,6	6	43,164	0,000
Denuncias previas	31,2	9,1	12,1	10,7	6	46,262	0,000
Personas implicadas en la agresión	20,8	5,5	8,1	5,4	6	36,589	0,000
Testigos de la agresión	18,3	5,5	8,5	6,3	6	28,162	0,000
Intención denunciar la agresión	31,2	18,2	9,4	14,3	6	43,612	0,000
Evaluación riesgo	30,2	18,2	7,2	12,5	6	50,038	0,000
Amenazas hacia la mujer	9,9	5,5	4,5	9,8	6	16,301	0,012
Grado de parentesco con agresor	63,4	45,5	46,2	53,6	6	18,938	0,004
Situación laboral	35,6	12,7	10,3	11,6	6	62,108	0,000

6.5. Datos relacionados con la asistencia y el facultativo responsable

De los datos relacionados con la asistencia médica y el facultativo responsable de la misma, únicamente se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la inclusión del acompañante de la mujer y los datos personales del facultativo responsable de la asistencia médica (tabla 33). Las frecuencias de inclusión más elevadas se identificaron en municipios con poblaciones inferiores a los 25.000 habitantes, siendo incluidos en el 81,3 % de los partes de lesiones ($\chi^2(6) = 13,194$; $P = 0,040$).

El acompañante de la mujer durante la asistencia médica muestra unas frecuencias de inclusión muy bajas, siendo incluido con mayor frecuencia en municipios con poblaciones entre 50.000 y 100.000 habitantes (7,3 %, $\chi^2(6) = 17,293$; $P = 0,000$).

Tabla 33

Diferencias estadísticamente significativas evidenciadas en la inclusión de datos relacionados con la asistencia médica y el facultativo responsable en función del tamaño del municipio

	>100	50-100	25-50	<25	GL	χ^2	P
Acompañante	5,0	7,3	6,3	5,4	6	17,293	0,008
Datos personales del facultativo	78,7	78,2	73,5	81,3	6	13,194	0,040

6.6. Datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia

A excepción del uso de objetos que fue incluido con mayor frecuencia en municipios con tamaño poblacional entre los 50.000 y 100.000 habitantes, el resto de los aspectos relacionados con los hechos que motivan la asistencia médica se incluyeron con mayor frecuencia en municipios de más de 100.000 habitantes (tabla 34).

El motivo detonante de la agresión fue incluido en el 34,7 % de los partes de lesiones analizados procedentes de municipios con poblaciones de más de 100.000 habitantes, siendo la más elevada. Por el contrario, en municipios con poblaciones entre 25.000 y 50.000 habitantes encontramos las frecuencias de inclusión más bajas (15,7 %) asociadas a mayores pérdidas de información por cuestiones de legibilidad del documento ($\chi^2(6) = 28,951$; $P=0,000$).

El lugar en el que se produce la agresión, la fecha, la hora y el mecanismo causal de las lesiones se incluyeron con mayor frecuencia en los partes de lesiones cumplimentados en municipios de mayor tamaño, observando la mayor pérdida de dicha información en municipios con tamaños entre los 50.000 y 100.000 habitantes. El lugar en el que se produce la agresión fue incluido en el 40,1 % de los partes de lesiones analizados ($\chi^2(6) = 26,886$; $P=0,000$), la fecha en la que se produce la agresión en el 47,0 % ($\chi^2(6) = 26,834$; $P=0,000$), la hora en el 29,7 % ($\chi^2(6) = 17,766$; $P=0,007$) y el mecanismo causal de las lesiones en el 53,5 % ($\chi^2(6) = 18,172$; $P=0,006$).

El uso de objetos durante la agresión muestra frecuencias de inclusión similares, aunque ligeramente superiores en los municipios con poblaciones entre los 50.000 y 100.000 habitantes ($\chi^2(6) = 14,636; P= 0,023$).

Generalmente, la inclusión en el parte de lesiones de la existencia de testigos o la implicación de otras personas en la agresión suele ser baja. Las frecuencias de inclusión más elevadas se encontraron en los partes de lesiones cumplimentados en municipios de más de 100.000 habitantes, siendo la existencia de testigos de la agresión incluida en el 18,3 % ($\chi^2(6) = 28,162; P= 0,000$) y la participación de otras personas durante la agresión en el 20,8 % ($\chi^2(6) = 36,589; P= 0,000$).

Tabla 34

Diferencias estadísticamente significativas evidenciadas en la inclusión de datos relacionados con la agresión en función del tamaño del municipio

	>100	50-100	25-50	<25	GL	χ^2	P
Detonante de la agresión	34,7	21,8	15,7	24,1	6	28,951	0,000
Lugar de la agresión	40,1	23,6	24,7	27,7	6	26,886	0,000
Fecha de la agresión	47,0	23,6	31,4	36,6	6	26,834	0,000
Hora de la agresión	29,7	21,8	25,1	27,7	6	17,766	0,007
Mecanismo causal de las lesiones	53,5	30,9	38,6	42,9	6	18,172	0,006
Uso de objetos en la agresión	14,4	16,4	9,0	11,6	6	14,636	0,023

6.7. Datos relacionados con las lesiones presumiblemente producidas

Encontramos diferencias estadísticamente significativas en la inclusión del estado psicológico de la mujer, el tipo de lesiones físicas, el número de lesiones y la localización de estas. Se trata de datos incluidos con mayor frecuencia en los partes cumplimentados en municipios de más de 100.000 habitantes, siendo menos frecuente su inclusión en municipios entre los 50.000 y 100.000 habitantes (tabla 35).

El estado psicológico y emocional predominante en la mujer tras la agresión se incluye en el 56,4 % de los partes analizados ($\chi^2(6) = 34,175$; $P= 0,000$), el tipo de lesiones físicas evidenciadas durante la asistencia en el 84,7 % ($\chi^2(6) = 18,810$; $P= 0,004$), la localización de las lesiones en el 81,7 % ($\chi^2(6) = 21,909$; $P= 0,001$) y el número de lesiones en el 82,7 % ($\chi^2(8) = 18,128$; $P= 0,006$).

Tabla 35

Diferencias estadísticamente significativas identificadas en la inclusión de datos relacionados con las lesiones presumiblemente producidas durante la agresión en función del tamaño del municipio

	>100	50-100	25-50	<25	GL	χ^2	P
Estado psicológico	56,4	20,0	43,9	46,4	6	34,175	0,000
Tipo de lesiones	84,7	69,1	70,4	78,6	6	18,810	0,004
N.º de lesiones	82,7	63,6	69,1	80,4	6	18,128	0,006
Localización de las lesiones	81,7	65,5	66,4	79,5	6	21,909	0,001

6.8. Datos clínicos de interés

En cuanto a los datos clínicos de interés, en municipios de más de 100.000 habitantes se incluyeron con mayor frecuencia la necesidad de realizar exploraciones complementarias, el diagnóstico y el tratamiento, mientras que el pronóstico y el juicio de compatibilidad fueron más frecuentes en los partes de lesiones cumplimentados en municipios entre 50.000 y 100.000 habitantes (tabla 36).

La necesidad de realizar exploraciones complementarias fue incluida en el 29,7 % de los partes de lesiones cumplimentados en municipios con poblaciones de más de 100.000 habitantes ($\chi^2(6) = 28,214$; $P= 0,000$), el diagnóstico en el 80,2 % ($\chi^2(6) = 25,906$; $P= 0,000$), las medidas terapéuticas en el 54,5% ($\chi^2(6) = 36,133$; $P= 0,000$) y el tratamiento en el 54,5 % ($\chi^2(6) = 36,133$ $P= 0,000$).

Las frecuencias de inclusión más bajas se identificaron en municipios con poblaciones entre 50.000 y 100.000 habitantes. Sin embargo, el pronóstico de las lesiones fue incluido con mayor

frecuencia en los partes de lesiones cumplimentados en municipios con poblaciones entre 50.000 y 100.000 habitantes (56,4 %, $\chi^2(6) = 35,788$; $P= 0,000$) y el juicio de compatibilidad en el 7,3% ($\chi^2(6) = 14,078$; $P= 0,029$).

Tabla 36

Diferencias estadísticamente significativas identificadas en la inclusión de datos clínicos de interés en función del tamaño del municipio

	>100	50-100	25-50	<25	GL	χ^2	<i>P</i>
Exploraciones complementarias	29,7	12,7	19,3	15,2	6	28,214	0,000
Diagnóstico	80,2	67,3	71,7	80,4	6	25,906	0,000
Tratamiento	54,5	25,5	33,2	35,7	6	36,133	0,000
Pronóstico	28,2	56,4	36,3	50,9	6	35,788	0,000
Juicio compatibilidad	6,4	7,3	4,0	7,1	6	14,078	0,029

7. Efecto del sexo del facultativo en la calidad del parte de

lesiones

Para evaluar la existencia de diferencias en la calidad de la información contenida en el parte de lesiones en función del sexo del facultativo responsable de la asistencia médica, empleamos únicamente aquellos partes de lesiones cumplimentados mediante un modelo normalizado, seleccionando los documentos en los que a partir del nombre del facultativo puede deducirse inequívocamente su sexo (N=560). Los resultados obtenidos del análisis estadístico están disponibles en el anexo XII.

Los resultados obtenidos tras el análisis estadístico indican que la calidad de la información contenida en los partes de lesiones es ligeramente superior cuando el facultativo responsable de la asistencia médica es una mujer. Estas diferencias únicamente fueron estadísticamente significativas en cuanto a la posibilidad de identificar a la mujer asistida, la inclusión de la edad de la mujer, el estado psicológico durante la asistencia y la necesidad de realizar exploraciones complementarias (tabla 37). Fue posible identificar a la mujer asistida en el 97,8 % de los partes de lesiones cumplimentados por mujeres ($\chi^2(1) = 5,907; P= 0,015$), la edad de la mujer fue incluida en el 96,9 % ($\chi^2(2) = 7,176; P= 0,028$), el estado psicológico o emocional de la mujer durante la asistencia médica en el 51,4 % ($\chi^2(2) = 7,305; P= 0,026$) y la necesidad de realizar exploraciones complementarias en el 26,0 % ($\chi^2(2) = 8,652; P= 0,013$).

Tabla 37

Diferencias estadísticamente significativas en la calidad del parte de lesiones en función del sexo del facultativo responsable de la asistencia médica

	Mujer	Varón	GL	χ^2	P
Identificación de la mujer	97,8	93,8	1	5,907	0,015
Edad de la mujer	96,9	92,1	2	7,176	0,028
Estado psicológico y emocional de la mujer	51,4	41,5	2	7,305	0,026
Exploración complementaria	26,0	17,8	2	8,652	0,013

8. Efecto de la existencia de antecedentes de violencia de género

en la calidad del parte de lesiones

En la literatura consultada encontramos estudios que afirman que la existencia del antecedente de mujer maltratada predispone a que los facultativos no hagan a la mujer las preguntas adecuadas por miedo a incomodarla, afectando de manera negativa a la calidad de la información recogida en el parte de lesiones. Por ello, decidimos analizar si en el conjunto de partes de lesiones existen diferencias estadísticamente significativas en la información contenida, en función de la inclusión de los antecedentes de violencia de género. Para ello, empleamos los partes de lesiones cumplimentados mediante uno de los modelos normalizados, siempre que en él haya sido especificada la ausencia o existencia de antecedentes de violencia de género (N=117). Los resultados obtenidos del análisis estadístico pueden consultarse en el anexo XIII.

Los resultados obtenidos permitieron identificar diferencias estadísticamente significativas en datos relacionados con las circunstancias de la agresión, las lesiones producidas y la vulnerabilidad de la mujer, siendo incluidos con mayor frecuencia en aquellos casos en los que se especifica que la mujer ha sufrido violencia de género anteriormente.

En aquellos casos en los que fue conocida la existencia de antecedentes de violencia de género, fueron incluidos con mayor frecuencia el motivo detonante de la agresión (52,1 %) ($\chi^2(2) = 37,404$; $P= 0,000$), el lugar en el que se produce la agresión (65,1 %) ($\chi^2(2) = 24,680$; $P= 0,000$), la fecha en la que se produce la agresión (71,4 %) ($\chi^2(2) = 23,266$; $P= 0,000$), el mecanismo causal de las lesiones (82,3 %) ($\chi^2(2) = 30,092$; $P= 0,000$) y el uso de objetos durante la agresión (26,6 %) ($\chi^2(2) = 30,603$; $P= 0,000$) (tabla 38).

Tabla 38

Diferencias estadísticamente significativas identificadas en la calidad de los partes de lesiones en función de la existencia o ausencia de antecedentes de violencia de género

	Sin Antecedentes	Con Antecedentes	GL	χ^2	P
Detonante de la agresión	28,3	52,1	2	37,404	0,000
Lugar de la agresión	41,7	65,1	2	24,680	0,000
Fecha de la agresión	58,3	71,4	2	23,266	0,000
Mecanismo causal	56,7	82,3	2	30,092	0,000
Uso de objetos	13,3	26,6	2	36,603	0,000

En cuanto a los datos relacionados con las lesiones presumiblemente producidas en la agresión, se incluyeron con mayor frecuencia en los partes de lesiones cuando se conocía la existencia de antecedentes de violencia de género el estado psicológico o emocional predominante en la mujer en el momento de la asistencia médica (84,4 %) ($\chi^2(2) = 27,106$; $P= 0,000$), el número de lesiones evidenciadas (90,1 %) ($\chi^2(3) = 31,405$; $P= 0,000$) y la localización de estas (91,1 %) ($\chi^2(2) = 27,106$; $P= 0,000$). Sin embargo, la dimensión de las lesiones fue incluida con mayor frecuencia cuando no existían antecedentes de violencia de género (tabla 39).

Tabla 39

Diferencias estadísticamente significativas en la inclusión de datos relacionados con las lesiones presumiblemente producidas en función de la existencia o ausencia de antecedentes de violencia de género

	Sin Antecedentes	Con Antecedentes	GL	χ^2	P
Estado psicológico	66,7	84,4	2	27,106	0,000
Dimensión lesiones	15,0	13,5	3	23,902	0,000
Número de lesiones	65,0	90,1	2	31,425	0,000
Localización lesiones	66,7	91,1	2	27,106	0,000

Los datos relacionados con la vulnerabilidad de la mujer incluidos con mayor frecuencia cuando existen antecedentes de violencia de género fueron la existencia de descendencia de la mujer (hijos) (31,8 %) ($\chi^2(2) = 27,456$; $P= 0,000$), la intención de la mujer de denunciar a su presunto agresor (54,7 %) ($\chi^2(2) = 44,750$; $P= 0,000$) y el riesgo que muestra la mujer (46,9 %) ($\chi^2(2) = 35,935$; $P= 0,000$). Sin embargo, la existencia de denuncias previas por parte de la

mujer a su presunto agresor fue incluida con mayor frecuencia en los partes de lesiones emitidos a mujeres sin antecedentes de violencia de género (76,7 %) ($\chi^2(2) = 50,864$; $P=0,000$).

Tabla 40

Diferencias estadísticamente significativas identificadas en la inclusión de datos relacionados con la vulnerabilidad de la mujer en función de la existencia o ausencia de antecedentes de violencia de género

	Sin Antecedentes	Con Antecedentes	GL	χ^2	P
Descendencia	13,3	31,8	2	27,456	0,000
Denuncias previas	76,7	40,6	2	50,864	0,000
Intención denuncia	20,0	54,7	2	44,750	0,000
Evaluación del riesgo	18,3	46,9	2	35,935	0,000
Amenazas	8,3	17,2	2	27,192	0,000

9. Análisis de la calidad de la información contenida en el informe clínico de alta

Encontramos casos en los que el facultativo cumplimentó exclusivamente el informe clínico de alta, realizando la notificación al juzgado mediante su remisión sin adjuntar un parte de lesiones (N=198). Nos propusimos conocer el nivel de cumplimentación de estos documentos y si la información que contienen se ajusta a lo establecido en el Protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género. Este análisis se realizó únicamente en aquellos casos en los que el informe clínico de alta constituye la única prueba, al no ir acompañado de un parte de lesiones. Los resultados obtenidos del análisis estadístico de los datos están disponibles en el anexo XIV.

9.1. *Características generales del documento*

El 80,8% de los informes clínicos emitidos se encontraba informatizado, mostrando tachaduras únicamente el 5,6 % de los informes analizados. Estos factores repercuten directamente en el grado de legibilidad del documento, siendo el 80,8 % de los informes clínicos totalmente legibles y solo el 1,0 % totalmente ilegibles. Al comparar la información contenida en el informe clínico con la contenida en los partes de lesiones observamos diferencias estadísticamente significativas en el número de documentos informatizados, el grado de legibilidad y la presencia de tachaduras (tabla 41).

Tabla 41

Diferencias estadísticamente significativas en las características generales entre el informe clínico y el parte de lesiones

	PJ	PE	IC	GL	χ^2	P
Documentos informatizados	18,3	32,5	80,8	2	226,474	0,000
Documentos totalmente legibles	45,9	48,5	80,8	4	73,235	0,000
Con tachaduras	4,6	12,4	5,6	2	18,937	0,000

9.2. Datos relacionados con la filiación de la mujer

Si comparamos la información contenida en el informe clínico de alta con los partes de lesiones normalizados observamos diferencias estadísticamente significativas en la posibilidad de identificar a la mujer, la inclusión de la fecha de nacimiento o edad de la mujer, la dirección de residencia, el municipio de residencia y el número de teléfono de contacto (tabla 42).

El nombre y los apellidos de la mujer fue incluido en el 97,5 % de los informes clínicos analizados, mientras que el Documento Nacional de Identidad o DNI de la mujer (o en su defecto el número de pasaporte) fue conocido en el 82,3 % de los casos. En el 2,0 % de los casos analizados fue imposible identificar a la mujer asistida con los datos incluidos en el informe clínico.

La fecha de nacimiento (o edad) de la mujer fue incluida en el 95,5 % de los informes clínicos analizados, la dirección de la mujer en el 94,9 %, el municipio de residencia de la mujer en el 91,4 % y el número de teléfono de la mujer para contactar con ella de manera segura en el 66,7 %. A excepción del número de teléfono de contacto, que fue incluido con mayor frecuencia en el modelo específico para casos de violencia de género, el resto se incluyeron con mayor frecuencia en el informe clínico de alta.

Tabla 42

Diferencias estadísticamente significativas evidenciadas en la inclusión de datos relacionados con la filiación de la mujer en el informe clínico de alta

	PJ	PE	IC	GL	χ^2	P
Posibilidad de identificación de la mujer	89,7	91,6	98,0	2	12,664	0,000
Fecha de nacimiento o edad de la mujer	86,3	92,0	95,5	4	18,121	0,000
Dirección de residencia	82,2	85,4	94,4	4	17,550	0,000
Municipio de residencia	77,8	65,0	91,4	4	86,630	0,000
Teléfono de contacto	5,2	79,4	66,7	4	504,261	0,000

9.3. Datos relacionados con la asistencia médica y el facultativo responsable

Atendiendo a la inclusión en el documento de los datos relacionados con la asistencia médica y el facultativo responsable, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el equipo responsable de la asistencia, los datos personales del facultativo, su número de colegiado, la posibilidad de identificarle, la fecha de asistencia, la hora y el acompañante de la mujer en la asistencia (tabla 43).

El equipo asistencial responsable de la asistencia médica fue incluido de manera legible en el 95,5 % de los informes clínicos emitidos, siendo la mayoría emitidos desde servicios de emergencias (51,9 %). Únicamente el 1,6 % de los informes clínicos enviados al juzgado fueron emitidos desde atención primaria.

Los datos personales del facultativo responsable de la asistencia se incluyeron en el 76,3 % de los informes clínicos analizados. Resultados similares se obtienen al analizar la inclusión del número de colegiado del facultativo, siendo este conocido en el 79,8 % de los informes. Estos datos afectan directamente a la posibilidad de identificar al facultativo responsable de la asistencia, siendo posible su identificación en el 83,8 % de los informes clínicos.

La fecha en la que se realiza la asistencia médica fue incluida en el 96,0 % de los documentos y la franja horaria en el 93,9 %. Un aspecto importante como es el hecho de incluir en el

documento si la mujer acude a la asistencia médica con un acompañante o acude sola, consta únicamente en el 16,2 % de los informes clínicos analizados.

Tabla 43

Diferencias estadísticamente significativas en la inclusión de datos relacionados con la asistencia médica y el facultativo responsable

	PJ	PE	IC	GL	χ^2	P
Centro emisor	92,3	57,1	95,5	4	221,695	0,000
Datos personales del facultativo	71,9	61,7	76,3	4	64,058	0,000
N.º colegiado	67,8	67,3	79,8	4	47,270	0,000
Posibilidad identificar al facultativo	80,7	72,3	83,8	4	13,737	0,000
Hora de la asistencia	75,0	35,0	93,9	4	258,420	0,000
Fecha de la asistencia	88,7	72,1	96	4	88,412	0,000
Motivo de consulta	89,4	80,8	91,9	4	40,558	0,000

9.4. Datos relacionados con el presunto agresor

El grado de parentesco existente entre la mujer y el presunto agresor fue incluido en el 73,2 % de los informes clínicos, mientras que los datos personales que permitiesen la identificación del presunto agresor no aparecieron en ninguno de los informes clínicos analizados (tabla 44).

Tabla 44

Diferencias estadísticamente significativas en la inclusión de datos relacionados con el presunto agresor en el informe clínico

	PJ	PE	IC	GL	χ^2	P
Grado de parentesco con presunto agresor	18,6	77,0	73,2	4	380,257	0,000

9.5. Datos relacionados con la vulnerabilidad de la mujer

Todos los datos relacionados con la vulnerabilidad de la mujer mostraron frecuencias de inclusión más bajas en el informe clínico de alta en comparación al parte de lesiones (tabla 45).

El estado civil de la mujer fue incluido en el 18,7 % de los informes analizados y la situación laboral de la mujer en el 3,0 %. El grado de discapacidad de la mujer, en el caso de que la

hubiere, aparecía en el 0,5 % de los informes clínicos analizados y la existencia de descendientes (hijos) únicamente en el 11,6 %.

En cuanto a los posibles antecedentes de violencia de género que pudiera haber sufrido la mujer, observamos que fueron incluidos en el 10,6 % de los informes clínicos analizados. Sin embargo, la duración de la historia de maltrato únicamente aparecía en el 3,0 % de los informes. Esto resultados indican que, a pesar de que el facultativo conoce la situación de violencia que sufre la mujer, en un elevado número de casos no especifica la duración de la historia de maltrato en el informe clínico emitido.

Aspectos relacionados con el nivel de seguridad en el que se encuentra la mujer muestran unas frecuencias de inclusión dramáticamente bajas. El nivel de seguridad y riesgo percibido por la mujer fue incluido en el 1,5 % de los informes clínicos analizados, mientras que la existencia de amenazas a la mujer por parte de su presunto agresor únicamente fue conocida en el 5,1 % de los documentos. A su vez, la existencia de denuncias previas de la mujer a su presunto agresor constaba únicamente en el 1,0 % de los informes clínicos analizados y la intención de la mujer de denunciar a su presunto agresor en el 3,0 %.

Tabla 45

Diferencias estadísticamente significativas en la inclusión de los datos relacionados con la vulnerabilidad de la mujer en el informe clínico de alta

	PJ	PE	IC	GL	χ^2	P
Antecedentes de Violencia de género	3,6	53,3	10,6	4	379,382	0,000
Duración de la historia de maltrato	2,3	34,3	3,0	4	240,247	0,000
Denuncias previas	0,3	28,5	1,0	4	233,298	0,000
Personas implicadas en la agresión	1,0	16,6	3,0	4	116,779	0,000
Testigos	1,8	15,5	4,0	4	96,185	0,000
Intención de denunciar	1,3	27,9	3,0	4	205,379	0,000
Evaluación del riesgo percibido	1,0	24,1	1,5	4	183,951	0,000
Amenazas	2,8	11,7	5,1	4	61,288	0,000
Descendencia	2,3	18,6	11,6	4	89,281	0,000
Estado civil de la mujer	4,9	65,9	18,7	4	397,853	0,000
Situación laboral de la mujer	2,8	25,4	3,0	4	176,045	0,000
Personas dependientes	2,3	18,1	11,6	4	86,319	0,000

9.6. *Datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia médica*

El relato de los hechos realizado por la mujer fue incluido de manera legible en el 91,9 % de los informes clínicos, mientras el resto de los datos relacionados con la agresión muestran frecuencias de inclusión mucho más bajas (tabla 46).

El motivo detonante de la agresión constaba únicamente en el 22,7 % de los informes, la fecha en la que se produjo la agresión en el 30,3 %, la hora en el 21,2 % y el lugar en el que se produjo en el 16,2 %. El mecanismo mediante el cual se producen las lesiones fue incluido en el 61,1% de los informes clínicos analizados, haciendo referencia al uso de objetos durante la agresión en el 20,2 % de los casos. Aspectos importantes como la existencia de testigos o la implicación de otras personas en la agresión apenas fueron incluidos en el informe clínico de alta. La existencia de testigos de la agresión constaba en el 4,0 % de los informes clínicos y la existencia de otras personas implicadas en la agresión en el 3,0 %.

Tabla 46

Diferencias estadísticamente significativas en la inclusión de datos relacionados con la agresión en el informe clínico de alta

	PJ	PE	IC	GL	χ^2	P
Relato de la agresión	89,4	80,8	91,9	4	40,558	0,001
Detonante de la agresión	5,9	34,1	22,7	4	141,812	0,000
Lugar en el que se produjo la agresión	4,9	45,6	16,2	4	264,681	0,000
Fecha en la que tuvo lugar la agresión	7,5	53,8	30,3	4	260,644	0,000
Hora a la que tuvo lugar la agresión	5,9	42,7	21,2	4	199,637	0,000
Mecanismo causal	12,1	59,1	61,1	4	285,769	0,000

9.7. Datos relacionados con las lesiones presumiblemente producidas en la agresión

A excepción del estado psicológico de la mujer, la coloración de las lesiones, la inclusión de fotografías o esquemas, el tipo de violencia sufrida y uso de objetos durante la agresión, el resto de los datos relacionados con la descripción de las lesiones fueron incluidas con mayor frecuencia en el informe clínico de alta (tabla 47).

El tipo de violencia ejercida contra la mujer fue incluido de manera legible en el 87,9 % de los informes clínicos analizados, el resultado de la exploración psicopatológica de la mujer en el 22,7 % y las consecuencias físicas que origina la agresión en el 84,4 %. Los aspectos mejor descritos fueron la localización y el número de lesiones sufridas, quedando la localización de las lesiones incluida en el 83,8% de los informes clínicos analizados y el número de lesiones en el 83,3 %. Variables como la morfología, el estado evolutivo de las lesiones o sus dimensiones, resultan muy útiles a la hora de valorar la situación de violencia sufrida por la mujer, a la vez que permiten al facultativo establecer el juicio de compatibilidad entre las lesiones y el mecanismo causal de las mismas. Resulta sorprendente la baja frecuencia con la que fueron incluidos estos aspectos relacionados con la descripción de las lesiones. Al analizar concretamente aquellos casos en los que el facultativo hizo referencia a la presencia de lesiones físicas visibles (N=151), observamos que la morfología de las lesiones fue incluida únicamente en el 9,6% de los casos, la coloración en el 3,5 % y la dimensión en el 12,6%.

Tabla 47

Diferencias estadísticamente significativas observadas en la inclusión de datos relacionados con las lesiones presumiblemente producidas en el informe clínico de alta

	PJ	PE	IC	GL	χ^2	P
Estado psicológico de la mujer	12,4	72,8	22,7	4	438,447	0,000
Tipo de lesiones	55,2	57,7	76,3	6	61,067	0,000
Número de lesiones	55,2	58,0	75,8	6	53,029	0,000
Forma de las lesiones	5,4	7,3	9,6	6	58,153	0,000
Dimensión de las lesiones	4,9	10,4	12,6	6	64,751	0,000
Coloración de las lesiones	2,1	4,6	3,5	6	62,241	0,000
Localización de las lesiones	57,7	65,9	83,8	4	64,483	0,000
Fotografías/esquemas de las lesiones	0,3	24,6	1,0	4	156,031	0,000
Tipo de violencia sufrida	64,9	73,9	87,9	4	55,102	0,000
Uso de objetos en la agresión	2,8	17,0	20,2	4	82,509	0,000

9.8. Datos clínicos de interés relacionados con la asistencia médica

De los distintos datos clínicos que deben incluirse en la notificación del caso al juzgado, observamos diferencias estadísticamente significativas en todas las variables. A excepción del pronóstico que fue incluido con mayor frecuencia en el modelo genérico de parte de lesiones, y el juicio de compatibilidad que fue predominante en los partes del modelo específico para casos de violencia de género, el resto de las variables fueron incluidas con mayor frecuencia en el informe clínico de alta (tabla 48).

Dada la somera descripción de las lesiones realizada por el facultativo, no debería sorprendernos que el juicio de compatibilidad entre las lesiones observadas en el cuerpo de la mujer y el mecanismo causal descrito por la misma se incluyese únicamente en el 2,0 % de los informes clínicos analizados.

La necesidad de una exploración complementaria para realizar el correcto diagnóstico de las lesiones fue incluida en el 36,9 % de los informes clínicos analizados, y el diagnóstico emitido en el 90,4%. Del total de diagnósticos emitidos (N=179), el 19,6 % se consideraron

inválidos al no establecer una correcta descripción de las lesiones, siendo la paciente diagnosticada con “agresión” o “violencia de género”.

El tratamiento prescrito a la mujer para la recuperación de las lesiones fue conocido en el 74,7 % de los informes clínicos analizados, el pronóstico de las lesiones en el 0,5 % y el Plan de Actuación seguido tras la asistencia médica en el 85,4 %.

Tabla 48

Diferencias estadísticamente significativas evidenciadas en la inclusión de datos clínicos importantes en el informe clínico de alta

	PJ	PE	IC	GL	χ^2	P
Exploraciones complementarias	2,6	35,0	36,9	4	191,175	0,000
Diagnóstico emitido	57,7	74,6	90,4	4	84,793	0,000
Validez del diagnóstico	54,4	55,3	72,7	4	21,063	0,000
Tratamiento	1,8	69,0	74,7	4	501,439	0,000
Pronóstico	71,1	0,9	0,5	4	633,051	0,000
Plan de actuación seguido	77,8	58,2	85,4	4	73,474	0,000
Juicio de compatibilidad	1,5	7,3	2,0	4	57,368	0,000

DISCUSIÓN

A decorative red watercolor splash is located in the bottom right quadrant of the page, extending from the right edge towards the center. It features various shades of red, from light pink to deep crimson, with some darker spots and a textured, painterly appearance.

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN

La violencia de género se considera un problema de salud grave cuya prevención es una prioridad en el sistema sanitario (119). Se trata de uno de los problemas más antiguos cuya erradicación se está alargando en el tiempo (17), formando parte de manera oculta en la vida cotidiana de las mujeres a lo largo de la historia (18). Pero, a pesar de la sensibilización social paulatina, actualmente no hemos logrado alcanzar el nivel deseado (4).

El desconocimiento de las instituciones relacionadas con la atención a víctimas de violencia de género y la negativa valoración de la Justicia convierten a los profesionales sanitarios en la principal herramienta en la que se apoyan las mujeres víctimas de este fenómeno (64); Y los profesionales sanitarios que deberían ser las personas más capacitadas para su detección no parecen estar a la altura de la situación.

Son numerosas las investigaciones que demuestran que los profesionales sanitarios, siendo uno de los eslabones de la cadena más importantes para poner de manifiesto una situación de violencia, fallan en su cometido (4,119,120). Este déficit ha sido asociado a la falta de sensibilización en determinados aspectos, dando como resultado que cerca del 70 % de los casos pasen inadvertidos (119) , y los casos detectados se identifiquen entre 6 y 10 años desde el inicio de la situación de maltrato (81). Calvo González afirma que determinados factores favorecen esta infradetección, especialmente cuando se trata de violencia psicológica al tener menos índices de diagnóstico (51).

Tras la asistencia a una mujer que ha sufrido violencia de género el médico tiene el deber de cumplimentar un parte de lesiones para informar a la autoridad judicial sobre su existencia y de las consecuencias legales para llevar a cabo la investigación pertinente y, en su caso, la adopción de medidas en relación con el autor del hecho. Su importancia es por tanto

incuestionable al poner en conocimiento de la autoridad judicial la información necesaria acerca de un posible delito. La obligatoriedad de su emisión deriva de la obligación de denuncia de los hechos delictivos. Concretamente, la Ley de Enjuiciamiento Criminal recoge dicha obligación.

Así pues, ante una situación de sospecha de violencia de género debe cumplimentarse este documento medicolegal, pues en él se recogerá información que posteriormente será trascendental a nivel judicial. Además, permite investigar el mecanismo lesivo pudiendo hacer emerger situaciones no denunciadas y que forman parte del fenómeno oculto de la violencia de género. En 2006, el Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud propuso el modelo específico para los casos de violencia de género, y años más tarde, el Protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género establecía las pautas para la correcta cumplimentación de este tipo de parte de lesiones.

En nuestro estudio, los casos incluidos representan a mujeres que han solicitado asistencia médica y el facultativo ha comunicado el caso al juzgado mediante la remisión del parte de lesiones o un informe médico. Hemos de tener presente que los resultados obtenidos son limitados debido a la posible pérdida de información por cuestiones de legibilidad del documento, o bien, debido a que el facultativo no la incluyera en el parte de lesiones.

La literatura existente pone de manifiesto que el contexto social es determinante a la hora de sufrir violencia de género (121). Con la información procedente del conjunto de partes de lesiones analizado, se pudo establecer que el número de mujeres maltratadas incrementa con la edad, predominando en mujeres con edades comprendidas entre los 25 y 44 años (60,1 %), momento a partir del cual se produce una disminución en el número de mujeres agredidas (que acuden al servicio sanitario).

Estos resultados ponen de manifiesto el incremento del riesgo de sufrir violencia de género en mujeres jóvenes, en concordancia con numerosas investigaciones (122-128). No obstante,

hay autores que señalan que las mujeres de edad avanzada poseen características que les dotan de mayores niveles de vulnerabilidad, mostrando mayores dificultades para finalizar una relación conflictiva (32,129).

Nuestros resultados indican que la mayoría de las mujeres estaban casadas o tenían pareja de hecho (48,0 %), resultados coincidentes con otros estudios realizados a nivel nacional (33,123,130). Sin embargo, otros estudios consideran que estar casada podría actuar como un factor protector (131,132). El 52,4 % de las mujeres no tenía trabajo remunerado en el momento de la agresión, situación que incrementa la vulnerabilidad de la mujer al generar dependencia económica con el agresor (128,133). De los casos conocidos, el 84,4 % de las mujeres tenían descendencia, no siendo especificada la edad de los hijos en el momento de la agresión en el 61,7 % de los casos. Esta prevalencia es superior en casos de agresiones graves (134,135) y violencia de tipo psicológico (136,137).

Los datos referidos al presunto agresor son escasos, pese a las recomendaciones del Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (30). Coincidiendo con otros estudios (138,139), en el 79,1 % de los casos el presunto agresor era la pareja actual de la mujer, aunque Echeburúa et al. (134) identificaron mayores porcentajes en los que el agresor fue la expareja.

En cuanto al momento y lugar en el que se produce la agresión, se desconoce el lugar en el 73,2 % de las ocasiones y la hora de la agresión en el 74,3 %. Con los datos disponibles constatamos que el 35,9 % de las agresiones se produjeron entre las 18:00 y las 00:00 horas, en concordancia con otros estudios (140,141).

En nuestra muestra la demanda asistencial predomina el mes de julio y en lunes. Según la bibliografía consultada (142,143) la demanda de asistencia sanitaria es más frecuente los meses de enero, agosto y septiembre, coincidiendo con periodos de mayor contacto entre agresor y víctima al tratarse de periodos vacacionales. En lo que respecta al día de la semana,

predominaron las asistencias durante el domingo y el lunes. Estos resultados tienen sentido si tenemos en cuenta que durante el fin de semana el domingo es un día en el que se intensifica la convivencia y, a su vez, recoge las agresiones producidas durante el día y la noche del sábado. A su vez, el lunes comienza la semana laboral y la víctima puede acudir al centro asistencial, una vez que el agresor se ha marchado al trabajo.

Las agresiones generalmente tuvieron lugar en ámbitos privados (68,9 %), principalmente en el domicilio familiar (60,2 %), siendo estos resultados inferiores a los descritos en la bibliografía disponible (122,126,138,144,145). De las agresiones producidas en lugares públicos, la mayor parte se produjeron en la vía pública (16,5 %), coincidiendo con las investigaciones realizadas por De Cristiano et al. (144) y De Magalhães et al. (138).

Aunque la información sobre la implicación de otras personas en la agresión fue escasa, se pudo constatar que en el 44,7 % las agresiones fueron sufridas también por otras personas distintas a la mujer, cifras concordantes con las descritas en la bibliografía (123,137,144).

En nuestro estudio el 72,6% de las mujeres sufrieron la situación de violencia menos de 5 años, siendo el 41,5% menos de un año. Sin embargo, según Ruiz-Pérez et al. (146) en un estudio realizado en diferentes consultas de atención primaria de Andalucía, la Comunidad de Madrid y la Comunidad Valenciana observaron que la mayoría de las mujeres sufrieron maltrato durante más de 5 años.

Lucas Martínez y Pina Roche (147) afirman que los profesionales sanitarios detectan los casos de violencia de género cuando la situación de maltrato es muy obvia, o bien, cuando la mujer confiesa su situación. Generalmente, la violencia ejercida contra la mujer es física (123,144,148), aunque distintos autores destacan un mayor porcentaje de mujeres que sufren violencia psicológica (122,124,126,149) alcanzando cifras cercanas al 85 % en el estudio realizado por Palomar-Ciria et al. (150). En nuestro estudio, el 63,2 % de las mujeres sufrieron violencia física, el 1,7 % violencia psicológica y el 32,6% una combinación de ambos. Las

agresiones sexuales forman parte de la violencia ejercida contra la mujer, sin embargo, muy pocas veces se detecta y denuncia, a no ser que se busque activamente (147). En nuestro estudio, la violencia sexual representa el 2,0 % de las agresiones, resultados similares a los obtenidos por Montero et al. (130) y otros estudios menos recientes como los de Ruiz-Pérez et al. (146) y De Escribano Escobar et al. (144). La combinación de violencia física, psicológica y sexual se produjo en 9 casos (1,5%), valores inferiores a los encontrados en los estudios de Fernández- Romero et al. (123) y Montero et al. (130).

La violencia psicológica incluye amenazas, desprecios, aislamiento, etc., siendo difícil de identificar al surgir paulatinamente. Sin embargo, tiene grandes repercusiones sobre la salud mental de la mujer (60,61,151). En este sentido, más del 65 % de las mujeres asistidas presentaba trastorno de ansiedad a raíz de la violencia sufrida, visible durante la asistencia médica, valores ligeramente superiores a otros estudios (123,124).

En el 14,7 % de las agresiones se utilizaron objetos o armas para amenazar y/o agredir a la mujer, datos coincidentes con los evidenciados en la literatura (123,152,153). Es habitual que los golpes se realicen con brazos o piernas, u objetos cotidianos, siendo poco frecuente el uso de armas en las agresiones (58). Sorenson (154) concluye que el uso de armas cumple la función principal de amenazar a la mujer, considerando el uso de objetos para agredir o amenazar a la mujer factores de riesgo de feminicidio (128). En nuestro estudio, los objetos cotidianos representan el 91,0 % de los empleados en las agresiones, siendo principalmente de carácter contundente (84,4 %), coincidiendo con otros estudios (127,153,155).

La evidencia de lesiones físicas indica una posible situación de maltrato, siendo su estudio de gran importancia a nivel medicolegal durante el proceso judicial (156). La violencia de género se diferencia de otros tipos de violencia en que suele convertirse en una historia continuada de maltrato. Según Osuna (53), el estudio de las lesiones con un posible origen intencional debe realizarse teniendo en cuenta cuatro criterios característicos del diagnóstico

medicolegal. El criterio topográfico hace referencia a la localización de las lesiones. La identificación de lesiones en zonas corporales cubiertas por prendas de vestir o en regiones asociadas a intentos de estrangulamiento puede hacer al facultativo sospechar sobre un posible origen intencional. El criterio cuantitativo está referido al número de lesiones, que en caso de ser múltiples podrían indicar el origen intencional. El criterio cualitativo está determinado por las características de las lesiones, pudiendo ser tales lesiones figuradas al reproducir la morfología del objeto empleado en la agresión. el criterio cronológico está determinado por la antigüedad de las lesiones, por lo que la evidencia de lesiones en distinto estado evolutivo indica una violencia diferida en el tiempo.

La mayoría de las mujeres que acudieron a la asistencia médica (86,7 %) presentaba lesiones físicas, en concordancia con otros estudios nacionales e internacionales (126,157,158). Las lesiones físicas incluyen un amplio abanico, entre las que encontramos equimosis, edemas, escoriaciones, mordeduras, fracturas, etc. Las equimosis o hematomas representaron el 36,5 % de todas las lesiones observadas, coincidiendo con Regueira-Diéguez et al. (122) entre otros (115,123,140,152,159,160). En pacientes sometidas a violencia de género es habitual que coexistan distintos tipos de lesiones (122,140,161) debido a los múltiples mecanismos lesivos que participan en la agresión (58). Como resultado de la agresión, el 74,9 % de las mujeres presentaba varias lesiones físicas evidenciables en el momento de la exploración médica, siendo en el 19,1 % de los casos originadas mediante dos o más agentes lesivos. Según Petridou et al. (140), las mujeres que presentan lesiones múltiples tienen 15 veces más probabilidad de haber sufrido violencia de género que aquellas que presentan una única lesión.

Las lesiones producidas en una agresión de violencia de género pueden localizarse en cualquier parte del cuerpo, sin embargo, se atribuyen mayor relevancia a las agresiones producidas en la cabeza, cara y cuello (138,140,155,158,162). Los resultados obtenidos en nuestro estudio indican que frecuentemente la mujer es agredida en la región craneal (48,5 %)

y en el cuello solo en el 3,2 % de los casos. La evidencia de lesiones en estas regiones corporales incrementa la probabilidad de que hayan sido producidas durante una agresión, por lo que son consideradas indicadores de sospecha de violencia de género (162,163). El elevado número de casos en los que la mujer presenta lesiones en las extremidades (37,3 %) concuerda con los resultados obtenidos por Regueira-Diéguez et al. (122) y Trias Capella et al. (160). Sin embargo, pese a que este tipo de lesiones está asociada a la postura de defensa adoptada por la mujer durante la agresión (58), Wu et al. consideran que la evidencia de lesiones en las extremidades no es un claro indicativo de la existencia de una situación de maltrato (164).

Es destacable la baja frecuencia con la que el facultativo refleja en el parte de lesiones la descripción de las lesiones físicas. Con los datos disponibles, pudimos comprobar que las mujeres asistidas tras una agresión de violencia de género suelen presentar lesiones múltiples (74,9 %), con un predominio de lesiones de morfología lineal (32,3 %), de reciente evolución (40,0 %).

Según la OMS (165), existen evidencias más que suficientes para afirmar que las mujeres que sufren violencia de género acuden con mayor frecuencia a los servicios sanitarios, por lo que la polifrecuentación en el ámbito sanitario constituye una característica común, presente también en los casos de violencia no denunciada.

Recordemos que todas las mujeres incluidas en este estudio solicitaron asistencia médica, siendo la mayor parte de ellas (65,1 %) atendidas en servicios de emergencias. El 64,5 % recibió atención sanitaria el mismo día de la agresión, en horario de tarde (31,7 %) y noche (30,1 %), resultados similares a los descritos en otras investigaciones (122,140). En el 94,3 % de los casos se desconoce si la paciente acude o no acompañada a la asistencia médica, dato de gran relevancia ante posibles situaciones de violencia no denunciada en la que la presencia de la pareja ejerce una medida de coacción, que impide a la víctima relatar cómo se sucedieron

los hechos. Aunque para otros autores (166,167), esta información aporta información sobre el posible apoyo social de la mujer.

De los casos conocidos, el 96,2 % de las mujeres acudieron acompañadas, mayoritariamente por la policía (67,1 %) y en el 7,6% por los servicios de emergencias (7,6 %). La mayoría de las mujeres (76,2 %) fueron tratadas con analgésicos y antiinflamatorios, debido principalmente a la presencia de traumatismos. La necesidad de realizar exploraciones complementarias fue desconocida en el 80,0 % de los casos, predominando las pruebas de imagen para descartar posibles fracturas y lesiones internas.

El plan de actuación seguido tras la asistencia médica fue desconocido en el 32,7 % de los partes de lesiones analizados. A partir de la información conocida, sabemos que el 60,5 % de las mujeres fueron derivadas a otros servicios, principalmente a atención primaria (42,1 %), a la policía (12,0 %) y a urgencias hospitalarias (6,4 %). El elevado número de veces que la mujer es derivada a su médico de cabecera se relaciona con la recomendación del control de las lesiones por parte del médico de cabecera, mientras que la derivación a urgencias hospitalarias puede ser debida a la necesidad de realizar pruebas complementarias imposibles de realizar por parte de los servicios de emergencias extrahospitalarias.

El pronóstico clínico de las lesiones fue recogido en el 33,3 % de los casos, siendo leve en el 82,0 %, datos similares a la bibliografía consultada (123,144). Resultados que indican que la mayoría de las mujeres no precisan de una nueva revisión médica.

En el contexto de la violencia de género, la existencia de antecedentes es considerado un factor de riesgo de feminicidio (135,168), incrementándose la frecuencia con la que se producen las agresiones cuando existen antecedentes de violencia (123,134,158). Según nuestros resultados, el 77,4 % de las mujeres asistidas presentaba antecedentes de violencia de género, cifras similares a las obtenidas por Escribà-Agüir et al. (149) y Saddki et al. (152). La existencia de denuncias previas fue desconocida en la mayoría de las ocasiones (84,5 %). La

sensación de riesgo percibido por la mujer y la intención de denunciar la agresión fueron aspectos poco recogidos en los partes de lesiones. Únicamente el 13,5 % de los partes de lesiones analizados incluía el nivel de riesgo percibido por la mujer y el 15,6 % la intención de denunciar la agresión, estando en contra de realizar la denuncia el 12,4 % de las mujeres asistidas.

El profesional sanitario desempeña un papel esencial en la detección de una situación de violencia y en la evaluación del riesgo al reconocer lesiones, síntomas y signos compatibles con un contexto de maltrato. Al respecto, el facultativo deberá evaluar el nivel de seguridad de la paciente y cuando identifique un riesgo extremo para la mujer, deberá canalizar el caso hacia los recursos adecuados para proteger la vida tanto de la mujer como de sus hijos (78). Realizar una correcta evaluación del nivel de seguridad, así como la puesta en marcha del plan de seguridad puede reducir el riesgo de sufrir lesiones graves o la muerte (169).

Son varias las causas por las cuales la mujer decide no denunciar la agresión (170), entre las que se encuentra el miedo al maltratador, el sentimiento de vergüenza a reconocer que ha sufrido violencia de género, culpabilidad, temor a represalias, presiones familiares y del entorno, etc., siendo la negativa de la mujer a interponer denuncia un hecho frecuente (150). Tal como indica Bosch Fiol (171), debemos tener en cuenta la posibilidad de que, al considerar la violencia de género como un asunto privado, sea poco probable que los incidentes se pongan en conocimiento de familiares, amigos, sanitarios o cuerpos de seguridad del estado. Por lo que un mayor grado de igualdad de género podría generar un incremento en la comunicación de casos de violencia contra la mujer (172).

De todos los servicios sanitarios, atención primaria por su accesibilidad, trato directo y continuado con la mujer, puede facilitar la confianza de la mujer a la hora de relatar el problema al que se enfrenta. Según Sans y Sellarés (173), muchas de las mujeres que acuden a las consultas con síntomas inespecíficos deberían generar la sospecha de un posible maltrato, sobre

todo en aquellos casos en los que se trate de problemas persistentes sin una causa clínica aparente y cronificados.

Ante la sospecha o confirmación de un caso de violencia de género, el facultativo deberá iniciar el procedimiento para poner en conocimiento de la autoridad judicial el caso, proceso que se inicia con la cumplimentación del parte de lesiones. Aun en aquellos casos en los que la mujer se niegue a denunciar, si el profesional sanitario tiene sospechas de la existencia de malos tratos deberá emitir el parte de lesiones, tal como establece la ley. En estos casos será la Fiscalía la encargada de decidir en base a la información aportada por el facultativo y el posterior informe forense la existencia o no de un caso de violencia de género.

Actualmente existen pocos estudios relacionados con la calidad de los partes de lesiones (102,113-115,174), pero coinciden en que el nivel de cumplimentación del parte de lesiones hasta el momento es deficiente, especialmente en la descripción de los hechos, el presunto agresor y el mecanismo causal. Por ello, hoy en día los partes de lesiones son de escaso valor medicolegal debido a la multitud de carencias que se evidencian en ellos.

Tampoco existe un modelo uniforme de parte de lesiones entre las diferentes comunidades autónomas (108), y únicamente la comunidad de Andalucía cuenta con una regulación específica mediante el Decreto 3/2011, de 11 de enero, por el que se crea un modelo homogéneo y normalizado de parte de lesiones en el que se establecen las instrucciones para su correcta cumplimentación y tramitación (113).

Todos los estudios consultados coinciden en la importancia que posee el parte de lesiones en el trabajo realizado por el equipo forense, y finalmente, en la determinación del alcance de las lesiones realizado por el juez. No debemos olvidar que, en la mayoría de los casos, cuando el médico forense reconoce a la mujer ha transcurrido un tiempo desde el momento de la agresión, por lo que puede que las lesiones hayan desaparecido completamente.

La actuación forense se encamina a la reconstrucción de los hechos, para dar respuesta a las cuestiones planteadas en el ámbito judicial. Cualquier informe pericial en un contexto judicial no es sino un intento de encontrar las claves de lo que ha ocurrido, para que la autoridad judicial pueda aplicar la ley a los hechos que juzga (53). El Código Penal en el artículo 147 indica que la gravedad de las lesiones y la reparación del daño producido depende en gran medida de las medidas terapéuticas aplicadas y el pronóstico clínico, por lo que estos datos poseen gran valor debiendo ser recogidos en el parte de lesiones. Desafortunadamente, son múltiples los estudios que evidencian que los partes de lesiones no muestran una calidad aceptable en cuanto a la recogida de información se refiere, siendo especialmente defectuosos en la descripción de las lesiones (102,113,114), causando complicaciones en el proceso judicial y el esclarecimiento de los hechos (175). Solveig Karin et al. (176) realizaron una revisión sistemática en la que identificaron que en muchas ocasiones el facultativo mostraba una actitud en contra de la notificación del caso al juzgado, y con ello, de la cumplimentación del parte de lesiones a pesar de la obligación legal en la que se encuentra. No resulta sorprendente que, a pesar de tal obligación legal y de existir modelos normalizados de partes de lesiones para tal fin, estos fueran cumplimentados en el 76,2 % de los casos analizados en nuestro estudio, existiendo un elevado porcentaje de casos en los que la notificación fue realizada mediante el envío de un informe clínico de alta. Estos resultados fueron inferiores a los obtenidos por Domínguez (177), en cuyo estudio el número de informes clínicos superó al de partes de lesiones. Sin embargo, no debemos olvidar que, aunque el informe clínico también posee validez en cuanto a la valoración forense se refiere, nuestros resultados ponen de manifiesto la carencia de datos importantes a la hora de dilucidar el caso.

El parte de lesiones tiene que ser un documento útil para la finalidad que se persigue, siendo imprescindible la inclusión de la información requerida para dilucidar el caso. Según las indicaciones de cumplimentación del parte de lesiones recogidas en el Protocolo común para

la actuación ante sanitaria la violencia de género, este documento debe contener los datos personales del facultativo, el número de colegiado y el centro sanitario en el cual se realiza la asistencia médica. Los resultados muestran unas frecuencias de inclusión similares en cuanto a los datos personales y el número de colegiado del facultativo (66,4 % y 67,5 % respectivamente), siendo ligeramente superior la inclusión del centro sanitario (73,3 %); resultados inferiores a los descritos en la bibliografía (114,177). La inclusión de esta información predomina en los informes clínicos y en aquellos documentos cumplimentados en atención primaria. Además, observamos la existencia de casos en los que los datos de identificación del facultativo fueron incluidos con un sello aplicado con déficit de tinta o poco marcados, imposibilitando su lectura.

En cuanto a los datos de filiación de la mujer, el protocolo establece la necesidad de incluir el nombre y apellidos de la mujer, el número de DNI o pasaporte, la fecha de nacimiento o edad, la dirección, el municipio de residencial, el estado civil y el número de teléfono de contacto. El nombre y apellidos fue incluido en el 88,3 % de los partes de lesiones, la edad o fecha de nacimiento en el 89,4 % y la dirección en el 83,9 %, a pesar de aparecer incompleta al incluirse el municipio únicamente en el 71,0 % de los casos. Estos resultados muestran una frecuencia de inclusión ligeramente inferior a la descrita por García Minguito et al. (114), Domínguez (177) y Reynaldos et al. (102). El DNI o número de pasaporte (47,4 %), el número de teléfono (45,1 %) y el estado civil de la mujer (37,7 %) se incluyeron en menos de la mitad de los partes de lesiones analizados, pudiendo ser indicativo del desconocimiento por parte de los facultativos del protocolo, al considerar estos datos poco relevantes durante la entrevista médica. Los datos de filiación de la mujer se recogieron con mayor frecuencia en los partes de lesiones específicos para casos de violencia de género y en los emitidos en urgencias hospitalarias. Sin embargo, algunos aspectos como el número del DNI o pasaporte y el

municipio de residencia fueron incluidos mayoritariamente en el modelo genérico de parte al juzgado.

También deberá incluirse la existencia de discapacidad en la mujer, si tiene descendencia y/o personas dependientes a su cargo en el momento de la agresión. En nuestro estudio, en todos los casos en los que el facultativo especificó que la mujer presentaba alguna discapacidad, fueron incluidos el tipo y grado de esta. Sin embargo, la existencia de hijos y/o personas dependientes a cargo de la mujer fue recogida en muy pocos casos (11,1 % y 10,8 % respectivamente). Resulta conveniente destacar que la legislación vigente considera a los hijos de mujeres que sufren violencia de género como víctimas directas de la violencia, siendo necesario actuar sobre ellos también, de ahí la destacada importancia de su inclusión en el parte de lesiones.

En cuanto a la inclusión de datos que permitan la identificación del presunto agresor, el protocolo indica que deben ser incluidos el nombre y apellidos, la dirección, el número de teléfono y la relación con la mujer. Sin embargo, con los datos recogidos en el conjunto de partes de lesiones analizado, únicamente pudimos conocer la relación existente entre la mujer y el presunto agresor (50,0 %) y el nombre y apellidos (0,4 %) del presunto agresor. Datos incluidos con mayor frecuencia en el modelo específico para casos de violencia de género, al solicitar explícitamente la información, y en los documentos cumplimentados en urgencias hospitalarias (94,2 %).

Respecto a los hechos que motivan la asistencia médica, se recomienda incluir la fecha, hora y lugar de la agresión, el mecanismo causal de las lesiones, el uso de objetos y el tipo de violencia sufrida. La hora y el lugar de la agresión fueron incluidos en poco más del 25% de los partes de lesiones, siendo la fecha el aspecto mejor reflejado (32,4 %). Estas cifras fueron ligeramente inferiores a las descritas por Reynaldos et al. (102) y muy inferiores a las descritas por García Minguito et al. (177) y Domínguez (114). Esta información se recogió con mayor

frecuencia en los partes de lesiones cumplimentados en el modelo específico para casos de violencia de género, y en aquellos procedentes de urgencias hospitalarias. Estas carencias podrían constituir serios problemas al impedir conocer con total certeza si el parte de lesiones ha sido emitido como consecuencia del hecho violento descrito por la mujer.

El tipo de violencia sufrida fue incluido en el 69,8 % de los partes de lesiones analizados y el mecanismo causal de las lesiones en el 37,4 %, cifras inferiores a las evidenciadas por Sarrión et al. (115), Reynaldos et al. (102) y Diéguez Méndez et al. (174). El tipo de violencia y el mecanismo causal son datos que se recogieron sobre todo en los partes de lesiones del modelo específico, cumplimentados en urgencias hospitalarias.

El protocolo también recomienda la inclusión de la existencia de testigos u otras personas agredidas, aspectos que apenas son reflejados en los partes de lesiones analizados, con frecuencias del 9 %, similares a las descritas por García Minguito et al. (114).

Cuanto antes se realice la exploración física tras la agresión, de mayor utilidad será el parte de lesiones, siendo recomendable es que se asista y explore a la mujer a la mayor brevedad posible. Su importancia radica en que este parte de lesiones puede representar una prueba contundente a la hora de corroborar la versión de la mujer, pudiendo ser llamado el facultativo a declarar en el juicio en caso de ser necesario esclarecer hechos y responder preguntas relacionadas con el parte de lesiones emitido, especialmente en los casos en los que se observen discrepancias (178).

La exploración física debe ser completa, recogiendo información sobre el tipo de lesiones, localización, morfología, dimensión, número de lesiones y la coloración de estas al ser indicadores de habitualidad. Por tanto, la recogida de todos estos aspectos es especialmente importante, dada la trascendencia que tiene la descripción de las lesiones en el ámbito medicolegal y judicial, como anteriormente hemos señalado.

Como hemos señalado anteriormente, en muchas ocasiones el reconocimiento forense es demorado teniendo lugar días después de la agresión. Ante estas situaciones, es probable que cuando la mujer sea reconocida sus lesiones hayan sufrido grandes modificaciones, pudiendo incluso haber desaparecido. En tales casos, lo único que podrá hacer el médico forense será constatar los datos del parte de lesiones realizado en la primera asistencia médica (179).

El tipo de lesiones y su localización fueron incluidas en poco más del 60 % de los partes de lesiones analizados, y el número de lesiones en el 64,9 %, resultados ligeramente inferiores a los descritos en otros estudios (114,117). La inclusión en el parte de lesiones de datos como la localización o el número de lesiones permiten diferenciar una agresión de un accidente.

Son muchos los casos en los que el facultativo hizo referencia a las lesiones que mostraba la mujer durante la asistencia médica sin especificar el tipo de lesiones que sufre, o bien, realizó un diagnóstico erróneo de las lesiones al no describir su etiología. Fueron frecuentes los diagnósticos “violencia de género” y “agresión”, mecanismos etiológicos que no hacen referencia a un diagnóstico clínico como tal.

Factores como la morfología, el estado evolutivo de las lesiones o las dimensiones de las mismas, resultan muy útiles a la hora de valorar la situación de violencia sufrida por la mujer, a la vez que permiten al facultativo establecer el juicio de compatibilidad entre las lesiones y el mecanismo causal de las mismas. Estos factores muestran unas frecuencias de inclusión alarmantes, coincidiendo con los estudios realizados por García Minguito et al. (114), Rodríguez González et al. (175), Linares-González et al. (113) y Diéguez Méndez et al. (174). Un claro ejemplo es la coloración de las lesiones, con cifras de inclusión inferiores al 6%, dificultando gravemente la determinación del estado evolutivo de las lesiones y la habitualidad con la que se producen las agresiones.

También se recomienda la realización de fotografías y esquemas de las lesiones, sin embargo, coincidiendo con el estudio realizado por Diéguez Méndez et al. (174) en ninguno

de los casos analizados se incluyeron fotografías de las lesiones, y solo el 13,3 % mostraba la localización de las lesiones marcada en el esquema corporal adjunto. Estos esquemas aparecen en el parte de lesiones específico para casos de violencia de género como un dibujo del cuerpo humano en el que el facultativo debe marcar la localización y dimensión aproximada de las lesiones. Destaca el hecho de que en ninguno de los partes de lesiones procedentes de urgencias hospitalarias haya sido utilizado dicho esquema, cuando el 93,4 % de los partes emitidos desde dicho servicio fueron cumplimentados en el modelo específico para casos de violencia de género (modelo que incluye el esquema en la página 1).

Coincidiendo con un estudio realizado por Linares-González et al. (113), las deficiencias más importantes se constataron en la dificultad de lectura de los documentos manuscritos y el elevado porcentaje de partes de lesiones incompletos. Los partes de lesiones analizados fueron deficitarios en la inclusión de información relacionada con la descripción de las lesiones, especialmente en la dimensión y el estado evolutivo de las lesiones; Las mayores frecuencias de inclusión se evidenciaron en los datos del centro, la filiación del facultativo y la paciente, y el mecanismo causal.

Menos de la mitad de los partes de lesiones reflejaron el estado psicológico de la mujer durante la asistencia médica (44,9 %), resultados ligeramente superiores a los descritas en los estudios realizados por García Minguito et al. (114) y Domínguez (177), pero inferior a la evidenciada por Diéguez Méndez et al. (174) al ser incluida en el 60,5 % de los partes de lesiones.

Todos los estudios revisados señalan la gran importancia que tiene la recogida en el parte de lesiones del estado psicológico de la mujer (180-182), señalando como posible causa de su baja inclusión al hecho de ser menos evidente que las lesiones físicas (183,184). El estado psicológico fue documentado con mayor frecuencia en los partes de lesiones específicos para

casos de violencia de género, pudiendo deberse estas diferencias a la solicitud explícita de la información, predominando además en los procedentes de urgencias hospitalarias.

Para establecer el pronóstico medicolegal es imprescindible conocer la naturaleza de las lesiones, la asistencia y las recomendaciones terapéuticas necesarias para su curación (113). En el conjunto de partes de lesiones analizado, las medidas terapéuticas se incluyeron en el 38,0 % de los partes de lesiones, y el pronóstico clínico en el 33,3 %, cifras inferiores a las descritas en otros estudios (114,174,177).

El tratamiento seguido es de gran relevancia penal. El artículo 147.1 del Código Penal establece lo siguiente: “El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental, será castigado, como reo del delito de lesiones con la pena de prisión de tres meses a tres años o multa de seis a doce meses, siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico. La simple vigilancia o seguimiento facultativo del curso de la lesión no se considerará tratamiento médico”. Así pues, la “primera asistencia facultativa es un requisito para que una lesión sea calificada como delito, necesitando, además, que requiera tratamiento médico o quirúrgico”. La asistencia facultativa conlleva la valoración clínica de los efectos que ocasiona el mecanismo violento, identificando la naturaleza de la lesión y su gravedad.

El pronóstico clínico es el juicio hipotético realizado por el facultativo al asistir a la paciente lesionada, teniendo en cuenta el criterio médico y la clasificación legal de las lesiones (175), por lo que no se trata únicamente de un pronóstico médico, teniendo que atender a la naturaleza e importancia de las lesiones, las complicaciones y las posibles secuelas que pudiera originar la agresión (185). No debemos olvidar que el pronóstico de las lesiones constituye un dato deducido de la asistencia médica, que no precisa de la información que pudiera aportar la paciente. En el conjunto de partes de lesiones analizado, el pronóstico clínico aparece con

mayor frecuencia en aquellos cumplimentados en el modelo genérico, coincidiendo con el estudio de Domínguez (177). Esto puede deberse a que este modelo cuenta con un apartado específico en el que su cumplimentación está basada en la selección del tipo de pronóstico. Únicamente el 20% de los partes de lesiones incluyeron información sobre la necesidad de realizar exploraciones complementarias, y solo en el 5,2 % se hizo referencia a la existencia o no de acompañantes de la mujer durante la asistencia médica, cifras inferiores a las descritas por García Minguito et al. (114).

En cuanto al plan de actuación seguido tras la asistencia médica, fue incluido en el 67,3 % de los partes de lesiones analizados, predominando en aquellos cumplimentados en el modelo genérico y los remitidos desde urgencias hospitalarias. Un aspecto que hay que destacar es el riesgo de victimización que puede sufrir la mujer. Al respecto, una queja manifestada por algunos autores es la escasa información que tienen las víctimas del procedimiento a seguir, incluso en aquellas ocasiones en las que la mujer ejercita la denuncia (186).

La existencia de antecedentes de violencia de género se incluye en poco más del 30 % de los partes de lesiones analizado, resultados que concuerdan con los obtenidos en otros estudios (114,177). Esta carencia impide tener una visión cronológica de la historia de maltrato sufrida por la mujer o la habitualidad de esta. Las denuncias previas se incluyeron en el 15,5 % de los partes de lesiones analizados, habiendo denunciado a su agresor previamente el 25,8 % de las mujeres asistidas. El riesgo percibido por la mujer fue incluido únicamente en el 13,5 % de los partes de lesiones. En el 35,3 % de los casos la mujer se sintió en peligro de muerte y en el 8,7 % el facultativo reflejó en el parte de lesiones que existía un riesgo inminente para la vida de la mujer. Esta información es importante al permitir la aceleración del proceso judicial y justificar una orden de protección. Solo el 15,6 % de los partes de lesiones reflejaron la actitud de la mujer a interponer una denuncia, no queriendo denunciar en el 12,4 % de los casos y teniendo dudas en el 0,7 %.

El protocolo también incluye recomendaciones sobre la redacción de los partes de lesiones. La tecnología actual y los registros electrónicos facilitan la cumplimentación de los partes de lesiones, reduciendo la pérdida de información asociada a problemas de legibilidad del documento. A pesar del auge de las nuevas tecnologías, resulta sorprendente que en el estudio únicamente estuviesen cumplimentados digitalmente el 26,0 % de los partes de lesiones, principalmente de urgencias hospitalarias y atención primaria. En aquellos casos en los que no es posible la cumplimentación electrónica del parte de lesiones y hubiera que hacerlo de manera manuscrita, la letra debería ser clara y no incluir tachones (30). Pese a estas indicaciones, encontramos que únicamente el 42,4 % de los partes de lesiones analizados fueron totalmente legibles, perdiéndose alguna o toda la información en el resto de los documentos. Los peores resultados se obtuvieron en los cumplimentados en atención primaria (75,5 %) y servicios de emergencias (36,9 %), aunque superiores a los obtenidos en otros estudios (227) en los que la mayoría de los documentos eran ilegibles (parcial o totalmente). También está desaconsejado el uso de abreviaturas o tachaduras, al dificultar la comprensión del mensaje y poder ser interpretadas como una manipulación del documento. Sin embargo, coincidiendo con los estudios realizados por Domínguez (177), y Diéguez Méndez et al. (174), encontramos el uso de abreviaturas de apellidos tales como “Glz” o “Fdez”, y otros acrónimos no aceptados por la RAE tales como “x” (por), “d” (de) o “tb” (también). El 8,8 % de los partes de lesiones analizados presentó tachaduras, resultados ligeramente inferiores a los obtenidos por Domínguez (177) pero similares a los obtenidos por García Minguito et al. (114) y Linares-González et al. (113). Las tachaduras predominaron en los partes de lesiones emitidos en servicios de emergencias, donde alcanza valores del 9 %. Estos aspectos ponen de manifiesto la baja atención e importancia con la que cumplimentan los partes de lesiones los facultativos, alejándoles de su función medicolegal.

Nuestros resultados indican que, aunque algunos datos importantes se encuentran generalmente bien documentados, otros datos también necesarios como la filiación del agresor, la existencia de antecedentes, el acompañante de la mujer en la asistencia médica, testigos, otras personas agredidas, etc., son muy deficitarios. Resultados coincidentes con otros similares en los que se llega a la conclusión de que existe un elevado número de partes de lesiones deficientemente cumplimentados (108,115).

Estos datos son importantes a la hora de establecer el riesgo al que se enfrenta la mujer, y conocer el apoyo social (187) con el que cuenta, con el objetivo de poder alertar a los cuerpos de seguridad y servicios sociales. Este tipo de datos suelen reflejarse mejor en los partes de lesiones que en el informe clínico de alta. Del mismo modo, los partes de lesiones cumplimentados en urgencias hospitalarias muestran una mayor calidad, relacionada con la mayor utilización del modelo de parte de lesiones específico para casos de violencia de género.

El grado de cumplimentación de los partes de lesiones parece estar relacionado con la estructura del documento, poniendo de manifiesto la necesidad de contar con un modelo estándar que facilite el trabajo al personal sanitario. El elevado número de documentos manuscritos de difícil lectura, con abreviaturas y tachaduras pone de manifiesto la necesidad de aumentar la formación y sensibilización de los sanitarios en la cumplimentación de los partes de lesiones en casos de violencia de género.

A su vez, resulta sorprendente encontrar casos en los que se cumplimentaron dos partes de lesiones durante la misma asistencia médica y que estos no recojan la misma información, o contengan errores. Identificamos casos en los que la fecha en la que se realiza la asistencia médica es anterior a la fecha de la agresión, casos en los que la mujer muestra distinto estado civil, y otros en los que la información no se incluye pese a ser conocida por el facultativo como el caso de la duración de la historia de maltrato. Existe una tendencia general a complementar la información entre los distintos documentos emitidos durante la asistencia

médica, dejando apartados sin cumplimentar al haber sido incluidos en otro documento durante la asistencia médica. También fueron identificados partes de lesiones e informes clínicos que no estaban firmados por el facultativo. Llegados a este punto debemos preguntarnos si las deficiencias observadas en la calidad de los partes de lesiones se deben realmente a la falta de tiempo durante la asistencia médica, tal como muchos facultativos manifiestan, o por el contrario está relacionada con la falta de formación y comprensión de la importancia medicolegal que tiene el parte de lesiones en casos de violencia de género. No es extraño que nos hagamos este tipo de preguntas al encontrar casos en los que el facultativo llegó a cumplimentar dos partes de lesiones y un informe médico durante la asistencia, cuando habría bastado con la correcta cumplimentación del modelo específico para casos de violencia de género.

Según la OMS, la capacitación del personal sanitario constituye la primera línea de apoyo para las mujeres que han sufrido violencia de género, capaz de brindarles una atención integral de calidad (1). El problema surge de la tendencia a considerar la violencia de género poco frecuente en la consulta médica (188), unido a la falta de formación por parte del personal sanitario.

El estudio realizado por Murillo et al. (90) puso de manifiesto que cerca del 50 % de los profesionales sanitarios entrevistados no se sienten preparados para llevar a cabo una asistencia en un caso de violencia de género. Entre las causas alegan el desconocimiento de los requerimientos legales para su notificación, siendo praxis habitual referir el caso a personal especializado, aconsejar sobre las opciones disponibles y aportar información sobre violencia de género. También evidenciaron que la edad, la profesión y los años de experiencia en atención primaria, así como las horas de formación y la lectura del protocolo mostraron una asociación positiva con los conocimientos y la capacidad de abordar casos de este tipo.

Los resultados obtenidos en la investigación también ponen de manifiesto la importancia que tiene el formato de redacción del parte de lesiones, siendo de mayor calidad los partes informatizados en los que no se produce pérdida de información por los problemas que conlleva una mala escritura. Sin embargo, encontramos que la inclusión del estado civil de la mujer, de fotografías o esquemas de las lesiones y el pronóstico de estas muestran unas frecuencias de inclusión superiores en los documentos manuscritos. Esto se debe a que la mitad de los partes de lesiones manuscritos pertenecen al modelo específico para casos de violencia de género, siendo el estado civil de la mujer y la selección de la localización de las lesiones en el esquema corporal incluido, solicitados explícitamente en este modelo. A pesar de que el 67,4% de los documentos informatizados corresponden al modelo específico para casos de violencia de género, únicamente el 3,7 % incluyó la selección de la localización de las lesiones en el esquema corporal incluido en el mismo. Esto podría deberse a una mayor complejidad en la selección del área corporal cuando el parte de lesiones es cumplimentado por ordenador, o bien solo se trate de una cuestión de desconocimiento, ya que la localización de las lesiones fue incluida en el 93,6 % de los partes de lesiones informatizados.

La inclusión del pronóstico es superior en los documentos manuscritos al presentar cerca del 50 % de documentos cumplimentados mediante el modelo genérico, en el que se solicita explícitamente seleccionar uno de los pronósticos preestablecidos en este documento. Al contrario que sucede en los partes de lesiones informatizados, donde la representación del modelo genérico alcanzó únicamente el 32,6 %. Por tanto, el modelo de parte de lesiones podría condicionar las diferencias observadas, debiéndose exclusivamente a la solicitud explícita de la información y la facilidad en la selección de la respuesta. Generalmente, el facultativo es más escueto en su redacción cuando la información no se solicita explícitamente, motivo por el cual el modelo específico para casos de violencia de género muestra mayor calidad de información.

En términos generales, el modelo específico muestra mayor calidad, aunque evidenciamos algunas excepciones. La presencia de tachaduras, la inclusión del municipio de residencia de la mujer, los datos personales del facultativo y su número de colegiado, el equipo sanitario desde el cual se emite, la hora y fecha de realización de la asistencia médica, el motivo de consulta, el pronóstico y el plan de actuación, mostraron mejores frecuencias de inclusión en los partes de lesiones cumplimentados mediante el modelo genérico. Así pues, la menor presencia de tachaduras en el modelo genérico podría deberse a su breve redacción en comparación con la información solicitada en el modelo específico. Esto unido a la existencia de respuestas preestablecidas podrían explicar la mayor inclusión de la información en el modelo genérico del motivo de consulta, el pronóstico y el plan de actuación.

Fueron de mayor calidad los partes de lesiones emitidos en servicios de urgencias hospitalarias, aunque encontramos variables que muestran mayor frecuencia de inclusión en atención primaria. Los partes de lesiones cumplimentados en atención primaria mostraron mejores resultados en la inclusión del número de DNI o pasaporte de la mujer, los datos personales del facultativo, su número de colegiado (y con ello, en la posibilidad de identificar al facultativo), la inclusión del pronóstico y el juicio de compatibilidad de las lesiones.

Resulta llamativo que, en urgencias hospitalarias, siendo la frecuencia de empleo del modelo específico de parte de lesiones para casos de violencia de género del 93,4 %, no exista ningún parte que incluya fotografías o esquemas de las lesiones, aun cuando el propio documento incorpora un esquema corporal en el que el facultativo debe seleccionar la localización y dimensión aproximada de las lesiones. En cuanto al bajo porcentaje de inclusión del pronóstico de las lesiones en urgencias hospitalarias, podría deberse al empleo mayoritario del modelo específico, al no solicita el pronóstico de manera explícita.

No cabe duda alguna de que las peores cifras en el contenido de la información y la presencia de tachaduras se identificaron en los partes de lesiones emitidos en servicios de emergencias

extrahospitalarias. Estos documentos muestran grandes pérdidas de información asociadas a problemas de legibilidad del documento, siendo únicamente el 36,9 % de los partes de lesiones emitidos en dichos servicios totalmente legibles. Sin embargo, se trata del equipo asistencial con mayor frecuencia incluye fotografías o esquemas de las lesiones en el parte de lesiones, pese al bajo uso que realiza del modelo específico para casos de violencia de género.

El personal sanitario constituye una pieza clave a la hora de abordar este tipo de violencia ya que las mujeres que han sufrido violencia de género acuden con mayor frecuencia a los servicios sanitarios (173). Son múltiples los estudios que ponen de manifiesto que, la existencia de antecedentes de violencia de género en la historia clínica de la paciente puede llegar a condicionar a los profesionales sanitarios, al atribuirles características preconcebidas que pueden repercutir negativamente en la asistencia médica (173-176).

Existen evidencias sobre el predominio de estos estereotipos en determinados perfiles sanitarios (189,190), siendo menos frecuentes en médicos de sexo femenino y entre los médicos de urgencias, especialistas en ginecología, médicos en formación o profesionales con formación específica en violencia de género (191). La existencia de estereotipos es considerada la causa principal ante la negativa a preguntar sobre la situación de maltrato, al considerar a la mujer como débil, sumisa, asustadiza, y con un perfil ansioso-depresivo (191).

Varios estudios coinciden en que la formación recibida y el apoyo institucional repercuten de manera positiva en la capacidad de respuesta de los profesionales sanitarios en la identificación de casos de violencia (90,192-194). Un estudio realizado por Rodríguez-Rivas y Rodríguez-Calvo (173) puso de manifiesto la presencia de determinados estereotipos en los facultativos, atribuyendo a la mujer características como inseguridad, debilidad, incapacidad de expresarse, sumisión, etc. La existencia de estos estereotipos fue mayor entre facultativos varones y de mayor edad. Además, observaron que en los servicios en los que se atienden con mayor frecuencia a este tipo de pacientes hay una menor presencia de estereotipos (113,173).

En nuestro estudio hemos analizado la existencia de diferencias en el nivel de cumplimentación de los partes de lesiones atendiendo al sexo del facultativo responsable de la asistencia médica, comprobando que la frecuencia con la que se incluye la información es ligeramente superior en la mayoría de los partes cumplimentados por facultativos del sexo femenino. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas únicamente en algunas de las variables analizadas: en la identificación de la mujer asistida, la inclusión de la edad de la mujer, el resultado de la exploración psicopatológica de la mujer en el momento de la asistencia médica y la necesidad de realizar exploraciones complementarias.

La literatura disponible parece indicar también que existe cierto temor por parte de los facultativos a incomodar a la mujer que ha sufrido violencia de género durante la asistencia (113,177,179), evitando el reconocimiento en profundidad de las lesiones y no haciendo demasiadas preguntas. Según Gutmanis et al. (190), los factores condicionantes a la hora de realizar una correcta anamnesis son la formación específica y la experiencia del facultativo; por tanto, el contacto con este tipo de paciente podría ayudar a eliminar ideas preconcebidas (195).

Los resultados obtenidos en nuestra investigación indican la existencia de diferencias en la calidad de los partes de lesiones en función de la presencia de antecedentes de violencia de género. Así, los partes de lesiones emitidos a mujeres con antecedentes de violencia de género poseen mayor calidad en la recogida de la información que cuando se trata de la primera agresión, mostrando además menores pérdidas de información por problemas de legibilidad del documento. De este modo, observamos que el estereotipo de mujer maltratada condiciona al facultativo a la hora de realizar la correcta recogida de la información. Cuando el facultativo conoce que la mujer ha sufrido violencia de género con anterioridad suele ser más cuidadoso en la recogida de la información solicitada en el parte de lesiones, especialmente en la

descripción de los datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia (circunstancias de la agresión) y aspectos relacionados con la vulnerabilidad de la mujer.

La intervención en un caso de violencia de género puede dar lugar a una nueva experiencia de violencia, esta vez desde la institución, dando lugar a la victimización secundaria. Por tanto, es importante que el personal sanitario adopte una buena posición frente a la violencia ejercida contra la mujer, ya que actitudes como la minimización de los hechos, la descalificación, la falta de empatía o la derivación a otro servicio en el que la mujer deba explicar nuevamente lo ocurrido, pueden afectar negativamente en la recuperación de la mujer generando sentimientos de frustración e impotencia (186,195). Del mismo modo, si el facultativo se identifica con la situación sufrida por la mujer y se involucra en exceso, puede tener efectos contraproducentes, favoreciendo la victimización secundaria (195).

En cuanto al tamaño del municipio de residencia de la mujer, los resultados indican la existencia de diferencias estadísticamente significativas que ponen de manifiesto un mayor grado de cumplimentación en los partes de lesiones asociados a municipios de más de 100.000 habitantes. Se trata de una variable que hace referencia al municipio de residencia de la mujer y que, a nuestro juicio, debe coincidir con el lugar en el que ha sido atendida.

En estos municipios se utiliza con mayor frecuencia el modelo específico para casos de violencia de género, por lo que existe un mayor porcentaje de documentos informatizados, presentando un efecto directo sobre la legibilidad de los partes de lesiones, motivo por el cual este tipo de municipios son los que presentan menores pérdidas de información. En ellos, se incluyen con mayor frecuencia el grado de parentesco entre la mujer y el presunto agresor, el número de teléfono de la mujer, distintos aspectos relacionados con su vulnerabilidad, la información relacionada con la descripción de las lesiones, la necesidad de realizar exploraciones complementarias y el tratamiento prescrito a la mujer. En municipios de tamaño intermedio fue empleado principalmente el modelo genérico de parte de lesiones. Estos

municipios destacan por la inclusión en el parte de lesiones del número de DNI o de pasaporte de la mujer, el uso de objetos durante la agresión, el pronóstico de las lesiones y el juicio de compatibilidad. En municipios de menor población fueron incluidos con mayor frecuencia los datos personales del facultativo y el diagnóstico.

De los resultados obtenidos podemos derivar que la utilización del modelo genérico y las herramientas digitales, más utilizados en municipios de mayor población, condicionan la calidad de la información recogida en los partes de lesiones.

En lo que respecta al informe clínico, recordemos que en esta investigación constituye el documento remitido al juzgado en situaciones en las que no ha sido cumplimentado el parte de lesiones, ejerciendo como sustituto de este en la notificación del caso de violencia de género al juzgado. Es importante recordar que, tal y como establece el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género en vigor, “en caso necesario, cualquier profesional puede redactar la comunicación o parte de lesiones en un folio, firmarlo, poner su número de colegiado”, siendo suficiente como documento acreditativo de la asistencia.

Según nuestros resultados la mayoría de los informes clínicos se encuentran informatizados, por lo que el grado de legibilidad y la calidad de la información contenida en el documento son elevadas. El informe clínico muestra una mayor calidad de la información frente al parte de lesiones en la información relacionada con los datos de filiación de la mujer, la asistencia médica, la descripción de las lesiones, las exploraciones realizadas, el diagnóstico, tratamiento y plan de actuación, si ha acudido acompañada y las circunstancias de la agresión (tipo de violencia, mecanismo y uso de objetos). Sin embargo, encontramos excepciones, y es que el informe clínico muestra menor frecuencia de inclusión en cuanto al estado psicológico de la víctima y la coloración de las lesiones, siendo estos aspectos recogidos con mayor frecuencia en los partes de lesiones cumplimentados en el modelo específico para casos de violencia de género.

Resulta por tanto destacable que aquellos datos más específicos como son la vulnerabilidad de la víctima, el estado psicológico, la descripción de la agresión, coloración de las lesiones, determinantes para conocer las circunstancias que rodean a la mujer, la antigüedad del hecho lesivo y la reiteración, el juicio de compatibilidad de las lesiones y el mecanismo causal descrito por la mujer, sean incluidos con tan baja frecuencia por parte de los facultativos.

CONCLUSIONES

A decorative red watercolor splash is located at the bottom of the page, featuring various shades of red and pink with some darker spots and a soft, blended edge.

CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES

Primera. En un elevado número de partes de lesiones identificamos importantes carencias en la identificación de la mujer, la identificación del facultativo y la información relacionada con cuestiones determinantes para la investigación judicial: en la descripción de las lesiones, el estado psicológico, el diagnóstico, el tratamiento, el pronóstico de las lesiones, el plan de actuación seguido y el juicio de compatibilidad emitido.

Segunda. Se constatan deficiencias en variables referentes a la vulnerabilidad de la mujer asociada a la percepción del riesgo, la existencia de menores a su cargo y la presencia de discapacidad, información de gran trascendencia para la adopción de medidas de protección y prevención de nuevas agresiones.

Tercera. El tipo de asistencia condiciona la información contenida en el parte de lesiones. En general, son los partes procedentes de servicios de urgencias hospitalarias los que mayor calidad presentan tanto en legibilidad como en contenido, y los de servicios de emergencias extrahospitalarias los de calidad más baja.

Cuarta. La cumplimentación del parte de lesiones se ajusta más a los requerimientos establecidos en municipios de mayor tamaño, asociada a la existencia de centros hospitalarios en estas áreas poblacionales.

Quinta. No se constatan grandes diferencias en la información recogida en el parte de lesiones en relación con el sexo del médico. No obstante, observamos una tendencia a una mayor calidad en su cumplimentación cuando el facultativo es una mujer.

Sexta. La existencia de antecedentes de violencia de género influye positivamente en la calidad del documento. En situaciones de reincidencia, se constata una descripción más detallada en aspectos relacionados con las circunstancias de la agresión y la vulnerabilidad de la víctima.

Séptima. Los partes de lesiones normalizados presentan mayor calidad en datos relacionados con la vulnerabilidad de la mujer, mientras que los informes clínicos lo son en datos de identificación del profesional, de la víctima y procedentes de la anamnesis.

Octava. Consideramos necesaria la inclusión de datos referidos al grado de parentesco con el presunto agresor y al riesgo de futuras agresiones.

Novena. Consideramos necesaria la normalización y digitalización del procedimiento para evitar la pérdida de información asociada a una letra poco legible y con abreviaturas, así como la obligatoriedad de la cumplimentación de todos los epígrafes que componen el parte de lesiones.

Décima. Es indispensable la formación y sensibilización de los profesionales sanitarios sobre la correcta cumplimentación de los partes de lesiones, especialmente en casos de violencia de género, dada la importancia medicolegal de este documento para la valoración judicial y la adopción de medidas de protección para la víctima.

.

REFERENCIAS

The background of the page is a white surface with a large, abstract watercolor splash in shades of red and pink. The splash is concentrated in the lower half of the page, with some smaller droplets scattered in the upper right quadrant. The word 'REFERENCIAS' is printed in a bold, black, serif font, centered horizontally and positioned above the main watercolor splash.

CAPÍTULO 8. REFERENCIAS

1. Organización de las Naciones Unidas: Asamblea General. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer: Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993, 20 diciembre 1993, A/RES/48/104, disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/50ac921e2.html>.
2. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer. Who.int, disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
3. Maqueda Abreu ML. La violencia de género: Entre el concepto jurídico y la realidad social. RECPC. 2006; 02(08): 1-13.
4. Ruiz-Navarro MG. ¿Somos los profesionales sanitarios una barrera para la detección de la violencia de género? Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia. 2011; 93(1).
5. Consejo de Europa. Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Serie de Tratados del Consejo de Europa. Estambul.210.
6. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. Lancet. 2002; 359(9315): 1423-1429.
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género.2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

8. Benavente YM, Rodríguez Suárez P. Guía didáctica de diagnóstico e intervención sanitaria en violencia de género en atención primaria. Oviedo: Servicio de Salud del Principado de Asturias.
9. Expósito F. Violencia de género. *Mente y cerebro*. 2011;(48): 20-25.
10. Vandello JA, Cohen D. Male honor and female fidelity: implicit cultural scripts that perpetuate domestic violence. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003; 84(5): 997-1010.
11. Asamblea General de las Naciones Unidas. Conferencia Mundial del año internacional de la Mujer. México.
12. 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(1).
13. Krug G, Dahlberg LL, Mercy A, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health Geneva: World Health Organization; 2002.
14. García-Moreno C, Jansen AFM, Watts C, Ellsberg M, Heise L. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
15. Lorente Acosta M, Lorente Acosta JA. Agresión a la mujer: Maltrato, violación y acoso. En. Granada: Editorial Comares; 1998.
16. Lorente Acosta M. Violencia y maltrato de género (I). Aspectos generales desde la perspectiva sanitaria. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*. 2008; 20(3): 191-197.
17. Aretio Romero A. Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres. *Gaceta Sanitaria*. 2007; 21(4): 273-277.

18. Carrilero López S, Martínez Díaz JM, Flores Bienert MD. Aproximación teórica del profesional enfermero a los dispositivos legales para afrontar la violencia de género. *Enfermería Global*. 2012; 11(27): 430-445.
19. Tourné García M, Ruiz Hernández M, Escribano Sabater MC, Gea Serrano A, Salmerón Arjona E. Protocolo para la detección y atención de la Violencia de género en Atención Primaria. Murcia: Servicio Murciano de Salud. 2007.
20. Ley Orgánica 14/1999 de 9 de junio de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. *Boletín Oficial del Estado*, 10 de junio de 1999, núm. 138.
21. Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros. *Boletín Oficial del Estado*, 30 de septiembre de 2003, núm. 234.
22. Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica. *Boletín Oficial del Estado*, 1 de agosto de 2003, núm 183.
23. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de diciembre de 2004, núm. 313.
24. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. *Boletín Oficial del Estado*, 23 de marzo de 2007, núm. 71.
25. Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*, 31 de marzo de 2015, núm. 77.
26. Adam Morell A. Una revisión sobre violencia de género. Todo un género de duda. *Gaceta internacional de ciencias forenses*. 2013;(9): 23-31.
27. Peterman LM, Dixon CG. Domestic violence between same-sex partners: Implications for counseling. *Journal of Counseling & Development*. 2003; 81(1): 40-47.

28. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Macroencuesta de violencia contra la mujer.
29. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género (EVDVG). Instituto Nacional de Estadística.
30. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid.
31. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La Atención Primaria frente a la Violencia de Género: Necesidades y propuestas. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Delegación de Gobierno para la Violencia de Género.
32. López Rodríguez RM, Peláez Moya S. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad.
33. Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, Gil-González D, Torrubiano-Domínguez J, Rohlf I, Escribà-Agüir V. Perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por violencia del compañero íntimo en España. Gaceta Sanitaria. 2009; 23(5): 410-414.
34. Walker LE. Terrifying love: Why battered women kill and how society responds New York: Harper & Row Publishers; 1989.
35. Seligman EP. Helplessness: On Development, Depression & Death New York: W.H.Freeman; 1992.
36. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. The Lancet. 2013; 382(9895): 859-865.
37. Walker LE. El síndrome de la mujer maltratada. 1st ed.: Desclée De Brouwer; 2012.
38. Larrauri E. ¿Por qué retiran las mujeres maltratadas la denuncia? Revista de Derecho Penal y Criminología, 2ª Época. 2003;(12): 271-307.

39. Pascual Benito MI. Conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la violencia que sufren las mujeres a manos de sus parejas. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud*. 2017; 2(2): 32-44.
40. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario. Organización Mundial de la Salud.
41. 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. *American Journal of preventive medicine*. 2006; 30(6): 458-466.
42. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002; 359(9314): 1331-1336.
43. Eberhard-Gran M, Schei B, Eskild A. Somatic symptoms and diseases are more common in women exposed to violence. *Journal of General Internal Medicine*. 2007; 22(12): 1668-1673.
44. Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*. 2002; 23(4): 260-268.
45. Sanz-Barbero B, Rey L, Otero-García L. Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja. *Gaceta Sanitaria*. 2014; 28(2): 102-108.
46. Sugg N. Intimate partner violence: prevalence, health consequences, and intervention. *The Medical Clinics of North America*. 2015; 99(3): 629-649.
47. Wuest J, Merrit-Gray M, Ford-Gilboe M, Lent B, Varcoe C, Campbell JC. Chronic pain in women survivors of intimate partner violence. *The Journal of Pain*. 2008; 9(11): 1049-1057.
48. Plazaola-Castaño J, Ruiz Pérez I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Medicina Clínica*. 2004; 122(12): 461-467.

49. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, del Río-Lozano M. Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. *European Journal of Public Health*. 2007; 17(5): 437-443.
50. Martínez León MdIM, Irurtia Muñiz MJ, Crespo Sierra MT, Calleja González MAI, Martínez León C, Queipo Burón D. Maltrato psicológico en las víctimas de violencia de género. Evaluación médico legal y forense. *Psicología conductual=Behavioral psychology: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*. 2011; 19(1): 133-155.
51. Calvo González G, Camacho Bejarano R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enfermería Global*. 2014; 13(1): 424-439.
52. Turvey BE. *Criminal profiling. An introduction to behavioral evidence analysis* California: Elsevier; 2008.
53. Osuna E. Aspectos clínicos y medicolegales de la violencia de género. En Fariña F. *Violencia de género. Tratado psicológico y legal*. Madrid: Biblioteca Nueva; 2009: 169-189.
54. Campbell J, Snow Jones A, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*. 2002; 162(10): 1157-1163.
55. Gisbert Calabuig. *Medicina legal y Toxicología*. 5th ed.
56. Bugarín González R, Rodríguez Calvo MS, Vázquez-Portomeñe Seijas F. *La violencia contra la mujer. Abordaje asistencial, medicolegal y jurídico* Valencia: Tirant lo Blanch; 2014.
57. Castellano Arroyo M, Aso Escario J, Cobo Plana JA, Martínez Jarreta B. Datos Médico Forenses de 1485 agresiones denunciadas por mujeres. *Revista Española de Medicina Legal*. 1998; XXII(84-85): 24-30.

58. Sheridan DJ, Nash KR. Acute injury patterns of intimate partner violence victims. *Trauma, Violence & Abuse*. 2007; 8(3): 281-289.
59. Villanueva Cañadas E, Gisbert Calabuig. *Medicina legal y toxicología*. Séptima ed.: Elsevier; 2018.
60. Cheng TC, Lo CC. Health of Women Surviving Intimate Partner Violence: Impact of Injury and Fear. *Health & Social Work*. 2019; 44(2): 87-94.
61. Ellsberg M, Jansen AFM, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*. 2008; 371(9619): 1165- 1172.
62. Pérez Martínez VT, Hernández Marín Y. La violencia psicológica de género, una forma encubierta de agresión. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2009; 25(2): 1-7.
63. Lina R, Thomas S. Health consequences of sexual violence against women. *Best Practice & Research Clinical*. 2013; 27(1): 15-26.
64. González Lozoya I, Serrano Martínez A, García Sánchez N, del Campo Giménez M, Moreno Ruiz B, González Lozoya AB, et al. Conocimientos sobre violencia de género de la población que consulta en Atención Primaria. *Atención Primaria*. 2011; 43(9): 459-464.
65. Weil A. Intimate partner violence: Diagnosis and screening. *UpToDate*. 2019.
66. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. Italia.
67. Yau RK, Stayton CD, Davidson LL. Indicators of intimate partner violence: identification in emergency departments. *The Journal of emergency medicine*. 2013; 45(3): 441-449.

68. Diéguez Méndez R, Rodríguez Calvo MS. Percepciones del personal sanitario sobre la violencia de género. *Educación Médica*. 2021; 22, suplemento 5: 414-419.
69. Montero I, Ruiz-Perez I, Martín-Baena D, Talavera M, Escribà-Agüir V, Vives-Cases C. Violence Against Women from Different Relationship Contexts and Health Care Utilization in Spain. *Women's Health Issues*. 2011; 21(5): 400-406.
70. Vives-Cases C, Ruiz-Cantero MT, Escribà-Agüir V, Miralles JJ. The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. *Journal of Public Health*. 2011; 33(1): 15-21.
71. Raya Ortega L, Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Brun López-Abisab S, Rueda Lozano D, García de Vinuesa L, et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Atención Primaria*. 2004; 34(3): 117-124.
72. García Torrecillas M, Torío Durántez J, Lea Pereira MdC, García Tirado dC, Aguilera Tejero R. Detección de violencia contra la mujer en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*. 2008; 40(9): 455-461.
73. Baidés Noriega R. Violencia de Género: papel de Enfermería en la Prevención Secundaria desde Atención Primaria. *Enfermería Global*. 2018; 17(51): 484-496.
74. Vázquez Vázquez MX. Abordaje de la violencia de género en el ámbito sanitario. *Revista galega de traballo social*. 2008;(11): 79-96.
75. Salvador Sánchez L, Rivas Vilas M, Sánchez Ramón S. Violencia y maltrato de género (III). Nociones prácticas para su detección precoz y abordaje integral en urgencias. *Emergencias (St. Vicenç dels Horts)*. 2008; 20(5): 343-352.
76. Torró García-Morato MC, Llamas Martín C. Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Sevilla: Conserjería de Salud.
77. Castellano Arroyo M. La violencia familiar y de género: Un compromiso de todos. *Actualidad Médica*. 2017; 102(800): 5-6.

78. Dirección General de Prevención de Violencia de Género, Juventud, Protección Jurídica y Reforma de Menores. Protocolo de Coordinación Interinstitucional en Violencia de Género de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Murcia.
79. Lozano Alcaraz C, Pina Roche F, Torrecilla Hernández M, Ballesteros Meseguer C, Pastor Rodríguez JD, Ortuño Esparza A. Formación y detección de la violencia de género en la profesión sanitaria. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 2014; 4(1): 217-226.
80. Cano Martín M, Berrocoso Martínez A, de Arriba Muñoz L, de Quirós Lorenzana RB, Alamar Provecho D, Cardo Maza A. Estudio descriptivo y valoración de la cumplimentación de los partes de lesiones generados en un servicio hospitalario de urgencias. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2010; 3(1): 245-251.
81. Arredondo-Provecho AB, del Pliego-Pilo G, Nadal-Rubio M, Roy-Rodríguez R. Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. *Enfermería Clínica*. 2008; 18(4): 175-182.
82. Castelló A, Francès F, Verdú F. Parte judicial de lesiones: uso y abuso. *Medicina clínica*. 2012; 139(2): 82-83.
83. Arredondo-Provecho AB, Broco-Barredo M, Alcalá-Ponce de León T, Rivera-Álvarez A, Jiménez Trujillo I, Gallardo-Pino C. Profesionales de Atención Primaria de Madrid y Violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010. *Revista Española de Salud Pública*. 2012; 86: 85-99.
84. Coll-Vinent B, Echeverría T, Farràs Ú, Rodríguez D, Millá J, Santiñà M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gaceta Sanitaria*. 2008; 22(1): 7-10.
85. Castanedo Córdoba IM. ¿Qué barreras y facilitadores identifican enfermeras y médicos para preguntar a las usuarias sobre violencia de género? *Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia*. 2016; 13(54).

86. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Intimate Partner Violence. AWHONN POSITION STATEMENT. 2019; 48(1): 112-116.
87. Sprague S, MK, SN, GK, PNK, BM, & GJC. Barriers to screening for intimate partner violence. *Women and Health*. 2012; 52(6): 587-605.
88. Djikanovic B, Celik H, Simic S, Matejic B, Cucic V. Health professionals' perceptions of intimate partner violence against women in Serbia: Opportunities and barriers for response improvement. *Patient Education and Counseling*. 2010; 80(1): 88-93.
89. Ferrer Pérez VA, Bosch Fiol E, Ramis Palmer MdC. La formación de los/as profesionales de la salud para afrontar la violencia contra las mujeres en la pareja. *Clínica y Salud*. 2008; 19(1): 59-81.
90. Murillo P, San Sebastián M, Vives-Cases C, Goicolea I. Factores asociados a la respuesta a la violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud en España. *Gaceta Sanitaria*. 2018; 32(5): 433-438.
91. Fernández Alonso MdC, Herrero Velázquez S, Cordero Guevara JA, Madereuelo Fernández JÁ, González Castro ML. Protocolo para la evaluación de la efectividad de una intervención sensibilizadora y formativa en profesionales de atención primaria para la mejora de la detección de la violencia doméstica (ISFVIDAP). *Atención Primaria*. 2006; 38(3): 168-173.
92. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Vives-Cases C. Methodological issues in the study of violence against women. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2007; 61(2): ii26-31.
93. Fernández-Mendoza G, Cruz-Montano H, Peña-Sánchez R. Violencia contra la mujer: conocimientos y actitudes de los profesionales de la salud ante un problema en ascenso. *Medicina de familia. SEMERGEN*. 2016; 43(4): 347-348.

94. Melgosa Moreno MS, Priede Díaz MI, López Robles E, Priede Díaz LA, Pellico López MA, Gómez Valdés M. Es necesario reflejar el tratamiento en el parte de lesiones. *Medicina General y de Familia*. 2012; 1(2): 83-84.
95. Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, Dunne D, Eldridge S, Sharp D, et al. Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *British Journal of General Practice*. 2012; 62(602): e647-55.
96. Papadakaki M, Prokopiadou D, Petridou E, Kogevinas M, Lionis C. Defining physicians' readiness to screen and manage intimate partner violence in Greek primary care settings. *Evaluation & the Health Professions*. 2012; 35(2): 199-220.
97. Rodríguez-Bolaños RdlÁ, Márquez-Serrano M, Kageyama-Ecobar MdIL. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. *Salud Pública de México*. 2005; 47(2): 134-144.
98. Valdés Sánchez CA, García Fernández C, Sierra Díaz Á. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. *Atención Primaria*. 2016; 48(10): 623-631.
99. Antle B, Barbee A, Yankeelov P, Bledsoe L. A Qualitative Evaluation of the Effects of Mandatory Reporting of Domestic Violence on Victims and Their Children. *Journal of Family Social Work*. 2010; 13(1): 55-73.
100. Bø Vatnar K, Leer-Salvesen K, Bjørkly S. Mandatory Reporting of Intimate Partner Violence: A Mixed Methods Systematic Review. *Trauma, violence & abuse*. 2021; 22(4): 635-655.
101. Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer.

102. Reynaldos B, Sánchez-Rodríguez F, Legaz I, Osuna E. Analysis of the information in mandatory reporting in victims of gender violence. *Journal of Public Health*. 2018; 7(3):1443
103. Pascual López S. Incidencia de la violencia de género en el ámbito penal. *Revista de Estudios Jurídicos*. 2020; 20(1): 263-287.
104. Casado Blanco M. Manual de documentos médico-legales: Grupo ROS; 2008.
105. Skellern C, Donald T. Defining standards for medico-legal reports in forensic evaluation of suspicious childhood injury. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2012; 19(1): 267-271.
106. Bañón de Juan E, Rodes Lloret F, Martí Lloret JB. Estudio de los partes de lesiones emitidos por el servicio de urgencias pediátricas de un hospital. *Cuadernos de Medicina Forense*. 2001; 23(1): 23-29.
107. Casado Blanco M, Hurtado Sendín P, Jiménez García A. Intervención médico-legal en los servicios de urgencias. *Emergencias*. 1999; 11(1).
108. Defensor del Pueblo. Estudio sobre los partes de lesiones de las personas privadas de libertad. Madrid.
109. Decreto 3/2011, de 11 de enero, por el que se crea y regula el modelo de parte al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, núm. 18, de 27 de enero de 2011..
110. Consejería de Sanidad y Consumo. Plan integral de formación en violencia de género. Murcia.
111. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 281, de 24 de noviembre de 1995. .
112. Borrego-Aparici R, Barquero-Sánchez-Ibargüen MT, Domínguez-Palacios E, Aumesquet-Cornello A. Concepto de daño corporal y antecedentes históricos. Daño a las

- personas en derecho penal, civil y laboral y en el ámbito de las compañías de seguros. Valoración médica del daño, tablas y baremos de valoración. *Rehabilitación*. 2008; 43(6): 315-324.
113. Linares-González L, Sáez Rodríguez J, Beltrán-Aroca CM, Girela-López E. Control de calidad de los partes de lesiones emitidos en Atención Primaria y Urgencias de la provincia de Córdoba. *Revista española de medicina legal: órgano de la Asociación Nacional de Médicos Forenses*. 2019; 45(1): 12-17.
114. García Minguito L, Casas Sánchez JdD, Rodríguez Albarran MS. Propuesta de baremo (de escala) para analizar la calidad de los partes de lesiones en casos de violencia de género. *Gaceta Sanitaria*. 2012; 26(3): 256-260.
115. Sarrión Ferre MT, Aracil Monllor C, Molina Gasset R, Gisbert Grifo M, Marin Rueda N, Barea Montoro A. Estudio descriptivo y valoración de la cumplimentación de los partes de lesiones generados en un servicio hospitalario de urgencias. *Emergencias*. 1995; 7(5): 245-251.
116. Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial.
117. Ley 38/1988, de 28 de diciembre, de Demarcación y de Planta Judicial.
118. Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia. Memoria Judicial 2018. Murcia: Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia.
119. Castillo RS, López EP, Huertas JA, Urbano CA, Gallo AR, Molina MM. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Emergencias*. 2002; 14(1): 224-32.
120. Barandela MAL, Alonso ER, Feijoó C, Zorelle AP, Montes BO, Gómez B. Conocimientos y actitudes de los profesionales de urgencias sobre la violencia de género. *Enfer urg*. 2010; 2(7): 36-45.

121. García-Moreno C. Violence against women: International perspectives. *Am J Prev med.* 2000; 19(4): 330-333.
122. Regueira-Diéguez A, Perez-Rivas N, Muyñoz-Barús J, Vázquez-Portomeñe F, Rodríguez-Calvo M. Intimate partner violence against women in Spain: A medico-legal and criminological study. *J For Leg Med.* 2015; 34: 119-126.
123. Fernández-Romero E, Espino Pérez R, Aguilera Peña M, Pablo Vázquez M, Galán Doval C, Recio Ramírez J. Violencia doméstica atendida en urgencias de un hospital comarcal. *Emergencias.* 2008; 20(3): 164-172.
124. Labrador Encinas F, Fernández-Velasco M, Rincón P. Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema.* 2010; 22(1): 99-105.
125. Alzahrani T, Abaalkhail B, Ramadan I. Prevalence of intimate partner violence and its associated risk factors among Saudi female patients attending the primary healthcare centers in Western Saudi Arabia. *Saudí Med J.* 2016; 37(1): 96-99.
126. Domínguez Fernández M, Martínez Silva I, Vázquez-Portomeñe F, Rodríguez Calvo M. Features and consequences of gender violence: study of cases confirmed by a conviction. *Rev Esp Med Legal.* 2017; 43(3): 115-122.
127. Bosch Fiol E, Ferrer Pérez V. Mujeres maltratadas: Análisis de características sociodemográficas, de la relación de pareja y del maltrato. *Interven Psicosocial.* 2003; 12(3): 325-344.
128. Puente-Martínez A, Ubillos-Landa S, Echeburúa E, Páez-Rovira D. Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por las mujeres en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *An Psicol.* 2016; 32(1): 295-306.
129. Sandoval-Jurado L, Jiménez Báez M, Rovira Alcocer G, Vital Hernández O, Pat Espada F. Violencia de pareja: tipo y riesgos en usuarias de atención primaria de salud en Cancún, Quintana Roo, México. *Aten Primaria.* 2017; 49(8): 465-472.

130. Montero I, Martín-Baena D, Escribà-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Vives-Cases C, Talavera M. Intimate Partner Violence in Older Women in Spain: Prevalence, Health Consequences, and Service Utilization. *J Women Aging*. 2013; 25(4): 358-371.
131. Tanimu TS, Yohanna S, Omeiza S. The pattern and correlates of intimate partner violence among women in Kano, Nigeria. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2016; 8(1): 1-6.
132. Abramsky T, WCGMCDKKLEMea. What factors are associated with recent intimate partner violence? finding from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health*. 2011;11: 1-17.
133. Zorrilla B, PMLLMCSLSLea. Intimate partner violence: last year prevalence and association with socio-economic factors among women in Madrid, Spain. *Eur J Public Health*. 2009; 2(20): 169-175.
134. Echeburúa E, Fernández-Montalvo J, de Corral P. ¿Hay diferencias entre la violencia grave y la menos grave contra la pareja? *Int J Clin Health Psychol*. 2008; 8(2): 355-382.
135. Pereira A, Vieira D, Magalhães T. Fatal intimate partner violence against women in Portugal: a forensic medican national study. *J Forensic Leg Med*. 2013; 20: 1099-1107.
136. González Morga N, García Guillamón G, Brando Asensio I. Prevalencia y perfil sociodemográfico del maltrato psíquico, físico y sexual en las pacientes de urgencias en la región de Murcia. *Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa*. 2014; 57: 156-173.
137. Ballester Comins A, Ventura Álvarez M. Evaluación mediante el Inventario MCMI-III de las mujeres víctimas de maltrato psicológico por parte de su anterior pareja. *Rev Esp Med Legal*. 2010; 36(2): 68-76.

138. De Magalhães Dourado S, Vilar Noronha C. Visible and invisible marks: facial injuries suffered by women as the result of acts of domestic violence. *Cien Saude Colet*. 2015; 20(9): 2911-2920.
139. Fiestas F, Rojas R, Gushjiken A, Gozzer E. ¿Quién es la víctima y quién el agresor en la violencia física entre parejas? Estudio epidemiológico en siete ciudades del Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2012; 29(1): 44-52.
140. Petridou E, Browne B, Lichter E, Dedoukou X, Alexe D, Dessypris N. What distinguishes unintentional injuries from injuries due to intimate partner violence: a study in Greek ambulatory care settings. *Inj Prev*. 2002; 8: 197-201.
141. De Macedo Bernardino I, Santos L, Porto Ferreira A, Marqués de Almeida Lima T, Marqués da Nóbrega L, D'Avila S. Intimate partner violence against women, circumstances of agressions and oral-maxillofacial traumas: A medical-legal and forensic approach. *Leg Med*. 2018; 4(31): 1-6.
142. McCarthy RJ, Rabenhorst MM, Milner JS, Travis WJ, Collins PS. What difference does a day make? Examining temporal variations in partner maltreatment. *J Fam Psychol*. 2014; 28(3): 421-428.
143. Vazquez SP. Intimate Partner Violence Incidence and Characteristics: Idaho NIBRS 1995 to 2001 Data. *Crim Justice Policy Rev*. 2005; 16(1): 99-114.
144. De Cristiano Espinar M, Camacho Buenosvinos A, Ávila Gerrero J, Mata Jiménez A, Díaz J , et al. Perfil sociodemográfico de la mujer víctima de violencia de género en el dispositivo de cuidados críticos y urgencias del distrito sanitario de Córdoba. *Rev enfer urg*. 2012; 3(12): 19-26.
145. A BM, M LR, MI RF, de Vargas Marcovicz G, Labrocini L, Mantovani M. Profile of men who commit violence against women who are arrested in delicto flagrante: contributions to confornting the phenomenon. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(4): 600-606.

146. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco-Prieto P, González-Barranco J, Ayuso-Martín P, Montero-Piñar Mea. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gac Sanit.* 2006; 20(3): 202-208.
147. Lucas Martínez AM, Pina Roche F. Detección de casos de violencia de género por los profesionales de la salud en un centro de atención primaria. En Lucas Martínez AM, Pina Roche F. *Mujer y cuidados: retos en salud.*: Editum. Ediciones de la Universidad de Murcia; 2014. 299-314.
148. Raj A, Silverman J. Immigrant South Asian women at greater risk for injury from intimate partner violence. *Am J Public Health.* 2003; 93(3): 435-437.
149. Escribà-Agüir V, Barona-Viar C, Calvo-Mas C, Carpio-Gesta M, Fullana-Montoro A. Lesiones por violencia doméstica en la Comunidad Valenciana. *Gac Sanit.* 2006; 20(6): 510-512.
150. Palomar-Ciria N, Fernández-Rodríguez AN, Rodríguez-Albarrán MS, Casas JD, Bello HJ. Valoración forense del riesgo psicológico inicial en víctimas de violencia de género. *Cuad. Med. Forense.* 2016; 22(3): 64-72.
151. Pérez-Martínez VT, Hernández-Marín Y. La violencia psicológica de género, una forma encubierta de agresión. *Rev Cub Med.* 2009; 25(2).
152. Saddki N, Suhaimi A, Daud R. Maxillofacial injuries associated with intimate partner violence in women. *BMC Public Health.* 2010; 10: 1-6.
153. Morais Caldas I, Grams A, Alfonso A, Magalhães T. Oral injuries in victims involving intimate partner violence. *Forensic Sci Int.* 2012; 221: 102-105.
154. Sorenson S. Guns in intimate partner violence: comparing incidents by type of weapon. *J Womens Health.* 2017; 26(3): 249-258.
155. Yuen-Ha Wong J, Wai-Man Choi A, Yee-Tak Fong D, Kit-Shing Wong J, Chu-Leng LL, Chak-Wah K. Patterns, etiology and risk factors of intimate partner violence-related

- injuries to head, neck and face in Chinese women. *BMC Womens Health*. 2014; 14(1): p. 1-9.
156. Baker R, Sommers M. Physical injury from intimate partner violence: measurement strategies and challenges. *JOGNN*. 2008; 21(3): 228-233.
157. A-Atrushi H, Al-Tawil N, Shabila N, Al-Hadithi T. Intimate partner violence against women in the Erbil city of the Kurdistan region, Iraq. *BMC Womens Health*. 2013; 13(37): 1-9.
158. Bhandari M, Dosanjh S, Tornetta P, Matthews D. Musculoskeletal manifestations of physical abuse after intimate partner violence. *J Trauma*. 2006; 61(6): 1473-1479.
159. Antai D. Traumatic physical health consequences of intimate partner violence against women: what is the role of community-level factors? *BMC Womens Health*. 2011; 11(56): 1-13.
160. Trias Capella M, Martín-Fumadó C, Taranilla Castro A, Trias Capella R, Bernal Martí X, Rebollo-Soria M. Estudio descriptivo de la violencia de género: análisis de 404 casos. *Rev Esp Med Legal*. 2013; 39(1): 7-11.
161. Hackenberg E, Sallinen V, Koljonen V, Handolin L. Severe intimate partner violence affecting both young and elderly patients of both sexes. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2017; 43(3): 319-327.
162. Cohen A, Renner L, Shriver E. Intimate partner violence in ophthalmology: a global call to action. *Current Opinion in Ophthalmology*. 2017; 28(5): 534-538.
163. Matteloli M, Piacentino D, Kotzalidis G, Serata D, Rapinesi C, Angeletti Gea. The clinical and radiological examination of acute intimate partner violence injuries: a retrospective analysis of an Italian cohort women. *Violence and Victims*. 2016; 31(1): 85-102.

164. Wu V, Huff H, Bhandari M. Pattern of physical injury associated with intimate partner violence in women presenting to the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2010; 11(2): 71-82.
165. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Switzerland.
166. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Montero-Piñar M. Apoyo social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja. *Gac Sanit*. 2008; 6: 527-533.
167. Matud Aznar M. Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicotema*. 2004; 16(3): 397-401.
168. Campbell JC, Webster D, Koziol-McLain J, Block C, Campbell D, Curry MA, et al. Risk factors for femicide in abusive relationships: results from a multisite case control study. *Am J Public Health*. 2003; 93(7): 1089-1097.
169. C.M W, Miller E. UpToDate. [Online]; 2022. Acceso 20 de 07de 2022. Disponible en: <https://www.medilib.ir/uptodate/show/14314>.
170. Isuu. Mujer I. Guía Didáctica de Diagnóstico e Intervención Sanitaria en Violencia de Género en atención primaria.
171. Bosch Fiol V, Ferrer-Pérez, VA. La violencia de género: De cuestión privada a problema social. *Psychosocial Intervention*. 2000; 9(1): 7-19.
172. Tejada Dewar J. Las cifras de violencia machista en los países nórdicos duplican las de España. *Público.es*.
173. Sans M, Sellarés J. Detección de la violencia de género en atención primaria. Elsevier. 2010; 36(3): 104-9.

174. Diéguez Méndez R, Medrano Valera M, Rodríguez Calvo MS. Calidad de los partes de lesiones por violencia de género en la provincia de Pontevedra. *Revista Española de Medicina Legal*. 2021; 47(3): 99-104.
175. Rodríguez González M, Arteaga Ramírez I, Rodríguez González O, González Dueñas Y. Análisis de la confección del certificado de asistencia de primera intención a un lesionado. *Medisur*. 2014; 12(1): 85-89.
176. Solveig Karin Bo Vatnar KLSSB. Mandatory Reporting of Intimate PARTner Violence: A Mixed Methods Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*. 2021; 22(4): 635-655.
177. Domínguez Fernández M. Aspectos medicolegais e criminolóxicos da violencia de xénero. Santiago de Compostela.
178. Montesinos García A. Los partes médicos de lesiones en los procesos por violencia de género (II). *Actualidad del derecho Sanitario*. 2016; 240.
179. Arroyo Fernández A. Mujer maltratada: intervención médico-forense y nueva legislación. *Atención Primaria*. 2000; 26(4): 255-60.
180. A A. Detección y abordaje de la violencia doméstica desde la atención primaria de salud de La Rioja: una cuestión pendiente de resolver. Informe técnico.
181. Millán R. El trabajo social con mujeres maltratadas, Intervención individual. *Violencia contra las mujeres. Prevención y detección*. En Cañete MÁ. Algunas formas de violencia. *Mujer, conflicto y género*. Zaragoza; 2016.
182. Echeburúa E, Corral P, Amor PJ. Evaluación del daño psicológico en víctimas de delitos violentos. *Psicothema*. 2002; 4: 139-46.
183. Logan C, Blakbuns R. Mental disorder in violent women in secure setting: potential relevance to risk for future violence. *Int J Law Psychiatry*. 2009; 32(1): 31-8.
184. Jokinen J, Forshund K, Ahnecuark E, al e. Karolinska interpersonal violence scale predicts suicide in suicide attempters. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71(1): 1025-32.

185. Ramos Gómez EA, Copello Noblet M, Hernández Baguer R, Seoane Larrinaga M, Bueno Arrieta Y, Quintero M. Aspectos éticos y legales en los pacientes con trauma ocular. *Revista Cubana de Oftalmología*. 2012; 25(2).
186. Aranda Maiz N, Lekanda Alzibar A. Revictimización de las mujeres víctimas de violencia de género en el sistema judicial-penal: Análisis de caso. *WARMI: Revista científica de Intervención en violencia contra las mujeres*. 2022; 2(2): 29-46.
187. Hetling A, Zahg HY. Domestic violence, poverty and social service: does location matter? *Soc Sci Q*. 2010; 91(5): 1144-63.
188. Sugg NK, Thompson RS, Thompson DC, et al. Domestic violence and primary care. Attitudes, practices and beliefs. *Arch Fam Med*. 1999; 8: 301-6.
189. K.D. Jaffee JWEWGRMGEC. Physician-identified barriers to intimate partner violence screening. *J Womens Health (Larchmt)*. 2005; 14: 713-720.
190. Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen CN, MacMillan HL. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: A survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*. 2007; 7(1): 12.
191. Rodríguez-Rivas P, Rodríguez-Calvo MS. ¿Condiciona la atención médica el antecedente de violencia de género? *Educación Médica*. 2021; 22(5): 364-369.
192. Lo Fo Wong S, Wester F, Moss SS, et al. Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. 2006; 56: 249-57.
193. Papadakaki M, Petridou E, Kogevinas M, et al. Measuring the effectiveness of an intensive IPV training program offered to Greek general practitioners and residents of general practice. *BMC Med Educ*. 2013; 13(1): 46.
194. Goicolea I, Briones-Vozmediano E, Ohman Aea. Mapping and exploring health systems response to intimate partner violence in Spain. *BMC Public Health*. 2013; 13(1): 1162.

195. Calle Fernández S. Consideraciones sobre la victimización secundaria en la atención social a las víctimas de violencia de género. *Portularia: revista de trabajo social*. 2004; 4(1): 61-66.

ANEXOS



CAPÍTULO 9. ANEXOS

Anexo I. Autorización de la Comisión de Docencia e Investigación del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Murcia



D^a M^a CARMEN TORRES SÁNCHEZ, Jefe de Servicio de Clínica del Instituto de Medicina Legal de Murcia y Ciencias Forenses de Murcia, en calidad de Secretaria de la Comisión de Docencia e Investigación de dicho Instituto

CERTIFICA:





Que esta Comisión, en reunión celebrada el 20 de Diciembre de 2019, ha acordado informar favorablemente por unanimidad la realización del Programa de Doctorado, Doctorado en Ciencias Forenses titulado **"Análisis de la calidad de los partes de lesiones emitidos a víctimas de violencia de género en la Región de Murcia durante el año 2018: adecuación a las exigencias judiciales"**, presentado por D^a Belen Reynaldosl García, bajo la tutorización de los profesores D Eduardo Javier Osuna Carrillo de Albornoz y D^a María Faustina Sánchez Rodríguez.

Murcia, 27 de Diciembre de 2019

Fdo. M^a Carmen Torres Sánchez

Signature Not Verified
MARIA DEL CARMEN TORRES
SANCHEZ


Anexo II. Autorización de la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia

UNIVERSIDAD DE MURCIA	Vicerrectorado de Investigación e Internacionalización		Comisión de Ética de Investigación	 CAMPUS MARE NOSTRUM	
INFORME DE LA COMISIÓN DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA					
<p>Jaime Peris Riera, Catedrático de Universidad y Secretario de la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia,</p>					
<p>CERTIFICA:</p>					
<p>Que D.^a Belén Reynaldos García ha presentado la memoria de trabajo de la Tesis Doctoral titulada <i>"Análisis de la calidad de los partes de lesiones emitidos a víctimas de violencia de género en la Región de Murcia durante el año 2018: adecuación a las exigencias judiciales"</i>, dirigida por D. Eduardo Javier Osuna Carrillo de Albornoz y D.^a María Faustina Sánchez Rodríguez a la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia.</p>					
<p>Que dicha Comisión analizó toda la documentación presentada, y de conformidad con lo acordado el día trece de mayo de dos mil veinte¹, por unanimidad, se emite INFORME FAVORABLE, desde el punto de vista ético de la investigación.</p>					
<p>Y para que conste y tenga los efectos que correspondan firmo esta certificación con el visto bueno de la Presidenta de la Comisión.</p>					
<p>Vº Bº LA PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA</p>					
<p>Fdo.: María Senena Corbalán García</p>					
<p>ID: 2877/2020</p>					
<p>¹A los efectos de lo establecido en el art. 19.5 de la Ley 40/2015 de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público (B.O.E. 02-10), se advierte que el acta de la sesión citada está pendiente de aprobación</p>					
		Código seguro de verificación: RUXFMnla-OwFNetmJ-NSqJUnnX-KNlsLVy4			COPIA ELECTRÓNICA - Página 1 de 1
		<p><small>Esta es una copia electrónica imprimible de un documento administrativo electrónico archivado por la Universidad de Murcia, según el artículo 37.3 a) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre. Su autenticidad puede ser contrastada a través de la siguiente dirección https://unm.es/validador/</small></p>			

Anexo III: Modelo Parte de lesiones específico para casos de violencia de género según el Protocolo para la detección y atención de la violencia de género en AP


Protocolo para la detección y atención de la violencia de género en AP
 Dirección General de Asistencia Sanitaria (SMS)





Región de Murcia
Consejería de Sanidad

INFORME CLÍNICO POR MALOS TRATOS



GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

1 - DATOS DE FILIACIÓN DE LA VÍCTIMA

NOMBRE Y APELLIDOS _____

MUJER HOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTADO CIVIL: _____ D.N.I. _____

TELÉFONO DE CONTACTO _____


DIRECCIÓN: _____


Hijo/a de _____ D.N.I. _____

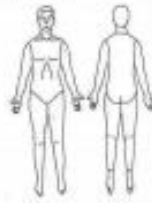
2 - EXPOSICIÓN DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA: *(Reflejar fecha, hora, y lugar de la agresión, según declaración de la víctima, así como el tipo de maltrato físico, psíquico o de otro tipo que se aprecie).*

3 - ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS: *(En relación con las lesiones).*

4 - EXPLORACIÓN FÍSICA: *(Descripción de las lesiones, sin olvidar el área aproximada).*







GAP1 - 20

Anexo IV: Modelo genérico de parte al juzgado

PARTE AL JUZGADO

Don , médico de este servicio en

INFORMO: Que a las horas del día, haber atendido a:

Nombre y apellidos: Edad:

Hijo de: Domicilio:

Por accidente estimado según manifiesta:

Fortuito Trabajo Tráfico Agresión Intoxicación Otros

Naturaleza de las lesiones en el momento de ser atendido,

.....

.....

Pasa a: Domicilio Hospital Médico de zona

PRONÓSTICO (Salvo complicaciones): Leve Menos grave Grave Fallecido

Y para que conste doy el presente en Cartagena, a de de 20

SEÑOR JUEZ DE INSTRUCCIÓN DE GUARDIA.

Anexo V. Frecuencia de inclusión en el parte de lesiones

Tabla 1

Características generales de los partes de lesiones

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Formato de redacción</i>				
Manuscrito	622	74,0	74,0	74,0
Informatizado	218	26,0	26,0	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Presencia de tachaduras</i>				
Sin tachaduras	766	91,2	91,2	91,2
Con tachaduras	74	8,8	8,8	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Gado de legibilidad del documento</i>				
Totalmente ilegible	30	3,6	3,6	3,6
Parcialmente legible	454	54,0	54,0	57,6
Totalmente legible	356	42,4	42,4	100,0
Total	840	100,0	100,0	

Tabla 2

Datos relacionados con la filiación de la mujer

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Datos personales de la mujer</i>				
No consta	9	1,1	1,1	1,1
Ilegible	89	10,6	10,6	11,7
Legible	742	88,3	88,3	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>DNI o número de pasaporte de la mujer</i>				
No consta	350	41,7	41,7	41,7
Ilegible	92	11,0	11,0	52,6
Legible	398	47,4	47,4	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Posibilidad de identificar a la mujer</i>				
No es posible identificar a la mujer	78	9,3	9,3	9,3
Sí es posible identificar a la mujer	762	90,7	90,7	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Edad o fecha de nacimiento de la mujer</i>				
No consta	20	2,4	2,4	2,4
Ilegible	69	8,2	8,2	10,6
Legible	751	89,4	89,4	100,0
Total	840	100,0	100,0	

Tabla 3*Datos relacionados con el lugar de residencia de la mujer*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Dirección de la mujer</i>				
No consta	23	2,7	2,7	2,7
Ilegible	112	13,3	13,3	16,1
Legible	705	83,9	83,9	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Municipio de residencia</i>				
No consta	138	16,4	16,4	16,4
Ilegible	106	12,6	12,6	29,0
Legible	596	71,0	71,0	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Número de teléfono</i>				
No consta	380	45,2	45,2	45,2
Ilegible	81	9,6	9,6	54,9
Legible	379	45,1	45,1	100,0
Total	840	100,0	100,0	

Tabla 4*Datos relacionados con el equipo asistencial responsable*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Equipo asistencial responsable de la asistencia médica</i>				
No consta	165	19,6	19,6	19,6
Ilegible	59	7,0	7,0	26,7
Legible	616	73,3	73,3	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Descripción equipo asistencial responsable</i>				
Emitido desde atención primaria	94	15,3	15,3	15,3
Emitido desde urgencias hospitalarias	121	19,6	19,6	34,9
Emitido desde servicios de emergencias	401	65,1	65,1	100,0
Total	616	100,0	100,0	

Tabla 5*Datos relacionados con la asistencia médica*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Acompañante</i>				
No consta	564	67,1	67,1	67,1
Ilegible	228	27,1	27,1	94,3
Legible	48	5,7	5,7	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Fecha en la que se realiza la asistencia médica</i>				
No consta	73	8,7	8,7	8,7
Ilegible	97	11,5	11,5	20,2
Legible	670	79,8	79,8	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Hora a la que se realiza la asistencia médica</i>				
No consta	325	38,7	38,7	38,7
Ilegible	66	7,9	7,9	46,5
Legible	449	53,5	53,5	100,0
Total	840	100,0	100,0	

Tabla 6*Datos relacionados con el facultativo responsable*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Datos personales del facultativo responsable</i>				
No consta	63	7,5	7,5	7,5
Ilegible	219	26,1	26,1	33,6
Legible	558	66,4	66,4	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Número de colegiado del facultativo responsable</i>				
No consta	76	9,0	9,0	9,0
Ilegible	197	23,5	23,5	32,5
Legible	567	67,5	67,5	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Posibilidad de identificar al facultativo responsable</i>				
No es posible identificar al facultativo	200	23,8	23,8	23,8
Sí es posible identificar al facultativo	640	76,2	76,2	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Sexo del facultativo responsable</i>				
No consta el nombre del facultativo	68	8,1	8,1	8,1
El nombre del facultativo es ilegible	212	25,2	25,2	33,3
El facultativo es una mujer	319	38,0	38,0	71,3
El facultativo es un varón	241	28,7	28,7	100,0
Total	840	100,0	100,0	

Tabla 7*Datos relacionados con el presunto agresor*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Grado de parentesco</i>				
No consta	223	26,5	26,5	26,5
Ilegible	197	23,5	23,5	50,0
Legible	420	50,0	50,0	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Datos personales del presunto agresor</i>				
No consta	604	71,9	71,9	71,9
Ilegible	233	27,7	27,7	99,6
Legible	3	,4	,4	100,0
Total	840	100,0	100,0	

Tabla 8*Datos relacionados con la mujer*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Estado civil de la mujer</i>				
No consta	407	48,5	48,5	48,5
Ilegible	116	13,8	13,8	62,3
Legible	317	37,7	37,7	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Situación laboral de la mujer</i>				
No consta	481	57,3	57,3	57,3
Ilegible	233	27,7	27,7	85,0
Legible	126	15,0	15,0	100,0
Total	840	100,0	100,0	

Tabla 9*Datos relacionados con la mujer*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Discapacidad</i>				
No consta	603	71,8	71,8	71,8
Ilegible	235	28,0	28,0	99,8
Legible	2	0,2	0,2	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Descendientes</i>				
No consta	516	61,4	61,4	61,4
Ilegible	231	27,5	27,5	88,9
Legible	93	11,1	11,1	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Personas dependientes</i>				
No consta	519	61,8	61,8	61,8
Ilegible	230	27,4	27,4	89,2
Legible	91	10,8	10,8	100,0
Total	840	100,0	100,0	

Tabla 10*Datos relacionados con los antecedentes de la mujer*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Antecedentes de Violencia de Género</i>				
No consta	369	43,9	43,9	43,9
Ilegible	213	25,4	25,4	69,3
Legible	258	30,7	30,7	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Duración en años de la historia de maltrato</i>				
No consta	463	55,1	55,1	55,1
Ilegible	213	25,4	25,4	80,5
Legible	164	19,5	19,5	100,0
Total	840	100,0	100,0	

Tabla 11*Antecedentes de violencia de género*

	No consta	Incluye duración	Porcentaje acumulado
<i>Antecedentes de Violencia de Género</i>			
Sin antecedentes	0	60	60
Antecedentes desconocidos	2	0	2
Con antecedentes	92	104	196
Total	94	164	258
<i>% dentro de Antecedentes</i>			
Sin antecedentes	,0%	100,0%	100,0%
Antecedentes desconocidos	100,0%	,0%	100,0%
Con antecedentes	46,9%	53,1%	100,0%
Total	36,4%	63,6%	100,0%

Tabla 12*Datos relacionados con la situación de vulnerabilidad*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Evaluación del Riesgo</i>				
No consta	495	58,9	58,9	58,9
Ilegible	232	27,6	27,6	86,5
Legible	113	13,5	13,5	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Amenazas</i>				
No consta	551	65,6	65,6	65,6
Ilegible	225	26,8	26,8	92,4
Legible	64	7,6	7,6	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Denuncias previas</i>				
No consta	485	57,7	57,7	57,7
Ilegible	225	26,8	26,8	84,5
Legible	130	15,5	15,5	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Intención de denunciar la agresión</i>				
No consta	479	57,0	57,0	57,0
Ilegible	230	27,4	27,4	84,4
Legible	131	15,6	15,6	100,0
Total	840	100,0	100,0	

Tabla 13*Datos relacionados con las circunstancias de la agresión*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Testigos de la agresión</i>				
No consta	538	64,0	64,0	64,0
Ilegible	225	26,8	26,8	90,8
Legible	77	9,2	9,2	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Personas implicadas en la agresión</i>				
No consta	535	63,7	63,7	63,7
Ilegible	226	26,9	26,9	90,6
Legible	79	9,4	9,4	100,0
Total	840	100,0	100,0	

Tabla 14
Datos relacionados con la agresión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Motivo de consulta</i>				
No consta	24	2,9	2,9	2,9
Ilegible	104	12,4	12,4	15,2
Legible	712	84,7	84,7	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Detonante de la agresión</i>				
No consta	421	50,1	50,1	50,1
Ilegible	242	28,8	28,8	78,9
Legible	177	21,1	21,1	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Fecha de la agresión</i>				
No consta	344	41,0	41,0	41,0
Ilegible	224	26,7	26,7	67,6
Legible	272	32,4	32,4	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Hora de la agresión</i>				
No consta	398	47,4	47,4	47,4
Ilegible	226	26,9	26,9	74,3
Legible	216	25,7	25,7	100
Total	840	100,0	100,0	
<i>Lugar en el que se produce la agresión</i>				
No consta	375	44,6	44,6	44,6
Ilegible	240	28,6	28,6	73,2
Legible	225	26,8	26,8	100,0
Total	840	100,0	100,0	

Tabla 15
Mecanismo causal y uso de objetos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Mecanismo causal</i>				
No consta	289	34,4	34,4	34,4
Ilegible	237	28,2	28,2	62,6
Legible	314	37,4	37,4	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Uso de objetos durante la agresión</i>				
No consta	507	60,4	60,4	60,4
Ilegible	245	29,2	29,2	89,5
Legible	88	10,5	10,5	100,0
Total	840	100,0	100,0	

Tabla 16*Tipo de violencia ejercida contra la mujer*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Tipo de violencia ejercida contra la mujer</i>				
No consta	24	2,9	2,9	2,9
Ilegible	230	27,4	27,4	30,2
Legible	586	69,8	69,8	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Estado psicológico predominante en la mujer</i>				
No consta	262	31,2	31,2	31,2
Ilegible	201	23,9	23,9	55,1
Legible	377	44,9	44,9	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Lesiones físicas</i>				
No consta	21	2,5	2,5	2,5
Ilegible	275	32,7	32,7	35,2
Sin lesiones físicas visibles	69	8,2	8,2	43,5
Con lesiones físicas visibles	475	56,5	56,5	100,0
Total	840	100,0	100,0	

Tabla 17*Juicio de compatibilidad*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No consta	575	68,5	68,5	68,5
Ilegible	226	26,9	26,9	95,4
Legible	39	4,6	4,6	100,0
Total	840	100,0	100,0	

Tabla 18
Descripción de las lesiones físicas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Localización de las lesiones</i>				
No consta	22	2,6	2,6	2,6
Ilegible	296	35,2	35,2	37,9
Legible	522	62,1	62,1	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Número de lesiones</i>				
No consta	35	4,2	4,2	4,2
Ilegible	260	31,0	31,0	35,1
Legible	545	64,9	64,9	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Coloración de las lesiones</i>				
No consta	426	89,7	89,7	89,7
Ilegible	22	4,6	4,6	94,3
Legible	27	5,7	5,7	100,0
Total	475	100,0	100,0	
<i>Morfología de las lesiones</i>				
No consta	400	84,2	84,2	84,2
Ilegible	21	4,4	4,4	88,6
Legible	54	11,4	11,4	100,0
Total	475	100,0	100,0	
<i>Dimensión de las lesiones</i>				
No consta	391	82,3	82,3	82,3
Ilegible	19	4,0	4,0	86,3
Legible	65	13,7	13,7	100,0
Total	475	100,0	100,0	
<i>Fotografías o esquemas de las lesiones</i>				
Sin lesiones visibles	69	8,2	8,2	8,2
No incluye fotografías o esquemas	659	78,5	78,5	86,7
Incluye fotografías o esquemas	112	13,3	13,3	100,0
Total	840	100,0	100,0	

Tabla 19*Datos clínicos de interés*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Exploraciones complementarias</i>				
No consta	522	62,1	62,1	62,1
Ilegible	150	17,9	17,9	80,0
Legible	168	20,0	20,0	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Diagnostico</i>				
No consta	49	5,8	5,8	5,8
Ilegible	230	27,4	27,4	33,2
Legible	561	66,8	66,8	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Validez del Diagnóstico</i>				
Diagnóstico inválido	100	17,8	17,8	17,8
Diagnóstico válido	461	82,2	82,2	100,0
Total	561	100,0	100,0	
<i>Tratamiento</i>				
No consta	324	38,6	38,6	38,6
Ilegible	197	23,5	23,5	62,0
Legible	319	38,0	38,0	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Pronóstico</i>				
No consta	447	53,2	53,2	53,2
Ilegible	113	13,5	13,5	66,7
Legible	280	33,3	33,3	100,0
Total	840	100,0	100,0	
<i>Plan de Actuación</i>				
No consta	171	20,4	20,4	20,4
Ilegible	104	12,4	12,4	32,7
Legible	565	67,3	67,3	100,0
Total	840	100,0	100,0	

Anexo VI. Diferencias en función del formato de redacción del parte de lesiones

Tabla 1

Legibilidad del parte de lesiones

	Totalmente ilegible	Parcialmente legible	Totalmente legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	29	427	166	622
Informatizado	1	27	190	218
Total	30	545	356	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	4,7%	68,6%	26,7%	100,0%
Informatizado	,5%	12,4%	87,2%	100,0%
Total	3,6%	54,0%	42,4%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	2,9	14,3	-15,5	
Informatizado	-2,9	-14,3	15,5	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 241,802; P = 0,000$

Tabla2

Tachaduras en el parte de lesiones

	Sin tachaduras	Con tachaduras	Total
<i>Recuento</i>			
Manuscrito	551	71	622
Informatizado	215	3	218
Total	766	74	840
<i>% dentro de Formato</i>			
Manuscrito	88,6%	11,4%	100,0%
Informatizado	98,6%	1,4%	100,0%
Total	91,2%	8,8%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>			
Manuscrito	-4,5	4,5	
Informatizado	4,5	-4,5	

$\chi^2(1 \text{ gl}) = 20,250; P = 0,000$

Tabla 3*Datos personales de la mujer*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	7	85	530	622
Informatizado	2	4	212	218
Total	9	89	742	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	1,1%	13,7%	85,2%	100,0%
Informatizado	,9%	1,8%	97,2%	100,0%
Total	1,1%	10,6%	88,3%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	,3	4,9	-4,8	
Informatizado	-,3	-4,9	4,8	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 24,038; P = 0,000$

Tabla 4*DNI o pasaporte de la mujer*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	296	85	241	622
Informatizado	54	7	157	218
Total	350	92	398	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	47,6%	13,7%	38,7%	100,0%
Informatizado	24,8%	3,2%	72,0%	100,0%
Total	41,7%	11,0%	47,4%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	5,9	4,3	-8,5	
Informatizado	-5,9	-4,3	8,5	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 73,997; P = 0,000$

Tabla 5*Posibilidad de identificar a la mujer asistida*

	Imposible	Posible	Total
<i>Recuento</i>			
Manuscrito	72	550	622
Informatizado	6	212	218
Total	78	762	840
<i>% dentro de Formato</i>			
Manuscrito	11,6%	88,4%	100,0%
Informatizado	2,8%	97,2%	100,0%
Total	9,3%	90,7%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>			
Manuscrito	3,9	-3,9	
Informatizado	-3,9	3,9	

$\chi^2(1 \text{ gl}) = 14,919; P = 0,000$

Tabla 6*Edad o fecha de nacimiento de la mujer*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	16	66	540	622
Informatizado	4	3	211	218
Total	20	69	751	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	2,6%	10,6%	86,8%	100,0%
Informatizado	1,8%	1,4%	96,8%	100,0%
Total	2,4%	8,2%	89,4%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	,6	4,3	-4,1	
Informatizado	-6	-4,3	4,1	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 18,923; P= 0,000$

Tabla 7*Dirección de residencia de la mujer*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	20	106	496	622
Informatizado	3	6	209	218
Total	23	112	705	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	3,2%	17,0%	79,7%	100,0%
Informatizado	1,4%	2,8%	95,9%	100,0%
Total	2,7%	13,3%	83,9%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	1,4	5,3	-5,6	
Informatizado	-1,4	-5,3	5,6	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 31,719; P= 0,000$

Tabla 8*Teléfono de contacto seguro*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	297	76	249	622
Informatizado	83	5	130	218
Total	380	81	379	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	47,7%	12,2%	40,0%	100,0%
Informatizado	38,1%	2,3%	59,6%	100,0%
Total	45,2%	9,6%	45,1%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	2,5	4,3	-5,0	
Informatizado	-2,5	-4,3	5,0	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 33,576; P= 0,000$

Tabla 9*Grado de parentesco*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	183	193	246	622
Informatizado	40	4	174	218
Total	223	197	420	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	29,4%	31,0%	39,5%	100,0%
Informatizado	18,3%	1,8%	79,8%	100,0%
Total	26,5%	23,5%	50,0%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	3,2	8,8	-10,2	
Informatizado	-3,2	-8,8	10,2	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 118,465; P = 0,000$

Tabla 10*Estado civil de la mujer asistida en el momento de la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	261	111	250	622
Informatizado	146	5	67	218
Total	407	116	317	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	42,0%	17,8%	40,2%	100,0%
Informatizado	67,0%	2,3%	30,7%	100,0%
Total	48,5%	13,8%	37,7%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	-6,4	5,7	2,5	
Informatizado	6,4	-5,7	-2,5	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 52,941; P = 0,000$

Tabla 11*Situación laboral de la mujer asistida en el momento de la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	381	228	13	622
Informatizado	100	5	113	218
Total	481	233	126	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	61,3%	36,7%	2,1%	100,0%
Informatizado	45,9%	2,3%	51,8%	100,0%
Total	57,3%	27,7%	15,0%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	4,0	9,8	-17,7	
Informatizado	-4,0	-9,8	17,7	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 341,687; P = 0,000$

Tabla 12*Descendencia de la mujer en el momento de la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	359	227	36	622
Informatizado	157	4	57	218
Total	516	231	93	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	57,7%	36,5%	5,8%	100,0%
Informatizado	72,0%	1,8%	26,1%	100,0%
Total	61,4%	27,5%	11,1%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	-3,7	9,9	-8,2	
Informatizado	3,7	-9,9	8,2	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 136,326; P = 0,000$

Tabla 13*Antecedentes de violencia de género*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	298	209	115	622
Informatizado	71	7	140	218
Total	369	216	255	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	47,9%	33,6%	18,5%	100,0%
Informatizado	32,6%	3,2%	64,2%	100,0%
Total	43,9%	25,7%	30,4%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	3,9	8,8	-12,6	
Informatizado	-3,9	-8,8	12,6	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 177,834; P = 0,000$

Tabla 14*Duración de la historia de maltrato vivida*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	351	209	62	622
Informatizado	112	4	102	218
Total	463	213	164	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	56,4%	33,6%	10,0%	100,0%
Informatizado	51,4%	1,8%	46,8%	100,0%
Total	55,1%	25,4%	19,5%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	1,3	9,3	-11,8	
Informatizado	-1,3	-9,3	11,8	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 177,086; P = 0,000$

Tabla 15*Existencia de denuncias previas al agresor*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	363	221	38	622
Informatizado	122	4	92	218
Total	485	225	130	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	58,4%	35,5%	6,1%	100,0%
Informatizado	56,0%	1,8%	42,2%	100,0%
Total	57,7%	26,8%	15,5%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	,6	9,7	-12,7	
Informatizado	-,6	-9,7	12,7	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 204,460; P= 0,000$

Tabla 16*Existencia de amenazas por parte del agresor*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	364	220	38	622
Informatizado	187	5	26	218
Total	551	225	64	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	58,5%	35,4%	6,1%	100,0%
Informatizado	85,8%	2,3%	11,9%	100,0%
Total	65,6%	26,8%	7,6%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	-7,3	9,5	-2,8	
Informatizado	7,3	-9,5	2,8	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 91,387; P= 0,000$

Tabla 17*Intención de denunciar la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	372	226	24	622
Informatizado	107	4	107	218
Total	479	230	131	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	59,8%	36,3%	3,9%	100,0%
Informatizado	49,1%	1,8%	49,1%	100,0%
Total	57,0%	27,4%	15,6%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	2,8	9,8	-15,8	
Informatizado	-2,8	-9,8	15,8	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 285,122; P= 0,000$

Tabla 18*Evaluación del riesgo de volver a sufrir otra agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	382	228	12	622
Informatizado	113	4	101	218
Total	495	232	113	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	61,4%	36,7%	1,9%	100,0%
Informatizado	51,8%	1,8%	46,3%	100,0%
Total	58,9%	27,6%	13,5%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	2,5	9,9	-16,5	
Informatizado	-2,5	-9,9	16,5	

 $\chi^2(2 \text{ gl}) = 309,948; P = 0,000$ **Tabla 19***Acompañantes de la mujer durante la asistencia médica*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	373	224	25	622
Informatizado	191	4	23	218
Total	564	228	48	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	60,0%	36,0%	4,0%	100,0%
Informatizado	87,6%	1,8%	10,6%	100,0%
Total	67,1%	27,1%	5,7%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	-7,5	9,8	-3,6	
Informatizado	7,5	-9,8	3,6	

 $\chi^2(2 \text{ gl}) = 99,898; P = 0,000$ **Tabla 20***Equipo asistencial que realiza la asistencia médica*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	156	54	412	622
Informatizado	9	5	204	218
Total	165	59	616	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	25,1%	8,7%	66,2%	100,0%
Informatizado	4,1%	2,3%	93,6%	100,0%
Total	19,6%	7,0%	73,3%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	6,7	3,2	-7,9	
Informatizado	-6,7	-3,2	7,9	

 $\chi^2(2 \text{ gl}) = 61,908; P = 0,000$

Tabla 21*Datos personales del facultativo responsable de la asistencia médica*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	46	212	364	622
Informatizado	17	7	194	218
Total	63	219	558	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	7,4%	34,1%	58,5%	100,0%
Informatizado	7,8%	3,2%	89,0%	100,0%
Total	7,5%	26,1%	66,4%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	-,2	8,9	-8,2	
Informatizado	,2	-8,9	8,2	

 $\chi^2(2 \text{ gl}) = 81,609; P= 0,000$ **Tabla 22***Número de colegiado del facultativo responsable*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	53	189	380	622
Informatizado	23	8	187	218
Total	76	197	567	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	8,5%	30,4%	61,1%	100,0%
Informatizado	10,6%	3,7%	85,8%	100,0%
Total	9,0%	23,5%	67,5%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	-,9	8,0	-6,7	
Informatizado	,9	-8,0	6,7	

 $\chi^2(2 \text{ gl}) = 64,437; P= 0,000$ **Tabla 23***Posibilidad de identificar al facultativo responsable de la asistencia*

	Imposible	Posible	Total
<i>Recuento</i>			
Manuscrito	178	444	622
Informatizado	22	196	218
Total	200	640	840
<i>% dentro de Formato</i>			
Manuscrito	28,6%	71,4%	100,0%
Informatizado	10,1%	89,9%	100,0%
Total	23,8%	76,2%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>			
Manuscrito	5,5	-5,5	
Informatizado	-5,5	5,5	

 $\chi^2(1 \text{ gl}) = 30,539; P= 0,000$

Tabla 24*Fecha en la que se produce la asistencia médica*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	70	94	458	622
Informatizado	3	3	212	218
Total	73	97	670	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	11,3%	15,1%	73,6%	100,0%
Informatizado	1,4%	1,4%	97,2%	100,0%
Total	8,7%	11,5%	79,8%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	4,5	5,5	-7,5	
Informatizado	-4,5	-5,5	7,5	

 $\chi^2(2 \text{ gl}) = 55,786; P = 0,000$ **Tabla 25***Hora a la que se realiza la asistencia médica*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	310	64	248	622
Informatizado	15	2	201	218
Total	325	66	449	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	49,8%	10,3%	39,9%	100,0%
Informatizado	6,9%	,9%	92,2%	100,0%
Total	38,7%	7,9%	53,5%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	11,2	4,4	-13,3	
Informatizado	-11,2	-4,4	13,3	

 $\chi^2(2 \text{ gl}) = 177,741; P = 0,000$ **Tabla 26***Motivo de consulta*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	22	101	499	622
Informatizado	2	3	213	218
Total	24	104	712	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	3,5%	16,2%	80,2%	100,0%
Informatizado	,9%	1,4%	97,7%	100,0%
Total	2,9%	12,4%	84,8%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	2,0	5,7	-6,2	
Informatizado	-2,0	-5,7	6,2	

 $\chi^2(2 \text{ gl}) = 38,494; P = 0,000$

Tabla 27*Detonante de la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	309	237	76	622
Informatizado	112	5	101	218
Total	421	242	177	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	49,7%	38,1%	12,2%	100,0%
Informatizado	51,4%	2,3%	46,3%	100,0%
Total	50,1%	28,8%	21,1%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	-,4	10,0	-10,6	
Informatizado	,4	-10,0	10,6	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 161,083; P = 0,000$

Tabla 28*Lugar en el que se produjo la agresión a la mujer*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	285	235	102	622
Informatizado	90	5	123	218
Total	375	240	225	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	45,8%	37,8%	16,4%	100,0%
Informatizado	41,3%	2,3%	56,4%	100,0%
Total	44,6%	28,6%	26,8%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	1,2	10,0	-11,5	
Informatizado	-1,2	-10,0	11,5	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 168,433; P = 0,000$

Tabla 29*Fecha en la que se produjo la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	271	219	132	622
Informatizado	73	5	140	218
Total	344	224	272	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	43,6%	35,2%	21,2%	100,0%
Informatizado	33,5%	2,3%	64,2%	100,0%
Total	41,0%	26,7%	32,4%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	2,6	9,5	-11,7	
Informatizado	-2,6	-9,5	11,7	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 161,760; P = 0,000$

Tabla 30*Hora a la que se produjo la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	272	221	129	622
Informatizado	126	5	87	218
Total	398	226	216	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	43,7%	35,5%	20,7%	100,0%
Informatizado	57,8%	2,3%	39,9%	100,0%
Total	47,4%	26,9%	25,7%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	-3,6	9,5	-5,6	
Informatizado	3,6	-9,5	5,6	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 96,089; P = 0,000$

Tabla 31*Mecanismo causal*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	234	233	155	622
Informatizado	55	4	159	218
Total	289	237	314	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	37,6%	37,5%	24,9%	100,0%
Informatizado	25,2%	1,8%	72,9%	100,0%
Total	34,4%	28,2%	37,4%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	3,3	10,1	-12,6	
Informatizado	-3,3	-10,1	12,6	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 179,377; P = 0,000$

Tabla 32*Implicación de otras personas en la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	381	222	19	622
Informatizado	154	4	60	218
Total	535	226	79	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	61,3%	35,7%	3,1%	100,0%
Informatizado	70,6%	1,8%	27,5%	100,0%
Total	63,7%	26,9%	9,4%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	-2,5	9,7	-10,7	
Informatizado	2,5	-9,7	10,7	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 173,786; P = 0,000$

Tabla 33
Testigos de la agresión

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	372	221	29	622
Informatizado	166	4	48	218
Total	538	225	77	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	59,8%	35,5%	4,7%	100,0%
Informatizado	76,1%	1,8%	22,0%	100,0%
Total	64,0%	26,8%	9,2%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	-4,3	9,7	-7,6	
Informatizado	4,3	-9,7	7,6	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 128,200; P = 0,000$

Tabla 34
Tipo de violencia sufrida

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	20	226	376	622
Informatizado	4	4	210	218
Total	24	230	586	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	3,2%	36,3%	60,5%	100,0%
Informatizado	1,8%	1,8%	96,3%	100,0%
Total	2,9%	27,4%	69,8%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	1,1	9,8	-9,9	
Informatizado	-1,1	-9,8	9,9	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 101,035; P = 0,000$

Tabla 35
Uso de objetos durante la agresión

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	341	239	42	622
Informatizado	166	6	46	218
Total	507	245	88	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	54,8%	38,4%	6,8%	100,0%
Informatizado	76,1%	2,8%	21,1%	100,0%
Total	60,4%	29,2%	10,5%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	-5,5	10,0	-6,0	
Informatizado	5,5	-10,0	6,0	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 114,311; P = 0,000$

Tabla 36*Estado emocional de la mujer durante la asistencia médica*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	185	196	241	622
Informatizado	77	5	136	218
Total	262	201	377	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	29,7%	31,5%	38,7%	100,0%
Informatizado	35,3%	2,3%	62,4%	100,0%
Total	31,2%	23,9%	44,9%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	-1,5	8,7	-6,0	
Informatizado	1,5	-8,7	6,0	

 $\chi^2(2 \text{ gl}) = 79,299; P = 0,000$ **Tabla 37***Tipo de lesiones evidenciadas en el cuerpo de la mujer*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	17	268	337	622
Informatizado	4	7	207	218
Total	21	275	544	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	2,7%	43,1%	54,2%	100,0%
Informatizado	1,8%	3,2%	95,0%	100,0%
Total	2,5%	32,7%	64,8%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	,7	10,8	-10,8	
Informatizado	-,7	-10,8	10,8	

 $\chi^2(2 \text{ gl}) = 120,364; P = 0,000$ **Tabla 38***Número de lesiones evidenciadas en el cuerpo de la mujer*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	22	253	347	622
Informatizado	13	7	198	218
Total	35	260	545	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	3,5%	40,7%	55,8%	100,0%
Informatizado	6,0%	3,2%	90,8%	100,0%
Total	4,2%	31,0%	64,9%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	-1,5	10,3	-9,3	
Informatizado	1,5	-10,3	9,3	

 $\chi^2(2 \text{ gl}) = 106,024; P = 0,000$

Tabla 39*Localización de las lesiones evidenciadas*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	17	289	316	622
Informatizado	5	7	206	218
Total	22	296	522	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	2,7%	46,5%	50,8%	100,0%
Informatizado	2,3%	3,2%	94,5%	100,0%
Total	2,6%	35,2%	62,1%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	,3	11,5	-11,4	
Informatizado	-,3	-11,5	11,4	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 135,404; P = 0,000$

Tabla 40*Dimensión de las lesiones evidenciadas*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	252	17	29	298
Informatizado	139	2	36	177
Total	391	19	65	475
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	84,6%	5,7%	9,7%	100,0%
Informatizado	78,5%	1,1%	20,3%	100,0%
Total	82,3%	4,0%	13,7%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	1,7	2,5	-3,3	
Informatizado	-1,7	-2,5	3,3	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 15,431; P = 0,000$

Tabla 41*Morfología de las lesiones evidenciadas*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	247	20	31	298
Informatizado	153	1	23	177
Total	400	21	54	475
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	82,9%	6,7%	10,4%	100,0%
Informatizado	86,4%	,6%	13,0%	100,0%
Total	84,2%	4,4%	11,4%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	-1,0	3,2	-,9	
Informatizado	1,0	-3,2	,9	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 10,312; P = 0,006$

Tabla 42*Coloración de las lesiones evidenciadas*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	261	22	15	298
Informatizado	165	0	12	177
Total	426	22	27	475
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	87,6%	7,4%	5,0%	100,0%
Informatizado	93,2%	,0%	6,8%	100,0%
Total	89,7%	4,6%	5,7%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	-2,0	3,7	-,8	
Informatizado	2,0	-3,7	,8	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 14,056; P = 0,001$

Tabla 43*Juicio de compatibilidad entre lesiones y mecanismo causal*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	387	222	13	622
Informatizado	188	4	26	218
Total	575	226	39	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	62,2%	35,7%	2,1%	100,0%
Informatizado	86,2%	1,8%	11,9%	100,0%
Total	68,5%	26,9%	4,6%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	-6,6	9,7	-5,9	
Informatizado	6,6	-9,7	5,9	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 116,020; P = 0,000$

Tabla 44*Necesidad de realizar exploraciones complementarias*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	400	145	77	622
Informatizado	122	5	91	218
Total	522	150	168	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	64,3%	23,3%	12,4%	100,0%
Informatizado	56,0%	2,3%	41,7%	100,0%
Total	62,1%	17,9%	20,0%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	2,2	7,0	-9,3	
Informatizado	-2,2	-7,0	9,3	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 111,336; P = 0,000$

Tabla 45
Diagnóstico

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	32	224	366	622
Informatizado	17	6	195	218
Total	49	230	561	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	5,1%	36,0%	58,8%	100,0%
Informatizado	7,8%	2,8%	89,4%	100,0%
Total	5,8%	27,4%	66,8%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	-1,4	9,5	-8,3	
Informatizado	1,4	-9,5	8,3	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 89,811; P = 0,000$

Tabla 46
Tratamiento

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	241	193	188	622
Informatizado	83	4	131	218
Total	324	197	319	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	38,7%	31,0%	30,2%	100,0%
Informatizado	38,1%	1,8%	60,1%	100,0%
Total	38,6%	23,5%	38,0%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	,2	8,8	-7,8	
Informatizado	-2	-8,8	7,8	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 96,599; P = 0,000$

Tabla 47
Plan de actuación seguido tras la asistencia médica

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	142	101	379	622
Informatizado	29	3	186	218
Total	171	104	565	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	22,8%	16,2%	60,9%	100,0%
Informatizado	13,3%	1,4%	85,3%	100,0%
Total	20,4%	12,4%	67,3%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	3,0	5,7	-6,6	
Informatizado	-3,0	-5,7	6,6	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 50,269; P = 0,000$

Tabla 48
Pronóstico clínico

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Manuscrito	291	110	221	622
Informatizado	156	3	59	218
Total	447	113	280	840
<i>% dentro de Formato</i>				
Manuscrito	46,8%	17,7%	35,5%	100,0%
Informatizado	71,6%	1,4%	27,1%	100,0%
Total	53,2%	13,5%	33,3%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Manuscrito	-6,3	6,1	2,3	
Informatizado	6,3	-6,1	-2,3	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 54,007; P = 0,000$

Anexo VII. Diferencias en función del modelo de parte de lesiones

empleado

Tabla 1

Formato de redacción del parte de lesiones

	Manuscrito	Informatizado	Total
<i>Recuento</i>			
Genérico	317	71	388
Específico	305	147	452
Total	622	218	840
<i>% dentro de Modelo</i>			
Genérico	81,7%	18,3%	100,0%
Específico	67,5%	32,5%	100,0%
Total	74,0%	26,0%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>			
Genérico	4,7	-4,7	
Específico	-4,7	4,7	

$\chi^2(1 \text{ gl}) = 21,978; P = 0,000$

Tabla 2

Presencia de tachaduras en el parte de lesiones

	Sin tachaduras	Con tachaduras	Total
<i>Recuento</i>			
Genérico	370	18	388
Específico	396	56	452
Total	766	74	840
<i>% dentro de Modelo</i>			
Genérico	95,4%	4,6%	100,0%
Específico	87,6%	12,4%	100,0%
Total	91,2%	8,8%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>			
Genérico	4,0	-4,0	
Específico	-4,0	4,0	

$\chi^2(1 \text{ gl}) = 15,610; P = 0,000$

Tabla 3*DNI o pasaporte de la mujer asistida*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	31	70	287	388
Específico	319	22	111	452
Total	350	92	398	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	8,0%	18,0%	74,0%	100,0%
Específico	70,6%	4,9%	24,6%	100,0%
Total	41,7%	11,0%	47,4%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	-18,3	6,1	14,3	
Específico	18,3	-6,1	-14,3	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 336,935; P = 0,000$

Tabla 4*Edad o fecha de nacimiento de la mujer asistida*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	14	39	335	388
Específico	6	30	416	452
Total	20	69	751	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	3,6%	10,1%	86,3%	100,0%
Específico	1,3%	6,6%	92,0%	100,0%
Total	2,4%	8,2%	89,4%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	2,2	1,8	-2,7	
Específico	-2,2	-1,8	2,7	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 8,282; P = 0,016$

Tabla 5*Municipio de residencia de la mujer asistida*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	28	58	302	388
Específico	110	48	294	452
Total	138	106	596	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	7,2%	14,9%	77,8%	100,0%
Específico	24,3%	10,6%	65,0%	100,0%
Total	16,4%	12,6%	71,0%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	-6,7	1,9	4,1	
Específico	6,7	-1,9	-4,1	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 45,161; P = 0,000$

Tabla 6*Teléfono de contacto seguro*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	318	50	20	388
Específico	62	31	359	452
Total	380	81	379	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	82,0%	12,9%	5,2%	100,0%
Específico	13,7%	6,9%	79,4%	100,0%
Total	45,2%	9,6%	45,1%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	19,8	3,0	-21,6	
Específico	-19,8	-3,0	21,6	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 478,040; P= 0,000$

Tabla 7*Grado de parentesco existente entre la mujer y el presunto agresor*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	205	111	72	388
Específico	18	86	348	452
Total	223	197	420	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	52,8%	28,6%	18,6%	100,0%
Específico	4,0%	19,0%	77,0%	100,0%
Total	26,5%	23,5%	50,0%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	16,0	3,3	-16,9	
Específico	-16,0	-3,3	16,9	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 338,444; P= 0,000$

Tabla 8*Estado civil de la mujer*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	276	93	19	388
Específico	131	23	298	452
Total	407	116	317	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	71,1%	24,0%	4,9%	100,0%
Específico	29,0%	5,1%	65,9%	100,0%
Total	48,5%	13,8%	37,7%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	12,2	7,9	-18,2	
Específico	-12,2	-7,9	18,2	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 336,532; P= 0,000$

Tabla 9*Situación laboral de la mujer*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	274	103	11	388
Específico	207	130	115	452
Total	481	233	126	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	70,6%	26,5%	2,8%	100,0%
Específico	45,8%	28,8%	25,4%	100,0%
Total	57,3%	27,7%	15,0%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	7,3	-,7	-9,1	
Específico	-7,3	,7	9,1	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 93,972; P = 0,000$

Tabla 10*Descendencia de la mujer*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	270	109	9	388
Específico	246	122	84	452
Total	516	231	93	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	69,6%	28,1%	2,3%	100,0%
Específico	54,4%	27,0%	18,6%	100,0%
Total	61,4%	27,5%	11,1%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	4,5	,4	-7,5	
Específico	-4,5	-,4	7,5	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 57,791; P = 0,000$

Tabla 11*Acompañante de la mujer durante la asistencia médica*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	277	108	3	388
Específico	287	120	45	452
Total	564	228	48	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	71,4%	27,8%	,8%	100,0%
Específico	63,5%	26,5%	10,0%	100,0%
Total	67,1%	27,1%	5,7%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	2,4	,4	-5,7	
Específico	-2,4	-,4	5,7	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 32,874; P = 0,000$

Tabla 12*Antecedentes de violencia de género*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	270	104	14	388
Específico	99	112	241	452
Total	369	216	255	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	69,6%	26,8%	3,6%	100,0%
Específico	21,9%	24,8%	53,3%	100,0%
Total	43,9%	25,7%	30,4%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	13,9	,7	-15,6	
Específico	-13,9	-,7	15,6	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 278,354; P = 0,000$

Tabla 13*Duración de la historia de violencia sufrida*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	275	104	9	388
Específico	188	109	155	452
Total	463	213	164	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	70,9%	26,8%	2,3%	100,0%
Específico	41,6%	24,1%	34,3%	100,0%
Total	55,1%	25,4%	19,5%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	8,5	,9	-11,7	
Específico	-8,5	-,9	11,7	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 142,391; P = 0,000$

Tabla 14*Existencia de denuncias previas al presunto agresor*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	277	110	1	388
Específico	208	115	129	452
Total	485	225	130	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	71,4%	28,4%	,3%	100,0%
Específico	46,0%	25,4%	28,5%	100,0%
Total	57,7%	26,8%	15,5%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	7,4	,9	-11,3	
Específico	-7,4	-,9	11,3	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 131,848; P = 0,000$

Tabla 15*Intención de denunciar la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	270	113	5	388
Específico	209	117	126	452
Total	479	230	131	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	69,6%	29,1%	1,3%	100,0%
Específico	46,2%	25,9%	27,9%	100,0%
Total	57,0%	27,4%	15,6%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	6,8	1,0	-10,6	
Específico	-6,8	-1,0	10,6	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 115.395; P = 0,000$

Tabla 16*Evaluación del riesgo percibido*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	271	113	4	388
Específico	224	119	109	452
Total	495	232	113	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	69,8%	29,1%	1,0%	100,0%
Específico	49,6%	26,3%	24,1%	100,0%
Total	58,9%	27,6%	13,5%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	6,0	,9	-9,8	
Específico	-6,0	-,9	9,8	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 97.876; P = 0,000$

Tabla 17*Existencia de amenazas por parte del agresor*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	265	112	11	388
Específico	286	113	53	452
Total	551	225	64	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	68,3%	28,9%	2,8%	100,0%
Específico	63,3%	25,0%	11,7%	100,0%
Total	65,6%	26,8%	7,6%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	1,5	1,3	-4,8	
Específico	-1,5	-1,3	4,8	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 23.628; P = 0,000$

Tabla 18*Equipo asistencial que realiza la asistencia médica*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	8	22	358	388
Específico	157	37	258	452
Total	165	59	616	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	2,1%	5,7%	92,3%	100,0%
Específico	34,7%	8,2%	57,1%	100,0%
Total	19,6%	7,0%	73,3%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	-11,9	-1,4	11,5	
Específico	11,9	1,4	-11,5	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 150,597; P = 0,000$

Tabla 19*Datos personales del facultativo responsable*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	9	100	279	388
Específico	54	119	279	452
Total	63	219	558	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	2,3%	25,8%	71,9%	100,0%
Específico	11,9%	26,3%	61,7%	100,0%
Total	7,5%	26,1%	66,4%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	-5,3	-,2	3,1	
Específico	5,3	,2	-3,1	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 29,084; P = 0,000$

Tabla 20*Sexo del facultativo responsable de la asistencia*

	No consta	Ilegible	Mujer	Varón	Total
<i>Recuento</i>					
Genérico	11	90	158	129	388
Específico	57	122	161	112	452
Total	68	212	319	241	840
<i>% dentro de Modelo</i>					
Genérico	2,8%	23,2%	40,7%	33,2%	100,0%
Específico	12,6%	27,0%	35,6%	24,8%	100,0%
Total	8,1%	25,2%	38,0%	28,7%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>					
Genérico	-5,2	-1,3	1,5	2,7	
Específico	5,2	1,3	-1,5	-2,7	

$\chi^2(3 \text{ gl}) = 32,488; P = 0,000$

Tabla 21*Número de colegiado del facultativo responsable*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	20	105	263	388
Específico	56	92	304	452
Total	76	197	567	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	5,2%	27,1%	67,8%	100,0%
Específico	12,4%	20,4%	67,3%	100,0%
Total	9,0%	23,5%	67,5%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	-3,6	2,3	,2	
Específico	3,6	-2,3	-,2	

 $\chi^2(2 \text{ gl}) = 16,092; P= 0,000$ **Tabla 22***Posibilidad de identificar al facultativo responsable*

	Imposible	Posible	Total
<i>Recuento</i>			
Genérico	75	313	388
Específico	125	327	452
Total	200	640	840
<i>% dentro de Modelo</i>			
Genérico	19,3%	80,7%	100,0%
Específico	27,7%	72,3%	100,0%
Total	23,8%	76,2%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>			
Genérico	-2,8	2,8	
Específico	2,8	-2,8	

 $\chi^2(1 \text{ gl}) = 7,976; P= 0,005$ **Tabla 23***Hora a la que tuvo lugar la asistencia médica*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	72	25	291	388
Específico	253	41	158	452
Total	325	66	449	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	18,6%	6,4%	75,0%	100,0%
Específico	56,0%	9,1%	35,0%	100,0%
Total	38,7%	7,9%	53,5%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	-11,1	-1,4	11,6	
Específico	11,1	1,4	-11,6	

 $\chi^2(2 \text{ gl}) = 140,015; P= 0,000$

Tabla 24*Fecha en la que se produjo la asistencia médica*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	6	38	344	388
Específico	67	59	326	452
Total	73	97	670	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	1,5%	9,8%	88,7%	100,0%
Específico	14,8%	13,1%	72,1%	100,0%
Total	8,7%	11,5%	79,8%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	-6,8	-1,5	5,9	
Específico	6,8	1,5	-5,9	

 $\chi^2(2 \text{ gl}) = 51,425; P = 0,000$ **Tabla 25***Motivo de consulta*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	17	24	347	388
Específico	7	80	365	452
Total	24	104	712	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	4,4%	6,2%	89,4%	100,0%
Específico	1,5%	17,7%	80,8%	100,0%
Total	2,9%	12,4%	84,8%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	2,5	-5,1	3,5	
Específico	-2,5	5,1	-3,5	

 $\chi^2(2 \text{ gl}) = 30,074; P = 0,000$ **Tabla 26***Detonante de la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	250	115	23	388
Específico	171	127	154	452
Total	421	242	177	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	64,4%	29,6%	5,9%	100,0%
Específico	37,8%	28,1%	34,1%	100,0%
Total	50,1%	28,8%	21,1%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	7,7	,5	-10,0	
Específico	-7,7	-5	10,0	

 $\chi^2(2 \text{ gl}) = 108,126; P = 0,000$

Tabla 27*Lugar en el que se produjo la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	254	115	19	388
Específico	121	125	206	452
Total	375	240	225	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	65,5%	29,6%	4,9%	100,0%
Específico	26,8%	27,7%	45,6%	100,0%
Total	44,6%	28,6%	26,8%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	11,2	,6	-13,3	
Específico	-11,2	-,6	13,3	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 199,286; P = 0,000$

Tabla 28*Fecha en la que se produjo la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	245	114	29	388
Específico	99	110	243	452
Total	344	224	272	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	63,1%	29,4%	7,5%	100,0%
Específico	21,9%	24,3%	53,8%	100,0%
Total	41,0%	26,7%	32,4%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	12,1	1,6	-14,3	
Específico	-12,1	-1,6	14,3	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 226,845; P = 0,000$

Tabla 29*Hora a la que se produjo la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	251	114	23	388
Específico	147	112	193	452
Total	398	226	216	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	64,7%	29,4%	5,9%	100,0%
Específico	32,5%	24,8%	42,7%	100,0%
Total	47,4%	26,9%	25,7%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	9,3	1,5	-12,2	
Específico	-9,3	-1,5	12,2	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 157,025; P = 0,000$

Tabla 30*Mecanismo causal de las lesiones*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	228	113	47	388
Específico	61	124	267	452
Total	289	237	314	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	58,8%	29,1%	12,1%	100,0%
Específico	13,5%	27,4%	59,1%	100,0%
Total	34,4%	28,2%	37,4%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	13,8	,5	-14,0	
Específico	-13,8	-,5	14,0	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 247,714; P= 0,000$

Tabla 31*Uso de objetos en la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	262	115	11	388
Específico	245	130	77	452
Total	507	245	88	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	67,5%	29,6%	2,8%	100,0%
Específico	54,2%	28,8%	17,0%	100,0%
Total	60,4%	29,2%	10,5%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	3,9	,3	-6,7	
Específico	-3,9	-,3	6,7	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 46,381; P= 0,000$

Tabla 32*Implicación de otras personas en la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	275	109	4	388
Específico	260	117	75	452
Total	535	226	79	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	70,9%	28,1%	1,0%	100,0%
Específico	57,5%	25,9%	16,6%	100,0%
Total	63,7%	26,9%	9,4%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	4,0	,7	-7,7	
Específico	-4,0	-,7	7,7	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 59,986; P= 0,000$

Tabla 33*Testigos de la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	272	109	7	388
Específico	266	116	70	452
Total	538	225	77	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	70,1%	28,1%	1,8%	100,0%
Específico	58,8%	25,7%	15,5%	100,0%
Total	64,0%	26,8%	9,2%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	3,4	,8	-6,9	
Específico	-3,4	-,8	6,9	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 47,228; P = 0,000$

Tabla 34*Tipo de violencia ejercida contra la mujer*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	22	114	252	388
Específico	2	116	334	452
Total	24	230	586	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	5,7%	29,4%	64,9%	100,0%
Específico	,4%	25,7%	73,9%	100,0%
Total	2,9%	27,4%	69,8%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	4,5	1,2	-2,8	
Específico	-4,5	-1,2	2,8	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 23,418; P = 0,000$

Tabla 35*Estado psicológico de la mujer durante la asistencia médica*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	224	116	48	388
Específico	38	85	329	452
Total	262	201	377	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	57,7%	29,9%	12,4%	100,0%
Específico	8,4%	18,8%	72,8%	100,0%
Total	31,2%	23,9%	44,9%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	15,4	3,8	-17,6	
Específico	-15,4	-3,8	17,6	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 343,390; P = 0,000$

Tabla 36*Localización de las lesiones*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	15	149	224	388
Específico	7	147	298	452
Total	22	296	522	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	3,9%	38,4%	57,7%	100,0%
Específico	1,5%	32,5%	65,9%	100,0%
Total	2,6%	35,2%	62,1%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	2,1	1,8	-2,4	
Específico	-2,1	-1,8	2,4	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 8,587; P = 0,014$

Tabla 37*Dimensión de las lesiones*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	185	10	19	214
Específico	206	9	46	261
Total	391	19	65	475
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	86,4%	4,7%	8,9%	100,0%
Específico	78,9%	3,4%	17,6%	100,0%
Total	82,3%	4,0%	13,7%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	2,1	,7	-2,8	
Específico	-2,1	-,7	2,8	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 7,822; P = 0,020$

Tabla 38*Fotografías o esquemas de las lesiones*

	Sin lesiones visibles	No incluye fotografías y/o esquemas	Incluye esquema y/o fotografías de las lesiones	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	28	359	1	388
Específico	41	300	111	452
Total	69	659	112	840
<i>% dentro de Modelo específico</i>				
Genérico	7,2%	92,5%	0,3%	100,0%
Específico	9,1%	66,4%	24,6%	100,0%
Total	8,2%	78,5%	13,3%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	-1,0	9,2	-10,3	
Específico	1,0	-9,2	10,3	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 111,539; P = 0,000$

Tabla 39*Juicio de compatibilidad entre el mecanismo causal descrito y las lesiones*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	269	113	6	388
Específico	306	113	33	452
Total	575	226	39	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	69,3%	29,1%	1,5%	100,0%
Específico	67,7%	25,0%	7,3%	100,0%
Total	68,5%	26,9%	4,6%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	,5	1,3	-4,0	
Específico	-,5	-1,3	4,0	

 $\chi^2(2 \text{ gl}) = 16,292; P = 0,000$ **Tabla 40***Necesidad de realizar exploraciones complementarias*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	263	115	10	388
Específico	259	35	158	452
Total	522	150	168	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	67,8%	29,6%	2,6%	100,0%
Específico	57,3%	7,7%	35,0%	100,0%
Total	62,1%	17,9%	20,0%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	3,1	8,3	-11,7	
Específico	-3,1	-8,3	11,7	

 $\chi^2(2 \text{ gl}) = 169,184; P = 0,000$ **Tabla 41***Diagnóstico emitido*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	19	145	224	388
Específico	30	85	337	452
Total	49	230	561	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	4,9%	37,4%	57,7%	100,0%
Específico	6,6%	18,8%	74,6%	100,0%
Total	5,8%	27,4%	66,8%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	-1,1	6,0	-5,2	
Específico	1,1	-6,0	5,2	

 $\chi^2(2 \text{ gl}) = 36,217; P = 0,000$

Tabla 42*Tratamiento necesario para la recuperación de las lesiones*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	267	114	7	388
Específico	57	83	312	452
Total	324	197	319	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	68,8%	29,4%	1,8%	100,0%
Específico	12,6%	18,4%	69,0%	100,0%
Total	38,6%	23,5%	38,0%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	16,7	3,8	-20,0	
Específico	-16,7	-3,8	20,0	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 430,225; P = 0,000$

Tabla 43*Pronóstico clínico*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	90	22	276	388
Específico	357	91	4	452
Total	447	113	280	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	23,2%	5,7%	71,1%	100,0%
Específico	79,0%	20,1%	,9%	100,0%
Total	53,2%	13,5%	33,3%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	-16,2	-6,1	21,5	
Específico	16,2	6,1	-21,5	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 463,660; P = 0,000$

Tabla 44*Plan de actuación seguido tras la asistencia médica*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Genérico	65	21	302	388
Específico	106	83	263	452
Total	171	104	565	840
<i>% dentro de Modelo</i>				
Genérico	16,8%	5,4%	77,8%	100,0%
Específico	23,5%	18,4%	58,2%	100,0%
Total	20,4%	12,4%	67,3%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Genérico	-2,4	-5,7	6,1	
Específico	2,4	5,7	-6,1	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 44,868; P = 0,000$

Anexo VIII. Perfil sociodemográfico de la mujer y la situación de violencia

Tabla 1

Datos relacionados con la mujer asistida

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Grupo de edad</i>				
Menores de 18 años	17	2,2	2,2	2,2
Entre 18 y 24 años	135	17,8	17,8	20,0
Entre 25 y 44 años	456	60,1	60,1	80,1
Entre 45 y 64 años	135	17,8	17,8	97,9
Mayores de 65 años	16	2,1	2,1	100,0
Total	759	100,0	100,0	
<i>Estado civil</i>				
Soltera	143	41,1	41,1	41,1
Casada/Pareja de hecho	167	48,0	48,0	89,1
Divorciada/Separada	34	9,8	9,8	98,9
Viuda	4	1,1	1,1	100,0
Total	348	100,0	100,0	
<i>Situación laboral</i>				
Empleada del hogar	1	,8	,8	,8
Sin trabajo remunerado	66	52,4	52,4	53,2
Con trabajo remunerado	53	42,1	42,1	95,2
Pensionista	6	4,8	4,8	100,0
Total	126	100,0	100,0	
<i>Tipo de Municipio de residencia</i>				
>100.000 habitantes	235	38,1	38,1	38,1
50.000 - 100.000 habitantes	59	9,6	9,6	47,7
25.000 - 50.000 habitantes	196	31,8	31,8	79,5
<25.000 habitantes	118	19,2	19,2	98,7
Reside fuera de la Región de Murcia	8	1,3	1,3	100,0
Total	616	100,0	100,0	

Tabla 2*Datos relacionados con la asistencia médica*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Día de realización de la asistencia médica</i>				
Lunes	121	17,8	17,8	17,8
Martes	103	15,1	15,1	32,9
Miércoles	77	11,3	11,3	44,3
Jueves	85	12,5	12,5	56,8
Viernes	54	7,9	7,9	64,7
Sábado	83	12,2	12,2	76,9
Domingo	157	23,1	23,1	100,0
Total	680	100,0	100,0	
<i>Mes de realización de la asistencia médica</i>				
Enero	51	7,5	7,5	7,5
Febrero	47	6,9	6,9	14,4
Marzo	38	5,6	5,6	20,0
Abril	54	7,9	7,9	27,9
Mayo	55	8,1	8,1	36,0
Junio	55	8,1	8,1	44,1
Julio	82	12,1	12,1	56,2
Agosto	59	8,7	8,7	64,9
Septiembre	67	9,9	9,9	74,7
Octubre	67	9,9	9,9	84,6
Noviembre	60	8,8	8,8	93,4
Diciembre	45	6,6	6,6	100,0
Total	680	100,0	100,0	
<i>Hora de realización de la asistencia médica</i>				
Entre las 00:00 y las 06:00 horas	116	23,6	23,6	23,6
Entre las 06:00 y las 12:00 horas	72	14,6	14,6	38,2
Entre las 12:00 y las 18:00 horas	156	31,7	31,7	69,9
Entre las 18:00 y las 00:00 horas	148	30,1	30,1	100,0
Total	492	100,0	100,0	
<i>Acompañante</i>				
Sin acompañante	3	3,8	3,8	3,8
Acompañada por policía	53	67,1	67,1	70,9
Acompañada por familiar	14	17,7	17,7	88,6
Traída por 112	6	7,6	7,6	96,2
Acompañada por trabajador social	1	1,3	1,3	97,5
Acompañada por testigo	2	2,5	2,5	100,0
Total	79	100,0	100,0	
<i>Días transcurridos</i>				
Acude el mismo día	199	64,6	64,6	64,6
Un día	65	21,1	21,1	85,7
Una semana	34	11,0	11,0	96,8
Dos semanas	4	1,3	1,3	98,1
Tres semanas	3	1,0	1,0	99,0
Cuatro semanas	2	,6	,6	99,7
Error en las fechas	1	,3	,3	100,0
Total	308	100,0	100,0	

Tabla 3*Datos relacionados con la situación de violencia*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Grado de parentesco</i>				
Expareja	114	21,0	21,0	21,0
Pareja actual	305	56,1	56,1	77,0
Marido	125	23,0	23,0	100,0
Total	544	100,0	100,0	
<i>Descendientes de la mujer</i>				
La mujer no tiene hijos	2	1,7	1,7	1,7
Tiene hijos mayores de edad	2	1,7	1,7	3,5
Tiene hijos pero no se especifica la edad	71	61,7	61,7	65,2
Tiene hijos menores de edad	23	20,0	20,0	85,2
Tiene hijos con TEA	1	,9	,9	86,1
Mujer gestante	16	13,9	13,9	100,0
Total	115	100,0	100,0	
<i>Antecedentes de Violencia de Género</i>				
Sin antecedentes de violencia de género	58	21,5	21,5	21,5
Se desconoce si ha sufrido violencia anteriormente	3	1,1	1,1	22,6
Sí ha sufrido Violencia de Género anteriormente	209	77,4	77,4	100,0
Total	270	100,0	100,0	
<i>Duración de la historia de violencia</i>				
Menos de 5 años de violencia	77	72,6	72,6	72,6
Entre 5 y 10 años de violencia	14	13,2	13,2	85,8
Más de diez años de violencia	15	14,2	14,2	100,0
Total	106	100,0	100,0	
<i>Años de maltrato previos a la asistencia médica</i>				
Menos de 1 año	44	41,5	41,5	41,5
Menos de 2 años	3	2,8	2,8	44,3
Menos de 3 años	4	3,8	3,8	48,1
Menos de 4 años	26	24,5	24,5	72,6
Menos de 7 años	1	,9	,9	73,5
Menos de 9 años	10	9,4	9,4	82,9
Menos de 10 años	3	2,8	2,8	85,7
Más de 10 años	15	14,2	14,2	100,0
Total	106	100,0	100,0	

Tabla 4*Datos relacionados con la agresión*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Origen referido de las lesiones</i>				
La mujer refiere haber sufrido un accidente	5	,7	,7	,7
La mujer refiere haber sufrido una agresión	705	99,3	99,3	100,0
Total	710	100,0	100,0	
<i>Detonante de la agresión</i>				
Tras ser acosada durante varios días	2	,9	,9	,9
De imprevisto	51	23,7	23,7	24,7
Tras una discusión	127	59,1	59,1	83,7
Ataque de celos del presunto agresor	5	2,3	2,3	86,0
Tras consumo de alcohol del presunto agresor	27	12,6	12,6	98,6
Tras consumo de tóxicos del presunto agresor	3	1,4	1,4	100,0
Total	215	100,0	100,0	
<i>Hora a la que se produce la agresión</i>				
entre las 00:00 y las 06:00 horas	66	25,8	25,8	25,8
entre las 06:00 y las 12:00 horas	44	17,2	17,2	43,0
entre las 12:00 y las 18:00 horas	54	21,1	21,1	64,1
entre las 18:00 y las 00:00 horas	92	35,9	35,9	100,0
Total	256	100,0	100,0	
<i>Descripción del lugar donde se produce la agresión</i>				
Lugar de trabajo de la víctima	3	1,2	1,2	1,2
Lugar público	19	7,5	7,5	8,7
Vía pública	42	16,5	16,5	25,2
Interior de un vehículo	15	5,9	5,9	31,1
Domicilio de un familiar	3	1,2	1,2	32,3
Habitación de un hotel	1	,4	,4	32,7
Domicilio donde conviven	153	60,2	60,2	92,9
Domicilio del presunto agresor	18	7,1	7,1	100,0
Total	254	100,0	100,0	
<i>Existencia de testigos de la agresión</i>				
No hay testigos	24	28,2	28,2	28,2
Sí hay testigos	61	71,8	71,8	100,0
Total	85	100,0	100,0	
<i>Otras personas implicadas en la agresión</i>				
No hay otras personas implicadas	47	55,3	55,3	55,3
Sí hay otras personas implicadas	38	44,7	44,7	100,0
Total	85	100,0	100,0	

Tabla 5*Datos relacionados con los objetos utilizados durante la agresión*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Uso de objetos en la agresión</i>				
No consta	512	61,6	61,6	61,6
Ilegible	195	23,5	23,5	85,1
Agresión sin objetos	2	0,2	0,2	85,3
Agresión con objetos	122	14,7	14,7	100,0
<i>Total</i>	831	100,0	100,0	
<i>Tipo de objeto empleado en la agresión</i>				
Administración de fármacos	1	,8	,8	,8
Objeto accidental, de uso cotidiano	111	91,0	91,0	91,8
Objeto específico: Arma blanca.	9	7,4	7,4	99,2
Objeto específico: Arma de fuego.	1	,8	,8	100,0
<i>Total</i>	122	100,0	100,0	
<i>Naturaleza del objeto empleado</i>				
Agente contuso	103	84,4	84,4	84,4
Agente físico	1	,8	,8	85,2
Agente con punta y/o filo	16	13,1	13,1	98,4
Agente químico	1	,8	,8	99,2
Proyectil de arma de fuego y explosivos	1	,8	,8	100,0
<i>Total</i>	122	100,0	100,0	

Tabla 6*Datos relacionados con el tipo de violencia sufrida y las lesiones producidas*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Tipo de violencia ejercida</i>				
Violencia psicológica	11	1,7	1,7	1,7
Violencia física	399	63,2	63,2	65,0
Violencia física y psicológica	206	32,6	32,6	97,6
Violencia sexual	4	,6	,6	98,3
Violencia física y sexual	2	,3	,3	98,6
Violencia física, psicológica y sexual	9	1,4	1,4	100,0
<i>Total</i>	631	100,0	100,0	
<i>Estado psicológico de la mujer</i>				
Normal	41	10,4	10,4	10,4
Afectaciones del estado de ánimo	97	24,6	24,6	34,9
Trastorno de Ansiedad	257	65,1	65,1	100,0
<i>Total</i>	395	100,0	100,0	
<i>Lesiones físicas observadas en la mujer</i>				
No se evidencian lesiones físicas	78	13,3	13,3	13,3
Sí se evidencian lesiones físicas	510	86,7	86,7	100,0
<i>Total</i>	588	100,0	100,0	

Tabla 7*Lesiones producidas durante la agresión*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Tipo de lesiones</i>				
Eritema	35	6,9	6,9	6,9
Equimosis/Hematomas	186	36,5	36,5	43,4
Erosiones/Escoriaciones	73	14,3	14,3	57,8
Equimosis y Escoriaciones	88	17,3	17,3	75,0
Equimosis y Quemaduras	1	,2	,2	75,2
Heridas contusas	37	7,3	7,3	82,5
Mordeduras	6	1,2	1,2	83,7
Heridas contusas y Mordeduras	5	1,0	1,0	84,7
Heridas por arma blanca	31	6,1	6,1	90,8
Heridas por arma blanca y Sugilaciones	1	,2	,2	91,0
Fracturas	2	,4	,4	91,4
Desgarro vaginal y Equimosis	2	,4	,4	91,7
Descripción errónea del tipo de lesión	42	8,3	8,3	100,0
Total	509	100,0	100,0	
<i>Localización de las lesiones</i>				
En extremidades	127	25,7	25,7	25,7
En tronco	39	7,9	7,9	33,6
En tronco y extremidades	52	10,5	10,5	44,1
En cuello	13	2,6	2,6	46,8
En cuello y extremidades	3	,6	,6	47,4
Craneoencefálico	108	21,9	21,9	69,2
Craneoencefálico y en extremidades	83	16,8	16,8	86,0
Craneoencefálico y en tronco	23	4,7	4,7	90,7
Craneoencefálico, en tronco y extremidades	25	5,1	5,1	95,7
En todo el cuerpo	21	4,3	4,3	100,0
Total	494	100,0	100,0	
<i>Número de lesiones</i>				
Lesión única	128	25,1	25,1	25,1
Lesiones múltiples	381	74,9	74,9	100,0
Total	509	100,0	100,0	
<i>Morfología de las lesiones</i>				
Lineal	20	32,3	32,3	32,3
Digitada	8	12,9	12,9	45,2
Redondeada	5	8,1	8,1	53,2
Otras morfologías	5	8,1	8,1	61,3
Mordedura	13	21,0	21,0	82,3
Combinación de formas	11	17,7	17,7	100,0
Total	62	100,0	100,0	
<i>Estado evolutivo (Coloración) de las lesiones</i>				
Lesiones recientes	14	40,0	40,0	40,0
Lesiones evolucionadas	6	17,1	17,1	57,1
Lesiones en el mismo estado evolutivo	4	11,4	11,4	68,6
Lesiones en distinto estado evolutivo	11	31,4	31,4	100,0
Total	35	100,0	100,0	

Tabla 8*Datos clínicos de interés*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Compatibilidad de las lesiones</i>				
Lesiones incompatibles	4	9,5	9,5	9,5
Lesiones compatibles	38	90,5	90,5	100,0
Total	42	100,0	100,0	
<i>Tipo de prueba complementaria realizada</i>				
Bioquímica	44	18,5	18,5	18,5
Imagen	107	45,0	45,0	63,4
Imagen y Bioquímica	5	2,1	2,1	65,5
Derivación a especialista de referencia	79	33,2	33,2	98,7
No precisa	3	1,3	1,3	100,0
Total	238	100,0	100,0	
<i>Tratamiento</i>				
No precisa tratamiento	27	5,8	5,8	5,8
Curas locales	13	2,8	2,8	8,6
Tratamiento farmacológico	355	76,2	76,2	84,8
Tratamiento farmacológico y curas locales	71	15,2	15,2	100,0
Total	466	100,0	100,0	
<i>Pronóstico</i>				
Leve	118	82,0	82,0	82,0
Menos grave	24	16,7	16,7	98,7
Grave	1	,7	,7	99,4
Reservado	1	,7	,7	100,0
Total	144	100,0	100,0	

Tabla 9*Datos relacionados con el plan de actuación y la situación de riesgo*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Plan de Actuación</i>				
Alta	215	36,9	36,9	36,9
Derivación al médico de familia	245	42,1	42,1	79,0
Derivación al hospital	37	6,4	6,4	85,4
Derivación a la policía	70	12,0	12,0	97,4
Parte al juzgado	15	2,6	2,6	100,0
Total	582	100,0	100,0	
<i>Evaluación del Riesgo</i>				
Se siente segura	10	8,6	8,6	8,6
Siente miedo	25	21,6	21,6	30,2
No se encuentra en Riesgo extremo	30	25,9	25,9	56,0
Se siente en peligro de muerte	41	35,3	35,3	91,4
Se encuentra en Riesgo extremo	9	7,8	7,8	99,1
Riesgo de suicidio	1	,9	,9	100,0
Total	116	100,0	100,0	
<i>Amenazas</i>				
No sufre amenazas	8	11,6	11,6	11,6
Sufre amenazas	61	88,4	88,4	100,0
Total	69	100,0	100,0	
<i>Intención de denunciar</i>				
Sin intención de interponer denuncia	17	12,4	12,4	12,4
Con intención de interponer denuncia	119	86,9	86,9	99,3
Duda si denunciar o no	1	,7	,7	100,0
Total	137	100,0	100,0	
<i>Denuncias previas</i>				
No le ha denunciado anteriormente	98	74,2	74,2	74,2
Sí le ha denunciado anteriormente	34	25,8	25,8	100,0
Total	132	100,0	100,0	

Anexo IX: Objetos empleados en las agresiones

Tabla 1

Objetos empleados en las agresiones según el contenido del parte de lesiones

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Botella rota	2	1,6	1,6	1,6
Cojín	2	1,6	1,6	3,3
Cuchillo	9	7,4	7,4	10,7
Barra metálica	2	1,6	1,6	12,3
Vaso de plástico	1	,8	,8	13,1
Teléfono móvil	3	2,5	2,5	15,6
Contra el sofá	5	4,1	4,1	19,7
Contra la pared	15	12,3	12,3	32,0
Vaso de cristal	2	1,6	1,6	33,6
Contra una persiana	1	,8	,8	34,4
Palo de la escoba	4	3,3	3,3	37,7
Maletero del coche	1	,8	,8	38,5
Metro metálico	1	,8	,8	39,3
Contra el cristal de una puerta	1	,8	,8	40,2
Muleta	1	,8	,8	41,0
Cable del teléfono	1	,8	,8	41,8
Muebles	1	,8	,8	42,6
Botella	1	,8	,8	43,4
Puerta	7	5,7	5,7	49,2
Silla	1	,8	,8	50,0
Zapato	2	1,6	1,6	51,6
Objetos	1	,8	,8	52,5
Taza	1	,8	,8	53,3
Arma de fuego	1	,8	,8	54,1
Vehículo	7	5,7	5,7	59,8
Objetos contundentes	5	4,1	4,1	63,9
Escaleras	5	4,1	4,1	68,0
Palos de metal	1	,8	,8	68,9
Buzón	1	,8	,8	69,7
Suelo	21	17,2	17,2	86,9
Bote de perfume	1	,8	,8	87,7
Bolso	1	,8	,8	88,5
Cristal	2	1,6	1,6	90,2
Barandilla	1	,8	,8	91,0
Tenedor	1	,8	,8	91,8
Anillo	1	,8	,8	92,6
Cigarrillo	1	,8	,8	93,4
WC	1	,8	,8	94,3
Correa	2	1,6	1,6	95,9
Prenda de vestir	2	1,6	1,6	97,5
Objeto cortante	1	,8	,8	98,4
Contra la cama	1	,8	,8	99,2
Le administra fármacos orales:diazepam	1	,8	,8	100,0
Total	122	100,0	100,0	

Anexo X. Diferencias en función del equipo asistencial

responsable

Tabla 1

Equipo asistencial

	Genérico	Específico	Total
<i>Recuento</i>			
atención primaria	74	20	94
urgencias hospitalarias	8	113	121
servicios de emergencias	276	125	401
Total	358	258	616
<i>% dentro de Origen</i>			
atención primaria	78,7%	21,3%	100,0%
urgencias hospitalarias	6,6%	93,4%	100,0%
servicios de emergencias	68,8%	31,2%	100,0%
Total	58,1%	41,9%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>			
atención primaria	4,4	-4,4	
urgencias hospitalarias	-12,8	12,8	
servicios de emergencias	7,4	-7,4	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 167,169$; $P = 0,000$

Tabla 2

Formas de realizar la notificación del caso al juzgado

	PJ	PJ+IC	PE	PE+IC	PJ+PE	PJ+PE+IC	Total
<i>Recuento</i>							
atención primaria	50	9	10	6	12	7	94
urgencias hospitalarias	6	2	64	43	1	5	121
servicios de emergencias	30	71	8	37	37	218	401
Total	86	82	82	86	50	230	616
<i>% dentro de Origen</i>							
atención primaria	53,2%	9,6%	10,6%	6,4%	12,8%	7,4%	100,0%
urgencias hospitalarias	5,0%	1,7%	52,9%	35,5%	,8%	4,1%	100,0%
servicios de emergencias	7,5%	17,7%	2,0%	9,2%	9,2%	54,4%	100,0%
Total	14,0%	13,3%	13,3%	14,0%	8,1%	37,3%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>							
atención primaria	11,9	-1,2	-,8	-2,3	1,8	-6,5	
urgencias hospitalarias	-3,2	-4,2	14,3	7,6	-3,3	-8,4	
servicios de emergencias	-6,3	4,4	-11,3	-4,6	1,4	11,9	

$\chi^2(10 \text{ gl}) = 474,399$; $P = 0,000$. PJ: Modelo genérico de parte de lesiones al juzgado, IC: Informe clínico, PE:

Modelo de parte de lesiones específico para casos de violencia de género

Tabla 3*Formato de redacción del parte de lesiones*

	Manuscrito	Informatizado	Total
<i>Recuento</i>			
atención primaria	36	58	94
urgencias hospitalarias	2	119	121
servicios de emergencias	374	27	401
Total	412	204	616
<i>% dentro de Origen</i>			
atención primaria	38,3%	61,7%	100,0%
urgencias hospitalarias	1,7%	98,3%	100,0%
servicios de emergencias	93,3%	6,7%	100,0%
Total	66,9%	33,1%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>			
atención primaria	-6,4	6,4	
urgencias hospitalarias	-17,0	17,0	
servicios de emergencias	19,0	-19,0	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 393,144; P = 0,000$

Tabla 4*Presencia de tachaduras en el parte de lesiones*

	Sin tachaduras	Con tachaduras	Total
<i>Recuento</i>			
atención primaria	91	3	94
urgencias hospitalarias	119	2	121
servicios de emergencias	365	36	401
Total	575	41	616
<i>% dentro de Origen</i>			
atención primaria	96,8%	3,2%	100,0%
urgencias hospitalarias	98,3%	1,7%	100,0%
servicios de emergencias	91,0%	9,0%	100,0%
Total	93,3%	6,7%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>			
atención primaria	1,5	-1,5	
urgencias hospitalarias	2,5	-2,5	
servicios de emergencias	-3,2	3,2	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 10,170; P = 0,006$

Tabla 5*Grado de parentesco existente entre la mujer y el presunto agresor*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	42	10	42	94
urgencias hospitalarias	7	0	114	121
servicios de emergencias	155	115	131	401
Total	204	125	287	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	44,7%	10,6%	44,7%	100,0%
urgencias hospitalarias	5,8%	,0%	94,2%	100,0%
servicios de emergencias	38,7%	28,7%	32,7%	100,0%
Total	33,1%	20,3%	46,6%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	2,6	-2,5	-,4	
urgencias hospitalarias	-7,1	-6,2	11,7	
servicios de emergencias	4,0	7,1	-9,5	

 $\chi^2(4 \text{ gl}) = 153,229; P = 0,000$ **Tabla 6***DNI o pasaporte de la mujer*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	11	7	76	94
urgencias hospitalarias	45	2	74	121
servicios de emergencias	131	47	223	401
Total	187	56	373	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	11,7%	7,4%	80,9%	100,0%
urgencias hospitalarias	37,2%	1,7%	61,2%	100,0%
servicios de emergencias	32,7%	11,7%	55,6%	100,0%
Total	30,4%	9,1%	60,6%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	-4,3	-,6	4,4	
urgencias hospitalarias	1,8	-3,2	,2	
servicios de emergencias	1,7	3,1	-3,4	

 $\chi^2(4 \text{ gl}) = 32,057; P = 0,000$

Tabla 7*Posibilidad de identificar a la mujer asistida*

	Posible	Imposible	Total
<i>Recuento</i>			
atención primaria	3	91	94
urgencias hospitalarias	3	118	121
servicios de emergencias	35	366	401
Total	41	575	616
<i>% dentro de Origen</i>			
atención primaria	3,2%	96,8%	100,0%
urgencias hospitalarias	2,5%	97,5%	100,0%
servicios de emergencias	8,7%	91,3%	100,0%
Total	6,7%	93,3%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>			
atención primaria	-1,5	1,5	
urgencias hospitalarias	-2,1	2,1	
servicios de emergencias	2,8	-2,8	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 7,985; P = 0,018$

Tabla 8*Municipio de residencia de la mujer asistida*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	7	2	85	94
urgencias hospitalarias	6	0	115	121
servicios de emergencias	57	50	294	401
Total	70	52	494	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	7,4%	2,1%	90,4%	100,0%
urgencias hospitalarias	5,0%	,0%	95,0%	100,0%
servicios de emergencias	14,2%	12,5%	73,3%	100,0%
Total	11,4%	8,4%	80,2%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	-1,3	-2,4	2,7	
urgencias hospitalarias	-2,5	-3,7	4,6	
servicios de emergencias	3,0	4,9	-5,8	

$\chi^2(4 \text{ gl}) = 37,781; P = 0,000$

Tabla 9*Teléfono de contacto seguro*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	75	1	18	94
urgencias hospitalarias	18	1	102	121
servicios de emergencias	247	35	119	401
Total	340	37	239	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	79,8%	1,1%	19,1%	100,0%
urgencias hospitalarias	14,9%	,8%	84,3%	100,0%
servicios de emergencias	61,6%	8,7%	29,7%	100,0%
Total	55,2%	6,0%	38,8%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	5,2	-2,2	-4,2	
urgencias hospitalarias	-9,9	-2,7	11,5	
servicios de emergencias	4,4	3,9	-6,3	

$\chi^2(4 \text{ gl}) = 145,605; P= 0,000$

Tabla 10*Fecha en la que se produjo la asistencia médica*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	1	1	92	94
urgencias hospitalarias	1	0	120	121
servicios de emergencias	35	46	320	401
Total	37	47	532	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	1,1%	1,1%	97,9%	100,0%
urgencias hospitalarias	,8%	,0%	99,2%	100,0%
servicios de emergencias	8,7%	11,5%	79,8%	100,0%
Total	6,0%	7,6%	86,4%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	-2,2	-2,6	3,5	
urgencias hospitalarias	-2,7	-3,5	4,6	
servicios de emergencias	3,9	4,9	-6,5	

$\chi^2(4 \text{ gl}) = 42,214; P= 0,000$

Tabla 11*Datos personales del facultativo responsable de la asistencia médica*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	0	5	89	94
urgencias hospitalarias	13	0	108	121
servicios de emergencias	17	123	261	401
Total	30	128	458	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	,0%	5,3%	94,7%	100,0%
urgencias hospitalarias	10,7%	,0%	89,3%	100,0%
servicios de emergencias	4,2%	30,7%	65,1%	100,0%
Total	4,9%	20,8%	74,4%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	-2,4	-4,0	4,9	
urgencias hospitalarias	3,3	-6,3	4,2	
servicios de emergencias	-1,0	8,3	-7,2	

 $\chi^2(4 \text{ gl}) = 81,793; P = 0,000$ **Tabla 12***Número de colegiado del facultativo responsable de la asistencia*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	1	6	87	94
urgencias hospitalarias	20	0	101	121
servicios de emergencias	25	116	260	401
Total	46	122	448	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	1,1%	6,4%	92,6%	100,0%
urgencias hospitalarias	16,5%	,0%	83,5%	100,0%
servicios de emergencias	6,2%	28,9%	64,8%	100,0%
Total	7,5%	19,8%	72,7%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	-2,6	-3,5	4,7	
urgencias hospitalarias	4,2	-6,1	3,0	
servicios de emergencias	-1,6	7,8	-6,0	

 $\chi^2(4 \text{ gl}) = 79,080; P = 0,000$

Tabla 13*Posibilidad de identificar al facultativo responsable con los datos aportados*

	Imposible	Posible	Total
<i>Recuento</i>			
atención primaria	3	91	94
urgencias hospitalarias	12	109	121
servicios de emergencias	91	310	401
Total	106	510	616
<i>% dentro de Origen</i>			
atención primaria	3,2%	96,8%	100,0%
urgencias hospitalarias	9,9%	90,1%	100,0%
servicios de emergencias	22,7%	77,3%	100,0%
Total	17,2%	82,8%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>			
atención primaria	-3,9	3,9	
urgencias hospitalarias	-2,4	2,4	
servicios de emergencias	4,9	-4,9	

 $\chi^2(2 \text{ gl}) = 25,946; P = 0,000$ **Tabla 14***Detonante de la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	70	9	15	94
urgencias hospitalarias	45	1	75	121
servicios de emergencias	223	138	40	401
Total	338	148	130	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	74,5%	9,6%	16,0%	100,0%
urgencias hospitalarias	37,2%	,8%	62,0%	100,0%
servicios de emergencias	55,6%	34,4%	10,0%	100,0%
Total	54,9%	24,0%	21,1%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	4,1	-3,6	-1,3	
urgencias hospitalarias	-4,4	-6,7	12,3	
servicios de emergencias	,5	8,2	-9,2	

 $\chi^2(4 \text{ gl}) = 187,329; P = 0,000$

Tabla 15*Lugar en el que se produjo la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	68	9	17	94
urgencias hospitalarias	23	1	97	121
servicios de emergencias	216	136	49	401
Total	307	146	163	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	72,3%	9,6%	18,1%	100,0%
urgencias hospitalarias	19,0%	,8%	80,2%	100,0%
servicios de emergencias	53,9%	33,9%	12,2%	100,0%
Total	49,8%	23,7%	26,5%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	4,7	-3,5	-2,0	
urgencias hospitalarias	-7,6	-6,6	14,9	
servicios de emergencias	2,7	8,1	-10,9	

$\chi^2(4 \text{ gl}) = 251,325; P = 0,000$

Tabla 16*Fecha en la que se produjo la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	61	8	25	94
urgencias hospitalarias	19	0	102	121
servicios de emergencias	211	131	59	401
Total	291	139	186	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	64,9%	8,5%	26,6%	100,0%
urgencias hospitalarias	15,7%	,0%	84,3%	100,0%
servicios de emergencias	52,6%	32,7%	14,7%	100,0%
Total	47,2%	22,6%	30,2%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	3,7	-3,5	-,8	
urgencias hospitalarias	-7,8	-6,6	14,5	
servicios de emergencias	3,7	8,2	-11,4	

$\chi^2(4 \text{ gl}) = 237,337; P = 0,000$

Tabla 17*Hora a la que se produjo la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	68	8	18	94
urgencias hospitalarias	62	0	59	121
servicios de emergencias	215	132	54	401
Total	345	140	131	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	72,3%	8,5%	19,1%	100,0%
urgencias hospitalarias	51,2%	,0%	48,8%	100,0%
servicios de emergencias	53,6%	32,9%	13,5%	100,0%
Total	56,0%	22,7%	21,3%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	3,5	-3,6	-,5	
urgencias hospitalarias	-1,2	-6,7	8,2	
servicios de emergencias	-1,6	8,2	-6,5	

$\chi^2(4 \text{ gl}) = 114,240; P = 0,000$

Tabla 18*Mecanismo causal de las lesiones*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	50	10	34	94
urgencias hospitalarias	10	0	111	121
servicios de emergencias	188	137	76	401
Total	248	147	221	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	53,2%	10,6%	36,2%	100,0%
urgencias hospitalarias	8,3%	,0%	91,7%	100,0%
servicios de emergencias	46,9%	34,2%	19,0%	100,0%
Total	40,3%	23,9%	35,9%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	2,8	-3,3	,1	
urgencias hospitalarias	-8,0	-6,9	14,3	
servicios de emergencias	4,6	8,2	-12,0	

$\chi^2(4 \text{ gl}) = 229,887; P = 0,000$

Tabla 19*Uso de objetos durante la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	75	11	8	94
urgencias hospitalarias	84	0	37	121
servicios de emergencias	240	139	22	401
Total	399	150	67	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	79,8%	11,7%	8,5%	100,0%
urgencias hospitalarias	69,4%	,0%	30,6%	100,0%
servicios de emergencias	59,9%	34,7%	5,5%	100,0%
Total	64,8%	24,4%	10,9%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	3,3	-3,1	-,8	
urgencias hospitalarias	1,2	-7,0	7,8	
servicios de emergencias	-3,5	8,1	-5,9	

$\chi^2(4 \text{ gl}) = 112,708; P= 0,000$

Tabla 20*Implicación de otras personas en la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	81	7	6	94
urgencias hospitalarias	68	1	52	121
servicios de emergencias	264	129	8	401
Total	413	137	66	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	86,2%	7,4%	6,4%	100,0%
urgencias hospitalarias	56,2%	,8%	43,0%	100,0%
servicios de emergencias	65,8%	32,2%	2,0%	100,0%
Total	67,0%	22,2%	10,7%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	4,3	-3,7	-1,5	
urgencias hospitalarias	-2,8	-6,3	12,8	
servicios de emergencias	-,9	8,1	-9,6	

$\chi^2(4 \text{ gl}) = 206,950; P= 0,000$

Tabla 21*Testigos de la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	80	7	7	94
urgencias hospitalarias	80	1	40	121
servicios de emergencias	261	129	11	401
Total	421	137	58	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	85,1%	7,4%	7,4%	100,0%
urgencias hospitalarias	66,1%	,8%	33,1%	100,0%
servicios de emergencias	65,1%	32,2%	2,7%	100,0%
Total	68,3%	22,2%	9,4%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	3,8	-3,7	-,7	
urgencias hospitalarias	-,6	-6,3	9,9	
servicios de emergencias	-2,4	8,1	-7,7	

$\chi^2(4 \text{ gl}) = 147,729; P= 0,000$

Tabla 22*Estado psicológico de la mujer durante la asistencia médica*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	62	11	21	94
urgencias hospitalarias	19	0	102	121
servicios de emergencias	161	116	124	401
Total	242	127	247	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	66,0%	11,7%	22,3%	100,0%
urgencias hospitalarias	15,7%	,0%	84,3%	100,0%
servicios de emergencias	40,1%	28,9%	30,9%	100,0%
Total	39,3%	20,6%	40,1%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	5,8	-2,3	-3,8	
urgencias hospitalarias	-5,9	-6,3	11,1	
servicios de emergencias	,6	7,0	-6,3	

$\chi^2(4 \text{ gl}) = 150,996; P= 0,000$

Tabla 23*Número de lesiones evidenciadas*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	6	12	76	94
urgencias hospitalarias	7	1	113	121
servicios de emergencias	13	150	238	401
Total	26	163	427	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	6,4%	12,8%	80,9%	100,0%
urgencias hospitalarias	5,8%	,8%	93,4%	100,0%
servicios de emergencias	3,2%	37,4%	59,4%	100,0%
Total	4,2%	26,5%	69,3%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	1,1	-3,3	2,6	
urgencias hospitalarias	1,0	-7,1	6,4	
servicios de emergencias	-1,7	8,4	-7,3	

 $\chi^2(4gl) = 75,184; P = 0,000$ **Tabla 24***Necesidad de realizar exploraciones complementarias*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	80	10	4	94
urgencias hospitalarias	39	1	81	121
servicios de emergencias	275	98	28	401
Total	394	109	113	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	85,1%	10,6%	4,3%	100,0%
urgencias hospitalarias	32,2%	,8%	66,9%	100,0%
servicios de emergencias	68,6%	24,4%	7,0%	100,0%
Total	64,0%	17,7%	18,3%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	4,6	-1,9	-3,8	
urgencias hospitalarias	-8,1	-5,4	15,4	
servicios de emergencias	3,3	6,0	-10,0	

 $\chi^2(4 gl) = 253,538; P = 0,000$

Tabla 25*Diagnóstico clínico emitido*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	11	11	72	94
urgencias hospitalarias	4	1	116	121
servicios de emergencias	19	141	241	401
Total	34	153	429	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	11,7%	11,7%	76,6%	100,0%
urgencias hospitalarias	3,3%	,8%	95,9%	100,0%
servicios de emergencias	4,7%	35,2%	60,1%	100,0%
Total	5,5%	24,8%	69,6%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	2,9	-3,2	1,6	
urgencias hospitalarias	-1,2	-6,8	7,0	
servicios de emergencias	-1,2	8,1	-7,0	

$\chi^2(4 \text{ gl}) = 77,699; P = 0,000$

Tabla 26*Tratamiento necesario para la recuperación de las lesiones*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	73	9	12	94
urgencias hospitalarias	13	1	107	121
servicios de emergencias	208	119	74	401
Total	234	294	129	193
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	77,7%	9,6%	12,8%	100,0%
urgencias hospitalarias	10,7%	,8%	88,4%	100,0%
servicios de emergencias	51,9%	29,7%	18,5%	100,0%
Total	54,5%	47,7%	20,9%	31,3%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	6,3	-2,9	-4,2	
urgencias hospitalarias	-9,1	-6,1	15,1	
servicios de emergencias	2,8	7,3	-9,4	

$\chi^2(4 \text{ gl}) = 250,025; P = 0,000$

Tabla 27
Pronóstico clínico

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	29	3	62	94
urgencias hospitalarias	117	1	3	121
servicios de emergencias	153	43	205	401
Total	299	47	270	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	30,9%	3,2%	66,0%	100,0%
urgencias hospitalarias	96,7%	,8%	2,5%	100,0%
servicios de emergencias	38,2%	10,7%	51,1%	100,0%
Total	48,5%	7,6%	43,8%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	-3,7	-1,8	4,7	
urgencias hospitalarias	11,8	-3,1	-10,2	
servicios de emergencias	-7,0	3,9	5,0	

$\chi^2(4 \text{ gl}) = 150,139$; $P = 0,000$

Tabla 28
Plan de actuación seguido tras la asistencia médica

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	13	2	79	94
urgencias hospitalarias	15	0	106	121
servicios de emergencias	80	42	279	401
Total	108	44	464	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	13,8%	2,1%	84,0%	100,0%
urgencias hospitalarias	12,4%	,0%	87,6%	100,0%
servicios de emergencias	20,0%	10,5%	69,6%	100,0%
Total	17,5%	7,1%	75,3%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	-1,0	-2,1	2,1	
urgencias hospitalarias	-1,7	-3,4	3,5	
servicios de emergencias	2,2	4,4	-4,5	

$\chi^2(4 \text{ gl}) = 27,204$; $P = 0,000$

Tabla 29*Juicio de compatibilidad entre el mecanismo causal descrito y las lesiones*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	74	9	11	94
urgencias hospitalarias	111	1	9	121
servicios de emergencias	268	125	8	401
Total	453	135	28	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	78,7%	9,6%	11,7%	100,0%
urgencias hospitalarias	91,7%	,8%	7,4%	100,0%
servicios de emergencias	66,8%	31,2%	2,0%	100,0%
Total	73,5%	21,9%	4,5%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	1,2	-3,1	3,6	
urgencias hospitalarias	5,1	-6,3	1,7	
servicios de emergencias	-5,2	7,6	-4,2	

 $\chi^2(4 \text{ gl}) = 73,567; P = 0,000$ **Tabla 30***Estado civil de la mujer*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	68	6	20	94
urgencias hospitalarias	82	0	39	121
servicios de emergencias	221	71	109	401
Total	371	77	168	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	72,3%	6,4%	21,3%	100,0%
urgencias hospitalarias	67,8%	,0%	32,2%	100,0%
servicios de emergencias	55,1%	17,7%	27,2%	100,0%
Total	60,2%	12,5%	27,3%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	2,6	-1,9	-1,4	
urgencias hospitalarias	1,9	-4,6	1,4	
servicios de emergencias	-3,5	5,3	-,1	

 $\chi^2(4 \text{ gl}) = 34,138; P = 0,000$

Tabla 31*Situación laboral de la mujer*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	83	7	4	94
urgencias hospitalarias	17	0	104	121
servicios de emergencias	262	128	11	401
Total	362	135	119	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	88,3%	7,4%	4,3%	100,0%
urgencias hospitalarias	14,0%	,0%	86,0%	100,0%
servicios de emergencias	65,3%	31,9%	2,7%	100,0%
Total	58,8%	21,9%	19,3%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	6,3	-3,7	-4,0	
urgencias hospitalarias	-11,1	-6,5	20,7	
servicios de emergencias	4,5	8,2	-14,2	

$\chi^2(4 \text{ gl}) = 458,038; P = 0,000$

Tabla 32*Descendencia de la mujer*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	75	7	12	94
urgencias hospitalarias	77	0	44	121
servicios de emergencias	253	132	16	401
Total	405	139	72	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	79,8%	7,4%	12,8%	100,0%
urgencias hospitalarias	63,6%	,0%	36,4%	100,0%
servicios de emergencias	63,1%	32,9%	4,0%	100,0%
Total	65,7%	22,6%	11,7%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	3,1	-3,8	,4	
urgencias hospitalarias	-,5	-6,6	9,4	
servicios de emergencias	-1,9	8,4	-8,1	

$\chi^2(4 \text{ gl}) = 142,659; P = 0,000$

Tabla 33*Antecedentes de violencia de género*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	69	7	18	94
urgencias hospitalarias	7	4	110	121
servicios de emergencias	231	118	52	401
Total	307	129	180	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	73,4%	7,4%	19,1%	100,0%
urgencias hospitalarias	5,8%	3,3%	90,9%	100,0%
servicios de emergencias	57,6%	29,4%	13,0%	100,0%
Total	49,8%	20,9%	29,2%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	5,0	-3,5	-2,3	
urgencias hospitalarias	-10,8	-5,3	16,6	
servicios de emergencias	5,3	7,1	-12,1	

$\chi^2(4 \text{ gl}) = 299,472; P = 0,000$

Tabla 34*Duración de la historia de maltrato sufrida*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	75	7	12	94
urgencias hospitalarias	39	1	81	121
servicios de emergencias	255	118	28	401
Total	369	126	121	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	79,8%	7,4%	12,8%	100,0%
urgencias hospitalarias	32,2%	,8%	66,9%	100,0%
servicios de emergencias	63,6%	29,4%	7,0%	100,0%
Total	59,9%	20,5%	19,6%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	4,3	-3,4	-1,8	
urgencias hospitalarias	-6,9	-6,0	14,6	
servicios de emergencias	2,6	7,5	-10,8	

$\chi^2(4 \text{ gl}) = 241,726; P = 0,000$

Tabla 35*Existencia de denuncias previas al agresor*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	77	8	9	94
urgencias hospitalarias	46	1	74	121
servicios de emergencias	259	125	17	401
Total	382	134	100	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	81,9%	8,5%	9,6%	100,0%
urgencias hospitalarias	38,0%	,8%	61,2%	100,0%
servicios de emergencias	64,6%	31,2%	4,2%	100,0%
Total	62,0%	21,8%	16,2%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	4,3	-3,4	-1,9	
urgencias hospitalarias	-6,1	-6,2	14,9	
servicios de emergencias	1,8	7,7	-11,0	

$\chi^2(4 \text{ gl}) = 254,485; P = 0,000$

Tabla 36*Existencia de amenazas a la mujer por parte del agresor*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	76	10	8	94
urgencias hospitalarias	104	1	16	121
servicios de emergencias	261	125	15	401
Total	441	136	39	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	80,9%	10,6%	8,5%	100,0%
urgencias hospitalarias	86,0%	,8%	13,2%	100,0%
servicios de emergencias	65,1%	31,2%	3,7%	100,0%
Total	71,6%	22,1%	6,3%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	2,2	-2,9	,9	
urgencias hospitalarias	3,9	-6,3	3,5	
servicios de emergencias	-4,9	7,4	-3,6	

$\chi^2(4 \text{ gl}) = 66,359; P = 0,000$

Tabla 37*Evaluación del riesgo percibido*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	72	9	13	94
urgencias hospitalarias	43	1	77	121
servicios de emergencias	262	128	11	401
Total	377	138	101	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	76,6%	9,6%	13,8%	100,0%
urgencias hospitalarias	35,5%	,8%	63,6%	100,0%
servicios de emergencias	65,3%	31,9%	2,7%	100,0%
Total	61,2%	22,4%	16,4%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	3,3	-3,2	-,7	
urgencias hospitalarias	-6,5	-6,4	15,7	
servicios de emergencias	2,9	7,7	-12,5	

$\chi^2(4 \text{ gl}) = 276,703; P = 0,000$

Tabla 38*Intención de denunciar la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
atención primaria	70	9	15	94
urgencias hospitalarias	40	1	80	121
servicios de emergencias	260	129	12	401
Total	370	139	107	616
<i>% dentro de Origen</i>				
atención primaria	74,5%	9,6%	16,0%	100,0%
urgencias hospitalarias	33,1%	,8%	66,1%	100,0%
servicios de emergencias	64,8%	32,2%	3,0%	100,0%
Total	60,1%	22,6%	17,4%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
atención primaria	3,1	-3,3	-,4	
urgencias hospitalarias	-6,8	-6,4	15,8	
servicios de emergencias	3,3	7,8	-12,9	

$\chi^2(4 \text{ gl}) = 281,575; P = 0,000$

Anexo XI. Diferencias en función del tamaño del municipio

Tabla 1

Modelo de parte de lesiones empleado

	Genérico	Específico	Total
<i>Recuento</i>			
>100.000 habitantes	80	122	202
50.000 - 100.000 habitantes	39	16	55
25.000 - 50.000 habitantes	114	109	223
<25.000 habitantes	67	45	112
Total	300	292	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>			
>100.000 habitantes	39,6%	60,4%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	70,9%	29,1%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	51,1%	48,9%	100,0%
<25.000 habitantes	59,8%	40,2%	100,0%
Total	50,7%	49,3%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>			
>100.000 habitantes	-3,9	3,9	
50.000 - 100.000 habitantes	3,2	-3,2	
25.000 - 50.000 habitantes	,2	-,2	
<25.000 habitantes	2,1	-2,1	

$\chi^2(3 \text{ gl}) = 22,680; P = 0,000$

Tabla 2

Formas en las que se notifica el caso al juzgado

	PJ	PJ+IC	PE	PE+IC	PE+PJ	PE+PJ+IC	Total
<i>Recuento</i>							
>100.000 habitantes	23	19	51	37	12	60	202
50.000 - 100.000 habitantes	9	4	6	2	7	27	55
25.000 - 50.000 habitantes	17	21	19	35	32	99	223
<25.000 habitantes	29	17	11	13	7	35	112
Total	78	61	87	87	58	221	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>							
>100.000 habitantes	11,4%	9,4%	25,2%	18,3%	5,9%	29,7%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	16,4%	7,3%	10,9%	3,6%	12,7%	49,1%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	7,6%	9,4%	8,5%	15,7%	14,3%	44,4%	100,0%
<25.000 habitantes	25,9%	15,2%	9,8%	11,6%	6,3%	31,3%	100,0%
Total	13,2%	10,3%	14,7%	14,7%	9,8%	37,3%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>							
>100.000 habitantes	-,9	-,5	5,2	1,8	-2,3	-2,8	
50.000 - 100.000 habitantes	,7	-,8	-,8	-2,4	,8	1,9	
25.000 - 50.000 habitantes	-3,1	-,6	-3,3	,5	2,9	2,8	
<25.000 habitantes	4,4	1,9	-1,6	-1,0	-1,4	-1,5	

$\chi^2(15 \text{ gl}) = 72,959; P = 0,000$

Tabla 3*Formato de cumplimentación*

	Manuscrito	Informatizado	Total
<i>Recuento</i>			
>100.000 habitantes	105	97	202
50.000 - 100.000 habitantes	34	21	55
25.000 - 50.000 habitantes	188	35	223
<25.000 habitantes	66	46	112
Total	393	199	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>			
>100.000 habitantes	52,0%	48,0%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	61,8%	38,2%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	84,3%	15,7%	100,0%
<25.000 habitantes	58,9%	41,1%	100,0%
Total	66,4%	33,6%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>			
>100.000 habitantes	-5,3	5,3	
50.000 - 100.000 habitantes	-,8	,8	
25.000 - 50.000 habitantes	7,2	-7,2	
<25.000 habitantes	-1,9	1,9	

$\chi^2(3 \text{ gl}) = 54,178; P = 0,000$

Tabla 4*Legibilidad de los partes de lesiones*

	Parcialmente legible	Totalmente legible	Total
<i>Recuento</i>			
>100.000 habitantes	66	136	202
50.000 - 100.000 habitantes	28	27	55
25.000 - 50.000 habitantes	117	106	223
<25.000 habitantes	37	75	112
Total	248	344	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>			
>100.000 habitantes	32,7%	67,3%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	50,9%	49,1%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	52,5%	47,5%	100,0%
<25.000 habitantes	33,0%	67,0%	100,0%
Total	41,9%	58,1%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>			
>100.000 habitantes	-3,3	3,3	
50.000 - 100.000 habitantes	1,4	-1,4	
25.000 - 50.000 habitantes	4,1	-4,1	
<25.000 habitantes	-2,1	2,1	

$\chi^2(3 \text{ gl}) = 22,742; P = 0,000$

Tabla 5*Grado de parentesco existente*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	55	19	128	202
50.000 - 100.000 habitantes	19	11	25	55
25.000 - 50.000 habitantes	78	42	103	223
<25.000 habitantes	41	11	60	112
Total	193	83	316	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	27,2%	9,4%	63,4%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	34,5%	20,0%	45,5%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	35,0%	18,8%	46,2%	100,0%
<25.000 habitantes	36,6%	9,8%	53,6%	100,0%
Total	32,6%	14,0%	53,4%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	-2,0	-2,3	3,5	
50.000 - 100.000 habitantes	,3	1,3	-1,2	
25.000 - 50.000 habitantes	1,0	2,6	-2,7	
<25.000 habitantes	1,0	-1,4	,0	

$\chi^2(6 \text{ gl}) = 18,938; P = 0,004$

Tabla 6*DNI o pasaporte de la mujer asistida*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	70	8	124	202
50.000 - 100.000 habitantes	10	2	43	55
25.000 - 50.000 habitantes	98	12	113	223
<25.000 habitantes	35	4	73	112
Total	213	26	353	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	34,7%	4,0%	61,4%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	18,2%	3,6%	78,2%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	43,9%	5,4%	50,7%	100,0%
<25.000 habitantes	31,3%	3,6%	65,2%	100,0%
Total	36,0%	4,4%	59,6%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	-,5	-,4	,6	
50.000 - 100.000 habitantes	-2,9	-,3	2,9	
25.000 - 50.000 habitantes	3,1	,9	-3,5	
<25.000 habitantes	-1,2	-,5	1,3	

$\chi^2(6 \text{ gl}) = 17,254; P = 0,008$

Tabla 7*Teléfono de contacto seguro*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	80	5	117	202
50.000 - 100.000 habitantes	32	3	20	55
25.000 - 50.000 habitantes	125	7	91	223
<25.000 habitantes	73	1	38	112
Total	310	16	266	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	39,6%	2,5%	57,9%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	58,2%	5,5%	36,4%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	56,1%	3,1%	40,8%	100,0%
<25.000 habitantes	65,2%	,9%	33,9%	100,0%
Total	52,4%	2,7%	44,9%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	-4,5	-,2	4,6	
50.000 - 100.000 habitantes	,9	1,3	-1,3	
25.000 - 50.000 habitantes	1,4	,5	-1,6	
<25.000 habitantes	3,0	-1,3	-2,6	

$\chi^2(6 \text{ gl}) = 26,168; P = 0,000$

Tabla 8*Estado civil de la mujer*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	124	9	69	202
50.000 - 100.000 habitantes	37	9	9	55
25.000 - 50.000 habitantes	119	24	80	223
<25.000 habitantes	70	3	39	112
Total	350	45	197	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	61,4%	4,5%	34,2%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	67,3%	16,4%	16,4%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	53,4%	10,8%	35,9%	100,0%
<25.000 habitantes	62,5%	2,7%	34,8%	100,0%
Total	59,1%	7,6%	33,3%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	,8	-2,1	,3	
50.000 - 100.000 habitantes	1,3	2,6	-2,8	
25.000 - 50.000 habitantes	-2,2	2,3	1,0	
<25.000 habitantes	,8	-2,2	,4	

$\chi^2(6 \text{ gl}) = 22,255; P = 0,001$

Tabla 9*Situación laboral de la mujer en el momento de la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	111	19	72	202
50.000 - 100.000 habitantes	35	13	7	55
25.000 - 50.000 habitantes	148	52	23	223
<25.000 habitantes	85	14	13	112
Total	379	98	115	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	55,0%	9,4%	35,6%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	63,6%	23,6%	12,7%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	66,4%	23,3%	10,3%	100,0%
<25.000 habitantes	75,9%	12,5%	11,6%	100,0%
Total	64,0%	16,6%	19,4%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	-3,3	-3,4	7,2	
50.000 - 100.000 habitantes	-,1	1,5	-1,3	
25.000 - 50.000 habitantes	,9	3,4	-4,4	
<25.000 habitantes	2,9	-1,3	-2,3	

$\chi^2(6 \text{ gl}) = 62,108; P = 0,000$

Tabla 10*Descendientes de la mujer en el momento de la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	140	21	41	202
50.000 - 100.000 habitantes	35	11	9	55
25.000 - 50.000 habitantes	150	57	16	223
<25.000 habitantes	86	12	14	112
Total	411	101	80	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	69,3%	10,4%	20,3%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	63,6%	20,0%	16,4%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	67,3%	25,6%	7,2%	100,0%
<25.000 habitantes	76,8%	10,7%	12,5%	100,0%
Total	69,4%	17,1%	13,5%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	,0	-3,1	3,5	
50.000 - 100.000 habitantes	-1,0	,6	,6	
25.000 - 50.000 habitantes	-,9	4,3	-3,5	
<25.000 habitantes	1,9	-2,0	-,3	

$\chi^2(6 \text{ gl}) = 32,839; P = 0,000$

Tabla 11*Acompañante de la mujer en el momento de la asistencia médica*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	173	19	10	202
50.000 - 100.000 habitantes	38	13	4	55
25.000 - 50.000 habitantes	160	49	14	223
<25.000 habitantes	92	14	6	112
Total	463	95	34	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	85,6%	9,4%	5,0%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	69,1%	23,6%	7,3%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	71,7%	22,0%	6,3%	100,0%
<25.000 habitantes	82,1%	12,5%	5,4%	100,0%
Total	78,2%	16,0%	5,7%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	3,2	-3,2	-,6	
50.000 - 100.000 habitantes	-1,7	1,6	,5	
25.000 - 50.000 habitantes	-3,0	3,1	,4	
<25.000 habitantes	1,1	-1,1	-,2	

$\chi^2(6 \text{ gl}) = 17,293; P = 0,008$

Tabla 12*Antecedentes de violencia de género*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	88	22	92	202
50.000 - 100.000 habitantes	30	10	15	55
25.000 - 50.000 habitantes	114	49	60	223
<25.000 habitantes	70	15	27	112
Total	302	96	194	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	43,6%	10,9%	45,5%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	54,5%	18,2%	27,3%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	51,1%	22,0%	26,9%	100,0%
<25.000 habitantes	62,5%	13,4%	24,1%	100,0%
Total	51,0%	16,2%	32,8%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	-2,6	-2,5	4,8	
50.000 - 100.000 habitantes	,6	,4	-,9	
25.000 - 50.000 habitantes	,0	3,0	-2,4	
<25.000 habitantes	2,7	-,9	-2,2	

$\chi^2(6 \text{ gl}) = 29,472; P = 0,000$

Tabla 13*Duración de la historia de maltrato sufrida por la mujer*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	109	20	73	202
50.000 - 100.000 habitantes	37	10	8	55
25.000 - 50.000 habitantes	138	48	37	223
<25.000 habitantes	84	15	13	112
Total	368	93	131	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	54,0%	9,9%	36,1%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	67,3%	18,2%	14,5%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	61,9%	21,5%	16,6%	100,0%
<25.000 habitantes	75,0%	13,4%	11,6%	100,0%
Total	62,2%	15,7%	22,1%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	-3,0	-2,8	5,9	
50.000 - 100.000 habitantes	,8	,5	-1,4	
25.000 - 50.000 habitantes	-,1	3,0	-2,5	
<25.000 habitantes	3,1	-,7	-3,0	

$\chi^2(6 \text{ gl}) = 43,164; P = 0,000$

Tabla 14*Denuncias previas al agresor*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	119	20	63	202
50.000 - 100.000 habitantes	39	11	5	55
25.000 - 50.000 habitantes	143	53	27	223
<25.000 habitantes	85	15	12	112
Total	386	99	107	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	58,9%	9,9%	31,2%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	70,9%	20,0%	9,1%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	64,1%	23,8%	12,1%	100,0%
<25.000 habitantes	75,9%	13,4%	10,7%	100,0%
Total	65,2%	16,7%	18,1%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	-2,3	-3,2	6,0	
50.000 - 100.000 habitantes	,9	,7	-1,8	
25.000 - 50.000 habitantes	-,4	3,6	-2,9	
<25.000 habitantes	2,6	-1,0	-2,2	

$\chi^2(6 \text{ gl}) = 46,262; P = 0,000$

Tabla 15*Otras personas implicadas en la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	138	22	42	202
50.000 - 100.000 habitantes	41	11	3	55
25.000 - 50.000 habitantes	154	51	18	223
<25.000 habitantes	93	13	6	112
Total	426	97	69	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	68,3%	10,9%	20,8%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	74,5%	20,0%	5,5%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	69,1%	22,9%	8,1%	100,0%
<25.000 habitantes	83,0%	11,6%	5,4%	100,0%
Total	72,0%	16,4%	11,7%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	-1,4	-2,6	5,0	
50.000 - 100.000 habitantes	,4	,8	-1,5	
25.000 - 50.000 habitantes	-1,2	3,3	-2,1	
<25.000 habitantes	2,9	-1,5	-2,3	

$\chi^2(6 \text{ gl}) = 36,589; P = 0,000$

Tabla 16*Existencia de testigos de la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	143	22	37	202
50.000 - 100.000 habitantes	41	11	3	55
25.000 - 50.000 habitantes	153	51	19	223
<25.000 habitantes	92	13	7	112
Total	429	97	66	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	70,8%	10,9%	18,3%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	74,5%	20,0%	5,5%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	68,6%	22,9%	8,5%	100,0%
<25.000 habitantes	82,1%	11,6%	6,3%	100,0%
Total	72,5%	16,4%	11,1%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	-,7	-2,6	4,0	
50.000 - 100.000 habitantes	,4	,8	-1,4	
25.000 - 50.000 habitantes	-1,6	3,3	-1,6	
<25.000 habitantes	2,5	-1,5	-1,8	

$\chi^2(6 \text{ gl}) = 28,162; P = 0,000$

Tabla 17*Intención de denunciar la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	119	20	63	202
50.000 - 100.000 habitantes	33	12	10	55
25.000 - 50.000 habitantes	152	50	21	223
<25.000 habitantes	82	14	16	112
Total	386	96	110	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	58,9%	9,9%	31,2%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	60,0%	21,8%	18,2%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	68,2%	22,4%	9,4%	100,0%
<25.000 habitantes	73,2%	12,5%	14,3%	100,0%
Total	65,2%	16,2%	18,6%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	-2,3	-3,0	5,7	
50.000 - 100.000 habitantes	-,9	1,2	-,1	
25.000 - 50.000 habitantes	1,2	3,2	-4,5	
<25.000 habitantes	2,0	-1,2	-1,3	

$\chi^2(6 \text{ gl}) = 43,612; P= 0,000$

Tabla 18*Evaluación del riesgo de sufrir otra agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	121	20	61	202
50.000 - 100.000 habitantes	33	12	10	55
25.000 - 50.000 habitantes	156	51	16	223
<25.000 habitantes	83	15	14	112
Total	393	98	101	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	59,9%	9,9%	30,2%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	60,0%	21,8%	18,2%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	70,0%	22,9%	7,2%	100,0%
<25.000 habitantes	74,1%	13,4%	12,5%	100,0%
Total	66,4%	16,6%	17,1%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	-2,4	-3,1	6,1	
50.000 - 100.000 habitantes	-1,1	1,1	,2	
25.000 - 50.000 habitantes	1,4	3,2	-5,0	
<25.000 habitantes	1,9	-1,0	-1,4	

$\chi^2(6 \text{ gl}) = 50,038; P= 0,000$

Tabla 19*Existencia de amenazas por parte del agresor*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	161	21	20	202
50.000 - 100.000 habitantes	41	11	3	55
25.000 - 50.000 habitantes	164	49	10	223
<25.000 habitantes	87	14	11	112
Total	453	95	44	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	79,7%	10,4%	9,9%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	74,5%	20,0%	5,5%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	73,5%	22,0%	4,5%	100,0%
<25.000 habitantes	77,7%	12,5%	9,8%	100,0%
Total	76,5%	16,0%	7,4%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	1,3	-2,7	1,6	
50.000 - 100.000 habitantes	-,4	,8	-,6	
25.000 - 50.000 habitantes	-1,3	3,1	-2,1	
<25.000 habitantes	,3	-1,1	1,1	

$\chi^2(6 \text{ gl}) = 16,301; P = 0,012$

Tabla 20*Datos personales del facultativo responsable de la asistencia médica*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	15	28	159	202
50.000 - 100.000 habitantes	0	12	43	55
25.000 - 50.000 habitantes	11	48	164	223
<25.000 habitantes	9	12	91	112
Total	35	100	457	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	7,4%	13,9%	78,7%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	,0%	21,8%	78,2%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	4,9%	21,5%	73,5%	100,0%
<25.000 habitantes	8,0%	10,7%	81,3%	100,0%
Total	5,9%	16,9%	77,2%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	1,1	-1,4	,6	
50.000 - 100.000 habitantes	-2,0	1,0	,2	
25.000 - 50.000 habitantes	-,8	2,3	-1,6	
<25.000 habitantes	1,1	-1,9	1,1	

$\chi^2(6 \text{ gl}) = 13,194; P = 0,040$

Tabla 21*Detonante de la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	109	23	70	202
50.000 - 100.000 habitantes	30	13	12	55
25.000 - 50.000 habitantes	136	52	35	223
<25.000 habitantes	71	14	27	112
Total	346	102	144	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	54,0%	11,4%	34,7%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	54,5%	23,6%	21,8%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	61,0%	23,3%	15,7%	100,0%
<25.000 habitantes	63,4%	12,5%	24,1%	100,0%
Total	58,4%	17,2%	24,3%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	-1,6	-2,7	4,2	
50.000 - 100.000 habitantes	-,6	1,3	-,5	
25.000 - 50.000 habitantes	1,0	3,0	-3,8	
<25.000 habitantes	1,2	-1,5	-,1	

$\chi^2(6 \text{ gl}) = 28,951; P = 0,000$

Tabla 22*Lugar en el que se produjo la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	99	22	81	202
50.000 - 100.000 habitantes	29	13	13	55
25.000 - 50.000 habitantes	113	55	55	223
<25.000 habitantes	68	13	31	112
Total	309	103	180	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	49,0%	10,9%	40,1%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	52,7%	23,6%	23,6%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	50,7%	24,7%	24,7%	100,0%
<25.000 habitantes	60,7%	11,6%	27,7%	100,0%
Total	52,2%	17,4%	30,4%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	-1,1	-3,0	3,7	
50.000 - 100.000 habitantes	,1	1,3	-1,1	
25.000 - 50.000 habitantes	-,6	3,6	-2,4	
<25.000 habitantes	2,0	-1,8	-,7	

$\chi^2(6 \text{ gl}) = 26,886; P = 0,000$

Tabla 23*Fecha en la que tuvo lugar la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	87	20	95	202
50.000 - 100.000 habitantes	28	14	13	55
25.000 - 50.000 habitantes	105	48	70	223
<25.000 habitantes	60	11	41	112
Total	280	93	219	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	43,1%	9,9%	47,0%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	50,9%	25,5%	23,6%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	47,1%	21,5%	31,4%	100,0%
<25.000 habitantes	53,6%	9,8%	36,6%	100,0%
Total	47,3%	15,7%	37,0%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	-1,5	-2,8	3,6	
50.000 - 100.000 habitantes	,6	2,1	-2,2	
25.000 - 50.000 habitantes	-,1	3,0	-2,2	
<25.000 habitantes	1,5	-1,9	-,1	

 $\chi^2(6 \text{ gl}) = 26,834; P = 0,000$ **Tabla 24***Hora a la que se produjo la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	121	21	60	202
50.000 - 100.000 habitantes	29	14	12	55
25.000 - 50.000 habitantes	118	49	56	223
<25.000 habitantes	70	11	31	112
Total	338	95	159	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	59,9%	10,4%	29,7%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	52,7%	25,5%	21,8%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	52,9%	22,0%	25,1%	100,0%
<25.000 habitantes	62,5%	9,8%	27,7%	100,0%
Total	57,1%	16,0%	26,9%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	1,0	-2,7	1,1	
50.000 - 100.000 habitantes	-,7	2,0	-,9	
25.000 - 50.000 habitantes	-1,6	3,1	-,7	
<25.000 habitantes	1,3	-2,0	,2	

 $\chi^2(6 \text{ gl}) = 17,766; P = 0,007$

Tabla 25*Mecanismo causal de las lesiones*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	70	24	108	202
50.000 - 100.000 habitantes	25	13	17	55
25.000 - 50.000 habitantes	89	48	86	223
<25.000 habitantes	49	15	48	112
Total	233	100	259	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	34,7%	11,9%	53,5%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	45,5%	23,6%	30,9%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	39,9%	21,5%	38,6%	100,0%
<25.000 habitantes	43,8%	13,4%	42,9%	100,0%
Total	39,4%	16,9%	43,8%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	-1,7	-2,3	3,4	
50.000 - 100.000 habitantes	1,0	1,4	-2,0	
25.000 - 50.000 habitantes	,2	2,3	-2,0	
<25.000 habitantes	1,1	-1,1	-,2	

$\chi^2(6 \text{ gl}) = 18,172; P = 0,006$

Tabla 26*Uso de objetos durante la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	148	25	29	202
50.000 - 100.000 habitantes	33	13	9	55
25.000 - 50.000 habitantes	149	54	20	223
<25.000 habitantes	82	17	13	112
Total	412	109	71	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	73,3%	12,4%	14,4%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	60,0%	23,6%	16,4%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	66,8%	24,2%	9,0%	100,0%
<25.000 habitantes	73,2%	15,2%	11,6%	100,0%
Total				
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	1,4	-2,7	1,3	
50.000 - 100.000 habitantes	-1,6	1,0	1,0	
25.000 - 50.000 habitantes	-1,1	2,8	-1,8	
<25.000 habitantes	,9	-1,0	-,1	

$\chi^2(6 \text{ gl}) = 14,636; P = 0,023$

Tabla 27
Testigos de la agresión

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	143	22	37	202
50.000 - 100.000 habitantes	41	11	3	55
25.000 - 50.000 habitantes	153	51	19	223
<25.000 habitantes	92	13	7	112
Total	429	97	66	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	70,8%	10,9%	18,3%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	74,5%	20,0%	5,5%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	68,6%	22,9%	8,5%	100,0%
<25.000 habitantes	82,1%	11,6%	6,3%	100,0%
Total	72,5%	16,4%	11,1%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	-,7	-2,6	4,0	
50.000 - 100.000 habitantes	,4	,8	-1,4	
25.000 - 50.000 habitantes	-1,6	3,3	-1,6	
<25.000 habitantes	2,5	-1,5	-1,8	

$\chi^2(6 \text{ gl}) = 28,162; P = 0,000$

Tabla 28
Personas implicadas en la agresión

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	138	22	42	202
50.000 - 100.000 habitantes	41	11	3	55
25.000 - 50.000 habitantes	154	51	18	223
<25.000 habitantes	93	13	6	112
Total	426	97	69	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	68,3%	10,9%	20,8%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	74,5%	20,0%	5,5%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	69,1%	22,9%	8,1%	100,0%
<25.000 habitantes	83,0%	11,6%	5,4%	100,0%
Total	72,0%	16,4%	11,7%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	-1,4	-2,6	5,0	
50.000 - 100.000 habitantes	,4	,8	-1,5	
25.000 - 50.000 habitantes	-1,2	3,3	-2,1	
<25.000 habitantes	2,9	-1,5	-2,3	

$\chi^2(6 \text{ gl}) = 36,589; P = 0,000$

Tabla 29*Estado emocional de la mujer asistida*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	69	19	114	202
50.000 - 100.000 habitantes	29	15	11	55
25.000 - 50.000 habitantes	79	46	98	223
<25.000 habitantes	49	11	52	112
Total	226	91	275	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	34,2%	9,4%	56,4%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	52,7%	27,3%	20,0%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	35,4%	20,6%	43,9%	100,0%
<25.000 habitantes	43,8%	9,8%	46,4%	100,0%
Total	38,2%	15,4%	46,5%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	-1,4	-2,9	3,5	
50.000 - 100.000 habitantes	2,3	2,6	-4,1	
25.000 - 50.000 habitantes	-1,1	2,8	-1,0	
<25.000 habitantes	1,3	-1,8	,0	

$\chi^2(6 \text{ gl}) = 34,175; P = 0,000$

Tabla 30*Tipo de lesiones evidenciadas*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	6	25	171	202
50.000 - 100.000 habitantes	0	17	38	55
25.000 - 50.000 habitantes	7	59	157	223
<25.000 habitantes	4	20	88	112
Total	17	121	454	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	3,0%	12,4%	84,7%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	0,0%	30,9%	69,1%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	3,1%	26,5%	70,4%	100,0%
<25.000 habitantes	3,6%	17,9%	78,6%	100,0%
Total	2,9%	20,4%	76,7%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	0,1	-3,5	3,3	
50.000 - 100.000 habitantes	-1,3	2,0	-1,4	
25.000 - 50.000 habitantes	0,3	2,8	-2,8	
<25.000 habitantes	0,5	-0,8	0,5	

$\chi^2(6 \text{ gl}) = 18,810; P = 0,004$

Tabla 31*Localización de las lesiones*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	7	30	165	202
50.000 - 100.000 habitantes	0	19	36	55
25.000 - 50.000 habitantes	7	68	148	223
<25.000 habitantes	3	20	89	112
Total	17	137	438	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	3,5%	14,9%	81,7%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	,0%	34,5%	65,5%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	3,1%	30,5%	66,4%	100,0%
<25.000 habitantes	2,7%	17,9%	79,5%	100,0%
Total	2,9%	23,1%	74,0%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	,6	-3,4	3,1	
50.000 - 100.000 habitantes	-1,3	2,1	-1,5	
25.000 - 50.000 habitantes	,3	3,3	-3,3	
<25.000 habitantes	-,1	-1,5	1,5	

$\chi^2(6 \text{ gl}) = 21,909; P = 0,001$

Tabla 32*Número de lesiones*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	10	25	167	202
50.000 - 100.000 habitantes	3	17	35	55
25.000 - 50.000 habitantes	12	57	154	223
<25.000 habitantes	4	18	90	112
Total	29	117	446	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	5,0%	12,4%	82,7%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	5,5%	30,9%	63,6%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	5,4%	25,6%	69,1%	100,0%
<25.000 habitantes	3,6%	16,1%	80,4%	100,0%
Total	4,9%	19,8%	75,3%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	,0	-3,2	3,0	
50.000 - 100.000 habitantes	,2	2,2	-2,1	
25.000 - 50.000 habitantes	,4	2,8	-2,8	
<25.000 habitantes	-,7	-1,1	1,4	

$\chi^2(6 \text{ gl}) = 18,128; P = 0,006$

Tabla 33*Juicio de compatibilidad*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	169	20	13	202
50.000 - 100.000 habitantes	40	11	4	55
25.000 - 50.000 habitantes	165	49	9	223
<25.000 habitantes	89	15	8	112
Total	463	95	34	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	83,7%	9,9%	6,4%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	72,7%	20,0%	7,3%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	74,0%	22,0%	4,0%	100,0%
<25.000 habitantes	79,5%	13,4%	7,1%	100,0%
Total	78,2%	16,0%	5,7%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	2,3	-2,9	,5	
50.000 - 100.000 habitantes	-1,0	,8	,5	
25.000 - 50.000 habitantes	-1,9	3,1	-1,4	
<25.000 habitantes	,4	-,8	,7	

$\chi^2(6 \text{ gl}) = 14,078; P = 0,029$

Tabla 34*Exploraciones complementarias realizadas*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	129	13	60	202
50.000 - 100.000 habitantes	35	13	7	55
25.000 - 50.000 habitantes	149	31	43	223
<25.000 habitantes	87	8	17	112
Total	400	65	127	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	63,9%	6,4%	29,7%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	63,6%	23,6%	12,7%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	66,8%	13,9%	19,3%	100,0%
<25.000 habitantes	77,7%	7,1%	15,2%	100,0%
Total	67,6%	11,0%	21,5%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	-1,4	-2,5	3,5	
50.000 - 100.000 habitantes	-,7	3,2	-1,7	
25.000 - 50.000 habitantes	-,3	1,8	-1,0	
<25.000 habitantes	2,5	-1,4	-1,8	

$\chi^2(6 \text{ gl}) = 28,214; P = 0,000$

Tabla 35*Diagnóstico emitido*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	19	21	162	202
50.000 - 100.000 habitantes	1	17	37	55
25.000 - 50.000 habitantes	9	54	160	223
<25.000 habitantes	5	17	90	112
Total	34	109	449	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	9,4%	10,4%	80,2%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	1,8%	30,9%	67,3%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	4,0%	24,2%	71,7%	100,0%
<25.000 habitantes	4,5%	15,2%	80,4%	100,0%
Total	5,7%	18,4%	75,8%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	2,8	-3,6	1,8	
50.000 - 100.000 habitantes	-1,3	2,5	-1,6	
25.000 - 50.000 habitantes	-1,4	2,8	-1,8	
<25.000 habitantes	-,6	-1,0	1,2	

$\chi^2(6 \text{ gl}) = 25,906; P = 0,000$

Tabla 36*Medidas terapéuticas necesarias para la recuperación de la mujer*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	78	14	110	202
50.000 - 100.000 habitantes	29	12	14	55
25.000 - 50.000 habitantes	106	43	74	223
<25.000 habitantes	60	12	40	112
Total	273	81	238	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	38,6%	6,9%	54,5%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	52,7%	21,8%	25,5%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	47,5%	19,3%	33,2%	100,0%
<25.000 habitantes	53,6%	10,7%	35,7%	100,0%
Total	46,1%	13,7%	40,2%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	-2,6	-3,4	5,1	
50.000 - 100.000 habitantes	1,0	1,8	-2,3	
25.000 - 50.000 habitantes	,5	3,1	-2,7	
<25.000 habitantes	1,8	-1,0	-1,1	

$\chi^2(6 \text{ gl}) = 36,133; P = 0,000$

Tabla 37*Pronóstico de las lesiones*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
>100.000 habitantes	140	5	57	202
50.000 - 100.000 habitantes	23	1	31	55
25.000 - 50.000 habitantes	123	19	81	223
<25.000 habitantes	52	3	57	112
Total	338	28	226	592
<i>% dentro de Tipo de Municipio</i>				
>100.000 habitantes	69,3%	2,5%	28,2%	100,0%
50.000 - 100.000 habitantes	41,8%	1,8%	56,4%	100,0%
25.000 - 50.000 habitantes	55,2%	8,5%	36,3%	100,0%
<25.000 habitantes	46,4%	2,7%	50,9%	100,0%
Total	57,1%	4,7%	38,2%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
>100.000 habitantes	4,3	-1,9	-3,6	
50.000 - 100.000 habitantes	-2,4	-1,1	2,9	
25.000 - 50.000 habitantes	-,7	3,4	-,7	
<25.000 habitantes	-2,5	-1,1	3,1	

 $\chi^2(6 \text{ gl}) = 35,788; P = 0,000$

Tabla 38*Asistencias realizadas por municipio de la Región de Murcia*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Abanilla	3	,5	,5	,5
Abarán	5	,8	,8	1,3
Águilas	18	2,9	2,9	4,2
Albudeite	1	,2	,2	4,4
Alcantarilla	31	5,0	5,0	9,4
Alguazas	2	,3	,3	9,7
Alhama de Murcia	6	1,0	1,0	10,7
Archena	12	1,9	1,9	12,7
Beniel	6	1,0	1,0	13,6
Bullas	3	,5	,5	14,1
Calasparra	6	1,0	1,0	15,1
Caravaca de la Cruz	3	,5	,5	15,6
Cartagena	47	7,6	7,6	23,2
Cehegín	8	1,3	1,3	24,5
Ceutí	1	,2	,2	24,7
Cieza	21	3,4	3,4	28,1
Fortuna	5	,8	,8	28,9
Fuente Álamo	7	1,1	1,1	30,0
Jumilla	31	5,0	5,0	35,1
Las Torres de Cotillas	9	1,5	1,5	36,5
La Unión	2	,3	,3	36,9
Librilla	1	,2	,2	37,0
Lorca	31	5,0	5,0	42,0
Lorquí	4	,6	,6	42,7
Los Alcázares	12	1,9	1,9	44,6
Mazarrón	8	1,3	1,3	45,9
Molina de Segura	28	4,5	4,5	50,5
Moratalla	1	,2	,2	50,6
Mula	7	1,1	1,1	51,8
Murcia	188	30,5	30,5	82,3
Pliego	2	,3	,3	82,6
Puerto Lumbreras	7	1,1	1,1	83,8
San Javier	23	3,7	3,7	87,5
San Pedro del Pinatar	3	,5	,5	88,0
Santomera	8	1,3	1,3	89,3
Torre Pacheco	26	4,2	4,2	93,5
Totana	16	2,6	2,6	96,1
Yecla	16	2,6	2,6	98,7
No reside en la Región de Murcia	8	1,3	1,3	100,0
Total	616	100,0	100,0	

Anexo XII. Diferencias en función del sexo del facultativo

Tabla 1

Posibilidad de identificar al facultativo responsable

	Imposible	Posible	Total
<i>Recuento</i>			
Facultativo mujer	7	312	319
Facultativo varón	15	226	241
Total	22	538	560
<i>% dentro de Sexo del facultativo</i>			
Facultativo mujer	2,2%	97,8%	100,0%
Facultativo varón	6,2%	93,8%	100,0%
Total	3,9%	96,1%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>			
Facultativo mujer	-2,4	2,4	
Facultativo varón	2,4	-2,4	

$\chi^2(1 \text{ gl}) = 5,907; P = 0,015$

Tabla 2

Edad o fecha de nacimiento de la mujer

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Facultativo mujer	5	5	309	319
Facultativo varón	6	13	222	241
Total	11	18	531	560
<i>% dentro de Sexo del facultativo</i>				
Facultativo mujer	1,6%	1,6%	96,9%	100,0%
Facultativo varón	2,5%	5,4%	92,1%	100,0%
Total	2,0%	3,2%	94,8%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Facultativo mujer	-,8	-2,5	2,5	
Facultativo varón	,8	2,5	-2,5	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 7,176; P = 0,028$

Tabla 3

Estado emocional de la mujer asistida

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Facultativo mujer	109	46	164	319
Facultativo varón	109	32	100	241
Total	218	78	264	560
<i>% dentro de Sexo del facultativo</i>				
Facultativo mujer	34,2%	14,4%	51,4%	100,0%
Facultativo varón	45,2%	13,3%	41,5%	100,0%
Total	38,9%	13,9%	47,1%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Facultativo mujer	-2,7	,4	2,3	
Facultativo varón	2,7	-,4	-2,3	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 7,305; P = 0,026$

Tabla 4*Exploraciones complementarias realizadas durante la asistencia*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Facultativo mujer	198	38	83	319
Facultativo varón	178	20	43	241
Total	376	58	126	560
<i>% dentro de Sexo del facultativo</i>				
Facultativo mujer	62,1%	11,9%	26,0%	100,0%
Facultativo varón	73,9%	8,3%	17,8%	100,0%
Total	67,1%	10,4%	22,5%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Facultativo mujer	-2,9	1,4	2,3	
Facultativo varón	2,9	-1,4	-2,3	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 8,652; P = 0,013$

Anexo XIII. Diferencias en función del antecedente de violencia

de género

Tabla 1

Detonante de la agresión

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Sin antecedentes	26	17	17	60
Con antecedentes	86	6	100	192
Total	112	23	117	252
<i>% dentro de Antecedentes</i>				
Sin antecedentes	43,3%	28,3%	28,3%	100,0%
Con antecedentes	44,8%	3,1%	52,1%	100,0%
Total	44,4%	9,1%	46,4%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Sin antecedentes	-,2	5,9	-3,2	
Con antecedentes	,2	-5,9	3,2	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 37,404; P = 0,000$

Tabla 2

Lugar en el que se produce la agresión

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Sin antecedentes	19	16	25	60
Con antecedentes	57	10	125	192
Total	76	26	150	252
<i>% dentro de Antecedentes</i>				
Sin antecedentes	31,7%	26,7%	41,7%	100,0%
Con antecedentes	29,7%	5,2%	65,1%	100,0%
Total	30,2%	10,3%	59,5%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Sin antecedentes	,3	4,8	-3,2	
Con antecedentes	-,3	-4,8	3,2	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 24,680; P = 0,000$

Tabla 3*Fecha en la que se produce la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Sin antecedentes	11	14	35	60
Con antecedentes	48	7	137	192
Total	59	21	172	252
<i>% dentro de Antecedentes</i>				
Sin antecedentes	18,3%	23,3%	58,3%	100,0%
Con antecedentes	25,0%	3,6%	71,4%	100,0%
Total	23,4%	8,3%	68,3%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Sin antecedentes	-1,1	4,8	-1,9	
Con antecedentes	1,1	-4,8	1,9	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 23,266; P= 0,000$

Tabla 4*Hora a la que se produce la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Sin antecedentes	17	15	28	60
Con antecedentes	90	6	96	192
Total	107	21	124	252
<i>% dentro de Antecedentes</i>				
Sin antecedentes	28,3%	25,0%	46,7%	100,0%
Con antecedentes	46,9%	3,1%	50,0%	100,0%
Total	42,5%	8,3%	49,2%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Sin antecedentes	-2,5	5,4	-,5	
Con antecedentes	2,5	-5,4	,5	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 30,055; P= 0,000$

Tabla 5*Mecanismo causal de las lesiones*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Sin antecedentes	10	16	34	60
Con antecedentes	28	6	158	192
Total	38	22	192	252
<i>% dentro de Antecedentes</i>				
Sin antecedentes	16,7%	26,7%	56,7%	100,0%
Con antecedentes	14,6%	3,1%	82,3%	100,0%
Total	15,1%	8,7%	76,2%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Sin antecedentes	,4	5,6	-4,1	
Con antecedentes	-,4	-5,6	4,1	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 30,092; P= 0,000$

Tabla 6*Uso de objetos durante la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Sin antecedentes	34	18	8	60
Con antecedentes	134	7	51	192
Total	168	25	59	252
<i>% dentro de Antecedentes</i>				
Sin antecedentes	56,7%	30,0%	13,3%	100,0%
Con antecedentes	69,8%	3,6%	26,6%	100,0%
Total	66,7%	9,9%	23,4%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Sin antecedentes	-1,9	6,0	-2,1	
Con antecedentes	1,9	-6,0	2,1	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 36,603; P= 0,000$

Tabla 7*Estado emocional*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Sin antecedentes	4	16	40	60
Con antecedentes	22	8	162	192
Total	26	24	202	252
<i>% dentro de Antecedentes</i>				
Sin antecedentes	6,7%	26,7%	66,7%	100,0%
Con antecedentes	11,5%	4,2%	84,4%	100,0%
Total	10,3%	9,5%	80,2%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Sin antecedentes	-1,1	5,2	-3,0	
Con antecedentes	1,1	-5,2	3,0	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 27,106; P= 0,000$

Tabla 8*Dimensión de las lesiones*

	No consta	Ilegible	No se evidencian lesiones	Incluye dimensión lesiones	Total
<i>Recuento</i>					
Sin antecedentes	28	18	5	9	60
Con antecedentes	129	13	24	26	192
Total	157	31	29	35	252
<i>% dentro de Antecedentes</i>					
Sin antecedentes	46,7%	30,0%	8,3%	15,0%	100,0%
Con antecedentes	67,2%	6,8%	12,5%	13,5%	100,0%
Total	62,3%	12,3%	11,5%	13,9%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>					
Sin antecedentes	-2,9	4,8	-,9	,3	
Con antecedentes	2,9	-4,8	,9	-,3	

$\chi^2(3 \text{ gl}) = 23,902; P= 0,000$

Tabla 9*Número de lesiones evidenciadas*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Sin antecedentes	2	19	39	60
Con antecedentes	9	10	173	192
Total	11	29	212	252
<i>% dentro de Antecedentes</i>				
Sin antecedentes	3,3%	31,7%	65,0%	100,0%
Con antecedentes	4,7%	5,2%	90,1%	100,0%
Total	4,4%	11,5%	84,1%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Sin antecedentes	-,4	5,6	-4,6	
Con antecedentes	,4	-5,6	4,6	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 31,425; P = 0,000$

Tabla 10*Morfología de las lesiones*

	No consta	Ilegible	No se evidencian lesiones	Incluye morfología de lesiones	Total
<i>Recuento</i>					
Sin antecedentes	31	18	5	6	60
Con antecedentes	137	13	24	18	192
Total	168	31	29	24	252
<i>% dentro de Antecedentes</i>					
Sin antecedentes	51,7%	30,0%	8,3%	10,0%	100,0%
Con antecedentes	71,4%	6,8%	12,5%	9,4%	100,0%
Total	66,7%	12,3%	11,5%	9,5%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>					
Sin antecedentes	-2,8	4,8	-,9	,1	
Con antecedentes	2,8	-4,8	,9	-,1	

$\chi^2(3 \text{ gl}) = 23,418; P = 0,000$

Tabla 11*Coloración de las lesiones*

	No consta	Ilegible	No se evidencian lesiones	Incluye coloración de lesiones	Total
<i>Recuento</i>					
Sin antecedentes	32	17	5	6	60
Con antecedentes	142	13	24	13	192
Total	174	30	29	19	252
<i>% dentro de Antecedentes</i>					
Sin antecedentes	53,3%	28,3%	8,3%	10,0%	100,0%
Con antecedentes	74,0%	6,8%	12,5%	6,8%	100,0%
Total	69,0%	11,9%	11,5%	7,5%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>					
Sin antecedentes	-3,0	4,5	-,9	,8	
Con antecedentes	3,0	-4,5	,9	-,8	

$\chi^2(3 \text{ gl}) = 21,992; P = 0,000$

Tabla 12*Localización de las lesiones*

	No consta	Ilegible	Incluye Localización lesiones	Total
<i>Recuento</i>				
Sin antecedentes	2	18	40	60
Con antecedentes	4	13	175	192
Total	6	31	215	252
<i>% dentro de Antecedentes</i>				
Sin antecedentes	3,3%	30,0%	66,7%	100,0%
Con antecedentes	2,1%	6,8%	91,1%	100,0%
Total	2,4%	12,3%	85,3%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Sin antecedentes	,6	4,8	-4,7	
Con antecedentes	-,6	-4,8	4,7	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 27,106; P = 0,000$

Tabla 13*Descendencia de la mujer*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Sin antecedentes	37	15	8	60
Con antecedentes	123	8	61	192
Total	160	23	69	252
<i>% dentro de Antecedentes</i>				
Sin antecedentes	61,7%	25,0%	13,3%	100,0%
Con antecedentes	64,1%	4,2%	31,8%	100,0%
Total	63,5%	9,1%	27,4%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Sin antecedentes	-,3	4,9	-2,8	
Con antecedentes	,3	-4,9	2,8	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 27,456; P = 0,000$

Tabla 14*Denuncias previas al agresor por parte de la mujer*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Sin antecedentes	5	9	46	60
Con antecedentes	110	4	78	192
Total	115	13	124	252
<i>% dentro de Antecedentes</i>				
Sin antecedentes	8,3%	15,0%	76,7%	100,0%
Con antecedentes	57,3%	2,1%	40,6%	100,0%
Total	45,6%	5,2%	49,2%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Sin antecedentes	-6,6	3,9	4,9	
Con antecedentes	6,6	-3,9	-4,9	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 50,864; P = 0,000$

Tabla 15*Implicación de otras personas en la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Sin antecedentes	37	12	11	60
Con antecedentes	128	6	58	192
Total	165	18	69	252
<i>% dentro de Antecedentes</i>				
Sin antecedentes	61,7%	20,0%	18,3%	100,0%
Con antecedentes	66,7%	3,1%	30,2%	100,0%
Total	65,5%	7,1%	27,4%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Sin antecedentes	-,7	4,4	-1,8	
Con antecedentes	,7	-4,4	1,8	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 20,754; P= 0,000$

Tabla 16*Existencia de testigos de la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Sin antecedentes	37	12	11	60
Con antecedentes	135	6	51	192
Total	172	18	62	252
<i>% dentro de Antecedentes</i>				
Sin antecedentes	61,7%	20,0%	18,3%	100,0%
Con antecedentes	70,3%	3,1%	26,6%	100,0%
Total	68,3%	7,1%	24,6%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Sin antecedentes	-1,3	4,4	-1,3	
Con antecedentes	1,3	-4,4	1,3	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 19,984; P= 0,000$

Tabla 17*Intención de la mujer de denunciar la agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Sin antecedentes	32	16	12	60
Con antecedentes	82	5	105	192
Total	114	21	117	252
<i>% dentro de Antecedentes</i>				
Sin antecedentes	53,3%	26,7%	20,0%	100,0%
Con antecedentes	42,7%	2,6%	54,7%	100,0%
Total	45,2%	8,3%	46,4%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Sin antecedentes	1,4	5,9	-4,7	
Con antecedentes	-1,4	-5,9	4,7	

$\chi^2(2 \text{ gl}) = 44,750; P= 0,000$

Tabla 18*Evaluación del riesgo a volver a sufrir otra agresión*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Sin antecedentes	34	15	11	60
Con antecedentes	96	6	90	192
Total	130	21	101	252
<i>% dentro de Antecedentes</i>				
Sin antecedentes	56,7%	25,0%	18,3%	100,0%
Con antecedentes	50,0%	3,1%	46,9%	100,0%
Total	51,6%	8,3%	40,1%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Sin antecedentes	,9	5,4	-3,9	
Con antecedentes	-9	-5,4	3,9	

 $\chi^2(2 \text{ gl}) = 35,935; P = 0,000$ **Tabla 19***Amenazas por parte del presunto agresor*

	No consta	Ilegible	Legible	Total
<i>Recuento</i>				
Sin antecedentes	40	15	5	60
Con antecedentes	152	7	33	192
Total	192	22	38	252
<i>% dentro de Antecedentes</i>				
Sin antecedentes	66,7%	25,0%	8,3%	100,0%
Con antecedentes	79,2%	3,6%	17,2%	100,0%
Total	76,2%	8,7%	15,1%	100,0%
<i>Residuos corregidos</i>				
Sin antecedentes	-2,0	5,1	-1,7	
Con antecedentes	2,0	-5,1	1,7	

 $\chi^2(2 \text{ gl}) = 27,192; P = 0,000$

Anexo XIV. Frecuencias de inclusión en el informe clínico de alta

Tabla 1

Características generales del informe clínico de alta

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Formato de redacción</i>				
Manuscrito	38	19,2	19,2	19,2
Informatizado	160	80,8	80,8	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Presencia de tachaduras</i>				
Sin tachaduras	187	94,4	94,4	94,4
Con tachaduras	11	5,6	5,6	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Gado de legibilidad del documento</i>				
Totalmente ilegible	2	1,0	1,0	1,0
Parcialmente legible	36	18,2	18,2	19,2
Totalmente legible	160	80,8	80,8	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Tabla 2

Datos relacionados con la filiación de la mujer asistida

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Datos personales de la mujer</i>				
No consta	1	,5	,5	,5
Ilegible	4	2,0	2,0	2,5
Legible	193	97,5	97,5	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>DNI o número de pasaporte de la mujer</i>				
No consta	28	14,1	14,1	14,1
Ilegible	7	3,5	3,5	17,7
Legible	163	82,3	82,3	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Posibilidad de identificar a la mujer</i>				
No es posible identificar a la mujer	4	2,0	2,0	2,0
Sí es posible identificar a la mujer	194	98,0	98,0	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Tabla 3*Datos relacionados con la filiación de la mujer (II)*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Edad o fecha de nacimiento de la mujer</i>				
No consta	5	2,5	2,5	2,5
Ilegible	4	2,0	2,0	4,5
Legible	189	95,5	95,5	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Dirección de la mujer</i>				
No consta	4	2,0	2,0	2,0
Ilegible	7	3,5	3,5	5,6
Legible	187	94,4	94,4	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Municipio de residencia</i>				
No consta	11	5,6	5,6	5,6
Ilegible	6	3,0	3,0	8,6
Legible	181	91,4	91,4	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Número de teléfono</i>				
No consta	60	30,3	30,3	30,3
Ilegible	6	3,0	3,0	33,3
Legible	132	66,7	66,7	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Tabla 4*Datos relacionados con el equipo asistencial*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Equipo asistencial responsable de la asistencia médica</i>				
No consta	2	1,0	1,0	1,0
Ilegible	7	3,5	3,5	4,5
Legible	189	95,5	95,5	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Descripción equipo asistencial responsable</i>				
Emitido desde atención primaria	3	1,6	1,6	1,6
Emitido desde urgencias hospitalarias	88	46,6	46,6	48,1
Emitido desde servicios de emergencias	98	51,9	51,9	100,0
Total	189	100,0	100,0	

Tabla 5*Datos relacionados con el facultativo responsable de la asistencia*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Datos personales del facultativo responsable</i>				
No consta	32	16,2	16,2	16,2
Ilegible	15	7,6	7,6	23,7
Legible	151	76,3	76,3	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Número de colegiado del facultativo responsable</i>				
No consta	28	14,1	14,1	14,1
Ilegible	12	6,1	6,1	20,2
Legible	158	79,8	79,8	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Posibilidad de identificar al facultativo responsable</i>				
No es posible identificar al facultativo	32	16,2	16,2	16,2
Sí es posible identificar al facultativo	166	83,8	83,8	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Sexo del facultativo responsable</i>				
No consta el nombre del facultativo	37	18,7	18,7	18,7
El nombre del facultativo es ilegible	19	9,6	9,6	28,3
El facultativo es una mujer	69	34,8	34,8	63,1
El facultativo es un varón	73	36,9	36,9	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Tabla 6*Datos relacionados con la asistencia médica realizada*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Acompañante</i>				
No consta	151	76,3	76,3	76,3
Ilegible	15	7,6	7,6	83,8
Legible	32	16,2	16,2	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Fecha en la que se realiza la asistencia médica</i>				
No consta	4	2,0	2,0	2,0
Ilegible	4	2,0	2,0	4,0
Legible	190	96,0	96,0	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Hora a la que se realiza la asistencia médica</i>				
No consta	9	4,5	4,5	4,5
Ilegible	3	1,5	1,5	6,1
Legible	186	93,9	93,9	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Tabla 7*Datos relacionados con el presunto agresor*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Grado de parentesco</i>				
No consta	44	22,2	22,2	22,2
Ilegible	9	4,5	4,5	26,8
Legible	145	73,2	73,2	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Datos personales del presunto agresor</i>				
No consta	184	92,9	92,9	92,9
Ilegible	14	7,1	7,1	100,0
Legible	0	,0	,0	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Tabla 8*Datos relacionados con la mujer (I)*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Estado civil de la mujer</i>				
No consta	146	73,7	73,7	73,7
Ilegible	15	7,6	7,6	81,3
Legible	37	18,7	18,7	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Situación laboral de la mujer</i>				
No consta	177	89,4	89,4	89,4
Ilegible	15	7,6	7,6	97,0
Legible	6	3,0	3,0	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Tabla 9*Datos relacionados con la vulnerabilidad de la mujer*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Discapacidad</i>				
No consta	180	90,9	90,9	90,9
Ilegible	17	8,6	8,6	99,5
Legible	1	,5	,5	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Descendientes</i>				
No consta	158	79,8	79,8	79,8
Ilegible	17	8,6	8,6	88,4
Legible	23	11,6	11,6	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Tabla 10*Datos relacionados con la situación de violencia sufrida*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Antecedentes de Violencia de Género</i>				
No consta	162	81,8	81,8	81,8
Ilegible	15	7,6	7,6	89,4
Legible	21	10,6	10,6	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Duración en años de la historia de maltrato</i>				
No consta	177	89,4	89,4	89,4
Ilegible	15	7,6	7,6	97,0
Legible	6	3,0	3,0	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Tabla 11*Datos relacionados con el riesgo*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Evaluación del Riesgo</i>				
No consta	179	90,4	90,4	90,4
Ilegible	16	8,1	8,1	98,5
Legible	3	1,5	1,5	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Amenazas</i>				
No consta	172	86,9	86,9	86,9
Ilegible	16	8,1	8,1	94,9
Legible	10	5,1	5,1	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Denuncias previas</i>				
No consta	181	91,4	91,4	91,4
Ilegible	15	7,6	7,6	99,0
Legible	2	1,0	1,0	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Intención de denunciar la agresión</i>				
No consta	178	89,9	89,9	89,9
Ilegible	14	7,1	7,1	97,0
Legible	6	3,0	3,0	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Tabla 12*Datos relacionados con las circunstancias en las que se produce la agresión*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Relato de la mujer</i>				
No consta	5	2,5	2,5	2,5
Ilegible	11	5,6	5,6	8,1
Legible	182	91,9	91,9	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Detonante de la agresión</i>				
No consta	136	68,7	68,7	68,7
Ilegible	17	8,6	8,6	77,3
Legible	45	22,7	22,7	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Fecha de la agresión</i>				
No consta	122	61,6	61,6	61,6
Ilegible	16	8,1	8,1	69,7
Legible	60	30,3	30,3	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Hora de la agresión</i>				
No consta	140	70,7	70,7	70,7
Ilegible	16	8,1	8,1	78,8
Legible	42	21,2	21,2	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Lugar en el que se produce la agresión</i>				
No consta	149	75,3	75,3	75,3
Ilegible	17	8,6	8,6	83,8
Legible	32	16,2	16,2	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Tabla 13*Datos relacionados con la agresión (II). Testigos y otros implicados*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Testigos de la agresión</i>				
No consta	175	88,4	88,4	88,4
Ilegible	15	7,6	7,6	96,0
Legible	8	4,0	4,0	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Personas implicadas en la agresión</i>				
No consta	177	89,4	89,4	89,4
Ilegible	15	7,6	7,6	97,0
Legible	6	3,0	3,0	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Tabla 14*Mecanismo causal y uso de objetos*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Mecanismo causal</i>				
No consta	61	30,8	30,8	30,8
Ilegible	16	8,1	8,1	38,9
Legible	121	61,1	61,1	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Uso de objetos durante la agresión</i>				
No consta	142	71,7	71,7	71,7
Ilegible	16	8,1	8,1	79,8
Legible	40	20,2	20,2	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Tabla 15*Tipo de violencia sufrida y lesiones producidas*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Tipo de violencia ejercida contra la mujer</i>				
No consta	8	4,0	4,0	4,0
Ilegible	16	8,1	8,1	12,1
Legible	174	87,9	87,9	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Estado psicológico predominante en la mujer</i>				
No consta	140	70,7	70,7	70,7
Ilegible	13	6,6	6,6	77,3
Legible	45	22,7	22,7	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Lesiones físicas</i>				
No consta	15	7,6	7,6	7,6
Ilegible	16	8,1	8,1	15,7
Sin lesiones físicas visibles	16	8,1	8,1	23,7
Con lesiones físicas visibles	151	76,3	76,3	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Tabla 16
Descripción de las lesiones físicas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Localización de las lesiones</i>				
No consta	14	7,1	7,1	7,1
Ilegible	18	9,1	9,1	16,2
Legible	166	83,8	83,8	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Número de lesiones</i>				
No consta	18	9,1	9,1	9,1
Ilegible	15	7,6	7,6	16,7
Legible	165	83,3	83,3	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Coloración de las lesiones</i>				
No consta	144	95,4	95,4	95,4
Ilegible	1	,7	,7	96,0
Legible	6	4,0	4,0	100,0
Total	151	100,0	100,0	
<i>Morfología de las lesiones</i>				
No consta	131	86,8	86,8	86,8
Ilegible	1	,7	,7	87,4
Legible	19	12,6	12,6	100,0
Total	151	100,0	100,0	
<i>Dimensión de las lesiones</i>				
No consta	126	83,4	83,4	83,4
Ilegible	0	,0	83,4	83,4
Legible	25	16,6	16,6	100,0
Total	151	100,0	100,0	

Tabla 17
Juicio de compatibilidad entre las lesiones y el mecanismo causal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No consta	179	90,4	90,4	90,4
Ilegible	15	7,6	7,6	98,0
Legible	4	2,0	2,0	100,0
Total	198	100,0	100,0	

Tabla 18*Datos clínicos de interés*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Exploraciones complementarias</i>				
No consta	109	55,1	55,1	55,1
Ilegible	16	8,1	8,1	63,1
Legible	73	36,9	36,9	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Diagnostico</i>				
No consta	6	3,0	3,0	3,0
Ilegible	13	6,6	6,6	9,6
Legible	179	90,4	90,4	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Validez del Diagnóstico</i>				
Diagnóstico inválido	35	19,6	19,6	19,6
Diagnóstico válido	144	80,4	80,4	100,0
Total	179	100,0	100,0	
<i>Tratamiento</i>				
No consta	33	16,7	16,7	16,7
Ilegible	17	8,6	8,6	25,3
Legible	148	74,7	74,7	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Pronóstico</i>				
No consta	183	92,4	92,4	92,4
Ilegible	14	7,1	7,1	99,5
Legible	1	,5	,5	100,0
Total	198	100,0	100,0	
<i>Plan de Actuación</i>				
No consta	18	9,1	9,1	9,1
Ilegible	11	5,6	5,6	14,6
Legible	169	85,4	85,4	100,0
Total	198	100,0	100,0	

