



**UNIVERSIDAD DE MURCIA**  
**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS**  
**SOCIOSANITARIAS**

Impacto Médico-Legal de las Asistencias  
por Violencia Doméstica en un Servicio  
de Urgencias Hospitalario

**D. José Manuel Alarte Garví**

2015





**IMPACTO MÉDICO-LEGAL DE LAS ASISTENCIAS POR  
VIOLENCIA DOMÉSTICA EN UN SERVICIO DE  
URGENCIAS HOSPITALARIO**

Tesis para optar al grado de Doctor

Presentada por:

**José Manuel Alarte GarvÍ**

Dirigida por:

Prof. Dr. D. Aurelio Luna Maldonado  
Prof. Dra. Dña. María Dolores Pérez Cárceles

**UNIVERSIDAD DE MURCIA**

Departamento de Ciencias Sociosanitarias

Murcia 2015



*Comienza haciendo lo que es necesario,  
después lo que es posible  
y de repente estarás haciendo lo imposible.*

**San Francisco de Asís**



## AGRADECIMIENTOS

Después de tantos años intentando "terminar la Tesis" (y de otros tantos intentando empezarla), parece increíble que al final haya podido ser la misma una realidad y que llegue la hora de escribir los agradecimientos. Pero ha llegado el momento y es mucho lo que tengo que agradecer a mucha gente que me ha ayudado a hacerla posible.

En primer lugar quiero agradecer profundamente el apoyo, el ánimo y el empuje recibido por mis directores de Tesis, los Profs. D. Aurelio Luna y Dña. María Dolores Pérez Cárceles.

La Prof. Pérez Cárceles ha hecho posible que esta tesis vea la luz, al ser capaz de ayudarme, con sus certeras indicaciones, a ordenar la tormenta permanente de ideas que tenía en la cabeza en las distintas fases de elaboración del trabajo, a la vez que en el estudio estadístico y en la supervisión general de la misma. Gracias Mariló por tu paciencia, por tu profesionalidad y por toda tu ayuda.

El Prof. Aurelio Luna ha sido fundamental para conseguir realizar este trabajo y su paciencia conmigo, durante tantos años, es imposible de entender racionalmente. Desde que tuve la fortuna de conocerlo, en el sexto curso de la Licenciatura de Medicina, en el que fui alumno interno de Medicina Legal, me cautivó su personalidad, honradez e inteligencia, su permanente disponibilidad conmigo y el ánimo continuo para no abandonar, a pesar de los muchos proyectos no acabados. Gracias a él pude conocer al Dr. Alfonso Pacheco Ibáñez, ilustre ginecólogo y médico militar, ya fallecido, que tanto marcó mi vida al orientarme hacia la sanidad militar para el ejercicio profesional de la medicina, en la que ejercí durante catorce años y de la que guardo momentos inigualables. A él también quiero agradecer todo lo que me animó a confiar en Aurelio para que dirigiera mi tesis. Ciertamente, no estaba equivocado. Gracias, Alfonso, y muchas gracias, Aurelio, por tu apoyo y por tu amistad.

Quiero agradecer el apoyo recibido en todo momento por el Prof. D. José Luis Vázquez Rojas, su ánimo para conseguir la culminación de este trabajo además de sus acertados comentarios en la revisión de diversos aspectos metodológicos y de redacción del mismo, así como también el apoyo recibido por todos los compañeros del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del HGSU Santa Lucía de Cartagena. Dedicar tiempo a la investigación implica no siempre poder atender otras facetas profesionales, por lo que es muy difícil de realizar sin la colaboración y ayuda,

en muchos momentos, de tus compañeros de trabajo. Gracias a ellos, también, esta Tesis ha podido ver la luz.

Quiero agradecer al Dr. José Francisco Sedes, Dtor. Gerente del Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena, el haber facilitado la realización de esta Tesis, así como al Dr. Angel Luis García González, Jefe del Servicio de Admisión por el aporte de datos de asistencias urgentes, a D. Francisco José Alcántara Zapata, Jefe del Servicio de Informática, por facilitarme las tablas brutas de formularios de partes de lesiones y la ayuda en el manejo de las mismas, al Dr. Luciano Consuegra por sus importantes recomendaciones estadísticas, al Letrado D. Diego Garcerán García, Asesor Jurídico del hospital, por su ayuda en la actualización legislativa relacionada con la violencia doméstica y al Dr. Andrés Conesa, Jefe del Servicio de Urgencias, por su trabajo de tantos años en el seguimiento de la violencia doméstica en nuestro centro, por su ayuda en la obtención de datos para este trabajo.

Quiero agradecer a mi familia todo lo que ha hecho para que esta Tesis pudiera ser una realidad. A mis padres, José María y Manuela, que siempre me han animado a ser mejor y no abandonar nunca. A mis hermanas, Elisa, Eva y Amparo, que siempre han mantenido la inquietud por la ciencia y me han animado en cada proyecto.

Y especialmente quiero darle las gracias a Ascensión, la mujer de mi vida, mi esposa, compañera, amiga y la madre de mis hijos, por todo lo que me ha apoyado para conseguir realizar esta Tesis. Gracias por ser como eres, por siempre estar ahí, por apoyarme en todo momento y suplir con tu amor todas mis carencias. Gracias por tu paciencia y por quererme como soy, por tu alegría y por tu entrega sin límites. Y también a mis hijos José Manuel, Pablo y Enrique, por la paciencia que han tenido conmigo durante tantos meses de trabajo en los que he renunciado a su compañía para estar delante del ordenador trabajando en la elaboración de esta Tesis. Gracias por aguantar mi mal humor, gracias por vuestras sonrisas y por vuestro cariño, porque sois lo más hermoso que me ha pasado en la vida y la fuerza que me empuja a intentar ser cada día mejor. ¡Gracias, chicos!

Gracias a todos mis amigos, que han aguantado tantos abandonos temporales y rollos sobre la Tesis y con los que sé que siempre puedo contar.

Por último, quisiera dedicar esta Tesis a todas las víctimas de violencia doméstica y de todo tipo de violencia, con el deseo de que no dejen de luchar para defender su derecho a vivir sin violencia y para que nunca abandonen la esperanza de ser felices. A todas ellas va dedicado este trabajo.

*La voz del mar y las estrellas que hablan tanto de ti,  
la voz que grita en el silencio que me quieres aquí... cerca de tí.*

*El beso tuyo en cada gota que me moja al andar,  
la luz que fluye en el sonido de un pequeño al llorar.*

*Me haces vivir, me haces reír... y respirar.*

**Marcela Gándara**



## RESUMEN

### Introducción

La violencia de género (VG) y la violencia doméstica no de género (VD) son un grave problema de salud pública contra el que el sistema sanitario debe jugar un papel fundamental en la detección precoz, la asistencia a las víctimas y la colaboración con la gestión eficaz del conflicto y la salida de la violencia, donde la actuación médico-legal mediante la elaboración de los partes de lesiones (PL) cobra gran importancia.

### Objetivos

#### *Objetivo principal*

Determinar las características de los casos de violencia doméstica atendidos en un servicio de urgencias hospitalario, la respuesta sanitaria ante aquellos en la atención a la salud de las víctimas y la posible facilitación de su salida de la violencia mediante la correcta elaboración de los partes de lesiones.

#### *Objetivos específicos*

Estudiar los casos atendidos en un servicio de urgencias por VG, VD y otros tipos de violencia en domicilio (OVD), determinando las características sociodemográficas y clínicas de las víctimas, los perfiles lesionales y la gravedad de las agresiones y las asistencias prestadas, la frecuentación urgente, la existencia de factores de riesgo de VG y la calidad de los PL elaborados.

### Material y Método

Estudio transversal, observacional, retrospectivo y descriptivo, de pacientes atendidos por violencia en el ámbito doméstico, de noviembre 2011 a mayo 2015, en un servicio de urgencias hospitalario de área de 270.000 habitantes, en los que se había realizado PL. Se definieron variables acordes con los objetivos pretendidos, que se analizaron estadísticamente mediante tablas de contingencia y pruebas de chi-cuadrado de Pearson y Anova para contraste de proporciones y medias, así como regresiones logísticas univariantes y multivariantes para determinar factores de riesgo de VG. Se estudió la cumplimentación de los PL y se aplicó un baremo para medir su calidad.

## Resultados

Se detectaron 525 asistencias por violencia en el ámbito doméstico (465 pacientes), El 68% de la violencia familiar fue VG, 48 casos por cada 100.000 asistencias. La víctima de VG fue de 35 años, española (10,2% magrebíe, 9,3% sudamericana), con nivel socioeconómico medio (32% bajo y 70% no trabaja), que suele referir VG previa y más del 60% presenta asistencias previas sospechosas de VG no declarada. Las víctimas de VD fueron mayoritariamente hombres, menores de edad, españoles (6,2% sudamericanos, 2,7% magrebíes), de clase media, descendientes de sus agresores (hijos agredidos por sus padres y en proporción 5 veces mayor por padrastros) y madres menores de 60 años agredidas por sus hijos. Las agresiones por VG fueron físicas y psicológicas, de severidad moderada y lesiones menos graves de múltiples localizaciones. Las de VD fueron más severas y graves, localizadas en EESS, precisando 7 veces más ingresos. Ambos grupos hiperfrecuentaron a Urgencias. En VG son factores de riesgo de reincidencia, violencia severa y lesiones graves tener entre 30 y 39 años, un nivel socioeconómico bajo, antecedentes personales de alcoholismo y/o consumo de drogas y no haber tenido previamente alguna solicitud de asistencia en Urgencias sospechosa de VG. Los PL fueron de alta calidad cuando se utilizó el formulario específico de VG (72% en casos de VG), siendo de baja calidad el 90% de los PL genéricos.

## Conclusiones

Es posible y necesario conocer la dimensión particular en cada medio del problema de la violencia doméstica para poder plantear eficazmente nuestra actuación contra ella.

Existen muchas oportunidades en un servicio de urgencias hospitalario de intervenir en la detección, asistencia y ayuda a la víctima en la posible salida de la violencia.

Cumplimentar correctamente los PL de VG y utilizarlos en VD, podría mejorar su calidad y la atención a las víctimas. El trabajo conjunto de responsables y profesionales debe ir encaminado hacia ello.

## **SUMMARY**

### **Introduction**

Intimate partner violence (IPV) and domestic violence (DV) are a serious public health problem where the health system must play a key role in the early detection, victim assistance and collaboration with the effective conflict management and the way out of violence, and where medicolegal action by developing Injury Reports (IR) may be essential.

### **Objetives**

#### *Main objective*

Determine the characteristics of domestic violence cases treated at a hospital emergency department (ED), the health response to those in the health care of victims and facilitating their possible output of violence by correctly reporting the IR.

#### *Specific objectives*

Study IPV, DV and other violence in the home cases assisted in an ED and determining the sociodemographic and clinical characteristics of the victims, the injury patterns and severity of aggression and injuries, the attendance in emergency department, the risk factors of IPV and the quality of the IR.

### **Methods**

It was designed a transversal, observational, retrospective and descriptive studio, of patients treated for domestic violence, when an IR form was filled in, from November 2011 to May 2015, in a hospital ED from area of 270,000 inhabitants. Variables were defined according to the objectives, which were statistically analyzed using contingency tables and chi-square test and ANOVA to contrast proportions and means and binary logistic regression univariate and multivariate analysis to determine IPV risk factors. IR cumplimentation was studied and a scale was applied to measure quality.

## Results

525 assists were detected by violence in the home (465 patients), 68% of family violence was IPV, 48 assists per 100,000. The IPV victim was 35 years old, Spanish (10.2% North African, 9.3% South American), with middle socioeconomic status (32% low, 70% does not work), often referred prior IPV and over 60% have suspected previous unreported IPV assists. DV victims were mostly men, minors, Spanish (6.2% South America, 2.7% North Africans), middle class, descendants of their aggressors (children abused by their parents and in proportion 5 times greater for stepfathers) and mothers under 60's assaulted by their children. Violence in IPV were physical and psychological, of moderate severity and less serious injuries from multiple locations. The DV aggressions were more severe and serious, located at upper extremities, and 7 times more hospital admissions. Both groups had increased attendance to the ED. To be between 30 and 39 years old, low socioeconomic status, personal history of alcohol and/or drugs of abuse consumption and not having suspected previous unreported IPV assists, were risk factors in IPV for recurrence, severe violence and serious injuries. The IR were of high quality when the specific form of IPV IR was used (72% of IPV cases), but were of low quality in the 90% of generic IR form used.

## Conclusions

It is possible and important to know the particular dimension of the problem of domestic violence in each environment in order to combat it effectively.

There are many opportunities in a hospital ED to intervene in the detection, assistance and support to the victim on the way out of violence.

Correctly fill IPV IR form and use them in DV cases, could improve its quality and attention to victims. The joint work of health managers and practitioners should be directed towards it.

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>1.1 LA VIOLENCIA</b> .....	3
<b>1.2. VIOLENCIA Y AGRESIVIDAD</b> .....	6
<b>1.3. CLASES DE VIOLENCIA</b> .....	7
1.3.1. La violencia autoinfligida .....	8
1.3.2. La violencia interpersonal .....	8
1.3.3. La violencia colectiva .....	9
1.4.1. El nivel individual.....	10
1.4.2. El nivel de las relaciones.....	11
1.4.3. El nivel de la comunidad.....	12
1.4.4. El nivel social .....	12
1.4.5. Factores de riesgo .....	13
<b>1.5. LA VIOLENCIA EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO</b> .....	14
<b>1.6. LA VIOLENCIA FAMILIAR COMO PROBLEMA DE SALUD</b> .....	22
1.6.3. Actuación del personal sanitario .....	29
1.6.4. Actuación en los Servicios de Urgencias.....	32
1.6.5. Actuación de las Unidades de Valoración Forense Integral .....	33
<b>1.7. DIMENSIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA VIOLENCIA EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO DESDE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO</b> .....	35
1.7.1. Aspectos legales de la actuación médica en casos de violencia en el ámbito doméstico.....	36
1.7.3. Criterios de Calidad de los Partes de Lesiones .....	44
1.7.4. Historia Clínica Electrónica y Partes de Lesiones.....	45
<b>2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS</b> .....	47
<b>2.1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO</b> .....	49
<b>2.2. OBJETIVOS</b> .....	51
<b>3. MATERIAL Y MÉTODO</b> .....	53

<b>3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO</b> .....	55
<b>3.2 DISEÑO DEL ESTUDIO</b> .....	56
3.2.1. Tipo de diseño .....	56
3.2.2. Período de estudio .....	56
<b>3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO</b> .....	56
3.3.1. Población diana y de estudio.....	56
3.3.1.1. Criterios de inclusión .....	57
3.3.1.2. Criterios de exclusión.....	57
3.3.2. Configuración de la muestra .....	57
<b>3.4. VARIABLES DEL ESTUDIO</b> .....	60
3.4.1. Variables de resultado o dependientes.....	61
3.4.1.1. Variables relacionadas con la agresión .....	61
3.4.1.1.1. Variables relativas a la clase y el tipo de violencia sufrida .....	61
3.4.1.1.2. Variables relativas al momento y lugar de la agresión.....	65
3.4.1.1.3. Variables relativas al perfil lesional.....	66
3.4.1.1.4. Variables relativas a la localización de las lesiones en la víctima.....	66
3.4.1.1.5. Variables relativas a la existencia de otros agredidos.....	67
3.4.1.1.6. Variables relativas al grado de severidad de la violencia sufrida .....	67
3.4.1.2. Variables relacionadas con la asistencia prestada.....	69
3.4.1.2.1. Variables relativas al momento de la asistencia .....	69
3.4.1.2.2. Variables relativas al estado emocional de la víctima.....	70
3.4.1.2.3. Variables relativas a la atención médica realizada.....	70
3.4.1.2.4. Variables relacionadas con los partes de lesiones .....	71
3.4.1.3. Variable relacionada con la posible tipificación legal de la violencia sufrida .....	72
3.4.2. Variables independientes.....	73
3.4.2.1. Variables sociodemográficas y clínicas del paciente .....	73
3.4.2.2. Variables relacionadas con el agresor .....	77
3.4.2.3. Variables relacionadas con violencia previa y voluntad de salir de la violencia. ....	77
3.4.2.4. Variables administrativas y de gestión .....	77
<b>3.5. RECOGIDA DE DATOS</b> .....	78
3.5.1. Tipos de datos .....	78
3.5.2. Fuentes de datos .....	79
3.5.3. Instrumento para la recogida de datos .....	80
<b>3.6. CONTROLES DE CALIDAD DE LOS DATOS RECOGIDOS</b> .....	80
<b>3.7. VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS PARTES DE LESIONES</b> .....	81
<b>3.8. ANÁLISIS DE DATOS</b> .....	85
3.8.1. Análisis estadístico de las características de la muestra en cada clase de violencia definida. ....	86
3.8.2. Análisis estadístico del grado de cumplimentación de los PL y su Calidad .....	87

<b>3.9. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES</b> .....	87
3.9.1. Confidencialidad de los datos del paciente .....	88
3.9.2. Aprobación del protocolo de estudio .....	88
3.9.3. Publicación y difusión de los resultados .....	89
<b>4. RESULTADOS</b> .....	91
<b>4.1. Asistencias por violencia doméstica en el Servicio de Urgencias del HGUSL de Cartagena desde     Noviembre 2011 a Mayo 2015</b> .....	93
<b>4.2. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes víctimas de violencia doméstica     atendidos en Urgencias del HGUSL en el periodo de estudio</b> .....	97
4.2.1. Características sociodemográficas en cada clase de violencia: .....	97
4.2.2. Características clínicas y antecedentes de violencia previa en cada clase de violencia.....	103
<b>4.3. Características de los perfiles lesionales y la gravedad de las agresiones sufridas por los pacientes     víctimas de violencia doméstica que solicitan asistencia en el Servicio de Urgencias del HGUSL en el     periodo de estudio.</b> .....	109
4.3.1. Momento y lugar de la agresión: .....	109
4.3.2. Tipo de violencia, perfil lesional y localización de las lesiones.....	111
4.3.3. Otros agredidos, severidad de la violencia y gravedad de las lesiones .....	116
<b>4.4. Características de las asistencias prestadas en el Servicio de Urgencias del HGUSL a pacientes     víctimas de violencia doméstica en el periodo de estudio.</b> .....	120
4.4.1. Momento de la asistencia e intervalo desde la agresión .....	120
4.4.2. Estado emocional, actuación sanitaria y gravedad legal de la agresión .....	126
<b>4.5. Análisis de la frecuentación a servicios de urgencias hospitalarios de los pacientes víctimas de     violencia doméstica atendidos en el Servicio de Urgencias del HGUSL en el periodo de estudio.</b> .	133
<b>4.6. Análisis de los factores asociados con la reincidencia, la severidad de la violencia y la gravedad de     las lesiones en víctimas de VG de la muestra</b> .....	141
<b>4.7. Análisis de la Complimentación y Calidad de los Partes de Lesiones de pacientes víctimas de     violencia doméstica atendidos en el Servicio de Urgencias del HGUSL en el periodo de estudio.</b> ..	151
<b>5. DISCUSIÓN</b> .....	161
5.1 Asistencias por violencia doméstica detectadas. ....	163
5.2 Características sociodemográficas y clínicas de la muestra .....	167
5.3 Características de las agresiones sufridas .....	172
5.4 Características de las asistencias prestadas en Urgencias .....	178

5.5. Frecuentación a Urgencias en la muestra .....	180
5.6. Factores asociados con la reincidencia, la severidad de la violencia y la gravedad de las lesiones en los casos de violencia de género.....	183
5.7. Cumplimentación y calidad de los Partes de Lesiones .....	188
5.8. Posibles limitaciones del estudio .....	192
<b>6. CONCLUSIONES.....</b>	<b>193</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>197</b>
<b>8. ANEXOS .....</b>	<b>211</b>
<b>ANEXO I</b> Las últimas reforma penales en violencia de género y doméstica .....	<b>213</b>
<b>ANEXO II</b> Extracto del Código Penal en relación con la violencia de género y doméstica .....	<b>231</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. DATOS DE ASISTENCIAS EN URGENCIAS HOSPITALARIAS.....	55
TABLA 2. ESCALA DE BAREMACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS PARTES DE LESIONES.....	84
TABLA 3. NÚMERO DE ASISTENCIAS Y PACIENTES INCLUIDOS EN LA MUESTRA.....	93
TABLA 4. ASISTENCIAS EN URGENCIAS INCLUIDAS EN LA MUESTRA SEGÚN CLASE DE VIOLENCIA Y AÑO.....	94
TABLA 5. ASISTENCIAS EN URGENCIAS POR VIOLENCIA INCLUIDAS EN LA MUESTRA E INCIDENCIA EN EL NÚMERO DE ASISTENCIAS TOTALES ANUALES SEGÚN CLASE DE VIOLENCIA .....	95
TABLA 5.1 AGRESORES EN CASOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA NO DE GÉNERO .....	98
TABLA 6. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA .....	98
TABLA 7. NACIONALIDADES DE ORIGEN DE LOS PACIENTES DE LA MUESTRA .....	100
TABLA 8. VIOLENCIA DOMÉSTICA NO DE GÉNERO. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA .....	101
TABLA 9. OTRO TIPO DE VIOLENCIA EN DOMICILIO. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA. ....	102
TABLA 10. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES DE LA MUESTRA Y ANTECEDENTES DE VIOLENCIA PREVIA.....	105
TABLA 11. NÚMERO DE ASISTENCIAS DE UN MISMO PACIENTE EN LA MUESTRA.....	106
TABLA 12. VIOLENCIA DOMÉSTICA NO DE GÉNERO. VARIABLES RELACIONADAS CON LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS .....	106
TABLA 13. OTRO TIPO DE VIOLENCIA EN DOMICILIO. VARIABLES RELACIONADAS CON LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS .....	107
TABLA 14. ASISTENCIAS EN URGENCIAS SOSPECHOSAS DE VIOLENCIA PREVIA NO DECLARADA POR LA VÍCTIMA .....	108
TABLA 15. VARIABLES RELACIONADAS CON LA AGRESIÓN (I): MOMENTO Y LUGAR DE LA AGRESIÓN .....	109
TABLA 16. VIOLENCIA DOMÉSTICA NO DE GÉNERO. VARIABLES RELACIONADAS CON LA AGRESIÓN (I) .....	110
TABLA 17. OTRO TIPO DE VIOLENCIA EN DOMICILIO. VARIABLES RELACIONADAS CON LA AGRESIÓN (I) .....	111
TABLA 18. LOCALIDADES DONDE SE PRODUCEN LAS AGRESIONES DE LOS PACIENTES QUE CONSTITUYEN LA MUESTRA. ....	111
TABLA 19. VARIABLES RELACIONADAS CON LA AGRESIÓN (II): TIPO DE VIOLENCIA, PERFIL LESIONAL Y LOCALIZACIÓN DE LAS LESIONES.....	114
TABLA 20. VIOLENCIA DOMÉSTICA NO DE GÉNERO. VARIABLES RELACIONADAS CON LA AGRESIÓN (II) .....	115
TABLA 21. OTRO TIPO DE VIOLENCIA EN DOMICILIO. VARIABLES RELACIONADAS CON LA AGRESIÓN (II) .....	116
TABLA 22. VARIABLES RELACIONADAS CON LA AGRESIÓN (III): OTROS AGREDIDOS, SEVERIDAD DE LA VIOLENCIA Y GRAVEDAD DE LAS LESIONES .....	118
TABLA 23. VIOLENCIA DOMÉSTICA NO DE GÉNERO. VARIABLES RELACIONADAS CON LA AGRESIÓN (III) .....	119
TABLA 24. OTRO TIPO DE VIOLENCIA EN DOMICILIO. VARIABLES RELACIONADAS CON LA AGRESIÓN (III) .....	120
TABLA 25. VARIABLES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA PRESTADA (I) .....	122
TABLA 26. VIOLENCIA DOMÉSTICA NO DE GÉNERO. VARIABLES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA PRESTADA (I).....	124
TABLA 27. OTRO TIPO DE VIOLENCIA EN DOMICILIO. VARIABLES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA PRESTADA (I).....	125
TABLA 28. VARIABLES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA PRESTADA (II) .....	129
TABLA 29. VIOLENCIA DOMÉSTICA NO DE GÉNERO. VARIABLES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA PRESTADA (II).....	131
TABLA 30. OTRO TIPO DE VIOLENCIA EN DOMICILIO. VARIABLES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA PRESTADA (II).....	132
TABLA 31. FRECUENTACIÓN A URGENCIAS DE LOS PACIENTES EN EL PERIODO DE ESTUDIO.....	133

TABLA 32. FRECUENTACIÓN A URGENCIAS DE LOS PACIENTES DE LA MUESTRA. TABLA DE FRECUENCIAS .....	134
TABLA 33. FRECUENTACIÓN A URGENCIAS DE LOS PACIENTES, SEGÚN LA CLASE DE VIOLENCIA .....	136
TABLA 34. FRECUENTACIÓN A URGENCIAS DE LOS PACIENTES SEGÚN ANTECEDENTES PERSONALES PSIQUIÁTRICOS Y DE CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS EN VÍCTIMA Y AGRESOR .....	137
TABLA 35. FRECUENTACIÓN A URGENCIAS DE LOS PACIENTES DE LA MUESTRA SEGÚN LA EXISTENCIA DE ANTECEDENTES PERSONALES Y LA CLASE DE VIOLENCIA DE QUE SE TRATE .....	139
TABLA 36. FRECUENTACIÓN A URGENCIAS SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LOS PACIENTES DE LA MUESTRA Y CONTRASTE DE MEDIAS .....	140
TABLA 37. ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA UNIVARIANTE Y MULTIVARIANTE DE FACTORES ASOCIADOS A LA REINCIDENCIA EN VÍCTIMAS DE VG DE LA MUESTRA. ....	144
TABLA 38. ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA UNIVARIANTE Y MULTIVARIANTE DE FACTORES ASOCIADOS A LA SEVERIDAD DE LA VIOLENCIA EN VÍCTIMAS DE VG DE LA MUESTRA. ....	147
TABLA 39. ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA UNIVARIANTE Y MULTIVARIANTE DE FACTORES ASOCIADOS A LA GRAVEDAD DE LAS LESIONES EN VÍCTIMAS DE VG DE LA MUESTRA.....	150
TABLA 40. ASISTENCIAS POR VIOLENCIA EN LAS QUE SE REALIZA PARTE DE LESIONES Y TIPO DE ESTE .....	151
TABLA 41. PARTES DE LESIONES REALIZADOS POR AÑO DURANTE EL PERIODO DE ESTUDIO .....	152
TABLA 42. VARIABLES RELACIONADAS CON LA CUMPLIMENTACIÓN DE LOS PL SEGÚN CLASE DE VIOLENCIA.....	155
TABLA 43. DIFERENCIAS DE CUMPLIMENTACIÓN Y CALIDAD: PL ESPECÍFICO DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y PL GENÉRICO .....	157
TABLA 44. EVOLUCIÓN ANUAL DEL GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN Y LA CALIDAD DE LOS PARTES DE LESIONES, DURANTE EL PERIODO DE ESTUDIO.....	158
TABLA 45. PUNTUACIÓN DE LOS PL SEGÚN LA CUMPLIMENTACIÓN DE LOS DIFERENTES CRITERIOS DEL BAREMO UTILIZADO, EN FUNCIÓN DE LA CLASE DE VIOLENCIA Y TIPO DE PL ELABORADO. ....	160

---

**LISTADO DE FIGURAS**

FIGURA 1. CLASES Y NATURALEZA DE LA VIOLENCIA .....	8
FIGURA 2. MODELO ECOLÓGICO PARA COMPRENDER EL ORIGEN DE LA VIOLENCIA .....	11
FIGURA 3. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA EN LA SALUD FÍSICA.....	25
FIGURA 4. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA EN LA SALUD PSÍQUICA .....	26
FIGURA 5. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA EN LA SALUD SEXUAL.....	26
FIGURA 6. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA EN LA SALUD SOCIAL .....	26
FIGURA 7. CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA DE LOS DESCENDIENTES.....	28
FIGURA 8. CONSECUENCIAS EN LA SALUD PSICOSOCIAL DE LOS DESCENDIENTES.....	28
FIGURA 9. CONSECUENCIAS COBRE LOS HIJOS A LARGO PLAZO. VIOLENCIA TRANSGENERACIONAL .....	28
FIGURA 10. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA EN LOS DESCENDIENTES, SEGÚN SU EDAD .....	29
FIGURA 11. INDICADORES DE SOSPECHA EN LOS ANTECEDENTES Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUJER .....	31
FIGURA 12. DOCUMENTOS MÉDICO-LEGALES.....	40
FIGURA 13 DENUNCIAS POR VG EN EL PARTIDO JUDICIAL DE CARTAGENA 2011-2014, ORIGEN DE LAS MISMAS Y ÓRDENES DE PROTECCIÓN CONCEDIDAS.....	44
FIGURA 14. COMPONENTES DEL PARTE DE LESIONES GENÉRICO.....	58
FIGURA 15 COMPONENTES DEL PARTE DE LESIONES ESPECÍFICO PARA VIOLENCIA DE GÉNERO .....	59
FIGURA 16. SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	60
FIGURA 17. RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIO-ECONÓMICO Y EL CÓDIGO TSI .....	75
FIGURA 18. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA FRECUENTACIÓN A URGENCIAS .....	134
FIGURA 19. CRITERIOS DE CALIDAD DE LOS PL Y VALOR EN PUNTOS ASIGNADO A CADA UNO DE ELLOS .....	153



## **1. INTRODUCCIÓN**



## 1.1 LA VIOLENCIA

La palabra *violencia* proviene del vocablo latino *violentia*, que a su vez deriva de *vis*, que significa *fuerza, poder, potencia*.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia<sup>1</sup> como "*el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones*".

La definición usada por la OMS vincula la intención con la comisión del acto mismo, independientemente de las consecuencias que se producen. Se excluyen de la definición los incidentes no intencionales, como son la mayor parte de los accidentes de tráfico o de otro tipo.

La inclusión de la palabra "poder", además de la frase "uso intencional de la fuerza física", amplía la naturaleza de un acto de violencia así como la comprensión convencional de la violencia para dar cabida a los actos que son el resultado de una relación de poder, incluidas las amenazas y la intimidación.

Decir "uso del poder" también sirve para incluir el descuido o los actos por omisión, además de los actos de violencia por acción, más evidentes. Por lo tanto, debe entenderse que "el uso intencional de la fuerza o el poder físico" incluye el descuido y todos los tipos de maltrato físico, sexual y psíquico, así como el suicidio y otros actos de autoagresión.

Esta definición cubre una gama amplia de consecuencias, entre ellas los daños psíquicos, las privaciones y las deficiencias del desarrollo. Esto refleja el reconocimiento cada vez mayor, por parte de los investigadores y los profesionales, de la necesidad de incluir los actos de violencia que no causan por fuerza lesiones o la muerte, pero que a pesar de todo imponen una carga sustancial a los individuos, las familias, las comunidades y los sistemas de asistencia sanitaria en todo el mundo.

Numerosas formas de violencia contra las mujeres, los niños y los ancianos, por ejemplo, pueden dar lugar a problemas físicos, psíquicos y sociales que no necesariamente desembocan en lesión, invalidez o muerte. Estas consecuencias pueden ser inmediatas, o bien latentes, y durar muchos años después del maltrato

inicial. Por lo tanto, definir los resultados atendiendo en forma exclusiva a la lesión o la muerte limita la comprensión del efecto global de la violencia en las personas, las comunidades y la sociedad en general.

Siguiendo a E. Krugh *et al.* en su *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*<sup>2,3</sup>, podría afirmarse que la violencia siempre ha formado parte de la experiencia humana. Sus efectos se pueden ver, bajo diversas formas, en todas partes del mundo. Cada año, más de 1,6 millones de personas pierden la vida y muchas más sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia autoinfligida, interpersonal o colectiva. En conjunto, la violencia es una de las principales causas de muerte en todo el mundo para la población de 15 a 44 años de edad. Aunque es difícil obtener cálculos precisos, los costos de la violencia se expresan en los miles de millones de dólares que cada año se gastan en asistencia sanitaria en todo el mundo, además de los miles de millones que los días laborables perdidos, las medidas para hacer cumplir las leyes y las inversiones malogradas por esta causa restan a la economía de cada país, aunque es imposible calcular el costo humano en aflicción y dolor.

En realidad, ambos son casi invisibles en gran parte. Aunque la tecnología actual permite en hoy en día que ciertos tipos de violencia -terrorismo, guerras, motines y disturbios callejeros- aparezcan, vía satélite, a los ojos del público televidente continuamente, es mucha más la violencia que ocurre fuera de la vista en los hogares, los lugares de trabajo e incluso en las instituciones médicas y sociales encargadas de atender a las personas. Muchas de las víctimas son demasiado jóvenes, o están muy débiles o enfermas para protegerse. Algunas se ven obligadas, por las convenciones o las presiones sociales, a guardar silencio sobre las experiencias vividas.

Al igual que los efectos, algunas causas de la violencia se pueden ver con facilidad. Otras se arraigan profundamente en el entramado social, cultural y económico de la vida humana. Investigaciones recientes indican que aunque determinados factores biológicos y otros elementos individuales explican parte de la predisposición a la agresión, más a menudo interactúan con factores familiares, comunitarios, culturales y otros agentes externos para crear una situación que favorece el surgimiento de la violencia<sup>4-7</sup>.

A pesar de que la violencia siempre ha estado presente, no deberíamos aceptarla como una parte inevitable de la condición humana. Siempre ha habido violencia, pero también siempre han surgido sistemas —religiosos, filosóficos, jurídicos

y comunitarios— para prevenirla o limitar su aparición. Ninguno ha sido completamente exitoso, pero todos han efectuado un aporte a la disminución de este rasgo distintivo de la civilización. Desde principios de los años ochenta, el campo de la salud pública ha pasado a ser un recurso valioso en la respuesta a la violencia. Una amplia gama de profesionales, investigadores y sistemas de salud pública han procurado comprender las raíces de la violencia y evitar que surja<sup>8</sup>.

Es posible prevenir la violencia y disminuir sus efectos, de la misma manera en que las medidas de salud pública han logrado prevenir y disminuir las complicaciones relacionadas con el embarazo, las lesiones en el lugar de trabajo, las enfermedades infecciosas y las afecciones resultantes del consumo de alimentos y agua contaminados en muchas partes del mundo.

Es posible cambiar los factores que contribuyen a producir respuestas violentas, ya sea los dependientes de la actitud y el comportamiento o los relacionados con situaciones sociales, económicas, políticas y culturales más amplias. La violencia se puede prevenir. Este no es un artículo de fe, sino una afirmación fundamentada en datos fidedignos. Los ejemplos de resultados exitosos en este sentido pueden encontrarse en todo el mundo, desde las acciones individuales y comunitarias en pequeña escala hasta las iniciativas nacionales de política y legislativas<sup>3</sup>.

La violencia está determinada por la cultura<sup>9,16</sup>. Algunas personas tienen la intención de dañar a otros pero, por sus antecedentes culturales y sus creencias, no consideran que sus actos sean violentos. No obstante, la OMS define la violencia teniendo en cuenta su relación con la salud o el bienestar de las personas. Ciertos comportamientos —como golpear al cónyuge— pueden ser considerados por algunas personas como prácticas culturales admisibles, pero se consideran actos de violencia con efectos importantes para la salud de la persona. La definición lleva implícitos otros aspectos de la violencia que no se enuncian en forma explícita. Por ejemplo, la definición incluye implícitamente todos los actos de violencia, sean públicos o privados, sean reactivos (en respuesta a acontecimientos anteriores, por ejemplo, una provocación) o activos (que son decisivos para lograr resultados más favorables para el agresor o para anticiparse a ellos) y tanto si tienen carácter delictivo como si no lo tienen<sup>10</sup>.

## 1.2. VIOLENCIA Y AGRESIVIDAD

A la hora de esclarecer el significado de la palabra *violencia* es importante separarla del término *agresividad* con el que a veces se la confunde. La *agresividad* es una tendencia *natural* (el ser humano y el animal son agresivos por naturaleza) y sirve a la supervivencia, a la autodefensa. La *violencia*, en cambio, es una conducta aprendida, un indeseable "patrimonio de la humanidad".

J. Corsi<sup>13</sup> afirma que la *agresividad* es la capacidad humana para oponer resistencia a las influencias del medio y tiene vertientes fisiológicas, conductuales y vivenciales, por lo que constituye una estructura psicológica compleja, mientras que la *agresión* sería la conducta mediante la cual la potencialidad agresiva se pone en acto.

Lolas (citado por Corsi<sup>14</sup>) caracteriza a las conductas agresivas por poseer tres elementos indispensables: la *transitividad*: siempre se dirige de un agresor hacia un agredido; la *direccionalidad*: hacia dónde o hacia quién se dirige el acto; y *goal directedness*: la intención de dañar del agresor y la de evitar ser dañado del agredido.

Si bien en la *violencia* también se halla presente una intencionalidad, ésta será diferente. La motivación siempre tendrá que ver con el poder, con la imposición de un sujeto sobre otro, finalmente con una imposición de significados. La *violencia* es una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza (ya sea física, psicológica, económica, política...) e implica la existencia de un arriba y un abajo, reales o simbólicos, que adoptan habitualmente la forma de roles complementarios: padre-hijo, hombre-mujer, maestro-alumno<sup>13</sup>.

La *violencia* siempre es utilizada para dominar a otro. Se reconoce en la base de todo acto violento la presencia de la discriminación y es en la búsqueda de eliminar esas diferencias, por no poder soportarlas, que se acude a la *violencia* como solución. Si bien con los actos violentos se puede causar daño, entendiendo por daño cualquier tipo y grado de menoscabo a la integridad del otro, éste es solo un medio para conseguir determinado fin, no es tomado como un fin en sí mismo, como sí lo es en los comportamientos agresivos<sup>15</sup>.

De esta manera, definimos la *agresión* desde lo psicológico individual, a partir de una intencionalidad de daño hacia el otro; mientras que la *violencia* se define desde lo cultural, a partir de un desequilibrio de poder y mediatizada por lo psicológico<sup>14</sup>.

Efectivamente, según Sanmartín (2000)<sup>16</sup> la violencia es un resultado de la evolución de la cultura, no pudiendo existir sin ésta. Por este motivo, debe interpretarse a la violencia dentro del marco social, aprendida en ese ámbito, y no buscar determinantes en la composición biológica y/o hereditaria de cada sujeto.

Esta definición abre el paso a una variante positiva de la agresividad, en el sentido de conductas con una carga adaptativa o de supervivencia. En esta misma línea, este autor considera que el aceptar que la agresividad es innata en el ser humano, no conlleva reconocer que, para el ser humano, sea inevitable comportarse agresivamente. Es decir, el ser humano es agresivo por naturaleza, pero pacífico o violento según la cultura en la que se desarrolle.

La agresividad sería una actitud, instintiva en gran medida, inevitable, biológica, con un sentido adaptativo, un impulso para la supervivencia que la cultura podría inhibir, mientras que la violencia sería una conducta humana, aprendida, evitable, resultado de la evolución cultural, de manera que sería la cultura la que convertiría la agresividad en violencia, pues hasta los instintos pueden ser modelados por la cultura<sup>16</sup>.

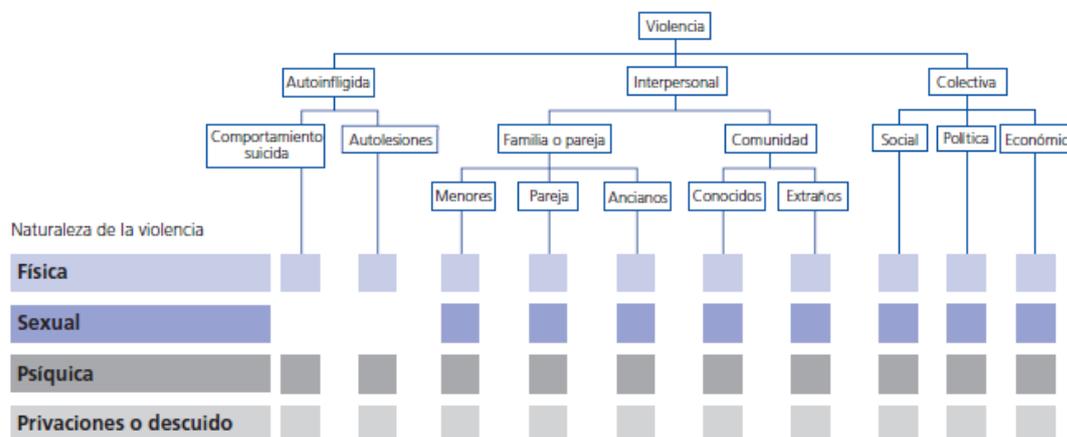
### **1.3. CLASES DE VIOLENCIA**

En 1996, la Asamblea Mundial de la Salud<sup>1</sup>, declaró que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo y pidió a la Organización Mundial de la Salud que elaborara una tipología de la violencia para caracterizar los diferentes tipos de violencia y los vínculos entre ellos. Hay pocas clasificaciones taxonómicas y ninguna es completa<sup>11</sup>.

La clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud (2002)<sup>2</sup> divide la violencia en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia: la violencia autoinfligida, la violencia interpersonal y la violencia colectiva.

Esta categorización inicial distingue entre la violencia que una persona se inflige a sí misma, la violencia impuesta por otro individuo o un número pequeño de individuos y la violencia infligida por grupos más grandes, como el Estado,

contingentes políticos organizados, tropas irregulares y organizaciones terroristas. (Figura 1).



**Figura 1. Clases y naturaleza de la violencia**  
 (Reproducido de Krug EG, et al. World Report on violence and health<sup>2</sup>)

Estas tres categorías generales se subdividen a su vez para reflejar tipos de violencia más específicos.

### 1.3.1. LA VIOLENCIA AUTOINFLIGIDA

La violencia autoinfligida comprende el **comportamiento suicida** y las **autolesiones**. El primero incluye pensamientos suicidas, intentos de suicidio, también llamados “parasuicidio” o “intento deliberado de acabar con la propia vida” en algunos países y suicidio consumado. Por contraposición, el automaltrato incluye actos como la automutilación.

### 1.3.2. LA VIOLENCIA INTERPERSONAL

La violencia interpersonal se divide en dos subcategorías: la **violencia familiar o de pareja**, esto es, la violencia que se produce sobre todo entre los miembros de la familia o de la pareja, y que por lo general, aunque no siempre, sucede en el hogar; y la **violencia comunitaria**, que es la que se produce entre personas que no guardan parentesco y que pueden conocerse o no, y sucede por lo general fuera del hogar.

En el primer grupo se incluyen formas de violencia, como el maltrato de los menores, la violencia contra la pareja y el maltrato de las personas mayores. El segundo abarca la violencia juvenil, los actos fortuitos de violencia, la violación o

ataque sexual por parte de extraños y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y hogares de ancianos.

### 1.3.3. LA VIOLENCIA COLECTIVA

La violencia colectiva se subdivide en **violencia social**, **violencia política** y **violencia económica**. A diferencia de las otras dos categorías generales, las subcategorías de la violencia colectiva indican los posibles motivos de la violencia cometida por grupos más grandes de individuos o por el Estado.

La **violencia social**, infligida para promover intereses sociales sectoriales incluye, por ejemplo, los actos delictivos de odio cometidos por grupos organizados, las acciones terroristas y la violencia de masas.

La **violencia política** incluye la guerra y otros conflictos violentos afines, la violencia del Estado y actos similares llevados a cabo por grupos más grandes.

La **violencia económica** comprende los ataques por parte de grupos más grandes motivados por el afán de lucro económico, tales como los llevados a cabo con la finalidad de trastornar las actividades económicas, negar el acceso a servicios esenciales o crear división económica y fragmentación. Evidentemente, los actos cometidos por grupos más grandes pueden tener motivos múltiples.

Quizá en este grupo también pudiera incluirse la violencia **contra la mujer por razón de sexo o género**, según el concepto que queramos hacer prevalecer en el propio término, en su sentido más amplio, entendiendo como tal la violencia estructural manifestación de la discriminación y la situación de la desigualdad de las mujeres y que una sociedad patriarcal utiliza para hacer prevalecer las relaciones de poder de los hombres sobre ellas<sup>12</sup>.

En cada una de las diferentes clases de violencia descritas, con excepción de en la autoinfligida, pueden suceder distintos actos de violencia, que pueden ser de naturaleza física, psíquica, sexual o que incluyan privaciones o descuido. (Figura 1).

Por ejemplo, la violencia contra los niños cometida en el seno del hogar puede incluir abuso físico, sexual y psíquico, así como negligencia o descuido. La violencia comunitaria puede incluir agresiones físicas entre los jóvenes, violencia sexual en el lugar de trabajo y descuido de las personas mayores en los establecimientos asistenciales de largo plazo. La violencia política puede incluir la violación durante los conflictos armados, la guerra como tal y la llamada guerra psicológica.

Aunque es imperfecta y dista mucho de gozar de aceptación universal, esta clasificación proporciona un marco útil para comprender los tipos complejos de violencia que acontecen en todo el mundo, así como la violencia en la vida diaria de las personas, las familias y las comunidades. También supera muchas de las limitaciones de otras clasificaciones porque capta la naturaleza de los actos de violencia, la importancia del entorno, la relación entre el agresor y la víctima, y, en el caso de la violencia colectiva, los posibles motivos de la violencia. Sin embargo, tanto en la investigación como en la práctica no siempre están claras las líneas divisorias entre los diferentes tipos de violencia<sup>3</sup>.

#### **1.4. EL ORIGEN DE LA VIOLENCIA. EL MODELO ECOLÓGICO**

Ningún factor por sí solo explica por qué algunos individuos tienen comportamientos violentos hacia otros o por qué la violencia es más prevalente en algunas comunidades que en otras. La violencia es el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales. Comprender la forma en que estos factores están vinculados con la violencia es uno de los pasos importantes en el enfoque de salud pública para prevenir la violencia.

En el Informe Mundial sobre la violencia y la salud que Krug dirigió para la OMS<sup>2</sup> en 2002, se define un modelo de niveles múltiples o ecológico para ayudar a comprender la naturaleza polifacética de la violencia. Este modelo ecológico, introducido a fines de los años setenta<sup>17,18</sup>, se aplicó inicialmente al maltrato de menores<sup>17</sup> y posteriormente a la violencia juvenil<sup>19,20</sup>. En fecha más reciente, los investigadores lo han usado para comprender la violencia de pareja<sup>21,22</sup> y el maltrato de las personas mayores<sup>23,24</sup>. El modelo explora la relación entre los factores individuales y contextuales y considera la violencia como el producto de muchos niveles de influencia sobre el comportamiento (Figura 2).

##### **1.4.1. EL NIVEL INDIVIDUAL**

El primer nivel del modelo ecológico pretende identificar los factores biológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de una persona. Además de los factores biológicos y personales en general, se consideran factores tales como la impulsividad, el bajo nivel educativo, el abuso de sustancias psicotrópicas y los antecedentes de comportamiento agresivo o de haber sufrido maltrato. En otras

palabras, este nivel del modelo ecológico centra su atención en las características del individuo que aumentan la probabilidad de ser víctima o perpetrador de actos de violencia.



**Figura 2. Modelo ecológico para comprender el origen de la violencia**

*(Modificado de Krug EG, et al. World Report on violence and health.<sup>2</sup>)*

#### 1.4.2. EL NIVEL DE LAS RELACIONES

El segundo nivel del modelo ecológico indaga el modo en que las relaciones sociales cercanas, como por ejemplo, con los amigos, con la pareja y con los miembros de la familia, aumentan el riesgo de convertirse en víctima o perpetradores de actos violentos.

En los casos de la violencia infligida por la pareja y del maltrato de niños, por ejemplo, la interacción casi diaria o el compartir el domicilio con un agresor puede aumentar las oportunidades para que se produzcan encuentros violentos. Dado que los individuos están unidos en una relación continua, es probable en estos casos que la víctima sea reiteradamente maltratada por el agresor<sup>25</sup>. En el caso de la violencia interpersonal entre los jóvenes, las investigaciones revelan que estos tienen muchas más probabilidades de involucrarse en actos violentos cuando sus amigos promueven y aprueban ese comportamiento<sup>26,27</sup>. Los compañeros, la pareja y los miembros de la familia tienen el potencial de configurar el comportamiento de un individuo y la gama de experiencias de éste.

#### 1.4.3. EL NIVEL DE LA COMUNIDAD

El tercer nivel del modelo ecológico examina los contextos de la comunidad en los que se inscriben las relaciones sociales, como la escuela, el lugar de trabajo y el vecindario, y busca identificar las características de estos ámbitos que se asocian con ser víctimas o perpetradores de actos violentos. La frecuente movilidad de residencia (cuando las personas no permanecen durante mucho tiempo en una vivienda en particular, sino que se mudan muchas veces), la heterogeneidad (población sumamente diversa, con una escasa o nula cohesión social que mantenga unidas a las comunidades) y una densidad de población alta son todos ejemplos de tales características, y cada uno se ha asociado con la violencia. De igual manera, las comunidades aquejadas por problemas como el tráfico de drogas, el desempleo elevado o el aislamiento social generalizado (por ejemplo, cuando las personas no conocen a sus vecinos o no tienen ninguna participación en las actividades locales) es también más probable que experimenten hechos de violencia. Las investigaciones sobre la violencia muestran que determinados ámbitos comunitarios favorecen la violencia más que otros; por ejemplo, las zonas de pobreza o deterioro físico, o donde hay poco apoyo institucional.

#### 1.4.4. EL NIVEL SOCIAL

El cuarto y último nivel del modelo ecológico examina los factores sociales más generales que determinan las tasas de violencia. Se incluyen aquí los factores que crean un clima de aceptación de la violencia, los que reducen las inhibiciones contra ésta, y los que crean y mantienen las brechas entre distintos segmentos de la sociedad, o generan tensiones entre diferentes grupos o países. Entre los factores sociales más generales figuran:

- a) Normas culturales que apoyan la violencia como una manera aceptable de resolver conflictos.
- b) Actitudes que consideran el suicidio como una opción personal más que como un acto de violencia evitable.
- c) Normas que asignan prioridad a la patria potestad por encima del bienestar de los hijos.
- d) Normas que refuerzan el dominio masculino sobre las mujeres y los niños.
- e) Normas que respaldan el uso de la fuerza excesiva policial contra los ciudadanos.
- f) Normas que apoyan los conflictos políticos.

- g) Políticas sanitarias, educativas, económicas y sociales que mantengan niveles altos de desigualdad entre distintos grupos de la sociedad.

#### 1.4.5. FACTORES DE RIESGO

El modelo ecológico destaca las causas múltiples de la violencia y la interacción de los factores de riesgo que operan dentro de la familia y en los ámbitos social, cultural y económico más amplios. En un contexto de desarrollo, el modelo ecológico indica también el modo en que la violencia puede ser causada por diferentes factores en distintas etapas de la vida.

Si bien algunos factores de riesgo pueden ser exclusivos de un tipo particular de violencia, es más común que los diversos tipos de violencia compartan varios factores de riesgo. Las normas culturales predominantes, la pobreza y el aislamiento social, así como el alcoholismo, el abuso de sustancias psicoactivas y el acceso a armas de fuego son factores de riesgo en relación con varios tipos de violencia. Como resultado, no es inusual que algunas personas en riesgo en cuanto a la violencia experimenten varios tipos de violencia. Las mujeres en riesgo de ser agredidas físicamente por su pareja, por ejemplo, también están en riesgo con respecto a la violencia sexual<sup>28</sup>.

Tampoco es inusual detectar conexiones entre diferentes tipos de violencia. Las investigaciones han indicado que la exposición a la violencia en el hogar se asocia con ser víctima o perpetrador de actos violentos en la adolescencia y la edad adulta<sup>29</sup>. La experiencia de ser rechazados, descuidados o ignorados por los padres coloca a los hijos en riesgo mayor de desplegar una conducta agresiva y antisocial, incluido el comportamiento abusivo como adultos<sup>30-32</sup>. Se han hallado asociaciones entre el comportamiento suicida y varios tipos de violencia, incluido el maltrato de menores<sup>33,34</sup>, la violencia de pareja<sup>35,36</sup>, la agresión sexual<sup>33</sup> y el maltrato de las personas mayores<sup>37,38</sup>. En muchos países que han sufrido conflictos violentos, las tasas de violencia interpersonal siguieron siendo altas aun después de la cesación de las hostilidades, entre otras razones, debido a la manera en que la violencia se convierte en algo socialmente más aceptado y a la disponibilidad de armas. Los vínculos entre la violencia y la interacción entre los factores individuales y los contextos sociales, culturales y económicos más amplios indican que abordar los factores de riesgo en los diversos niveles del modelo ecológico puede ayudar a disminuir más de un tipo de violencia<sup>3</sup>.

Una versión revisada del modelo ecológico que aplica el análisis de Krug para la OMS en su estudio sobre violencia y salud<sup>2</sup>, pero específico para la organización de los factores de riesgo de la violencia de género dentro de la pareja, es el referido por Heise<sup>22</sup> y Stith<sup>146</sup>, en base al modelo definido por Dutton<sup>145</sup> en 1995.

Este modelo parte de las insuficiencias de analizar la violencia contra la pareja como un hecho simple derivado de las creencias patriarcales del agresor o de la presencia de disfunciones psicológicas del agresor e incluye muchos otros factores relacionados con la violencia de género dentro de la pareja (VG). Está organizado en cuatro niveles, del más amplio al más restrictivo. Estos niveles incluyen factores del **Macrosistema** (Social), que incluye las creencias y los valores ideológicos generales de la cultura donde vive el agresor. El siguiente nivel es el **Exosistema** (Comunitario), que incluye todo aquello que hace referencia a las estructuras sociales formales e informales donde vive el agresor y lo conectan con las macroestructuras antes mencionadas. El tercer nivel es el **Microsistema** (Grupal), que agrupa las variables que están relacionadas directamente con el contexto del abuso y las relaciones inter-individuales de pareja. Por último, se proponen las variables del nivel **Ontogenético** (individual), que hacen referencia específica a la biografía e historia del desarrollo del agresor.

Según este modelo, al igual que en el descrito por Krug, los niveles están anidados entre ellos, siendo el Macrosistema el más incluyente y el resto se van agrupando jerárquicamente uno dentro del otro. Así se entienden las influencias recíprocas (y que actúan a lo largo del desarrollo) que mantienen entre ellos. Estos factores son de naturaleza variada: emocionales, actitudinales, etc., pese a que ocupan niveles de integración diferentes<sup>144</sup>.

## 1.5. LA VIOLENCIA EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO

Tal como hemos reflejado previamente, la OMS define la *violencia familiar* como la clase de violencia interpersonal que se produce entre los miembros de la familia o de la pareja, y que por lo general, aunque no siempre, sucede en el hogar; y la violencia comunitaria, como la que se produce entre personas que no guardan parentesco y que pueden conocerse o no, y sucede por lo general fuera del hogar.

Dentro de la violencia familiar se incluyen formas de violencia, como el *maltrato de los menores*, la *violencia contra la pareja* y el *maltrato de las personas mayores*<sup>2</sup>.

La *violencia en el ámbito doméstico* hará referencia al conjunto de conductas violentas que sucedan en el hogar, normalmente entre integrantes de una misma familia o entre otros convivientes en el hogar familiar, aunque también incluirá la que suceda entre familiares fuera del hogar.

Ciertamente, el término es complejo y difícil de definir, debido a la multitud de aspectos que puede abarcar y la diversidad de personas que pueden verse afectadas, además de por la propia evolución de los conceptos de familia y hogar, que han superado la presentación habitual hasta hace unos años de *familia nuclear* (formada por madre, padre y uno o más hijos) o *extensa* (incluyendo a abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines) y abarcan otros tipos como la *familia monoparental* (en la que el hijo o hijos viven con un solo progenitor, ya sea la madre o el padre), la *familia ensamblada* (que está compuesta por agregados de dos o más familias, como una madre sola con sus hijos que convive con padre viudo con los suyos, o como las conformadas únicamente por hermanos, o incluso amigos que viven juntos en el mismo lugar por un tiempo considerable, en donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia o la solidaridad, etc.), *familia homoparental* (aquella donde una pareja de hombres o de mujeres se convierten en progenitores de uno o más niños), la *familia de padres separados* (en la que los padres no conviven entre ellos, pero no renuncian a seguir cumpliendo el rol de padres con sus hijos).

Dentro de esta clase de violencia tiene una importancia destacada la violencia contra la mujer dentro de la familia, la *violencia de pareja*, que trasciende la relación estrictamente familiar y en la que participan otros factores que la perpetúan y mantienen en la sociedad, al ser reflejo dentro de la familia de la violencia contra la mujer por razón de sexo o género, la violencia que ejercen los varones sobre sus parejas o ex parejas como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres<sup>12</sup>.

El término *violencia de género* surge a raíz de la publicación en 1994 de la *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer* por la Asamblea General de las Naciones Unidas<sup>41</sup>, el primer instrumento internacional de Derechos Humanos que aborda de forma explícita la violencia de género. En su artículo primero ofrece un concepto descriptivo de esta clase de violencia, considerando como tal:

“...todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico para las mujeres, incluidas las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o privada”

Esta declaración supuso un hito histórico en el reconocimiento de la violencia de género, porque logró situar el problema en el marco de los Derechos Humanos, remarcando que la violencia contra las mujeres supone una violación de los derechos y libertades fundamentales, porque amplió el concepto de violencia contra las mujeres, al incluir tanto la violencia física, psicológica o sexual, como las amenazas de sufrirla, y tanto en el contexto familiar como en el de la comunidad o el Estado, y finalmente, porque enfatizó que se trata de una forma de violencia basada en el sexo o género, de modo que el factor de riesgo para ser víctima de ella es el hecho de ser mujer<sup>42</sup>.

En definitiva, bajo esta perspectiva, la violencia de género englobaría todas las formas de violencia que se dirigen contra las mujeres como consecuencia de su condición de género, con el objeto de mantener o incrementar la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre ellas. Ejemplos de este tipo de violencia serían todas las formas de discriminación hacia la mujer en distintos niveles (político, institucional, laboral, etc.), el acoso e intimidación sexual, las violaciones, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada, la utilización del cuerpo femenino como objeto de consumo, la segregación basada en ideas religiosas y, por supuesto, todas las formas de maltrato físico, psicológico y sexual que sufren las mujeres en cualquier contexto, a manos de un hombre, y que ocasionan una escala de daños que pueden culminar en el femicidio.

De esta manera, desde la orientación del género, este sería el principal origen de cualquier clase de violencia sobre la mujer, de manera que cuando la violencia de género es cometida por el cónyuge, pareja o ex pareja de la víctima, sea cual sea el grado de compromiso adquirido entre ellos, sería a lo que llamaríamos *violencia familiar, violencia familiar o violencia doméstica*.

Como decimos, existen múltiples términos para definir conceptos similares o parecidos, desde aspectos distintos o diferenciados. Términos como el de *violencia familiar o intrafamiliar, violencia conyugal, violencia marital o violencia doméstica*, se han utilizado para designar realidades paralelas e incluso a veces iguales, no existiendo un consenso generalizado completo sobre qué términos utilizar en cada caso y , por tanto, no pudiendo homogeneizar los estudios y resultados sobre ellos,

pues aunque frecuentemente, estos términos se han utilizado indistintamente, la realidad es que su significado concreto no es el mismo y cada uno de ellos sugiere una idea diferente sobre la naturaleza del problema, sus causas, e incluso sus soluciones<sup>43</sup>.

El término de *maltrato* o *malos tratos* también ha sido comúnmente utilizado a esta problemática (*malos tratos a la mujer*, *maltrato infantil*, etc.), teniendo el inconveniente que el término malos tratos parece referirse únicamente a las formas menores de violencia, ampliamente consentida o tolerada durante años en las familias, y en este sentido, parece menospreciar la gravedad de estas acciones<sup>43</sup>.

Es significativo reconocer que el problema sobre la denominación de cada clase de violencia de las existentes en el ámbito doméstico, no es exclusivo de nuestro país, sino que también existe en los de nuestro entorno, como demuestra el hecho de la multitud de denominaciones que recibe en las publicaciones internacionales de habla inglesa al respecto, tales como "*domestic violence*", "*violence against women*", "*intimate partner violence (IPV)*", "*marital violence*", "*battered women*", "*family violence*", "*wife assault*" o "*wife abuse*", "*spouse abuse*", "*gender-based violence*", "*gender violence*", "*child abuse*", "*child mistreatment*", "*elderly abuse*", entre otras.

Una prueba indiscutible, a la vez que muy ilustrativa, de lo difícil que resulta consensuar la terminología respecto a la violencia en el ámbito doméstico, en un momento histórico-social en que distintas ideologías y sentimientos políticos o religiosos pugnan por defender sus ideas y hacerlos prevalecer por encima del resto, es lo que aconteció en España en el año 2004 durante la elaboración de la referida Ley, que ha reflejado muy acertadamente Velando Casanova<sup>44</sup>.

Resulta muy interesante analizar el debate que se suscitó en la opinión pública española sobre el nombre más adecuado que debía darse a la violencia sobre la mujer por parte de su pareja o ex-pareja en la nueva ley de protección integral que se pretendía aprobar en el año 2004, antes de que el Gobierno se decidiera finalmente por el término de género.

La Real Academia Española aprobó en mayo de 2004 un informe<sup>45</sup> sobre la poca conveniencia del uso en español de la expresión *violencia de género*, en respuesta a la solicitud por parte del Gobierno de un dictamen sobre el nombre de la futura ley. El estudio realizado por esta institución se sustentaba, por una parte, en el significado de la palabra *género* en español (RAE, 2004): «conjunto de seres establecido en función de características comunes» y «clase o tipo», así como en su

acepción gramatical: «propiedad de los sustantivos y de algunos pronombres por la cual se clasifican en masculinos, femeninos y, en algunas lenguas, también en neutros», es decir, «las palabras tienen *género* (y no *sexo*), mientras que los seres vivos tienen *sexo* (y no *género*)»; de hecho, según la Academia, «en español no existe tradición de uso de la palabra *género* como sinónimo de *sexo*». La explicación de la presencia de la expresión *violencia de género* en español está en la traducción del inglés *gender-based violence* o *gender violence*, expresión difundida a raíz del Congreso sobre la Mujer celebrado en Pekín en 1995 bajo los auspicios de la ONU y con la que se identifica la *violencia, tanto física como psicológica, que se ejerce contra las mujeres por razón de su sexo*. A diferencia del español, el inglés documenta desde antiguo el uso de *gender* como sinónimo de *sex*, mientras que con el sentido de «sexo de un ser humano», desde el punto de vista específico de las diferencias sociales y culturales, se comenzó a utilizar en el mundo anglosajón a partir de los años sesenta, como consecuencia del auge de los Estudios Feministas. Es con esta última acepción con la que ha pasado del inglés a otras lenguas, como el español.

Junto a la reflexión lingüística, la Academia aportaba datos cuantitativos en torno a una serie de fórmulas de denominación legal que podrían utilizarse para dar nombre a la nueva ley, así como datos de uso del español que concluían que la expresión *violencia doméstica* era la más utilizada con bastante diferencia en el ámbito hispánico. La denominación definitiva que proponía la Real Academia era *Ley integral contra la violencia doméstica o por razón de sexo*, dado que así tenía cabida también la violencia contra la mujer en los casos en los que no hay convivencia en el mismo hogar con el novio o compañero sentimental.

Se inició entonces la polémica en torno al nombre de la futura ley, polémica que entroncaba con un debate más antiguo con respecto a la corrección del sintagma nominal *violencia de género*, pero que poseía claras connotaciones ideológicas.

Las opiniones más férreas de defensa de la expresión *violencia de género* provenían, entonces como ahora, del campo académico de los Estudios de Género, estudios que recogen aportaciones especializadas sobre teoría y análisis de *género* de aquellas personas interesadas en profundizar en el conocimiento de las causas de las desigualdades y discriminaciones entre los sexos, proponiendo alternativas para su erradicación. Desde este ámbito, se ofrecen las siguientes definiciones de *género*:

- Por *género* se entiende una construcción simbólica que alude al conjunto de atributos socioculturales asignados a las personas a partir del sexo y que

convierten la diferencia sexual en desigualdad social. La diferencia de género no es un rasgo biológico, sino una construcción mental y sociocultural que se ha elaborado históricamente. Por lo tanto, *género* no es equivalente a *sexo*; el primer término se refiere a una categoría sociológica y el segundo a una categoría biológica<sup>46</sup>.

- Cuando el Feminismo habla de género, se refiere a esas normas socialmente construidas que, con grandes variaciones de una a otra parte del mundo, nos dictan, tanto a los hombres como a las mujeres, el significado y contenido de lo femenino y lo masculino, a esas normas que regulan el grado de adecuación de nuestras conductas, de nuestro aspecto exterior y hasta de nuestras carreras profesionales. En este debate, las mujeres no tratan de dilucidar el significado gramatical de una palabra. De lo que tratan es de proclamar de una vez y para siempre que la dominación que sufren no tiene su raíz en el sexo (concepto fisiológico) sino en el género (concepto sociocultural)<sup>47</sup>.

Afirmaban los defensores de esta acepción, que el término *género* se venía utilizando desde hacía tres décadas en los Estudios Feministas (desde los años sesenta en el ámbito anglosajón y desde los años setenta y ochenta en el español), por lo que era evidente su sólida penetración en el mundo de la investigación académica y su generalización en los medios de comunicación.

Como resultado de estas argumentaciones, algunas asociaciones feministas abogaron por la siguiente denominación de la ley: *Ley integral contra la violencia de género en el ámbito doméstico* (o simplemente *Ley integral contra la violencia de género*, si se hubiera querido legislar más allá de este ámbito), dado que el asunto de que se trata es de la violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico por razones de género.

Por consiguiente, este pensamiento entiende que el término *violencia de género* engloba tanto la violencia producida en el ámbito doméstico, como la que ocurre fuera de él, mientras que a su vez, la *violencia doméstica* no obligatoriamente se corresponde con el concepto de *violencia de género*, puesto que existe también violencia en el ámbito doméstico que no tiene nada que ver con cuestiones de género, como es la violencia contra los menores, los mayores, los hombres, etc. Desde este punto de vista, hay una oposición a la expresión *violencia doméstica* porque limita el concepto pretendido, al no dar cabida al acoso sexual en el trabajo, el tráfico de

mujeres, el proxenetismo y cualquier tipo de violencia perpetrada por el varón hacia la mujer.

Finalmente, en el texto definitivo aprobado se optó por adoptar el término *violencia de género*, aunque limitando el ámbito de aplicación de la ley respecto a lo considerado globalmente como tal, pues en la Ley finalmente aprobada, se especifica que entre agresor y víctima debe existir, o haber existido, una relación de afectividad<sup>48</sup>.

La variación en la secuencia –*violencia de género, violencia doméstica, violencia contra las mujeres, violencia sexista*, etc.– se hizo patente, principalmente, en los medios de comunicación escritos, que, si bien en un primer momento respetaron el consejo académico y, por tanto, priorizaron las expresiones *violencia doméstica* y *violencia contra las mujeres*, en poco tiempo aumentaron, de un modo consciente o no, el uso de *violencia de género*, término aceptado, finalmente, por el Gobierno en su nuevo proyecto de ley.

Indudablemente, la denominación por parte del Gobierno español del proyecto de ley como *Ley orgánica integral de medidas contra la violencia de género* propició un incremento del uso de la expresión *violencia de género*, convirtiéndose en un factor determinante en la resolución del debate. Probablemente, tal decisión constituyó un punto de inflexión a favor de la total generalización del uso de la expresión, en la que participaron, en última instancia, los medios de comunicación, debido a su influencia lingüística reconocida en la actualidad, jugando un papel determinante en la propagación y aceptación del término entre todos los sectores de la sociedad<sup>44</sup>, tal como ocurre hoy en día.

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de *Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*<sup>44</sup>, circunscribe este tipo de violencia, y con ello, el alcance de la ley, a la violencia sobre las mujeres por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia, pero en general, la denominación que adoptemos para referirnos al hecho de la violencia entre los miembros de una familia, conviviendo o no bajo un mismo techo, dependerá de donde pretendamos centrar el foco de nuestro estudio, de lo que queramos resaltar dentro de las múltiples relaciones interpersonales que pueden verse afectadas por conductas violentas a este nivel de organización social (entre la pareja, del hombre hacia la mujer

o de esta hacia el hombre, de los padres o abuelos hacia los hijos o descendientes, de los hijos hacia sus padres o ascendientes, entre hermanos, etc.)

Sin embargo, en todas existirán unas características comunes entre las que destaca la existencia de un abuso de poder sobre otra persona que se percibe vulnerable por el agresor, que está asociado con variables como el género y la edad de las víctimas, y que entre las que resultan más vulnerables se encuentran las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores y las que posean algún tipo de discapacidad, y que también tiene un aspecto reconocible de violencia estructural, pues para que ocurra es necesario que exista un cierto nivel de aceptación y tolerancia hacia esta clase de violencia, en todos los niveles del entramado social, cultural, jurídico, etc.<sup>7</sup>

Es manifiesto que podemos destacar el problema de la violencia de pareja, por ser el más frecuente y por afectar casi exclusivamente a uno de los dos miembros de la misma, a las mujeres, encontrando en estas conductas violentas características compartidas con el resto de las formas violentas familiares, (el no ser pública ni anónima, realizarse generalmente en espacios privados y sus protagonistas tener o haber tenido una relación especial de intimidad o afectividad entre ellos), pero que a la vez cuenta con otras características específicas y propias como manifestación intrafamiliar de la violencia de género o de sexo que sobrepasa este ámbito y se extiende al resto de la estructura social. Este tipo de violencia es sin duda el más investigado en el momento actual y al que más recursos se destinan<sup>12</sup>.

Pero a la vez no debemos olvidarnos del resto de conductas violentas que se pueden dar a este nivel de organización social, que no deben quedar abandonadas por el curso de la investigación ni por los recursos de las administraciones, pues no solo no han desaparecido, sino que en algunos casos como son la violencia de los niños y adolescentes contra los adultos, la violencia entre parejas jóvenes y la violencia entre hermanos, se pueden empezar a considerar como un problema social emergente<sup>7</sup>.

Frente a la dinámica de intervención y explicación víctima-agresor, que ha demostrado resultar parcial, limitado y a posteriori, existe una corriente de pensamiento científico en este campo que aboga por la necesidad de un enfoque integral sobre el origen y el mantenimiento de la violencia que se produce en el seno de las familias<sup>49,50</sup>, de manera que desde el reconocimiento de los aspectos comunes a las distintas conductas violentas que puede incluir y sin olvidar las características

propias de cada una de ellas, se orienta hacia la prevención de la violencia en este ámbito creando competencias de comunicación, relación afectiva y disciplina que superen las habituales asociaciones entre violencia-machismo-autoridad y trate de fortalecer las capacidades, las relaciones afectivas y el equilibrio intrafamiliar, como vía para prevenir las conductas violentas en el futuro, en cualquiera de sus expresiones<sup>7</sup>.

## 1.6. LA VIOLENCIA FAMILIAR COMO PROBLEMA DE SALUD

La conducta violenta que ocurre en el seno de la familia, tendrá una repercusión directa en primer lugar sobre los protagonistas de la misma, víctima y agresor, pero a la vez todos los componentes de la familia, en su más amplia expresión, podrán verse afectados en mayor o menor medida, a corto, medio o largo plazo, de manera directa o indirecta, tanto por el hecho violento mismo, como por los efectos que origine en la propia víctima o en otros componentes de la familia, así como por las repercusiones o la tolerancia que tales circunstancias encuentren en la propia familia o fuera de ella.

### 1.6.1 El ciclo de la violencia

En el caso de la violencia de pareja, tal como recoge el *Protocolo común*<sup>51</sup> para la actuación sanitaria ante la violencia de género 2012, lo más frecuente es el comienzo del maltrato con conductas de abuso psicológico al inicio de la relación, que suelen ser atribuidas a los celos del hombre o a su afán de protección de la mujer. Suelen ser conductas restrictivas y controladoras que van minimizando la capacidad de decisión y autonomía de la mujer, produciendo dependencia, aislamiento y temor, como por ejemplo el control sobre la ropa, las amistades o las actividades.

El aumento progresivo de la violencia puede extenderse durante un largo periodo de tiempo, y suele ser difícil para la víctima darse cuenta del proceso en el que está inmersa. La **Teoría del Ciclo de la Violencia** de Leonor Walker<sup>52,53</sup> plantea que este fenómeno comprende tres fases

- **Acumulación de tensión:** Se caracteriza por una escalada gradual de la tensión, donde la hostilidad del hombre va en aumento sin motivo comprensible y aparente

para la mujer. Se intensifica la violencia verbal y pueden aparecer los primeros indicios de violencia física. Se presentan como episodios aislados que la mujer cree puede controlar y que desaparecerán. La tensión aumenta y se acumula.

- **Explosión o agresión:** Estalla la violencia y se producen agresiones físicas y/o psicológicas y/o sexuales. Es en esta fase donde la mujer suele denunciar o pedir ayuda.

- **Calma o reconciliación o «luna de miel»:** En esta fase el agresor manifiesta que se arrepiente y pide perdón a la mujer. Utiliza estrategias de manipulación afectiva (regalos, caricias, disculpas, promesas) para evitar que la relación se rompa. Por lo tanto, esta estrategia por parte de la pareja, provoca que la mujer, termine pensando que todo cambiará.

En la medida que los comportamientos violentos se van afianzando y ganando terreno, la fase de reconciliación tiende a desaparecer quedando sólo las fases de tensión y de agresión. Es entonces cuando las mujeres suelen plantearse con mayor frecuencia la separación y/o buscan ayuda y es también en ese momento, cuando los episodios violentos se agravan, son cada vez más frecuentes y el riesgo de muerte a manos de su agresor se incrementa<sup>54</sup>.

Sin embargo, aunque el ciclo de la violencia es muy frecuente en las relaciones de pareja donde se da maltrato, no se observa en todos los casos. Recientemente se han descrito otras formas de relación violenta donde hay una situación continua de frustración y amenaza, o dinámicas en la relación de pareja bajo la estructura de dominación, donde sólo de forma ocasional aparece la agresión física, siendo éstas más difíciles de detectar que las formas más severas de abuso. Este tipo de violencia, más esporádico u ocasional, pero con el componente de dominación, abuso de poder y utilización para un objetivo (que puede ser simplemente el mantenimiento de dicha relación de poder) sería similar al que se puede establecer en las agresiones entre otros miembros de la familia directamente.

En el caso de las mujeres que tienen hijos o hijas, es importante ser conscientes de que ellas y ellos también experimentan el proceso de la violencia en todas sus fases, tanto en las que la violencia está activa, como en la etapa de «luna de miel». Esto hace que, al igual que las mujeres, sus hijas e hijos sientan una gran inseguridad e inestabilidad emocional, al no poder prever lo que va a ocurrir, destruyendo sus expectativas de lo que se puede esperar de una relación afectiva. Esta falta de certeza en los vínculos parentales repercute directamente en la salud

mental de los niños y niñas. Los hijos e hijas de las mujeres que están sufriendo violencia física, sexual o emocional por sus parejas o exparejas, son víctimas directas de la Violencia de Género, siempre. La exposición reiterada a un ambiente de maltrato hacia la madre, constituye una forma grave de maltrato psicológico hacia las hijas e hijos a su cargo<sup>51</sup>.

Es conocido y aceptado desde hace años que la violencia familiar, en general, y los malos tratos infantiles, en particular, son algunos de los problemas más graves que afectan negativamente al desarrollo y socialización de los niños y niñas<sup>56</sup>.

Desde los años 80, sabemos por Gelles<sup>55</sup> que existe también un **ciclo de la violencia intergeneracional** o transgeneracional, que se ha identificado como uno de los principales factores relacionados con la ocurrencia del maltrato infantil y de la violencia conyugal. La transmisión intergeneracional de la violencia<sup>57</sup> ha sido estudiada de forma recurrente a partir de los años 60 tratando de buscar un historial de maltrato en los padres maltratadores<sup>58</sup> y a partir de los años 70 como explicación de la violencia de género. Presenciar situaciones de violencia familiar es uno de los más potentes factores de riesgo, en el caso de los niños, para repetir esta pauta de conducta en pareja cuando crezcan y, en el caso de las niñas, para asumir un papel pasivo de aceptación de dicha violencia. Así pues, crecer en contextos familiares donde existe violencia es un predictor para la aparición de diversos problemas emocionales, cognitivos y de conducta, tanto a corto como a largo plazo. Las pautas educativas que transmiten los padres son fundamentales en la modulación de los conflictos internos de los hijos<sup>7</sup>.

Podemos considerar mujeres especialmente vulnerables ante la violencia de pareja a las embarazadas, las que presenten alguna discapacidad, las inmigrantes, las mujeres mayores, las sometidas a algún tipo de explotación sexual, las que viven en el medio rural o las mujeres en situación de exclusión social<sup>51</sup>. En ellas confluyen una serie de factores que disminuyen su capacidad de defensa ante la agresión y que conllevan una mayor dependencia de su agresor o del entorno en el que se encuentran, lo que puede dificultar su acceso al sistema institucional establecido y a los recursos existentes que podría ayudarla a su salida de la violencia, viéndose la misma, por tanto, dificultada.

### 1.6.2. Consecuencias de la violencia sobre la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado la violencia contra las mujeres como una prioridad de salud pública en todo el mundo (49ª Asamblea Mundial de la Salud, 1996), al identificarla como un factor esencial en el deterioro de la salud, ya que las agresiones físicas, psíquicas y sexuales, suponen pérdidas, a veces irreparables, en la esfera biológica, psicológica y social de las mujeres y de sus hijas e hijos. La violencia de género, en cualquiera de sus manifestaciones, tiene siempre repercusiones en la salud física, emocional, sexual, reproductiva y social, que persisten incluso después de que la situación haya terminado<sup>51</sup>.

El *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género 2012*, elaborado por la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad,<sup>51</sup> recoge de manera sistemática y clarificadora las consecuencias más destacables de la violencia sobre la salud de las mujeres y sobre los hijos afectados por conductas violentas con sus madres, por lo que los reproducimos a continuación (Figuras 3-10).

Las repercusiones de cualquier afectado en la familia directamente por un acto violento dirigido contra él, podrán ser similares a las que vamos a describir, en función de la intensidad de la agresión, el tipo de violencia que sea ejercida y la duración en el tiempo que la conducta violenta se mantenga, predominando las consecuencias psíquicas a largo plazo que pueden originar fenómenos de violencia transgeneracionales de repetición de los comportamientos violentos que ha sufrido directamente o en su entorno cercano.

### Consecuencias en la salud física

<b>CONSECUENCIAS FATALES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Muerte (por homicidio, suicidio, etc.).</li> </ul>
<b>CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras, etc., que pueden producir discapacidad.</li> <li>▪ Deterioro funcional.</li> <li>▪ Síntomas físicos inespecíficos (por ejemplo cefaleas).</li> <li>▪ Peor salud.</li> </ul>
<b>CONSECUENCIAS EN CONDICIONES CRÓNICAS DE SALUD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dolor crónico.</li> <li>▪ Síndrome del intestino irritable.</li> <li>▪ Otros trastornos gastrointestinales.</li> <li>▪ Trastornos del sueño.</li> <li>▪ Discapacidades.</li> </ul>

**Figura 3. Consecuencias de la violencia en la salud física**

(Reproducido del *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género.2012.*<sup>51</sup>)

## Consecuencias en la salud psíquica

CONSECUENCIAS EN LA SALUD PSÍQUICA
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Depresión.</li><li>▪ Ansiedad.</li><li>▪ Trastorno por estrés postraumático.</li><li>▪ Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia).</li><li>▪ Trastornos psicopatológicos.</li><li>▪ Intento de suicidio, autolesiones.</li><li>▪ Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos.</li><li>▪ Dependencia psicológica del agresor (Síndrome de Estocolmo).</li></ul>

**Figura 4. Consecuencias de la violencia en la salud psíquica**

(Reproducido del Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género.2012.<sup>51</sup>)

## Consecuencias sexuales y reproductivas

CONSECUENCIAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Por relaciones sexuales forzadas: pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual incluida la infección por el VIH, sangrado y fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infección urinaria, cáncer de cervix, embarazo no deseado.</li><li>▪ Por maltrato durante el embarazo: embarazo de alto riesgo, mayor mortalidad materna, anemia, hemorragia vaginal, amenaza de aborto, aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer, mayor mortalidad perinatal.</li></ul>

**Figura 5. Consecuencias de la violencia en la salud sexual**

(Reproducido del Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género.2012.<sup>51</sup>)

## Consecuencias en la salud social

CONSECUENCIAS EN LA SALUD SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Aislamiento social.</li><li>▪ Pérdida de empleo.</li><li>▪ Absentismo laboral.</li><li>▪ Disminución del número de días de vida saludable.</li><li>▪ Cambio de domicilio y/o ciudad forzado por la necesidad de protegerse.</li></ul>

**Figura 6. Consecuencias de la violencia en la salud social**

(Reproducido del Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género.2012.<sup>51</sup>)

Respecto a la situación real y actual en España sobre las consecuencias que ha tenido esta situación en la salud de las mujeres que refieren haber padecido violencia por parte de sus parejas o ex-parejas, disponemos el Avance de resultados de la Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015, de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género<sup>76</sup> (los resultados totales se harán públicos en Diciembre de 2015, por lo que en el momento de elaboración de este trabajo no se encuentran disponibles), distingue tres tipos de consecuencias de la violencia de género sobre la mujer que la sufre: las lesiones, la repercusión sobre su estado de salud global y la

afectación de su bienestar físico y mental, del que casi el 80% reconoció que se había afectado bastante o mucho.

Del total de mujeres que han sufrido violencia física, y/o violencia sexual y/o miedo de su pareja o expareja, **el 42% ha sufrido lesiones a lo largo de su vida como consecuencia de la violencia**, lo que supone el 6,5% de las mujeres residentes en España de 16 o más años<sup>76</sup>.

Del total de mujeres que han sufrido violencia por parte de su pareja, el 34,4% (que corresponden al 5,3% de las mujeres residentes en España de 16 o más años) refiere haber sufrido lesiones moderadas como consecuencia de la violencia en algún momento de su vida, considerándose como lesiones moderadas a los cortes, rasguños, moratones o dolores. El 7,6% de ellas (que suponen el total de las mujeres residentes en España de 16 o más años), ha sufrido lesiones graves como consecuencia de la violencia en algún momento de su vida, entendiéndose como lesiones graves las siguientes: 1- Lesiones en los ojos u oídos, esguinces, luxaciones o quemaduras, 2- heridas profundas, fracturas de huesos, dientes rotos, lesiones internas o cualquier otra lesión similar, 3- aborto involuntario<sup>76</sup>.

En cuanto al estado de salud, aumenta significativamente el porcentaje de mujeres que refieren encontrarse mal, de un 8,5% a un 13,5% entre las que refieren haber sufrido violencia de algún tipo por parte de sus parejas o ex-parejas, siendo también significativa la aparición en las mismas en mayor medida que en las que nunca han sufrido esta violencia, de diversos síntomas relacionados con el estado de salud, entre los que destacan: dolores de cabeza, resfriados o catarros, ganas de llorar sin motivos, dolores de espalda o articulaciones, cambios de ánimo, ansiedad o angustia, inapetencia sexual, irritabilidad, insomnio, falta de sueño, fatiga permanente, tristeza, etc.<sup>76</sup>.

En cuanto a la salud de los hijos e hijas de mujeres bajo relaciones de violencia, podemos destacar la existencia de distintos factores que pueden condicionar la mayor o menor repercusión de la violencia sobre ellos mismos, entre los que podemos destacar el **tipo**, la **severidad** y el **tiempo de exposición** a la violencia, la **edad**, su **nivel de desarrollo**, el **contexto familiar** o la acumulación de **otros factores estresantes**, así como la presencia de factores protectores, como la calidad de otros vínculos. Asimismo, debido a los condicionantes de género, la violencia tendrá un impacto diferencial en función de si se es niño o niña. Las alteraciones

detectadas afectan a diferentes áreas: física, emocional, cognitiva, conductual y social y pueden tener efectos a corto, medio y largo plazo.

### Consecuencias en la salud física de los descendientes

<b>CONSECUENCIAS FATALES :</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Muerte por homicidio, o como resultado de interponerse entre el agresor y su madre para intentar frenar la violencia.</li></ul>
<b>CONSECUENCIAS EN LA SALUD FISICA:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Daños y lesiones.</li><li>▪ Riesgo de alteración de su desarrollo integral: retraso del crecimiento, disminución de las habilidades motoras, retardo en el lenguaje, síntomas regresivos.</li><li>▪ Alteraciones del sueño y la alimentación. Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas.</li></ul>

**Figura 7. Consecuencias en la salud física de los descendientes**  
(Reproducido del Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género.2012.<sup>51</sup>)

### Consecuencias en la salud psicosocial de los descendientes

<b>CONSECUENCIAS EN LA SALUD PSICOSOCIAL:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ansiedad, depresión, baja autoestima.</li><li>▪ Trastorno de stress postraumático.</li><li>▪ Déficit de atención y concentración, hiperactividad.</li><li>▪ Dificultades de aprendizaje y socialización, habilidades sociales escasas, bajo rendimiento escolar.</li><li>▪ Problemas de conducta social: Adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras.</li><li>▪ Comportamientos de riesgo.</li><li>▪ Inhibición y aislamiento.</li><li>▪ Adicciones.</li><li>▪ Parentalización. Asunción de roles de protección de hermanos y hermanas o de su madre.</li><li>▪ Trastornos psicopatológicos.</li></ul>

**Figura 8. Consecuencias en la salud psicosocial de los descendientes**  
(Reproducido del Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género.2012.<sup>51</sup>)

### Consecuencias transgeneracionales de la violencia

<b>CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO O VIOLENCIA TRANSGENERACIONAL:</b>
Si no se ha producido un proceso de elaboración de las experiencias vividas a través de una intervención profesional o de otras formas, la evidencia científica disponible señala que hay mayor probabilidad de:
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Conductas agresivas de hijos varones hacia las madres, aprendidas de los hombres violentos del propio contexto familiar.</li><li>▪ Maltrato a sus parejas en las edades adultas en los varones.</li><li>▪ Mayor tolerancia al maltrato en las mujeres.</li></ul>

**Figura 9. Consecuencias sobre los hijos a largo plazo. Violencia transgeneracional**  
(Reproducido del Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género.2012.<sup>51</sup>)

### Consecuencias de la violencia según la edad de los descendientes

EDADES	CONSECUENCIAS DE LA EXPOSICION A LA VIOLENCIA
0 a 2 años	Retraso en el crecimiento y en el desarrollo de habilidades motoras y de lenguaje, bajo peso, alteraciones en la alimentación y el sueño, síntomas psicósomáticos (asma, eczemas) llanto inconsolable, irritabilidad, mayor riesgo de maltrato físico.
2 a 5 años	Alteraciones en la alimentación y el sueño, en el control de esfínteres, regresiones, agresividad, irritabilidad, problemas de aprendizaje y conducta, hiperactividad, miedos, ansiedad, tristeza, sentimientos de culpabilidad.
6 a 12 años	Agresividad, ansiedad, miedos, alteraciones en el rendimiento escolar, depresión, baja autoestima, aislamiento, trastorno de estrés postraumático.
Más de 12 años	Anorexia y bulimia, ansiedad, depresión, apatía, dificultad para la expresión de sentimientos, explosiones de ira, reducción de habilidades sociales, establecimiento de relaciones conflictivas, comportamientos de riesgo y de evasión, comportamientos violentos dentro y fuera del hogar, huida del hogar, absentismo escolar, drogodependencias, intentos de suicidio, autolesiones, psicopatologías, asunción del rol de cuidado de hermanas y hermanos y/o la madre.  En las chicas: embarazos para sentir que alguien las quiere, embarazos no deseados, establecer relaciones de pareja en las que sufren maltrato.  En los chicos: Mayor probabilidad de desarrollar comportamientos agresivos y violentos y de reproducir la conducta del agresor con su madre o en relaciones de pareja.

**Figura 10. Consecuencias de la violencia en los descendientes, según su edad**  
(Reproducido del Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género.2012.<sup>51</sup>)

#### 1.6.3. Actuación del personal sanitario

El personal sanitario juega un papel fundamental en la atención a las víctimas de violencia en el ámbito doméstico por tres razones: la primera por la necesidad aguda de asistencia médica que el paciente que ha sufrido una agresión pueda precisar; la segunda razón, por la gran oportunidad de detectar situaciones de violencia no conocidas o declaradas hasta ese momento; y la tercera, por la posibilidad de colaborar en la salida de la violencia de las víctimas de violencia lo antes posible, dirigiéndolas hacia los recursos disponibles y facilitando el funcionamiento de la maquinaria institucional encaminada a sacarla de la situación de violencia en la que se encuentra y evitar situaciones mayores de riesgo.

En cualquiera de los niveles de atención, primaria o especializada, cuando se atiende a los pacientes, será fundamental preguntarles sobre la posibilidad de que estén sufriendo una situación de violencia o malos tratos<sup>41</sup> y como parte de la anamnesis realizar preguntas exploratorias de abordaje psicosocial entre las que se debe incluir la violencia de género y familiar, debiendo tener una actitud de alerta y de búsqueda activa de conductas, síntomas o signos de sospecha de que el paciente

está viviendo una situación de violencia en el ámbito doméstico, de violencia de género o de otras formas de violencia en la familia.

Existen una serie de síntomas clínicos, antecedentes personales de los pacientes y características de la atención que solicitan, que pueden ser considerados indicadores de sospecha de que una mujer esté viviendo una situación de violencia de pareja<sup>51</sup>. El conocimiento de los mismos es fundamental para que el personal sanitario que atiende a la paciente pueda, manteniendo una actitud alerta en la detección de la aparición de alguno de ellos, identificar los casos de violencia (Figura 11).

Las mujeres que consultan en la red de salud mental y drogodependencias tienen alta probabilidad de estar sufriendo violencia de género. Es bastante frecuente que no tengan conciencia de su situación de maltrato, que la minimicen, o que no hablen de ello por diversos motivos y que tampoco relacionen su problemática de salud con la violencia de género vivida. Por tanto, los equipos de estos servicios deben también preguntar de forma sistemática sobre las experiencias de violencia.

En la atención a las mujeres que sufren maltrato, además de la atención y seguimiento de la paciente, es necesario, si existen hijos o hijas u otras personas dependientes a cargo de la mujer, la coordinación con pediatría y trabajo social.

Es importante recordar, como ya hemos indicado, que las mujeres embarazadas, las que tienen una discapacidad física, psíquica o sensorial, las mujeres inmigrantes, las mujeres que viven con el VIH, las que se encuentran en situación de exclusión social o las que viven en entornos rurales, son más vulnerables al maltrato, por lo que es necesario prestarles una atención especial.

Es importante también conocer los múltiples mitos y estereotipos que la sociedad tiene acerca de las situaciones de violencia en las familias y sobre la mujer, de manera que no impidan la detección precoz de estas situaciones por minimizarlas ante su posible detección. Así, es importante reconocer que los malos tratos se producen en todos los niveles socioeconómicos y culturales, que no existe un perfil de mujer maltratada o de hombre violento, por lo que cualquier mujer que acude a consulta, independientemente de su aspecto, su profesión, nivel de estudios o status socioeconómico, puede encontrarse en una relación de maltrato<sup>51</sup>.

**Figura 11. Indicadores de sospecha en los antecedentes y características de la mujer***(Reproducido del Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género.2012.<sup>51</sup>)*

<b>1. Antecedentes de violencia:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Haber vivido otras relaciones de maltrato en la pareja</li> <li>✓ Haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia, abusos y/o agresiones sexuales.</li> </ul>
<b>2. Antecedentes personales y de hábitos de vida</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Lesiones frecuentes.</li> <li>✓ Otros problemas de salud frecuentes: dolores, trastornos del sueño y la alimentación.</li> <li>✓ Abuso de alcohol, psicofármacos u otras drogas.</li> </ul>
<b>3. Problemas gineco-obstétricos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ausencia de control de la fecundidad (muchos embarazos, embarazos no deseados o no aceptados).</li> <li>✓ Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos.</li> <li>✓ Dispareunia, dolor pélvico, infecciones ginecológicas de repetición, anorgasmia, dismenorrea.</li> <li>✓ Historia de abortos repetidos.</li> <li>✓ Hijos con bajo peso al nacer.</li> <li>✓ Retraso en la solicitud de atención prenatal.</li> </ul>
<b>4. Síntomas psicológicos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Insomnio.</li> <li>✓ Depresión.</li> <li>✓ Ansiedad.</li> <li>✓ Trastorno de estrés postraumático.</li> <li>✓ Intentos de suicidio.</li> <li>✓ Baja autoestima.</li> <li>✓ Agotamiento psíquico.</li> <li>✓ Irritabilidad.</li> <li>✓ Trastornos de la conducta alimentaria.</li> <li>✓ Labilidad emocional.</li> </ul>
<b>5 -Aspectos Sociales</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aislamiento, escasas relaciones y actividades fuera de la familia, bajas laborales.</li> </ul>
<b>6. Síntomas físicos frecuentes</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cefalea.</li> <li>✓ Cervicalgia.</li> <li>✓ Dolor crónico en general.</li> <li>✓ Mareos.</li> <li>✓ Molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, dolor abdominal).</li> <li>✓ Molestias pélvicas.</li> <li>✓ Dificultades respiratorias.</li> </ul>
<b>7. Utilización de servicios sanitarios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Existencia de períodos de hiperfrecuentación y otros de abandono (largas ausencias).</li> <li>✓ Incumplimiento de citas o tratamientos.</li> <li>✓ Uso repetitivo de los servicios de urgencias.</li> <li>✓ Frecuentes hospitalizaciones.</li> <li>✓ Acudir con la pareja cuando antes no lo hacía.</li> </ul>
<b>8. Situaciones de mayor vulnerabilidad</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Situaciones de cambio vital: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazo y puerperio.</li> <li>• Noviazgo.</li> <li>• Separación.</li> <li>• Jubilación propia o de la pareja.</li> </ul> </li> <li>✓ Situaciones que aumentan la vulnerabilidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener hijas o hijos y personas dependientes a su cargo.</li> <li>• Aislamiento tanto familiar como social.</li> <li>• Migración, tanto interna o nacional como extranjera.</li> <li>• Enfermedad discapacitante.</li> <li>• Dependencia física o económica.</li> <li>• Dificultades laborales y desempleo.</li> <li>• Ausencia de habilidades sociales.</li> </ul> </li> <li>✓ Situaciones de exclusión social (prisión, prostitución, pobreza)</li> <li>✓ Infección por el VIH.</li> </ul>
<b>9. Información de que la mujer está siendo víctima de malos tratos a través de:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Familiares.</li> <li>✓ Amistades.</li> <li>✓ Profesionales del sistema sanitario u otras instituciones.</li> </ul>

Es muy esclarecedora de una de las razones que impiden una mayor detección de los casos de violencia en nuestro medio, la apreciación de Rodríguez Calvo<sup>107</sup> que indica que *"En cuanto a los profesionales sanitarios, uno de los mayores inconvenientes para identificar e intervenir en el maltrato es la falta de reconocimiento y de educación formal sobre el tema y como afrontarlo. Otros obstáculos son el abordaje esencialmente biológico de la atención sanitaria, considerar que es un problema fuera de su competencia, la falta de tiempo así como la escasa coordinación ente los recursos disponibles para afrontar los desafíos de este complejo problema"*, constituyendo un buen punto de reflexión sobre las medidas a instaurar por parte de la administración necesarias y urgentes para mejorar el grado de implicación de los profesionales sanitarios<sup>107</sup>.

#### **1.6.4. Actuación en los Servicios de Urgencias**

Estos pacientes pueden acudir a los servicios de urgencias, tanto del ámbito de la atención primaria como especializada. En los servicios de urgencias, sobre todo los hospitalarios, es frecuente que las lesiones y síntomas de las pacientes sean más graves.

Teniendo en cuenta el ciclo de la violencia descrito por Walker<sup>52,53</sup>, será en la fase de explosión o agresión cuando la mujer en caso de violencia de género o cualquier otra víctima agredida en el resto de casos de violencia en el ámbito doméstico, se acercará con mayor probabilidad hacia los recursos asistenciales disponibles, lo que puede propiciar, en caso de que se actúe correctamente, la salida de la víctima de la situación de violencia en la que se encuentra.

A medida que la escalada de la violencia va produciéndose, mayor podrá ser la severidad de la agresión, por lo que el servicio de urgencias de un hospital, donde acudirán con mayor frecuencia los pacientes con mayor grado de agresión, puede convertirse en una atalaya privilegiada en la detección y tratamiento de este grave problema de salud, tanto médica o asistencialmente, como judicialmente, pues en la respuesta facultativa que damos a estos pacientes hemos de incluir dentro del tratamiento médico que se precise, la realización del Parte de Lesiones oportuno que si se realiza correctamente para cumplir su misión, puede que sirva de primera llave para que la víctima consiga empezar a liberarse de las cadenas que le aprisionan.

Por todo ello, la actuación sanitaria con los pacientes víctimas de violencia en el ámbito doméstico por violencia de género o por violencia familiar, deberá ir encaminada en primer lugar a atender el estado de salud de la víctima tanto físico como psicológico y establecer un diagnóstico y atención adecuados y en segundo lugar deberemos intentar ser colaboradores eficaces en facilitar a la víctima la salida de la violencia

En primer lugar, la atención al paciente se realizará en función de las lesiones y síntomas presentados, debiéndose valorar siempre su seguridad y el riesgo en que se encuentra, especialmente si no va quedar ingresada-o en el hospital. Habrá que indagar siempre acerca de la existencia de menores o personas dependientes que también puedan estar padeciendo la violencia, por si hubiera que tomar medidas inmediatas.

En segundo lugar, para facilitar la salida de la violencia de la víctima, es necesario que realicemos nuestro trabajo con responsabilidad y profesionalidad. Esto implica dejar documentada nuestra actuación convenientemente, reflejándola en la historia clínica del paciente, realizar el correspondiente *Informe de Alta Hospitalaria* que recoja las características de la asistencia prestada, las lesiones presentadas, el tratamiento que ha precisado, etc. y realizar el obligatorio *Parte de Lesiones*, elemento específico de nuestra actuación médica ante cualquier lesionado.

El Parte de Lesiones (PL) no solo es un documento médico-legal que el facultativo está obligado a elaborar para poner en conocimiento de la autoridad judicial la existencia de lesiones ante la constatación de que un paciente ha sido víctima de una situación de violencia o de malos tratos, sino que deberíamos comenzar de una vez por todas, los facultativos a entender que es una parte integrante del tratamiento que precisa nuestro paciente, pues puede convertirse, si se realiza correctamente, en un escalón decisivo para conseguir la "curación" de nuestro enfermo/a, al poder favorecer su salida de la situación de violencia en la que se encuentra.

#### **1.6.5. Actuación de las Unidades de Valoración Forense Integral**

Las Unidades de Valoración Forense Integral (UVFI) se crean en respuesta a la Ley Orgánica 1/ 2004, de 28 de diciembre, de *Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*<sup>48</sup>, en cuya *Disposición Adicional Segunda* relativa a protocolos de actuación señala:

*"El Gobierno y las Comunidades Autónomas, que hayan asumido competencias en materia de justicia, organizarán en el ámbito que a cada una le es propio los servicios forenses de modo que cuenten con unidades de valoración forense integral encargadas de diseñar protocolos de actuación global e integral en casos de violencia de género"*

La creación de las UVFI responde a la necesidad de realizar un diagnóstico de la violencia de género en base a unas situaciones e informaciones en ocasiones insuficientes y desordenadas, dando lugar a una asistencia y respuesta específica y especializada, que sirve de gran apoyo en materia judicial<sup>152</sup>.

La atención integral es consecuencia, además, de la naturaleza de la violencia de género, que es distinta al resto de las manifestaciones violentas y con las que sólo comparte el resultado de las agresiones en forma de lesiones físicas o psíquicas y, en los casos más graves, de muerte. Los objetivos y motivaciones de la violencia son diferentes, de ahí que sus características y sus elementos, así como la forma de presentarse y manifestarse, también lo sean, siendo preciso un estudio de la violencia que supere el contexto de la agresión única para abordar la violencia sistemática, continuada, mantenida y de intensidad creciente<sup>152</sup>.

Dada la complejidad de este tipo de violencia, se considera necesaria la colaboración desde distintos ámbitos de la investigación forense y por eso se creó la figura del "equipo forense" formado por un/a Médico/a Forense, un/a Psicólogo/a y un/a Trabajador/a Social, pudiendo dar de esta forma una respuesta multidisciplinar.

La Medicina Legal y Forense siempre ha estado vinculada al estudio de la violencia en todas sus manifestaciones<sup>155</sup>, y en el caso de la violencia de género interviene de forma activa en la detección y protección de las víctimas a través de los médicos forenses que, desde las UVFI de los juzgados específicos de violencia sobre la mujer, deben cumplir una serie de objetivos que incluyen la valoración de las lesiones físicas y psicológicas y la valoración del riesgo o el seguimiento periódico de las víctimas<sup>153</sup>.

La Delegación del Gobierno sobre la Violencia de Género interesó en Octubre de 2010 la colaboración del Ministerio de Justicia a fin de valorar la posibilidad de implantar, entre los protocolos de actuación de los médicos forenses que prestan sus servicios en las UVFI, un procedimiento de valoración del riesgo de VG que pudiera ser emitido en un plazo inferior a 72 horas en los casos urgentes, complementario al que realizan las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y que incorporan a las diligencias policiales. Dicho informe de valoración del riesgo facilita al órgano judicial

las decisiones a adoptar en cada caso sobre medidas cautelares y de protección de la víctima<sup>154</sup>.

La valoración del riesgo se realiza siempre a petición de la autoridad judicial correspondiente y forma parte de la valoración integral de la violencia de género, siendo uno de sus elementos de mayor importancia, por las implicaciones que puede conllevar tanto para la propia víctima de VG como para los hijos o personas dependientes que pudieran verse inmersos en la misma<sup>153</sup>. Tiene como objetivo aportar un elemento más a la autoridad judicial que permita adoptar una decisión sobre la pertinencia y el alcance de las medidas de protección de la víctima, aunque dada la especial dificultad de valoración, la estimación del riesgo no tiene un carácter absoluto y puede estar sometida a un margen de error, pudiendo variar de acuerdo con las circunstancias del agresor y la vulnerabilidad de la víctima<sup>154</sup>.

Los médicos forenses de las UVFI utilizan diferentes escalas para valorar el riesgo de nuevos ataques sobre la pareja y el riesgo de que aumente la gravedad de los mismos, como la *Spouse Assault Risk Assessment* (SARA), introducido por Kropp *et. al.*<sup>149</sup> y la Escala de Predicción del Riesgo de Violencia Grave contra la pareja-Revisada- (EPV-R) de Echeburúa *et al.*<sup>150</sup>, además de otras específicas para determinar el riesgo de femicidio como el *Danger Assessment Tool* (DA), de Campbell<sup>148</sup>.

## 1.7. DIMENSIÓN MÉDICO-LEGAL DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA DESDE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

Ante una situación de maltrato en la familia o específicamente a la mujer nos enfrentamos a un **problema de salud pública con repercusiones jurídicas**, tanto para ella y sus hijas e hijos, como para el personal sanitario que le presta asistencia.

Hay mujeres que acuden a los servicios sanitarios y a pesar de presentar lesiones importantes, no reconocen verbalmente en la consulta su situación de maltrato por temor a que se comunique al juzgado y se puedan tomar medidas que puedan afectar a su seguridad y la de su familia.

Siguiendo a Rodríguez Calvo<sup>107</sup>, muchas mujeres son reticentes a compartir detalles íntimos y desagradables, especialmente en caso de abuso crónico. Las

víctimas sufren sentimientos de vergüenza y humillación, algunas incluso de culpabilidad, por lo que frecuentemente son reacias a hablar del maltrato, particularmente con un médico cuyos esfuerzos ellas creen que están dirigidos a curar sus heridas y no necesariamente su causa. Además, temen las represalias del agresor y las complicaciones sociales y legales que conlleva el hacer público su problema.

Será nuestra obligación pensar en primer lugar en la salud y la seguridad del paciente y el resto de víctimas de que se trate y sin olvidar nunca el famoso "*primum non nocere*" hipocrático, cumplir con nuestras obligaciones deontológicas y legales e intentar favorecer con nuestra actuación la más rápida salida de la situación de violencia en que se encuentra que sea posible.

### **1.7.1. Aspectos legales de la actuación médica en casos de violencia en el ámbito doméstico**

Tal como se recoge en la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género<sup>48</sup>, la violencia física, psicológica y sexual ejercida sobre las mujeres «por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia» tiene la consideración de delito en los términos previstos en el Código Penal.

En España, el personal sanitario tiene la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la posible existencia de un hecho delictivo en cumplimiento de la **Ley de Enjuiciamiento Criminal**<sup>113</sup>, que recoge en dos artículos distintas disposiciones que afectan a los médicos que asistan a víctimas de violencia:

#### **- Artículo 262:**

*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 tratase de un delito flagrante.*

*Los que no cumplieren esta obligación incurrirán en la multa señalada en el artículo 259, que se impondrá disciplinariamente.*

*Si la omisión en dar parte fuere de un Profesor en Medicina, Cirugía o Farmacia y tuviesen relación con el ejercicio de sus actividades profesionales, la multa no podrá ser inferior a 125 pesetas, ni superior a 250.*

#### **- Artículo 355:**

*Si el hecho criminal que motive la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los médicos que asistieran al herido estarán obligados a dar parte de su estado.*

Es evidente que los facultativos responsables de la atención de los pacientes que solicitan ser asistidos tras sufrir una agresión tienen la obligación legal de dar

parte de tal hecho a la autoridad competente. En caso contrario, el **Código Penal**<sup>114</sup> recoge en sus artículos 408 y 450 medidas a adoptar contra los que no lo hicieran:

**- Artículo 408:**

*La autoridad o funcionario que, faltando a la obligación de su cargo, dejare intencionadamente de promover la persecución de los delitos de que tenga noticia o de sus responsables, incurrirá en la pena de inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de seis meses a dos años.*

**- Artículo 450:**

*1. El que, pudiendo hacerlo con su intervención inmediata y sin riesgo propio o ajeno, no impidiere la comisión de un delito que afecte a las personas en su vida, integridad o salud, libertad o libertad sexual, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años si el delito fuera contra la vida, y la de multa de seis a veinticuatro meses en los demás casos, salvo que al delito no impedido le correspondiera igual o menor pena, en cuyo caso se impondrá la pena inferior en grado a la de aquél.*

*2. En las mismas penas incurrirá quien, pudiendo hacerlo, no acuda a la autoridad o a sus agentes para que impidan un delito de los previstos en el apartado anterior y de cuya próxima o actual comisión tenga noticia.*

El **Código de Deontología Médica**<sup>108</sup>, en su artículo 30, refleja la disculpa en el quebrantamiento del secreto profesional en esos casos:

**- Artículo 30:** 1.- *El secreto profesional debe ser la regla. No obstante, el médico podrá revelar el secreto exclusivamente, ante quien tenga que hacerlo, en sus justos límites, con el asesoramiento del Colegio si lo precisara, en los siguientes casos: [...]*

*e. En caso de malos tratos, especialmente a niños, ancianos y discapacitados psíquicos o actos de agresión sexual.*

*h. Por imperativo legal: 1. En el parte de lesiones, que todo médico viene obligado a enviar al juez cuando asiste a un lesionado. [...]*

Por otra parte, el **Real Decreto 1030/2006** por el que se establece la **Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud**<sup>59</sup>, recoge como una función del personal sanitario de Atención Primaria, Atención Especializada y Urgencias, la comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en caso de violencia de género y de malos tratos a menores o ancianos.

Anexo II. *Cartera de servicios comunes de atención primaria:*

- *6.6.3. Comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en el caso de sospecha de violencia de género o de malos tratos en menores, ancianos y personas con discapacidad y, si procede, a los servicios sociales»*

Anexo IV. *Cartera de servicios comunes de prestación de atención de urgencia:*

- *2.8. La comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en el caso de sospecha de violencia de género o de malos tratos en menores, ancianos y personas con discapacidad.*

La referida Ley 1/2004 articula un conjunto de medidas para proporcionar una respuesta global a la violencia ejercida sobre las mujeres por parte de su pareja o ex

pareja, abarcando aspectos de sensibilización e intervención en el ámbito educativo, sanitario, social, asistencial y de atención, así como normas procesales, penales y civiles.

Esta Ley modificó sustancialmente la organización judicial española con la intención de mejorar la protección y la rapidez en la respuesta ante los casos de violencia de género, creando los Juzgados de Violencia sobre la Mujer, que son los encargados de atender estas situaciones y es a los que habrá que remitir los Partes de Lesiones por Violencia de Género que se elaboren tras atender a las víctimas.

A su vez, la mayoría de Comunidades Autónomas han desarrollado sus propias legislaciones en materia de violencia de género, que mantienen una homogeneidad importante con la estatal en los aspectos más importantes de la misma.

Sin embargo, algunas leyes de violencia de género de ámbito autonómico, contemplan al amparo del término todas las formas de violencia contra las mujeres incluyendo cualquier tipo de abuso o agresión, mutilación genital, acoso sexual en el ámbito laboral, o tráfico de mujeres con fines de explotación sexual, por ejemplo la Ley 5/2005, de 20 de diciembre, *Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid*<sup>60</sup>.

Algo similar ocurre por ejemplo con la ley 5/2008, de 24 de abril, *del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista en Cataluña*<sup>61</sup>. Ahí, se entiende por violencia machista toda aquella que se ejerce contra las mujeres sólo por el hecho de ser mujeres. Por lo tanto, dependiendo del ámbito territorial del estudio el límite del concepto puede ser mayor o menor, y habrá que tenerlo en cuenta a la hora de comunicarlo al juzgado correspondiente.

En nuestro ámbito de salud, otras formas y manifestaciones de la violencia contra las mujeres pueden llegar a la consulta sanitaria, como la mutilación genital femenina, las agresiones y abusos sexuales, el acoso sexual en el ámbito laboral, que si bien son consideradas delito en nuestro ordenamiento jurídico, se encuentran reguladas en el **Código Penal**<sup>114</sup> y en **La Ley de Enjuiciamiento Criminal**<sup>113</sup> pero no en la ley de medidas de protección integral contra la violencia de género, porque en la misma no se consideran como tales.

En el caso de otras situaciones de violencia hacia la mujer no cometidas por su pareja o ex pareja, así como en el resto de situaciones de violencia familiar en todas sus modalidades, con resultado de lesiones, se emitirá también el parte de lesiones,

pero no bajo el epígrafe de violencia de género, y se enviará también al juzgado de guardia, aunque será el juzgado de instrucción y no el de violencia sobre la mujer el que habrá de tratarlo.

En el capítulo de ANEXOS I y II recogemos, por su interés, un resumen de los principales cambios legislativos recientes que afectan a la violencia doméstica y de género, junto a un extracto de los artículos del Código Penal vigente, que fueron modificados sustancialmente por la referida Ley 1/2004 de medidas de protección integral contra la Violencia de Género, con las nuevas medidas que se han ido incorporando a través de diferentes disposiciones desde su aprobación, alguna de las cuales son de este mismo año 2015 y están entrando en vigor en las fechas de la finalización de esta Tesis Doctoral (Octubre de 2015).

### **1.7.2. Documentación médico-legal. El Parte de Lesiones**

El Parte de Lesiones (PL) es un documento médico-legal mediante el que se traslada a la autoridad judicial lo que el saber profesional ha permitido conocer. Su finalidad es poner en conocimiento del juez la responsabilidad de terceras personas en un hecho concreto.

Como ya hemos dicho, el médico está obligado a dejar constancia por escrito de sus actuaciones, tanto en el registro de su actuación en la historia clínica del enfermo, como en cualquier circunstancia que se le requiera. Estas comunicaciones se concretan en los llamados documentos médico-legales, que se pueden definir como todas aquellas actuaciones escritas que utiliza el médico en sus relaciones profesionales con las autoridades, los organismos, las instituciones o cualquier persona<sup>70</sup>.

Son muchos los documentos de estas características que los médicos deben manejar, entre otros se incluyen los partes (judiciales, sanitarios, laborales), las actas (de nacimiento, de declaración de aborto), los certificados (médico ordinario, de defunción, de aptitud para la obtención de permisos de conducción) y otros muchos (Figura 12).

CLASES DE DOCUMENTOS MÉDICO-LEGALES

---

*Parte Médico*  
*Oficio*  
*Acta*  
*Certificado*  
*Declaración*  
*Informe*  
*Consulta*  
*Tasación*  
*Dictamen*  
*Instancia*  
*Memoria*

---

**Figura 12. Documentos médico-legales**

Siguiendo a Gisbert Calabuig<sup>72</sup>, el Parte médico es aquella comunicación que ha de hacer el facultativo en medicina, a la autoridad judicial correspondiente, de un hecho que puede revestir los caracteres de un delito o falta y del cual ha tenido conocimiento en el ejercicio de su profesión, cargo o intervención. En la práctica y centrándonos a nivel judicial, existen varios tipos de Parte, entre los que destacaremos el PL, el cual tiene por objeto dar a conocer un hecho que pudiera revestir las características de delito<sup>73,74</sup>, quedando obligado el médico a su emisión en virtud de los correspondientes preceptos de la Ley de Enjuiciamiento Criminal en su artículo 263, al que nos hemos referido anteriormente.

Dentro de los documentos médicos-legales, el PL es el que con mayor frecuencia se ven obligados a extender los médicos, sobre todo aquéllos que ejercen su profesión en las áreas de urgencias, donde acuden un gran número de lesionados para recibir asistencia facultativa<sup>71</sup>.

El PL debe describir las lesiones que presenta el paciente que haya sufrido un accidente o agresión, el mecanismo de producción, además de recoger la asistencia o tratamiento médico que se le ha prestado.

En la descripción de las lesiones es importante ser minuciosos y objetivos, incluyendo el tipo de lesión, su tamaño, forma, color, número y localización anatómica, así como sus posibles causas y la explicación ofrecida por la víctima sobre como se las ha producido, siendo recomendable recoger sus propias palabras sobre ese particular en la historia clínica y en el propio parte de lesiones.

Algunas consideraciones sobre la valoración de las lesiones en pacientes víctimas de violencia de pareja muy recomendables para ser tenidas en cuenta en el reconocimiento médico de estas pacientes son recogidas por Rodríguez Calvo<sup>107</sup>.

Esta autora, partiendo de la base de que las lesiones intencionadas que aparecen con más frecuencia en casos de violencia de pareja pueden ser por instrumentos contundentes o por arma blanca, describe características y particularidades que debemos no olvidar en la atención a estas pacientes, entre las que podemos destacar las siguientes:

- Que muchos impactos pueden causar dolor inicial que puede durar horas o días, sin que se aprecie evidencia de lesión, por lo que la ausencia de lesión no implica que no haya habido agresión.
- Que el eritema y el edema es una respuesta transitoria que pasadas unas horas puede desaparecer y no dejar rastro de lesión en la víctima.
- Que las escoriaciones son lesiones superficiales como rasguños, rozaduras y arañazos y tienen su expresión médico-legal más importante en las de tipo figurado, como los estigmas ungueales producidos durante las maniobras de forcejeo o de estrangulación.
- Que las equimosis y los hematomas pueden tardar horas en aparecer, pueden no aparecer en el sitio donde se recibió el golpe y que son más frecuentes en niños, ancianos y mujeres, apareciendo en los brazos, en maniobras de forcejeo con la víctima o en el cuello, si ha habido intento de estrangulación, o en la cara, tras una bofetada, por la que también se puede producir rotura timpánica, una lesión muy específica de violencia de pareja, etc<sup>107</sup>.

La importancia de la emisión del PL radica en que, a veces, es el único instrumento con el que cuentan los juzgados, la única prueba de un posible delito, ya que hay lesiones que con el tiempo desaparecen. Servirá también para avalar la declaración realizada por la mujer y sobre todo para activar medidas de protección.

El PL es un indicio racional de criminalidad suficiente para formular acusación y apertura del juicio oral, aún en contra de la voluntad de la mujer, por lo que se celebrará juicio penal. En éste, el parte de lesiones podrá ser prueba suficiente para desvirtuar el principio de presunción de inocencia del *artículo 24* de la *Constitución Española*, por lo que su función puede ser primordial para conseguir una sentencia condenatoria del perpetrador de la agresión<sup>64</sup>.

No podemos obviar esta importante misión del PL y nuestra obligación al respecto. Sin embargo, la emisión del PL plantea a veces a los profesionales sanitarios preocupación sobre los posibles efectos negativos derivados de dicha actuación, especialmente en aquellos casos en que la mujer manifieste no estar de acuerdo con ella<sup>65</sup>.

Estos efectos estarían relacionados con el rechazo y pérdida de confianza de la mujer por no haber respetado su decisión, con posibilidad de deterioro de la relación médico-paciente y con el potencial incremento del riesgo para la salud o la vida de la mujer por represalia del maltratador<sup>66,69</sup>, hasta el punto de que muchas mujeres no acuden a los centros médicos por miedo a que la situación se denuncie<sup>67</sup>.

En la toma de decisiones ante situaciones de maltrato, los profesionales sanitarios deben ser capaces de conjugar armoniosamente las obligaciones legales y los deberes éticos que deben guiar su actuación<sup>68</sup>, intentando evitar las situaciones que parecen enfrentarlos, de manera que prevaleciendo el respeto a la ley, la buena praxis profesional redunde en una mejora de la salud de los pacientes víctimas de violencia.

Los PL debe contener la información necesaria para poder cumplir su objetivo: informar a la autoridad judicial de lo que hemos constatado en nuestra asistencia. El lenguaje debe ser preciso, pero no técnico, de manera que pueda comprenderse fácilmente, reflejando lo más exactamente posible los detalles importantes y obviando los que no lo sean. Todo PL debe contar con una perfecta identificación del lesionado y del facultativo que presta la asistencia, la hora, fecha y lugar en que se produjeron los hechos, la descripción detallada de las lesiones y de los mecanismos de producción de las mismas, según el relato del lesionado, el tratamiento que ha precisado y si ha precisado ingreso hospitalario. Debe indicar el lugar y fecha donde y cuando se realiza y debe estar firmado por el facultativo que lo realiza, indicando la autoridad judicial al que se dirige.

En los casos de VG, el *Protocolo común para la actuación sanitaria*<sup>51</sup> al que ya nos hemos referido antes, incide en la importancia de detallar el parentesco del presunto agresor con la mujer, porque el proceso judicial que se desencadene no será el mismo. Identificar los casos de violencia de género dentro del ámbito competencial de la Ley Orgánica 1/2004, facilita que el Decanato de los juzgados tenga conocimiento de que ha de tramitar la causa a un juzgado con competencias en violencia de género. De otro modo, se podría remitir a un Juzgado sin competencias

en esta materia, que tendría que inhibirse, retrasando la tramitación en perjuicio de la mujer.

Por esta razón, muchos centros han optado por elaborar un *PL específico para casos de VG*, que se centre en recoger información relativa al tipo de violencia sufrida, el estado emocional de la paciente cuando acude a Urgencias, la existencia de agresiones previas y duración de las mismas en caso de existir, así como los antecedentes médicos que pudieran estar relacionados con el maltrato, con el fin de dar la visión cronológica de la historia de violencia y la posible existencia de maltrato habitual, la presencia de testigos, la existencia de otras personas agredidas, un teléfono seguro de la víctima y aspectos relacionados con la seguridad de la víctima y la intención de interponer denuncia o no.

Una vez cumplimentado el PL, se deberían hacer al menos tres copias (para el juez, para el paciente y para el archivo en la historia clínica) y leerlo a la paciente, informándole de que se va a dar cumplimiento a la legalidad vigente remitiéndolo al juzgado. El PL debe salir con urgencia por la vía más rápida posible para ser presentado en el Juzgado de Guardia. Su envío no se puede demorar. Por ello, es importante sistematizar las vías de remisión del Parte de Lesiones, dejando claro qué profesional debe encargarse en la práctica de enviarlo (médico/a, personal administrativo, enfermería, etc.) y a través de qué medio debe ser remitido (fax, correo electrónico, correo postal, policía).

El envío del parte de lesiones a la autoridad judicial supone, generalmente, su registro de entrada y remisión al Decanato de los Juzgados. Una vez tiene lugar el registro de entrada del parte de lesiones en la correspondiente oficina judicial, la tramitación de la causa va a ser igual que si se hubiera presentado denuncia por la mujer o por personas cercanas a la misma (vecindad, amistad), como puede apreciarse en la Figura 13, en la que se recogen las denuncias por VG y su procedencia en el partido judicial de Cartagena, al que pertenece nuestro hospital, donde se puede constatar que el porcentaje de denuncias iniciadas por PL ha ido en aumento hasta alcanzar a una de cada cinco denuncias durante el año 2004, lo cual da muestra de la importancia que puede llegar a adquirir.

Año	Presentada directamente por víctima	Presentada directamente por familiares	POR ATESTADOS POLICIALES			A raíz de un PARTE DE LESIONES	Por Servicios asistencia-Terceros en general	TOTAL	ÓRDENES DE PROTECCIÓN
			Con denuncia víctima	Con denuncia familiar	Intervención directa policial				
Año 2011	13	1	720	19	292	30 (3)	122	1197	404
Año 2012	2	134	326	9	81	43 (7)	55	650	275
Año 2013	7	2	502	7	77	42 (7)	0	637	242
Año 2014	13	0	426	12	40	120 (20)	0	611	328

**Figura 13 Denuncias por VG en el partido judicial de Cartagena 2011-2014, origen de las mismas y órdenes de protección concedidas.**

En el Decanato se determinará cual será el Juzgado que conocerá del asunto teniendo en cuenta, en primer lugar, la clase de Juzgado competente de acuerdo con la legislación vigente. En segundo lugar, si en ese partido judicial existe más de uno de la misma clase, conocerá aquél al que le corresponda de acuerdo con la aplicación de unas normas de reparto que son previamente aprobadas por la Junta de Jueces de cada partido judicial.

Recibido el PL, la autoridad judicial ordenará la incoación del procedimiento penal (o lo unirá, si tuvo conocimiento previo de los hechos, al procedimiento penal ya incoado) y acordará la práctica de diligencias de investigación y, en su caso, la adopción de medidas de protección de la víctima.

En el caso de que se hubiera solicitado una orden de protección, el juzgado de guardia, siempre que concurren los presupuestos para su aplicación, convocará a una audiencia urgente a la víctima, al solicitante (si fuera distinto de la víctima), al agresor, asistido de abogado y al Ministerio Fiscal. Esta audiencia se celebrará en un plazo máximo de 72 horas desde la presentación de la solicitud. Celebrada esta audiencia, el órgano judicial resolverá si concede la orden de protección .

### 1.7.3. Criterios de Calidad de los Partes de Lesiones

Para que puedan cumplir la función para la que están concebidos, los PL deben reunir unas características de forma y contenido que permitan transmitir a la autoridad judicial la información relevante que necesita para decidir sobre la agresión acontecida, además de ser remitidos a la mayor brevedad al juzgado.

Ya hemos indicado que desde la promulgación de la Ley 1/2004 de *Medidas de protección integral contra la VG* <sup>48</sup>, es normal disponer en los centros sanitarios de dos tipos de PL, uno genérico de lesiones y otro específico para casos de VG, que recoja las recomendaciones del *Protocolo común para la actuación sanitaria en VG* <sup>51</sup>

Los PL serán de mayor calidad en la medida en que sirvan mejor para cumplir su cometido, lo que conseguirán realizar si se presentan en el juzgado lo antes posible, no presentan tachaduras, su letra es legible y recogen toda la información que al respecto recomienda el Protocolo común referido relativa a los datos de filiación de la víctima, los del lugar de asistencia y el facultativo responsable, los del tipo de agresión y lesiones sufridas, el estado psíquico de la víctima tras la asistencia, las medidas terapéuticas precisadas, el momento y lugar de la agresión, datos relacionados con posibles situaciones previas de maltrato, duración en su caso, si existen otros agredidos o si hay testigos de la agresión, identificación del supuesto agresor, si quedará ingresada o será alta, si precisa alguna medida de protección y si tiene intención de denunciar.

En el capítulo de Material y Métodos describiremos con detalle como se han concretado estos requisitos en una escala de valoración de la calidad de los PL <sup>75</sup> y como hemos modificado la misma para aplicarla en la medición de la calidad de todos los PL de pacientes atendidos por violencia en el ámbito doméstico.

#### **1.7.4. Historia Clínica Electrónica y Partes de Lesiones**

El programa *SELENE* (Siemens), estación clínica del Sistema de Información Hospitalario Corporativo del Servicio Murciano de Salud (SMS), que se encuentra implantada en nuestro hospital desde mediados de la pasada década, almacena la información generada en forma de *objetos clínicos*, a través de los cuales el personal sanitario realiza el registro de su actuación sobre el paciente. Estos *objetos clínicos* son elementos de información clínica que dependen de un proceso asistencial determinado y pueden ser de cuatro tipos generales: *Notas*, *Peticiones*, *Formularios* e *Informes*, encontrándose relacionados entre sí y pudiendo generarse varios de ellos a partir de otros previamente elaborados.

Los *Formularios* permiten registrar la información mediante elección de opciones o con lenguaje no controlado (texto libre) y pueden incluir varias pestañas o pantallas que permiten la cumplimentación de una serie de aspectos determinados

sobre el asunto clínico de que se trate. El sistema permite al administrador establecer previamente el listado de cuestiones a cumplimentar en el mismo e incluso que sea de obligado cumplimiento, de manera que no pueda finalizarse un episodio clínico con un paciente sin que se haya terminado la elaboración de ese formulario o de algún aspecto determinado del mismo. Los formularios así generados son almacenados en el sistema informático y pueden consultarse en la Historia Clínica Electrónica (HCE) de cada paciente, pero no pueden utilizarse fuera del sistema informático ni imprimirse en papel para su utilización, en principio, pues su diseño no está concebido para ello.

Si se desea compartir esa información fuera del sistema informático o utilizarse de cualquier forma, es necesario elaborar un *Informe*, que se generará automáticamente, a partir del *Formulario* de que se trate cuando así lo decida el facultativo responsable. De esta manera, el *Informe* se elabora mediante la exportación automática de la información recogida en el *Formulario* correspondiente a una hoja de un procesador de texto (Word), con una plantilla también predefinida para el tipo de informe de que se trate y en el que también cumplimenta automáticamente el sistema los datos de filiación del paciente y del médico que lo realiza, los referentes al Servicio Hospitalario y al propio centro donde el acto clínico tenga lugar, así como la hora de elaboración del mismo o la información que previamente se defina de la disponible en el sistema, a la vez que permite el uso de texto libre, guardándose el mismo, tras finalizar su confección, en formato PDF, en la HCE del paciente, pudiéndose imprimir o utilizarse fuera del sistema de la manera que se considere oportuna.

La elaboración de los Informes a partir de los Formularios correspondientes, permite por un lado almacenar informáticamente mucho mejor los datos clínicos recogidos en los formularios, al hacerse en paquetes de información, y por otro lado, permite una mayor homogeneidad en los datos recogidos en los Informe clínicos finales y mejora la calidad de la información aportada en los mismos.

Los Partes de Lesiones (PL) que se elaboran en nuestro centro son Objetos Clínicos del programa *SELENE* de tipo *Informe* y por lo tanto, documentos en formato PDF, que se crean a partir de unos *Formularios* específicos diseñados para tal fin.

## **2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS**



## 2.1 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La violencia dentro de las familias, en sus múltiples variantes (violencia de pareja, violencia hacia descendientes, ascendientes, entre hermanos, entre otros miembros de la familia, sobre discapacitados familiares, sobre otros convivientes, etc.), es un problema social emergente<sup>7</sup>.

En la violencia de pareja confluyen condicionantes de la violencia familiar a la vez que otros propios de la violencia contra la mujer por razón de su sexo o violencia de género. La violencia de género es considerada un ataque a los derechos humanos de las mujeres y un problema de salud pública por la OMS, ONU y las autoridades sanitarias de la mayoría de los países civilizados, disponiendo de cambios normativos, legales, educativos y sanitarios, a la vez que asignando recursos económicos encaminados a combatirla e intentar eliminarla<sup>1,41,48</sup>.

Todos los avances en la lucha contra la violencia en la familia y la violencia de género tiene que partir de un conocimiento adecuado de la realidad de la misma, de sus características, formas de presentación, desencadenantes, repercusiones en las víctimas y en el resto de miembros de la familia, dificultades para la resolución del conflicto, etc., que permita una adecuada planificación de la intervención e inversión de los recursos disponibles, que aunque son muy numerosos los destinados a este problema por la gran relevancia social que ha adquirido, siempre son limitados.

Las cifras de las encuestas sobre su prevalencia en la sociedad no coinciden con las cifras de las asistencias por los sistemas de salud a las víctimas de estas formas de violencia, por lo que se constata que a pesar de todo lo que se conoce sobre la violencia en la familia y la violencia de género, las campañas de educación y concienciación y los planes de prevención instaurados a todos los niveles, sigue siendo un problema silenciado, difícil de detectar y tabú para gran parte de la sociedad, de manera que hay miles de víctimas que no han sido capaces todavía de romper el silencio y conseguir una salida a la violencia que viven diariamente<sup>12,28</sup>.

El sistema sanitario juega un papel fundamental en la lucha contra la violencia en la familia y la violencia de género en tres importantes niveles: en primer lugar, en la detección precoz de las situaciones de violencia no declaradas, evitando situaciones de riesgo para la salud e incluso para la vida de las víctimas; en segundo lugar, en el tratamiento y la asistencia sanitaria que precisen las víctimas directas o

indirectas que sufren esta clase de violencia, tanto en sus fases agudas como en las más larvadas; y en tercer lugar en la colaboración con la gestión eficaz del conflicto y la salida de la violencia de la víctima<sup>51,107</sup>.

Para facilitar la salida de la violencia a estos pacientes, el médico cuenta con un arma fundamental: el Parte de Lesiones. Su correcta elaboración y su adecuado traslado a la autoridad judicial puede ser decisivo para el principio del fin de la violencia, eliminando el riesgo continuo para la salud de la víctima y su entorno que lo contrario conlleva<sup>65</sup>.

Desde el servicio de urgencias de un hospital de área, que atiende a una población de unas 270.000 personas como único centro hospitalario de referencia, podemos colaborar en esta lucha de manera muy destacada, pues las víctimas que contactarán con nosotros serán principalmente aquellas que se encuentran en la fase de explosión o agresión del ciclo de la violencia, con lesiones agudas o más graves y en un momento en que las víctimas pueden necesitar más ayuda y se pueden encontrar más dispuestas a aceptarla<sup>52,53</sup>.

Para ello deberíamos conocer la incidencia de los casos de violencia familiar y de violencia de género que son atendidos en el servicio de urgencias de nuestro centro, determinar las características de los pacientes afectados, las distintas tipologías de las agresiones sufridas y las peculiaridades de la asistencia que en Urgencias han recibido, a la vez que deberíamos determinar cómo se han realizado los Partes de Lesiones en cada uno de los casos y su comunicación a la autoridad judicial, con el objetivo de determinar oportunidades de mejora en nuestra actuación, que nos permitiera posteriormente planificar intervenciones y destinar recursos en la dirección adecuada.

Saber reconocer adecuadamente los casos que reclamen asistencia en nuestro medio por violencia en la familia o violencia de género y tratarlos convenientemente en la asistencia médica y en la correcta gestión del conflicto hacia su salida de la violencia, mejorará la salud y la calidad de vida de muchos de nuestros pacientes y sus familias.

Desde el Servicio de Urgencias de un hospital de área podemos mejorar la respuesta sanitaria al problema de la violencia en el ámbito doméstico en sus diferentes formas de presentación, aplicando los procedimientos de detección, actuación y gestión eficaz del conflicto que se utilizan en los casos de violencia de

género, desarrollados eficazmente en los últimos años por la especial atención puesta sobre este grave problema de salud desde todos los niveles de intervención.

Identificando los casos de violencia en el ámbito doméstico definidos como violencia de género, violencia doméstica o intrafamiliar no de género y otros tipos de violencia en el domicilio, en sus diferentes formas de presentación y comparando sus características y las de las asistencias sanitarias a sus víctimas, podrán determinarse ineficiencias y oportunidades de mejora en la atención sanitaria prestada desde el Servicio de Urgencias de un hospital de área, en los tres campos principales de actuación a este nivel: identificación de las situaciones de violencia, tratamiento de los problemas de salud que generan y contribución a la salida de la violencia de la víctima.

## **2.2. OBJETIVOS**

### **2.2.1. Objetivo principal o primario**

Determinar las características de los casos de violencia en el ámbito doméstico en sus diferentes formas de presentación, atendidos en un servicio de urgencias de hospitalario, la respuesta sanitaria ante aquellos en la atención a la salud de la víctima y la posible facilitación de su salida de la violencia mediante la correcta elaboración de los partes de lesiones.

### **2.2.2. Objetivos específicos o secundarios**

2.2.2.1. Calcular la incidencia de asistencias por violencia doméstica en un servicio de urgencias hospitalario, en función de las diferentes clases de violencia definidas: violencia de género, violencia doméstica o familiar no de género y otros tipos de violencia en domicilio.

2.2.2.2. Determinar las características socio-demográficas y clínicas de las víctimas de violencia en el ámbito doméstico atendidas en un servicio de urgencias hospitalario y analizarlas según la clase de violencia.

2.2.2.3. Determinar las características de los perfiles lesionales y la gravedad de las agresiones sufridas por las víctimas de violencia en el ámbito doméstico que solicitan asistencia en un servicio de urgencias hospitalario.

2.2.2.4. Determinar las características de las asistencias prestadas a las víctimas de violencia en el ámbito doméstico que solicitan atención en un servicio de urgencias hospitalario.

2.2.2.5. Calcular la frecuentación a servicios de urgencias hospitalarios de las víctimas de violencia en el ámbito doméstico que solicitan asistencia en un servicio de urgencias hospitalario y analizarlo según la clase de violencia .

2.2.2.6. Determinar la existencia de factores asociados con la repetición de agresiones, la severidad de la violencia y la gravedad de las lesiones en las víctimas de violencia de género atendidas en un servicio de urgencias hospitalario.

2.2.2.7. Calcular el grado de cumplimentación y la calidad de los partes de lesiones elaborados en la atención a las víctimas de violencia en el ámbito doméstico que solicitan asistencia en el servicio de urgencias de un hospital de área y analizarlo en función de la clase de violencia.

### **3. MATERIAL Y MÉTODO**



### 3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

Este estudio ha sido realizado en el **Hospital General Universitario Santa Lucía** (HGUSL) de Cartagena (Murcia), establecimiento sanitario gestionado por el Servicio Murciano de Salud (SMS) y perteneciente a la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia. Fue inaugurado el 23 de febrero de 2011 y presta servicio al Área de Salud II de la Región de Murcia, que engloba los municipios de Cartagena, Fuente Álamo, La Unión y Mazarrón. La población atendida es de aproximadamente 279.000 habitantes con Tarjeta Sanitaria Individual.

Se trata de un centro hospitalario de reciente creación, con una capacidad de 667 camas, 115 locales de consulta, 14 quirófanos más 1 quirófano específico de cesáreas y 8 paritorios, 33 puestos de hospital de día médico y 26 de hospital de día quirúrgico, que posee un Servicio de Urgencias Generales, con acceso directo para el área de Pediatría y Neonatología y para la de Ginecología y Obstetricia.

**Tabla 1. Datos de asistencias en Urgencias del HGSLU de Cartagena**

AÑO	2012	2013	2014
<b>Urgencias Atendidas</b>	145.423	153.180	160.430
<b>Media mensual</b>	12.119	12.765	13.369

*Nota.- Datos referentes a las tres áreas de Urgencias existentes en el hospital: general, pediatría y ginecología-obstetricia.*

Este centro hospitalario ha conseguido, desde su apertura, la total informatización de la Historia Clínica, mediante el registro de los procedimientos clínicos y asistenciales a través del programa *SELENE*, de la casa Siemens, que constituye la Estación Clínica del Sistema de Información Hospitalario Corporativo del SMS y comenzó a implantarse en los hospitales de la Región de Murcia a mediados de la pasada década.

## **3.2 DISEÑO DEL ESTUDIO**

### **3.2.1 Tipo de diseño del estudio**

Para intentar alcanzar los objetivos propuestos, se diseñó un estudio transversal, de tipo observacional, retrospectivo y descriptivo, en cuyo universo muestral fueron incluidos los pacientes que solicitaron asistencia médica por violencia en el ámbito doméstico en el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario "Santa Lucía" de Cartagena, durante el periodo de estudio.

### **3.2.2. Período de estudio**

Desde Noviembre de 2011 hasta Mayo de 2015, incluidos. Para el estudio de la variable de Frecuentación a Urgencias, se han recogido datos correspondientes a asistencias de los pacientes de la muestra a Servicios de Urgencias desde Mayo de 2010 hasta Mayo de 2015, al encontrarse accesibles en el sistema informático y con el fin de poder calcular índices de frecuentación comparables con estudios publicados.

## **3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO**

### **3.3.1. Población diana y de estudio**

En el diseño de nuestro estudio se consideró como unidad de análisis a los pacientes víctimas de violencia en el ámbito doméstico que solicitaron asistencia en Urgencias de nuestro centro por esa causa, en el periodo de tiempo analizado, considerando la unidad de muestreo esos mismos pacientes, por lo que ambas unidades fueron coincidentes.

La **población diana o de referencia** de nuestro estudio estaría constituida por los pacientes víctimas de violencia en el ámbito doméstico que son atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena.

La **población accesible o de estudio**, se conformó con los pacientes que solicitaron asistencia en el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena por violencia en el ámbito doméstico, durante el periodo de tiempo objeto de estudio, de 3 años y medio de duración (43 meses), que cumplieron los criterios de inclusión necesarios para formar parte del estudio, sin que fueran afectados por alguno de los criterios de exclusión.

#### **3.3.1.1. Criterios de inclusión**

- Pacientes en cuya HCE existe un *Formulario de Parte al Juzgado de Instrucción de Guardia* en el que figura como motivo del mismo la "agresión", y en los que se hace referencia a haber sido originada por la pareja o ex-pareja de la víctima, un familiar o por cualquier otra persona cuando el lugar de la agresión ha sido el domicilio de la víctima, que haya sido elaborado durante el periodo de estudio.
- Pacientes en cuya HCE existe un *Formulario de Parte Judicial por Violencia de Género* elaborado durante el periodo de estudio.

#### **3.3.1.2. Criterios de exclusión**

- Errores en la codificación de los *Formularios* (el análisis de la HCE permite comprobar que el paciente no reúne los criterios de inclusión)
- *Formularios* de prueba que no se corresponden con pacientes reales.
- Pacientes con HCE de acceso restringido o no disponible.

### **3.3.2. Configuración de la muestra**

Para la configuración de la muestra se han utilizado los Formularios de PL existentes en las historias clínicas de los pacientes víctimas de violencia en el ámbito doméstico.

En nuestro centro existen dos tipos de *Formularios* que pueden ser utilizados para la elaboración de un PL:

- El *Formulario de Parte al Juzgado de Instrucción de Guardia*, de tipo genérico, que se utiliza para todos los casos en que se asiste a un lesionado. Se activa su cumplimentación cuando el paciente solicita la asistencia en Urgencias tras haber sufrido un accidente fortuito, laboral o de tráfico, una intoxicación o una agresión, categorías que a la vez constituyen los distintos tipos de partes posibles. Este tipo de PL, recoge un número determinado de datos de filiación del paciente y el facultativo que le presta asistencia, así como otros referentes a la propia asistencia en sí, tal como puede observarse en la Figura 14.

DATOS DEL FORMULARIO  
**“PARTE AL JUZGADO DE INSTRUCCIÓN DE GUARDIA”**  
(Parte de Lesiones genérico por agresión)

1. Datos de Filiación del paciente	8. Otras Exploraciones
2. Datos de Filiación del facultativo	9. PETICIONES
3. Fecha de Creación Formulario	10. TRATAMIENTO
4. Lugar del accidente	11. Tipo de Parte
5. Actitud Terapéutica	12. Traslado
6. Diagnóstico Principal y Secundarios	13. Tratamiento en Urgencias
7. Exploración Física	

**Figura 14. Componentes del Parte de Lesiones genérico.**

- *Formulario de Parte Judicial por Violencia de Género*, específico para los casos en que sean atendidas víctimas de VG. La necesidad de su cumplimentación se activa en el sistema cuando la víctima de VG solicita ser atendida. Posee más apartados y ventanas con pestañas de respuesta múltiple con diferentes aspectos a considerar tanto del episodio de violencia por el que se solicita asistencia como por la situación que la víctima puede vivir en su día a día (el riesgo que tal situación conlleva, la existencia de maltrato con o sin denuncias previas, el estado de ánimo de la víctima, etc.), por lo que, en caso de que se rellene correctamente en todos sus apartados, será mucho más completo que el anterior e informará con mayor exactitud de lo acaecido a la víctima ante la autoridad judicial competente cuando le llegue a esta, lo cual permite dar cumplimiento a las recomendaciones recogidas en el *Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género*<sup>51</sup> elaborado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud además de a la normativa legal vigente (Figura 15).

## DATOS DEL FORMULARIO "PARTE JUDICIAL POR VIOLENCIA DE GÉNERO"

(Parte de Lesiones específico de violencia de género)

1. Datos de Filiación del paciente	21. Resumen de Evolución
2. Datos de Filiación del facultativo	22. Otras Exploraciones
3. Fecha de Creación Formulario	23. PETICIONES
4. Fecha y lugar de la agresión	24. TRATAMIENTO
5. Alergias medicamentosas	25. Recomendaciones al Alta
6. Antecedentes Personales	26. Diagnóstico Principal
7. Asesoramiento – Notificación	27. Dg. Principal al alta
8. Trabajo remunerado	28. Dg. Secundario al alta
9. Tratamiento Crónico	29. Dg. Síndromico (Inf. Protección)
10. Embarazo	30. Autorización a Atención Primaria
11. Estado emocional	31. Autorización a Trabajo Social
12. Tipo de maltrato	32. Observaciones
13. Maltrato previo	33. Observ. peligrosidad agresor
14. Tipo maltrato previo	34. Observ. valoración seguridad
15. Duración del maltrato	35. Teléfono seguro de contacto
16. Intención de denunciar	36. Peligrosidad del agresor
17. Denuncias previas	37. Relación con el agresor
18. Otras personas agredidas	38. Riesgo extremo
19. Descripción detallada de lesiones	39. Si menor de edad, datos adulto acompañante
20. Relato de los hechos	40. Supervisado por Adjunto

**Figura 15. Componentes del Parte de Lesiones específico para violencia de género.**

Para seleccionar a los integrantes de la muestra se aplicaron los criterios de inclusión en los registros informáticos de HCE de *SELENE* de nuestro centro.

De este modo, con la colaboración del Servicio de Informática de nuestro hospital, se obtuvieron 11.532 *Formularios de Parte al Juzgado de Instrucción de Guardia*, elaborados desde noviembre de 2011 a mayo de 2015 de los cuales, en 3.175 se detectó como motivo de la asistencia en Urgencias la existencia de una "agresión" al paciente.

Estos 3.175 *Formularios* fueron revisados aplicando distintos filtros informáticos sobre los listados de los mismos elaborados en hojas del programa EXCEL (Microsoft), lo que permitió la detección de las agresiones que cumplían el primer criterio de inclusión y, por tanto, eran susceptibles de haber sido originadas por violencia en el ámbito doméstico, identificándose 368 casos de esta clase.

Por otro lado, el Servicio de Informática también identificó 202 *Formularios de Parte Judicial por Violencia de Género*, que habían sido elaborados en las

asistencias a pacientes víctimas de este tipo de violencia, durante el periodo de estudio, por lo que cumplían el segundo criterio de inclusión.

La aplicación de los criterios de exclusión definidos a estos dos grupos, determinó un conjunto de 525 Formularios, que corresponden a 465 pacientes asistidos por violencia en el ámbito doméstico en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital en el periodo de estudio y constituyen la muestra del mismo. En la Figura 16 se resume el algoritmo de configuración de la muestra.



**Figura 16. Selección de la muestra**  
*PL: Partes de Lesiones. VG: Violencia de género.*

### 3.4. VARIABLES DEL ESTUDIO

Hemos definido las variables que vamos a utilizar para estudiar la muestra en función de su relación con las características de la víctima y el agresor, con la situación de violencia previa a la agresión, con la propia agresión que sufre la víctima y condiciona su solicitud de asistencia en Urgencias, con la atención sanitaria que se le presta y con la gravedad legal que al hecho violento le pudiese corresponder.

### 3.4.1. Variables de resultado o dependientes

#### 3.4.1.1. Variables relacionadas con la agresión

##### 3.4.1.1.1. Variables relativas a la clase y el tipo de violencia sufrida

- **Clase de violencia:** Variable cualitativa policotómica. Refleja la relación de afectividad y convivencia, o no, entre la víctima y el agresor. En este estudio se han definido las siguientes clases de violencia en el ámbito doméstico :
  - a) **Violencia de Género (VG):** Hace referencia a la violencia así específicamente definida en la legislación vigente, es decir, la violencia de un hombre sobre una mujer, de la que es pareja o ex pareja, es o ha sido marido o unido por análoga relación de afectividad, haya o no convivencia.
  - b) **Violencia Doméstica (VD)** (o intrafamiliar no de género): Consideramos incluidas en este apartado el resto de situaciones de agresión sobre cualquiera de las personas enumeradas en el artículo 173.2 del Código Penal, a excepción de las que puedan ser consideradas como Violencia de Género. Se tratará, por tanto, de casos de violencia entre familiares y entre parejas o ex parejas que no puedan ser consideradas como violencia de género, es decir, los casos de violencia de la mujer sobre el hombre, pareja o ex pareja, casados o unidos por análoga relación de afectividad, con o sin convivencia, y sobre los descendientes, ascendientes o hermanos de cualquiera de ellos, 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.
  - c) **Otra tipo de Violencia en Domicilio (OVD):** Incluimos en este apartado las situaciones de violencia ocurridas en los domicilios de las víctimas y detectadas de la misma manera que las anteriores, que no pueden ser encuadradas dentro de ellas al existir otros tipos de relaciones entre víctimas-agresores (amigos o conocidos, no familiares, vecinos, desconocidos, etc.). Puede estar constituido por los casos no declarados de las otras dos clases y usarse como grupo control.

- **Clase de VD:** Variable cualitativa policotómica que define la clase de violencia presente en los casos clasificados como "Violencia Doméstica o intrafamiliar no de género", reflejando otras relaciones afectivas existentes entre víctimas y agresores. Hemos definido los siguientes valores:
  - a) **VD con víctima hombre y agresora su pareja o ex-pareja mujer:** Cuando la víctima sea un hombre y la agresora una mujer, pareja o ex pareja de aquél, con o sin convivencia entre ambos.
  - b) **VD la víctima es un familiar descendiente:** Cuando exista una relación de parentesco, hasta el tercer grado, entre la víctima y su agresor-a, siendo aquella descendiente de este-a, pudiendo ser la víctima hijo-a, nieto-a, sobrino-a, mientras que el agresor puede ser padre, madre, abuelo-a, tío-a, suegro-a, etc.
  - c) **VD la víctima es un familiar ascendiente:** Cuando exista una relación de parentesco, hasta el tercer grado, entre la víctima y su agresor-a, siendo aquella ascendiente de este-a, pudiendo ser la víctima padre, madre, abuelo-a, tío-a, mientras que el agresor puede ser hijo-a, nieto-a, sobrino-a, yerno, nuera, etc.
  - d) **VD entre otros familiares:** Cuando exista una relación de parentesco entre víctima y agresor-a distinta a las especificadas en los puntos anteriores (hermanos, primos, cuñados...)
  - e) **VD entre parejas del mismo sexo:** Cuando se trate de violencia entre parejas o ex-parejas del mismo sexo, pudiendo existir convivencia o no.
- **Clase de OVD:** Variable cualitativa policotómica que define la clase de violencia presente en los casos clasificados como "Otra clase de Violencia en Domicilio", reflejando otros tipos de relación existentes entre víctimas y agresores, para lo que hemos definido los siguientes valores de la variable:
  - a) **Autoagresión:** Cuando la víctima se ha autolesionado, incluyendo en la misma los gestos autolíticos de diversos tipos que pudieran tener lugar en el domicilio del paciente y hayan generado una asistencia y posterior Parte de Lesiones por agresión por tal motivo. Incluirá intentos de autolisis por intoxicación con fármacos o drogas de abuso, asfixia por ahorcamiento o estrangulación, etc.

- b) **Amigos o conocidos, no familiares.** Cuando la víctima afirme conocer a su agresor-a, sin que exista entre ambos relación familiar alguna.
  - c) **Vecinos.** Cuando los agresores-as sean calificados como vecinos-as por la víctima en el relato de los hechos.
  - d) **Desconocidos.** Cuando la víctima afirme no conocer a su agresor-a, siendo originada la agresión tras la entrada de este-a en el domicilio de la víctima con intención de robar.
  - e) **Agresores no definidos por la víctima.** Cuando no se indica quien ha sido el agresor-a.
- **Tipo de Violencia:** Variable cualitativa policotómica. Define el tipo de violencia referida por la víctima en la asistencia en Urgencias. Es recogida del relato de los hechos que la propia víctima realiza y la hemos definido en función de los tres tipos de violencia reconocidos clásicamente para la violencia de género: Psicológica, Física y Sexual. Entendiendo que la agresión psicológica puede darse con o sin violencia física y a la inversa, hemos creído conveniente definir separadamente en una categoría distinta los sucesos en los que den ambas clases simultáneamente, por lo que sus valores quedarían establecidos como mostramos a continuación:

**1. Psicológica:** Recoge los supuestos de *Violencia Psicológica Emocional, de Control y Económica* definidos en la metodología utilizada en la *Macroencuesta 2015* de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género<sup>76</sup>, en los casos de la muestra por VG, mientras que en los de VD y OVD serán incluidos sólo los supuestos de *Violencia Psicológica Emocional*.

Por lo tanto, podrán ser incluidas en este punto las siguientes situaciones:

a) *Violencia Psicológica Emocional*

- 1- Le ha insultado o hecho sentirse mal con ella misma
- 2- Le ha menospreciado o humillado delante de otras personas
- 3- Le ha asustado o intimidado a propósito (por ejemplo gritándole y rompiendo cosas, mirándole de determinada forma)
- 4- Le ha amenazado verbalmente con hacerle daño

5- Le ha amenazado verbalmente con hacer daño a alguien que es importante para la víctima

b) *Violencia Psicológica de Control*

- 1- Trataba de impedirle que viese a sus amigos o amigas
- 2- Trataba de evitar que se relacionase con su familia directa o parientes
- 3- Insistía en saber dónde estaba en cada momento
- 4- Le ignoraba y trataba con indiferencia
- 5- Se enfadaba si hablaba con otro hombre o mujer
- 6- Sospechaba injustificadamente que le era infiel
- 7- Esperaba que le pidiese permiso antes de ir por su cuenta a determinados sitios como por ejemplo un hospital o centro de salud, un centro cultural o deportivo, etc.

c) *Violencia Económica*

- 1- Se negaba a darle dinero para los gastos del hogar cuando la pareja tenía dinero para otras cosas
- 2- Le impedía tomar decisiones relacionadas con la economía familiar y/o realizar las compras de forma independiente
- 3- No le dejaba trabajar o estudiar fuera del hogar.

**2. Física:** Cuando la víctima refiera haber sufrido cualquier tipo de comportamiento del agresor-a que le haya originado un daño físico. Incluye los supuestos definidos en la *Macroencuesta 2015* de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género<sup>76</sup>, que abarcan las siguientes situaciones:

- 1- Le ha abofeteado o tirado algo que pudiese hacer daño a la víctima
- 2- Le ha empujado, agarrado o tirado del pelo
- 3- Le ha golpeado con su puño o con alguna otra cosa que pudiera hacerle daño
- 4- Le ha dado patadas, arrastrado o pegado
- 5- Le ha intentado asfixiar o quemar a propósito
- 6- Le ha amenazado con usar o ha usado una pistola, cuchillo o alguna otra arma contra la víctima

**3. Sexual:** Cuando la víctima refiere haber sufrido algún tipo de acción del agresor-a recogido en los definidos en la *Macroencuesta 2015* de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género<sup>76</sup>, que incluye las situaciones referidas a continuación:

- 1- Le ha obligado a mantener relaciones sexuales cuando no quería
- 2- Ha mantenido relaciones sexuales sin desearlo porque tenía miedo de lo que le podría hacer si se negaba
- 3- Le ha obligado a realizar alguna otra práctica de tipo sexual que no deseaba o que le resultaba degradante o humillante
- 4- Ha intentado obligarle a tener relaciones sexuales contra su voluntad, sujetándole o haciéndole daño de alguna manera sin conseguirlo.

**4. Psicológica y física:** Cuando la víctima refiere haber sufrido ambas de manera simultánea, en el momento de la agresión que motiva su solicitud de asistencia en Urgencias y su inclusión en la muestra, o en un período previo de tiempo.

#### **3.4.1.1.2. Variables relativas al momento y lugar de la agresión**

- **Fecha de la agresión:** Variable tipo fecha.
- **Hora de la agresión.** Variable tipo hora, en formato hh:mm. Para facilitar el estudio se recodificó en **Hora agrupada de la agresión** (variable cualitativa policotómica), con cuatro categorías de franjas horarias: de 00:01 a 06:00 horas, de 06:01 a 12:00 horas, de 12:01 a 18:00 horas y de 18:01 a 00:00 horas. También se cumplimentó este dato cuando aun no estando indicada la hora exacta de la agresión, ésta pudo calcularse por deducción, con los datos aportados en el relato de los hechos recogidos en la historia clínica del paciente.
- **Lugar Agresión:** Variable cualitativa policotómica. Indica el espacio físico donde se ha producido la agresión, pudiendo ser fuera del domicilio familiar en el caso de VG y VD, no siendo posible tal hecho en el caso de OVD, por la propia definición de este tipo de violencia, vinculada al domicilio de la víctima. Se ha categorizado como: 1.- En el domicilio familiar, en el que reside la víctima; 2.- En otro domicilio de familiares o amigos, incluyendo el de la pareja

o ex pareja si no existe convivencia; 3.- En un lugar público, fuera del domicilio.

- **Ciudad:** Variable cualitativa abierta. Refleja el nombre de la localidad, barrio o pedanía en que se ha producido la agresión. Por defecto, se indica la localidad de residencia de la víctima.
- **Localidad Agresión:** Variable cualitativa policotómica. Se obtiene tras asignar la localidad donde se ha producido la agresión a uno de los grupos definidos a continuación: 1. Cartagena centro (ciudad); 2. Cartagena periferia (barrios con mayor frecuencia de exclusión social, como Lo Campano, Los Mateos, Santa Lucía...); 3. Pedanías de Cartagena; 4. Otras localidades de la comarca o de la región; 5. Otras localidades fuera de la Región de Murcia

#### 3.4.1.1.3. Variables relativas al perfil lesional

- **Perfil Lesional:** Variable cualitativa policotómica. Indica el mecanismo de lesión ejercido en la agresión sufrida, según el relato de los hechos que realiza la víctima. Han sido definidos perfiles lesionales de capacidad lesiva creciente. En el caso de darse varios simultáneamente en una agresión, se reflejó el de mayor severidad. Las categorías definidas, son:
  - a) Perfil 1.- Gritos, intimidación verbal, insultos, amenazas, etc.
  - b) Perfil 2.- Sujeción con las manos, zarandeo, forcejeo, agarrones o tirones del pelo, etc.
  - c) Perfil 3.- Empujón y contusión contra pared, suelo, mueble, bofetada, etc.
  - d) Perfil 4.- Puñetazo, patada, golpe con objeto, mordedura, etc.
  - e) Perfil 5.- Herida con arma blanca, objeto punzante o cortante, vidrio, etc.
  - f) Perfil 6.- Quemaduras.
  - g) Perfil 7.- Tocamientos sexuales, incluido el intento de violación.
  - h) Perfil 8.- Violación consumada.
  - i) Perfil 9.- Otros (intento de intoxicación con fármacos o drogas, abandono o descuido de personas dependientes, etc.)

#### 3.4.1.1.4. Variables relativas a la localización de las lesiones en la víctima

- **Localización Lesiones:** Variable cualitativa policotómica. Indica la localización corporal de las lesiones físicas evidenciadas en Urgencias tras la exploración física del paciente. Hemos definido siete posibles valores para esta variable, según la parte del organismo afectada, aceptándose solo una posible respuesta, la que más se acerque a la realidad observada:
  1. Extremidades superiores
  2. Extremidades inferiores
  3. Tronco, incluyendo tórax y abdomen y sus órganos internos, periné y espalda
  4. Cabeza, cara y cuello
  5. Más de una de las anteriores simultáneamente
  6. No se evidencian lesiones físicas
  7. No se refleja la existencia o no de lesiones

Para determinar los posibles factores asociados con la reincidencia de los pacientes en la muestra, la severidad de la violencia sufrida por la víctima y la gravedad de las lesiones, se recodificó esta variable según las lesiones tuvieran una localización periférica (extremidades superiores e inferiores), central (cabeza, cuello, cara, tronco, abdomen o espalda, etc.) o varias localizaciones simultáneamente.

#### **3.4.1.1.5. Variables relativas a la existencia de otros agredidos**

- **Otras personas agredidas:** Variable cualitativa policotómica. Hace referencia a si en el relato de los hechos se evidencia agresión a otras personas, definiendo los posibles valores de la variable según las personas de que se trate: 1. Hijos/as de la víctima; 2. Otras personas dependientes de la víctima o del agresor; 3. Otras personas no dependientes; 4. No existen más personas agredidas.
- **Existen otros agredidos:** Para facilitar el estudio, la anterior variable se recodificó en esta variable dicotómica que expresa si existieron o no más personas agredidas.

#### **3.4.1.1.6. Variables relativas al grado de severidad de la violencia sufrida**

- **Severidad de la violencia:** Variable cualitativa policotómica. Hace referencia a la severidad de la agresión sufrida por la víctima, siguiendo la metodología

utilizada en la *Macroencuesta de Violencia Contra la Mujer 2015* de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género<sup>76</sup>, definiendo cuatro valores posibles relacionados con la importancia de la violencia física o sexual sufrida y uno más por si no es posible su valoración con los datos aportados por la víctima.

1. **Violencia Física MODERADA:** a) Le ha abofeteado o tirado algo que pudiese hacerle daño; b) Le ha empujado, agarrado o tirado del pelo
2. **Violencia Física SEVERA:** a) Le ha golpeado con el puño o con alguna otra cosa que pudiera hacerle daño; b) Le ha dado patadas, arrastrado o pegado; c) Le ha intentado asfixiar o quemar a propósito; d) Le ha amenazado con usar o ha usado una pistola, cuchillo o alguna otra arma contra ella.
3. **Tocamientos sexuales:** a) Le ha obligado a realizar alguna práctica de tipo sexual (sin penetración) que no deseaba o que le resultaba degradante o humillante; b) Ha intentado obligarle a tener relaciones sexuales contra su voluntad, sujetándole o haciéndole daño de alguna manera sin conseguirlo.
4. **Violación:** a) Le ha obligado a mantener relaciones sexuales cuando no quería; b) Ha mantenido relaciones sexuales sin desearlo porque tenía miedo de lo que le podría hacer si se negaba
5. No es posible su valoración

Para determinar los posibles factores asociados con la reincidencia de los pacientes en la muestra, la severidad de la violencia sufrida por la víctima y la gravedad de las lesiones, se recodificó esta variable en 2 categorías según la severidad de la violencia o las agresiones sufridas por las víctimas: **Violencia Moderada** (grupos 1 y 3) y **Violencia Severa** (incluye grupos 2 y 4, descritos más arriba).

- **Gravedad de las lesiones:** Variable nominal ordinal. Hace referencia a la gravedad de las lesiones que presenta la víctima según la metodología utilizada en la *Macroencuesta de Violencia Contra la Mujer 2015* de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género<sup>76</sup>, añadiéndose valores para los supuestos en que la principal manifestación de la agresión sean síntomas ansioso-depresivos (sin la existencia de lesiones físicas

objetivables) o para el caso en que no sea posible determinarse con los datos disponibles, quedando categorizada como se indica a continuación:

1. Ansiedad/Depresión. La exploración física advierte la existencia de signos de ansiedad o depresión, sin lesión física objetivable.
2. **Lesión física MODERADA:** corte (herida superficial), rasguño, moratones, dolor, etc.
3. **Lesión física GRAVE tipo 1:** Lesiones en ojos y oídos, esguinces, luxaciones o quemaduras.
4. **Lesión física GRAVE tipo 2:** Heridas profundas, fracturas de huesos, dientes rotos, lesiones internas o similares.
5. **Lesión física GRAVE tipo 3:** Aborto involuntario
6. No puede determinarse

Para determinar los posibles factores asociados con la reincidencia de los pacientes en la muestra, la severidad de la violencia sufrida por la víctima y la gravedad de las lesiones, se recodificó esta variable en 2 categorías: **Lesión Moderada** (grupos 1 y 2) y **Lesión Grave** (incluye grupos 3,4 y 5, descritos más arriba)

### 3.4.1.2. Variables relacionadas con la asistencia prestada

#### 3.4.1.2.1. Variables relativas al momento de la asistencia

- **Año de la asistencia:** Variable cualitativa nominal policotómica. Refleja el año en el que se produce la asistencia,
- **Mes del año de la asistencia:** Variable cualitativa nominal policotómica. Refleja el mes del año en el que se produce la asistencia, expresándose como enero, febrero, marzo...
- **Día de la semana de la asistencia:** Variable cualitativa nominal policotómica. Refleja el día de la semana en el que se produce la asistencia, expresándose como lunes, martes, miércoles, etc. Para determinar los posibles factores asociados con la reincidencia de los pacientes en la muestra, la severidad de la violencia sufrida por la víctima y la gravedad de las lesiones, se recodificó esta variable en otra con dos categorías: de lunes a jueves y de viernes a domingo.

- **Hora asistencia:** Variable tipo hora. Evaluada en formato hh:mm. Indica la hora exacta en la que se produce la asistencia, que corresponde con la hora en la que se solicita en el mostrador de Admisión de Urgencias ser asistido en el centro. Para facilitar el estudio se recodificó en **Hora agrupada de asistencia** (variable cualitativa), con cuatro categorías: de 00:01 a 06:00 horas, de 06:01 a 12:00 horas, de 12:01 a 18:00 horas y de 18:01 a 00:00 horas.
- **Intervalo asistencia:** Variable cualitativa ordinal. Corresponde al tiempo transcurrido desde el momento de la agresión hasta la asistencia en urgencias, calculado por deducción de los datos aportados si no se refleja exactamente en el relato de los hechos. Hemos establecido los valores de menos de un día, de 2 a 3 días, de 4 a 7 días, de una semana a un mes y de más de un mes.
- **Intervalo de asistencia menor de un día:** Variable cualitativa dicotómica, indica si el tiempo transcurrido desde la agresión hasta la asistencia en Urgencias es de menos de un día.

#### 3.4.1.2.2. Variables relativas al estado emocional de la víctima

- **Estado Emocional:** Variable cualitativa policotómica. Hace referencia al estado emocional predominante en la víctima que solicita la asistencia en el momento de ser atendida en Urgencias, pudiendo ser referido como tal por la paciente o manifestado en su comportamiento y recogido así en su Historia Clínica. Se han definido para la misma cinco categorías, que hacen referencia al rasgo anímico predominante en cada caso:
  1. Ansiedad, irritabilidad, nerviosismo.
  2. Labilidad emocional, tendencia al llanto.
  3. Tristeza, apatía, depresión.
  4. Miedo, aisladamente o acompañado de cualquiera de las tres anteriores.
  5. Normal. No presenta alteración aparente del estado de ánimo.
- **Miedo:** Variable cualitativa dicotómica obtenida de la recodificación de la anterior, en la que se indica si el estado de ánimo predominante en la víctima es el de miedo o no.

#### 3.4.1.2.3. Variables relativas a la atención médica realizada

- **Tratamiento:** Variable cualitativa policotómica. Expresa el tipo de tratamiento recibido por el paciente en la asistencia o prescrito tras la misma. Adopta los siguientes valores:
  1. Medicación, medios físicos o similares.
  2. Cura sencilla, vendaje, férula, collarín o similar.
  3. Puntos de sutura, escayola completa, cura compleja (que implique la utilización de material quirúrgico, etc.)
  4. Intervención Quirúrgica
  5. No precisa tratamiento
- **Actitud Terapéutica:** Variable cualitativa dicotómica. Refleja el destino sanitario de la víctima tras la agresión y la asistencia en Urgencias motivada por la misma, reflejando si recibe el Alta a Domicilio o si no (Ingreso hospital).
- **Existe Parte de Lesiones:** Variable cualitativa dicotómica que refleja si existe o no PL, es decir, si se ha elaborado realmente el *Informe* de PL, por lo que este puede ser imprimido y remitido al juzgado que corresponda.
- **Revisión Médica:** Variable cualitativa dicotómica que hace referencia a la necesidad del paciente de tener una revisión médica posterior a la asistencia en Urgencias, especificando si la precisa por su médico de Atención Primaria o por otro médico Especialista.

#### 3.4.1.2.4. Variables relacionadas con los partes de lesiones

- **PL generado:** Variable cualitativa policotómica. Indica el tipo de parte judicial generado tras la asistencia en Urgencias de la víctima, es decir, el *Informe* generado en base al *Formulario* que fuera cumplimentado previamente. El PL generado, por tanto podrá ser, el específico de VG, el genérico de agresión, los dos simultáneamente (si se han cumplimentado los dos *Formularios* y generado los dos *Informes*) o ninguno de ellos (no existirá PL si tras cumplimentar el *Formulario* no se ha llegado a generar el *Informe correspondiente*).
- **Tipo de PL valorado.** Variable cualitativa dicotómica. Refleja cual de los dos tipos de PL es el que se ha elaborado (específico de VG o genérico) y se ha utilizado para el estudio, en cada caso.
- **PL refleja la fecha y hora de la agresión:** Variable cualitativa dicotómica que indica si se ha reflejado la fecha y hora de la agresión en el PL o no.

- **PL refleja el estado emocional de la víctima:** Variable cualitativa dicotómica que indica si se ha reflejado el estado emocional de la víctima en el PL o no.
- **PL refleja la clase de violencia:** Variable cualitativa dicotómica que indica si se ha reflejado la clase de violencia de que se trata, es decir, si el PL corresponde a una agresión por VG, VD o de otro tipo, o si al menos existen datos referentes a ello con los que pueda conocerse.
- **PL refleja la existencia de violencia previa:** Variable cualitativa dicotómica que indica si se ha reflejado en el PL, o no, si la víctima ha sufrido episodios previos de maltrato o violencia similar a la actual.
- **Calidad del PL:** Variable cualitativa policotómica. Refleja el resultado de la aplicación del baremo según el grado de cumplimentación de los PL que se explica más adelante. Podrá adoptar tres valores que indican la calidad objetivada en cada PL: Alta, Intermedia o Baja.

#### 3.4.1.3. Variable relacionada con la posible tipificación legal de la violencia sufrida

- **Gravedad Legal:** Variable cualitativa policotómica. Hace referencia a la gravedad de las lesiones que presenta la víctima en función de la posible tipificación legal de la agresión sufrida, según el Código Penal vigente modificado sustancialmente por la LO 1/2004 de Protección Integral de la Mujer contra la VG y posteriormente por diferentes disposiciones, las más recientes las realizadas durante el mismo año de elaboración de este trabajo que han entrado en vigor en julio y octubre de 2015. En el capítulo de ANEXOS se recoge un breve extracto con los puntos más importantes de los artículos relacionados con la violencia de género y doméstica recogidos en nuestro Código Penal tal como han quedado redactados finalmente, fruto de las últimas modificaciones referidas. En virtud de las mismas, hemos definido los siguientes posibles valores para la misma:

1. Posible delito de **lesiones leves o maltrato de obra**, según el **art. 153.1 CP** (en caso de VG y personas especialmente vulnerables que convivan con el autor) y el **art. 153.2 CP** (en el caso del resto de personas referidas en el art.173.2 que hemos definido como VD). Entenderemos como de este tipo una lesión leve que no requiera para su curación tratamiento médico o quirúrgico posterior al de la primera asistencia, en cuya producción se haya infligido un trato degradante, menoscabando la integridad moral de la víctima. Podría considerarse la existencia de este

delito incluso sin lesión física objetivable e incluiría una primera asistencia médica de cura de heridas, vendaje o utilización de puntos de aproximación "steristrip".

2. Posible delito de **lesiones** del **art. 147.1 CP** (en virtud de lo previsto en el **art. 148.4 CP** para víctimas de VG y en el **art. 148.5 CP** para otras personas especialmente vulnerables que convivan con el autor). Lesiones que requieren para su curación, una asistencia facultativa y tratamiento médico o quirúrgico posterior a la primera asistencia, es decir, que precise puntos de sutura, escayola, intervención quirúrgica o revisión médica posterior.

3. Posibles delitos de **amenazas y coacciones leves**, tipificados en los **art. 171.4 CP** (en el caso de VG) y el **art. 171.5 CP** ( en el caso de VD cuando las amenazas sean con armas o instrumentos) y el **art. 172.2 CP** (para VG y personas especialmente vulnerables que convivan con el autor), respectivamente, así como posibles delitos de **injurias o vejación injusta de carácter leve** tipificados en el **art. 173.4 CP** (en caso de VD).

4. Posible **maltrato físico habitual**, tipificado en el **art. 173.2 CP**, teniendo en cuenta el concepto de habitualidad referido en el punto 3 del mismo artículo, que implicará una actuación judicial distinta en el sentido de no ser posible su valoración en un juicio rápido, al contrario de lo que sí puede ocurrir en los casos anteriores.

5. No es posible su valoración

Hemos considerado interesante valorar de la misma manera la posible tipificación legal de las agresiones cometidas por OVD con los mismos tipos legales que si se tratara de casos de VG y VD, con el fin de poder establecer comparativas entre todas las clases de violencia estudiadas, a pesar de que estos requerirían la aplicación de otros criterios en sede judicial, llegado el caso.

### 3.4.2. Variables independientes

#### 3.4.2.1. Variables sociodemográficas y clínicas del paciente

- **Sexo:** Variable cualitativa dicotómica.

- **Edad** : En años cumplidos como variable cuantitativa y en grupos de edades como cualitativa ordinal. Hemos categorizado esta última en 7 valores , correspondientes a aproximadamente a cada década de la vida: menores de 18 años, de 18 a 29 años, de 30 a 39 años, de 40 a 49 años, de 50 a 59 años, de 60 a 69 años y mayores de 70 años.

Para determinar los posibles factores asociados con la reincidencia de los pacientes en la muestra, la severidad de la violencia sufrida por la víctima y la gravedad de las lesiones, se recodificó esta variable en una con tres categorías: Menos de 29 años, de 30 a 39 años y más de 40 años.

- **Nacionalidad**: Variable cualitativa que refleja el país de origen de la víctima.
- **Origen**: Variable cualitativa que refleja el área geográfica al que pertenece el país de procedencia de la víctima, definida en los grupos con mayor presencia en nuestro país, pudiendo la víctima ser de España, del Resto Europa (incluye resto UE y Europa Oriental), de África (Magreb y África Subsahariana), de Sudamérica y América Central o de Otros países extranjeros no identificados en la HCE.

Para determinar los posibles factores asociados con la reincidencia de los pacientes en la muestra, la severidad de la violencia sufrida por la víctima y la gravedad de las lesiones, se recodificó esta variable en otra con dos categorías, según se tratara de pacientes de nacionalidad española o extranjero.

- **Nivel socioeconómico**: Variable cualitativa ordinal. Para valorarlo en la muestra hemos optado por hacer referencia al código de copago adscrito a la Tarjeta Sanitaria Individual (**TSI**) del paciente. Desde junio de 2012, con el fin de adaptarse a lo establecido en el RDL 16/2012, en el que se regula el tipo de aportación a la prestación farmacéutica de cada beneficiario del SNS, se ha adscrito un código a cada TSI que indica el grupo de copago sanitario al que pertenece la víctima. Al tenerse en cuenta para su codificación datos procedentes del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) de cada usuario del Sistema Nacional de Salud, el código resultante está directamente relacionado con su renta anual declarada y su situación laboral, por lo que entendemos que puede ser utilizado como índice del nivel socio-económico de cada beneficiario. Podrá adoptar la variable los distintos valores del código TSI:

1. Cuando la TSI = 1 (que corresponde a los pacientes que no deben realizar ninguna aportación para la adquisición de medicamentos), por tratarse de los siguientes casos:

- Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Pensiones no contributivas.
- Renta de integración social.
- Parados sin subsidio de desempleo.
- Síndrome tóxico y discapacidades contempladas.

2. Cuando la TSI = 2 (que indica que el paciente debe aportar un 10 % del precio de la medicación, con un tope mensual según su renta), tratándose de pensionistas con pensiones contributivas inferiores a 100.000 € al año.

3. Cuando la TSI = 3 (lo cual indica que debe aportarse un 40% del precio del medicamento), correspondiendo a trabajadores con ingresos inferiores a 18.000 € anuales, ya sean provenientes del trabajo, del cobro de una prestación o subsidio, de otras rentas, etc.

4. Cuando la TSI = 4 (que indica que debe aportarse un 50% del medicamento), reflejando que se trata de pacientes trabajadores con una renta de entre 18.000 y 100.000 € al año.

5. Cuando la TSI = 5 (lo que refleja que debe aportarse el 60% del precio del medicamento), correspondiendo a trabajadores o pensionistas con una renta superior a los 100.000 euros anuales.

6. Cuando la TSI = 6, lo que indicaría que el paciente debe aportar un 30 % del precio de los medicamentos por pertenecer a una Mutualidad de Funcionarios o Clases Pasivas (Muface, Mugeju, Isfas).

La relación entre el código de la TSI de cada paciente que solicita asistencia por violencia en el ámbito doméstico en nuestro centro y el Nivel socio-económico del mismo queda reflejada, de manera resumida, en la Figura17.

**Figura 17. Relación entre el nivel socio-económico y el código TSI**

TSI= 1 Nivel socio-económico bajo
TSI=2 Pensionistas
TSI=3 Nivel socio-económico medio
TSI=4 Nivel socio-económico alto
TSI=5 Nivel socio-económico muy alto (no hay ningún caso en nuestra muestra)
TSI=6 Mutualidades de funcionarios (no hay ningún caso en nuestra muestra)

[TSI=n quiere decir que "n" es el código de copago . TSI: Tarjeta Sanitaria Individual]

Para determinar los posibles factores asociados con la reincidencia de los pacientes en la muestra, la severidad de la violencia sufrida por la víctima y la gravedad de las lesiones, se recodificó esta variable en otra con 2 categorías, de nivel socioeconómico medio-alto (grupos de TSI 4 y 5) y nivel socioeconómico bajo (grupos 1 y 2).

- **Trabajo remunerado:** Variable cualitativa dicotómica. Hace referencia a si la víctima posee un trabajo remunerado en el momento en que ha sufrido la agresión.
- **Embarazo:** Variable cualitativa dicotómica. Indica si la víctima mujer se encuentra embarazada en el momento de sufrir la agresión por la que demanda asistencia.
- **Antecedentes personales de patología psiquiátrica:** Variable cualitativa dicotómica que refleja la existencia o no de antecedentes personales psiquiátricos en la HCE de la víctima.
- **Antecedentes personales de alcoholismo y/o consumo de drogas:** Variable cualitativa relativa a la existencia de antecedentes personales en la HCE de la víctima de adicciones al alcohol y/o drogas de abuso.
- **Frecuentación a Urgencias:** Variable cuantitativa que refiere el número de asistencias del paciente en cualquier Servicio de Urgencias de nuestra región, durante el período estudiado, que hayan generado un *Informe de Alta de Urgencias*, sin contar las asistencias específicas de Ginecología/Obstetricia. Como mínimo existirá una, que corresponderá a la asistencia que motiva su integración en la muestra. El periodo observado para esta variable se extiende desde mayo de 2010 hasta mayo 2015 (5 años completos).
- **Número de asistencias** en la muestra de un mismo paciente: Variable cuantitativa. Refiere el número de casos en el conjunto de la muestra que pertenecen a un mismo paciente, por lo que refleja las repeticiones de episodios de violencia en cada paciente. Adopta el valor correspondiente al número de asistencias en Urgencias que han generado un Parte de Lesiones de cada paciente incluido en la muestra.
- **Reincidencia:** Variable cualitativa dicotómica. Se refiere a si el paciente presenta más de una asistencia por violencia durante el periodo de estudio. Será útil para la regresión logística binaria en el análisis estadístico posterior.

#### 3.4.2.2. Variables relacionadas con el agresor

- **Antecedentes personales de patología psiquiátrica:** Variable cualitativa dicotómica que refleja la existencia o no de antecedentes personales psiquiátricos del agresor en la HCE de la víctima.
- **Antecedentes personales de alcoholismo y/o consumo de drogas:** Variable cualitativa relativa a la existencia de antecedentes personales en la HCE de la víctima de adicciones al alcohol y/o drogas de abuso.

#### 3.4.2.3. Variables relacionadas con violencia previa y voluntad de salir de la violencia.

- **Violencia previa:** Variable cualitativa dicotómica. La víctima refiere si han existido, o no, episodios previos de malos tratos o situaciones de violencia similares a la actual.
- **Duración violencia previa:** Variable cualitativa policotómica. Refleja el período de tiempo en el que la víctima refiere haber sufrido maltrato previo o situaciones de violencia similares a la actual, cuando ésta ha existido. Puede adoptar los valores de menos de 1 año, de 1 a 4 años, de 5 a 9 años o más de 10 años.
- **Existencia de denuncia previa por malos tratos o violencia similar a la actual.** Variable cualitativa dicotómica. Según refiera la víctima en su estancia en Urgencias.
- **Existencia de asistencias sospechosas de malos tratos o violencia previa no declaradas como tales:** Variable cualitativa dicotómica. Hace mención a la existencia en la HCE del paciente de episodios de asistencias en Urgencias que pudieran estar relacionadas con agresiones no relatadas como tales por el/la paciente, del tipo de ansiedad, intento de autolisis, cefaleas no filiadas, dolores abdominales "inespecíficos", traumatismos, caídas, agresiones o accidentes no claramente explicados o repetidos, asistencias con diagnóstico de "ausencia de enfermedad", etc.
- **Intención de denunciar:** Variable cualitativa dicotómica. Según manifieste la víctima en su estancia en Urgencias.

#### 3.4.2.4. Variables administrativas y de gestión

- **Número de historia clínica (NHC):** Variable cuantitativa. Número asignado automáticamente al paciente por el programa informático de Admisión del Servicio de Urgencias. Se ha utilizado para la selección de la muestra, al relacionar los pacientes atendidos por violencia en Urgencias con los *Formularios* de PL realizados.
- **Número de control:** Variable cuantitativa. Corresponde al número identificativo del caso que se ha asignado a cada paciente de la muestra, para su identificación mediante un listado de códigos que lo relacionó con su NHC.

### 3.5. RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos se realizó durante los meses de junio y julio de 2015. Durante los meses previos se diseñó el estudio tras la definición de los objetivos y se elaboró el cuestionario de recogida de datos. En agosto y septiembre de 2015 se realizó el análisis y la discusión de los datos obtenidos.

#### 3.5.1. Tipos de datos

Una de las cuestiones que debimos establecer es el tipo de datos que utilizaríamos para la evaluación: de estructura, de proceso o de resultados, valorando tanto la idoneidad de su elección para conseguir los objetivos de nuestro estudio, como la posibilidad real de su recogida y modificabilidad posterior si, como resultado del aquel, fuera aconsejable.

Los datos de estructura tienen relación con las condiciones en las que se desarrollan los actos clínicos, pudiendo ser datos de estructura física (relativos a la arquitectura del centro, equipamiento, instalaciones, etc.), de recursos humanos (índices de personal, cualificación del mismo, vinculación laboral, etc.) y de estructura organizativa, que se refiere al organigrama del centro, circuitos de información o procedimientos protocolizados. Los datos de procesos estudian la dinámica del proceso y conlleva, por tanto, el seguimiento de la actividad que se esté evaluando. Los datos de resultados miden los resultados de la actividad relacionados con la dimensión que se está estudiando<sup>77</sup>.

Los datos que vamos a utilizar en nuestro estudio son fundamentalmente datos de resultados relacionados con la asistencia en Urgencias a las víctimas de violencia en el ámbito doméstico incluidas en la muestra, aunque también utilizaremos datos de procesos en lo concerniente a la información recogida en los formularios clínicos precursores de los informes finales en los que centraremos nuestra atención y datos de estructura organizativa, en lo concerniente a los protocolos de actuación en Urgencias en la atención a víctimas de violencia, por un lado, y lo relativo a los circuitos de producción de los partes de lesiones y su posterior traslado, dando cumplimiento a la normativa legal vigente, a los juzgados correspondientes.

### **3.5.2. Fuentes de datos**

El Servicio de Informática del hospital facilitó al investigador un listado con los formularios de partes de lesiones registrados en el sistema informático de nuestro centro, correspondientes a los realizados por los facultativos del Servicio de Urgencias, durante el periodo de estudio, listado que sirvió de base para la selección de los pacientes de la muestra, tal como se ha indicado previamente. Los datos necesarios de cada paciente para la realización del estudio fueron obtenidos de las siguientes fuentes de datos:

- Formularios e Informes de Partes de Lesiones, genéricos o específicos por violencia de género, generados tras las distintas asistencias en Urgencias realizadas, que fueron obtenidos de la historia clínica electrónica de cada paciente en la estación clínica *SELENE*.
- Datos de filiación y nacionalidad de los pacientes correspondientes a cada asistencia, en los correspondientes apartados también recogidos en la estación clínica *SELENE*.
- Informes de Alta tras asistencias prestadas en Servicios de Urgencias, tanto en nuestro centro como en el resto de servicios hospitalarios regionales, a través de la aplicación informática *AGORA PLUS*, disponible en todos los puntos de atención sanitaria del Sistema Murciano de Salud, que permite su consulta conjunta y simultánea en pantalla.
- Datos relativos a la codificación de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) para cada beneficiario en aplicación del Copago Farmacéutico que recoge el *Real Decreto*-

Ley 16/2012, en vigor desde el día 1 de Julio de 2012, en el Conjunto Básico de Datos de la aplicación *AGORA PLUS*.

- Datos relativos a los antecedentes psiquiátricos o de adicciones de las víctimas o los agresores, cuando ha sido necesario, en los diferentes apartados de la historia clínica electrónica de la *estación clínica SELENE*.
- Protocolos de actuación en casos de violencia doméstica aplicados en nuestro centro y entrevistas con los responsables del funcionamiento del Servicio de Urgencias, para la obtención de los datos referentes a la estructura organizativa del mismo referente a la atención de esta patología, así como a los circuitos de producción-traslado al juzgado de los partes de lesiones.

### **3.5.3. Instrumento para la recogida de datos**

Una vez definidos los pacientes que constituían la muestra del estudio, así como el conjunto de variables que era necesario estudiar en los mismos para cumplir los objetivos planteados, se procedió a elaborar un cuestionario de variables con el que facilitar la recogida de datos en las fuentes que acabamos de referir, elaborándose uno por paciente e identificándose con un número de control que permitiera mantener la confidencialidad de los datos recogidos. El listado de los cruces de dichos códigos con los números de historias clínicas de los pacientes se custodió en lugar seguro, separado de los cuestionarios de los pacientes ya cumplimentados.

La recogida de datos mediante la cumplimentación del cuestionario elaborado para tal fin a cada caso y paciente particular, fue realizada por un único investigador, aplicando los criterios referidos para cada variable, con el fin de homogeneizar las interpretaciones y evitar sesgos.

### **3.6. CONTROLES DE CALIDAD DE LOS DATOS RECOGIDOS**

Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario de variables elaborado para tal fin en el que figuraban las categorías y valores posibles de cada variable, a la vez que recogía de manera resumida sus distintos criterios y la metodología que

se ha seguido para la correcta valoración de las mismas, de manera que minimizara la posibilidad de error en su cumplimentación. Se asignó un número a cada paciente que coincidía con el de su cuestionario de variables respectivo y se comprobó su correcta correlación con el número de historia clínica e iniciales del nombre correspondiente en el listado de pacientes de la muestra en cada una de las fuentes de datos consultada.

La calidad de la información recogida en el estudio dependió de la correcta realización de los procesos asistenciales (actos clínicos, entrevistas, anamnesis de los pacientes) por los facultativos que los realizaron, en el momento de la asistencia en urgencias, así como de la adecuada recogida de información en la historia clínica electrónica de cada uno de los pacientes, además de también depender del grado de colaboración o sinceridad de las víctimas en las respuestas durante la anamnesis, en unos momentos habitualmente tan duros para ellas.

Para evitar posibles errores se fue especialmente cuidadoso en el control de la información obtenida, procediendo a una meticulosa introducción de datos en el ordenador, la elaboración de una tabla en EXCEL con los datos recogidos, la depuración de las incongruencias o datos inconsistentes volviendo a realizar su comprobación en las fuentes cuando fue preciso y su exportación al programa estadístico SPSS con el que se realizaron análisis exploratorios o preliminares de los datos recogidos que garantizaron el correcto desarrollo de todo el procedimiento.

### **3.7. VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS PARTES DE LESIONES.**

Para la valoración de los Partes de Lesiones se utilizó la escala de calidad de partes de lesiones en violencia de género desarrollada por los investigadores G<sup>a</sup> Minguito *et al.*<sup>75</sup> adaptándola también para los casos de violencia no de género estudiados.

Considerando la importancia que la cumplimentación correcta del parte de lesiones tiene en la atención a lesionados en la práctica médica habitual<sup>72-74</sup> se ha aplicado la referida escala a todos los casos de este estudio, definiéndose similares criterios para todos, en función de la clase de violencia, de las definidas previamente, de que se trate.

En la misma se establecen diez criterios mínimos que deben cumplirse para poder considerar un parte de lesiones en violencia de género completo y de calidad, criterios que fueron seleccionadas en base a los requisitos básicos que, según el *Protocolo común para la actuación sanitaria ante violencia de género*<sup>51</sup>, debe poseer un parte de lesiones por violencia de este tipo.

De este modo, la escala aplicada cuenta con los siguientes criterios para valorar la calidad de los diferentes PL, de los que indicamos las adaptaciones realizadas para su aplicación en la muestra, así como las consideraciones para su valoración :

1. **Especificación de la clase de violencia** de que se trate. Entendemos que se cumplimentaba correctamente si el PL proporcionaba información suficiente (identificación agresor, relación con la víctima, lugar de la agresión, etc.), que permitiera identificar si se trataba de un caso de Violencia de Género u otro en el ámbito doméstico.

2. **Datos de filiación de la víctima.** El hecho de que los PL de nuestro centro sean generados informáticamente determina que recojan, en toda ocasión, los datos de filiación del paciente que solicita ser asistido, que el sistema recoge automáticamente de su Tarjeta Sanitaria Individual o de los que son introducidos, necesariamente, al solicitar la asistencia urgente en nuestro centro, por el personal administrativo de Admisión, por lo que estos datos aparecerán en todos los PL.

3. **Datos personales del facultativo** que presta la asistencia. Por la misma razón que se ha indicado en el punto anterior, los datos del facultativo que realiza el PL aparecen en el mismo de manera constante.

4. Datos referentes a **fecha y hora del incidente**, refiriéndose al momento en que se ha producido la agresión por violencia en el ámbito doméstico por la que la víctima reclama asistencia. Hay que destacar que siempre existe en el Parte de Lesiones la hora de la asistencia a la víctima en el hospital, pues como explicamos en el punto anterior, el dato se recoge automáticamente por el sistema informático, por lo que podría mitigar en parte la ausencia del dato requerido en la escala del baremo de calidad que estamos aplicando. No obstante, solo hemos dado por cumplido el requisito cuando se especificaba la fecha y hora referida a la agresión sufrida o el incidente acaecido, o cuando

en el relato de los hechos se dan referencias temporales que permiten su conocimiento adecuado.

5. **Ausencia de tachaduras.** Como hemos indicado, la elaboración informática de los PL, hace que en nuestro centro no existan tachaduras en los mismos, pues sólo debe aportarse manualmente la firma del facultativo que lo realiza.

6. Descripción **tipo de lesiones.** Hemos considerado cumplimentado este criterio cuando se recogía en el PL lo reflejado en el informe de alta relativo al tipo de lesiones apreciadas en la víctima o cuando se indica la ausencia de lesiones.

7. Descripción **localización de las lesiones.** Consideramos correctamente cumplimentado este criterio cuando se refleja en el PL lo indicado al respecto en el informe de alta de Urgencias, o cuando se indica su ausencia.

8. Referencia **estado psíquico** de la víctima. Su cumplimentación adecuada implica que en el PL se recoja específicamente la referencia al estado emocional de la víctima de violencia en el ámbito doméstico en el momento en que solicita la asistencia y es atendida en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital, o que al menos en el relato de los hechos o exploraciones que se incluyan en el mismo, pueda deducirse dicha circunstancia claramente.

9. Reflejo de las **medidas terapéuticas** realizadas. Consideraremos que se cumple este criterio cuando en el PL elaborado tras la asistencia por violencia incluida en la muestra, se especifique el tratamiento que ha recibido el paciente tras su consulta en Urgencias de nuestro centro, pudiendo constar el recibido en el mismo servicio de Urgencias o el prescrito para su administración posterior en domicilio o por su médico de cabecera.

10. Referencia a **agresiones previas** o si es la primera vez. Para darlo por correctamente cumplimentado, el PL debe reflejar la existencia, o no, de agresiones previas a la víctima por el mismo motivo o situaciones de violencia similares a la que ha determinado la necesidad de esta asistencia.

Siguiendo a los autores referidos, en función de la importancia de la información aportada por cada criterio, se definieron distintos valores para éstos, de manera que si el criterio se consideraba imprescindible se le asignaba un valor de 15 puntos, si se consideraba necesario le era asignado un valor de 10 puntos y se le asignaban 5 puntos si se consideraba importante, clasificándose los criterios del modo indicado en la Tabla 2.

**Tabla 2. Escala de baremación de la calidad de los Partes de Lesiones**

*Nota.- Modificada de la específica para VG de G<sup>a</sup> Minguito<sup>75</sup>*

<i>CRITERIOS DE CALIDAD</i>	<i>PUNTOS</i>
1. Especificación de la clase de violencia	15
2. Datos de filiación de la víctima	15
3. Datos personales del facultativo que presta la asistencia	15
4. Datos referentes a fecha y hora del incidente	10
5. Ausencia de tachaduras	5
6. Descripción tipo de lesiones	10
7. Descripción localización de las lesiones	10
8. Referencia estado psíquico de la víctima	5
9. Reflejo de las medidas terapéuticas realizadas	10
10. Referencia a agresiones previas o si es la primera vez	5
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

Tras puntuarse cada criterio de manera que de no aparecer reflejado el dato requerido o hacerlo de forma incorrecta se obtendría una puntuación nula, mientras que en el caso de que sí se cumplimente se obtiene el total de la puntuación para ese criterio, obteniéndose una puntuación total para cada parte, en consonancia con la calidad de cada uno de ellos, aplicando entonces el siguiente Baremo de Calidad para los Partes de Lesiones:

1. **Alta calidad:** puntuación obtenida de 90 a 100 puntos.
2. **Calidad intermedia:** puntuación de 75 a 89 puntos.
3. **Baja calidad:** puntuación menor a 75 puntos.

Los PL que vamos a estudiar podrán ser de las dos clases existentes en nuestro hospital, pudiéndose dar el caso de que una misma asistencia haya generado dos PL simultáneos, uno de cada clase, situación en la que consideraremos, a efectos de valoración de la calidad de los PL, como si solo existiese uno de ellos, el específico de VG, por ser el que aporta más datos debido al diseño más detallado del *Formulario* que le da origen, tal como se ha explicado.

Por otra parte, en la asistencia de un paciente víctima de violencia en el ámbito doméstico, tal como se ha explicado, existe la posibilidad de que no se emita finalmente PL alguno, a pesar de haberse elaborado el *Formulario* de parte al juzgado de que se trate, por lo que en estos casos no se podrá cumplir la obligación legal de su remisión a la autoridad judicial que corresponda, lo cual también ha sido tratado en este estudio.

En esas situaciones, de nada servirá haber recogido, o no, más o menos datos en el *Formulario* de parte al juzgado, pues no estará disponible ni para el juez ni para el paciente, además de que al no existir realmente el PL, poco podrá valorarse la calidad del mismo, la cual queda relegada a un segundo plano ante el incumplimiento del precepto legal que obliga a su elaboración en todos estos casos, por lo que nosotros también analizaremos estas situaciones en su conjunto, pero las excluirémos del estudio de calidad que realizaremos en el resto de los casos.

### **3.8. ANÁLISIS DE DATOS**

Para realizar el análisis estadístico de los resultados de elaboró una tabla de datos con el programa EXCEL (Microsoft), en la que fueron introducidos los valores de las variables recogidos en la muestra, de manera que permitiera modificaciones y correcciones rápidas de las aportaciones de datos obtenidas del Cuestionario de Variables.

Posteriormente, se definieron y categorizaron las variables mediante el paquete estadístico SPSS 22 (IBM), programa al que se exportó la tabla de datos conformada en EXCEL y con el que se realizó la valoración estadística del estudio.

El análisis de los datos se realizó tanto de forma agrupada como desagregada en diferentes subgrupos muestrales (por clase de violencia, grupos de edad, sexo, etc.). Se utilizó el análisis gráfico para la visualización rápida de

resultados, tanto agrupados como desagregados, acompañándose de las tablas de frecuencia correspondientes con el fin de aportar una descripción cuantitativa detallada.

### **3.8.1. Análisis estadístico de las características de la muestra en cada clase de violencia definida.**

El análisis estadístico precisó el estudio de las variables relacionadas con las características sociodemográficas de las víctimas, las propias de la agresión por violencia en el ámbito doméstico y las relativas a la asistencia en Urgencias del hospital, en función de las distintas clases de violencia definidas en el estudio. Para ello se realizaron en la muestra los siguientes análisis:

#### **3.8.1.1. Análisis descriptivo**

Se calcularon las frecuencias absolutas o relativas y los porcentajes para las variables cualitativas, y las medias, desviaciones estándar o típicas, valores máximos y mínimos para las mediciones cuantitativas. Cuando las variables analizadas tuvieron desviaciones elevadas, se incluyó el cálculo de otras medidas de tendencia central, como medianas o modas, y estimadores robustos.

#### **3.8.1.2. Análisis bivariante.**

Se compararon las puntuaciones de cada variable dependiente con las variables independientes mediante métodos estadísticos paramétricos (test de la t de Student, cuando la variable cualitativa tenía 2 niveles, y el ANOVA cuando la variable cualitativa tenía 3 niveles o más) y si ambas variables eran de tipo cualitativo o categórico, se realizó una tabulación cruzada (tablas de contingencia) empleando el estadístico chi-cuadrado de Pearson para contrastar la hipótesis de independencia (en tablas r x s) o el test de Fisher (en tablas 2 x 2). Todos los resultados se consideraron significativos estadísticamente si  $p < 0,05$ .

#### **3.8.1.3. Análisis Multivariante.**

Para analizar en los casos de VG los posibles factores asociados con la reincidencia de los pacientes en la muestra, la severidad de la violencia sufrida por la víctima y la gravedad de las lesiones, se utilizó un análisis de Regresión Logística Binaria Simple o Univariante, introduciendo cada vez en el modelo una de las variables consideradas independientes respecto a aquellas tres (covariables). El

método de contraste señaló la presencia o ausencia de la pertenencia a una categoría, tras identificar la categoría de referencia en cada variable, mediante el cálculo de las *Razones de Probabilidad* u Odds Ratio (OR) estimadas para cada una de ellas. Posteriormente se realizó una Regresión Logística Binaria Multivariante, utilizando el método por pasos hacia atrás (*backward stepwise*) en la que se incluyeron los factores asociados que presentaron ORs estadísticamente significativas en el análisis previo, obteniendo un modelo final relacionado con las variables dependientes. Todos los análisis se realizaron con los paquetes estadísticos SPSS 15 y 22 de IBM Statistics, utilizándose en todos los casos un nivel de significación estadística de  $p < 0,05$ .

### **3.8.2. Análisis estadístico del grado de cumplimentación de los PL y su Calidad**

Este análisis precisó el estudio de las variables relacionadas con la cumplimentación de los partes de lesiones, en función de las distintas clases de violencia definidas en el estudio, además de aplicar el baremo descrito para la determinación de la calidad de los partes de lesiones. Se realizaron en la muestra los siguientes tipos de análisis:

#### **3.8.2.1. Análisis descriptivo**

Se calcularon las frecuencias absolutas o relativas y los porcentajes para las variables cualitativas relacionadas con los partes de lesiones. Se aplicó la escala propuesta para la valoración de la calidad de los PL y se calcularon las frecuencias y los porcentajes de sus resultados para cada clase de violencia y tipo de PL. Se calculó el promedio de la calidad de los PL de la muestra en cada clase de violencia y tipo de PL mediante la asignación de puntos definida por el baremo utilizado.

#### **3.8.2.2. Análisis bivariante**

Se realizaron tablas de contingencia para comparar las distintas variables cualitativas relacionadas con el grado de cumplimentación de los PL con las variables Tipo de PL, Clase violencia y Calidad de los PL, mediante el contraste de hipótesis de su independencia utilizando el estadístico Chi-cuadrado de Pearson.

## **3.9. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES**

La presente investigación se realizó bajo el compromiso del cumplimiento de las normas éticas de investigación y de los requerimientos legales necesarios para poder llevar a cabo este tipo de estudios. En todo momento se respetó la normativa vigente que garantiza la confidencialidad de los datos de carácter personal facilitados por los pacientes y su tratamiento automatizado de acuerdo con Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y Real Decreto 994/1999, de 11 de junio y 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.

El estudio se realizó siguiendo los principios recogidos en la Declaración de Helsinki (Brasil, octubre 2013) y lo dispuesto en el Convenio de Oviedo para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respeto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997, ratificado con su publicación en el BOE el 20 de octubre de 1999.

### **3.9.1. Confidencialidad de los datos del paciente**

Tal como hemos indicado previamente, los datos de los pacientes fueron sometidos a un proceso de disociación de la información, de manera que los cuestionarios de variables donde se plasmaron se identificaron con un código que los relacionaba, en un documento distinto, con los números de historias clínicas de los pacientes a los que pertenecían, de forma que únicamente el investigador podía relacionar tales códigos con una persona concreta e identificable.

A su vez, la información de la base de datos que generó el estudio se confeccionó con el anonimato de los casos introducidos en la misma, sin identificación de los pacientes cuyos datos la constituyeron, salvo por el código numérico que al igual que el del cuestionario anteriormente referido, lo relacionaba con el listado de pacientes, no siendo posible desvelar sin él la identidad de los mismos.

### **3.9.2. Aprobación del protocolo de estudio**

La Dirección Médica del Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena, autorizó la realización del estudio planteado y su presentación como

Tesis para optar al Grado de Doctor por el médico investigador que la llevó a cabo, bajo la dirección de los Prof. Drs. D. Aurelio Luna Maldonado y Dña María Dolores Pérez Cárceles, del Departamento de Medicina Legal de la Universidad de Murcia.

### **3.9.3. Publicación y difusión de los resultados**

El investigador principal del estudio se comprometió a publicar los resultados, tanto positivos como negativos, de este estudio en revistas científicas, así como a comunicar las conclusiones obtenidas preferentemente en publicaciones científicas antes de ser divulgadas al público no sanitario, obligándose a no dar a conocer de modo prematuro o sensacionalista procedimientos o intervenciones de eficacia todavía no convenientemente determinada ni a exagerar las mismas.



## **4. RESULTADOS**



#### 4.1. Asistencias por violencia doméstica en el Servicio de Urgencias del HGUSL de Cartagena desde Noviembre 2011 a Mayo 2015

Mediante el procedimiento descrito en el apartado de Material y Método y tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión de la muestra definidos previamente, hemos detectado 525 asistencias en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital por violencia en el ámbito doméstico, en las que se ha generado en la HCE del paciente un formulario de PL. Estas asistencias corresponden a 465 pacientes, tal como se indica en la Tabla 4, de las que son por Violencia de Género (VG) el 50,7% de las mismas, que corresponden a 225 pacientes, por Violencia Doméstica o familiar no de género (VD) el 23,6% , que pertenecen a 113 pacientes y el 25,7% a Otros tipos de Violencia en Domicilio (OVD), que corresponden a 127 pacientes (Tabla 3).

**Tabla 3. Número de asistencias y pacientes incluidos en la muestra.**

	ASISTENCIAS		PACIENTES	
	n	%	n	%
<b><i>Violencia de Género</i></b>	266	50,7	225	48,4
<b><i>Violencia Domestica</i></b>	124	23,6	113	24,3
<b><i>Otro tipo de Violencia en Domicilio</i></b>	135	25,7	127	27,3
<b><i>Total</i></b>	525	100,0	465	100,0

Si consideramos las asistencias por violencia en el ámbito doméstico que forman parte de la muestra realizadas en Urgencias según la clase de violencia de que se trate y el año de asistencia del periodo de estudio, encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ellas ( $p=0,007$ ), de manera que observamos que una gran mayoría de las mismas son por VG en todos los años estudiados, llegando a ser el 59,1% del total en 2013.

Proporción que todavía aumenta más si solo tenemos en cuenta la violencia en la familia, descartando el grupo de OVD del estudio, donde más de las dos terceras partes de las asistencias que forman parte de la muestra son por VG

(68,2%), llegando a ser más de las tres cuartas partes en el año 2013 (76,5%), siendo también esta diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,034$ ) (Tabla 4).

**Tabla 4. Asistencias en Urgencias según clase de violencia y año**

<b>VIOLENCIA EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO</b>	<b>Año 2011*</b> n=6	<b>Año 2012</b> n=117	<b>Año 2013</b> n= 154	<b>Año 2014</b> n=174	<b>Año 2015**</b> n=74	<b>P</b>	<b>TOTAL</b> n=525
<b>Violencia de Género (VG)</b>	0 (0,0)	53 (45,3)	91 (59,1)	79 (45,4)	43 (58,1)		266 (50,7)
<b>Violencia Doméstica no de género (VD)</b>	1 (16,7)	34 (29,1)	28 (18,2)	46 (26,4)	15 (20,3)	<b>0,007</b>	124 (23,6)
<b>Otros tipos de Violencia en Domicilio (OVD)</b>	5 (83,3)	30 (25,6)	35 (22,7)	49 (28,2)	16 (21,6)		135 (25,7)
<b>SOLO VIOLENCIA FAMILIAR</b>	<b>Año 2011*</b> n=1	<b>Año 2012</b> n=87	<b>Año 2013</b> n= 119	<b>Año 2014</b> n=125	<b>Año 2015**</b> n=58	<b>P</b>	<b>TOTAL</b> n=390
<b>Violencia de Género (VG)</b>	0 (0,0)	53 (60,9)	91 (76,5)	79 (63,2)	43 (74,1)		266 (68,2)
<b>Violencia Doméstica no de género (VD)</b>	1 (100,0)	34 (39,1)	28 (23,5)	46 (36,8)	15 (25,9)	<b>0,034</b>	124 (31,8)

\* En 2011, meses de noviembre y diciembre. \*\* En 2015, hasta el mes de mayo incluido. Valores estadísticamente significativos si  $p<0,05$  (se indica con p en negrita).

Si consideramos las asistencias totales atendidas en Urgencias durante los años del periodo de estudio, podemos calcular la incidencia de las asistencias por violencia en el ámbito doméstico atendidas en nuestro centro. En la Tabla 5 se reflejan dichos datos, observándose un aumento progresivo anual tanto del número total de asistencias, como de las que son por violencia en el ámbito doméstico, con cifras de incidencia por cada 100.000 asistencias en urgencias que ha ido ascendiendo anualmente de 80 en 2012 a 109 en 2014, siendo en todos los años significativamente mayor la debida a violencia de género respecto al resto, alcanzando la mayor proporción en el años 2013 con 59 asistencias por VG cada 100.000 asistencias en Urgencias y una incidencia media anual durante los tres años completos incluidos en el periodo de estudio de 48 casos de VG por cada 100.000 asistencias atendidas en Urgencias.

**Tabla 5. Asistencias en Urgencias por violencia incluidas en la muestra e incidencia en el número de asistencias totales anuales según clase de violencia**

<b>Asistencias en Urgencias <sup>1</sup></b>	<b>Año 2012</b> <i>n=145.423</i>	<b>Año 2013</b> <i>n=153.180</i>	<b>Año 2014</b> <i>n=160.430</i>
<b>Por VG* [n (**)]</b>	53 (36)	91 (59)	79 (49)
<b>Por VD* [n (*)]</b>	34 (23)	28 (18)	46 (29)
<b>Por OVD* [n (**)]</b>	30 (21)	35 (23)	49 (31)
<b>Total por Violencia Familiar [n (**)]</b>	87 (59)	119 (77)	125 (78)
<b>Total por violencia en el ámbito doméstico* [n (**)]</b>	117 (80)	154 (100)	174 (109)

<sup>1</sup> Urgencias anuales atendidas en el HGUSL, por cada clase de violencia y año. [No se reflejan los años 2011 (n=6) y 2015 (n=74), al no disponerse de datos de asistencias globales en Urgencias de esos años]. Las identificadas a raíz de los formularios de partes de lesiones realizados, tal como se indica en el texto, de las tres clases de violencia definidas en el estudio: **VG**: Violencia de Género, según ley 1/2004 (Violencia de pareja) **VD**: Violencia Doméstica no de género (Violencia familiar no de pareja) **OVD**: Otro tipo de Violencia en Domicilio (No familiar: vecinos, amigos, desconocidos, etc). \*\* Incidencia anual de las asistencias en Urgencias: representa el núm. de asistencias por violencia en el ámbito doméstico atendidas en Urgencias de nuestro hospital por cada 100.000 asistencias totales realizadas, en ese año.

Si consideramos la población que atiende nuestro centro (270.000 habitantes), considerando los tres años completos incluidos en el periodo de estudio, podríamos estimar una incidencia anual de víctimas por violencia en el ámbito doméstico atendidas en nuestro centro de 54,9 casos por cada 100.000 habitantes, de los que 40,9 casos por cada 100.000 habitantes serían por Violencia Familiar: el 27,5 por Violencia de Género, según la define la ley1/2004 (Violencia de pareja) y el 13,3 por Violencia Doméstica no de género (Violencia familiar no de pareja).

El análisis de los datos de este estudio ha sido realizado sobre el conjunto de pacientes (n=465) descrito en la Tabla 3 en lo relativo a las características sociodemográficas y clínicas de las víctimas de violencia en el ámbito doméstico que solicitan asistencia en Urgencias de nuestro centro, las características de los episodios de violencia sufridos y la atención médica que precisaron, siendo utilizado el conjunto de las asistencias (n=525) efectuadas durante el periodo de estudio para el análisis de la calidad de los partes de lesiones elaborados a consecuencia de las mismas.

Respecto a las distintas clases de **Violencia Doméstica** no de género (VD) que hemos categorizado, como puede verse en la Tabla 5.1, hemos encontrado en la muestra que en el 42,5% de los casos la víctima es un descendiente, en un 24% de los casos es un ascendiente, en el 20,4% de los casos la violencia se produce entre hermanos-as, cuñado u otros familiares no definidos, en un 12,4% de los casos, las víctimas son hombres agredidos por su pareja o ex-pareja mujer (n=14), habiendo encontrado un solo caso (0,9%) de violencia en una pareja de mujeres.

En la tabla 5.1 puede observarse que el 26,5% de los casos de violencia en la familia (sin contar la violencia de género) es el padre o padrastro de la víctima el agresor, al que le sigue en frecuencia el hijo que es el agresor en un 14,2% de los casos de violencia familiar no de género. Las madres agreden a sus hijos en un 11,5% de los casos.

	AGRESORES	n	%	Total [n(%)]
Agresores de víctimas descendientes	Padre	25	22,1	48 (42,5)
	Padrastro	5	4,4	
	Madre	12	10,6	
	Madrastra	1	0,9	
	Suegra	3	2,7	
	Abuelo	1	0,9	
	Tío	1	0,9	
Agresores de víctimas ascendientes	Hijo	16	14,2	27 (23,9)
	Yerno	2	1,8	
	Hija	3	2,7	
	Nuera	3	2,7	
	Nieto	1	0,9	
	Sobrino	2	1,8	
Otros Familiares	Hermanos	11	9,7	23 (20,4)
	Cuñado	1	0,9	
	Otros familiares	11	9,7	
Pareja heterosexual	Mujer			14 (12,4)
Pareja homosexual	Mujer			1 (0,9)

**Tabla 5.1 Agresores en casos de Violencia Doméstica no de género**

En cuanto a los pacientes de **Otro tipo de Violencia en Domicilio (OVD)**, hemos encontrado que el 63,8% de los casos (n=81) los agresores no han sido definidos por la víctima en su relato de los hechos, por lo que no ha sido reflejado en la historia; en el 16,5% (n=21) de las ocasiones las víctimas fueron agredidas por sus vecinos; en un 8,7% (n=11) los agresores fueron amigos o conocidos no familiares de las víctimas; un 7,1% de los casos (n=9), fueron autoagresiones de la propia víctima, en gestos autolíticos; y en un 3,9% de los casos (n=5), la violencia se produjo por agresores desconocidos en el contexto de un intento de robo en el domicilio de la víctima (Tabla 9).

#### **4.2. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes víctimas de violencia doméstica atendidos en Urgencias del HGUSL en el periodo de estudio**

##### **4.2.1. Características sociodemográficas en cada clase de violencia:**

Como puede observarse en la Tabla 6, los pacientes que forman parte de la muestra son mujeres en el 72,7% de los casos, con una edad media de 35 (DE=16) años y mayoritariamente de origen español (76,8%) ( $p < 0,050$  en todos los casos),

Respecto al **sexo** de los pacientes, las mujeres son el 100% de las que acuden por VG (por definición) y representan algo menos de la mitad de los pacientes de las otras clases de violencia (el 45% de VD y el 48,8% de OVD).

Las mujeres que participan en la muestra son víctimas de Violencia de Género (VG) en un 67% (n=225) de los casos, repartiéndose el resto entre las otras clases de violencia, un 15% (n=51) por Violencia Doméstica distinta a la de género (VD) y un 18% (n=62) por Otros tipos de Violencia en Domicilio (OVD). Los 127 hombres que forman parte de la muestra se distribuyen de manera equitativa entre los reclamantes de asistencia por VD y por OVD, con un 49% (n=62) y un 51% (n=65), respectivamente ( $p < 0,001$ ).

La **edad media** de las mujeres que solicitan asistencia por VG es de 35 (DE=13) años, con edad mínima de 14 años y máxima de 85, mientras que la de los pacientes que lo hacen por VD es de 32 años (DE=21) con edad mínima de 1 año y máxima de 79, y la de los pacientes por OVD es de 37 años (DE=17), con edades en el intervalo mín-máx de 2 a 81 años ( $p = 0,041$ ).

Respecto a los **grupos de edad**, podemos destacar que casi el 70% de las mujeres víctimas de VG tienen entre 18 y 39 años (n=156), mientras que casi la tercera parte de los pacientes del grupo de VD son menores de edad (31,9%; n=36), y los pacientes del grupo por OVD tienen en casi el 30% de los casos, una edad entre 30 y 39 años (n=37) ( $p < 0,001$ ).

En cuanto al **Origen** de los pacientes, podemos observar que del total de las víctimas asistidas por VG, el 70,7% fue de origen español, el 10,2% africanas y el 9,3% de Sudamérica y América Central. De las víctimas atendidas por VD o intrafamiliar, es mayor el porcentaje de origen español, ascendiendo al 85,8%, el 6,2% los pacientes son originarios de Sudamérica y América Central y el 2,7% de origen africano. En cuanto a los atendidos por OVD, el 79,5% fueron de origen español, el 12,6% africano y el 3,9% de Sudamérica y América Central.

Entre las **nacionalidades** de origen de los pacientes extranjeros que constituyen la muestra, destacan Marruecos y Ecuador, de donde son el 8,4% y el 3,7% de los pacientes, respectivamente. En la Tabla 7 se reflejan la distribución de frecuencias y porcentajes de la totalidad de las mismas.

Respecto al **nivel socioeconómico** de las víctimas de violencia en el ámbito doméstico que han solicitado asistencia en Urgencias de nuestro centro, disponemos de información del código adscrito a la TSI del 97,6% de los pacientes (sólo faltan datos en 11 casos), presentando el 59% de los mismos una TSI=3 que correspondería a trabajadores con ingresos menores a 18.000 €/año, considerados de nivel socio-económico medio; el 23,6% posee una TSI=1 correspondiendo en su mayor parte a pacientes sin ingresos, parados, con pensiones no contributivas o con rentas de integración social, por lo que podemos considerarlos de nivel socio-económico bajo; el 14,3% poseen una TSI=2 y corresponden, principalmente, a pensionistas con menos de 100.000€ de ingresos anuales; por último, tan sólo 14 pacientes (3,1%) poseen una TSI=4, que representa a los que poseen ingresos entre 18.000 y 100.000 €/año y por tanto, de nivel socio-económico alto, no encontrando ningún caso con código de TSI de 5 ó 6 (con ingresos mayores de 100.000 €/año o pertenecientes a mutualidades de funcionarios, respectivamente) en nuestra muestra.

Los pacientes de menor nivel socio-económico (TSI=1) ascienden hasta el 31,8% de las víctimas por VG, mientras que son menos de la mitad de ese porcentaje entre las de VD y algo más de la mitad del mismo en los pacientes de

OVD (14,2% y 20,6%, respectivamente), ( $p < 0,001$ ), tal como se puede apreciar en la Tabla 6.

No posee **trabajo remunerado** el 71,8% de los pacientes que forman parte de la muestra en los que se conoce su situación laboral, que solo es en el 37,4% de los casos totales, pues no existen registro de ello en ningún caso de pacientes del grupo de OVD y solo en 5 casos de VD (Tabla 6).

**Tabla 6. Características sociodemográficas de la muestra**

	<i>Violencia de Género</i> (n=225)	<i>Violencia Doméstica</i> (n=113)	<i>Otros tipos de Violencia Domicilio</i> (n=127)	<i>p</i>	<i>TOTAL</i> (n=465)
<b>Sexo [n (%)]</b>					
Mujer	225 (100,0)	51 (45,1)	62 (48,8)	<b>&lt;0,001</b>	338 (72,7)
Hombre	0 (0,0)	62 (54,9)	65 (51,2)		127 (27,3)
<b>Edad [media +/- (DE)]</b>	35 (13)	32 (21)	37 (17)	<b>0,041</b>	35 (16)
Menos de 18 años [n (%)]	5 (2,2)	36 (31,9)	18 (14,2)		59 (12,7)
De 18 a 29 años [n (%)]	80 (35,6)	25 (22,1)	21 (16,5)		126 (27,1)
De 30 a 39 años [n (%)]	77 (34,2)	13 (11,5)	37 (29,1)		127 (27,3)
De 40 a 49 años [n (%)]	33 (14,7)	13 (11,5)	25 (19,7)	<b>&lt;0,001</b>	71 (15,3)
De 50 a 59 años [n (%)]	17 (7,6)	11 (9,7)	15 (11,8)		43 (9,2)
De 60 a 69 años [n (%)]	8 (3,6)	11 (9,7)	4 (3,1)		23 (4,9)
Más de 70 años [n (%)]	5 (2,2)	4 (3,5)	7 (5,5)		16 (3,4)
<b>Origen [n (%)]</b>					
España	159 (70,7)	97 (85,8)	101 (79,5)		357 (76,8)
Resto de Europa	10 (4,4)	3 (2,7)	3 (2,4)		16 (3,4)
Africa	23 (10,2)	3 (2,7)	16 (12,6)	<b>0,021</b>	42 (9,0)
América	21 (9,3)	7 (6,2)	5 (3,9)		33 (7,1)
Otros	12 (5,3)	3 (2,7)	2 (1,6)		17 (3,7)
<b>Nivel socioeconómico [n (%)]*</b>					
Bajo (TSI=1)	69 (31,8)	16 (14,2)	22 (17,7)	<b>0,001</b>	107 (23,6)
Pensionistas (TSI=2)	20 (9,2)	25 (22,1)	20 (16,1)		65 (14,3)
Medio (TSI 3)	123 (56,7)	67 (59,3)	78 (62,9)		268 (59,0)
Alto (TSI=4)	5 (2,3)	5 (4,4)	4 (3,2)		14 (3,1)
<b>Trabajo remunerado [n (%)]*</b>					
Sí	49 (29,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,155	49 (28,2)
No	120 (71,0)	5 (100,0)	0 (0,0)		125 (71,8)

\* % sin considerar casos sin datos, que son: **Nivel socioeconómico: 11, Trabajo remunerado: 291.**  
Valores estadísticamente significativos si  $p < 0,05$  (se indica con *p* en negrita)

Tabla 7. Nacionalidades de origen de los pacientes de la muestra

	n	%		n	%
<i>España</i>	357	76,3	<i>Guatemala</i>	1	,2
<i>Marruecos</i>	39	8,4	<i>Guinea-Bisau</i>	1	,2
<i>Ecuador</i>	17	3,7	<i>Letonia</i>	1	,2
<i>Otro país</i>	17	3,7	<i>Mali</i>	1	,2
<i>Brasil</i>	4	,9	<i>Moldavia</i>	1	,2
<i>Paraguay</i>	4	,9	<i>Nigeria</i>	1	,2
<i>Rumanía</i>	4	,9	<i>Portugal</i>	1	,2
<i>Lituania</i>	3	,6	<i>Reino Unido</i>	1	,2
<i>Bolivia</i>	2	,4	<i>Rusia</i>	1	,2
<i>Colombia</i>	2	,4	<i>Suecia</i>	1	,2
<i>Bélgica</i>	1	,2	<i>Ucrania</i>	1	,2
<i>Bulgaria</i>	1	,2	<i>Venezuela</i>	1	,2
<i>Chile</i>	1	,2	TOTAL	465	100,0
<i>China</i>	1	,2			

En la Tabla 8 se observan las características sociodemográficas según el tipo de víctima, de los casos de **Violencia Doméstica** no de género (VD).

Según el **sexo** las víctimas son mujeres en su mayoría entre los casos en que son ascendientes de su agresor (59,3%) o son agredidas por otros familiares (56,5%), mientras que son mayoría de hombres en los casos en los que las víctimas son descendientes de sus agresores (56,3%) ( $p=0,003$ ).

En los casos de víctimas de VD, la **edad media** también presenta diferencias significativas ( $p<0,001$ ), siendo de 43 años (DE=18) la media de edad de los pacientes varones que refieren violencia por parte de su pareja femenina, de 15 años (DE=10) cuando la víctima es un familiar descendiente, de 54 años (DE=13) cuando se trata de ascendientes agredidos, de 33 años (DE=16) en casos de violencia entre otros familiares.

En cuanto a los **grupos de edad**, cuando las víctimas son descendientes, el 64,6% son menores de 18 años, y las víctimas ascendientes, en más de un 40% de los casos tienen más de 60 años. Casi un 60 % de las víctimas ascendientes, agredidas por sus hijos o nietos, tienen menos de 60 años, teniendo menos de 40 años en el 18,5% de las ocasiones ( $p<0,001$ ).

El **Origen** de los pacientes víctimas de VD, es mayoritariamente español (85,8%), independiente de la víctima, especialmente cuando ésta es ascendiente, donde llega al 96,3%. En los agredidos por VD hay menos pacientes de Sudamérica y América Central (el 8,3% cuando la víctima es descendiente y 8,7% en agresiones entre otros familiares), así como muy pocos de origen africano.

Respecto al **Nivel socioeconómico**, los asistidos por VD poseen en su mayoría un nivel socioeconómico medio (TSI=3), siendo así en todos los tipos de VD, salvo cuando la víctima es ascendiente, en donde un 55,6% son pensionistas y un 22,2% poseen un nivel socioeconómico bajo (TSI=1) ( $p=0,002$ ).

**Tabla 8. Violencia Doméstica no de género. Características sociodemográficas de la muestra**

	<b>Hombre agredido por pareja mujer n=14</b>	<b>La víctima es descendiente n=48</b>	<b>La víctima es ascendiente n=27</b>	<b>Otros familiares n=23</b>	<b>Pareja del mismo sexo n=1</b>	<b>p</b>	<b>TOTAL n=113</b>
<b>Sexo [n (%)]</b>							
Mujer	0 (0,0)	21 (43,8)	16 (59,3)	13 (56,5)	1 (100,0)	<b>0,003</b>	51 (45,1)
Hombre	14 (100,0)	27 (56,3)	11 (40,7)	10 (43,5)	0 (0,0)		62 (54,9)
<b>Edad [media +/- (DE)]</b>	42 (18)	15 (10)	54 (13)	33 (16)	41 (0)	<b>&lt;0,001</b>	32 (21)
Menos de 18 años [n (%)]	0 (0,0)	31 (64,6)	0 (0,0)	5 (21,7)	0 (0,0)		36 (31,9)
De 18 a 29 años [n (%)]	5 (35,7)	14 (29,2)	0 (0,0)	6 (26,1)	0 (0,0)		25 (22,1)
De 30 a 39 años [n (%)]	3 (21,4)	1 (2,1)	5 (18,5)	4 (17,4)	0 (0,0)		13 (11,5)
De 40 a 49 años [n (%)]	1 (7,1)	2 (4,2)	6 (22,2)	3 (13,0)	1 (100,0)		13 (11,5)
De 50 a 59 años [n (%)]	2 (14,3)	0 (0,0)	5 (18,5)	4 (17,4)	0 (0,0)		11 (9,7)
De 60 a 69 años [n (%)]	2 (14,3)	0 (0,0)	8 (29,6)	1 (4,3)	0 (0,0)		11 (9,7)
Más de 70 años [n (%)]	1 (7,1)	0 (0,0)	3 (11,1)	0 (0,0)	0 (0,0)		4 (3,5)
<b>Origen [n (%)]</b>							<b>&lt;0,001</b>
España	13 (92,9)	40 (83,3)	26 (96,3)	18 (78,3)	0 (0,0)	97 (85,8)	
Resto de Europa	0 (0,0)	1 (2,1)	0 (0,0)	2 (8,7)	0 (0,0)	3 (2,7)	
Africa	1 (7,1)	1 (2,1)	0 (0,0)	1 (4,3)	0 (0,0)	3 (2,7)	
América	0 (0,0)	4 (8,3)	1 (3,7)	2 (8,7)	0 (0,0)	7 (6,2)	
Otros	0 (0,0)	2 (4,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	3 (2,7)	
<b>Nivel socioeconómico [n (%)]*</b>						<b>0,002</b>	
Bajo (TSI=1)	1 (7,1)	6 (12,5)	6 (22,2)	3 (13,0)	0 (0,0)		16 (14,2)
Pensionistas (TSI=2)	3 (21,4)	5 (10,4)	15 (55,6)	2 (8,7)	0 (0,0)		25 (22,1)
Medio (TSI 3)	9 (64,3)	34 (70,8)	6 (22,2)	17 (73,9)	1 (100,0)		67 (59,3)
Alto (TSI=4)	1 (7,1)	3 (6,3)	0 (0,0)	1 (4,3)	0 (0,0)	5 (4,4)	

\* **TSI=n:** Indica el código adscrito a la Tarjeta Sanitaria Individual del paciente. Valores estadísticamente significativos si  $p < 0,05$  (se indica con **p** en negrita).

En la Tabla 9 se muestran las características sociodemográficas del grupo de **Otros tipos de Violencia en Domicilio** (OVD), encontrando que según el sexo se distribuyen de manera equitativa, aunque son hombres mayoritariamente (81,8%) en el caso de agresión por amigos o conocidos.

La **edad** media oscila de 46 años (DE=22) en el caso de agresores desconocidos (finalidad de robo a la víctima) hasta 24 años (DE=13) en el caso de agresión por amigos o conocidos.

En cuanto al **Origen** de las víctimas, son de origen africano la mayoría de las víctimas agredidas por amigos o conocidos (54,5%), predominando en el resto de los tipos los pacientes de origen español.

El **Nivel socioeconómico** es mayoritariamente medio, aunque en el caso de agresores desconocidos un 40% de las víctimas son pensionistas, siendo muy escasas las víctimas de nivel socioeconómico bajo, salvo en el caso de agresores no definidos (24,1%).

**Tabla 9. Otro tipo de Violencia en Domicilio. Características sociodemográficas de la muestra.**

	Auto-agresión (n=9)	Amigos o conocidos (n=11)	Vecinos (n=21)	Agresores Desconocidos (n=5)	Agresores no definidos (n=81)	p	TOTAL (n=127)
<b>Sexo [n (%)]</b>							
Mujer	7 (77,8)	2 (18,2)	11 (52,4)	2 (40,0)	40 (49,4)	0,115	62 (48,8)
Hombre	2 (22,2)	9 (81,8)	10 (47,6)	3 (60,0)	41 (50,6)		65 (51,2)
<b>Edad [media +/- (DE)]</b>	34 (13)	24 (13)	41 (19)	46 (22)	37 (16)	0,055	37 (17)
Menos de 18 años [n (%)]	2 (22,2)	4 (36,4)	2 (9,5)	1 (20,0)	9 (11,1)	0,429	18 (14,2)
De 18 a 29 años [n (%)]	1 (11,1)	1 (9,1)	2 (9,5)	0 (0,0)	17 (21,0)		21 (16,5)
De 30 a 39 años [n (%)]	3 (33,3)	6 (54,5)	7 (33,3)	1 (20,0)	20 (24,7)		37 (29,1)
De 40 a 49 años [n (%)]	2 (22,2)	0 (0,0)	5 (23,8)	0 (0,0)	18 (22,2)		25 (19,7)
De 50 a 59 años [n (%)]	1 (11,1)	0 (0,0)	2 (9,5)	2 (40,0)	10 (12,3)		15 (11,8)
De 60 a 69 años [n (%)]	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,8)	0 (0,0)	3 (3,7)		4 (3,1)
Más de 70 años [n (%)]	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (9,5)	1 (20,0)	4 (4,9)		7 (5,5)
<b>Origen [n (%)]</b>							
España	7 (77,8)	5 (45,5)	17 (81,0)	5 (100,0)	67 (82,7)	0,073	101 (79,5)
Resto de Europa	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,8)	0 (0,0)	2 (2,5)		3 (2,4)
Africa	2 (22,2)	6 (54,5)	1 (4,8)	0 (0,0)	7 (8,6)		16 (12,6)
América	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,8)	0 (0,0)	4 (4,9)		5 (3,9)
Otros	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,8)	0 (0,0)	1 (1,2)		2 (1,6)
<b>Nivel socioeconómico [n (%)]*</b>							
Bajo (TSI=1)	1 (11,1)	1 (10,0)	1 (4,8)	0 (0,0)	19 (24,1)	0,063	22 (17,7)
Pensionistas (TSI=2)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (23,8)	2 (40,0)	13 (16,5)		20 (16,1)
Medio (TSI=3)	8 (88,9)	8 (80,0)	15 (71,4)	2 (40,0)	45 (57,0)		78 (62,9)
Alto (TSI=4)	0 (0,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	2 (2,5)		4 (3,2)

\* % sin considerar casos sin datos de TSI, que son 3. TSI=nº: Indica el código adscrito a la Tarjeta Sanitaria Individual del paciente. Valores estadísticamente significativos si  $p < 0,05$  (se indica con p en negrita).

#### 4.2.2. Características clínicas y antecedentes de violencia previa en cada clase de violencia

En la Tabla 10 reproducimos las características clínicas y antecedentes de violencia previa, según la clase de violencia encontradas en los pacientes de la muestra.

Al analizar la muestra, encontramos que se encuentran **embarazadas** en el momento de sufrir la situación de violencia por la que acuden a Urgencias de nuestro centro, 13 mujeres, es decir, el 3,8% de las 338 mujeres que forman parte de la muestra, mientras que tenemos constancia de que no están embarazadas el 56,5% (n=178) de las mismas, no disponiendo de datos en la historia clínica que puedan informarnos al respecto en 147 mujeres, el 43,5% del total. Aunque su relación con cada clase de violencia no es estadísticamente significativa ( $p=0,270$ ), si hay que destacar que el 85% de las mujeres embarazadas de la muestra son víctimas de VG (Tabla 10).

En las **víctimas** por violencia en el ámbito doméstico, los **antecedentes personales psiquiátricos** aparecen en más de una de cada cinco, siendo en los casos de VG de casi uno de cada cuatro, mientras que los **antecedentes de alcoholismo o consumo de drogas de abuso** sólo existen en el 7,1% de las víctimas por VG, el 8,8% de las víctimas de VD y en el 13,4 % de las de OVD, aunque el análisis de la asociación entre variables no alcanza el nivel adecuado de significación estadística.

Por el contrario, sí existe una asociación con significación estadística en la presencia de dichos antecedentes personales del **agresor, según la clase de violencia**, de manera que un 5,8% de los agresores en los casos de VG poseen **antecedentes personales psiquiátricos**, mientras que en los casos de VD sólo los poseen el 1,8 % de los agresores. ( $p=0,008$ ). En ningún caso de OVD se ha recogido la existencia de los mismos

A su vez, es estadísticamente significativa la asociación de **antecedentes personales de consumo de alcohol o drogas de abuso** en los agresores según la clase de violencia, (20,4% de los casos de VG, 2,7% de los casos de VD y en ninguno de OVD ( $p<0,001$ ).

Los pacientes presentan una media de 1,12 (DE=0,55) **asistencias en Urgencias que forman parte de la muestra**, por distintos episodios de violencia, no encontrando diferencias estadísticamente significativas entre las clases de violencia.

Hemos definido que existe **reincidencia**, cuando se produce un nuevo episodio de violencia durante el periodo de estudio, por lo que encontraremos más de una asistencia por violencia que se haya incluido en la muestra. Observamos que aparece reincidencia en el 9% de los pacientes de la muestra, el 9,3% de las víctimas de VG (n=21), el 10,6% (n=12) de los pacientes víctimas de VD no de género y el 7,1% (n=9) de los pacientes de OVD, aunque sin encontrar diferencias estadísticamente significativas. En la Tabla 11 se puede apreciar el número de asistencias de los pacientes que constituyen la muestra, en la que el 91% de los mismos tiene una sola asistencia formando parte de la muestra y el 7,3%, tiene dos asistencias.

En el conjunto de la muestra refieren haber sufrido **episodios previos de violencia** similares al actual 160 pacientes, el 34,4% del total de la muestra (n=465), que representa el 80,8% del total de las víctimas en las que existen datos referentes a esta cuestión, refiriendo no haber sufrido violencia previa el 8,2% del total (19,2% de los pacientes en los que existen datos al respecto), no teniendo información reflejada en la HCE de 267 pacientes, (57,4%) no encontrando por ello significación estadística en los resultados obtenidos respecto a cada clase de violencia.

Cuando existe violencia previa, se observa que la **duración** de la misma es mayoritariamente de 1 a 4 años (43,3% del total de la muestra n=465, y 44,7% de las víctimas de VG), seguida por la duración de menos de un año ( 25,8% del total de la muestra n=465, y 22,8% de las víctimas de VG).

De los pacientes que forman parte de la muestra en cuya HCE se refleja si han denunciado a su agresor previamente o no lo han hecho (el 25,6% del total, n=119), una de cada cuatro (25,9%) mujeres víctimas de Violencia de Género refieren haber denunciado previamente a su agresor y más de 3 de cada 4 (78,7%) de ellas manifiesta que va a denunciar en esta ocasión (Tabla 10).

En el 25,6% de la muestra (n=465) existen referencias en la HCE sobre si la víctima ha denunciado o no (n=119), habiéndolo hecho tan solo el 26% de las mismas.

**Tabla 10. Características clínicas, con antecedentes de violencia previa, de los pacientes de la muestra**

	<i>Violencia de Género</i> (n=225)	<i>Violencia Doméstica</i> (n=113)	<i>Otros tipos de Violencia Domicilio</i> (n=127)	<i>p</i>	<i>TOTAL</i> (n=465)
<b>Embarazo [n (%)]*</b>					
Sí	11 (6,1)	1 (12,5)	1(25,0)	0,270	13 (6,8)
No	168 (93,9)	7 (87,5)	3 (75,0)		178 (93,2)
<b>AP Psiquiátricos víctima [n (%)]</b>					
Sí	54 (24,0)	25 (22,1)	27 (21,3)	0,825	106 (22,8)
No	171 (76,0)	88 (77,9)	100 (78,7)		359 (77,2)
<b>AP Alcohol/drogas víctima [n (%)]</b>					
Sí	16 (7,1)	10 (8,8)	17 (13,4)	0,147	43 (9,2)
No	209 (92,9)	103 (91,2)	110 (86,6)		422 (90,8)
<b>AP Psiquiátricos agresor [n (%)]</b>					
Sí	13 (5,8)	2 (1,8)	0 (0,0)	<b>0,008</b>	15 (3,2)
No	212 (94,2)	111 (98,2)	127 (100,0)		450 (96,8)
<b>AP Alcohol/drogas agresor [n (%)]</b>					
Sí	46 (20,4)	3 (2,7)	0 (0,0)	<b>&lt;0,001</b>	49 (10,5)
No	179 (79,6)	110 (97,3)	127 (100,0)		416 (89,5)
<b>Núm. asistencias del paciente en la muestra [media +/- (DE)]**</b>	1,15 (0,69)	1,12 (0,35)	1,09 (0,39)	0,680	1,12 (0,55)
<b>Reincidencia [n (%)]</b>					
<b>Sí</b> (pacientes con más de una asistencia en la muestra)	21 (9,3)	12 (10,6)	9 (7,1)	0,620	42 (9,0)
<b>No</b> (pacientes con sólo una asistencia en la muestra)	204 (90,7)	101 (89,4)	118 (92,9)		423 (91,0)
<b>Violencia Previa [n (%)]*</b>					
Sí	142 (79,3)	9 (90,0)	9 (100,0)	0,231	160 (80,8)
No	37 (20,7)	1 (10,0)	0 (0,0)		38 (19,2)
<b>Duración Violencia Previa [n (%)]*</b>					
Menos de 1 año	26 (22,8)	4 (80,0)	1 (100,0)	0,080	31 (25,8)
De 1 a 4 años	51 (44,7)	1 (20,0)	0 (0,0)		52 (43,3)
De 5 a 9 años	19 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)		19 (15,8)
Más de 10 años	18 (15,8)	0 (0,0)	0 (0,0)		18 (15,0)
<b>Denuncia previa [n (%)]*</b>					
Sí	30 (25,9)	1 (33,3)		0,771	31 (26,1)
No	86 (74,1)	2 (66,7)			88 (73,9)
<b>Intención de denunciar [n(%)]*</b>					
Sí	107 (78,7)	8 (88,9)	1 (100,0)	0,670	116 (79,5)
No	29 (21,3)	1 (11,1)	0 (0,0)		30 (20,5)

\* % sin considerar casos sin datos, que son: **Embarazo:**147, **Violencia previa:**267, **Duración violencia previa:**345, **Denuncia previa:**346, **Intención de denunciar:**319. \*\* Se refleja el valor con dos decimales, sin redondear a uno. AP: Antecedentes personales. Valores estadísticamente significativos si  $p < 0,05$  (se indica con *p* en negrita).

Tabla 11. Número de asistencias de un mismo paciente en la muestra

<i>Numero de asistencias en la muestra</i>	<i>Pacientes</i>	<i>%</i>
<b>1</b>	423	91
<b>2</b>	34	7,3
<b>3</b>	6	1,3
<b>4</b>	1	0,2
<b>10</b>	1	0,2
<b>Total</b>	465	100

En la Tabla 12 se reproducen los resultados obtenidos de las características clínicas de los pacientes víctimas de **Violencia Doméstica** o intrafamiliar no de género (n=113), que constituyen la muestra. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en ningún caso, respecto a las características clínicas analizadas.

Tabla 12. Violencia Doméstica no de género. Variables relacionadas con las características clínicas

	<i>Hombre agredido por pareja mujer (n=14)</i>	<i>La víctima es descendiente (n=48)</i>	<i>La víctima es ascendiente (n=27)</i>	<i>Otros familiares (n=23)</i>	<i>Pareja del mismo sexo (n=1)</i>	<i>p</i>	<i>TOTAL (n=113)</i>
<b>AP Psiquiátricos víctima [n (%)]</b>							
<i>Sí</i>	4 (28,6)	7 (14,6)	8 (29,6)	6 (26,1)	0 (0,0)	<i>0,509</i>	25 (22,1)
<i>No</i>	10 (71,4)	41 (85,4)	19 (70,4)	17 (73,9)	1 (100,0)		88 (77,9)
<b>AP Alcohol/drogas víctima [n (%)]</b>							
<i>Sí</i>	3 (21,4)	4 (8,3)	2 (7,4)	1 (4,3)	0 (0,0)	<i>0,477</i>	10 (8,8)
<i>No</i>	11 (78,6)	44 (91,7)	25 (92,6)	22 (95,7)	1 (100,0)		103 (91,2)
<b>AP Psiquiátricos agresor [n (%)]*</b>							
<i>Sí</i>	1 (7,1)	0 (0,0)	1 (3,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	<i>0,379</i>	2 (1,8)
<i>No</i>	13 (92,9)	48 (100,0)	26 (96,3)	23 (100,0)	1 (100,0)		111 (98,2)
<b>AP Alcohol/drogas agresor [n (%)]*</b>							
<i>Sí</i>	0 (0,0)	3 (6,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	<i>0,383</i>	3 (2,7)
<i>No</i>	14 (100,0)	45 (93,8)	27 (100,0)	23 (100,0)	1 (100,0)		110 (97,3)
<b>Núm. asistencias en la muestra [media +/- (DE)]</b>	1,07 (0,26)	1,10 (0,31)	1,22 (0,51)	1,04 (0,21)	1,0 (0,0)	<i>0,421</i>	1,12 (0,35)
<b>Reincidencia [n (%)]</b>							
<i>Sí (más de una asistencia en la muestra)</i>	1 (7,1)	5 (10,4)	5 (18,5)	1 (4,3)	0 (0,0)	<i>0,553</i>	12 (10,6)
<i>No (sólo una asistencia en muestra)</i>	13 (92,9)	43 (89,6)	22 (81,5)	22 (95,7)	1 (100,0)		101 (89,4)

\* AP: Antecedentes personales. Valores estadísticamente significativos si  $p < 0,05$  (se indica con *p* en negrita).

En la Tabla 13 se reproducen los resultados de estas variables en los pacientes víctimas de **Otro tipo de Violencia en Domicilio**.

Encontramos diferencias estadísticamente significativas en la existencia de antecedentes personales psiquiátricos en los distintos tipos de OVD, apareciendo en el 66,7% de los pacientes con gestos autolíticos, en el 23,8 % de las agresiones por vecinos y en el 18,5 % de las que originan agresores no definidos por la víctima, mientras que no existen antecedentes psiquiátricos en la víctima en el 90,9% de las agresiones por amigos o conocidos y en el 100% de las provocadas por agresores desconocidos (ladrones).

**Tabla 13. Otro tipo de Violencia en Domicilio. Variables relacionadas con las características clínicas de la víctima**

	<i>Auto-agresión (n=9)</i>	<i>Amigos o conocidos (n=11)</i>	<i>Vecinos (n=21)</i>	<i>Agresores Desconocidos (n=5)</i>	<i>Agresores no definidos (n=81)</i>	<i>p</i>	<i>TOTAL (n=127)</i>
<b>AP Psiquiátricos víctima [n (%)]</b>							
<i>Sí</i>	6 (66,7)	1 (9,1)	5 (23,8)	0 (0,0)	15 (18,5)	<b>0,008</b>	27 (21,3)
<i>No</i>	3 (33,3)	10 (90,9)	16 (76,2)	5 (100,0)	66 (81,5)		100 (78,7)
<b>AP Alcohol/drogas víctima [n (%)]</b>							
<i>Sí</i>	0 (0,0)	1 (9,1)	3 (14,3)	0 (0,0)	13 (16,0)	0,583	17(13,4)
<i>No</i>	9 (100,0)	10 (90,9)	18 (85,7)	5 (100,0)	68 (84,0)		110 (86,6)
<b>Núm. asistencias en muestra [media +/- (DE)]</b>	1,22 (0,67)	1,09 (0,30)	1,00(0,00)	1,00 (0,00)	1,11 (0,42)	0,619	1,09 (0,38)
<b>Reincidencia [n (%)]</b>							
<i>Sí (más de una asistencia en la muestra)</i>	1 (11,1)	1 (9,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (8,6)	0,632	9 (7,1)
<i>No (sólo una asistencia en muestra)</i>	8 (88,9)	10 (90,9)	21 (100,0)	5 (100,0)	74 (91,4)		118 (92,9)

**AP:** Antecedentes personales. Valores estadísticamente significativos si  $p < 0,05$  (se indica con *p* en negrita).

En la tabla 14 se refleja la existencia de asistencias en Urgencias sospechosas de poder ser por violencia previa no declarada

Hemos identificado la existencia de **asistencias a Urgencias sospechosas** de poder ser por violencia previa no declarada, accediendo a los informes de alta de Urgencias almacenados en la HCE de los pacientes y a los diagnósticos de alta, la atención prestada y la anamnesis, valorando la existencia en ellos de patologías poco claras o indeterminadas del tipo de "ansiedad inespecífica", intento de autolisis repetidos, cefaleas no filiadas, dolores abdominales "inespecíficos", traumatismos, caídas, agresiones o accidentes no claramente explicados o repetidos, asistencias con diagnóstico de "ausencia de enfermedad", etc.

De esta manera, hemos determinado que aparecen este tipo de asistencias sospechosas de estar sufriendo una situación de violencia en el 62,4% de los

pacientes, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas según la clase de violencia, tal como se observa en la Tabla 14. El 61,3% de las pacientes víctimas de **Violencia de Género** presentan asistencias en Urgencias sospechosas de situaciones de violencia no declarada.

No encontramos diferencias significativas entre las distintas clases de **Violencia Doméstica** o intrafamiliar no de género, siendo mayoritaria en todas ellas la presencia de asistencias sospechosas de situaciones de violencia no declaradas en más de la mitad de los casos.

Respecto a los pacientes víctimas de **Otro tipo de Violencia en Domicilio**, salvo en el caso de agresores desconocidos (por robo en domicilio de la víctima), presentan también asistencias previas sospechosas de situaciones de violencia no declaradas por las víctimas, existiendo diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,045$ ).

**Tabla 14. Presencia de asistencias en Urgencias sospechosas de violencia previa no declarada por la víctima**

	<i>Violencia de Género</i> (n=225)	<i>Violencia Doméstica</i> (n=113)	<i>Otros tipos de Violencia Domicilio</i> (n=127)	<i>p</i>	<i>TOTAL</i> (n=465)		
<i>Asistencias sospechosas de violencia previa [n (%)]</i>							
<i>Sí</i>	138 (61,3)	74 (65,5)	78 (61,4)	<i>0,734</i>	290 (62,4)		
<i>No</i>	87 (38,7)	39 (34,5)	49 (38,6)		175 (37,6)		
<b>VIOLENCIA DOMÉSTICA</b>							
	<i>Hombre agredido por pareja mujer</i> (n=14)	<i>La víctima es descendiente</i> (n=48)	<i>La víctima es ascendiente</i> (n=27)	<i>Otros familiares</i> (n=23)	<i>Pareja del mismo sexo</i> (n=1)	<i>p</i>	<i>TOTAL</i> (n=113)
<i>Asistencias sospechosas de violencia previa [n (%)]</i>							
<i>Sí</i>	10 (71,4)	34 (70,8)	17 (63,0)	13 (56,5)	0 (0,0)	<i>0,460</i>	74 (65,5)
<i>No</i>	4 (28,6)	14 (29,2)	10 (37,0)	10 (43,5)	1 (100,0)		39 (34,5)
<b>OTRO TIPO DE VIOLENCIA EN DOMICILIO</b>							
	<i>Auto-agresión</i> (n=9)	<i>Amigos o conocidos</i> (n=11)	<i>Vecinos</i> (n=21)	<i>Agresores Desconocidos</i> (n=5)	<i>Agresores no definidos</i> (n=81)	<i>p</i>	<i>TOTAL</i> (n=127)
<i>Asistencias sospechosas de violencia previa [n (%)]</i>							
<i>Sí</i>	8 (88,9)	5 (45,5)	16 (76,2)	1 (20,0)	48 (59,3)	<i>0,045</i>	78 (61,4)
<i>No</i>	1 (11,1)	6 (54,5)	5 (23,8)	4 (80,0)	33 (40,7)		49 (38,6)

Valores estadísticamente significativos si  $p < 0,05$  (se indica con *p* en negrita).

### 4.3. Características de los perfiles lesionales y la gravedad de las agresiones sufridas por los pacientes víctimas de violencia doméstica que solicitan asistencia en el Servicio de Urgencias del HGUSL en el periodo de estudio.

#### 4.3.1. Momento y lugar de la agresión:

La mayoría de las agresiones ocurren en el casco urbano de la ciudad (69,5%) y en el propio domicilio de la víctima (79,1%). En las víctimas por Violencia de Género que forman parte de la muestra la agresión tiene lugar en su propio domicilio en el 65,8% de las ocasiones, mientras que en el 18,2 % de las veces las víctimas son agredidas en la vía pública o en lugares públicos, siendo la única clase de violencia que tiene lugar fuera del domicilio.

En la Tabla 15 reflejamos las principales características de estas variables.

**Tabla 15. Variables relacionadas con la agresión (I): momento y lugar de la agresión**

	<i>Violencia de Género</i> (n=225)	<i>Violencia Doméstica</i> (n=113)	<i>Otros tipos de Violencia Domicilio</i> (n=127)	<i>p</i>	<i>TOTAL</i> (n=465)
<b>Hora de la agresión [n (%)]*</b>					
0-6 h	30 (30,6)	8 (16,3)	8 (19,5)	0,287	46 (24,5)
6-12 h	21 (21,4)	10 (20,4)	10 (24,4)		41 (21,8)
12-18 h	19 (19,4)	18 (36,7)	11 (26,8)		48 (25,5)
18-24 h	28 (28,6)	13 (26,5)	12 (29,3)		53 (28,2)
<b>Lugar de la agresión [n (%)]</b>					
Domicilio víctima	148 (65,8)	96 (85,0)	124 (97,6)	<0,001	368 (79,1)
Otro domicilio familiares	9 (4,0)	10 (8,8)	3 (2,4)		22 (4,7)
En vía o lugar público	41 (18,2)	0 (0,0)	0 (0,0)		41 (8,8)
No se refleja	27 (12,0)	7 (6,2)	0 (0,0)		34 (7,3)
<b>Localidad de la agresión [n (%)]</b>					
Cartagena ciudad	145 (64,4)	74 (65,5)	77 (60,6)	0,909	296 (63,7)
Cartagena periferia	13 (5,8)	5 (4,4)	9 (7,1)		27 (5,8)
Pedanía de Cartagena	42 (18,7)	20 (17,7)	22 (17,3)		84 (18,1)
Otras localidades de la región	24 (10,7)	14 (12,4)	19 (15,0)		57 (12,3)
Fuera de la región de Murcia	1 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)		1 (0,2)

\* % sin considerar casos sin datos, que son: **Hora agrupada de la agresión**: 277. Valores estadísticamente significativos si  $p < 0,05$  (se indica con *p* en negrita).

El lugar donde ocurre la agresión presenta diferencias estadísticamente significativas según las víctimas de **Violencia Doméstica**, pudiendo destacar que cuando las víctimas son descendientes de sus agresores, la agresión tiene lugar en

el domicilio de la víctima en el 68,8% de los casos y en el de otros familiares en el 18,8% ( $p=0,022$ ) (Tabla 16).

**Tabla 16. Violencia Doméstica no de género. Variables relacionadas con la agresión (I)**

	Hombre agredido por pareja mujer n=14	La víctima es descendiente n=48	La víctima es ascendiente n=27	Otros familiares n=23	Pareja del mismo sexo n=1	p	TOTAL n=113
<b>Hora de la agresión [n (%)]*</b>							
0-6 h	1 (16,7)	3 (15,0)	3 (27,3)	1 (8,3)	0 (0,0)	0,573	8 (16,3)
6-12 h	2 (33,3)	5 (25,0)	2 (18,2)	1 (8,3)	0 (0,0)		10 (20,4)
12-18 h	1 (16,7)	6 (30,0)	3 (27,3)	8 (66,7)	0 (0,0)		18 (36,7)
18-24 h	2 (33,3)	6 (30,0)	3 (27,3)	2 (16,7)	0 (0,0)		13 (26,5)
<b>Lugar de la agresión [n (%)]</b>							
Domicilio víctima	14 (100,0)	33 (68,8)	25 (92,6)	23 (100,0)	1 (100,0)	0,022	96 (85,0)
Otro domicilio familia	0 (0,0)	9 (18,8)	1 (3,7)	0 (0,0)	0 (0,0)		10 (8,8)
En vía o lugar público	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)
No se refleja	0 (0,0)	6 (12,5)	1 (3,7)	0 (0,0)	0 (0,0)		7 (6,2)
<b>Localidad agresión [n (%)]</b>							
Cartagena ciudad	8 (57,1)	30 (62,5)	19 (70,4)	16 (69,6)	1 (100,0)	0,992	74 (65,5)
Cartagena periferia	0 (0,0)	3 (6,3)	1 (3,7)	1 (4,3)	0 (0,0)		5 (4,4)
Pedánias Cartagena	4 (28,6)	9 (18,8)	4 (14,8)	3 (13,0)	0 (0,0)		20 (17,7)
Otras localidades MU	2 (14,3)	6 (12,5)	3 (11,1)	3 (13,0)	0 (0,0)		14 (12,4)
Fuera de la región MU	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)

\* % sin considerar casos sin datos de **Hora de la agresión**:64. Valores estadísticamente significativos si  $p<0,05$  (se indica con p en negrita).

En la Tabla 17 se reflejan los resultados respecto al momento y lugar en que tienen lugar las agresiones por **Otro tipo de Violencia en Domicilio**, entre cuyos subgrupos no encontramos diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 17. Otro tipo de Violencia en Domicilio. Variables relacionadas con la agresión (I)

	Auto-agresión (n=9)	Amigos o conocidos (n=11)	Vecinos (n=21)	Agresores Desconocidos (n=5)	Agresores no definidos (n=81)	p	TOTAL (n=127)
<b>Hora de la agresión [n (%)]*</b>							
0-6 h	0 (0,0)	1 (25,0)	1 (16,7)	0 (0,0)	6 (22,2)	0,425	8 (19,5)
6-12 h	0 (0,0)	2 (50,0)	2 (33,3)	0 (0,0)	6 (22,2)		10 (24,4)
12-18 h	2 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (33,3)		11 (26,8)
18-24 h	2 (50,0)	1 (25,0)	3 (50,0)	0 (0,0)	6 (22,2)		12 (29,3)
<b>Lugar de la agresión [n (%)]</b>							
Domicilio víctima	9 (100,0)	11 (100,0)	21 (100,0)	5 (100,0)	78 (96,3)	0,783	124 (97,6)
Otro domicilio familia	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (3,7)		3 (2,4)
En vía o lugar público	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)
No se refleja	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)
<b>Localidad agresión [n (%)]</b>							
Cartagena ciudad	5 (55,6)	4 (36,4)	13 (61,9)	2 (40,0)	53 (65,4)	0,262	77 (60,6)
Cartagena periferia	2 (22,2)	2 (18,2)	2 (9,5)	0 (0,0)	3 (3,7)		9 (7,1)
Pedañas Cartagena	1 (11,1)	1 (9,1)	4 (19,0)	2 (40,0)	14 (17,3)		22 (17,3)
Otras localidades MU	1 (11,1)	4 (36,4)	2 (9,5)	1 (20,0)	11 (13,6)		19 (15,0)
Fuera de la región MU	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)

\* % sin considerar casos sin datos de **Hora de la agresión**, que son 86. Valores estadísticamente significativos si  $p < 0,05$  (se indica con p en negrita).

En la Tabla 18 reflejamos las principales localidades donde se han producido las agresiones de los pacientes que constituyen la muestra.

Tabla 18. Localidades donde se producen las agresiones de los pacientes que constituyen la muestra.

	n	%		n	%		n	%
ALBUJON	4	0,9	ESTRECHO DE SAN GINES (EL)	2	0,4	POZO ESTRECHO	6	1,3
ALCÁZARES (LOS)	1	0,2	FUENTE ALAMO	10	2,1	PUEBLA (LA)	2	0,4
ALGAR (EL)	9	1,9	GABATOS (LOS)	1	0,2	PUERTO DE MAZARRON	3	0,6
ALGUAZAS	1	0,2	GUIA (LA)	2	0,4	PUERTOS (LOS)	1	0,2
ALJORRA (LA)	11	2,4	IFRE-CAÑADA DE GALLEGO (MAZARRÓN)	1	0,2	ROCHE [UNION (LA)]	3	0,6
ALUMBRES	1	0,2	ISLAS MENORES	1	0,2	ROLDAN	2	0,4
APARECIDA (LA) [CARTAGENA]	3	0,6	JUMILLA	1	0,2	SAN ANTON	3	0,6
BARREROS (LOS)	8	1,7	LLANO DEL BEAL	1	0,2	SAN ANTONIO ABAD	9	1,9
BARRIADA CUATRO SANTOS	4	0,9	LOBOSILLO	1	0,2	SAN FELIX	3	0,6
BARRIADA HISPANOAMERICA	3	0,6	MANGA DEL MAR MENOR (LA) [CARTAGENA]	4	0,9	SANTA ANA	4	0,9
BARRIADA SAN GINES	8	1,7	MANGA DEL MAR MENOR (LA) [SAN JAVIER]	3	0,6	SANTA LUCIA	11	2,4
BARRIADA VIRGEN DE LA CARIDAD	1	0,2	MATEOS (LOS) [CARTAGENA]	6	1,3	TORRE-PACHECO	4	0,9
BARRIO DE LA CONCEPCION	5	1,1	MEDIA LEGUA (LA)	3	0,6	TORRECIEGA	2	0,4
BARRIO DE PERAL	31	6,7	MOLINOS MARFAGONES	4	0,9	UNIÓN (LA)	17	3,7
CAMPANO (LO)	4	0,9	NIETOS (LOS)	3	0,6	URBANIZACION LA VAGUADA	3	0,6
CANTERAS	3	0,6	PALMA (LA)	4	0,9	URBANIZACION MEDIA SALA	2	0,4
CAÑADA DE GALLEGO (MAZARRÓN)	1	0,2	PILAR DE LA HORADADA	2	0,4	URBANIZACION MEDITERRANEO	13	2,8
CARTAGENA	195	41,9	PLAYA HONDA	3	0,6	URBANIZACION NUEVA CARTAGENA	5	1,1
DOLORES (LOS) [CARTAGENA]	17	3,7	POLIGONO DE SANTA ANA	2	0,4	URRUTIAS (LOS)	2	0,4
ENSANCHE-ALMARJAL	1	0,2	PORTMAN	1	0,2	VISTA ALEGRE	2	0,4
						<b>TOTAL</b>	<b>465</b>	<b>100</b>

#### 4.3.2. Tipo de violencia, perfil lesional y localización de las lesiones

En la Tabla 19 se recogen distintas variables relacionadas con el tipo de violencia, mecanismos de lesión utilizados y localización de las lesiones.

Respecto al **tipo de violencia**, podemos observar que el 83,4% del total de los pacientes sufren violencia de tipo físico aisladamente, unida con violencia de tipo psicológico en un 9,5% de los casos.

En las víctimas de Violencia de Género el porcentaje de agresiones físicas y psicológicas simultáneas se incrementa hasta el 15,1%, siendo físicas aisladas en un 76,4% de las veces y psicológicas aisladas en un 5,8% de los casos, encontrando un 2,7% de agresiones de tipo sexual.

Las víctimas de Violencia Doméstica no de género sufren violencia de tipo físico en el 85% de las ocasiones y en un 7,1% de las mismas, violencia de tipo sexual.

Los pacientes víctimas de Otro tipo de Violencia en Domicilio de la muestra, sufren violencia física aislada en el 94,5% de las ocasiones.

Respecto a los mecanismos de lesión que constituyen el **perfil lesional** de las agresiones sufridas por los pacientes de la muestra, ha podido identificarse en el 83% de las ocasiones, no siendo posible hacerlo en 79 casos.

El perfil lesional más frecuente identificado es la agresión física en la que se reciben puñetazos, patadas, se es golpeado con objetos contundentes o se recibe una mordedura del agresor (Perfil 4), lo que ocurre en el 44,8% de las ocasiones; le siguen los casos de pacientes que sufren un empujón con o sin contusión tras el mismo contra la pared, mueble o suelo, o reciben una bofetada de su agresor (Perfil 3) en el 23,6%; después los pacientes que sufren sujeción con las manos y zarandeo o forcejeo, tirones del pelo (Perfil 2), lo que ocurre en el 16,8% de las ocasiones; los que son agredidos mediante gritos, intimidación verbal, insultos o amenazas (Perfil 1) en el 4,7%; los que son heridos con arma blanca, objeto punzante, cortante o vidrio (Perfil 5) en el 3,6% de las ocasiones; los casos de tocamientos sexuales o intentos de violación no consumadas (Perfil 7), en el 2,8% de los casos; Violación (Perfil 8) en el 1,3% de las ocasiones y por otros mecanismos lesionales (Perfil 9) en 7 casos (1,8%), de los que 5 casos (el 1,3%) son por intoxicación por fármacos o drogas y 2 (0,5%) casos son por dejación en la prestación de cuidados a personas dependientes.

En las tres clases de violencia predominan las agresiones con mecanismos de lesión descritos en el Perfil 4 (puñetazo, patada, golpe con objeto contundente, etc.), siendo más elevado el porcentaje de los mismos en los pacientes víctimas de OVD (52,7%) que en los de VD (47,2%) y en las de VG (40,2%), existiendo entre las víctimas de Violencia de Género más casos de agresiones con mecanismos de lesión propios de los Perfiles 2 y 3 (forcejeo, tirones de pelo y empujón y caída al suelo o contusión contra la pared o mueble o bofetada) respecto a las sufridas por los pacientes víctimas de VD y OVD ( $p < 0,001$ ).

Respecto a la **localización de las lesiones** encontramos que en las víctimas de Violencia de Género de la muestra predominan las que afectan a más de una de las localizaciones descritas de manera simultánea (33,8%), mientras que en las víctimas de Violencia Doméstica se localizan principalmente en la extremidades superiores (28,8%) y en las de Otro tipo de Violencia en Domicilio son mayoría las que afectan aisladamente a la cabeza, cara y cuello ( 34,4%) ( $p = 0,015$ ).

**Tabla 19. Variables relacionadas con la agresión (II): tipo de violencia, perfil lesional y localización de las lesiones**

	<i>Violencia de Género</i> (n=225)	<i>Violencia Doméstica</i> (n=113)	<i>Otros tipos de Violencia Domicilio</i> (n=127)	<i>p</i>	<i>TOTAL</i> (n=465)
<b>Tipo de Violencia [n (%)]</b>					
<i>Psicológica</i>	13 (5,8)	2 (1,8)	1 (0,8)		16 (3,4)
<i>Física</i>	172 (76,4)	96 (85,0)	120 (94,5)	<b>&lt;0,001</b>	388 (83,4)
<i>Sexual</i>	6 (2,7)	8 (7,1)	3 (2,4)		17 (3,7)
<i>Psicológica y física</i>	34 (15,1)	7 (6,2)	3 (2,4)		44 (9,5)
<b>Perfil Lesional [n (%)]*</b>					
<i>1. Gritos, insultos, amenazas</i>	14 (6,9)	3 (3,4)	1 (1,1)		18 (4,7)
<i>2. Forcejeo, tirones pelo</i>	41 (20,1)	14 (15,7)	10 (10,8)		65 (16,8)
<i>3. Empujón pared, bofetada</i>	61 (29,9)	16 (18,0)	14 (15,1)		91 (23,6)
<i>4. Puñetazo, patada, golpe</i>	82 (40,2)	42 (47,2)	49 (52,7)		173 (44,8)
<i>5. Herida arma blanca</i>	1 (0,5)	3 (3,4)	10 (10,8)		14 (3,6)
<i>6. Quemaduras</i>	0 (0,0)	2 (2,2)	0 (0,0)	<b>&lt;0,001</b>	2 (0,5)
<i>7. Tocamientos sexuales, intento de violación</i>	4 (2,0)	4 (4,5)	3 (3,2)		11 (2,8)
<i>8. Violación consumada</i>	1 (0,5)	4 (4,5)	0 (0,0)		5 (1,3)
<i>9. Otros (intoxicación, estrangulación, abandono)</i>	0 (0,0)	1 (1,1)	6 (6,5)		7 (1,8)
<b>Localización lesiones [n (%)]*</b>					
<i>Extremidades superiores</i>	42 (18,9)	32 (28,8)	23 (18,9)		97 (21,3)
<i>Extremidades inferiores</i>	4 (1,8)	1 (0,9)	5 (4,1)		10 (2,2)
<i>Tórax, abdomen, espalda, órganos internos, periné</i>	16 (7,2)	18 (16,2)	8 (6,6)	<b>0,015</b>	42 (9,2)
<i>Cabeza, cara y cuello</i>	65 (29,3)	26 (23,4)	42 (34,4)		133 (29,2)
<i>Más de una localización</i>	75 (33,8)	24 (21,6)	37 (30,3)		136 (29,9)
<i>No se evidencian lesiones</i>	20 (9,0)	10 (9,0)	7 (5,7)		37 (8,1)

\*% sin considerar casos sin datos, que son: **Perfil Lesional:79, Localización lesiones:10**. Valores estadísticamente significativos si  $p < 0,05$  (se indica con *p* en negrita).

En la Tabla 20 hemos representado las variables relacionadas con el tipo de violencia, perfil lesional y localización de las lesiones para los pacientes víctimas de **Violencia Doméstica**, donde se observan los resultados obtenidos en cada una de las clases de VD, sin apreciar diferencias estadísticamente significativas entre las mismas.

Tabla 20. Violencia Doméstica no de género. Variables relacionadas con la agresión (II)

	Hombre agredido por pareja mujer (n=14)	La víctima es descendiente (n=48)	La víctima es ascendiente (n=27)	Otros familiares (n=23)	Pareja del mismo sexo (n=1)	<i>p</i>	TOTAL (n=113)
<b>Tipo de Violencia [n (%)]</b>							
Psicológica	0 (0,0)	1 (2,1)	0 (0,0)	1 (4,3)	0 (0,0)	0,825	2 (1,8)
Física	13 (92,9)	38 (79,2)	25 (92,6)	19 (82,6)	1 (100,0)		96 (85,0)
Sexual	0 (0,0)	6 (12,5)	0 (0,0)	2 (8,7)	0 (0,0)		8 (7,1)
Psicológica y física	1 (7,1)	3 (6,3)	2 (7,4)	1 (4,3)	0 (0,0)		7 (6,2)
<b>Perfil Lesional [n (%)]*</b>							
1.-Gritos, insultos, amenazas	0 (0,0)	2 (5,7)	0 (0,0)	1 (5,3)	0 (0,0)	0,558	3 (3,4)
2. Sujeción, forcejeo, tirones pelo	0 (0,0)	6 (17,1)	5 (22,7)	3 (15,8)	0 (0,0)		14 (15,7)
3.- Empujón pared, suelo, bofetada	0 (0,0)	8 (22,9)	5 (22,7)	3 (15,8)	0 (0,0)		16 (18,0)
4. Puñetazo, patada, golpe con objeto, mordedura	11 (91,7)	10 (28,6)	11 (50,0)	9 (47,4)	1 (100,0)		42 (47,2)
5. Herida arma blanca, objeto cortante	1 (8,3)	1 (2,9)	0 (0,0)	1 (5,3)	0 (0,0)		3 (3,4)
6. Quemaduras	0 (0,0)	1 (2,9)	1 (4,5)	0 (0,0)	0 (0,0)		2 (2,2)
7. Tocamientos, intento de violación	0 (0,0)	2 (5,7)	0 (0,0)	2 (10,5)	0 (0,0)		4 (4,5)
8. Violación consumada	0 (0,0)	4 (11,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		4 (4,5)
9. Otros (intoxicación, abandono...)	0 (0,0)	1 (2,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		1 (1,1)
<b>Localización lesiones [n (%)]*</b>							
Extremidades superiores	2 (14,3)	11 (23,9)	11 (40,7)	7 (30,4)	1 (100,0)	0,436	32 (28,8)
Extremidades inferiores	0 (0,0)	1 (2,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		1 (0,9)
Tórax y abdomen, espalda, órganos internos, periné	2 (14,3)	10 (21,7)	5 (18,5)	1 (4,3)	0 (0,0)		18 (16,2)
Cabeza, cara y cuello	3 (21,4)	13 (28,3)	3 (11,1)	7 (30,4)	0 (0,0)		26 (23,4)
Más de una localización	7 (50,0)	7 (15,2)	5 (18,5)	5 (21,7)	0 (0,0)		24 (21,6)
No se evidencian lesiones	0 (0,0)	4 (8,7)	3 (11,1)	3 (13,0)	0 (0,0)		10 (9,0)

\* % sin considerar casos sin datos, que son: **Perfil Lesional:24, Localización lesiones:2.** Valores estadísticamente significativos si  $p < 0,05$  (se indica con *p* en negrita).

En la Tabla 21 recogemos la distribución de estas características respecto a las víctimas de **Otro tipo de Violencia en Domicilio**.

En esta tabla puede observarse que en las agresiones por vecinos a víctimas de nuestra muestra, aumenta el tipo de violencia de tipo psicológico, aislado o en compañía de violencia física (9,5% y 4,8%, respectivamente), además de aparecer violencia de tipo sexual en el 18,2% de las agresiones por amigos o conocidos de las víctimas ( $p=0,011$ ).

Al mismo tiempo se aprecia en esta tabla que entre los diferentes subgrupos de OVD también existen diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ) en los mecanismos de lesión de las agresiones sufridas, predominando los mecanismos

lesionales de Perfil 4 (puñetazo, patada, golpe contundente, etc.), aunque también existen agresiones con mecanismos de lesión del Perfil 2 (sujeción, forcejeo, tirones del pelo) y del Perfil 3 (empujón contra pared o bofetada) cuando los agresores son vecinos de la víctima, agresiones con mecanismos de lesión del perfil 5 (herida con arma blanca u objeto punzante) en casi todos ellos, alcanzando el 33% en las autoagresiones, En el 66,6% de los casos de auto-agresiones, el mecanismo lesional es la intoxicación con fármacos o drogas de abuso.

**Tabla 21. Otro tipo de Violencia en Domicilio. Variables relacionadas con la agresión (II)**

	<b>Auto-agresión</b> (n=9)	<b>Amigos o conocidos</b> (n=11)	<b>Vecinos</b> (n=21)	<b>Agresores Desconocidos</b> (n=5)	<b>Agresores no definidos</b> (n=81)	<b>p</b>	<b>TOTAL</b> (n=127)
<b>Tipo de Violencia [n (%)]</b>							
Psicológica	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,8)	0 (0,0)	0 (0,0)		1 (0,8)
Física	9 (100,0)	9 (81,8)	17 (81,0)	5 (100,0)	80 (98,8)	<b>0,011</b>	120 (94,5)
Sexual	0 (0,0)	2 (18,2)	1 (4,8)	0 (0,0)	0 (0,0)		3 (2,4)
Psicológica y física	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (9,5)	0 (0,0)	1 (1,2)		3 (2,4)
<b>Perfil Lesional [n (%)]*</b>							
1.-Gritos, insultos, amenazas	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)	0 (0,0)	0 (0,0)		1 (1,1)
2. Sujeción, forcejeo, tirones pelo	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (29,4)	0 (0,0)	5 (9,3)		10 (10,8)
3.- Empujón pared, bofetada	0 (0,0)	2 (20,0)	4 (23,5)	0 (0,0)	8 (14,8)		14 (15,1)
4. Puñetazo, patada, golpe objeto	0 (0,0)	5 (50,0)	5 (29,4)	3 (100,0)	36 (66,7)		49 (52,7)
5. Herida arma blanca, objeto cortante	3 (33,3)	1 (10,0)	1 (5,9)	0 (0,0)	5 (9,3)	<b>&lt;0,001</b>	10 (10,8)
6. Quemaduras	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)
7. Tocamientos, intento de violación	0 (0,0)	2 (20,0)	1 (5,9)	0 (0,0)	0 (0,0)		3 (3,2)
8. Violación consumada	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)
9. Otros (intoxicación, abandono...)	6 (66,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		6 (6,5)
<b>Localización lesiones [n (%)]*</b>							
Extremidades superiores	3 (37,5)	3 (30,0)	3 (15,8)	1 (20,0)	13 (16,3)		23 (18,9)
Extremidades inferiores	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,3)	0 (0,0)	4 (5,0)		5 (4,1)
Tórax y abdomen, espalda, órganos internos, periné	1 (12,5)	0 (0,0)	2 (10,5)	0 (0,0)	5 (6,3)	<b>0,060</b>	8 (6,6)
Cabeza, cara y cuello	1 (12,5)	4 (40,0)	9 (47,4)	1 (20,0)	27 (33,8)		42 (34,4)
Más de una localización	0 (0,0)	2 (20,0)	3 (15,8)	3 (60,0)	29 (36,3)		37 (30,3)
No se evidencian lesiones	3 (37,5)	1 (10,0)	1 (5,3)	0 (0,0)	2 (2,5)		7 (5,7)

\* % sin considerar casos sin datos, que son: **Perfil Lesional:34, Localización lesiones:5.** Valores estadísticamente significativos si  $p < 0,05$  (se indica con p en negrita).

#### 4.3.3. Otros agredidos, severidad de la violencia y gravedad de las lesiones

Respecto a si existen o no **otras personas agredidas** además de la víctima, hemos encontrado que aparece reflejado ese dato en las HCE de menos de la

tercera parte de los pacientes (el 31,8%), existiendo una asociación estadísticamente significativa entre la clase de violencia y las agresiones a terceras personas: 19,8% de los casos de VG, 93,3% de los casos de VD y en el 100% de los de OVD ( $p=0,001$ ) (Tabla 22).

Las personas agredidas además de la víctima son sus hijos en el 15,1% de los casos de Violencia de Género de la muestra en los que se informa de este dato y otras personas no dependientes de la víctima en el 66,7% de los casos de Violencia Doméstica y en la totalidad de los casos de Otro tipo de Violencia en Domicilio .

La **severidad de la violencia** sufrida por la víctima, tanto física como sexual, es moderada en más del 54,4% de los casos de Violencia de Género ( la víctima que ha sufrido violencia física moderada ha sido empujada, agarrada o le han tirado del pelo, le han abofeteado o le han tirado algo para golpearla, y la que ha sufrido violencia sexual moderada ha sido objeto de tocamientos sexuales, coacciones o intentos de violación), mientras que la violencia sufrida es severa en el 58,4% de los casos de Violencia Doméstica y en el 58,5% de los de Otro tipo de violencia en Domicilio ( la víctima que ha sufrido violencia física severa ha sido golpeada con el puño, le han dado patadas, le han arrastrado o pegado, le han intentado asfixiar o quemar o le han amenazado con usar, o han usado, una pistola o un arma blanca contra ella, y la agresión sexual severa se refiere a la violación) ( $p=0,001$ ) (Tabla 22).

Respecto a la **gravedad de las lesiones** originadas a los pacientes víctimas de violencia en el ámbito doméstico, hemos encontrado que en el 74,2% de los casos se producen lesiones físicas moderadas, en un 9,3% de los casos se producen lesiones físicas graves de tipo 1, en un 7,9% las lesiones físicas son graves de tipo 2, y en solo un caso (0,2%) se produce una lesión grave de tipo 3, un aborto involuntario.

En los casos de Violencia de Género encontramos una disminución de los porcentajes de las heridas graves (6,8% Grave tipo1 y 6,4% Grave tipo 2) y un aumento de las agresiones en las que no se evidencia lesión física (12,3%) respecto a las víctimas por Violencia Doméstica (8,1% Grave tipo 1, otro 8,1% Grave tipo 2 y no lesiones físicas en el 6,1%), siendo todavía mayor la diferencia con los pacientes víctimas de Otro tipo de Violencia en Domicilio (15,3% Grave tipo1, 10,8% Grave tipo 2 y sólo 2,7% de casos en los que no se aprecian lesiones físicas) ( $p=0,009$ ).

En la Tabla 22 se reproducen los resultados expuestos en este apartado.

**Tabla 22. Variables relacionadas con la agresión (III): otros agredidos, severidad de la violencia y gravedad de las lesiones**

	<i>Violencia de Género</i> (n=225)	<i>Violencia Doméstica</i> (n=113)	<i>Otros tipos de Violencia Domicilio</i> (n=127)	<i>p</i>	<i>TOTAL</i> (n=465)
<b>Existen otros agredidos [n (%)]*</b>					
Sí	25 (19,8)	14 (93,3)	7 (100,0)	<b>&lt;0,001</b>	46 (31,1)
No	101 (80,2)	1 (6,7)	0 (0,0)		102 (68,9)
<b>Otras personas agredidas [n (%)]*</b>					
Hijos de la víctima	19 (15,1)	1 (6,7)	0 (0,0)	<b>&lt;0,001</b>	20 (13,5)
Otros dependientes víctima	3 (2,4)	3 (20,0)	0 (0,0)		6 (4,1)
Otros no dependientes víctima	3 (2,4)	10 (66,7)	7 (100,0)		20 (13,5)
No existen más agredidos	101 (80,2)	1 (6,7)	0 (0,0)		102 (68,9)
<b>Severidad de la violencia [n (%)]*<sup>1</sup></b>					
Violencia física MODERADA	102 (52,3)	31 (36,9)	32 (38,0)	<b>0,001</b>	165 (45,5)
Violencia física SEVERA	87 (44,6)	45 (53,6)	50 (58,5)		182 (50,1)
Violencia sexual moderada (tocamientos sexuales)	4 (2,1)	4 (4,8)	3 (3,5)		11 (2,8)
Violencia sexual severa (violación)	1 (0,5)	4 (4,8)	0 (0,0)		5 (1,3)
<b>Gravedad lesiones [n (%)]*<sup>2</sup></b>					
Ansiedad o depresión	27 (12,3)	6 (6,1)	3 (2,7)	<b>0,009</b>	36 (8,4)
Lesión física MODERADA	164 (74,5)	76 (76,8)	79 (71,2)		319 (74,2)
Lesión física GRAVE tipo 1	15 (6,8)	8 (8,1)	17 (15,3)		40 (9,3)
Lesión física GRAVE tipo 2	14 (6,4)	8 (8,1)	12 (10,8)		34 (7,9)
Lesión física GRAVE tipo 3	0 (0,0)	1 (1,0)	0 (0,0)		1 (0,2)

\* % sin considerar casos sin datos, que son: **Otros agredidos:** 317, **Severidad violencia:** 102, **Gravedad lesiones:** 35. <sup>1</sup> **Violencia física moderada:** la víctima ha sido empujada, agarrada o le han tirado del pelo, abofeteada o le han tirado algo que la puede haber golpeado. **Violencia física severa:** Le han golpeado con el puño, patadas, le han arrastrado o pegado; le han intentado asfixiar o quemar; le han amenazado con usar o han usado una pistola o un arma blanca contra ella. <sup>2</sup> **Lesión física MODERADA:** corte (herida superficial), rasguño, equimosis, dolor. **Lesión física GRAVE tipo 1:** Lesiones en los ojos y oídos, esquinces, luxaciones o quemaduras. **Lesión física GRAVE tipo 2:** heridas profundas, fracturas de huesos, dientes rotos, lesiones internas. **Lesión física GRAVE tipo 3:** aborto involuntario. Valores estadísticamente significativos si  $p < 0,05$  (se indica con *p* en negrita).

En la Tabla 23 se reflejan las características de las agresiones en los pacientes víctimas de **Violencia Doméstica**, no existiendo entre sus diferentes tipos de violencia diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 23. Violencia Doméstica no de género. Variables relacionadas con la agresión (III)

	Hombre agredido por pareja mujer (n=14)	La víctima es descendiente (n=48)	La víctima es ascendiente (n=27)	Otros familiares (n=23)	Pareja del mismo sexo (n=1)	p	TOTAL (n=113)
<b>Existen otros agredidos [n (%)]*</b>							
Sí	5 (100,0)	4 (80,0)	2 (100,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	0,543	14 (93,3)
No	0 (0,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		1 (6,7)
<b>Otras personas agredidas [n (%)]*</b>							
Hijos de la víctima	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,122	1 (6,7)
Otros dependientes víctima	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (66,7)	0 (0,0)		3 (20,0)
Otros no dependientes víctima	4 (80,0)	4 (80,0)	1 (50,0)	1 (33,3)	0 (0,0)		10 (66,7)
No existen más agredidos	0 (0,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		1 (6,7)
<b>Severidad de la violencia [n (%)]*<sup>1</sup></b>							
Violencia física MODERADA	2 (16,7)	16 (48,5)	8 (38,1)	5 (29,4)	0 (0,0)	0,509	31 (36,9)
Violencia física SEVERA	9 (75,0)	12 (36,4)	12 (57,1)	11 (64,7)	1 (100,0)		45 (53,6)
Violencia sexual moderada (tocamientos)	1 (8,30)	1 (3,0)	1 (4,80)	1 (5,9)	0 (0,0)		4 (4,8)
Violencia sexual severa (violación)	0 (0,0)	4 (12,10)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		4 (4,8)
<b>Gravedad lesiones [n (%)]*<sup>2</sup></b>							
Ansiedad o depresión	1 (7,7)	2 (5,1)	1 (3,8)	2 (10,0)	0 (0,0)	0,933	6 (6,1)
Lesión física MODERADA	9 (69,2)	30 (76,9)	23 (88,5)	13 (65,0)	1 (100,0)		76 (76,8)
Lesión física GRAVE tipo 1	2 (15,4)	4 (10,3)	0 (0,0)	2 (10,0)	0 (0,0)		8 (8,1)
Lesión física GRAVE tipo 2	1 (7,7)	2 (5,1)	2 (7,7)	3 (15,0)	0 (0,0)		8 (8,1)
Lesión física GRAVE tipo 3	0 (0,0)	1 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		1 (1,0)

\* % sin considerar casos sin datos, que son: **Otros agredidos:** 98, **Severidad violencia:** 29, **Gravedad lesiones:** 14.

<sup>1</sup> **Violencia física moderada:** la víctima ha sido empujada, agarrada o le han tirado del pelo, abofeteada o le han tirado algo que la puede haber golpeado. **Violencia física severa:** Le han golpeado con el puño, patadas, le han arrastrado o pegado; le han intentado asfixiar o quemar; le han amenazado con usar o han usado una pistola o un arma blanca contra ella. <sup>2</sup> **Lesión física MODERADA:** corte (herida superficial), rasguño, equimosis, dolor. **Lesión física GRAVE tipo 1:** Lesiones en los ojos y oídos, esquinces, luxaciones o quemaduras. **Lesión física GRAVE tipo 2:** heridas profundas, fracturas de huesos, dientes rotos, lesiones internas. **Lesión física GRAVE tipo 3:** aborto involuntario. Valores estadísticamente significativos si  $p < 0,05$  (se indica con p en negrita).

Los valores de estas variables respecto a los pacientes víctimas de **Otro tipo de Violencia en Domicilio** son recogidas en la Tabla 24, en la que se aprecia como ya se ha indicado previamente, la existencia de agresiones de mayor severidad en la violencia sufrida por la víctima, con las diferencias entre sus clases que se reflejan en la tabla ( $p=0,007$ ).

**Tabla 24. Otro tipo de Violencia en Domicilio. Variables relacionadas con la agresión (III)**

	Auto-agresión (n=9)	Amigos o conocidos (n=11)	Vecinos (n=21)	Agresores Desconocidos (n=5)	Agresores no definidos (n=81)	p	TOTAL (n=127)
<b>Existen otros agredidos [n (%)]*</b>							
Sí	0 (0,0)	1 (100,0)	4 (100,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	**	7 (100,0)
No	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)
<b>Otras personas agredidas [n (%)]*</b>							
Hijos de la víctima	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)
Otros dependientes víctima	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	**	0 (0,0)
Otros no dependientes víctima	0 (0,0)	1 (100,0)	4 (100,0)	0 (0,0)	2 (100,0)		7 (100,0)
No existen más agredidos	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)
<b>Severidad de la violencia [n (%)]*<sup>1</sup></b>							
Violencia física MODERADA	0 (0,0)	2 (20,0)	9 (56,3)	0 (0,0)	21 (39,6)		32 (38,1)
Violencia física SEVERA	2 (100,0)	6 (60,0)	7 (43,8)	3 (100,0)	32 (60,4)		50 (59,5)
Violencia sexual moderada (tocamientos)	0 (0,0)	2 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	<b>0,007</b>	2 (2,4)
Violencia sexual severa (violación)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)
<b>Gravedad lesiones [n (%)]*<sup>2</sup></b>							
Ansiedad o depresión	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,3)	0 (0,0)	2 (2,7)		3 (2,7)
Lesión física MODERADA	2 (50,0)	5 (55,6)	14 (73,7)	2 (40,0)	56 (75,7)	0,323	79 (71,2)
Lesión física GRAVE tipo 1	0 (0,0)	2 (22,2)	3 (15,8)	2 (40,0)	10 (13,5)		17 (15,3)
Lesión física GRAVE tipo 2	2 (50,0)	2 (22,2)	1 (5,3)	1 (20,0)	6 (8,1)		12 (10,8)
Lesión física GRAVE tipo 3	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)

\* % sin considerar casos sin datos, que son: **Otros agredidos:** 120, **Severidad violencia:** 43, **Gravedad lesiones:** 16. \*\* No se han calculado estadísticos porque la variable es una constante. <sup>1</sup> **Violencia física moderada:** la víctima ha sido empujada, agarrada o le han tirado del pelo, abofeteada o le han tirado algo que la puede haber golpeado. **Violencia física severa:** Le han golpeado con el puño, patadas, le han arrastrado o pegado; le han intentado asfixiar o quemar; le han amenazado con usar o han usado una pistola o un arma blanca contra ella. <sup>2</sup> **Lesión física MODERADA:** corte (herida superficial), rasguño, equimosis, dolor. **Lesión física GRAVE tipo 1:** Lesiones en los ojos y oídos, esquinces, luxaciones o quemaduras. **Lesión física GRAVE tipo 2:** heridas profundas, fracturas de huesos, dientes rotos, lesiones internas. **Lesión física GRAVE tipo 3:** aborto involuntario. Valores estadísticamente significativos si  $p < 0,05$  (se indica con p en negrita).

#### 4.4. Características de las asistencias prestadas en el Servicio de Urgencias del HGUSL a pacientes víctimas de violencia doméstica en el periodo de estudio.

##### 4.4.1. Momento de la asistencia e intervalo desde la agresión

Las características en la presentación de estas variables en la muestra se recogen en la Tabla 25 y siguientes.

La distribución de la muestra en los **años** del periodo de estudio, presenta diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,006$ ) respecto a la clase de violencia de que se trate. En 2014 fueron atendidos la tercera parte del total de los pacientes que constituyen la muestra (33,3%) y mientras que las asistencias por Violencia de

Género fueron más numerosas en el 2013 (34,7%), las originadas por Violencia Doméstica aumentaron en 2014 (38,9%) ( $p=0,006$ ).

En la distribución de las asistencias por los **meses del año**, encontramos una tendencia a la distribución bimodal, en la que existen dos picos de mayor número de asistencias en el total de la muestra: abril / mayo (13,5% / 12%) y diciembre (10,8%), acentuándose más en el grupo de OVD.

Tampoco encontramos diferencias con significación estadística respecto al **día de la semana** en la que se realizan las asistencias ( $p=0,456$ ), tal como puede apreciarse en la Tabla 25.

La **hora media** a la que se producen las atenciones en urgencias de nuestro centro a víctimas por violencia en el ámbito doméstico varía en unas 2 horas según la clase de violencia de que se trate. Las víctimas de VG acuden a ser atendidas a Urgencias a las 13:17 (DE=7:17), mientras que las víctimas por VD se retrasan hasta las 15:09 (DE=6:58) horas, acudiendo las víctimas de OVD a una hora media a mitad de camino entre ambas, las 14:38 (6:34) horas ( $p=0,045$ ).

Si agrupamos las horas estableciendo franjas horarias, encontramos que la tercera parte de los pacientes (33,5%) acuden a Urgencias en horario de tarde (de 12:00 a 18:00 horas), otro tercio del total (34,4%) lo hace en horario de tarde-noche (desde 18:00h hasta 24:00 horas), repartiéndose el tercio de los pacientes restantes en los horarios de madrugada y mañana. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la hora agrupada respecto a las distintas clases de violencia descritas ( $p=0,090$ ).

El **intervalo de asistencia**, el tiempo que tarda el paciente en acudir a ser atendido a Urgencias de nuestro hospital desde la hora en que sufrió la agresión, ha resultado ser menor de un día en el 90,8% de los pacientes, describiéndose en la Tabla 25 las diferentes presentaciones de los mismos según el tipo de violencia de que se trate, no encontrando entre los mismos diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,706$ ).

Tabla 25. Variables relacionadas con la asistencia prestada (I)

	<i>Violencia de Género</i> (n=225)	<i>Violencia Doméstica</i> (n=113)	<i>Otros tipos de Violencia Domicilio</i> (n=127)	<i>p</i>	<i>TOTAL</i> (n=465)
<b>AÑO de la asistencia [n (%)]*</b>					
2011	0 (0,0)	1 (0,9)	5 (3,9)		6 (1,3)
2012	42 (18,7)	30 (26,5)	29 (22,8)		101 (21,7)
2013	78 (34,7)	23 (20,4)	33 (26,0)	<b>0,006</b>	134 (28,8)
2014	67 (29,8)	44 (38,9)	44 (34,6)		155 (33,3)
2015	38 (16,9)	15 (13,3)	16 (12,6)		69 (14,8)
<b>MES de la asistencia [n (%)]</b>					
Enero	15 (6,7)	4 (3,5)	8 (6,3)		27 (5,8)
Febrero	15 (6,7)	10 (8,8)	9 (7,1)		34 (7,3)
Marzo	18 (8,0)	8 (7,1)	6 (4,7)		32 (6,9)
Abril	33 (14,7)	10 (8,8)	20 (15,7)		63 (13,5)
Mayo	25 (11,1)	15 (13,3)	16 (12,6)		56 (12,0)
Junio	20 (8,9)	10 (8,8)	8 (6,3)	0,199	38 (8,2)
Julio	19 (8,4)	8 (7,1)	6 (4,7)		33 (7,1)
Agosto	11 (4,9)	9 (8,0)	9 (7,1)		29 (6,2)
Septiembre	18 (8,0)	8 (7,1)	7 (5,5)		33 (7,1)
Octubre	13 (5,8)	17 (15,0)	11 (8,7)		41 (8,8)
Noviembre	19 (8,4)	1 (0,9)	9 (7,1)		29 (6,2)
Diciembre	19 (8,4)	13 (11,5)	18 (14,2)		50 (10,8)
<b>DÍA de la semana [n (%)]</b>					
Lunes	28 (12,4)	14 (12,4)	18 (14,2)		60 (12,9)
Martes	26 (11,6)	17 (15,0)	21 (16,5)		64 (13,8)
Miércoles	32 (14,2)	22 (19,5)	19 (15,0)		73 (15,7)
Jueves	33 (14,7)	8 (7,1)	18 (14,2)	0,456	59 (12,7)
Viernes	34 (15,1)	20 (17,7)	16 (12,6)		70 (15,1)
Sábado	31 (13,8)	19 (16,8)	20 (15,7)		70 (15,1)
Domingo	41 (18,2)	13 (11,5)	15 (11,8)		69 (14,8)
<b>HORA de la asistencia [media +/- (DE)]</b>					
	13:17 (7:17)	15:09 (6:58)	14:38 (6:34)	<b>0,045</b>	14:06 (7:03)
<b>Hora agrupada [n (%)]</b>					
0-6 h	47 (20,9)	20 (17,7)	19 (15,0)		86 (18,5)
6-12 h	38 (16,9)	7 (6,2)	18 (14,2)	0,090	63 (13,5)
12-18 h	66 (29,3)	45 (39,8)	45 (35,4)		156 (33,5)
18-24 h	74 (32,9)	41 (36,3)	45 (35,4)		160 (34,4)
<b>Intervalo de asistencia tras la agresión [n (%)]</b>					
Menor de 1 día	202 (89,8)	104 (92,0)	116 (91,3)		422 (90,8)
De 2 a 3 días	7 (3,1)	5 (4,4)	5 (3,9)		17 (3,7)
De 4 a 7 días	9 (4,0)	2 (1,8)	5 (3,9)	0,706	16 (3,4)
De 8 a 30 días	3 (1,3)	0 (0,0)	1 (0,8)		4 (0,9)
Más de 30 días	4 (1,8)	2 (1,8)	0 (0,0)		6 (1,3)
<b>¿Intervalo asistencia menor de un día? [n (%)]</b>					
Sí	202 (89,8)	104 (92,0)	116 (91,3)	0,768	422 (90,8)
No	23 (10,2)	9 (8,0)	11 (8,7)		43 (9,2)

\* En 2011, solo meses de noviembre y diciembre. En 2015, hasta el mes de mayo incluido. Valores estadísticamente significativos si  $p < 0,05$  (se indica con *p* en negrita).

Respecto a las diferencias existentes en las clases de **Violencia Doméstica** definidas, reproducimos en la Tabla 26 sus principales características, apreciando al igual que en la totalidad de la muestra, una mayor existencia de asistencias realizadas en el año 2014 (38,9%), una distribución de los meses del año en que se realizan las asistencias de apariencia trimodal, manteniendo los dos picos de mayo (13,3%) y diciembre (11,5%) y añadiéndosele un tercer pico de asistencias en el mes de octubre (15%).

Los pacientes víctimas de Violencia Doméstica acuden a ser atendidos a Urgencias mayoritariamente por la tarde (el 39,8 % de 12:00 a 18:00 horas y el 36,3% de 18:00 a 24:00 horas) y en un 92% de los casos lo hacen en el mismo día en que se produce la agresión.

En cuanto a las características de las atenciones realizadas a las víctimas de **Otro tipo de Violencia en Domicilio** (Tabla 27) , encontramos que también son más numerosas las realizadas en el año 2014 (34,6%), presentan una distribución anual bimodal con un pico de incidencia en abril/mayo (15,7%/12,6%) y el otro en diciembre (14,2%) con significación estadística ( $p=0,015$ ), sin que exista preferencia por ningún día de la semana. Los pacientes acuden a Urgencias mayoritariamente después de las 12:00h y hasta las 24:00 horas y el 91,3% de los pacientes tardan menos de un día tras la agresión en acudir a Urgencias solicitando asistencia.

**Tabla 26. Violencia Doméstica no de género. Variables relacionadas con la asistencia prestada (I)**

	Hombre agredido por pareja mujer (n=14)	La víctima es descendiente (n=48)	La víctima es ascendiente (n=27)	Otros familiares (n=23)	Pareja del mismo sexo (n=1)	P	TOTAL (n=113)
<b>AÑO de la asistencia [n (%)]*</b>							
2011	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,7)	0 (0,0)	0 (0,0)		1 (0,9)
2012	2 (14,3)	17 (35,4)	6 (22,2)	5 (21,7)	0 (0,0)		30 (26,5)
2013	2 (14,3)	6 (12,5)	7 (25,9)	7 (30,4)	1 (100,0)	<b>0,216</b>	23 (20,4)
2014	9 (64,3)	15 (31,3)	10 (37,0)	10 (43,5)	0 (0,0)		44 (38,9)
2015	1 (7,1)	10 (20,8)	3 (11,1)	1 (4,3)	0 (0,0)		15 (13,3)
<b>MES de la asistencia [n (%)]</b>							
Enero	1 (7,1)	3 (6,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		4 (3,5)
Febrero	1 (7,1)	4 (8,3)	4 (14,8)	0 (0,0)	1 (100,0)		10 (8,8)
Marzo	3 (21,4)	0 (0,0)	3 (11,1)	2 (8,7)	0 (0,0)		8 (7,1)
Abril	0 (0,0)	5 (10,4)	3 (11,1)	2 (8,7)	0 (0,0)		10 (8,8)
Mayo	1 (7,1)	6 (12,5)	5 (18,5)	3 (13,0)	0 (0,0)		15 (13,3)
Junio	1 (7,1)	5 (10,4)	2 (7,4)	2 (8,7)	0 (0,0)	<b>0,36</b>	10 (8,8)
Julio	0 (0,0)	4 (8,3)	2 (7,4)	2 (8,7)	0 (0,0)		8 (7,1)
Agosto	2 (14,3)	2 (4,2)	3 (11,1)	2 (8,7)	0 (0,0)		9 (8,0)
Septiembre	1 (7,1)	3 (6,3)	1 (3,7)	3 (13,0)	0 (0,0)		8 (7,1)
Octubre	3 (21,4)	10 (20,8)	2 (7,4)	2 (8,7)	0 (0,0)		17 (15,0)
Noviembre	1 (7,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		1 (0,9)
Diciembre	0 (0,0)	6 (12,5)	2 (7,4)	5 (21,7)	0 (0,0)		13 (11,5)
<b>DÍA de la semana [n (%)]</b>							
Lunes	2 (14,3)	8 (16,7)	2 (7,4)	2 (8,7)	0 (0,0)		14 (12,4)
Martes	3 (21,4)	7 (14,6)	3 (11,1)	4 (17,4)	0 (0,0)		17 (15,0)
Miércoles	2 (14,3)	10 (20,8)	4 (14,8)	5 (21,7)	1 (100,0)		22 (19,5)
Jueves	1 (7,1)	3 (6,3)	3 (11,1)	1 (4,3)	0 (0,0)	<b>0,978</b>	8 (7,1)
Viernes	1 (7,1)	7 (14,6)	7 (25,9)	5 (21,7)	0 (0,0)		20 (17,7)
Sábado	4 (28,6)	7 (14,6)	5 (18,5)	3 (13,0)	0 (0,0)		19 (16,8)
Domingo	1 (7,1)	6 (12,5)	3 (11,1)	3 (13,0)	0 (0,0)		13 (11,5)
<b>HORA de la asistencia [media +/- (DE)]</b>	13:56 (8:23)	15:18 (7:17)	14:55 (6:53)	16:11 (5:36)	7:54 (0:00)	<b>0,729</b>	15:09 (6:58)
<b>Hora agrupada [n (%)]</b>							
0-6 h	4 (28,6)	10 (20,8)	4 (14,8)	2 (8,7)	0 (0,0)		20 (17,7)
6-12 h	0 (0,0)	1 (2,1)	3 (11,1)	2 (8,7)	1 (100,0)	<b>0,023</b>	7 (6,2)
12-18 h	3 (21,4)	20 (41,7)	12 (44,4)	10 (43,5)	0 (0,0)		45 (39,8)
18-24 h	7 (50,0)	17 (35,4)	8 (29,6)	9 (39,1)	0 (0,0)		41 (36,3)
<b>Intervalo de asistencia tras la agresión [n (%)]</b>							
Menor de 1 día	13 (92,9)	42 (87,5)	26 (96,3)	22 (95,7)	1 (100,0)		104 (92,0)
De 2 a 3 días	0 (0,0)	4 (8,3)	0 (0,0)	1 (4,3)	0 (0,0)		5 (4,4)
De 4 a 7 días	0 (0,0)	1 (2,1)	1 (3,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	<b>0,769</b>	2 (1,8)
De 8 a 30 días	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)
Más de 30 días	1 (7,1)	1 (2,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		2 (1,8)
<b>¿Intervalo asistencia menor de 1 día? [n (%)]</b>							
Sí	13 (92,9)	42 (87,5)	26 (96,3)	22 (95,7)	1 (100,0)	<b>0,64</b>	104 (92,0)
No	1 (7,1)	6 (12,5)	1 (3,7)	1 (4,3)	0 (0,0)		9 (8,0)

\* En 2011, solo meses de noviembre y diciembre. En 2015, hasta el mes de mayo incluido. Valores estadísticamente significativos si  $p < 0,05$  (se indica con p en negrita)

**Tabla 27. Otro tipo de Violencia en Domicilio. Variables relacionadas con la asistencia prestada (I)**

	<b>Auto- agresión (n=9)</b>	<b>Amigos o conocidos (n=11)</b>	<b>Vecinos (n=21)</b>	<b>Agresores Desconocidos (n=5)</b>	<b>Agresores no definidos (n=81)</b>	<b>p</b>	<b>TOTAL (n=127)</b>
<b>AÑO de la asistencia [n (%)]*</b>							
2011	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (6,2)		5 (3,9)
2012	2 (22,2)	3 (27,3)	1 (4,8)	2 (40,0)	21 (25,9)		29 (22,8)
2013	0 (0,0)	3 (27,3)	9 (42,9)	3 (60,0)	18 (22,2)	<b>0,286</b>	33 (26,0)
2014	5 (55,6)	4 (36,4)	8 (38,1)	0 (0,0)	27 (33,3)		44 (34,6)
2015	2 (22,2)	1 (9,1)	3 (14,3)	0 (0,0)	10 (12,3)		16 (12,6)
<b>MES de la asistencia [n (%)]</b>							
Enero	1 (11,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (8,6)		8 (6,3)
Febrero	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (14,3)	3 (60,0)	3 (3,7)		9 (7,1)
Marzo	0 (0,0)	1 (9,1)	2 (9,5)	0 (0,0)	3 (3,7)		6 (4,7)
Abril	2 (22,2)	3 (27,3)	5 (23,8)	1 (20,0)	9 (11,1)		20 (15,7)
Mayo	2 (22,2)	2 (18,2)	1 (4,8)	0 (0,0)	11 (13,6)		16 (12,6)
Junio	1 (11,1)	1 (9,1)	1 (4,8)	0 (0,0)	5 (6,2)	<b>0,015</b>	8 (6,3)
Julio	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (14,3)	0 (0,0)	3 (3,7)		6 (4,7)
Agosto	0 (0,0)	2 (18,2)	2 (9,5)	0 (0,0)	5 (6,2)		9 (7,1)
Septiembre	1 (11,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (7,4)		7 (5,5)
Octubre	0 (0,0)	2 (18,2)	3 (14,3)	0 (0,0)	6 (7,4)		11 (8,7)
Noviembre	2 (22,2)	0 (0,0)	1 (4,8)	1 (20,0)	5 (6,2)		9 (7,1)
Diciembre	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	18 (22,2)		18 (14,2)
<b>DÍA de la semana [n (%)]</b>							
Lunes	1 (11,1)	4 (36,4)	3 (14,3)	0 (0,0)	10 (12,3)		18 (14,2)
Martes	0 (0,0)	2 (18,2)	7 (33,3)	2 (40,0)	10 (12,3)		21 (16,5)
Miércoles	2 (22,2)	1 (9,1)	4 (19,0)	1 (20,0)	11 (13,6)		19 (15,0)
Jueves	1 (11,1)	2 (18,2)	2 (9,5)	0 (0,0)	13 (16,0)	<b>0,065</b>	18 (14,2)
Viernes	4 (44,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	12 (14,8)		16 (12,6)
Sábado	0 (0,0)	2 (18,2)	1 (4,8)	2 (40,0)	15 (18,5)		20 (15,7)
Domingo	1 (11,1)	0 (0,0)	4 (19,0)	0 (0,0)	10 (12,3)		15 (11,8)
<b>HORA de la asistencia [media +/- (DE)]</b>							
	16:22 (9:04)	14:44 (6:06)	15:31 (6:26)	16:06 (5:53)	14:06 (6:29)	<b>0,779</b>	14:38 (6:34)
<b>Hora agrupada [n (%)]</b>							
0-6 h	2 (22,2)	1 (9,1)	2 (9,5)	0 (0,0)	14 (17,3)		19 (15,0)
6-12 h	0 (0,0)	2 (18,2)	5 (23,8)	1 (20,0)	10 (12,3)	<b>0,470</b>	18 (14,2)
12-18 h	1 (11,1)	4 (36,4)	5 (23,8)	2 (40,0)	33 (40,7)		45 (35,4)
18-24 h	6 (66,7)	4 (36,4)	9 (42,9)	2 (40,0)	24 (29,6)		45 (35,4)
<b>Intervalo de asistencia [n (%)]</b>							
Menor de 1 día	9 (100,0)	9 (81,8)	19 (90,5)	5 (100,0)	74 (91,4)		116 (91,3)
De 2 a 3 días	0 (0,0)	1 (9,1)	1 (4,8)	0 (0,0)	3 (3,7)	<b>0,991</b>	5 (3,9)
De 4 a 7 días	0 (0,0)	1 (9,1)	1 (4,8)	0 (0,0)	3 (3,7)		5 (3,9)
De 8 a 30 días	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,2)		1 (0,8)
Más de 30 días							
<b>¿Intervalo asistencia menor de 1 día? [n (%)]</b>							
Sí	9 (100,0)	9 (81,8)	19 (90,5)	5 (100,0)	74 (91,4)	<b>0,625</b>	116 (91,3)
No	0 (0,0)	2 (18,2)	2 (9,5)	0 (0,0)	7 (8,6)		11 (8,7)

\* En 2011, solo meses de noviembre y diciembre. En 2015, hasta el mes de mayo incluido. Valores estadísticamente significativos si  $p < 0,05$  (se indica con p en negrita).

#### 4.4.2. Estado emocional, actuación sanitaria y gravedad legal de la agresión

En la Tabla 28 hemos representado los resultados obtenidos del análisis de las variables relacionadas con este epígrafe en el conjunto de la muestra.

El **estado emocional** de los pacientes víctimas de violencia en el ámbito doméstico que solicitan asistencia en Urgencias de nuestro hospital, en el periodo de tiempo estudiado, ha podido determinarse en 249 casos (53,5%).

De los pacientes en que sí se refleja, el 49% presenta signos clínicos de ansiedad o nerviosismo al solicitar la asistencia en nuestro centro tras haber sufrido la agresión, en el 11,2% de los casos se aprecia labilidad emocional, con tendencia al llanto y mal control emocional de la situación, en el 6% se perciben signos de depresión o tristeza y prácticamente 1 de cada 4 de estos pacientes (24,9%), manifiesta sentir miedo por la situación vivida, de manera aislada o acompañándose a cualquiera de las anteriores situaciones de alteración del estado de ánimo descritas.

Las víctimas de Violencia de Género presentan miedo, aisladamente o acompañando a cualquiera del resto de las alteraciones del estado emocional, en mayor proporción que el resto de grupos (34,1% las víctimas de VG frente a un 2,7% las de VD y 0,0% las de OVD), mientras que las víctimas pertenecientes a estas otras clases de violencia presentan mayoritariamente ansiedad y nerviosismo como alteración del estado de ánimo (70,3% en VD y 78,8% en OVD) ( $p < 0,001$ ) (Tabla 28).

Con respecto al **tratamiento** que han precisado los pacientes víctimas por violencia que constituyen el conjunto de la muestra de estudio, un 68,5% tan solo han necesitado medicación o medios físicos; el 20,29% han necesitado la realización de una cura sencilla, un vendaje, la colocación de una férula, un collarín o similar; un 7,1% ha precisado que se le dieran puntos de sutura, la colocación de una escayola completa, o una cura compleja; en el 0,7% de los casos (en 3 ocasiones) se ha precisado la realización de una intervención quirúrgica y el 3,5% de los pacientes no ha precisado tratamiento alguno.

Estos porcentajes se alteran notablemente al estudiar la muestra según las diferentes clases de violencia, encontrando que las víctimas de Violencia de Género presentan mayoritariamente la necesidad de medicación, de medios físicos o similares (78,9%), mientras que en las víctimas por VD aumenta la realización de

curas sencillas, férulas, collarín, vendaje, etc. hasta el 25,9% y en las víctimas de Otro tipo de violencia aumenta el tratamiento realizado, llegando a necesitar puntos de sutura, escayola y curas complejas en el 12% de los casos ( $p=0,001$ ) (Tabla 28).

Los pacientes son dados de **Alta de Urgencias** y enviados a su domicilio en el 98,1% de los casos, precisando Ingreso hospitalario en solo el 1,9% de las ocasiones, ascendiendo la cifra de altas al 99,6% de las víctimas de Violencia de Género de la muestra y aumentando la cifra de ingresos al 2,7% en el caso de víctimas por Violencia Doméstica y al 3,9% en el caso de víctimas por OVD que forman parte de la muestra. Se observa, por tanto una tendencia al aumento del porcentaje de pacientes que precisan ingreso hospitalario entre los que no son de VG, aunque esa diferencia no llega a alcanzar significación estadística (Tabla 28).

En cuanto a la realización de **parte de lesiones** para su posterior envío al juzgado, cabe destacar aquí, que se han realizado en el 92,9% de las ocasiones incluidas en la muestra, cifra que aumenta hasta el 97,3% cuando se trata de víctimas de Violencia de Género, mientras que se han dejado de realizar en el 10,6% de los casos de Violencia Doméstica y en el 11,8% de los de Otro tipo de Violencia en Domicilio ( $p<0,001$ ).

Respecto a la **gravedad legal** de las agresiones sufridas, hemos clasificado a las víctimas en función del tipo de lesiones que presentaban, intentando establecer una posible tipificación legal de las mismas, según el vigente Código Penal, llegado el caso (ANEXO). Se ha podido realizar esta clasificación en el 87,1% de los casos, no contándose con información suficiente para establecerla en 60 casos (Tabla 28).

Ha podido determinarse que en un 79 % del total de los casos, las agresiones sufridas por las víctimas de violencia en el ámbito doméstico podrían ser consideradas como delitos de lesiones leves o maltrato de obra. En un 15,8% de las ocasiones, podríamos encontrarnos ante un posible delito de lesiones. En el 4,7% de las ocasiones podrían constituir un posible delito de amenazas y coacciones leves y en el 0,5 % de las ocasiones, un posible maltrato habitual.

Encontramos diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,014$ ) en las frecuencias de estas posibles situaciones penales en función de la clase de violencia, de manera que en el caso de agresiones por **Violencia de Género** observamos que el 78% podrían corresponder a delitos de lesiones leves o maltrato de obra (art.153.1 CP), el 13,6% podrían ser calificadas como delito de lesiones (art. 147.1 CP, según el art. 148.4 CP), el 7,5% de los casos podrían ser considerados como delitos de

amenazas y coacciones leves (art. 171.4 CP y 172.2 CP) y tan solo el 0,9% podría calificarse como delito de maltrato habitual, tipificado en el art. 173.2 CP (Tabla 28).

En los casos de **Violencia Doméstica**, podríamos identificar un 87,1% de posibles delitos de lesiones leves y maltrato de obra (art. 153.2 CP), un bajo porcentaje de casos de posible delito de amenazas (el 1,2%) y un porcentaje del 11,8%, de posibles delitos de lesiones (art.147.1 que podría aplicarse según el art.148.5 solo en el caso de que la víctima fuera una persona especialmente vulnerable y conviviera con el agresor) (Tabla 28 y 29).

Respecto a los pacientes incluidos en la muestra por **Otro tipo de Violencia en Domicilio**, se observa un importante aumento respecto a VG y VD de los posibles delitos de lesiones (art.147.1 CP), que ascienden al 23,6% del total, manteniendo elevado el nivel de posibles delitos de lesiones leves o maltrato de obra (74,5%), como en las otras clases y encontrando bajo el porcentaje de posibles delitos de amenazas y coacciones (el 1,9%), como ocurría en los casos de VD (Tabla 28 y 30).

Tabla 28. Variables relacionadas con la asistencia prestada (II)

	<i>Violencia de Género</i> (n=225)	<i>Violencia Doméstica</i> (n=113)	<i>Otros tipos de Violencia Domicilio</i> (n=127)	<i>p</i>	<i>TOTAL</i> (n=465)
<b>Estado emocional [n (%)]*</b>					
<i>Ansiedad, nerviosismo</i>	70 (39,1)	26 (70,3)	26 (78,8)		122 (49,0)
<i>Labilidad emocional, llanto</i>	21 (11,7)	2 (5,4)	5 (15,2)		28 (11,2)
<i>Tristeza, depresión</i>	11 (6,1)	3 (8,1)	1 (3,0)	<b>&lt;0,001</b>	15 (6,0)
<i>Miedo (solo o con anteriores)</i>	61 (34,1)	1 (2,7)	0 (0,00)		62 (24,9)
<i>No alteración emocional</i>	16 (8,9)	5 (13,5)	1 (3,0)		22 (8,8)
<b>La víctima está asustada, refiere sentir miedo [n (%)]*</b>					
<i>Sí</i>	61 (34,1)	1 (2,7)	0 (0,0)	<b>&lt;0,001</b>	62 (24,9)
<i>No</i>	118 (65,9)	36 (97,3)	33 (100,0)		187 (75,1)
<b>Tratamiento [n (%)]*</b>					
<i>Medicación, medios físicos</i>	172 (78,9)	64 (59,3)	73 (58,4)		309 (68,5)
<i>Cura sencilla, férula, collarín</i>	30 (13,8)	28 (25,9)	33 (26,4)		91 (20,29)
<i>Puntos sutura, escayola, cura</i>	10 (4,6)	7 (6,5)	15 (12,0)	<b>&lt;0,001</b>	32 (7,1)
<i>Intervención quirúrgica</i>	2 (0,9)	0 (0,0)	1 (0,8)		3 (0,7)
<i>No precisa tratamiento</i>	4 (1,8)	9 (8,3)	3 (2,4)		16 (3,5)
<b>Actitud terapéutica [n (%)]</b>					
<i>Alta a domicilio</i>	224 (99,6)	110 (97,3)	122 (96,1)	<i>0,060</i>	456 (98,1)
<i>Ingreso hospitalario</i>	1 (0,4)	3 (2,7)	5 (3,9)		9 (1,9)
<b>Se ha realizado el Parte de Lesiones [n (%)]</b>					
<i>Sí</i>	219 (97,3)	101 (89,4)	112 (88,2)	<b>&lt;0,001</b>	432 (92,9)
<i>No</i>	6 (2,7)	12 (10,6)	15 (11,8)		33 (7,1)
<b>Revisión médica al alta [n (%)]*</b>					
<i>Por médico A. Primaria</i>	183 (88,4)	96 (94,1)	107 (86,3)	<i>0,152</i>	386 (89,1)
<i>Por otro especialista</i>	24 (11,6)	6 (5,9)	17 (13,7)		47 (10,9)
<b>Gravedad Legal (posible tipificación) [n (%)]*<sup>1</sup></b>					
<i>Delito de lesiones leves o maltrato de obra (art. 153.1 y .2 CP)</i>	167 (78,0)	74 (87,1)	79 (74,5)		320 (79,0)
<i>Delito de lesiones (art. 147.1, según art. 148.4 y .5 CP)</i>	29 (13,6)	10 (11,8)	25 (23,6)	<b>0,014</b>	64 (15,8)
<i>Delito de amenazas y coacciones leves (arts. 171.4 y 172.2 CP)</i>	16 (7,5)	1 (1,2)	2 (1,9)		19 (4,7)
<i>Maltrato habitual (art. 173.2 CP)</i>	2 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)		2 (0,5)

\* % sin considerar casos sin datos, que son: **Estado emocional:** 216, **Refiere miedo:** 216, **Tratamiento:** 14, **Revisión médica al alta:** 32, **Gravedad Legal:** 60. <sup>1</sup> Los casos de **OVD**, por definición, no pueden incluirse en los supuestos legales tipificados en los artículos referidos para **VG** y **VD**. Se valora su gravedad legal comparativamente con aquellos solo a título orientativo. **VG:** Violencia de género. **VD:** Violencia Doméstica. **OVD:** Otros tipos de Violencia en Domicilio. **CP:** Código Penal. Valores estadísticamente significativos si  $p < 0,05$  (se indica con *p* en negrita).

En la Tabla 29, podemos encontrar reproducidos los resultados de las variables analizadas en este epígrafe en las distintas clases de **Violencia Doméstica** definidas.

En ellas podemos destacar, a pesar del bajo número de casos presentes en cada subgrupo muestral, diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la alteración del **estado emocional** de las víctimas ( $p=0,005$ ), observando que el 100% de las víctimas ascendientes en los que se refleja el estado de ánimo al ser atendidos en Urgencias (aproximadamente en la mitad de este subgrupo), presentan ansiedad o nerviosismo tras la agresión, mientras que no se encuentran alteraciones emocionales en uno de cada cuatro casos en los que se refleja el dato cuando la víctima es un descendiente (25%). A su vez hay que destacar el escaso sentimiento de miedo en la totalidad de los subgrupos.

**Tabla 29. Violencia Doméstica no de género. Variables relacionadas con la asistencia prestada (II)**

	Hombre agredido por pareja mujer (n=14)	La víctima es descendiente (n=48)	La víctima es ascendiente (n=27)	Otros familiares (n=23)	Pareja del mismo sexo (n=1)	P	TOTAL (n=113)
<b>Estado emocional [n (%)]*</b>							
Ansiedad, nerviosismo	1 (33,3)	7 (58,3)	12 (100,0)	6 (66,7)	0 (0,0)		26 (70,3)
Labilidad emocional	0 (0,0)	1 (8,3)	0 (0,0)	1 (11,1)	0 (0,0)		2 (5,4)
Tristeza	1 (33,3)	1 (8,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	<b>0,005</b>	3 (8,1)
Miedo, solo o con otro	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		1 (2,7)
No alteración emocional	0 (0,0)	3 (25,0)	0 (0,0)	2 (22,2)	0 (0,0)		5 (13,5)
<b>¿La víctima refiere sentir miedo? [n(%)]*</b>							
Sí	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	<b>0,020</b>	1 (2,7)
No	2 (66,7)	12 (100,0)	12 (100,0)	9 (100,0)	1 (100,0)		36 (97,3)
<b>Tratamiento [n(%)]*</b>							
Medicación, medios físicos	7 (50,0)	25 (58,1)	21 (77,8)	11 (47,8)	0 (0,0)		64 (59,3)
Cura sencilla, férula, collarín	4 (28,6)	9 (20,9)	6 (22,2)	8 (34,8)	1 (100,0)		28 (25,9)
Puntos sutura, escayola, cura compleja	2 (14,3)	2 (4,7)	0 (0,0)	3 (13,0)	0 (0,0)	0,142	7 (6,5)
Intervención quirúrgica	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)
No precisa tratamiento	1 (7,1)	7 (16,3)	0 (0,0)	1 (4,3)	0 (0,0)		9 (8,3)
<b>Actitud terapéutica [n(%)]</b>							
Alta a domicilio	14 (100,0)	47 (97,9)	27 (100,0)	21 (91,3)	1 (100,0)	0,348	110 (97,3)
Ingreso hospitalario	0 (0,0)	1 (2,1)	0 (0,0)	2 (8,7)	0 (0,0)		3 (2,7)
<b>¿Se hace el Parte de Lesiones? [n(%)]*</b>							
Sí	12 (85,7)	47 (97,9)	23 (85,2)	18 (78,3)	1 (100,0)	0,112	101 (89,4)
No	2 (14,3)	1 (2,1)	4 (14,8)	5 (21,7)	0 (0,0)		12 (10,6)
<b>Revisión médica al alta [n(%)]*</b>							
Por médico A. Primaria	14 (100,0)	40 (95,2)	22 (95,7)	19 (86,4)	1 (100,0)	0,475	96 (94,1)
Por otro especialista	0 (0,0)	2 (4,8)	1 (4,3)	3 (13,6)	0 (0,0)		6 (5,9)
<b>Gravedad Legal (posible tipificación) [n (%)]*<sup>1</sup></b>							
Delito de lesiones leves o maltrato de obra (art.153CP)	8 (88,9)	30 (88,2)	23 (92,0)	12 (75,0)	1 (100,0)		74 (87,1)
Delito de lesiones (art. 147.1CP)	1 (11,1)	4 (11,8)	2 (8,0)	3 (18,8)	0 (0,0)	0,674	10 (11,8)
Delito de amenazas y coacciones leves (arts. 171.4 v 172.2 CP)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,3)	0 (0,0)		1 (1,2)
Maltrato habitual (art.173.2CP)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)

\* % sin considerar casos sin datos, que son: **Estado emocional:** 76, **Refiere miedo:** 76, **Tratamiento:**5, **Revisión médica al alta:** 11, **Gravedad Legal:** 28. <sup>1</sup> Los casos de **OVD**, por definición, no pueden incluirse en los supuestos legales tipificados en los artículos referidos para **VG** y **VD**. Se valora su gravedad legal comparativamente con aquellos solo a título orientativo. **VG:** Violencia de género. **VD:** Violencia Doméstica. **OVD:** Otros tipos de Violencia en Domicilio. **CP:** Código Penal. Valores estadísticamente significativos si  $p < 0,05$  (se indica con *p* en negrita).

En la Tabla 30 reproducimos los resultados de las variables analizadas en este epígrafe respecto a los pacientes víctimas de **Otro tipo de Violencia en Domicilio**, entre cuyos subgrupos muestrales se objetivan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a si el paciente termina siendo alta de urgencias o ingreso hospitalario (en el 33% de las auto-agresiones presentes en la muestra, es preciso el ingreso del paciente en el hospital) y también si precisa

revisión médica al alta por especialista distinto al médico de Atención Primaria, lo que es necesario en el 77,8% de los casos de auto-agresión, el 20 % de los casos en que los agresores son ladrones (desconocidos) y en el 18,2% de los casos en que los agresores son amigos o conocidos.

**Tabla 30. Otro tipo de Violencia en Domicilio. Variables relacionadas con la asistencia prestada (II)**

	Auto-agresión (n=9)	Amigos o conocidos (n=11)	Vecinos (n=21)	Agresores Desconocidos (n=5)	Agresores no definidos (n=81)	p	TOTAL (n=127)
<b>Estado emocional [n (%)]*</b>							
Ansiedad, nerviosismo	4 (66,7)	0 (0,0)	5 (100,0)	2 (100,0)	15 (75,0)		26 (78,8)
Labilidad emocional	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (20,0)	0,629	5 (15,2)
Tristeza	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		1 (3,0)
Miedo, solo o con otro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)
No alteración	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,0)		1 (3,0)
<b>¿La víctima refiere sentir miedo? [n(%)]*</b>							
Sí	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	**	0 (0,0)
No	6 (100,0)	0 (0,0)	5 (100,0)	2 (100,0)	20 (100,0)		33 (100,0)
<b>Tratamiento [n(%)]*</b>							
Medicación, medios físicos	4 (57,1)	5 (45,5)	13 (61,9)	1 (20,0)	50 (61,7)		73 (58,4)
Cura sencilla, férula, collarín	1 (14,3)	1 (9,1)	7 (33,3)	3 (60,0)	21 (25,9)		33 (26,4)
Puntos sutura, escayola, cura compleja	2 (28,6)	4 (36,4)	0 (0,0)	1 (20,0)	8 (9,9)	0,224	15 (12,0)
Intervención quirúrgica	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,2)		1 (0,8)
No precisa tratamiento	0 (0,0)	1 (9,1)	1 (4,8)	0 (0,0)	1 (1,2)		3 (2,4)
<b>Actitud terapéutica [n(%)]</b>							
Alta a domicilio	6 (66,7)	10 (90,9)	21 (100,0)	5 (100,0)	80 (98,8)	<0,001	122 (96,1)
Ingreso hospitalario	3 (33,3)	1 (9,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,2)		5 (3,9)
<b>¿Se hace el Parte de Lesiones? [n(%)]</b>							
Sí	9 (100,0)	11 (100,0)	19 (90,5)	5 (100,0)	68 (84,0)	0,303	112 (88,2)
No	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (9,5)	0 (0,0)	13 (16,0)		15 (11,8)
<b>Revisión médica al alta [n(%)]*</b>							
Por médico A. Primaria	2 (22,2)	9 (81,8)	20 (95,2)	4 (80,0)	72 (92,3)	<0,001	107 (86,3)
Por otro especialista	7 (77,8)	2 (18,2)	1 (4,8)	1 (20,0)	6 (7,7)		17 (13,7)
<b>Gravedad Legal (posible tipificación) [n (%)]*<sup>1 2</sup></b>							
Delito de lesiones leves o maltrato de obra (art. 153.CP)	-	5 (55,6)	15 (78,9)	2 (40,0)	57 (78,1)		79 (74,5)
Delito de lesiones (art. 147.1CP)	-	4 (44,4)	3 (15,8)	3 (60,0)	15 (20,5)	0,226	25 (23,6)
Delito de amenazas y coacciones leves (arts. 171.4 y 172.2CP)	-	0 (0,0)	1 (5,3)	0 (0,0)	1 (1,4)		2 (1,9)
Maltrato habitual (art.173.2CP)	-	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)

\* % sin considerar casos sin datos, que son: **Estado emocional:** 94, **Refiere miedo:** 94, **Tratamiento:**2, **Revisión médica al alta:** 3, **Gravedad Legal:** 21. \*\* No se han calculado estadísticos porque la variable es una constante. <sup>1</sup> Los casos de OVD, por definición, no pueden incluirse en los supuestos legales tipificados en los artículos referidos para VG y VD. Se valora su gravedad legal comparativamente con aquellos solo a título orientativo. <sup>2</sup> No tipificable legalmente en autoagresión. VG: Violencia de género. VD: Violencia Doméstica. OVD: Otros tipos de Violencia en Domicilio. CP: Código Penal. Valores estadísticamente significativos si  $p < 0,05$  (se indica con p en negrita).

#### 4.5. Análisis de la frecuentación a servicios de urgencias hospitalarios de los pacientes víctimas de violencia doméstica atendidos en el Servicio de Urgencias del HGUSL en el periodo de estudio.

Hemos definido la Frecuentación a Urgencias de cada paciente que forma parte de la muestra como el número resultante de la suma de las asistencias del mismo en cualquier Servicio de Urgencias de nuestra región, durante el período estudiado, que hayan generado un Informe de Alta de Urgencias, sin considerar las asistencias específicas de Ginecología/Obstetricia.

El número de asistencias en Urgencias que hemos encontrado en estos pacientes varía de una (la que motiva su inclusión en la muestra) hasta 122 asistencias (Rango=121), con una media de 6,16 (DE=7,8) asistencias con Informe de Alta de Urgencias y una mediana que se corresponde con el valor "4", por lo que más de la mitad de los pacientes tienen 4 ó menos asistencias, siendo lo más frecuente tener sólo 1 asistencia (la objeto de estudio) (Moda=1), tal como se muestra en la Tabla 31.

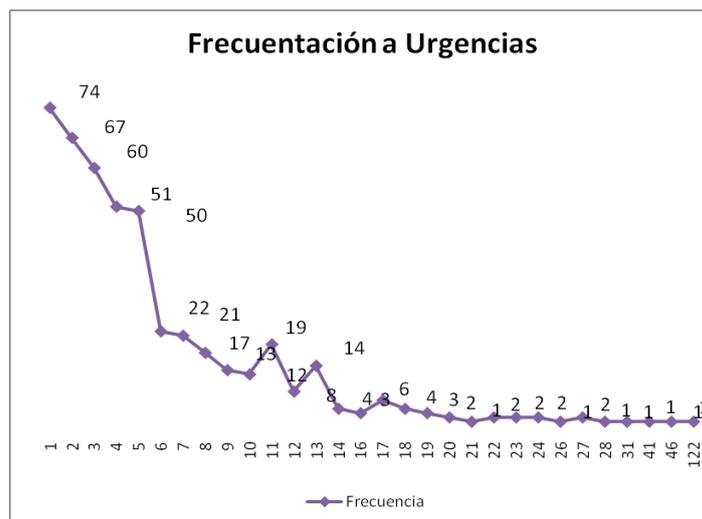
**Tabla 31. Frecuentación a Urgencias de los pacientes en el periodo de estudio**

Frecuentación en Urgencias											
N		Media	Mediana	Moda	Desviación estándar	Rango	Mínimo	Máximo	Percentiles		
Válido	Perdidos								25	50	75
465	0	6,16	4,00	1	7,898	121	1	122	2,00	4,00	8,00

La distribución de frecuencias de los 465 pacientes estudiados se representa en la Tabla 32 y en la Figura 18.

**Tabla 32. Frecuentación a Urgencias de los pacientes de la muestra. Tabla de frecuencias**

Asistencias a Urgencias	Pacientes n=465	%	% acumulado
1	74	15,9	15,9
2	67	14,4	30,3
3	60	12,9	43,2
4	51	11,0	54,2
5	50	10,8	64,9
6	22	4,7	69,7
7	21	4,5	74,2
8	17	3,7	77,8
9	13	2,8	80,6
10	12	2,6	83,2
11	19	4,1	87,3
12	8	1,7	89,0
13	14	3,0	92,0
14	4	,9	92,9
16	3	,6	93,5
17	6	1,3	94,8
18	4	,9	95,7
19	3	,6	96,3
20	2	,4	96,8
21	1	,2	97,0
22	2	,4	97,4
23	2	,4	97,8
24	2	,4	98,3
26	1	,2	98,5
27	2	,4	98,9
28	1	,2	99,1
31	1	,2	99,4
41	1	,2	99,6
46	1	,2	99,8
122	1	,2	100,0



**Figura 18. Representación gráfica de la Frecuentación a Urgencias**

Se representa en el eje de abscisas el número de asistencias solicitadas en Urgencias generales en el periodo de estudio (frecuentación) y en el de ordenadas la frecuencia de aparición de cada valor en la muestra (el número de pacientes que han realizado esas asistencias)

Al analizar la frecuentación a Urgencias de los pacientes por violencia en el ámbito doméstico que constituyen la muestra, según la **clase de violencia** de que se trate, observamos una media de asistencias a Urgencias durante el periodo de estudio de pacientes de la muestra víctimas de VG de 5,72 (DE=5,98) asistencias, una media de 6,22 (DE=5,10) asistencias entre los pacientes de VD y una media de 6,91 (DE=11,91) asistencias entre los de Otros tipos de Violencia en Domicilio, sin existir significación estadística (Tabla 33).

De la misma manera, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en la frecuentación a Urgencias entre los pacientes pertenecientes a las distintas clases de **Violencia Doméstica** que forman parte de la muestra (Tabla 33), aunque se observa unas cifras más elevadas en el caso de hombres víctimas agredidos por su pareja mujer (8,07 DE=2,39) y las más bajas en casos de agresiones por amigos o conocidos, en que es de un 3,18 (DE=2,23).

No ocurre así con los pacientes de la muestra víctimas de **Otro tipo de Violencia en Domicilio**, en los que sí se observan diferencias estadísticamente significativas en la media de asistencias a Servicios de Urgencias de la región durante el período de estudio, de los pacientes pertenecientes a cada grupo de OVD, siendo de 19,78 (DE=38,93) asistencias en pacientes incluidos en la muestra por auto-agresión, de 7,00 (DE=6,21) asistencias cuando se trata de víctimas agredidas por vecinos, de 6,12 (DE=6,28) asistencias cuando no definen a su agresor, 4,40 (DE=4,01) asistencias las víctimas de agresores desconocidos (ladrones) y de una media de 3,18 (DE=2,23) asistencias las víctimas agredidas por amigos o conocidos ( $p=0,014$ ) (Tabla 33).

Tabla 33. Frecuentación a Urgencias de los pacientes, según la clase de violencia

<b>CLASE DE VIOLENCIA</b>							
	<i>Violencia de Género</i> (n=225)	<i>Violencia Doméstica</i> (n=113)	<i>Otros tipos de Violencia Domicilio</i> (n=127)			<i>p</i>	<i>TOTAL</i> (n=465)
<i>Frecuentación a Urgencias [media +/- (DE)]</i>	5,72 (5,98)	6,22 (5,10)	6,91 (11,91)			0,395	6,17 (7,89)
<b>VIOLENCIA DOMÉSTICA</b>							
	<i>Hombre agredido por pareja mujer</i> (n=14)	<i>La víctima es descendiente</i> (n=48)	<i>La víctima es ascendiente</i> (n=27)	<i>Otros familiares</i> (n=23)	<i>Pareja del mismo sexo</i> (n=1)	<i>p</i>	<i>TOTAL</i> (n=113)
<i>Frecuentación a Urgencias [media +/- (DE)]</i>	8,07 (6,39)	7,19 (5,80)	4,56 (2,73)	5,00 (4,29)	7,00 (0,00)	0,970	6,22 (5,10)
<b>OTRO TIPO DE VIOLENCIA EN DOMICILIO</b>							
	<i>Auto-agresión</i> (n=9)	<i>Amigos o conocidos</i> (n=11)	<i>Vecinos</i> (n=21)	<i>Agresores Desconocidos</i> (n=5)	<i>Agresores no definidos</i> (n=81)	<i>p</i>	<i>TOTAL</i> (n=127)
<i>Frecuentación a Urgencias [media +/- (DE)]</i>	19,78 (38,93)	3,18 (2,23)	7,00 (6,21)	4,40 (4,01)	6,12 (6,28)	<b>0,014</b>	6,91 (11,91)

**Frecuentación:** Número de asistencias en Servicios de Urgencias hospitalarios de la Región de Murcia, que ha tenido el paciente, durante el periodo de estudio. Valores estadísticamente significativos si  $p < 0,05$  (se indica con *p* en negrita).

Cuando analizamos la Frecuentación media a Urgencias de los pacientes víctimas de violencia en el ámbito doméstico que constituyen la muestra en función de sus características sociodemográficas, no encontramos diferencias estadísticamente significativas con respecto al **Sexo** ( $p=0,933$ ), la **Edad agrupada** ( $p=0,778$ ) ni con el **Origen** de la víctima ( $p=0,730$ ).

Por el contrario, sí que encontramos significación estadística en la relación con los **Antecedes Personales Psiquiátricos y de Alcoholismo y/o consumo de drogas de abuso**, tanto en las víctimas como en los agresores y con el **nivel socioeconómico** de la víctima.

Tal como puede apreciarse en la Tabla 34, las **víctimas** por violencia que forman parte de la muestra que tienen **antecedentes personales psiquiátricos** presentan una frecuentación media a Urgencias de 10,68 (DE=13,65) asistencias en el periodo de estudio, más del doble que la que tienen los pacientes sin esos antecedentes, que es de 4,84 (DE=4,27) asistencias ( $p < 0,001$ ).

De igual modo ocurre con las **víctimas que poseen antecedentes de alcoholismo y/o consumo de drogas de abuso**, que frecuentan Urgencias con una media de 11,84 (DE=8,77) asistencias, respecto a los que no los tienen, donde es de 5,59 (DE=7,57) asistencias a Urgencias durante el periodo de estudio ( $p<0,001$ ).

Si consideramos los antecedentes de los agresores de los que disponemos información, encontramos que sigue teniendo una diferencia significativa la frecuentación media de las víctimas cuando sus **agresores poseen antecedentes personales psiquiátricos** - frecuentación media de 10,27 (DE=10,93) asistencias en Urgencias durante el periodo de estudio- y 6,03 (DE=7,75) asistencias a Urgencias en ese mismo tiempo que poseen las víctimas cuyos agresores no tienen esos antecedentes ( $p=0,041$ ).

Sin embargo, no es estadísticamente significativa la escasa diferencia apreciable en la frecuentación de las víctimas cuando sus **agresores presentan antecedentes de alcoholismo y/o consumo de drogas** ( $p=0,189$ ), tal como puede apreciarse en la Tabla 34.

**Tabla 34. Frecuentación a Urgencias de los pacientes según antecedentes personales psiquiátricos y de consumo de alcohol y/o drogas en víctima y agresor**

	n (%)	Frecuentación a Urgencias [media +/- (DE)]	p
<b>AP Psiquiátricos víctima</b>			
Sí	106 (22,8)	10,68 (13,65)	<b>&lt;0,001</b>
No	359 (77,2)	4,84 (4,27)	
Total	465 (100,0)	6,17 (7,89)	
<b>AP Alcohol/drogas víctima</b>			
Sí	43 (9,2)	11,84 (8,77)	<b>&lt;0,001</b>
No	422 (90,8)	5,59 (7,57)	
Total	465 (100,0)	6,17 (7,89)	
<b>AP Psiquiátricos agresor</b>			
Sí	15 (3,2)	10,27 (10,93)	<b>0,041</b>
No	450 (96,8)	6,03 (7,75)	
Total	465 (100,0)	6,17 (7,75)	
<b>AP Alcohol/drogas agresor</b>			
Sí	49 (10,5)	7,57 (7,78)	<b>0,189</b>
No	416 (89,5)	6 (7,90)	
Total	465 (100,0)	6,17 (7,89)	

AP: Antecedentes personales. Valores estadísticamente significativos si  $p<0,05$  (se indica con p en negrita).

De la misma manera, hemos estudiado este comportamiento en los subgrupos de cada clase de violencia (Tabla 35), encontrando que las víctimas de **Violencia de Género que poseen antecedentes personales psiquiátricos** presentan cifras de frecuentación en Urgencias del doble de asistencias que las que no (9,94 [DE=8,78] asistencias las que si los tienen, respecto a 4,39 [DE=3,95]), incrementándose casi al triple cuando la **víctima posee antecedentes de alcoholismo o consumo de drogas de abuso** (13,63 [DE=10,44] frente a 5,11 [DE=5,04]) ( $p<0,001$ ).

De manera similar se comporta la frecuentación en Urgencias de las víctimas de VG cuando sus **agresores presentan antecedentes psiquiátricos**, alcanzando cifras de 11,46 (DE=11,30) asistencias en Urgencias durante el periodo de estudio, mientras que en las víctimas cuyos agresores no los tienen la frecuentación media es de 5,37 (DE=5,34) asistencias ( $p<0,001$ ). Del mismo modo, encontramos diferencias significativas en la frecuentación a Urgencias de las víctimas cuando sus **agresores tienen antecedentes de alcoholismo y/o consumo de drogas de abuso** respecto a cuando no los poseen, 7,46 (DE=7,90) asistencias sobre 5,27 (DE=5,31) asistencias, respectivamente ( $p=0,027$ ).

En los pacientes víctimas de **Violencia Doméstica** también encontramos cifras de frecuentación en Urgencias mayores cuando ellos mismas o sus agresores poseen antecedentes personales psiquiátricos o de alcoholismo y/o consumo de drogas de abuso, respecto a cuando no los presentan, aunque solo existe significación estadística en el caso de que sea la víctima la que presente antecedentes de alcoholismo y/ consumo de drogas de abuso (10,1 [DE=6,48] frente a 5,84 [DE=4,82]) ( $p=0,011$ ).

En las víctimas por **Otro tipo de Violencia en Domicilio**, solo es significativo el aumento de la frecuentación media a Urgencias en el caso de que la víctima tenga antecedentes psiquiátricos (14,67 [DE=22,97] asistencias frente a 4,82 [DE=4,60]) ( $p<0,001$ ).

Todos estos resultados se reflejan en la Tabla 35, en la que puede observarse la frecuencia según los antecedentes y la clase de violencia.

**Tabla 35. Frecuentación a Urgencias de los pacientes de la muestra según la existencia de antecedentes personales y la clase de violencia de que se trate**

	n (%)	Frecuentación a Urgencias [media +/- (DE)]	p
<b>AP Psiquiátricos víctima</b>			
Sí	54 (24,0)	9,94 (8,78)	<b>&lt;0,001</b>
No	171 (76,0)	4,39 (3,95)	
Total	225 (100,00)	5,72(5,98)	
<b>AP Alcohol/drogas víctima</b>			
Sí	16 (7,1)	13,63 (10,44)	<b>&lt;0,001</b>
No	209 (92,9)	5,11 (5,04)	
Total	225 (100,00)	5,72 (5,98)	
<b>AP Psiquiátricos agresor</b>			
Sí	13 (5,8)	11,46 (11,30)	<b>&lt;0,001</b>
No	212 (94,2)	5,37 (5,34)	
Total	225 (100,00)	5,72 (5,98)	
<b>AP Alcohol/drogas agresor</b>			
Sí	46 (20,4)	7,46 (7,90)	<b>0,027</b>
No	179 (79,6)	5,27 (5,31)	
Total	225 (100,00)	5,72 (5,98)	
<b>VIOLENCIA DOMÉSTICA (n=113)</b>			
	n (%)	Frecuentación a Urgencias [media +/- (DE)]	p
<b>AP Psiquiátricos víctima</b>			
Sí	25 (22,1)	7,96 (6,85)	0,053
No	88 (77,9)	5,73 (4,40)	
Total	113 (100,0)	6,22 (5,10)	
<b>AP Alcohol/drogas víctima</b>			
Sí	10 (8,8)	10,1 (6,48)	<b>0,011</b>
No	103 (91,2)	5,84 (4,82)	
Total	113 (100,0)	6,22 (5,10)	
<b>AP Psiquiátricos agresor</b>			
Sí	2 (1,8)	2,5 (0,70)	0,300
No	111 (98,2)	6,29 (5,12)	
Total	113 (100,0)	6,22 (5,10)	
<b>AP Alcohol/drogas agresor</b>			
Sí	3 (2,7)	9,33 (6,65)	0,286
No	110 (97,3)	6,14 (5,06)	
Total	113 (100,0)	6,22 (5,10)	
<b>OTROS TIPOS DE VIOLENCIA EN DOMICILIO (n=127)</b>			
	n (%)	Frecuentación a Urgencias [media +/- (DE)]	p
<b>AP Psiquiátricos víctima</b>			
Sí	27 (21,3)	14,67 (22,97)	<b>&lt;0,001</b>
No	100 (78,7)	4,82 (4,60)	
Total	127 (100,0)	6,91 (11,91)	
<b>AP Alcohol/drogas víctima</b>			
Sí	17(13,4)	11,18 (8,40)	0,113
No	110 (86,6)	6,25 (12,26)	
Total	127 (100,0)	6,91 (11,91)	
<b>AP Psiquiátricos agresor</b>			
Sí	127 (100,0)	6,91 (11,91)	*
No	0 (0,0)	0 (0,0)	
Total	127 (100,0)	6,91 (11,91)	
<b>AP Alcohol/drogas agresor</b>			
Sí	127 (100,0)	6,91 (11,91)	*
No	0 (0,0)	0 (0,0)	
Total	127 (100,0)	6,91 (11,91)	

\* No hay ningún caso detectado con esos antecedentes, por lo que no es posible calcular estadísticos. AP: Antecedentes personales. Valores estadísticamente significativos si  $p < 0,05$  (se indica con p en negrita).

En cuanto a la relación entre Frecuentación a Urgencias y el **Nivel socioeconómico** de las víctimas, como puede apreciarse en la Tabla 36, los pacientes con un nivel socio-económico bajo presentan una frecuentación a Urgencias mayor que el resto de pacientes de otros niveles, con una media de asistencias de 7,88 (DE=12,8) en el periodo de tiempo estudiado, seguidos de cerca por los pacientes del grupo de los pensionistas, con 7,45 (DE=6,08) con un número medio de asistencias en Urgencias en el mismo periodo y los pacientes con nivel socio-económico alto, con una asistencia media de 5,79 (DE=7,07) veces. Mientras que los demandantes de asistencia en Urgencias por violencia en el ámbito doméstico, con unos ingresos de hasta 18.000€ anuales, los de nivel socio-económico medio, son los que menor asistencias en Urgencias realizan, siendo estas de 5,28 (DE=5,32) ( $p=0,018$ ).

**Tabla 36. Frecuentación a Urgencias según nivel socioeconómico de los pacientes de la muestra y contraste de medias**

Frecuentación en Urgencias (sin incluir asistencias en GINE/OBS)									
	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo	
					Límite inferior	Límite superior			
TSI=1 Nivel socio-económico BAJO	107	7,88	12,805	1,238	5,42	10,33	1	122	
TSI=2 Pensionistas	65	7,45	6,080	,754	5,94	8,95	1	27	
TSI=3 Nivel socio-económico MEDIO	268	5,28	5,324	,325	4,64	5,92	1	46	
TSI=4 Nivel socio-económico ALTO	14	5,79	7,073	1,890	1,70	9,87	1	28	
Total	454	6,22	7,946	,373	5,48	6,95	1	122	

ANOVA						
Frecuentación en Urgencias (sin incluir asistencias en GINE/OBS)						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	(Combinado)	633,439	3	211,146	3,398	,018
	Término lineal	95,667	1	95,667	1,539	,215
	No ponderados	554,000	1	554,000	8,915	,003
	Ponderados	79,440	2	39,720	,639	,528
Dentro de grupos		27965,406	450	62,145		
Total		28598,846	453			

TSI=n: Indica el código adscrito a la Tarjeta Sanitaria Individual del paciente. Valores estadísticamente significativos si  $p<0,05$

#### 4.6. Análisis de los posibles factores asociados con la reincidencia de agresiones, la severidad de la violencia sufrida por la víctima y la gravedad de las lesiones en las víctimas de VG de la muestra.

Hemos definido el concepto de **reincidencia** cuando existe más de un episodio de violencia o agresión, durante el periodo de estudio, que ha originado que la paciente tenga más de una asistencia en Urgencias de nuestro independientemente de la asistencia objeto de la participación en este estudio.

Existe reincidencia en el 9,3% de las víctimas de violencia de género de la muestra (n=21). Con el fin de estudiar los posibles factores asociados a la misma, hemos realizado un análisis estadístico de regresión logística binaria univariante y multivariante, que permitiera establecer la existencia de factores asociados a la aparición de la reincidencia de violencia en las pacientes víctimas de violencia de género.

Para este análisis, por tanto, la variable principal fue la presencia de reincidencia en la paciente víctima de VG, y como potenciales variables predictoras se evaluaron las siguientes variables explicativas:

- *Relativas al paciente:*
  - **Edad:** "40 años o más" vs "30 a 39 años" y vs "29 años o menos"
  - **Origen:** "Paciente extranjera" vs "española"
  - **Nivel socioeconómico:** "Medio-alto" vs "bajo"
  - **AP Psiquiátricos de la víctima:** "No" vs "Sí"
  - **AP Alcoholismo y/o drogas de la víctima:** "No" vs "Sí"
  - **Frecuentación a Urgencias:** Número de asistencias a Urgencias de la paciente durante el periodo establecido.
  
- *Relativas al agresor:*
  - **AP Psiquiátricos del agresor:** "No" vs "Sí"
  - **AP Alcoholismo y/o drogas del agresor:** "No" vs "Sí"
  
- *Relacionadas con otras situaciones de violencia:*
  - **Existencia de violencia previa referida por la paciente:** "No" vs "Sí"

- **Existencia de denuncia previa referida por la paciente:** "No" vs "Sí"
  - **Asistencias previas sospechosas de violencia:** "No" vs "Sí"
  - **Intención de denunciar de la víctima:** "No" vs "Sí"
- *Relacionadas con la agresión:*
- **Localización de las lesiones:** "periférica" vs "central" y vs "más de una localización"
  - **Día de la semana:** "de lunes a jueves" vs "de viernes a domingo"
  - **Severidad de la violencia:** "moderada" vs "severa"
  - **Gravedad de las lesiones:** "moderada" vs "grave"

Como se muestra en la Tabla 37, el análisis de regresión logística simple de factores asociados a la existencia de reincidencia en las pacientes víctimas de VG, reveló que de las 16 variables estudiadas, solo 6 presentaron Odds Ratios estadísticamente significativas, siendo 5 de ellas variables asociadas a la paciente y una asociada a otras situaciones de violencia.

El factor de riesgo más importante asociado a la recidiva de la violencia en las víctimas de VG fue la existencia de *asistencias sospechosas de violencia previa no declarada*, asociándose a un riesgo casi 4 veces superior de presentar reincidencia cuando existen estas asistencias previas sospechosas (OR=3,99 [IC 95%: 1,65-9,68]).

El segundo factor de riesgo más importante fue la existencia de *antecedentes personales de alcoholismo y/o consumo de drogas de abuso en la víctima*, presentando un riesgo 3,69 veces superior de sufrir más de una agresión por VG las pacientes víctimas de VG que tenían esos antecedentes personales [IC 95%: 1,67-8,17].

El hecho de tener la víctima un *nivel socioeconómico bajo* fue el tercer factor más importante asociado a la reincidencia de la violencia en las pacientes víctimas de VG, suponiendo esta circunstancia un riesgo casi 3 veces superior de sufrir reincidencia, respecto a poseer un *nivel socioeconómico medio-alto* (OR=2,96 [IC 95%: 1,54-5,70]).

El cuarto factor de riesgo más importante fue la edad, presentando un riesgo 2,36 veces superior de sufrir más de un episodio de violencia de género durante el

periodo de estudio las pacientes *de 30 a 39 años de edad* que las *de 40 años o más* [IC 95%: 1,05-5,32].

Los otros dos factores que se asociaron a un mayor riesgo de reincidencia de violencia de género fueron la existencia de *antecedentes personales psiquiátricos en la víctima* (OR= 2,28 [IC 95%: 1,17-4,43]) y la *frecuentación a urgencias* de la paciente (OR=1,07 [IC 95%: 1,02-1,11]).

Factores relacionados con la existencia de otras situaciones de violencia previa referidas por la paciente, con o sin denuncia de la misma, así como factores relacionados con antecedentes personales psiquiátricos y de alcoholismo o consumo de drogas de abuso de los agresores, no resultaron asociados estadísticamente a la reincidencia de la violencia en víctimas de VG.

De las 6 variables que resultaron estadísticamente significativas en el análisis univariante, solo 4 continuaron siéndolo al llevar a cabo la regresión logística binaria multivariante. De esta manera, la *edad de 30 a 39 años* (OR= 3,74 [IC 95%: 1,56-8,93]), la *existencia de asistencias sospechosas de violencia previa* (OR= 3,31 [IC 95%: 1,32-8,27]), el *nivel socioeconómico bajo* (OR= 3,13 [IC 95%: 1,54-6,35]) y la presencia de *antecedentes personales de alcoholismo o consumo de drogas de abuso en la víctima* (OR= 2,39 [IC 95%: 1,01-5,69]), fueron los factores que presentaron asociación a que las víctimas de VG tuvieran reincidencia de violencia, es decir, que sufrieran más de un episodio de VG por el que solicitaron asistencia en Urgencias de nuestro centro durante el periodo de estudio.

Los resultados obtenidos tanto en el análisis de regresión logística binaria univariante como en el multivariante se muestran en la Tabla 37.

**Tabla 37. Análisis de regresión logística binaria univariante y multivariante de factores asociados a la reincidencia en víctimas de VG de la muestra.**

	Análisis Univariante		Análisis Multivariante	
	Reincidencia OR [IC 95%]	Significación estadística (p<0,05)	Reincidencia OR [IC 95%]	Significación estadística (p<0,05)
<b>FACTORES ASOCIADOS A LA PACIENTE</b>				
<b>Edad</b>				
Más de 40 años	Ref.		Ref.	
De 30 a 39 años	2,36 [1,05-5,32]	<b>0,038</b>	3,74 [1,56-8,93]	<b>0,003</b>
Menos de 29 años	1,17 [0,51-2,72]	0,713		
<b>Origen</b>				
Otro país	Ref.			
España	1,12 [0,52-2,42]	0,773		
<b>Nivel socioeconómico</b>				
Medio-Alto	Ref.		Ref.	
Bajo	2,96 [1,54-5,70]	<b>0,001</b>	3,13 [1,54-6,35]	<b>0,002</b>
<b>AP Psiquiátricos víctima</b>				
No	Ref.			
Sí	2,28 [1,17-4,43]	<b>0,015</b>		
<b>AP Alcohol/drogas víctima</b>				
No	Ref.		Ref.	
Sí	3,69 [1,67-8,17]	<b>0,001</b>	2,39 [1,01-5,69]	<b>0,048</b>
<b>Frecuentación a Urgencias de la paciente</b>				
Número de asistencias a Urgencias	1,07 [1,02-1,11]	<b>0,002</b>		
<b>FACTORES ASOCIADOS AL AGRESOR</b>				
<b>AP Psiquiátricos agresor</b>				
No	Ref.			
Sí	1,57 [0,34-7,24]	0,558		
<b>AP Alcohol/drogas agresor</b>				
No	Ref.			
Sí	1,81 [0,76-4,39]	0,181		
<b>FACTORES ASOCIADOS A OTRAS SITUACIONES DE VIOLENCIA</b>				
<b>Violencia Previa</b>				
No	Ref.			
Sí	2,14 [0,47-9,69]	0,323		
<b>Denuncia previa</b>				
No	Ref.			
Sí	1,71 [0,47-6,31]	0,418		
<b>Asistencias sospechosas de violencia previa</b>				
No	Ref.		Ref.	
Sí	3,99 [1,65-9,68]	<b>0,002</b>	3,31 [1,32-8,27]	<b>0,011</b>
<b>Intención de denunciar</b>				
No	Ref.			
Sí	0,58 [0,14-2,38]	0,448		
<b>FACTORES ASOCIADOS A LA AGRESIÓN</b>				
<b>Localización lesiones</b>				
Localización periférica	Ref.			
Localización Central	0,532 [0,23-1,21]	0,134		
Más de una localización	0,64 [0,27-1,48]	0,295		
<b>DÍA de la semana</b>				
De Lunes a Jueves	Ref.			
De Viernes a Domingo	0,91 [0,48-1,73]	0,775		
<b>Severidad de la violencia</b>				
Moderada	Ref.			
Severa	0,91 [0,43-1,93]	0,813		
<b>Gravedad de las lesiones</b>				
Moderada	Ref.			
Grave	1,02 [0,41-2,55]	0,974		

**Reincidencia:** Repetición de la agresión a un paciente, durante el periodo de estudio. Implica que existe más de una asistencia de un mismo paciente en la muestra. **VG:** Violencia de género. **AP:** Antecedentes personales. **OR:** Odds Ratio. **Ref.:** Categoría de referencia para el cálculo de los OR. Valores estadísticamente significativos si p<0,05 (se indica con p en negrita).

Para intentar determinar los posibles factores asociados a la **severidad de la violencia** sufrida por las víctimas de VG de la muestra, hemos definido dos niveles de severidad de la violencia (física y sexual), tal como se indicó en el apartado de *Material y Método*, siguiendo la metodología utilizada en la *Macroencuesta de Violencia Contra la Mujer 2015 de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género*<sup>76</sup>: **Moderada** (cuando existe violencia física moderada según esa clasificación o tocamientos sexuales, con o sin intento de violación) y **Severa** (cuando existe violencia física severa o violación consumada).

Los posibles factores asociados a la existencia de violencia severa hemos intentado determinarlos mediante un análisis estadístico de regresión logística binaria univariante y multivariante, que permitiera establecer si existen factores pronóstico de la misma en las pacientes víctimas de violencia de género de la muestra.

Para este análisis, por tanto, la variable principal fue la severidad de la violencia sufrida por la paciente víctima de VG. Como potenciales variables predictoras se evaluaron las variables explicativas recogidas en el modelo anterior relativo al estudio de la reincidencia relativas a la paciente, al agresor, a otras situaciones de violencia y a la propia agresión, añadiendo la variable *reincidencia de violencia* (que era la dependiente en el análisis previo), tal como puede observarse en el análisis anterior y en la Tabla 38.

Como se muestra en dicha tabla, el análisis de regresión logística simple de factores asociados a la existencia de violencia severa en las pacientes víctimas de VG, reveló que de las 16 variables estudiadas, solo 4 presentaron Odds Ratios estadísticamente significativas, siendo 3 de ellas variables asociadas a la propia agresión y una a otras situaciones de violencia.

El factor de riesgo más importante asociado a haber sufrido violencia severa fue el presentar *lesiones graves* en la asistencia en Urgencias (21,57 veces superior, [IC 95%: 7,64-60,91]) el que las lesiones fuesen *graves*, respecto a que las lesiones fuesen de *gravedad moderada*.

El segundo factor de riesgo más importante fue el que las *lesiones en la víctima tuviesen más de una localización*, presentando un riesgo 1,87 veces superior de haber sufrido violencia severa que cuando las lesiones se localizaron sólo en las extremidades (localización periférica) [IC 95%: 1,05-3,32].

El hecho de tener la víctima en su HCE *ausencia de asistencias sospechosas de violencia previa no declarada* fue el tercer factor más importante asociado a la presencia de violencia severa en la agresión sufrida por la víctima de VG, suponiendo este hecho un riesgo 1,71 veces superior de sufrir violencia severa, respecto a cuando sí existen asistencias previas sospechosas de VG no declaradas por las víctimas [IC 95%: 1,12-2,63].

El cuarto factor que se asoció a una mayor probabilidad de haber sufrido violencia severa fue la existencia en la víctima de VG de *lesiones de localización central* (en cabeza, cara, cuello, tronco, espalda, periné y órganos internos), presentando una probabilidad 1,69 veces superior de que las mismas hubieran sido producidas por violencia severa respecto a cuando las lesiones se localizaban periféricamente (en las extremidades) [IC 95%: 1,04-2,88]

Factores relativos a las pacientes y los agresores, no resultaron asociados estadísticamente a que la víctima hubiera sufrido violencia severa en la agresión por VG por la que participa de la muestra.

De las 4 variables que resultaron estadísticamente significativas en el análisis univariante, únicamente 3 continuaron siéndolo al llevar a cabo la regresión logística multivariante, pudiendo decir que el presentar *lesiones graves* (OR=19,74 [IC:95%: 6,94-56,13]), de *más de una localización* corporal (OR=2,02 [IC 95%: 1,08-3,80]) y la *ausencia de asistencias previas sospechosas de violencia no declarada* (OR=1,70 [IC 95%: 1,04-2,78]), fueron los factores que presentaron asociación a sufrir o haber sufrido violencia severa por las víctimas de VG de la muestra.

Todos los resultados del análisis de regresión logística binaria univariante y multivariante para la variable severidad de la violencia se muestran en la Tabla 38.

**Tabla 38. Análisis de regresión logística binaria univariante y multivariante de factores asociados a la severidad de la violencia en víctimas de VG de la muestra.**

	<i>Análisis Univariante</i>		<i>Análisis Multivariante</i>	
	<i>Severidad de la violencia</i> OR [IC 95%]	<i>Significación estadística</i> ( $p < 0,05$ )	<i>Severidad de la violencia</i> OR [IC 95%]	<i>Significación estadística</i> ( $p < 0,05$ )
<b>FACTORES ASOCIADOS A LA PACIENTE</b>				
<b>Edad</b>				
Más de 40 años	Ref.			
De 30 a 39 años	0,77 [0,47-1,26]	0,290		
Menos de 29 años	0,98 [0,57-1,67]	0,931		
<b>Origen</b>				
España	Ref.			
Otro país	1,14 [0,71-1,85]	0,593		
<b>Nivel socioeconómico</b>				
Medio-Alto	Ref.			
Bajo	0,80 [0,52-1,22]	0,297		
<b>AP Psiquiátricos víctima</b>				
No	Ref.			
Sí	1,12 [0,66-1,88]	0,679		
<b>AP Alcohol/drogas víctima</b>				
No	Ref.			
Sí	1,22 [0,58-2,60]	0,599		
<b>Frecuentación a Urgencias del paciente</b>				
Número de asistencias a Urgencias	0,99 [0,96-1,03]	0,664		
<b>Reincidencia (más de una vez en la muestra)</b>				
Sí	Ref.			
No	1,09 [0,52-2,31]	0,813		
<b>FACTORES ASOCIADOS AL AGRESOR</b>				
<b>AP Psiquiátricos agresor</b>				
No	Ref.			
Sí	0,78 [0,26-2,37]	0,665		
<b>AP Alcohol/drogas agresor</b>				
No	Ref.			
Sí	0,63 [0,33-1,20]	0,156		
<b>FACTORES ASOCIADOS A OTRAS SITUACIONES DE VIOLENCIA</b>				
<b>Violencia Previa</b>				
No	Ref.			
Sí	1,07 [0,50-2,29]	0,872		
<b>Denuncia previa</b>				
No	Ref.			
Sí	1,18 [0,50-2,82]	0,702		
<b>Asistencias sospechosas de violencia previa</b>				
Sí	Ref.			
No	1,71 [1,12-2,63]	<b>0,013</b>	1,70 [1,04-2,78]	<b>0,035</b>
<b>Intención de denunciar</b>				
No	Ref.			
Sí	0,92 [0,37-2,26]	0,849		
<b>FACTORES ASOCIADOS A LA AGRESIÓN</b>				
<b>Localización lesiones</b>				
Localización periférica	Ref.			
Localización Central	1,69 [1,04-2,88]	<b>0,047</b>		
Más de una localización	1,87 [1,05-3,32]	<b>0,033</b>	2,02 [1,08-3,80]	<b>0,029</b>
<b>DÍA de la semana</b>				
De Lunes a Jueves	Ref.			
De Viernes a Domingo	1,19 [0,79-1,80]	0,410		
<b>Gravedad de las lesiones</b>				
Moderada	Ref.			
Grave	21,57 [7,64-60,91]	<b>&lt;0,001</b>	19,74 [6,94-56,13]	<b>&lt;0,001</b>

VG: Violencia de género. AP: Antecedentes personales. OR: Odds Ratio. Ref.: Categoría de referencia para el cálculo de los OR. Valores estadísticamente significativos si  $p < 0,05$  (se indica con p en negrita).

Por último, para intentar determinar factores pronóstico asociados a la existencia de **lesiones graves** en la víctima de VG, hemos definido dos grupos de lesiones según su gravedad, también basándonos en la metodología utilizada en la *Macroencuesta de Violencia Contra la Mujer 2015 de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género*<sup>76</sup>: **lesiones moderadas** y **lesiones graves** (ya comentados en el apartado anterior y en el de *Material y Métodos*).

Para este análisis, la variable principal fue la presencia de lesiones graves en las víctimas de VG de la muestra, evaluándose como potenciales variables predictoras las variables explicativas recogidas en los análisis de regresión anteriores, relativas a los pacientes, los agresores, otras situaciones de violencia y a la propia agresión sufrida por la víctima.

Como puede observarse en la Tabla 39, el análisis de regresión logística binaria simple o univariante de factores asociados a la presencia en las víctimas de VG de lesiones graves, reveló que de las 16 variables estudiadas, sólo 3 presentaron Odds Ratios estadísticamente significativas, siendo 2 de ellas asociadas a la víctima y una a la agresión.

El factor de riesgo más importante asociado a la existencia de lesiones graves en las víctimas de VG fue haber sufrido *violencia severa*, física o sexual, que implicó un riesgo 21,57 veces superior de tener lesiones graves, respecto a que la violencia sufrida hubiera sido moderada [IC 95%: 7,64-60,91].

El segundo factor de riesgo más importante fue la existencia de *antecedentes personales de consumo de alcohol y/o drogas de abuso en las víctimas*, presentando un riesgo 2,41 veces superior de tener lesiones graves las pacientes víctimas de VG con dichos antecedentes respecto a las que no los tienen [IC 95%: 1,16-5,03].

La *ausencia de asistencias sospechosas de VG no declaradas* fue el tercer factor más importante asociado a la existencia de lesiones graves en las víctimas de VG de la muestra, suponiendo a las pacientes que carecen de las mismas un riesgo de más del doble de sufrir lesiones graves, respecto a las pacientes en las que sí existen ese tipo de asistencias previas sospechosas de VG (OR= 2,08 [IC 95%: 1,26-3,44]).

Factores relativos a las características sociodemográficas de las víctimas (como la *edad*, el *origen* y el *nivel socioeconómico*), a los antecedentes del agresor,

a otras situaciones de violencia o a la localización de las lesiones, no resultaron asociados estadísticamente a la *gravedad de las lesiones* que presenta la víctima de VG.

De las 3 variables que resultaron estadísticamente significativas en el análisis univariante, únicamente una de ellas continuó siéndolo al llevar a cabo la regresión logística multivariante. De esta forma, el haber sufrido *violencia severa* fue el factor que presentó asociación a tener lesiones graves en las víctimas por VG de la muestra (OR= 20,03 [IC95%: 7,07-56,74]).

Los resultados obtenidos tanto en el análisis de regresión logística binaria univariante como en el multivariante, se muestran en la Tabla 39.

**Tabla 39. Análisis de regresión logística binaria univariante y multivariante de factores asociados a la gravedad de las lesiones en víctimas de VG de la muestra.**

	Análisis Univariante		Análisis Multivariante	
	Gravedad de las lesiones OR [IC 95%]	Significación estadística ( $p < 0,05$ )	Gravedad de las lesiones OR [IC 95%]	Significación estadística ( $p < 0,05$ )
<b>FACTORES ASOCIADOS A LA PACIENTE</b>				
<b>Edad</b>				
Más de 40 años	Ref.			
De 30 a 39 años	0,60 [0,31-1,14]	0,115		
Menos de 29 años	1,73 [0,96-3,12]	0,070		
<b>Origen</b>				
España	Ref.			
Otro país	1,55 [0,89-2,68]	0,122		
<b>Nivel socioeconómico</b>				
Medio-Alto	Ref.			
Bajo	0,78 [0,46-1,33]	0,361		
<b>AP Psiquiátricos víctima</b>				
No	Ref.			
Sí	1,29 [0,72-2,30]	0,392		
<b>AP Alcohol/drogas víctima</b>				
No	Ref.			
Sí	2,41 [1,16-5,03]	<b>0,019</b>		
<b>Asistencias sospechosas de violencia previa</b>				
Sí	Ref.			
No	2,08 [1,26-3,44]	<b>0,004</b>		
<b>Frecuentación a Urgencias del paciente</b>				
Número de asistencias a Urgencias	0,98 [0,94-1,03]	0,499		
<b>Reincidencia (más de una vez en la muestra)</b>				
Sí	Ref.			
No	0,99 [0,39-2,47]	0,974		
<b>FACTORES ASOCIADOS AL AGRESOR</b>				
<b>AP Psiquiátricos agresor</b>				
No	Ref.			
Sí	0,36 [0,05-2,76]	0,323		
<b>AP Alcohol/drogas agresor</b>				
No	Ref.			
Sí	0,55 [0,21-1,43]	0,220		
<b>FACTORES ASOCIADOS A OTRAS SITUACIONES DE VIOLENCIA</b>				
<b>Violencia Previa</b>				
No	Ref.			
Sí	0,52 [0,20-1,29]	0,154		
<b>Denuncia previa</b>				
No	Ref.			
Sí	1,40 [0,44-4,44]	0,566		
<b>Intención de denunciar</b>				
No	Ref.			
Sí	0,55 [0,18-1,70]	0,298		
<b>FACTORES ASOCIADOS A LA AGRESIÓN</b>				
<b>Localización lesiones</b>				
Localización periférica	Ref.			
Localización Central	1,78 [0,93-3,43]	0,084		
Más de una localización	1,08 [0,53-2,21]	0,838		
<b>DÍA de la semana</b>				
De Lunes a Jueves	Ref.			
De Viernes a Domingo	0,76 [0,46-1,26]	0,286		
<b>Severidad de la violencia</b>				
Moderada	Ref.			
Severa	21,57 [7,64-60,91]	<b>&lt;0,001</b>	20,03 [7,07-56,74]	<b>&lt;0,001</b>

VG: Violencia de género. AP: Antecedentes personales. OR: Odds Ratio. Ref.: Categoría de referencia para el cálculo de los OR. Valores estadísticamente significativos si  $p < 0,05$  (se indica con  $p$  en negrita).

#### 4.7. Análisis de la Complimentación y Calidad de los Partes de Lesiones de pacientes víctimas de violencia doméstica atendidos en el Servicio de Urgencias del HGUSL en el periodo de estudio.

Desde noviembre del año 2011 a mayo del año 2015, se han identificado 525 asistencias por violencia en el ámbito doméstico en Urgencias de nuestro centro que han originado la realización de un *Formulario* en el programa informático SELENE para la elaboración de un Parte de Lesiones (PL). El tipo de formulario elaborado determinó el tipo de parte de lesiones emitido, en los casos en que finalmente fue generado un PL, lo cual ocurrió en el 92,6% (n=486) de los casos, tal como se observa en la Tabla 40.

En el 97% de las asistencias en Urgencias a víctimas de **Violencia de Género** que forman parte de la muestra, se realizó un PL, que fue el específicamente diseñado para VG en el 59% de los casos y el genérico de lesiones por agresión en el 28% de las ocasiones. En el 9,4% de los casos se realizaron dos PL simultáneamente, uno de cada tipo, para la misma asistencia y en el 3% de las asistencias por VG de la muestra, no se elaboró ningún parte de lesiones.

**Tabla 40. Asistencias por violencia en las que se realiza parte de lesiones y tipo de este**

	<b>Violencia de Género</b> (n=266)	<b>Violencia Doméstica</b> (n=124)	<b>Otros tipos de Violencia en Domicilio</b> (n=135)	<b>p</b>	<b>TOTAL</b> (n=525)
<b>Se ha realizado PL [n (%)]</b>					
Sí	258 (97,0)	110 (88,7)	118 (87,4)	<b>&lt;0,001</b>	486 (92,6)
No	8 (3,0)	14 (11,3)	17 (12,6)		39 (7,4)
<b>PL generado [n (%)]</b>					
PL específico de VG	157 (59,0)	2 (1,6)	0 (0,0)	<b>&lt;0,001</b>	159 (30,3)
PL genérico de lesiones	76 (28,6)	107 (86,3)	118 (87,4)		301 (57,3)
Los dos PL simultáneamente	25 (9,4)	1 (0,8)	0 (0,0)		26 (5,0)
No se ha generado PL	8 (3,0)	14 (11,3)	17 (12,6)		39 (7,4)

PL: Parte de lesiones. VG: Violencia de Género. Valores estadísticamente significativos si  $p < 0,05$  (se indica con p en negrita).

En el 88,7% de las asistencias en Urgencias a pacientes víctimas de **Violencia Doméstica** no de género, se realizó un PL, que en 2 ocasiones (1,6%) fue el específico para casos de Violencia de Género. En una ocasión se realizaron dos PL simultáneamente para una misma asistencia y en el 11,3% de los casos no se realizó ningún PL tras la asistencia en Urgencias.

En el 87,4% de las asistencias en Urgencias a víctimas de **Otro tipo de Violencia en Domicilio**, se realizó un PL, que siempre fue el genérico de lesiones por agresión. No se realizó PL en el 12,6% de las ocasiones.

Como podemos apreciar en la Tabla 40, las diferencias encontradas en los PL generados según la clase de violencia de que se trate, son estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ).

La evolución temporal de la realización de los partes de lesiones en nuestro centro se muestran en la Tabla 41. Podemos comprobar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de elaboración de PL según el año de que se trate, de manera que en el año 2012 se alcanzaron los mayores porcentajes al respecto (el 98,3%) y en el 2014 los peores (88,5%).

**Tabla 41. Partes de lesiones realizados por año durante el periodo de estudio**

	<b>Año 2011*</b> n=6	<b>Año 2012</b> n=117	<b>Año 2013</b> n= 154	<b>Año 2014</b> n=174	<b>Año 2015**</b> n=74	<b>p</b>	<b>TOTAL</b> n=525
<b>Se ha realizado PL [n (%)]</b>							
Sí	6 (100,0)	115 (98,3)	142 (92,2)	154 (88,5)	69 (93,2)	<b>0,036</b>	486 (92,6)
No	0 (0,0)	2 (1,7)	12 (7,8)	20 (11,5)	5 (6,8)		39 (7,4)

\* En 2011, meses de noviembre y diciembre. \*\* En 2015, hasta el mes de mayo incluido. PL: Parte de lesiones. Valores estadísticamente significativos si  $p < 0,05$  (se indica con p en negrita).

Por todo lo anteriormente expuesto, al considerar los PL realmente elaborados y descartando los duplicados para una misma asistencia, disponemos de una muestra constituida por 486 partes de lesiones, de los que el 38,1% (n=185) son del tipo de PL específico para casos de Violencia de Género y el 61,9% (n=301) son del tipo de PL genérico por agresión (Tabla 42).

Siguiendo a los autores<sup>75</sup> de la escala de baremación de la calidad de los PL que hemos aplicado, en el estudio de la cumplimentación de los PL de nuestra muestra hemos de fijarnos en 10 criterios fundamentales (Figura 19), que se deben

dar en cada PL para que este pueda cumplir correctamente su cometido, de manera que podremos puntuar los PL en función del correcto cumplimiento o no de los referidos criterios y de la importancia de los mismos.

**Figura 19. Criterios de calidad de los PL y valor en puntos asignado a cada uno**

1. Especificación de la clase de violencia	15
2. Datos de filiación de la víctima	15
3. Datos personales del facultativo que presta la asistencia	15
4. Datos referentes a fecha y hora del incidente	10
5. Ausencia de tachaduras	5
6. Descripción tipo de lesiones	10
7. Descripción localización de las lesiones	10
8. Referencia estado psíquico de la víctima	5
9. Reflejo de las medidas terapéuticas realizadas	10
10. Referencia a agresiones previas o si es la primera vez	5
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

En la Tabla 42 se reproducen los resultados obtenidos en el estudio de la cumplimentación de estos criterios en los PL de la muestra y la calidad obtenida aplicando el baremo en los mismos, en función de la clase de violencia por la que es asistida la víctima.

En nuestro hospital la elaboración de los PL se realiza mediante un soporte informático, a través de un *Formulario* diseñado para su realización, que recoge automáticamente los **datos de filiación del paciente** y los del **facultativo** que lo realiza, reflejándolos convenientemente en el PL, por lo que los criterios referentes a la presencia de dichos datos aparecen correctamente cumplimentados en el 100% de los PL elaborados.

De la misma manera, al realizarse la impresión del mismo digitalmente, no existe parte alguna que sea redactada manualmente por el facultativo, por lo que **no existen tachaduras** en ninguno de los partes analizados, cumpliéndose, por tanto este criterio de calidad en el 100% de los PL realizados.

A su vez, en el análisis de los PL de la muestra, hemos encontrado que en todos ellos se refleja la descripción del **tipo de lesiones** y la **localización** de las

mismas, o la indicación de su ausencia de cuando sea el caso, explicando con diferentes niveles de detalle su localización y descripción, pero, en todo caso, dando cumplimiento a los criterios relativos a su presencia en el PL, en el 100% de los PL estudiados.

Sin considerar estos cinco criterios que son reflejados correctamente en el 100% de los PL de la muestra, hemos encontrado que el nivel de cumplimentación de los restantes es extremadamente bajo, salvo en lo referente a las **medidas terapéuticas** o el tratamiento que ha precisado la víctima tras la agresión, que sí aparece en el 97,3% del total de PL y en medida similar en las 3 clases de violencia definidas, sin observar diferencias estadísticamente significativas entre ellas ( $p=0,444$ ).

En todas las variables referentes a la cumplimentación de los PL restantes, la característica principal es el escaso porcentaje de cumplimentación correcta en la totalidad de los PL de la muestra, mejorando dichos porcentajes, de manera estadísticamente significativa ( $p<0,001$ ), en los PL realizados por Violencia de Género respecto a los elaborados en las otras dos clases de violencia (Tabla 42)

La **clase de violencia** de que se trata se refleja en el 45,1% del total de los PL de la muestra, que se corresponde con el 77,1% de los realizados en casos de VG, el 14,5% de los de VD y el 3,4% de los de OVD, con diferencias estadísticamente significativas ( $p<0,001$ ).

La **fecha y la hora de la agresión** solo se refleja en el 11,1% del total de los PL, en el 20,5% de los realizados por VG, en el 0,9% de los de VD y en ningún caso de OVD ( $p<0,001$ ).

El **estado psíquico o emocional** de la víctima solo se refleja en el 27,6% de los PL totales, en el 49,5% de los PL en casos de VG, en el 3,6% de los PL en casos de VD y en el 1,7% de los casos de OVD ( $p<0,001$ ).

La existencia, o no, de **violencia previa** sufrida por la víctima se refleja en el 38,1% de la totalidad de los PL, en el 70,2% de los PL realizados en casos de VG, el 3,6% de los realizados en casos de VD y en ningún caso de los relativos a OVD ( $p<0,001$ ).

Tabla 42. Variables relacionadas con la cumplimentación de los PL según clase de violencia

	<b>Violencia de Género</b> (n=258)	<b>Violencia Doméstica</b> (n=110)	<b>Otros tipos de Violencia en Domicilio</b> (n=118)	<b>p</b>	<b>TOTAL</b> (n=486)
<b>Tipo de PL [n (%)]</b>					
PL específico de VG	182 (70,5)	3 (2,7)	0 (0,0)	<b>&lt;0,001</b>	185 (38,1)
PL genérico de lesiones	76 (29,5)	107 (97,3)	118 (100,0)		301 (61,9)
<b>El PL refleja los criterios comunes [n (%)]<sup>1</sup></b>					
Sí	258 (100,0)	110 (100,0)	118 (100,0)	*	486 (100,0)
No	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)
<b>El PL refleja la clase de violencia [n (%)]</b>					
Sí	199 (77,1)	16 (14,5)	4 (3,4)	<b>&lt;0,001</b>	219 (45,1)
No	59 (22,9)	94 (85,5)	114 (96,6)		267 (54,9)
<b>El PL refleja la fecha y hora de la agresión [n (%)]</b>					
Sí	53 (20,5)	1 (0,9)	0 (0,0)	<b>&lt;0,001</b>	54 (11,1)
No	205 (79,5)	109 (99,1)	118 (100,0)		432 (88,9)
<b>El PL refleja el estado emocional de la víctima [n (%)]</b>					
Sí	128 (49,6)	4 (3,6)	2 (1,7)	<b>&lt;0,001</b>	134 (27,6)
No	130 (50,4)	106 (96,4)	116 (98,3)		352 (72,4)
<b>El PL refleja la existencia de violencia previa [n (%)]</b>					
Sí	181 (70,2)	4 (3,6)	0 (0,0)	<b>&lt;0,001</b>	185 (38,1)
No	77 (29,8)	106 (96,4)	118 (100,0)		301 (61,9)
<b>El PL refleja el tratamiento prescrito [n (%)]</b>					
Sí	259 (97,4)	119 (96,0)	133 (98,5)	0,444	511 (97,3)
No	7 (2,6)	5 (4,0)	2 (1,5)		14 (2,7)
<b>Calidad del PL [n (%)]</b>					
<b>ALTA</b> (90-100 ptos.)	130 (50,4)	3 (2,7)	0 (0,0)	<b>&lt;0,001</b>	133 (27,4)
<b>INTERMEDIA</b> (75-89 ptos.)	69 (26,7)	9 (8,2)	4 (3,4)		82 (16,9)
<b>BAJA</b> (< 75 ptos.)	59 (22,9)	98 (89,1)	114 (96,6)		271 (55,8)

<sup>1</sup> Los criterios comunes son los datos de filiación de la víctima, los de identificación del facultativo, el tipo y localización de las lesiones y no existen tachaduras. \* No se han calculado estadísticos porque la variable es una constante. PL: Parte de lesiones. VG: Violencia de Género. Valores estadísticamente significativos si  $p < 0,05$  (se indica con p en negrita).

En la Tabla 43 se refleja la cumplimentación de estos criterios en función del **tipo de PL** de que se trate: el específico de Violencia de Género o el genérico de lesiones por agresión.

En la muestra de PL estudiada hemos obtenido un 27,4% de partes de lesiones de ALTA calidad, un 16,9% de PL con calidad INTERMEDIA y más de la mitad, un 55,8% de partes de lesiones de BAJA calidad en función de los criterios aplicados.

Respecto a la clase de violencia por la que se elabora el PL, en los casos de VG, el 50,4% de los PL son de ALTA calidad, mientras que los elaborados por VD o OVD, son de BAJA calidad en un 89,1% y un 96,6%, respectivamente ( $p < 0,001$ ).

En cuanto al tipo de PL que se elabora, podemos decir que de los PL específicos por VG, el 71,9% son de ALTA calidad, no existiendo ninguno de este tipo de baja calidad, mientras que el 90% de los PL genéricos por agresión son de BAJA calidad, no existiendo ninguno de alta calidad entre ellos.

En la tabla 43 también podemos apreciar, comparando sus resultados con los reflejados en la Tabla 42, que el porcentaje de cumplimentación es mayor cuando se trata de los PL específicos para VG, respecto a los genéricos de lesiones por agresión.

**Tabla 43. Diferencias de cumplimentación y calidad: PL específico de violencia de género y PL genérico**

	<i>Parte específico por Violencia de Género (n=185)</i>	<i>Parte genérico por lesiones (n=301)</i>	<i>p</i>	<i>TOTAL (n=486)</i>
<b>El PL refleja los criterios comunes [n (%)]<sup>1</sup></b>				
<i>Sí</i>	185 (100,0)	301 (100,0)	*	486 (100,0)
<i>No</i>	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)
<b>El PL refleja la clase de violencia [n (%)]</b>				
<i>Sí</i>	185 (100,0)	34 (11,3)	<b>&lt;0,001</b>	219 (45,1)
<i>No</i>	0 (0,0)	267 (88,7)		267 (54,9)
<b>El PL refleja la fecha y hora de la agresión [n (%)]</b>				
<i>Sí</i>	54 (29,2)	0 (0,0)	<b>&lt;0,001</b>	54 (11,1)
<i>No</i>	131 (70,8)	301 (100,0)		432 (88,9)
<b>El PL refleja el estado emocional de la víctima [n (%)]</b>				
<i>Sí</i>	117 (63,2)	17 (5,6)	<b>&lt;0,001</b>	134 (27,6)
<i>No</i>	68 (36,8)	284 (94,4)		352 (72,4)
<b>El PL refleja la existencia de violencia previa [n (%)]</b>				
<i>Sí</i>	184 (99,5)	1 (0,3)	<b>&lt;0,001</b>	185 (38,1)
<i>No</i>	1 (0,5)	300 (99,7)		301 (61,9)
<b>El PL refleja el tratamiento prescrito [n (%)]</b>				
<i>Sí</i>	181 (97,8)	291 (96,5)	0,583	472 (96,8)
<i>No</i>	4 (2,2)	10 (3,5)		14 (3,2)
<b>Calidad del PL [n (%)]</b>				
<b>ALTA</b> (90-100 ptos.)	133 (71,9)	0 (0,0)		133 (27,4)
<b>INTERMEDIA</b> (75-89 ptos.)	52 (28,1)	30 (10,0)	<b>&lt;0,001</b>	82 (16,9)
<b>BAJA</b> (< 75 ptos.)	0 (0,0)	271 (90,0)		271 (55,8)

<sup>1</sup> Los criterios comunes son los datos de filiación de la víctima, los de identificación del facultativo, el tipo y localización de las lesiones y no existen tachaduras. \* No se han calculado estadísticos porque la variable es una constante. PL: Parte de lesiones. Valores estadísticamente significativos si  $p < 0,05$  (se indica con *p* en negrita).

En la Tabla 44 se reflejan los resultados obtenidos del análisis de las variables relacionadas con la cumplimentación de los PL en función de los años de duración del periodo de estudio, observando la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre estos.

En esta tabla podemos apreciar como en el año 2013 se produce una mejora sustancial respecto a los valores del año anterior, en todas las variables que

presentan diferencias anuales estadísticamente significativas, así como en la calidad de los PL elaborados, pasando esta última de ser ALTA en un 7% de los PL del año 2012, a serlo en un 49,3% en el año 2013.

**Tabla 44. Evolución anual del grado de cumplimentación y la calidad de los partes de lesiones, durante el periodo de estudio.**

	<b>Año 2011*</b> n=6	<b>Año 2012</b> n=115	<b>Año 2013</b> n= 142	<b>Año 2014</b> n=154	<b>Año 2015**</b> n=69	<b>p</b>	<b>TOTAL</b> n=486
<b>Tipo de PL [n (%)]</b>							
PL específico de VG	0 (0,0)	10 (8,7)	78 (54,9)	64 (41,6)	33 (47,8)	<b>&lt;0,001</b>	185 (38,1)
PL genérico de lesiones	6 (100,0)	105 (91,3)	64 (45,1)	90 (58,4)	36 (52,2)		301 (61,9)
<b>El PL refleja los criterios comunes [n (%)]<sup>1</sup></b>							
Sí	6 (100,0)	10 (100,0)	78 (100,0)	64 (100,0)	33 (100,0)	<b>***</b>	185 (100,0)
No	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)
<b>El PL refleja la clase de violencia [n (%)]</b>							
Sí	0 (0,0)	30 (26,1)	80 (56,3)	70 (45,5)	39 (56,5)	<b>&lt;0,001</b>	219 (45,1)
No	6 (100,0)	85 (73,9)	62 (43,7)	84 (54,5)	30 (43,5)		267 (54,9)
<b>El PL refleja la fecha y hora de la agresión [n (%)]</b>							
Sí	0 (0,0)	1 (0,9)	22 (15,5)	20 (13,0)	11 (15,9)	<b>0,001</b>	54 (11,1)
No	6 (100,0)	114 (99,1)	120 (84,5)	134 (87,0)	58 (84,1)		432 (88,9)
<b>El PL refleja el estado emocional de la víctima [n (%)]</b>							
Sí	1 (16,7)	18 (15,7)	72 (50,7)	31 (20,1)	12 (17,4)	<b>&lt;0,001</b>	134 (27,6)
No	5 (83,3)	97 (84,3)	70 (49,3)	123 (79,9)	57 (82,6)		352 (72,4)
<b>El PL refleja la existencia de violencia previa [n (%)]</b>							
Sí	0 (0,0)	11 (9,6)	78 (54,9)	64 (41,6)	32 (46,4)	<b>&lt;0,001</b>	185 (38,1)
No	6 (100,0)	104 (90,4)	64 (45,1)	90 (58,4)	37 (53,6)		301 (61,9)
<b>El PL refleja el tratamiento prescrito [n (%)]</b>							
Sí	6 (100,0)	110 (95,7)	138 (97,2)	151 (98,1)	68 (98,6)	<b>0,624</b>	473 (97,3)
No	0 (0,0)	5 (4,3)	4 (2,8)	3 (1,9)	1 (1,4)		13 (2,7)
<b>Calidad del PL [n (%)]</b>							
<b>ALTA</b> (90-100 ptos.)	0 (0,0)	8 (7,0)	70 (49,3)	36 (23,4)	19 (27,5)	<b>&lt;0,001</b>	133 (27,4)
<b>INTERMEDIA</b> (75-89 ptos.)	0 (0,0)	19 (16,5)	10 (7,0)	34 (22,1)	19 (27,5)		82 (16,9)
<b>BAJA</b> (< 75 ptos.)	6 (100,0)	88 (76,5)	62 (43,7)	84 (54,5)	31 (44,9)		271 (55,8)

\* En 2011, meses de noviembre y diciembre. \*\* En 2015, hasta el mes de mayo incluido. \*\*\* No se han calculado estadísticos porque la variable es una constante. <sup>1</sup> Los criterios comunes son los datos de filiación de la víctima, los de identificación del facultativo, el tipo y localización de las lesiones y no existen tachaduras. PL: Parte de lesiones; VG: Violencia de Género. Valores estadísticamente significativos si  $p < 0,05$  (se indica con p en negrita).

En la Tabla 45 hemos reflejado las puntuaciones globales obtenidas por los PL estudiados en la muestra, según el baremo de valoración aplicado, en función de la clase de violencia por la que es atendida la víctima y del tipo de PL que se realiza, obteniendo la suma de puntos de cada grupo y calculando el valor promedio del PL perteneciente a cada uno de ellos.

Podemos observar que en el conjunto de la muestra, obtenemos un valor promedio de calidad del PL de 75,9 puntos, lo que estaría dentro del tipo de calidad INTERMEDIA (de 75 a 89 puntos), aunque la distribución de la calidad en la muestra no es uniforme, predominando los PL de BAJA calidad (menos de 75 puntos), con un 55,8% del total, seguidos por los de ALTA calidad (más de 90 puntos) con un 27,4% del total y en tercer lugar los de calidad INTERMEDIA con el 16,9% de los PL totales.

Respecto a los PL elaborados a víctimas de **Violencia de Género**, hemos obtenido un valor medio de calidad del PL de 84,7 puntos, llegando a ser de ALTA calidad la mitad de ellos (el 50,4%), de INTERMEDIA calidad el 26,7% y de BAJA calidad el 22,9%.

En los PL elaborados a víctimas de **Violencia Doméstica** hemos obtenido un valor medio del PL de 68,5 puntos, siendo la inmensa mayoría de BAJA calidad (89,1%), un 8,2% de calidad INTERMEDIA y tan solo el 2,7% de ALTA calidad.

En los PL elaborados a víctimas de **Otro tipo de Violencia en Domicilio**, hemos obtenido un valor medio de calidad del PL de 66,9 puntos, siendo el 96,6% de los mismos de BAJA calidad y el 3,4% de calidad INTERMEDIA, no existiendo ninguno de ALTA calidad.

Si consideramos el tipo de PL realizado, en los **PL específicos de Violencia de Género** obtenemos un valor medio de calidad del PL de 90,8 puntos, encontrando el 71,9% de los mismos de ALTA calidad y el 28,1% restante de calidad INTERMEDIA, no existiendo ninguno de BAJA calidad.

En los **PL genéricos** obtenemos un valor medio de calidad del PL de 66,7 puntos, siendo el 90% de ellos de BAJA calidad y el 10% restante de calidad INTERMEDIA, no encontrando ninguno de ALTA calidad.

**Tabla 45. Puntuación de los PL según la cumplimentación de los diferentes criterios del baremo utilizado, en función de la clase de violencia y tipo de PL elaborado.**

	CLASE DE VIOLENCIA						TIPO DE PARTE DE LESIONES				TOTAL	Puntuación máxima posible	
	Violencia de Género		Violencia Doméstica		Otros tipos de Violencia en Domicilio		PL específico por Violencia de Género		PL genérico por agresión				
	(n=258)	Puntos	(n=110)	Puntos	(n=118)	Puntos	(n=185)	Puntos	(n=301)	Puntos			(n=486)
<b>El PL refleja los criterios comunes <sup>1</sup></b>													
Sí (55 puntos)	258	14190	110	6050	118	6490	185	10175	301	16555	486	26730	26730
No (0 puntos)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>El PL refleja la clase de violencia</b>													
Sí (15 puntos)	199	2985	16	240	4	60	185	2775	34	510	219	3285	7290
No (0 puntos)	59	0	94	0	114	0	0	0	267	0	267	0	
<b>El PL refleja la fecha y hora de la agresión</b>													
Sí (10 puntos)	53	530	1	10	0	0	54	540	0	0	54	540	4860
No (0 puntos)	205	0	109	0	118	0	131	0	301	0	432	0	
<b>El PL refleja el estado psíquico de la víctima</b>													
Sí (5 puntos)	128	640	4	20	2	10	117	585	17	85	134	670	2430
No (0 puntos)	130	0	106	0	116	0	68	0	284	0	352	0	
<b>El PL refleja la existencia de violencia previa</b>													
Sí (5 puntos)	181	905	4	20	0	0	184	920	1	5	185	925	2430
No (0 puntos)	77	0	106	0	118	0	1	0	300	0	301	0	
<b>El PL refleja las medidas terapéuticas realizadas <sup>2</sup></b>													
Sí (10 puntos)	259	2590	119	1190	133	1330	181	1810	291	2910	472	4720	4860
No (0 puntos)	7	0	5	0	2	0	4	0	10	0	14	0	
<b>PUNTOS TOTALES por cada clase y tipo de PL</b>	21840		7530		7890		16805		20065		36870		48600
<b>Promedio puntos por PL <sup>3</sup></b>	<b>84,7</b>		<b>68,5</b>		<b>66,9</b>		<b>90,8</b>		<b>66,7</b>		<b>75,9</b>		<b>100,0</b>
<b>Calidad del PL [n (%)]</b>													
<b>ALTA</b> (90-100 ptos.)	130	(50,4)	3	(2,7)	0	(0,0)	133	(71,9)	0	(0,0)	133	(27,4)	
<b>INTERMEDIA</b> (75-89 ptos.)	69	(26,7)	9	(8,2)	4	(3,4)	52	(28,1)	30	(10,0)	82	(16,9)	
<b>BAJA</b> (< 75 ptos.)	59	(22,9)	98	(89,1)	114	(96,6)	0	(0,0)	271	(90,0)	271	(55,8)	

<sup>1</sup> Los criterios comunes son los datos de filiación de la víctima, los de identificación del facultativo, el tipo y localización de las lesiones y no existen tachaduras. <sup>2</sup> Se ha dado por cumplimentado cuando se reflejaba el tratamiento recibido o prescrito en Urgencias. <sup>3</sup> El valor promedio de puntos por cada PL se ha calculado dividiendo el total de puntos obtenidos en la clase de violencia y tipo de PL, sucesivamente, por el número de casos pertenecientes a cada uno de esos subgrupos muestrales (n), respectivamente, por lo que no permite calcular medidas de dispersión. PL: Parte de lesiones. VG: Violencia de Género

## **5. DISCUSIÓN**



## 5.1 Asistencias por violencia doméstica detectadas.

En la muestra estudiada hemos incluido 525 asistencias, que corresponden a atenciones en Urgencias de nuestro centro por violencia en el ámbito doméstico en el periodo de estudio, de las que fueron por VG el 50,7% del total, lo que representa el 68,2 % de los casos de violencia familiar incluidos en la muestra, cifra similar a la de estudios en otros servicios de urgencias nacionales<sup>78</sup>, en el que se observa que el 67% de los casos de violencia familiar detectados en un servicio de urgencias hospitalario fue por VG.

Que la violencia de género es el tipo de violencia familiar más elevado es corroborado en numerosos trabajos en la literatura, confirmando además que es una de las más frecuentes formas de violencia contra la mujer<sup>78,86,87</sup>.

Estudios en los EEUU indican que las mujeres que acuden a servicios de urgencias lo hacen por VG en porcentajes que superan el 11,7%<sup>81</sup>, mientras que estudios europeos disminuyen considerablemente estas cifras, probablemente debido a lo menos restrictiva que es la literatura americana en la inclusión de todo tipo de violencia contra la mujer<sup>88</sup>.

En el Reino Unido, Boyle *et al.*<sup>88</sup> ha informado que el 1% de las mujeres atendidas en los servicios de urgencias lo es por consecuencia directa de VG. En el estudio italiano de Farchi<sup>80</sup> se indica una incidencia de VG de 1,1% de las asistencias de mujeres en Urgencias, mientras que en el meticoloso y reconocido trabajo de Spedding<sup>89</sup>, en Irlanda del Norte, se rebaja esta cifra hasta menos del 0,5% de las mujeres asistidas en urgencias, al identificar 487 casos de VG por cada 100.000 mujeres atendidas en urgencias, lo que representaba una incidencia de 213 casos por cada 100.000 pacientes asistidos en su estudio.

Estas cifras se corresponden con las encontradas en nuestro trabajo, en el que hemos obtenido una incidencia anual de unos 48 casos de VG por cada 100.000 pacientes asistidos en Urgencias de nuestro centro. Teniendo en cuenta que el reclutamiento de la muestra se hace en base a los partes de lesiones realizados en las atenciones de las víctimas de violencia y la literatura nos dice que se han encontrado cifras de elaboración de PL en casos de VG que no superan el 26% de los casos tanto en nuestro país como en otros países<sup>91,92</sup>, podríamos extrapolar una incidencia no detectada en urgencias de nuestro centro que nos haría multiplicar por

4 las cifras reflejadas previamente, pudiéndose aumentar hasta los 192 casos de VG cada 100.000 asistencias atendidas en urgencias, similares a los obtenidos por Spedding<sup>89</sup>.

Respecto al total de la población, hemos obtenido una incidencia de 40,9 casos de violencia familiar por cada 100.000 habitantes, lo cual es menor que las cifras obtenidas en estudios realizados en otros centros (69/100.000 hab)<sup>78</sup>, pero todavía es mucho menor a los que deben existir realmente en la población si nos remitimos a las cifras sobre VG recogidas en el avance de la *Macroencuesta*<sup>76</sup> de *Violencia contra la Mujer 2015*, en las que se indica que el 1,8% de las mujeres de 16 años o más han sufrido VG de tipo físico, el 1,4% de tipo sexual y el 2,7 % de ambos tipos simultáneamente, en el último año.

Si bien es cierto que en esta última *Macroencuesta 2015* de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, siguiendo indicaciones de mejora internacionales, se han cambiado datos fundamentales del diseño, población diana, preguntas, etc., por lo que la hacen no comparable a las de años anteriores. Sigue siendo descorazonador el elevado número de casos de VG que debemos atender en nuestros centros sanitarios sin ser conscientes de ello y sin poder ayudar eficazmente a tantas víctimas de violencia.

En la literatura se ha recogido esta circunstancia reconociendo la infravaloración de las cifras de incidencia y prevalencia en los estudios respecto a las realmente existentes<sup>83,84</sup>, habiendo autores que indican que las cifras detectadas pueden corresponder tan solo al 10-30% de los casos reales<sup>79</sup> e incluso ser menos del 1% de los reales los que detectamos en los servicios sanitarios<sup>118</sup>. Si aplicáramos esa cifra a nuestro estudio, obtendríamos que solo hemos detectado 48 mujeres víctimas de VG de cada 4.800 mujeres que realmente acudían por enfermedades derivadas de la VG, las cuales han acudido a Urgencias sin ser detectado el verdadero origen de su patología, lo que da idea de la magnitud del problema de salud al que nos enfrentamos.

Parece justificarse por la ocultación del fenómeno, atribuible a muy diferentes motivos, tanto personales de la víctima (vergüenza, miedo a que la ruptura del silencio provoque una escalada de la violencia, dependencia económica, doble victimización, miedo a no ser creídas o al descrédito personal) como de la propia sociedad (desigualdad de género, relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, entenderse como un problema de ámbito privado)<sup>2,82,89</sup> y de los propios

facultativos que quizá no se impliquen en su detección lo que sería necesario (por falta de formación, tiempo, por orientarse hacia un abordaje esencialmente biológico de la asistencia o por considerar un problema fuera de su competencia)<sup>107,115-118</sup>.

Respecto a las clases de VD no de género que hemos definido en el estudio, hemos encontrado que la violencia se ha producido mayoritariamente sobre descendientes en un 42,5%, siendo los padres los que agreden a los hijos en un 22,1% de los casos, más del doble de las ocasiones que las madres (10,6%), al igual que encontramos en otros estudios realizados en España<sup>78</sup>. No ocurre igual en investigaciones sobre el maltrato infantil realizadas en EEUU y Canadá<sup>110</sup>, donde se afirma que las mujeres son agresoras de sus descendientes en el 65% de los casos de maltrato, siendo los padres agresores en el 48%.

Es significativo además el hecho de que los hombres que agreden a los hijos de sus parejas (padrastrros), lo hacen en nuestra muestra con una frecuencia 5 veces mayor que las mujeres (madrastras) lo hacen a los hijos de sus parejas, lo que se recoge también en estudios internacionales publicados, que indican que cuando se trata de maltrato físico de niños a manos de sus padrastrros y madrastras es mucho más probable que sea infligido por aquellos (90% de los casos) frente a éstas (19% de las veces), pudiendo ser por ambos simultáneamente<sup>110</sup>.

En estas series a las que nos referimos de EEUU y Canadá<sup>110</sup>, se informa de que para todo tipo de maltrato infantil, tanto dentro como fuera de la familia biológica, en el caso de los padres biológicos, la razón entre agresores por sexos es de 1,59 madres por cada padre, mientras que en el grupo de padrastrros y madrastras, la relación se invierte y la razón entre perpetradores es de 3,01 padrastrros por cada madrastra. Refieren que en la familia biológica maltrata más la madre, posiblemente porque está más tiempo con los pequeños, pero excluida la familia biológica, los padrastrros maltratan mucho más que las madrastras. En nuestro estudio hemos obtenido una razón entre agresores por sexo de 2,08 padres por cada madre, al contrario que en la serie americana, en el caso de la familia biológica, pero sí que seguimos una tendencia similar en el caso de la familia no biológica, (5 padrastrros por cada madrastra), lo cual es también superior a la razón obtenida en la familia biológica de nuestra muestra.

Los pacientes de nuestra muestra son agredidos por sus hijos-as en un 17% de los casos, siendo varones los agresores mayoritariamente (14,2%), tal como aparece en otras series existentes, aunque no muy numerosas en la literatura<sup>7,78</sup>.

Destaca entre las agresiones por otros familiares, la violencia entre hermanos-as, que representa casi un 10% del total de casos por violencia familiar no de género de la muestra. Tal como se recoge en la literatura, éste es uno de los patrones emergentes de violencia en la familia<sup>7,109</sup>.

Hemos encontrado un 12% (n=14) de casos en los que las víctimas son hombres agredidos por su pareja mujer, lo que denota el escaso porcentaje de la violencia de pareja cuando no existe violencia contra la mujer, coincidiendo con la literatura existente<sup>2,3,78,151</sup>. Al igual que otras investigaciones han apreciado<sup>78</sup>, es importante destacar que cuando la mujer es agresora, encontramos una clara diferencia con el maltrato del hombre y es que la violencia contra la pareja no es la predominante sobre otros tipos de violencia en la familia, mientras que en el caso de los hombres es sobre la pareja en más del 68% de los casos de nuestra muestra.

Solo hemos encontrado un caso, el 0,9% del grupo, de violencia de pareja homosexual, lo cual solo es sin duda la punta del iceberg del problema de la violencia doméstica en parejas del mismo sexo, si atendemos a los estudios publicados sobre el tema que encuentran violencia de pareja en un 25-33% de parejas homosexuales de hombres y mujeres<sup>111</sup>, a la vez que corroboran una doble victimización de estos pacientes ante la agresión, por su tendencia sexual y por sufrir el maltrato. El informe de Tjaden y Thoennes<sup>151</sup> en Estados Unidos, de gran significación por abarcar una muestra de 16.000 personas, hombres y mujeres, ha establecido cifras de violencia entre parejas del mismo sexo, a lo largo de la vida, en un 11% de parejas de mujeres lesbianas y un 15% en el caso de hombres homosexuales.

Por último, si nos fijamos en los datos de los procesos penales incoados (en fase de instrucción), con medidas cautelares u órdenes de protección de víctimas por violencia doméstica recogidos en el *Registro central para la protección de las víctimas de la violencia doméstica y de género*<sup>112</sup>, atendiendo al tipo de relación existente entre la víctima y el denunciado, en el 28,9% de los casos la víctima fue la madre de la persona denunciada, en el 24,8% de los casos las víctimas fueron los hijos, en el 12,2% de los casos la víctima fue el padre y en el 10,5% fueron los hermanos, lo cual difiere de lo observado en las asistencias a víctimas que forman parte de nuestra muestra, donde los hijos son las víctimas más numerosas, lo que puede estar en relación con la menor posibilidad de acceso a los recursos y de denunciar a sus agresores de los menores respecto a sus ascendientes.

El análisis de las asistencias en urgencias es un instrumento muy útil para cuantificar y explorar el fenómeno de la violencia en el ámbito doméstico porque los servicios de urgencias son a menudo el primero y puede que el único contacto que tenga la víctima con profesionales sanitarios<sup>80,85</sup>, pudiendo resultar indispensables para valorar las características específicas del fenómeno en el medio en el que se trate, debido a que las comparaciones de estudios entre distintas poblaciones ofrecen resultados poco fiables y de dudosa validez<sup>90</sup> por lo que el intentar identificar los distintos patrones de violencia debería ser un objetivo prioritario.

## 5.2 Características sociodemográficas y clínicas de la muestra

El 72,7% de los pacientes víctimas por violencia en el ámbito doméstico que forman parte de nuestra muestra son mujeres, el 67% de ellas son víctimas de Violencia de Género, el 15% de Violencia Doméstica no de género y el 18% de Otro tipo de violencia en Domicilio, lo cual es habitual en la literatura nacional<sup>7,78</sup> y extranjera<sup>42,90</sup>, lo que ha motivado, por fin, el reconocimiento mundial del problema de salud y contra los derechos humanos de las mujeres que esto significa<sup>41</sup>.

Es clara la doble influencia que para la mujer representa el hecho de ser tal dentro de la familia, entrando en juego las relaciones de poder familiares y las de género, por lo que se pueden originar patrones de conducta específicos siempre favorecedores de la violencia contra ella, lo que justifica focalizar estudios y esfuerzos para combatirlo<sup>76,86,87</sup>.

Sin embargo, no toda la violencia en el ámbito doméstico puede ser atribuida al género. En la muestra estudiada hemos encontrado un 27% de hombres, más de la mitad de los cuales ha sido víctima de violencia familiar, al igual que ocurre en estudios similares<sup>78</sup>, lo cual quizá nos debiera orientar a intentar un enfoque no solo de género del problema de la violencia en la familia, sino más integral, permitiendo una mejor aproximación al mismo<sup>7,55</sup>.

La edad media de las mujeres asistidas por VG que forman parte de la muestra es de 35 años, encontrándose el 70% de las mismas entre los 18 y 39 años, como se repite en los estudios publicados<sup>6,78,91</sup>.

Encontramos una edad media menor en los pacientes víctimas de VD (32 años) siendo la tercera parte de los mismos menores de edad y el 55% menores de 29 años, lo que se justifica al identificar en el grupo de VD de la muestra que un

42,5% de las víctimas son descendientes de sus agresores, al igual que se aprecia en otros trabajos<sup>78</sup>. Es destacable como la víctima ascendiente en los casos de VD de la muestra es mujer en casi el 60% de las ocasiones, por lo que se trata de madres que son agredidas mayoritariamente por sus hijos varones (Tabla 5.1), tal como aparece en la literatura<sup>7</sup>, apuntándose como razones de ello la posible influencia de la cultura machista, la percepción de que son más débiles y el hecho de que pasen más tiempo con los hijos que los padres.

El origen de los pacientes es mayoritariamente español, aunque encontramos en la muestra un elevado porcentaje de pacientes de otras nacionalidades, el 23,2 % del total, que asciende a casi el 30% de las víctimas de VG, lo cual es el doble de lo que cabría esperar según el porcentaje de población extranjera que vive en la Región de Murcia (15%), según el padrón de habitantes del INE del año 2014<sup>121</sup>.

Los pacientes extranjeros de la muestra son de África en un 10,2% de las víctimas de VG y un 12,6% de las de OVD, seguidos por los originarios de países de Centro y Sudamérica (9,3% de las víctimas de VG y 6,2% de las de OVD). Si tenemos en cuenta que para estas nacionalidades la presencia en el total de la población residente en la Región de Murcia era en el año 2014 de un 5% de africanos de ambos sexos (3,4% de mujeres) y de un 5,4% centro y sudamericanos, podemos observar la elevada proporción de estos pacientes en nuestro estudio, lo que orienta a pensar en un aumento de la presencia de violencia en el ámbito doméstico en dichas poblaciones de extranjeros, tal como corrobora la literatura<sup>91,107,119,120</sup>, que aprecia por ello en la misma un elevado riesgo de violencia de género<sup>51,91</sup>. Diferimos con otros estudios en nuestros resultados, en los distintos orígenes de la población inmigrante que participa en la muestra, al ser la nuestra de origen africano, en su mayor parte, principalmente de Marruecos, y no de Centro y Sudamérica como se ha publicado en la literatura nacional<sup>91,117,119,120</sup> referente a otras comunidades autónomas.

El nivel socioeconómico de los pacientes víctimas de violencia que constituyen la muestra es mayoritariamente de clase media, trabajadores con unos ingresos de hasta 18.000 euros anuales, aunque el porcentaje de las víctimas de VG de clase socioeconómica más baja asciende al 31,8% del total de su grupo, representando esa clase baja tan solo al 14,2% de los pacientes víctimas de VD no de género. En éstos, tras la clase media que es mayoritaria, como en todos los grupos de la muestra, predominan los pensionistas (22,1%), que corresponden al 55,6% de las víctimas ascendientes de la muestra. Se ha escrito que la VG afecta a

todas las clases sociales<sup>51,105,126</sup>, pero que lo hace con mayor frecuencia en clases más deprimidas, con bajos ingresos económicos mensuales, habiéndose reconocido este hecho como factor de riesgo estructural de VG<sup>90,91,122</sup>.

Dentro de la escala de ingresos que hemos establecido, en nuestro caso no son mayoritarias las víctimas de VG de menos ingresos, sino la que presenta hasta 18.000 euros de ingresos anuales, lo cual puede deberse a la valoración socioeconómica realizada en función de los códigos de copago de las TSI de los pacientes, que es posible que no refleje totalmente la realidad económica de la víctima.

Por otra parte, el 71% de las víctimas de VG que declaran su situación laboral, reconoce no tener trabajo remunerado, lo que coincide con lo referido en numerosos estudios<sup>78,90,91,119</sup>. El que el desempleo sea un factor de riesgo o no para ser víctima de VG también presenta cierta controversia en la actualidad, pues mientras algunos estudios sí encuentran que la mujer sin empleo remunerado posee mayor riesgo de sufrir maltrato<sup>122</sup>, quizá por el intento de mayor control y aislamiento por parte de su pareja para evitar que salga a buscarlo, además de por serle más difícil la salida de la violencia, otros autores no lo ven así y definen el trabajo remunerado de la mujer como factor de riesgo de padecer VG, especialmente si presenta mayor continuidad en el empleo y obtiene ingresos económicos superiores a los de su pareja<sup>4,6</sup>.

En cuanto a las características clínicas que presentan los pacientes víctimas de violencia de la muestra, hemos encontrado muy pocas mujeres embarazadas (3,8%), destacando que el 85% de las mismas son víctimas de VG, lo que supera ampliamente el porcentaje que representa la VG en la muestra que hemos estudiado (48,4%), correspondiendo a cifras similares de estudios nacionales<sup>119</sup>.

En las víctimas por violencia que constituyen la muestra, hemos encontrado antecedentes personales de tipo psiquiátrico en uno de cada cinco casos del total, existiendo en la misma medida en las tres clases de violencia estudiadas, al igual que ocurre con la presencia de antecedentes de consumo de alcohol y drogas de abuso, que en las víctimas de los tres grupos posee cifras similares (del 7 al 13%), coincidiendo con otros trabajos publicados<sup>117</sup>.

No ocurre igual con la existencia de esos tipos de antecedentes personales en los agresores de las víctimas de la muestra, que aparecen mayoritariamente en los casos de VG, donde el 20,4% tienen antecedentes psiquiátricos y el 5,8% de

alcoholismo y/o consumo de drogas de abuso, siendo el triple que en los de VD para los psiquiátricos y 8 veces más para los segundos. La presencia de estos antecedentes en los agresores también es informada en la literatura existente<sup>91,123</sup>, en porcentajes mayores incluso de los encontrados en nuestro estudio. Se ha indicado que la tasa de prevalencia del abuso de alcohol en mujeres maltratadas puede situarse en el 18,5% (del 6,6% al 44%)<sup>125</sup>, lo que está muy por encima de lo que el mismo autor da como media de la población normativa (del 4% al 8%), por lo que la presencia en las víctimas de nuestro estudio estaría elevada respecto a las cifras normales de consumo en la población, en las tres clases de violencia definidas. Esto último, junto a la elevación de los porcentajes de presencia de antecedentes psiquiátricos en las víctimas, también en los 3 grupos de violencia, puede reforzar la idea de que sea debido a una consecuencia reactiva a la situación de violencia vivida por la víctima más que a su causa, aunque también podría deberse a que se ha prestado mayor interés en su búsqueda y reflejo en la historia en los casos de VG.

Las víctimas pueden recurrir al consumo de sustancias adictivas (alcohol, psicofármacos o drogas) a modo de estrategia de afrontamiento del sufrimiento experimentado<sup>123</sup>. Concretamente, el porcentaje de víctimas que consumen drogas abusivamente oscila entre el 4% y el 40% de las mujeres que acuden a programas de tratamiento de violencia doméstica y a casas de acogida para víctimas<sup>124</sup>. En definitiva, el consumo de sustancias supone un alivio a corto plazo del malestar emocional, pero, sin embargo, a la larga puede ser causa de un agravamiento de la situación de la víctima, como mayor vulnerabilidad ante la victimización, problemas de dependencia de sustancias o violencia de pareja bidireccional con escalada en la intensidad o gravedad de las agresiones<sup>124</sup>.

En cuanto a la reincidencia de los pacientes, sólo hemos encontrado repetición de asistencia por violencia en la muestra en el 9% de los pacientes, lo que no parece corresponder con la hiperfrecuentación a Urgencias que han presentado (más de 6 asistencias en Urgencias en 5 años) y el hecho de que el 62% de los pacientes presenten asistencias previas sospechosas de situaciones de violencia no declaradas. Quizá sea debido a que el periodo de estudio en el que basamos la reincidencia haya sido demasiado corto para detectar más episodios repetidos de violencia o a que, sencillamente, hayan pasado inadvertidos por los motivos que hemos referido previamente relativos tanto a la víctima y la sociedad<sup>2,82,89</sup>, como al personal sanitario<sup>107,115-118</sup>.

Cuatro de cada cinco pacientes que responden a si han sufrido violencia en alguna ocasión previa, dicen que sí la han sufrido, tanto en el grupo de VG, como de VD y OVD. Del 79,3% de las víctimas de VG de la muestra que han sufrido malos tratos previos, manifiesta que lo lleva soportando entre 1 y cuatro años el 44,7% de las mismas y menos de un año el 22,8%. Nuestras cifras concuerdan con los estudios publicados en la literatura en los que la mayoría de las víctimas ha sufrido episodios de maltrato previo, variando las cifras de los porcentajes entre el 65% (Fernández-Romero *et al.*<sup>78</sup>), el 67% (Regueira *et al.*<sup>91</sup>), el 83,1% (Echarte *et al.*<sup>117</sup>) y el 84% (Escribá-Agüi *et al.*<sup>119</sup>). La historia previa de violencia es uno de los factores de riesgo de mayor importancia para la VG, especialmente la que puede poner en peligro la vida de las víctimas<sup>126</sup>.

De las pacientes de nuestra muestra por VG, 1 de cada 4 víctimas refiere haber denunciado previamente a su agresor y 4 de cada 5 manifiesta la intención de denunciarlo en esta ocasión, cifras que coinciden con las publicadas<sup>117</sup>

Solo hemos obtenido datos de situaciones de violencia previa en algo menos de la mitad de los pacientes de la muestra, encontrando en ellos que más del 80% refieren haber sufrido episodios previos de maltrato, en proporción más elevada que las recogidas en los estudios de Regueira *et al.*<sup>91</sup> (67%) y de Fernández-Romero *et al.*<sup>78</sup> (65%) y más próximos a los de Escribá-Agüi *et al.*<sup>119</sup> (83%).

Hemos encontrado que existían asistencias sospechosas de maltrato no declarado previas a la atención en Urgencias en que sí se detecta o declara la violencia sufrida en el 61,3% de las mujeres de la muestra de VG y en el 65,5% de los pacientes víctimas de VD no de género.

Existe una importante evidencia publicada<sup>6,95-102</sup> que sugiere que las mujeres víctimas de violencia tienen una peor calidad de vida y mayores problemas de salud agudos y crónicos<sup>105</sup>. Esto genera un aumento de las visitas a los servicios sanitarios de las mismas, que puede llegar a suponer un incremento del 30% respecto a pacientes no víctimas de violencia<sup>117</sup>, frecuentemente por problemas de tipo gastrointestinal inespecífico, crisis de ansiedad o depresión, problemas ginecológicos o sexuales, traumatismos frecuentes de origen poco claro o con explicaciones de la paciente que no concuerdan con los hallazgos físicos, gestos autolíticos de repetición de baja intensidad lesiva, múltiples asistencias por accidentes de tráfico o laborales, etc., llegando a afirmar Abbot *et al.*<sup>81</sup> que hay menos mujeres víctimas de VG que consultan en Urgencias con lesiones físicas que las que lo hacen buscando atención

por problemas secundarios a la violencia como crisis de ansiedad, dolor y depresión, por lo que su identificación para la detección precoz de la violencia sería fundamental, lo que justificaría la necesidad de protocolizar la asistencia de este problema de salud y formar correctamente a los profesionales<sup>107,117</sup>.

### **5.3 Características de las agresiones sufridas**

La mayoría de las agresiones tienen lugar en el casco urbano de la ciudad de Cartagena y en el propio domicilio de la víctima, aunque 1 de cada 5 víctimas de VG que forman parte de la muestra son agredidas en un lugar público, fuera de su domicilio, lo que no ocurre en ningún caso de las agresiones producidas por VD no de género, y puede ser reflejo de la peculiar característica de la violencia de género, de tipo estructural, diferenciándose del resto de patrones de conducta de la violencia familiar, que no es pública ni anónima y tiene lugar en espacios privados.

El propio domicilio ha sido considerado como un sitio de especial riesgo para las conductas violentas<sup>127</sup>, encontrando en la literatura una mayor frecuencia de agresiones por VG en el mismo<sup>91</sup>. Otros estudios encuentran también predominio de la procedencia urbana de las pacientes víctimas de VG<sup>91,120</sup>, habiéndose reflejado en la literatura que la residencia urbana aumenta el riesgo de sufrir malos tratos<sup>4</sup>. Sin embargo, también se ha indicado lo contrario, refiriendo la posibilidad de que la mujer en el medio rural sea más vulnerable a sufrir violencia por un posible mayor aislamiento y con ello menor disponibilidad de acceso a los recursos institucionales, por lo que se ha recomendado considerarlo como un factor de riesgo y tenerlo presente a la hora de la detección precoz por el personal sanitario<sup>51</sup>.

### **Tipo de Violencia, Perfil Lesional y Localización de las lesiones**

La violencia sufrida por las víctimas de nuestra muestra ha sido mayoritariamente física aislada, muy por encima de la psicológica o sexual, seguida en el grupo de pacientes de VG por los casos en los que se ha dado violencia física y psicológica simultáneamente, tal como recogen otros estudios<sup>78</sup>, y en la línea de lo publicado por otros investigadores<sup>91,119</sup>, discrepando con los trabajos que refieren un predominio de la violencia de tipo psicológico o emocional sobre el resto<sup>122</sup>. Estas

diferencias podrían ser explicadas por la variedad de diseños de los estudios realizados y las propias diferencias de las poblaciones diana escogidas en los mismos (mujeres que son encuestadas por teléfono o acuden a consulta del médico de atención primaria<sup>122</sup>, estudio de casos de VG en los que existen denuncias y procedimientos judiciales en curso<sup>91</sup>, estudio de los casos recogidos del total de casos registrados en una región o comunidad autónoma<sup>119</sup> o en estudios en los que los pacientes acuden a un servicio de urgencias hospitalario, como es nuestro caso y el de otros<sup>78</sup>).

La violencia sexual no ha sido un motivo por el que se haya solicitado asistencia frecuente por los pacientes víctimas de violencia que han acudido a Urgencias de nuestro centro y forman parte de la muestra, siendo más frecuente en el grupo de VD no de género y presentándose en víctimas descendientes y en las que sus agresores han sido otros familiares.

Respecto a los mecanismos de lesión intervinientes en la agresiones, se ha utilizado una escala de perfiles lesionales basada en la metodología utilizada por la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015<sup>76</sup>, cuyo Avance de Resultados sí se encuentra disponible a la hora de desarrollar este trabajo (la totalidad de la encuesta lo estará a partir de Diciembre de 2015). De esa manera hemos establecido 9 perfiles lesionales, constituidos por distintos mecanismos de lesión agrupados en función de una similar capacidad lesiva, de manera que pudiese graduarse la severidad de la agresión sufrida en función de los mecanismos lesionales intervinientes.

Aunque el perfil más repetido en todos los grupos es el tipo 4 (que corresponde a los mecanismos lesionales de golpear con el puño, pierna u objeto contundente, o ser mordido), en los casos de VG son más numerosos el conjunto de las agresiones con mecanismos lesionales incluidos en los perfiles más bajos, como el 2 (en el que se produce forcejeo, zarandeo, sujección forzada o tirones del pelo) y el 3 (en el que se produce un empujón y posterior contusión de la víctima contra la pared, contra un mueble o contra el suelo, o en el que se da una bofetada), a la vez que predominan respecto a los otros grupos las agresiones con mecanismos lesionales propios de la violencia psicológica, encuadrados en el perfil 1 (gritos, intimidación verbal, amenazas o insultos), lo cual está en consonancia con lo publicado al respecto<sup>90,91</sup>

Las agresiones con arma blanca son escasas en los dos grupos de violencia familiar, tanto en el de VG como en el de VD no de género, predominando sobre todo en el grupo de OVD, siendo dentro de éste, utilizado en casi todos los subgrupos: por agresores no definidos, en gestos autolíticos, por amigos o conocidos y por vecinos. Tampoco aparecen con frecuencia en otros estudios españoles sobre VG<sup>91</sup>.

Siguiendo a Regueira *et al.*<sup>91</sup>, debemos destacar que es muy complicado poder conseguir un conocimiento preciso de cuales son los mecanismos lesionales concretos que han intervenido en cada agresión estudiada, debido a la falta de estandarización de los mismos, de manera que pudiera comprenderse como han actuado en cada caso<sup>129</sup>. Por otra parte, es importante reconocer los trabajos en los que se describe como es frecuente (casi en un 65%) que intervengan distintos mecanismos lesionales simultáneamente, lo cual incrementa la posibilidad de sufrir múltiples lesiones y en múltiples localizaciones<sup>128</sup>. El utilizar perfiles lesionales que agrupen distintos mecanismos de lesión de capacidad lesiva parecida, del estilo de los utilizados en nuestro trabajo, puede resultar útil para conseguir acercamientos a la realidad ocurrida en la agresión que permitan valoraciones más precisas de la gravedad o severidad de la violencia sufrida, independientemente de la lesión en la víctima que finalmente origine.

Las lesiones que hemos observado en las víctimas de VG de nuestra muestra, han presentado con mayor frecuencia varias localizaciones simultáneas, siguiéndoles en segundo lugar las lesiones de localización central en cabeza, cara, cuello, tórax y abdomen, situándose en tercer lugar las que afectan exclusivamente a las extremidades superiores.

En la literatura hemos encontrado distintos estudios que corroboran nuestros hallazgos, aunque con distintas particularidades. Existe evidencia contrastada de que las lesiones de cabeza, cuello y cara pueden considerarse marcadores de violencia de género<sup>90,128</sup>, seguidas por las lesiones en miembros superiores, probablemente por adoptar la víctima posiciones defensivas con los mismos durante la agresión<sup>91</sup>, pero a la vez, existen trabajos que informan de la multiplicidad de localizaciones como presentación más frecuente en casos de VG<sup>89,91</sup>. No nos parece muy relevante esta circunstancia si sucede como en la muestra de nuestro trabajo, en la que las lesiones que han tenido varias localizaciones, al menos una de ellas ha sido la cabeza, el cuello, la cara o el tronco, por lo que se dan las premisas propugnadas por ambas tendencias presentes en la literatura, por lo que quizá sea más adecuado

valorar la localización central simultánea a la periférica, en el contexto de lesiones en más de una localización, como también refieren trabajos en la literatura<sup>131</sup>.

Debemos llamar la atención sobre el hecho de que en las agresiones por VD no de género sí que predomina sobre el resto la localización exclusiva de las lesiones en los miembros superiores de la víctima, sin duda fruto de acciones defensivas de la misma durante la agresión, siguiéndole en frecuencia las de cabeza, cara y cuello y de localización central en tórax y abdomen, patrón de localización lesional claramente diferente al de las agresiones por VG descrito anteriormente.

El grupo de pacientes víctimas de Otros tipos de Violencia en Domicilio que estamos valorando junto a los dos grupos de violencia familiar, presenta también un significativo aumento de las lesiones con patrón central, seguido por las de localizaciones múltiples, apreciándose en el subgrupo de agresores no definidos (Tabla 21) un gran parecido al que presenta el grupo de mujeres víctimas de VG de la muestra (Tabla 19), lo que podría apuntar al hecho que venimos observando de que este grupo pudiera estar compuesto en realidad por casos de violencia familiar (en este caso sería de VG), no declarados como tales.

### **Otros agredidos, severidad de la violencia y gravedad de las lesiones**

En la muestra hemos encontrado que junto a la víctima de VG son agredidos sus hijos en el 15,1% de las ocasiones en que se recoge ese dato, diferenciándose de los otros dos grupos en que las personas agredidas en los casos de VG son los hijos o personas dependientes directas de las otras víctimas, lo que se justifica en la intención de dañar a todo lo que represente la mujer por parte del agresor en violencia de género. Esta circunstancia ha sido tenida en cuenta en las modificaciones que de la Ley 1/2004 de Medidas de protección integral contra la VG se han realizado en los últimos meses, en las que se ha incluido a los hijos y dependientes de las mujeres agredidas como objeto de protección de la ley, por lo que a partir del 1 de julio del año 2015, se encuentran mucho más amparadas legalmente. En los Anexos I y II, recogemos un resumen de tales modificaciones legislativas tan actuales, así como un pequeño extracto de los artículos del Código Penal de mayor interés en el caso de la violencia familiar y de género.

La severidad de la violencia física y sexual sufrida la obtenemos mediante la agrupación de los perfiles de lesión descritos previamente, elaborados según la metodología de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015<sup>76</sup>, al estar éstos constituidos por diversos mecanismos lesionales de potencialidad lesiva similar, de manera que permita analizar los casos de violencia estableciendo patrones de fácil uso y con posibilidad de comparación entre distintas muestras. Al haber sido definidos en orden creciente de severidad de la violencia física que representan, podemos establecer agresiones con en las que se ejerce una **Violencia física moderada**, que corresponderán a las agresiones en las que intervengan mecanismos lesionales del perfil 2 y 3 (la víctima ha sido empujada, agarrada o le han tirado del pelo, abofeteada o le han tirado algo que la puede haber golpeado), y otras en las que se ejerce una **Violencia física severa**, correspondiente a las agresiones en las que intervengan mecanismos de lesión propias de los perfiles 4 y 5 (a la víctima le han golpeado con el puño, le han dado patadas, le han arrastrado o pegado con algún objeto contundente; le han intentado asfixiar o quemar; le han amenazado con usar o han usado una pistola o un arma blanca contra ella), a la vez que podemos establecer una **Violencia sexual moderada** (los tocamientos y proposiciones sexuales, intentos de violación sin conseguirlo, etc.) y una **Violencia sexual severa** (las violaciones).

De esta forma, observamos en la muestra lo ya referido al analizar los perfiles de lesión de las agresiones sufridas por los pacientes, pero entendemos que puede apreciarse con mayor claridad las diferencias existentes entre cada grupo de violencia: Las mujeres víctimas de VG sufren en más de la mitad de las agresiones violencia física moderada y en el 2,6% de las agresiones violencia sexual moderada, mientras que los pacientes víctimas de VD no de género, sufren en más de la mitad de las agresiones violencia física severa y en más del 7% de los casos violencia sexual severa (violaciones). Los pacientes víctimas de OVD siguen una pauta similar al grupo VD, pero sin encontrar ninguna agresión sexual.

Podríamos resumir este comportamiento diciendo que las víctimas de VG de la muestra estudiada, han sido agredidas con menor severidad física y sexualmente, que las víctimas de VD no de género, que han sufrido agresiones físicas de mayor severidad y han sido violadas.

Siguiendo igualmente la metodología de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015<sup>76</sup>, hemos agrupado las lesiones que presentaban los pacientes de la muestra según la gravedad de las mismas, de manera que hemos distinguido,

en primer lugar, la **Lesión física MODERADA**, del tipo de las contusiones que causen dolor, con o sin equímosis o hematoma, heridas superficiales como rasguños o erosiones, con interrupción de la continuidad de la piel solo en su capa epidérmica, por lo que no necesita sutura quirúrgica con puntos para su curación, sino solo curas simples. En segundo lugar la **Lesión física GRAVE tipo 1**, en la que se originen lesiones en los ojos y oídos, esquinces, luxaciones o quemaduras. En tercer lugar, la **Lesión física GRAVE tipo 2**, que la constituirán las lesiones del tipo de heridas profundas (con separación completa de los bordes de la herida y necesidad para su curación de sutura quirúrgica mediante puntos de sutura), fracturas de huesos, dientes rotos o lesiones internas. Y en cuarto lugar, la **Lesión física GRAVE tipo 3**, refiriéndose esta al aborto involuntario producido en la víctima tras sufrir la agresión.

De esta forma, en el análisis de las lesiones presentes en las víctimas por VG de la muestra, se objetiva una mayoría de ellas de moderada gravedad, del tipo de rasguños, erosiones, cortes o heridas superficiales, equímosis y contusiones que causan dolor, aunque no exista lesión física objetivable, de proporciones similares a como es reflejado en otros estudios presentes en la literatura<sup>78,91</sup>, encontrando además ausencia de lesiones físicas, pero presentando las pacientes signos físicos de ansiedad o depresión en un porcentaje mayor al doble de los casos de VD y al cuádruple de los de OVD. En la comparación con estos grupos hay que destacar que las lesiones físicas de gravedad tipo 1 y 2, aparecen en un porcentaje algo mayor, en los pacientes de VD respecto a los de VG, siendo en los pacientes de OVD donde la localización de las lesiones difiere, siendo estas en más de un 25% de los casos lesiones en los ojos y oídos, esquinces, luxaciones, quemaduras, heridas profundas, fracturas de huesos, dientes rotos y lesiones internas.

La posible explicación de estas diferencias podemos encontrarla en que los casos de VD y VG que estamos estudiando en la muestra, aunque con patrones y perfiles claramente distintos en muchos casos, como vamos analizando, poseen el nexo común de producirse en la familia, como manifestación de las relaciones de poder y de abuso del mismo dentro de ella, de manera que quienes se sienten más fuertes agreden a los que creen más vulnerables<sup>7</sup>.

En los casos de VG de la muestra, se suma además a ello el factor del género, el machismo estructural que considera, a este nivel, la relación de pareja desigual, con predominio del hombre sobre la mujer, sintiéndose el agresor en estos casos con derecho a agredir a quien considera más vulnerable, abusando de la posición que él considera de mayor relevancia, pero en el que no deja de influir, al

contrario que en otros tipos de violencia de género fuera de la pareja y la familia, la carga de las relaciones afectivas con la pareja, los hijos, las responsabilidades del hogar, etc., por lo que se puede producir un patrón complejo de comportamiento en el que influyen ambas percepciones, presentando ciertas similitudes todas las clases de violencia que tienen lugar dentro de la familia. En cualquier caso, hay que señalar que existen otras visiones más radicales que defienden una singularidad absoluta de la violencia de género, por sus causas y sus efectos y no aceptan otras posibles explicaciones que puedan enturbiar el hecho claro e inexcusable según el cual, la causa última de la violencia de género descansa en la desigualdad en las relaciones de poder entre mujeres y hombres<sup>12</sup>.

Quizá la aplicación de esta clasificación lesional nos pudiera ser útil para graduar el resultado de la actuación de los distintos mecanismos lesionales sobre las víctimas, ayudando a la estandarización de la valoración de los mismos tan necesaria y demandada en la literatura<sup>91,129</sup>.

#### **5.4 Características de las asistencias prestadas en Urgencias**

Hemos encontrado en la muestra una tendencia a la distribución bimodal de las asistencias prestadas en Urgencias a víctimas de violencia en el ámbito doméstico a lo largo del año, de manera que se puede apreciar un incremento de las mismas en los meses de abril y mayo, por un lado y otro aumento en diciembre. Aunque sin significación estadística, este hecho, de no ser debido al azar, podría estar motivado por coincidir con el inicio de la primavera y las fiestas propias del fin de año.

Al contrario que en otros estudios que refieren un aumento de las asistencias por violencia durante los fines de semana<sup>91</sup>, nosotros no hemos encontrado diferencias significativas respecto al día de la semana en que se realiza la solicitud de atención por VG. Sí hemos encontrado un aumento de las asistencias en horarios de tarde y noche, tal como aparece en la literatura<sup>90,91</sup>, aunque sin significación estadística en nuestro caso.

Los pacientes de la muestra acuden a ser atendidos a urgencias el mismo día que sufren la agresión en 9 de cada 10 ocasiones, no habiendo encontrado aumentos significativos de los intervalos de asistencia en ninguna de las clases de

violencia analizadas. La demora entre la agresión y la asistencia recibida ha sido considerada un marcador para la detección de VG<sup>89,90</sup>, lo que no ocurre en nuestro estudio.

Una de cada tres mujeres asistidas en Urgencias por VG que forman parte de la muestra refieren tener miedo durante su asistencia en Urgencias tras ser agredidas, o manifiestan externamente signos de tenerlo o estar asustadas, mientras que solo una víctima de VD refiere lo mismo. El que la víctima refiera sentir miedo es una circunstancia muy importante en la valoración de las pacientes que han sufrido violencia de género en el ámbito doméstico. La *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer*<sup>76</sup>, desde su edición de este año 2015, siguiendo directrices de Naciones Unidas, recoge esa pregunta entre las que formula a las mujeres, la de si ha sentido miedo de su pareja en alguna ocasión. Parece ser que ha demostrado ser muy útil para detectar casos de VG no declarados en la propia encuesta en un primer momento. Algunos investigadores que recomiendan el screening o cribado en todas las pacientes que soliciten asistencia sanitaria para descartar la existencia de un problema de violencia de pareja de base, utilizan esta pregunta dentro de las que realizan a la víctima, debido a su capacidad de sintetizar los sentimientos y predecir una posible situación de violencia<sup>116</sup>.

El tratamiento que han recibido los pacientes de la muestra, es proporcional a las agresiones sufridas y las lesiones producidas tras aquellas, de manera que las víctimas de VG necesitan menor soporte terapéutico en un mayor porcentaje de casos. Las víctimas por VD duplican a las de VG en el número de tratamientos necesitados conforme aumenta la gravedad de las lesiones y las víctimas de OVD llegan a triplicar los porcentajes respecto a las víctimas de VG en el tratamiento consistente en realizar una sutura quirúrgica o colocar una escayola.

Hemos intentado asignar a cada agresión sufrida por los pacientes de la muestra el posible delito en el que pudiera haber incurrido el agresor, estableciendo una posible tipificación legal de las mismas en función de los artículos del Código Penal que hubiesen podido ser aplicados, con objeto de comparar la posible repercusión judicial de las agresiones encontradas. Apreciamos que en los tres grupos podrían predominar los delitos de lesiones leves o maltrato de obra propios del artículo 153 del Código Penal, pudiendo encontrarse una mayor proporción de los delitos de lesiones del artículo 147.1 en el grupo de OVD, así como la presencia notablemente más elevada en el grupo de VG respecto a los otros dos de los delitos de amenazas y coacciones leves de los artículos 171.4 y 172.2, lo que se justifica

con la diferente gravedad de las lesiones fruto de las agresiones sufridas en cada grupo, tal como hemos referido previamente, no siendo posible determinar la habitualidad de la violencia que nos permitiera aventurar posibles delitos propios del art. 173.2CP.

Si consultamos los registros relativos a delitos por VG y VD no de género del Consejo General del Poder Judicial, podemos comprobar que en los casos de VG, los delitos más frecuentes fueron los relativos a lesiones (54,8% en 2012, 56,7% en 2013 y 55,9% en 2014) , seguidos por los relativos a amenazas (20,2% en 2012, 19,6% en 2013 y 19,8% en 2014) y por los delitos contra la integridad moral, los relativos al maltrato habitual recogidos en el art. 173.2 CP (15,4% en 2012, 14,5% en 2013 y 15,1% en 2014).

En lo referente a delitos por VD no de género, los delitos más frecuentes fueron los relativos a lesiones (47,9% en 2012, 49,7% en 2013 y 49,7% en 2014) , seguidos por los relativos a amenazas (23,9% en 2012, 23,0% en 2013 y 22,6% en 2014) y por los delitos contra la integridad moral, los relativos al maltrato habitual (14,3% en 2012, 14,2% en 2013 y 15,0% en 2014), por lo que observamos que las aproximaciones intentadas con los casos de nuestra muestra no se corresponden con los porcentajes de los casos realmente juzgados en España, salvo por el hecho del mayor porcentaje en ambos grupos de los delitos de lesiones, obteniendo mayor disparidad en los delitos de amenazas, que en nuestra muestra son insignificantes fuera de los casos de VG y en los registros reales presentan porcentajes mayores en VD que en VG, sin duda por el hecho de que la violencia psicológica en los casos de VD no de género de la muestra ha sido muy escasa.

### **5.5. Frecuentación a Urgencias en la muestra**

Hemos obtenido una cifra media de frecuentación de los pacientes a servicios de urgencias de la región de 5,72 (DE=5,98) casos en 5 años para los casos de VG, lo que corresponde con cifras similares a las obtenidas por víctimas de VG en estudios publicados en la literatura (5 asistencias a urgencias de media las víctimas de VG en un periodo de 6 años en el estudio de la región de Lacio en Italia<sup>80</sup>, 4 asistencias en un periodo de 3 años en EEUU<sup>94</sup>), lo que parece superar la frecuentación que cabría esperar en caso de no existir una situación de VG de base,

según puede desprenderse de las tasas de frecuentación a urgencias de la población española<sup>93</sup>, aunque en otros estudios se comienza a hablar de "pacientes frecuentadoras" en casos de VG a partir de las 3 asistencias a Urgencias anuales<sup>117</sup>, circunstancia que puede equilibrar en nuestra muestra el hecho de no haber contado las visitas urgentes a los servicios de Ginecología y Obstetricia, con la intención de poder comparar la frecuentación resultante entre ambos sexos y clases de violencia, por lo que si hubiésemos incluido tales visitas, las cifras tenderían a igualarse.

En un estudio<sup>93</sup> de las tasas de visitas a urgencias en 162 áreas de salud del Sistema Nacional de Salud español, en el que participaron todas las comunidades autónomas del país, a excepción de Castilla la Mancha y Murcia, se obtuvieron las cifras corregidas para las todas las áreas participantes, ponderándose por criterios de edad y patología indicada en la Encuesta Nacional de Salud del año 2006.

Al no poder disponer de cifras directas de nuestra área de salud, por no participar nuestra comunidad en el estudio, debemos remitirnos a la tasa cruda de frecuentación obtenida en dicho estudio, que fue de 45,75 asistencias a Urgencias por cien habitantes en un año, un rango de frecuentación por área de salud en el estudio que va de 23,14 a 102, 24 asistencias por 100 habitantes, lo que implicaría en 5 años una frecuentación por habitante de 1 a 5 asistencias a Urgencias, con una cifra media de 2,5 asistencias a Urgencias por habitante en 5 años.

Nuestras cifras superan ampliamente ese número de asistencias, tanto en casos de VG (las 5,72 indicadas más arriba) como los de VD no de género (6,22 DE=5,10, asistencias en Urgencias en 5 años), que son ligeramente mayores que los de VG, aunque sin significación estadística, por lo que podemos afirmar que sí existe una hiperfrecuentación en los pacientes víctimas de violencia en la familia, tanto por VG como por VD.

Sí que presentan diferencias estadísticamente significativas las cifras de frecuentación a urgencias de los pacientes incluidos en la muestra por Otros tipos de Violencia en Domicilio (OVD), en los que observamos una frecuentación de 19,78 (DE=38,93) asistencias a Urgencias en los casos de autoagresiones, pudiéndose apreciar una gran similitud entre la cifra de frecuentación de víctimas con agresores no definidos del grupo de OVD con las de los grupos de VG y VD .

Este dato apunta hacia la posibilidad ya anunciada, de que el subgrupo de víctimas de OVD por agresores no definidos esté formado en realidad por casos de violencia familiar no declarados como tales.

Distintos estudios demuestran que la violencia puede ir asociada con numerosos problemas de salud<sup>95,96</sup>, consumo de drogas de abuso<sup>95</sup>, problemas sexuales o ginecológicos<sup>97,98,99</sup>, y molestias gastro-intestinales<sup>100-102</sup>, todo lo que puede ser responsable de la hiperfrecuentación a urgencias en estos casos<sup>103</sup>. Es importante tenerlo en cuenta para aumentar el diagnóstico precoz de casos en los que la víctima no lo reconozca públicamente, estando alerta y formando al personal sanitario<sup>80</sup>.

Al contrario de otros estudios donde observan una relación de la frecuentación a Urgencias con la menor edad, la inmigración y el embarazo de la víctima<sup>104,105</sup>, nosotros no hemos encontrado en nuestra muestra relación de dependencia con la edad ni el origen de la víctima que solicita asistencia por violencia en el ámbito doméstico, ni en la totalidad de la misma ni de manera desagregada por clases de violencia.

Sí que hemos observado una relación con significación estadística con un nivel socioeconómico bajo de la víctima, al igual que hemos encontrado repetidamente en la literatura<sup>4-6,126,161</sup>. El mayor uso del servicio de urgencias por los pacientes de menor nivel socioeconómico podría estar justificado por un menor nivel de salud o por un uso inadecuado de los recursos, acudiendo con menor frecuencia a sus centros de salud<sup>161</sup>.

También hemos observado la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre la frecuentación a urgencias de los pacientes de la muestra y los antecedentes de consumo de alcohol y/o drogas y psiquiátricos que presentan, encontrando una frecuentación superior al doble de las víctimas de VG que poseen dichos antecedentes respecto de las que no los tienen, datos en los que coincidimos con la literatura consultada<sup>80,106</sup>, así como con antecedentes en los agresores, siendo respecto a éstos, significativas las diferencias en todos los casos para las víctimas de VG, solo en caso de AP alcoholismo y/o drogas en VD y sólo si existen antecedentes psiquiátricos en la víctima en caso de pacientes víctimas de violencia por OVD, lo que en este caso apunta hacia el diferente perfil en frecuentación que presenta la VG respecto a las otras clases de violencia.

## 5.6. Factores asociados con la reincidencia, la severidad de la violencia y la gravedad de las lesiones en los casos de violencia de género.

La determinación del riesgo de reincidencia de la VG y de severidad de la violencia que pueda poner en peligro la vida de la mujer, es uno de los aspectos más importantes en la atención a las pacientes víctimas de VG y constituye una de las funciones más destacadas de las UVFI de los juzgados de violencia contra la mujer<sup>144,152-154</sup>.

En los últimos 20 años se ha avanzado mucho en el conocimiento de los factores de riesgo asociados a la violencia de género dentro de la pareja. Conocer las causas de cualquier fenómeno violento no es tarea fácil debido a la complejidad y multiplicidad de factores que lo determinan y el caso de la violencia de género no es ninguna excepción<sup>144</sup>. Aparte de las explicaciones generalistas que atribuyen a la diferencia histórica de roles sociales entre hombre y mujer y la discriminación de ésta última, no hay muchos modelos explicativos completos que describan y analicen los procesos y mecanismos que causan la VG dentro de la pareja. En cambio sí disponemos de un buen nivel de conocimiento en la actualidad de los factores de riesgo estrechamente asociados a este tipo de violencia.

Los hechos violentos, como son en nuestro caso las agresiones psicológicas, físicas o sexuales a la pareja, no son predecibles. En cambio, la probabilidad de que estos hechos sucedan, sí que lo es<sup>147</sup>. No se puede saber con certeza si sucederá un nuevo episodio de VG, pero sí se puede predecir el riesgo de que suceda. La predicción de un fenómeno futuro se hace combinando informaciones procedentes de la presencia de factores de riesgo y de protección que, en cada configuración puntual, generan una probabilidad determinada de que aquel hecho suceda en el futuro y en un escenario probable.

Los factores de riesgo son características asociadas con un incremento de la probabilidad que suceda un determinado hecho, en nuestro caso un acto de violencia física, sexual o de otra naturaleza calificado como VG. Pese a que la presencia de uno o más factores de riesgo no indica necesariamente que se dé una determinada relación causal, sí que se cumple que la probabilidad de un suceso asociado a los factores de riesgo aumenta.

En la muestra de nuestro estudio hemos determinado que la *edad de la víctima entre 30 y 39 años*, un *nivel socioeconómico bajo* y la existencia de *antecedentes personales en la víctima de alcoholismo y/o consumo de drogas de abuso*, aumenta la posibilidad de que la víctima vuelva a tener un episodio de VG que le lleve consultar en Urgencias, junto a la mayor probabilidad de sufrir lesiones graves en un nuevo episodio de VG, resultados similares a los hallados en la literatura<sup>146,151,156</sup>, pero en distinto grado, como explicaremos a continuación.

En función de los tipos de estudios, clínicos, forenses o epidemiológicos, encontramos distintas propuestas de factores de riesgo. Cada uno tiene su utilidad y además aportan informaciones relevantes y complementarias<sup>144</sup>.

En 1986 Hotaling y Sugarman<sup>156</sup> realizaron un meta-análisis para identificar los factores de riesgo de la violencia intrafamiliar donde analizaron 52 estudios caso-control realizados entre los años 1970 y 1985 en los cuales identificaron más de 97 factores de riesgo de violencia del marido sobre la esposa. Entre estos factores de riesgo aparecían: ser testigo o víctima de violencia cuando era niño o adolescente, el consumo de alcohol y la violencia hacia otros miembros de la familia cuando niño. Asimismo aparecían otros factores de riesgo tales como desempleo, bajo nivel de ingresos, bajo nivel educativo alcanzado y falta de asertividad que, como es bien sabido, son factores de riesgo típicos en muchos tipos de delincuencia<sup>144</sup>.

El informe de Tjaden y Thoennes<sup>151</sup> del año 2000 describe diversos factores de riesgo tras analizar una amplia muestra de 16.000 mujeres y hombres participantes en la encuesta nacional de violencia contra la mujer realizada en los Estados Unidos por el Instituto Nacional de Justicia en colaboración con los Centros de Control de Enfermedades y Prevención (CDC's) de aquel país, tras realizar un análisis de regresión logística univariante y multivariante similar al realizado en nuestro estudio. En los resultados publicados aporta las Odds Ratio (OR) obtenida para cada uno de ellos, entre los que destacan para violencia física el *tener una pareja que realiza agresiones verbales habitualmente* (OR=7,63), *tener una pareja celosa* (OR=2,69), *haber sido víctima de abusos en la infancia* (OR=2,59), *cohabitar con parejas sin relación administrativa formalizada* (OR=1,40) y *pertenecer a una minoría o grupo de personas con discapacidad* (OR=1,40) y para violencia sexual que *la pareja realiza amenazas graves* (OR=3,53), *el agresor dispone de armas* (OR=2,53), *la víctima está en el rango de edad entre 18 y 25 años* (OR=2,11), *el agresor es el marido* (OR=1,69) y *el agresor abusa del consumo de alcohol y otras drogas* (OR=1,55), coincidiendo con nuestros resultados en la importancia de la edad

de la víctima, aunque es algo mayor en nuestro caso (edad de 30-39 años, OR= 3,74 [IC 95%: 1,56-8,93]).

El meta-análisis de Stith *et al.*<sup>146</sup> en el año 2004 presenta un resumen completo y exhaustivo de los factores de riesgo de VG dentro de la pareja, entre los que se incluyen el abuso de alcohol por parte de la víctima, un nivel socioeconómico bajo de la misma y una edad joven, al igual que hemos encontrado en las pacientes víctimas de VG de nuestra muestra.

También se incluye en el citado estudio como factor de riesgo de VG relacionado con el agresor, como ocurría en el estudio de Tjaden y Thoennes<sup>151</sup>, el abuso de alcohol y/o drogas ilegales por parte de aquel, lo cual no hemos encontrado asociado en nuestro estudio.

A pesar de los abundantes estudios realizados sobre factores de riesgo en VG, no encontramos muchos de ellos en la literatura que centren su atención en determinar mayores o menores grados de asociación con la existencia de violencia severa<sup>158</sup>. Para valorarla se suele utilizar la *Conflict Tactics Scaled-Revised (CTS-2)*, diseñada por Strauss<sup>157</sup> en 1996, una de las escalas más utilizadas para estudiar la violencia de pareja y la única diseñada para diferenciar entre agresiones menores y severas en VG dentro de la pareja. Johnson<sup>159</sup> definió en 1995 la existencia de dos formas de presentación de la VG: una forma severa que calificó como "terrorismo patriarcal" o "terrorismo íntimo", según ella el tipo de VG verdaderamente ligada al género, ejercida por el hombre con la intención de mantener su dominación sobre la mujer, y otra forma de menor severidad o violencia de pareja común o de bajo nivel, calificada como violencia situacional por pérdida del control, en la que tendrían menor influencia el factor de género y podría originarse por mujeres y hombres igualmente<sup>160</sup>. En este contexto, se ha promovido la idea de que existan factores de riesgo específicos para VG severa, entre los que Johnson destaca el *factor de control y dominación* y el *de manejo de la agresividad*. Otros autores como Dutton<sup>145</sup>, Hotaling y Sugarman<sup>156</sup> y Khosravipour *et al.*<sup>158</sup>, consideran que el *manejo de la agresividad con una débil capacidad de expresión verbal, un estilo disfuncional en la resolución de problemas y un bajo autocontrol*, son los factores que originan mayor probabilidad de presentar VG no severa o de tipo menor.

En nuestro estudio hemos encontrado que existe una asociación con presentar violencia severa los pacientes víctimas de VG que *carecen de asistencias previas sospechosas de VG no declarada* durante el periodo de estudio.

La existencia de *asistencias previas sospechosas de VG que no se declararon* como tales, tiene un comportamiento curioso en nuestra muestra. Por un lado, su presencia aumenta la probabilidad de sufrir VG, pues en el análisis de regresión logística realizado para determinar posibles factores asociados con la reincidencia, se asocia a la probabilidad de que la paciente víctima de VG sufra otro episodio de violencia en el periodo de estudio de la muestra.

Por otro lado, en el análisis de regresión logística univariante y multivariante realizado buscando factores que se asociaran a la presentación de VG severa, se ha determinado que lo que resulta ser un factor de riesgo es la *ausencia o carencia de esas asistencias en los servicios de urgencias sospechosas de ser originadas por VG no declarada por la víctima*, es decir, que cuando no existen las mismas, el riesgo de sufrir violencia de mayor severidad por la víctima aumenta respecto a los casos de pacientes en las que sí que existe ese factor (OR=1,70 [IC 95%: 1.,04-2,78]). La explicación sobre este comportamiento debemos buscarla en la mayor situación de riesgo a la que se encuentra sometida la mujer en situación de aislamiento, su mayor vulnerabilidad cuando no tiene fácil el contacto con los recursos institucionales disponibles, por lo que le resultará más difícil ser asistida en urgencias por cualquier motivo de salud banal o repetitivo, como ocurre en estas asistencias sospechosas de VG no declaradas, algo similar al motivo por el que se contempla la mayor vulnerabilidad de la mujer rural respecto a la que reside en la ciudad<sup>51</sup>.

Si tenemos en cuenta que el único factor asociado a que la víctima presentara lesiones graves tras la agresión ha resultado ser en nuestro estudio el que sufriera *violencia severa*, podemos concluir que la ausencia en la historia de la víctima de asistencias sospechosas de violencia no declarada, aumenta la probabilidad de sufrir nuevos episodios de VG (reincidencia), de violencia severa y de lesiones más graves, lo cual contrasta con lo recogido en la literatura respecto a que la historia previa de violencia es uno de los factores de riesgo de mayor importancia para la VG, especialmente la que puede poner en peligro la vida de las víctimas<sup>126</sup>. Si la diferencia entre ambos hechos estriba en la declaración o no de una situación de violencia vivida, quizá tendría cabida la controversia existente<sup>69</sup> sobre el aumento del riesgo para las pacientes víctimas de VG cuando hacen pública su situación (por ejemplo al acudir a Urgencias tras la agresión y debido a la emisión por el facultativo del PL correspondiente), por lo que nunca debemos menospreciar el riesgo de tal circunstancia para la mujer víctima de VG.

Existen referencias en la literatura a que la VG severa sería la que mayoritariamente se encuentra en centros de acogida a víctimas y sanitarios (como es nuestro caso), por lo que quizá algún autor considerase como severos todos los casos incluidos en la muestra de nuestro estudio, no pudiendo, en ese caso, realizarse las comparaciones que hemos establecido.

El listado de factores de riesgo de VG existente en la literatura está compuesto por multitud de elementos que tienen un papel de mayor o menor intensidad en el inicio, mantenimiento y agravamiento de las distintas formas de VG. Estos factores de riesgo no son independientes entre sí y actúan diacrónica y sincrónicamente en la producción de los actos violentos<sup>146</sup>.

El hecho que aparezcan muchos factores influyendo en el riesgo de la violencia de pareja, pero que ninguno de ellos tenga un protagonismo esencial, nos indica que la realidad individual de la violencia contra la pareja es multi-causal. Es muy difícil que una sola variable sea responsable de la variabilidad de la expresión de la conducta violenta, además del hecho de que los factores de riesgo lo son de formas específicas de violencia, por un lado, y de que dependiendo del resto de factores concurrentes en cada circunstancia, pueden perder su valor agravante e incluso actuar como factores protectores<sup>86,91,144</sup>, por lo que la identificación de los factores que se comportan de manera consistente aumentando o disminuyendo el riesgo de VG aumentaría considerablemente las posibilidades de éxito en las intervenciones que puedan plantearse y disminuiría el riesgo de provocar efectos contrarios perjudiciales para las propias víctimas de VG<sup>91</sup>.

En la práctica se han diseñado diferentes escalas de valoración del riesgo de violencia en VG, que se centran en distintos aspectos del mismo. Así, para evaluar el riesgo de femicidio se utiliza el *Danger Assessment Tool* (DA), descrito por Campbell<sup>148</sup>, mientras que para valorar el riesgo de nuevos ataques sobre la pareja y el riesgo de que aumente la gravedad de los mismos se utiliza la *Spouse Assault Risk Assessment* (SARA), introducido por Kropp *et. al.*<sup>149</sup> y la Escala de Predicción del Riesgo de Violencia Grave contra la pareja-Revisada- (EPV-R) de Echeburúa *et al.*<sup>150</sup>, que son utilizadas frecuentemente para valorar el riesgo en las situaciones de VG por las Unidades de Valoración Forense Integral, para elaborar el informe que deben emitir al respecto en las primeras 72 horas de haberse producido la agresión por VG.

## 5.7. Cumplimentación y calidad de los Partes de Lesiones

La importancia de la correcta elaboración de los PL para que sean capaces de cumplir su función de transmisión a la institución judicial de una situación clínica de un paciente susceptible de haber sido originada por un hecho delictivo, es reconocida ampliamente en la literatura<sup>72-73</sup>. Sin embargo, no son muy abundantes los estudios que tratan la labor pericial médica en los partes de lesiones de las víctimas y la calidad de los mismos<sup>75,141-143</sup>.

En nuestro estudio hemos encontrado que se ha elaborado un PL en el 92,6% de los casos en los que existía un formulario cumplimentado para su realización, lo cual sería muy aceptable si en todos los casos de violencia en el ámbito doméstico se hubiera cumplimentado un formulario para la realización de un PL, pero no ha sido así.

En nuestro centro, la advertencia sobre la necesidad de cumplimentar el PL aparece en el sistema informático y en la pantalla de la HCE que visualiza el facultativo responsable, en el momento en que el personal auxiliar de Admisión de Urgencias advierte del hecho de que el/la paciente ha sufrido violencia (por haberlo manifestado directamente el/la enfermo/a o algún acompañante), introduciendo el dato en el sistema, que automáticamente pregunta al facultativo si quiere rellenar un *Formulario* de PL. Éste decide si lo realiza o no, a la vez que elige, en su caso, qué *Formulario* realizar, el específico de VG o el genérico de lesiones. Más tarde, deberá ordenar al sistema que del *Formulario* que haya elegido, se genere el *Informe* que será el verdadero PL, como ya hemos explicado antes. Si decide no realizar PL, porque no lo crea necesario, no queda constancia alguna en el sistema de si se planteó la duda de su necesidad o no en la asistencia. No existe otro registro de estos casos en Urgencias, por lo que no sabemos realmente, cuántos casos de violencia han pasado totalmente inadvertidos por todos.

En estudios presentes en la literatura<sup>91</sup> se informa de que tan solo se realiza PL en el 25% de los casos de VG que han recibido asistencia sanitaria previa. En nuestro caso, no podemos saber en qué porcentaje de los mismos se ha elaborado un PL porque la muestra de pacientes víctimas de violencia ha sido obtenida a partir de los casos en los que se había elaborado un *Formulario* de PL por esa causa. Por ese motivo, resulta significativo haber obtenido unas cifras de ausencia de elaboración definitiva de los PL como las que se han obtenido, cuando ya había sido

puesta de manifiesto la violencia como causa del problema de salud que presentaban los/as pacientes. Es por ello, todavía más importante destacar este hecho, en el que no cabe otra explicación que la que puede ser atribuida a los propios facultativos que atendieron a tales pacientes (por falta de formación, por falta de tiempo, por orientarse hacia un abordaje esencialmente biológico de la asistencia o por considerarlo un problema fuera de su competencia<sup>107,115-118</sup>).

Las cifras de cumplimentación de los PL empeoran considerablemente en los casos en que estudiamos los PL genéricos, pues los *Formularios* desde los que éstos se originan, como hemos dicho ya, poseen menos apartados a cumplimentar, por lo que resultarán más incompletos. Los PL específicos de VG que fueron diseñados siguiendo las instrucciones del *Protocolo Común para la actuación sanitaria en violencia de género*<sup>51</sup>, fueron implantados en nuestro centro a finales del año 2012, por lo que desde esa fecha deberían haberse realizado todos los PL por VG en esos PL específicos, pero no ha sido así. Se han seguido realizando ambos tipos de PL para casos de VG, a criterio del facultativo, que muchas veces puede elegir el genérico por ser más rápida su cumplimentación, según nos han referido los propios facultativos.

Cuando se cumplimenta el específico por VG, en todos sus apartados, la mejoría en la calidad del PL de la muestra es sustancial, como puede verse en la Tabla 43, donde se demuestra que la utilización de éstos hace desaparecer los PL calificados como de Baja Calidad.

En la Tabla 44 puede observarse como mejora la calidad de los PL de la muestra realizados en el año 2013 respecto a los del año anterior, cuando se acababa de introducir el PL específico. Este aumento de la calidad de los PL va ligado a la utilización de PL específicos de VG, demostrándose que la mejoría no es por tratarse de casos de VG, sino por el tipo de PL que se utiliza. En la misma tabla se observa que en el año 2014, al disminuir el porcentaje de PL específicos por VG realizados, vuelve a disminuir la calidad de los PL.

Los defectos de cumplimentación más importantes para los PL realizados en caso de VG, son que no se refleje la fecha y hora de la agresión (79,5%), el estado emocional de la víctima cuando es asistida (50,4%), la existencia de violencia previa (29,8%) y que no refleje que se trata de un caso de VG (22,9%).

El reflejar el estado emocional de la víctima de VG al llegar a ser atendida se considera un dato importante en toda la literatura consultada<sup>66,75,107,135-136</sup>, la cual

además insiste en la escasa valoración del componente psicológico de las agresiones aparentemente solo físicas, instando a que también se tenga en cuenta<sup>136,137</sup>.

La referencia a la existencia de situaciones previas de violencia es de suma importancia pues está relacionada con la seguridad de la víctima y con la repercusión familiar, además de para evitar la recidiva si el maltrato fuera continuado o habitual. Múltiples estudios nos recuerdan la necesidad de la recogida de este dato, junto con la existencia de otros agredidos o si ha habido testigos<sup>75,138-139</sup>, lo cual puede ser decisivo para la gestión eficaz del conflicto, mejorando la atención a las víctimas al ayudar a poner en marcha la respuesta institucional ante la violencia<sup>140</sup>.

El hecho de no reflejar la hora exacta de la agresión y la fecha, puede tener también desagradables consecuencias en el curso del proceso judicial posterior, además de impedir valorar correctamente el intervalo de asistencia, de cuya importancia ya hemos hablado como marcador para la VG<sup>89,90</sup> y el no reflejar que se trata de un caso de VG, sencillamente, puede dejar sin protección e indefensa a la víctima de maltrato, al no poder ponerse en marcha los mecanismos contemplados en la Ley 1/2004 de medidas de protección Integral contra la VG.

Todos los criterios ausentes son pues importantes y su carencia en el PL justifica una puntuación baja en la calidad del mismo.

Hemos aplicado la escala de G<sup>a</sup> Minguito *et al.*<sup>75</sup>, a la totalidad de los PL tanto si eran por VG, VD no de género y agresiones dentro de Otros tipos de Violencia en Domicilio, con la adaptación necesaria en cuanto a la identificación de la clase de violencia a la que pertenecía el paciente agredido. Lógicamente, podremos comparar con otros estudios el grupo de VG, para el que fue definida la escala.

En los PL realizados a víctimas por VG de la muestra hemos encontrado que son de Alta Calidad el 50,4% del total de PL realizados en casos de VG, cifra que asciende al 72% si consideramos solo la calidad de los PL específicos de VG que forman parte de la muestra, lo cual es superior a los niveles de calidad encontrados por los autores del baremo descrito<sup>75</sup> (el 27,6% de alta calidad, 42% de calidad intermedia y 30,4% de baja calidad), quizá debido a la distinta procedencia de la muestra de aquellos (que agrupaban PL procedentes de urgencias de A. Primaria y hospitales, centros de seguridad, SAMUR, etc.), aunque también puede influir la menor exigencia que hayamos tenido nosotros al valorar como adecuado algún criterio del baremo (como la descripción de las lesiones, que hemos considerado

cumplimentada cuando se reflejaba en el PL al menos lo incluido en la historia clínica del paciente, obteniendo su cumplimentación en el 100% de las ocasiones, pudiendo haberse sobrevalorado en algún caso).

La puntuación media de la totalidad de los PL del grupo de VG, tras aplicar la escala, fue de 84,7 puntos (75,9 puntos en el total de la muestra), podemos considerar que los PL realizados por violencia en el ámbito doméstico de nuestro centro son de calidad intermedia, lo que coincide con la puntuación obtenida por G<sup>a</sup> Minguito *et al.*<sup>75</sup> (78,1%)

Al aplicar el mismo baremo a los PL de los pacientes de VD no de género y de OVD, las cifras disminuyen drásticamente, encontrando el 89% de los de VD, de baja calidad, igual que el 96,6% de los de OVD, lo cual cambiaría radicalmente con el diseño de un nuevo PL para los casos de VD con los mismos criterios recogidos en el específico de VG actual.

Los Partes de Lesiones desempeñan un importante papel en la lucha contra la violencia familiar y de género<sup>107,132</sup> desde el momento en que suponen el eslabón que relaciona un problema de salud con la respuesta judicial institucionalizada que puede suponer evitar enormes riesgos para los pacientes que la sufren y la mejora de su calidad de vida cuando consiga alcanzar la salida de la situación de violencia en la que vive<sup>119,133</sup>.

Para mejorar el grado de cumplimentación y la calidad de los PL y con ello la atención a las víctimas de violencia, debemos contar tanto con los responsables sanitarios como con los profesionales de la medicina, intentando evitar sus reticencias y miedos respecto al manejo de las situaciones de violencia en el ámbito doméstico, afianzando sus conocimientos y seguridad mediante formación específica que les haga reconocer y afrontar el problema de la violencia de género y la violencia doméstica no de género como cualquier otro problema de salud, organizando la asistencia a pacientes víctimas de violencia de manera coordinada, con los recursos humanos necesarios y con protocolos claros de actuación que podrían incluir el diseño y la utilización de PL específicos también para casos de violencia doméstica no de género.

### 5.8. Posibles limitaciones del estudio

El diseño retrospectivo del estudio ha impedido poder controlar la información recogida de cada paciente, de manera que hemos estado supeditados a lo que aparecía en los PL, la HCE y el resto de soportes, sin poder influir en su contenido.

Al carecer de registro específico alguno de los pacientes víctimas de violencia doméstica asistidos en Urgencias de nuestro centro, no sabemos cuántos casos de violencia de género o doméstica han sido asistidos realmente en Urgencias de nuestro hospital en el periodo de estudio. Para el mismo, hemos reclutado la muestra precisamente en sentido inverso, es decir, de los *Formularios* para la realización de PL disponibles en el sistema informático de nuestro hospital, lo cual supone una limitación a la hora de establecer cifras totales de asistencia a Urgencias de víctimas por violencia doméstica y de género.

## **6. CONCLUSIONES**



1. La incidencia anual de asistencias por violencia doméstica en el Servicio de Urgencias de nuestro centro fue de 40,9 asistencias por 100.000 habitantes, siendo por violencia de género el 68% de las mismas. La incidencia anual de asistencias por violencia de género fue de 48 casos por cada 100.000 asistencias realizadas en Urgencias.
2. La víctima de violencia de género atendida en nuestro centro es una mujer menor de 39 años, española, de nivel socioeconómico medio, que sufre violencia previa desde hace 1 a 4 años, que sólo ha denunciado a su agresor en el 25% de los casos y que mayoritariamente presenta asistencias en urgencias previas que pudieran ser sospechosas de violencia de género no declarada. El porcentaje de violencia de género entre mujeres magrebíes y sudamericanas duplica ampliamente el que presenta la población residente.
3. La víctima de violencia doméstica no de género atendida en nuestro centro es hombre en el 55% de los casos, menor de 29 años, siendo la tercera parte menores de 18 años, de origen español, de clase media y mayoritariamente descendiente de su agresor. Predominan los hijos agredidos por sus padres (o por sus padrastros con una frecuencia 5 veces mayor), seguidos de madres menores de 60 años agredidas por sus hijos.
4. Existen diferencias significativas en los patrones de agresión y asistencias recibidas entre víctimas de ambas clases de violencia, por lo que unido a los diferentes perfiles sociodemográficos que presentan, nos pueden permitir identificar en Urgencias ambos procesos y aumentar su detección precoz.
5. La víctima de violencia de género es agredida en su domicilio (aunque el 20% lo es en lugares públicos), mediante violencia física aislada o junto a violencia psicológica, a través de mecanismos lesionales de severidad moderada, que le originan lesiones en varias localizaciones corporales simultáneas o de predominio central y moderada gravedad. Sin embargo, la víctima de violencia doméstica nunca es agredida en lugares públicos, no sufre violencia psicológica sino física aislada y sexual, en la que predominan mecanismos de lesión de mayor severidad que en la violencia de género, presentando lesiones más graves y de localización periférica y que precisan tratamientos de mayor complejidad e ingreso hospitalario con una frecuencia 7 veces mayor que las víctimas de violencia de género.

6. Los pacientes víctimas de violencia en el ámbito doméstico estudiados presentan un aumento de la frecuentación a Urgencias respecto a la población general, que se ve incrementada significativamente cuando la víctima o el agresor presentan antecedentes de patología psiquiátrica o de consumo de sustancias tóxicas.
7. En las víctimas por violencia de género atendidas en Urgencias de nuestro centro, tener entre 30 y 39 años, un nivel socioeconómico bajo, antecedentes personales de alcoholismo y/o consumo de drogas de abuso y no haber tenido previamente alguna solicitud de asistencia en Urgencias sospechosa de ser por violencia de género no declarada, aumenta significativamente la posibilidad de volver a sufrir un nuevo episodio de violencia de género, de que la violencia sea más severa y de sufrir lesiones más graves.
8. Los partes de lesiones estudiados en casos de violencia de género son de alta calidad cuando se utiliza el formulario específico para ella y se cumplimenta en todos sus apartados (72% de los casos de violencia de género), pero cuando se usa el formulario genérico su calidad disminuye drásticamente, siendo de baja calidad el 90%. La utilización de un tipo de parte de lesiones para casos de violencia doméstica no de género que recogiera las mejoras del parte de lesiones específico para violencia de género, podría mejorar su calidad y la atención a los pacientes víctimas de violencia doméstica.
9. Para mejorar el grado de cumplimentación y la calidad de los partes de lesiones y con ello la atención a las víctimas de violencia, debemos contar con responsables sanitarios y profesionales, que eliminen sus reticencias y miedos respecto al manejo de las situaciones de violencia en el ámbito doméstico, afianzando sus conocimientos y seguridad mediante formación específica que les haga reconocer y afrontar el problema de la violencia de género y la violencia doméstica no de género como cualquier otro problema de salud, organizando la asistencia a pacientes víctimas de violencia de manera coordinada, con los recursos humanos necesarios y con protocolos claros de actuación que incluyan el diseño y la utilización de partes de lesiones específicos también para casos de violencia doméstica no de género.

## **7. BIBLIOGRAFÍA**



1. OMS, 49ª Asamblea Mundial de la Salud, *Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública*, Organización Mundial de la Salud. 1996. Resolución WHA49.25.
2. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. *World report on violence and health*. Geneva. World Health Organization; 2002.
3. Dahlberg LL, Krug EG. La violencia, un problema mundial de salud pública. *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*. Organización Panamericana de la Salud, 2003, 1-24 (Publicación Científica y Técnica Nº 588).
4. Flake DF. Individual, family and community risk markers for domestic violence in Peru. *Violence Against Women* 2005;11:353e73.
5. Jewkes R, Levin J, Penn-Kekana L. Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2002;55:1603e17.
6. Swahnberg K, Wijma B, Schei B, Hilden M, Irminger K, Wingren GB. Are sociodemographic and regional sample factors associated with prevalence of abuse? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:276e88.
7. Alonso JM, Castellanos JL. Por un enfoque integral de la violencia familiar. *Intervención Psicosocial*. 2006. 15; 3: 253-274.
8. Mercy JA *et al*. Public health policy for preventing violence. *Health Affairs*, 1993, 12:7–29.
9. Walters RH, Parke RD. Social motivation, dependency, and susceptibility to social influence. En: Berkowitz L, ed. *Advances in experimental social psychology*. Vol. 1. Nueva York, NY, Academic Press, 1964: 231–276.
10. Dodge KA, Coie JD. Social information processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987, 53:1146–1158.
11. Foege WH, Rosenberg ML, Mercy JA. Public health and violence prevention. *Current Issues in Public Health*, 1995, 1:2–9.
12. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. El estado de la cuestión en el estudio de la Violencia de Género. *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*. 2013.
13. Corsi J. *Violencia Familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1994.
14. Corsi J. *Maltrato y Abuso en el ámbito doméstico*. Ed. Paidós. Buenos Aires. 2003.
15. Boggon LS. Violencia, agresividad y agresión: una diferenciación necesaria. *XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología*

- del Mercosur. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. 2006
16. Sanmartín J. *La violencia y sus claves*. Ed. Ariel. Barcelona. 4a edición. 2000. Pags. 13-21
  17. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent–child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development*. 1978. 49:604–616.
  18. Bronfenbrenner V. The ecology of human development: experiments by nature and design. Cambridge, MA. *Harvard University Press*. 1979.
  19. Garbarino J. *Adolescent development: an ecological perspective*. Columbus, OH, Charles E. Merrill, 1985
  20. Tolan PH, Guerra NG. What works in reducing adolescent violence: an empirical review of the field. Boulder, CO, University of Colorado, *Center for the Study and Prevention of Violence*, 1994
  21. Chaulk R, King PA. Violence in families: assessing prevention and treatment programs. Washington, DC, *National Academy Press*, 1998.
  22. Heise LL. Violence against women: an integrated ecological framework. *Violence Against Women*. 1998. 4:262–290.
  23. Schiamberg LB, Gans D. An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1999, 11:79–103.
  24. Carp RM. *Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research*. Nueva York, NY, Springer, 2000.
  25. Reiss AJ, Roth JA, eds. Violence in families: understanding and preventing violence. Panel on the understanding and control of violent behavior. *Vol. 1*. Washington, DC, *National Academy Press*, 1993:221–245.
  26. Thornberry TP, Huizinga D, Loeber R. The prevention of serious delinquency and violence: implications from the program of research on the causes and correlates of delinquency. En: Howell JC *et al.*, eds. *Sourcebook on serious, violent and chronic juvenile offenders*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1995:213–237.
  27. Lipsey MW, Derzon JH. Predictors of serious delinquency in adolescence and early adulthood: a synthesis of longitudinal research. En: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:86–105.
  28. Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Baltimore, MD, *Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs*, 1999 (Population Reports, Series L, No. 11)
  29. Maxfield MG, Widom CS. The cycle of violence: revisited 6 years later. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1996, 150:390–395.

30. Farrington DP. The family backgrounds of aggressive youths. En: Hersov LA, Berger M, Shaffer D, eds. *Aggression and antisocial behavior in childhood and adolescence*. Oxford, Pergamon Press, 1978:73–93.
31. McCord J. A forty-year perspective on the effects of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1983, 7:265–270.
32. Widom CS. Child abuse, neglect, and violent criminal behavior. *Criminology*, 1989, 27:251–272. 53.
33. Paolucci EO, Genuis ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology*, 2001, 135:17–36.
34. Brown J et al. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 38:1490–1496.
35. Stark E, Flitcraft A. Killing the beast within: woman battering and female suicidality. *International Journal of Health Services*, 1995, 25:43–64.
36. Kaslow NJ et al. Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African–American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998, 66:533–540.
37. Bristowe E, Collins JB. Family-mediated abuse of non-institutionalised elder men and women living in British Columbia. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1:45–54.
38. Pillemer KA, Prescott D. Psychological effects of elder abuse: a research note. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1:65–74.
39. Somasundaram DJ, Rajadurai S. War and suicide in Northern Sri Lanka. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1995,91:1–4.
40. Gelles RJ (1993) Family violence, en Hampton RL, Gullota TP(eds) *Family violence. Prevention and treatment*. Londres: Sage Publications.
41. Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. *Resolución de la Asamblea General. Declaración 48/104*. Naciones Unidas. 1994.
42. Heyzer N. Trabajando por un mundo libre de violencia contra la mujer. *Carpeta de Documentos del Foro Mundial de Mujeres contra la Violencia*. Valencia. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. 2000.
43. Medina J. *Violencia contra la mujer en la pareja. Investigación comparada y situación en España*. Valencia: Tirant Monografías. 2002
44. Velando M. La RAE y la violencia de género: reflexiones en torno al debate lingüístico sobre el título de una ley. *Cultura, Lenguaje y Representación*, 2005;II:107-124

45. Real Academia Española. "Informe de la Real Academia Española sobre la expresión violencia de género", 19 de mayo, 2004 <[www.rae.es](http://www.rae.es)>, [31/05/04].
46. Lamarca CH. La R.A.E. y el monopolio del género...gramatical. *El cajetín de la Lengua*, 31 de mayo, 2004. <[www.ucm.es/info/especulo/cajetin](http://www.ucm.es/info/especulo/cajetin)>, [24/06/04].
47. Oroz, A. Sexo, genética y género. 13 de julio, 2004. <[www.elcastellano.org](http://www.elcastellano.org)>, [14/07/04].
48. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE núm. 313, de 29 de diciembre de 2004 p. 42166-97.
49. Giddes A. *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Ed. Catedra. Madrid. 2000.
50. Trujano P, Nava C, Tejeda E, Gutiérrez S. Estudio confirmatorio acerca de la frecuencia y percepción de la violencia. *Intervención Psicosocial* 2006;15: 95-110.
51. *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012.
52. Walker L. *The Battered Women*. New York: Harper y Row, Publishers. 1979
53. Walker L. Psychology and violence against women. *American Psychologist*, 1989; 44; 4: 695-702.
54. Nogueiras B. La violencia en la pareja. En Ruiz-Jarabo C, Blanco P (dir.), *La violencia contra las mujeres*. Madrid. Díaz de Santos. 2004; 39-55
55. Gelles RJ. Violence in the family: a review of research in the seventies. *Journal of marriage and the family*. 1980; 42: 873-885
56. Gelles RJ. Family violence, en Hampton RL, Gullota TP. *Family violence. Prevention and treatment*. Londres: Sage Publications.1993.
57. Yanes JM, González R. Correlatos cognitivos asociados a la experiencia de violencia interparental. *Psicothema* 2000;12:1: 41- 48.
58. Gómez E, De Paúl J. Transmisión intergeneracional del maltrato físico infantil: un estudio sobre el rol del apego adulto. En *Bienestar y protección infantil*. 2002; 1; 3:97 118.
59. RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la *Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*. BOE núm. 222, de 16 de septiembre de 2006.
60. Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid. BOCM de 29 de diciembre de 2005.
61. Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista en Cataluña. BOE núm.131, de 30 de mayo de 2008.

- 
62. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. BOE núm.15, de 17 de enero de 1996
  63. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. BOE núm.180, de 29 de julio de 2015
  64. Bombín V, Juez Magistrado. Juzgado de Violencia Contra la Mujer núm.1. Murcia. Consecuencias jurídicas de la actuación sanitaria. *I Jornadas de Violencia de Género en Urgencias Hospitalarias*. HGU Reina Sofía. Murcia. 2015
  65. Arroyo A. Mujer maltratada: Intervención Médicoforense y Nueva Legislación. *Atención Primaria*. 2000; 26 (4):255-260
  66. Aretio A. *Detección y abordaje de la violencia doméstica desde la atención primaria de salud de La Rioja: una cuestión pendiente*. Informe técnico del Servicio Riojano de Salud. Logroño. 2001
  67. Instituto de Medicina Legal de la Rioja. *Intervención médico forense en violencia doméstica, de género y sexual*. Instituto de Medicina Legal de La Rioja. Memoria 2005. Logroño. 2007.
  68. Aretio A. Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres. *Gac Sanit* 2007; 21(4): 273-277.
  69. Sachs CJ. Mandatory reporting of injuries inflicted by intimate partner violence. *Virtual Mentor*. 2007; 9; 12: 842-5
  70. Casado M. *Manual de documentos médico-legales*. Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura. Ed. ROS. 2008; 24-28.
  71. Casado M, Hurtado P, Jiménez A. Intervención médico-legal en los servicios de urgencias. *Emergencias*. 1999; 11: 365-368.
  72. Gisbert JA. *Tratado de Medicina Legal y Toxicología*. 4ª edición. Ed. Salvat. Barcelona, 1991.
  73. Moya V, Borobia C, Garrido R. Análisis del parte de lesiones. *Rev Esp de Med Leg* 1980; 7: 180-186.
  74. Gª Calleja JL, Serrat D, Fuentes F, et al. Análisis y valoración del estado actual del parte de lesiones. *Emergencias*. 1994; 6,2: 65-72.
  75. Gª Minguito L, Casas JD, Rodríguez MS. Propuesta de baremo (de escala) para analizar la calidad de los partes de lesiones en casos de violencia de género. *Gac Sanit*. 2012; 26 (3):256–260.
  76. *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015. Avance de resultados*. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Madrid. 2015.

77. Lamata F. *et al.* *Manual de administración y gestión sanitaria*. Ed. Díaz de Santos. Madrid.1998; 395.
78. Fdez.-Romero E, Espino R, Aguilera M, *et al.* Violencia doméstica atendida en urgencias de un hospital comarcal: características socio-demográficas de víctima y agresor. *Emergencias*. 2008; 20: 164-172.
79. Patró R, Limiñana RM, Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de psicología*. 2005; 21; 1: 11-17
80. Farchi S. *et al.* Use of emergency department services by women victims of violence in Lazio region, Italy. *BMC Women's Health*. 2013; 13: 31.
81. Abbott J, Johnson R, Koziol-McLain J, *et al.* Domestic violence against women: incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA* 1995; 273: 1763–1767.
82. Gracia E: Unreported cases of domestic violence against women: towards an epidemiology of social silence, Tolerance, and inhibition. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58; 7: 536–537.
83. Kogan SM: Disclosing unwanted sexual experiences: results from a national sample of adolescent women. *Child Abuse Negl* 2004, 28(2):147–165.
84. Priebe G, Svedin CG: Child sexual abuse is largely hidden from the adult society: an epidemiological study of adolescents' disclosures. *Child Abuse Negl* 2008, 32; 12: 1095–1108.
85. Gibbons J. Services for adult who have experienced child sexual assault: Improving agency response. *Soc Sci Med* 1996; 43; 12: 1755–1763.
86. Heise L, Garcia-Moreno C, WHO: Violence by intimate partners. In Edited by Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Geneva: *WHO. World report on violence and health*. 2002.
87. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, *et al.* Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006. 7; 368; 9543:1260-9
88. Boyle A, Todd C. Domestic violence in a UK emergency department: an incidence and prevalence survey. *Emerg Med J* 2003; 20: 438–42.
89. Spedding RL, McWilliams M, McNicholl BP, *et al.* Markers for domestic violence in women. *J Accid Emerg Med* 1999; 16: 400–2.
90. Boyle A, Robinson S, Atkinson P. Domestic violence emergency medicine patients. *Emerg Med J* 2004; 21: 9-13.
91. Regueira-Diéguez A, *et al.* Intimate partner violence against women in Spain: A medico-legal and criminological study. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2015; 34: 119-126.

- 
92. Puentes K, Ribeiro C, Jardim P, Santos A, *et al.* Non-fatal gunshot wounds in the context of intimate partner violence. The importance of a multidisciplinary approach: a case report. *J Forensic Leg Med.* 2011;18: 221-4
  93. Peiró S, Librero J, Ridaó M, *et al.* Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit.* 2010; 24;1: 6–12
  94. Kothari CL, Rhodes KV. Missed opportunities: emergency department visits by police-identified victims of intimate partner violence. *Ann Emerg Med* 2006; 47; 2: 190–199.
  95. Richardson J, Feder G: Domestic violence: a hidden problem for general practice. *Br J Gen Pract* 1996, 46; 405: 239–242.
  96. Romito P, Molzan J, De Marchi M. The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. *Soc Sci Med* 2005; 60; 8: 1717–1727.
  97. Weaver TL. Impact of rape on female sexuality: review of selected literature. *Clin Obstet Gynecol* 2009; 52; 4: 702–711.
  98. Golding J: Sexual assault history and women's reproductive and sexual health. *Psychol Women Q* . 1996; 20: 101–121.
  99. Jamieson DJ, Steege JF: The association of sexual abuse with pelvic pain complaints in a primary care population. *Am J Obstet Gynecol.* 1997; 177; 6: 1408–1412
  100. Baccini F, Pallotta N, Calabrese E, *et al.* Prevalence of sexual and physical abuse and its relationship with symptom manifestations in patients with chronic organic and functional gastrointestinal disorders. *Dig Liver Dis* 2003, 35; 4: 256–261.
  101. Leserman J, Drossman DA. Relationship of abuse history to functional gastrointestinal disorders and symptoms: some possible mediating mechanisms. *Trauma Violence Abuse* 2007. 83; 331–343.
  102. Paras ML, Murad MH, Chen LP, *et al.* Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2009; 30; 25: 550–561.
  103. Romito P, Gerin D. Asking patients about violence: a survey of 510 women attending social and health services in Trieste. Italy. *Soc Sci Med.* 2002; 54; 12: 1813–1824
  104. Romito P, De Marchi M, Turan JM, *et al.* Identifying Violence Among Women Patients Attending Family Practices: The Role of Research in Community Change. *J. Community Appl. Soc. Psychol.* 2004;14: 250–265.

105. Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, *et al.* Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ* 2002; 2; 7332: 274.
106. Wright J, Kariya A. Characteristics of female victims of assault attending a Scottish accident and emergency department. *J Accid Emerg Med.* 1997; 14; 6: 375–378.
107. Rodríguez MS, Vázquez-Portemeñe F. La violencia de género. Aspectos médico-legales y jurídico-penales. Ed.Tirant lo Blanch. Valencia . 2013
108. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. *Código de Deontología Médica.* Madrid. 2011.
109. Straus MA, Gelles RJ, *et al.* *Behind closed doors :violence in the American Family (editors).* Newbury Park, CA: Sage Publications. 1988
110. U.S. Department of Health and Human Services. Executive summary of the third National Incidence Study of child abuse and neglect. *Administration for Children and Families. National Center on Child Abuse and Neglect.* Septiembre,1996.
111. Reyes, F, Rodríguez JR, Malavé S. Manifestaciones de la Violencia Doméstica en una Muestra de Hombres Homosexuales y Mujeres Lesbianas Puertorriqueñas. *Revista Interamericana de Psicología / Interamerican Journal of Psychology.* 2005; 39; 3: 449-456
112. INE. Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género. Año 2014. Registro central para la protección de las víctimas de la violencia doméstica y de género. Ministerio de Justicia. 2014.
113. Real decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la *Ley de Enjuiciamiento Criminal.* BOE núm. 260, de 17/09/1882.
114. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del *Código Penal.* BOE núm. 281, de 24 de noviembre de 1995.
115. Coll-Vinent B, Echeverría T, Farrás U, *et al.* El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit.* 2008; 22; 1: 7-10.
116. Coll-Vinent B. Identificación en urgencias de los casos de violencia doméstica. *Jano.* 2006; 1596: 39-41.
117. Echarte JL, León N, Puente I, *et al.* Mejorar la calidad asistencial en la atención a la mujer maltratada en los servicios de urgencias. *Emergencias.* 2010; 22: 193-198
118. Sugg NK, Thompson RS, *et. al.* Domestic violence and primary care: attitudes, practices and beliefs. *Arch Fam Med.* 1999;8:301-6.
119. Escribá-Aguir V, Barona-Vilar C, Calvo-Mas C. Lesiones por violencia doméstica en la Comunidad Valenciana. *Gac Sanit.* 2006;20:510–2.

120. Cano LM, Berrocoso A, de Arriba L, *et al.* Prevalencia de Violencia de Género en mujeres que acuden a consultas de Atención Primaria *Rev Clín Med Fam* 2010; 3; 1: 10-17
121. Instituto Nacional de Estadística. Secretaría de Estado de Economía y Apoyo a la Empresa. Ministerio de Economía y Competitividad. Madrid. [www.ine.es](http://www.ine.es)
122. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, *et al.* Sociodemographic associations of physical, emotional, and sexual intimate partner violence in Spanish women. *Ann Epidemiol.* 2006; 16: 357-63.
123. Amor, P.J. 1, *et al.* Violencia de género y adicción a drogas en Centros de Día. Edit: Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias.
124. Gutierrez SE, Van Puymbroeck C. Childhood and adult violence in the lives of women who misuse substances. *Aggression and Violent Behavior*, 2006;11; 5: 497-513.
125. Golding, JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence.* 1999; 14: 99-132.
126. Thompson RS, Bonomi AE, Anderson M, *et al.* Intimate partner violence: prevalence, types, and chronicity in adult women. *Am J Prev Med* 2006; 30: 447-57.
127. Beltrán P, Bellido MC, Pastor M. El ciclo de la violencia y las repercusiones en la salud psíquica de la víctima. *Jornadas sobre violencia de género en el ámbito sanitario.* Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2005: 41-48
128. Muelleman RL, Lenaghan PA, Pakieser RA. Battered women: injury locations and types. *Ann Emerg Med* .1996;28(5):486-92.
129. Sheridan DJ, Nash KR. Acute injury patterns of intimate partner violence victims. *Trauma Violence Abuse* . 2007; 8: 281-9.
130. Bazargan-Hejadi S, Kim E, Lin J, *et al.* Risk factors associated with different types of intimate partner violence (IPV): an Emergency Department study. *The Journal of Emergency Medicine.* 2014; 47; 6: 710-720
131. 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
132. Arroyo A. Mujer maltratada: intervención médico-forense y nueva legislación. *Aten Primaria.* 2000; 26: 255–60.
133. Kwan RO, Cureton EL, Dozier KC, *et al.* Gender differences among recidivist trauma patients. *J Surg Res.* 2011;165:25–9.

134. Millán R. El trabajo social con mujeres maltratadas, Intervención individual. Violencia contra las mujeres. *Prevención y detección*. Madrid: Díaz de Santos; 2005. p. 145–58.
135. Echeburúa E, Corral P, Amor PJ. Evaluación del daño psicológico en víctimas de delitos violentos. *Psicothema*. 2002; 14: 139–46.
136. 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: 31–8.
137. Jokinen J, Forshund K, Ahnecuark E, et al. Karolinska interpersonal violence scale predicts suicide in suicide attempters. *J Clin Psychiatry*. 2010;71: 1025–32.
138. Kennedy C, Angie C, Bybee D, et al. The impact of family and community violence on children depression trajectories: examining the interactions of violence exposure family social support and gender. *J Fam Psychol*. 2010; 24: 197–207.
139. Meyer S. Seeking help to protect the children? The influence of children on women decisions to seek help when experiencing intimate partner violence. *J Fam Violence*. 2010; 25: 713–25.
140. Hetling A, Zhahg HY. Domestic violence, poverty and social service: does location matter? *Soc Sci Q*. 2010; 91: 1144–63.
141. Sarrión MT, Aracil C, Molina R. Estudio descriptivo y valoración de la cumplimentación de los partes de lesiones generados en un servicio hospitalario de urgencias. *Emergencias*. 1995;7:245–51.
142. Serrat, García L, Castellano M. Estudio descriptivo de los partes de lesiones emitidos por el servicio de urgencias de un hospital general. *IV Jornadas anuales de Medicina Legal y Forense*. 1990; Abril 19-21; Cádiz.
143. García JL, Vidal AI, Hernando E, et al. Traumatismos por accidentes de tráfico. Estudio descriptivo a partir de los partes de lesiones emitidos por el servicio de urgencias de un hospital general. *Emergencias*. 1993; 5 ; 5: 172.
144. Andrés A, López S, Álvarez E. Valoración del riesgo de violencia contra la pareja por medio de la SARA. *Papeles del Psicólogo*. 2008; 29; 1: 107-122
145. Dutton DG. *The Batterer: A Psychological Profile*. New York. Basic Books. 1995
146. Stith S, et al. Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: a meta-analytic review. *Aggression and violent behavior*. 2004; 10: 65-98
147. Hart S. Assessing and managing violence risk. En: Douglas K, et al. *HCR-20: violence risk management companion guide* . SFU ed. Vancouver 2001:13-26
148. Campbell JC. Ed. *Assessing Dangerousness. Violence by sexual offenders, batterers, and child abusers*. Thousand Oaks: SAGE Publications. 1995
149. Kropp PR, Hart SD, WebsterCD et al. *Spouse Abuse Risk Assessment*. SFU ed. Vancouver. 2005

- 
150. Echeburúa E, Amor PJ, *et al.* Escala de Predicción del Riesgo de Violencia Grave contra la pareja -Revisada- (EPV-R). *Psicothema*. 2010; 22; 4: 1054-1060
  151. Tjaden P, Thoennes N. Extent, nature, and consequences of intimate partner violence. Research Report. *Findings from the National Violence Against Women Survey*. U.S. Department of Justice. Office of Justice Programs. National Institute of Justice. 2000
  152. CGPJ. Guía de Criterios de Actuación Judicial frente a la Violencia de Género. Actualización 2013. Grupo de Expertos/as en Violencia Doméstica y de Género del CGPJ. Madrid, 27 de Junio. 2013
  153. Casas JD, Rodríguez MS. Valoración médico-forense de la mujer maltratada. *Rev Esp Med Legal*. 2010; 36; 3: 110-116
  154. Protocolo Médico-Forense de Valoración Urgente del Riesgo de Violencia de Género. Secretaría General Técnica. Ministerio de Justicia. Madrid. 2011
  155. Lorente M. Medicina Legal y Forense y violencia de género. *Rev Esp Med Legal*. 2010; 36; 3: 91-92.
  156. Hotaling GT, Sugarman DB. An analysis of risk markers in husband to wife violence: The current state of knowledge. *Violence and Victims*. 1986; 1; 2: 101-124.
  157. Straus MA, Hamby SL *et al.* The Revised Conflict Tactics scale (CTS-2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issue*, 1996; 17; 3: 283 -316
  158. Khosravipoura E, *et al.* Risk factors of Marital Violence of Married Men and Women in Different Levels of Severity . *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2011; 30: 1221-1229
  159. Johnson MP. Patriarchal Terrorism and Common Couple Violence: Two Forms of Violence against Women. *Journal of Marriage and Family*. 1995; 57; 2: 283-294
  160. Johnson MP, Ferraro KJ. Research on domestic violence 1990s: Making distinction. *Journal of Marriage and the family*. 2000; 62: 948- 963
  161. Braun T, *et al.* Frecuentación del servicio de urgencias y factores sociodemográficos. *Gac Sanit*. 2002; 16; 2: 139-44



## **8. ANEXOS**



## ANEXO I

### Las últimas reformas penales y procesales penales en violencia de género y doméstica.

D. Juan Francisco Fernández Ros (27/08/2015)

La gran afluencia reformadora en todos los ámbitos jurídicos, y también en materia penal y procesal penal han tenido también repercusión en el ámbito de la violencia sobre la mujer y doméstica, desgranándose de las distintas leyes publicadas en el año 2015. Es un intento por unificar aquellas que tienen relevancia e inciden directa o indirectamente sobre ella.

**Resumen.-1.Ley Orgánica 1/2015, de 30/03, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.** a. Añade la circunstancia de género como circunstancia agravante genérica. b. Amplía el ámbito de la medida de libertad vigilada c. Trasposición de las faltas como delitos leves. d. Nuevo delito de acoso. e. Suspensión de ejecución de la pena de prisión. f. Quebrantamiento de dispositivos de control de medios telemáticos de control. g. Entrada en vigor.**2. Ley Orgánica 4/2015, de 27/04, del Estatuto de la víctima del delito.****3. Ley Orgánica 7/2015, de 21/07, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/1985, de 1/07, del Poder Judicial.** a. Posibilidad de extender la jurisdicción de los Juzgados de Violencia al ámbito de dos o más partidos judiciales dentro de la misma provincia. b. Ampliación del número de delitos, competencia del Juzgado de Violencia sobre la Mujer c. En relación con la Estadística Judicial.d. Entrada en vigor.**4. LO 8/2015, de 22/07, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.** a. Reconocimiento a los menores víctimas de violencia de género. b. Obligación de pronunciarse sobre los menores dependientes de la mujer. c. Aumento de situaciones objeto de protección de menores. d. Estancias o formas de relacionarse o comunicarse con los menores.e.Entrada en vigor.**5. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.**

Abreviaturas utilizadas:

CP: Código Penal.

LEC: Ley de Enjuiciamiento Civil.

LECRIM: Ley de Enjuiciamiento Criminal.

LGSS: Ley General de la Seguridad Social, (RDL 1/1994, de 20/06).

LIVG: Ley Orgánica Integral de Protección contra la Violencia de Género.

**1. LEY ORGÁNICA 1/2015, DE 30/03, POR LA QUE SE MODIFICA LA LEY ORGÁNICA 10/1995, DE 23 DE NOVIEMBRE, DEL CÓDIGO PENAL(BOE 31/03/2015).**

**a. Añade la circunstancia de género como circunstancia agravante genérica.**

En primer lugar, se incorpora el género como motivo de discriminación en la agravante 4.<sup>a</sup> del artículo 22. Se señala en la exposición de motivos que *“La razón para ello es que el género, entendido de conformidad con el Convenio n.º 210 del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, aprobado en Estambul por el Comité de Ministros del Consejo de Europa el 7 de abril de 2011, como «los papeles, comportamientos o actividades y atribuciones socialmente construidos que una sociedad concreta considera propios de mujeres o de hombres», puede constituir un fundamento de acciones discriminatorias diferente del que abarca la referencia al sexo”. La agravante queda con la siguiente redacción: “4.<sup>a</sup> Cometer el delito por motivos racistas, antisemitas 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, orientación o identidad sexual, razones de género, la enfermedad que padezca o su discapacidad.”*

**b. Amplía el ámbito de la medida de libertad vigilada.**

Esta medida, introducida en el Código Penal mediante la reforma operada por la Ley Orgánica 5/2010, de 22/06, también se podrá imponer ahora en todos los delitos contra la vida – sean o no víctimas de violencia doméstica-, y en los delitos de malos tratos y lesiones cuando se trate de víctimas de violencia de género y doméstica.

- **Delitos contra la vida.**- Introduce un nuevo artículo 140 bis, que tampoco afecta exclusivamente a los delitos de violencia doméstica, y que tiene la siguiente redacción: *“A los condenados por la comisión de uno o más delitos comprendidos en este Título se les podrá imponer además una medida de libertad vigilada.”*
- **Lesiones.**- Añade un nuevo artículo 156 ter, que como en el anterior apartado, no solo afecta a delitos de violencia doméstica, sino a todos los del título, con la siguiente redacción: *“A los condenados por la comisión de uno o más delitos comprendidos en este Título, cuando la víctima fuere alguna de las personas a que se refiere el apartado 2 del artículo 173, se les podrá imponer además una medida de libertad vigilada.”*
- **Malos tratos.**-artículo 173.2 in fine *“...En los supuestos a que se refiere este apartado, podrá además imponerse una medida de libertad vigilada.”*

**c. Trasposición de las faltas como delitos leves.**

La desaparición de las faltas, y la adecuación de los tipos penales que ello comporta, no impiden mantener la diferenciación en el tratamiento de los delitos relacionados con la violencia de género y doméstica, con el fin de mantener un nivel de protección más elevado. De forma que no ha supuesto la despenalización de tales conductas, aunque sí únicamente su mayor punición, y mantiene la innecesaridad, en esta nueva categoría de delitos leves, con carácter general, de denuncia previa del

perjudicado, requisito de perseguibilidad que no se va a exigir en las infracciones relacionadas con la violencia de género y doméstica, salvo la relativa a las injurias o vejaciones leves.

- **Lesiones.-** El artículo 153.1 no ha sufrido reforma, sino solo para adecuar la redacción a la nueva definición del tipo general de delito leve de delito menos grave - anteriormente falta de maltrato de obra o lesión definida como delito -, pero que en el ámbito de la violencia doméstica ya se hallaba contemplada como delito en este mismo artículo, que no ha sufrido modificación alguna, perseguible de oficio. Y así según refiere el artículo 147.4, mientras con carácter general, los delitos comprendidos en los apartados 2 y 3 del artículo 147 del CP – lesión menos grave o maltrato de obra -, cuando la víctima sea de violencia doméstica -, será perseguible de oficio, sin necesidad de denuncia de parte.

Una consecuencia perceptible en los Juzgados, lo encontramos en lo relativo a los partes de lesiones remitidos por centro médico u hospitalario, de los cuales, solo darían lugar a la instrucción de un procedimiento, los relativos a violencia doméstica.

- **Amenazas.-** Hay un nuevo artículo 171.7, con el siguiente contenido: *“7. Fuera de los casos anteriores, el que de modo leve amenace a otro será castigado con la pena de multa de uno a tres meses. Este hecho sólo será perseguible mediante denuncia de la persona agraviada o de su representante legal. Cuando el ofendido fuere alguna de las personas a las que se refiere el apartado 2 del artículo 173, la pena será la de localización permanente de cinco a treinta días, siempre en domicilio diferente y alejado del de la víctima, o trabajos en beneficio de la comunidad de cinco a treinta días, o multa de uno a cuatro meses, ésta última únicamente en los supuestos en los que concurran las circunstancias expresadas en el apartado 2 del artículo 84. En estos casos no será exigible la denuncia a que se refiere el párrafo anterior.”*
- **Coacciones leves.-** Añade un apartado nuevo, el artículo 172.3, con el siguiente contenido: *“3. Fuera de los casos anteriores, el que cause a otro una coacción de carácter leve, será castigado con la pena de multa de uno a tres meses. Este hecho sólo será perseguible mediante denuncia de la persona agraviada o de su representante legal. Cuando el ofendido fuere alguna de las personas a las que se refiere el apartado 2 del artículo 173, la pena será la de localización permanente de cinco a treinta días, siempre en domicilio diferente y alejado del de la víctima, o trabajos en beneficio de la comunidad de cinco a treinta días, o multa de uno a cuatro meses, ésta última únicamente en los supuestos en los que concurran las circunstancias expresadas en el apartado 2 del artículo 84. En estos casos no será exigible la denuncia a que se refiere el párrafo anterior.”*
- **Injurias o vejaciones injustas.-** Sin embargo, para la persecución de las injurias o vejaciones injustas leves, si se exige la previa denuncia. Queda modificado para convertir en delito leve lo que antes era falta, el apartado 2 y se introduce un nuevo apartado 4 en el artículo 173, con la siguiente redacción: *“4. Quien cause injuria o vejación injusta de carácter leve, cuando el ofendido fuera una de las personas a*

*las que se refiere el apartado 2 del artículo 173, será castigado con la pena de localización permanente de cinco a treinta días, siempre en domicilio diferente y alejado del de la víctima, o trabajos en beneficio de la comunidad de cinco a treinta días, o multa de uno a cuatro meses, esta última únicamente en los supuestos en los que concurran las circunstancias expresadas en el apartado 2 del artículo 84. Las injurias solamente serán perseguibles mediante denuncia de la persona agraviada o de su representante legal.”*

**d. Nuevo delito de acoso.**

Tampoco se exigirá denuncia en estos casos para la persecución del nuevo delito de acoso. Delito que incluido dentro del título de los delitos contra la libertad, en el capítulo III, “*De las coacciones*”, conforme al artículo 87 ter.1 d) del CP, si la víctima se encuentra dentro de los sujetos del artículo 173.2 CP, podrá corresponder su conocimiento al Juzgado de Violencia sobre la Mujer. Es el nuevo artículo 172 ter se encuentra, y siempre que conforme a la dicción de los artículos incluidos y la interpretación constitucional, con una gran variedad de comportamientos: “*1. Será castigado con la pena de prisión de tres meses a dos años o multa de seis a veinticuatro meses el que acose a una persona llevando a cabo de forma insistente y reiterada, y sin estar legítimamente autorizado, alguna de las conductas siguientes y, de este modo, altere gravemente el desarrollo de su vida cotidiana: 1.ª La vigile, la persiga o busque su cercanía física. 2.ª Establezca o intente establecer contacto con ella a través de cualquier medio de comunicación, o por medio de terceras personas. 3.ª Mediante el uso indebido de sus datos personales, adquiera productos o mercancías, o contrate servicios, o haga que terceras personas se pongan en contacto con ella. 4.ª Atente contra su libertad o contra su patrimonio, o contra la libertad o patrimonio de otra persona próxima a ella. Si se trata de una persona especialmente vulnerable por razón de su edad, enfermedad o situación, se impondrá la pena de prisión de seis meses a dos años. 2. Cuando el ofendido fuere alguna de las personas a las que se refiere el apartado 2 del artículo 173, se impondrá una pena de prisión de uno a dos años, o trabajos en beneficio de la comunidad de sesenta a ciento veinte días. En este caso no será necesaria la denuncia a que se refiere el apartado 4 de este artículo. 3. Las penas previstas en este artículo se impondrán sin perjuicio de las que pudieran corresponder a los delitos en que se hubieran concretado los actos de acoso. 4. Los hechos descritos en este artículo sólo serán perseguibles mediante denuncia de la persona agraviada o de su representante legal.”*

**e. Suspensión de ejecución de la pena de prisión.**

Otra previsión destacable en esta materia es la corrección que se introduce en materia de imposición de penas de multa, cuando se impone como medida o prestación complementaria para condicionar la suspensión de la pena privativa de libertad, con el fin de que no genere consecuencias negativas en el ámbito familiar. Con carácter general, sólo será posible la imposición de penas de multa en este tipo de delitos cuando conste acreditado que entre agresor y víctima no existen relaciones económicas derivadas de una relación conyugal, de convivencia o filiación, o existencia de una descendencia común. Lo encontramos en el modificado artículo 84, que queda redactado como sigue: “*2. Si se hubiera tratado de un delito cometido sobre la mujer por quien sea o haya sido su cónyuge, o por quien esté o haya estado ligado a ella por una relación similar 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, el pago de la multa a que se refiere la medida 2.ª del apartado anterior [pago de una multa] solamente podrá imponerse cuando conste acreditado que entre ellos no existen relaciones económicas derivadas de una relación conyugal, de convivencia o filiación, o de la existencia de una descendencia común.”*

**f. Quebrantamiento de dispositivos de control de medios telemáticos de control.**

En relación con los dispositivos telemáticos para controlar las medidas cautelares y las penas de alejamiento en materia de violencia de género, los problemas sobre la calificación penal de ciertas conductas del imputado o penado tendentes a hacerlos ineficaces - a las que se alude en la Circular 6/2011, de la Fiscalía General del Estado, sobre criterios para la unidad de actuación especializada del Ministerio Fiscal en relación a la violencia sobre la mujer -. Por ello, por fin, se incluye expresamente estas conductas dentro de los delitos de quebrantamiento, a fin de evitar que queden impunes los actos tendentes a alterar o impedir el correcto funcionamiento de dichos dispositivos. Se añade un apartado 3 al artículo 468, con el siguiente contenido: “3. *Los que inutilicen o perturben el funcionamiento normal de los dispositivos técnicos que hubieran sido dispuestos para controlar el cumplimiento de penas, medidas de seguridad o medidas cautelares, no los lleven consigo u omitan las medidas exigibles para mantener su correcto estado de funcionamiento, serán castigados con una pena de multa de seis a doce meses.*”

Este delito, recogido dentro del título relativo a quebrantamiento de sentencia, medida cautelar o de seguridad, siempre que no venga acompañado de otro delito específico de violencia de género, por los hechos ocurridos hasta el 1/10/2015, por el Juzgado ordinario; entra en vigor la Ley Orgánica 7/2015, de 21/07, por la que se modifica la LO 6/1985 de 1/07, del Poder Judicial— que después se mencionará -, que atribuye a los Juzgado de Violencia sobre la Mujer los delitos de quebrantamiento, se hayan cometido solos o con otro delito de los ahora previstos como competencia de ese Juzgado.

**g. Entrada en vigor.**

Según la Disposición Final Octava, la reforma entró en vigor el día 1 de Julio de 2015.

**2. LEY ORGÁNICA 4/2015, DE 27/04, DEL ESTATUTO DE LA VÍCTIMA (BOE 28/04/2015).**

El artículo 7<sup>1</sup> de esta Ley, que recoge el derecho a recibir información sobre la causa penal, señala una serie de derechos en favor de todas las víctimas de delitos, con respecto a la recepción de información, y sin retrasos no justificados, de la fecha del juicio - lugar, fecha y hora -, y del contenido de una serie de resoluciones relativas a la marcha del procedimiento (la que acuerda no iniciar el procedimiento, la sentencia), o a la situación personal del sospechoso (relativa al ingreso en prisión – incluso su fuga si la hubiera-, puesta en libertad, acuerdo o modificación de medidas cautelares encaminadas a garantizar la seguridad de la víctima´, incluso cualquier resolución o decisión, judicial o penitenciaria afectante a los condenados por delito –cometido con violencia o intimidación-, y que suponga un riesgo para la seguridad de la víctima) así como relativos a la situación penitenciaria del artículo 13.1 de la misma Ley, dictadas por el Juez de Vigilancia Penitenciaria –sobre la clasificación del penado en tercer grado en relación a algunos delitos, sobre la concesión de beneficios penitenciarios, permisos de salida, clasificación de tercer grado y cómputo de tiempo para la concesión de libertad condicional, para fijar el límite de cumplimiento, o por el Juez sentenciador, relativo a la libertad condicional).<sup>2</sup>

Pues bien, en relación con los delitos de violencia de género, la diferencia con el régimen general de notificación general de las víctimas, consiste en que las resoluciones que acuerden la prisión o la posterior puesta en libertad del infractor, así como la posible fuga del mismo, así como las que acuerden la adopción de medidas cautelares

---

<sup>1</sup> Art. 7.1. "Toda víctima que haya realizado la solicitud a la que se refiere el apartado m) del artículo 5.1, será informada sin retrasos innecesarios de la fecha, hora y lugar del juicio, así como del contenido de la acusación dirigida contra el infractor, y se le notificarán las siguientes resoluciones: a. La resolución por la que se acuerde no iniciar el procedimiento penal. b. La sentencia que ponga fin al procedimiento. c. Las resoluciones que acuerden la prisión o la posterior puesta en libertad del infractor, así como la posible fuga del mismo. d. Las resoluciones que acuerden la adopción de medidas cautelares personales o que modifiquen las ya acordadas, cuando hubieran tenido por objeto garantizar la seguridad de la víctima. e. Las resoluciones o decisiones de cualquier autoridad judicial o penitenciaria que afecten a sujetos condenados por delitos cometidos con violencia o intimidación y que supongan un riesgo para la seguridad de la víctima. En estos casos y a estos efectos, la Administración penitenciaria comunicará inmediatamente a la autoridad judicial la resolución adoptada para su notificación a la víctima afectada. f. Las resoluciones a que se refiere el artículo 13...3. Cuando se trate de víctimas de delitos de violencia de género, les serán notificadas las resoluciones a las que se refieren las letras c) y d) del apartado 1, sin necesidad de que la víctima lo solicite, salvo en aquellos casos en los que manifieste su deseo de no recibir dichas notificaciones."

<sup>2</sup> Art 13.1 : "...a. El auto por el que el Juez de Vigilancia Penitenciaria autoriza, conforme a lo previsto en el párrafo tercero del artículo 36.2 del Código Penal, la posible clasificación del penado en tercer grado antes de que se extinga la mitad de la condena, cuando la víctima lo fuera de alguno de los siguientes delitos: 1.º Delitos de homicidio. 2.º Delitos de aborto del artículo 144 del Código Penal. 3.º Delitos de lesiones. 4.º Delitos contra la libertad. 5.º Delitos de tortura y contra la integridad moral. 6.º Delitos contra la libertad e indemnidad sexual. 7.º Delitos de robo cometidos con violencia o intimidación. 8.º Delitos de terrorismo. 9.º Delitos de trata de seres humanos. b. El auto por el que el Juez de Vigilancia Penitenciaria acuerde, conforme a lo previsto en el artículo 78.3 del Código Penal, que los beneficios penitenciarios, los permisos de salida, la clasificación en tercer grado y el cómputo de tiempo para la libertad condicional se refieran al límite de cumplimiento de condena, y no a la suma de las penas impuestas, cuando la víctima lo fuera de alguno de los delitos a que se refiere la letra a) de este apartado o de un delito cometido en el seno de un grupo u organización criminal. c. El auto por el que se conceda al penado la libertad condicional, cuando se trate de alguno de los delitos a que se refiere el párrafo segundo del artículo 36.2 del Código Penal o de alguno de los delitos a que se refiere la letra a) de este apartado, siempre que se hubiera impuesto una pena de más de cinco años de prisión."

personales o que modifiquen las ya acordadas, cuando hubieran tenido por objeto garantizar la seguridad de la víctima, le serán notificadas sin necesidad de que deba ser solicitado – como en el resto de las víctimas -, salvo que haya manifestado su deseo de no recibir dichas notificaciones.

La Ley entrará en vigor a los seis meses de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado, esto es, el día 28/10/2015

**3. LEY ORGÁNICA 7/2015, DE 21/07, POR LA QUE SE MODIFICA LA LEY ORGÁNICA 6/1985, de 1/07, DEL PODER JUDICIAL (BOE 22/07/2015).**

**a. Posibilidad de extender la jurisdicción de los Juzgados de Violencia al ámbito de dos o más partidos judiciales dentro de la misma provincia.**

Y que según el reformado artículo 87 bis, apartado 2 de la LOPJ,<sup>3</sup> posibilidad que puede efectuarse mediante Real Decreto.

- Modificación que podrá acordarse por el Gobierno mediante Real Decreto - previa propuesta del Consejo General del Poder Judicial y con informe de las Administraciones afectadas -, sin necesidad de tramitar una modificación de la Ley de Demarcación y de Planta Judicial.
- Se modifica el artículo 8.2 de la Ley 38/1988 de Demarcación y Planta Judicial,<sup>4</sup> en relación a la denominación de las nuevas unidades que se puedan ir creando, que adoptarán el del municipio en que se sitúe.
- De este modo, se posibilita que por Decreto, extenderse la jurisdicción, ampliándola a dos o más partidos judiciales, a título de ejemplo, que el Juzgado de Violencia sobre la Mujer de Cartagena, extienda su jurisdicción a San Javier, o los de Murcia a los de Molina de Segura. Ya sería cuestión de valorar los aspectos positivos o negativos que pudiera tener esta medida, en cuanto a número de asuntos, operatividad y agilidad en el trámite, desahogo en los Juzgados mixtos que pierden esta competencia, no siendo desde luego una idea nueva que haya surgido recientemente, sino que ya ha sido sugerida desde hace años. Sin embargo, deberá tenerse también en cuenta que también se ha aumentado el número de delitos de los

<sup>3</sup>Artículo 87 bis.2.º”2. Sin perjuicio de lo previsto en la legislación vigente sobre demarcación y planta judicial, el Gobierno, a propuesta del Consejo General del Poder Judicial y en su caso, con informe de la Comunidad Autónoma con competencias en materia de Justicia, podrá establecer mediante real decreto que los Juzgados de Violencia sobre la Mujer que se determinen extiendan su jurisdicción a dos o más partidos dentro de la misma provincia.”

<sup>4</sup>Disposición final primera. Uno. Artículo 8.2.º”2. Las Secciones de las Audiencias Provinciales a que se refiere el apartado 5 del artículo 3 de esta Ley, así como los Juzgados de lo Penal, los Juzgados de lo Contencioso-administrativo, los Juzgados de lo Social, los Juzgados de Menores, los Juzgados de lo Mercantil y los Juzgados de Violencia sobre la Mujer, con jurisdicción de extensión territorial inferior o superior a la de una provincia, tienen su sede en la capital del partido que se señale por Ley de la correspondiente Comunidad Autónoma y toman el nombre del municipio en que aquélla esté situada.”

que conocerá el Juzgado de Violencia sobre la Mujer, quebrantamiento de condena, revelación de secretos y delitos contra el honor.

**b. Ampliación del número de delitos, competencia del Juzgado de Violencia sobre la Mujer.**

Incrementa así su competencia objetiva, abarcando, a tenor del reforma en los reformados artículos 87 ter 1 a) y d):<sup>5</sup>

**i. A los delitos contra la intimidad, el derecho a la propia imagen y el honor de la mujer.**

Es decir, conocerá de la instrucción de los procesos para exigir responsabilidad penal por delitos en los que también se viene manifestando la violencia de género; en concreto, los delitos de revelación de secretos y los delitos contra el honor.

El primer grupo de delitos, los relativos a los delitos *contra la intimidad y el derecho a la propia imagen* se corresponden con los regulados en el capítulo I del título X – Delitos contra la intimidad, el derecho a la propia imagen y la inviolabilidad del domicilio -, en los artículos 197 a 201 del CP, y al margen de la difícil aplicación que pueden tener algunos de esos delitos en el marco de la violencia de género o doméstica, piénsese en las alusiones que se efectúan a la calidad de funcionario público, personas jurídicas o efectuados en el seno de una organización criminal, por ejemplo, si conviene destacar, que necesitan denuncia previa de la persona agraviada, o de su representante legal, o del Ministerio Fiscal cuando sea menor de edad, incapaz o una persona desvalida. Las únicas excepciones contempladas serían en el supuesto en que el autor sea *la autoridad o funcionario público que, fuera de los casos permitidos por la Ley, sin mediar causa legal por delito, y prevaliéndose de su cargo, realizare una serie de conductas ajenas a la violencia doméstica, y además para los supuestos en que la comisión del delito afecte a los intereses generales o a una pluralidad de personas. Y del mismo modo, no olvidar que es posible el perdón del o de su representante legal, en su*

---

<sup>5</sup>Modifican las letras a) y d)y se añade una nueva letra g) al apartado 1 del artículo 87 ter: "a) De la instrucción de los procesos para exigir responsabilidad penal por los delitos recogidos en los títulos del Código Penal relativos a homicidio, aborto, lesiones, lesiones al feto, delitos contra la libertad, delitos contra la integridad moral, contra la libertad e indemnidad sexuales, contra la intimidad y el derecho a la propia imagen, contra el honor o cualquier otro delito cometido con violencia o intimidación, siempre que se hubiesen cometido contra quien sea o haya sido su esposa, o mujer que esté o haya estado ligada al autor por análoga relación de afectividad, aun sin convivencia, así como de los cometidos sobre los descendientes, propios o de la esposa o conviviente, o sobre los menores o personas con la capacidad modificada judicialmente que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho de la esposa o conviviente, cuando también se haya producido un acto de violencia de género." "d) Del conocimiento y fallo de los delitos leves que les atribuya la ley cuando la víctima sea alguna de las personas señaladas como tales en la letra a) de este apartado." "g) De la instrucción de los procesos para exigir responsabilidad penal por el delito de quebrantamiento previsto y penado en el artículo 468 del Código Penal cuando la persona ofendida por el delito cuya condena, medida cautelar o medida de seguridad se haya quebrantado sea o haya sido su esposa, o mujer que esté o haya estado ligada al autor por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, así como los descendientes, propios o de la esposa o conviviente, o sobre los menores o personas con la capacidad modificada judicialmente que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho de la esposa o conviviente."

caso, extingue la acción penal sin perjuicio de lo dispuesto en el segundo párrafo del número 5° del apartado 1 del artículo 130 - art. 201.3 CP.

El segundo grupo de delitos se refiere a los delitos contra el honor, y artículos 205 a 216 CP, pudiendo repetirse algunas de las consideraciones mencionadas, respecto a la no aplicabilidad – lógica también -de algunos delitos, señalar que será necesaria la presentación de querrela para su persecución – salvo que sea contra funcionario público o, autoridad o agente de la misma sobre hechos concernientes al ejercicio de sus cargos, que no tiene encaje en los delitos objeto de estudio -. Y respecto al perdón del ofendido o de su representante legal, en su caso, extingue la acción penal sin perjuicio de lo dispuesto en el segundo párrafo del número 5° del apartado 1 del artículo 130 de este Código, sin ninguna otra excepción – artículo 216.1 y 3 CP-. No hay que perder de vista que la antigua falta de injurias o vejaciones injustas, se encuentra ahora incluida entre la competencia del Juzgado de Violencia, en su nueva ubicación de delito leve del artículo 173.4 CP, dentro de los delitos contra la integridad moral –Título VII.

## **ii. El delito de quebrantamiento de condena o medida cautelar.**

Previsto y penado en el artículo 468 del Código Penal cuando la persona ofendida

- Sea o haya sido su esposa o mujer que esté o haya estado ligada al autor por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia,
- Así como los descendientes, propios o de la esposa o conviviente,
- O sobre los menores o personas con la capacidad modificada judicialmente que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho de la esposa o conviviente.

Al atribuir la competencia para el conocimiento de la instrucción de este delito al Juez de Violencia sobre la Mujer se obtendrá una mayor eficacia a la hora de proteger a la víctima, porque éste tendrá muchos más datos que cualquier otro Juez para valorar la situación de riesgo. Es interesante observar que los delitos de quebrantamiento contra los otros miembros distintos de la esposa, o mujer ligado con el autor por análoga relación de afectividad – aun cesada esa relación -, parecen quedar sujetos a la competencia del Juzgado de Violencia sobre la Mujer: obsérvese que el grupo de delitos que exigen un acto de violencia de género, se encuentran en el apartado a) del artículo 87 ter, y la atribución del delito de quebrantamiento se encuentra en el apartado c), que no exige esa concurrencia. De modo que no será exigible que no haya habido quebrantamiento simultáneo – no lo exige -, ni tampoco que el quebrantamiento deba proceder de la misma resolución; es más, menciona descendientes, que no tienen que ser menores, ni convivientes, porque la convivencia la exige para el tercero de los grupos.

No hay que perder de vista que la también reciente y casi coetánea LO 8/2015, de 22 de Julio, de Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la

Adolescencia, en la Disposición final tercera, que modifica el artículo 1.2 de la LO 1/2004 de 28/12 de Medidas de Protección Integral de Violencia de Género, que queda redactado como sigue: “2. *Por esta ley se establecen medidas de protección integral cuya finalidad es prevenir, sancionar y erradicar esta violencia y prestar asistencia a las mujeres, a sus hijos menores y a los menores sujetos a su tutela, o guarda y custodia, víctimas de esta violencia.*”, lo que parecería estar en sintonía con el aumento de la competencia respecto a las personas sujetas a la referida Ley . No obstante, aquí, parece limitarse a los hijos menores.

La interpretación que se haga de estos preceptos, nos dirá si se aplica el delito de quebrantamiento de condena o medida cautelar, también a los descendientes, a los hijos menores de la esposa, persona de análoga relación, vigente o pasada, y ello aunque no concurra un quebrantamiento contra éste última.

Tratándose de una pena o medida quebrantada en el seno de un previo procedimiento, en trámite o concluido, entre la pareja – o expareja, no especifica sin embargo, si, en el caso de existir más de un Juzgado de Violencia sobre la Mujer le correspondería a aquel en el que ya se tramitó el asunto anterior, lo que nos hace pensar que no tiene por qué ser así.

Atribuye al Juzgado de Violencia sobre la Mujer un mayor número de delitos, lo cual parece lógico, en los delitos de quebrantamiento de una medida de seguridad o sentencia, del artículo 468 del CP, previamente dictada en un proceso penal. Amplía ese espectro en el caso de que las víctimas sean así como los descendientes, propios o de la esposa o conviviente, sea cometido sobre los menores o personas con la capacidad modificada judicialmente que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho de la esposa o conviviente, lo que puede generar más de una duda competencial.

También se amplía a los delitos de revelación de secretos, y delitos contra el honor, dentro de la relación de delitos, teniendo como sujeto pasivo a quien sea o haya sido su esposa, o mujer que esté o haya estado ligada al autor por análoga relación de afectividad, aun sin convivencia, así como de los cometidos sobre los descendientes, propios o de la esposa o conviviente, o sobre los menores o personas con la capacidad modificada judicialmente que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho de la esposa o conviviente, cuando también se haya producido un acto de violencia de género.

### **c. En relación con la Estadística Judicial.**

Tiene como previsión la aprobación de planes estadísticos, que, en su caso, tengan en cuenta la perspectiva de género y la variable de sexo, señalando que “*Los sistemas informáticos de gestión procesal de la Administración de Justicia permitirán en todo*

caso, la extracción automatizada de la totalidad de los datos exigidos en los correspondientes boletines estadísticos.”<sup>6</sup>

**d. Entrada en vigor.**

Según lo dispuesto en la Disposición final décima, los puntos objeto de este apartado, entrarán en vigor el día 1/10/2015.

**4. LEY ORGÁNICA 8/2015, DE 22/07, DE MODIFICACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA Y A LA ADOLESCENCIA (BOE 23/07/2015).**

En la disposición final tercera se lleva a cabo la modificación de la Ley Orgánica 1/2004, de 28/12, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género,<sup>7</sup> en los siguientes términos:

<sup>6</sup> Setenta. Se modifica el apartado 3 del artículo 461.3, que queda redactado como sigue: “3. La Comisión Nacional de estadística Judicial, integrada por el Ministerio de Justicia, una representación de las Comunidades Autónomas con competencias en la materia, el Consejo General del Poder Judicial y la Fiscalía General del Estado, aprobará los planes estadísticos, generales y especiales, de la Administración de Justicia y establecerá criterios uniformes que, en su caso, tengan en cuenta la perspectiva de género y la variable de sexo, y sean de obligado cumplimiento para todos sobre la obtención, tratamiento informático, transmisión y explotación de los datos estadísticos del sistema judicial español. La estructura, composición y funciones de la Comisión Nacional de Estadística Judicial serán establecidas reglamentariamente por el Gobierno, mediante real decreto, previo informe del Consejo General del Poder Judicial, del Fiscal General del Estado, de la Agencia de Protección de Datos y de las Comunidades Autónomas con competencias en la materia. Los sistemas informáticos de gestión procesal de la Administración de Justicia permitirán en todo caso la extracción automatizada de la totalidad de los datos exigidos en los correspondientes boletines estadísticos.».

<sup>7</sup> Disposición final tercera. Modificación de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.: *Uno.* *Ámbito de protección de la LIVG* Se modifica el apartado 2 del artículo 1, que queda redactado como sigue: «2. Por esta ley se establecen medidas de protección integral cuya finalidad es prevenir, sancionar y erradicar esta violencia y prestar asistencia a las mujeres, a sus hijos menores y a los menores sujetos a su tutela, o guarda y custodia, víctimas de esta violencia.» *Dos.* Obligatorio pronunciamiento por el Juez sobre medidas cautelares. Se modifica el apartado 2 del artículo 61, que queda redactado como sigue: «2. En todos los procedimientos relacionados con la violencia de género, el Juez competente deberá pronunciarse en todo caso, de oficio o a instancia de las víctimas, de los hijos, de las personas que convivan con ellas o se hallen sujetas a su guarda o custodia, del Ministerio Fiscal o de la Administración de la que dependan los servicios de atención a las víctimas o su acogida, sobre la pertinencia de la adopción de las medidas cautelares y de aseguramiento contempladas en este capítulo, especialmente sobre las recogidas en los artículos 64, 65 y 66, determinando su plazo y su régimen de cumplimiento y, si procediera, las medidas complementarias a ellas que fueran precisas.»

*Tres.* Se modifica el artículo 65, que queda redactado como sigue: “Pronunciamiento obligatorio. Posibilidad desuspensión de la patria potestad. Artículo 65. De las medidas de suspensión de la patria potestad o la custodia de menores. El Juez podrá suspender para el inculpado por violencia de género el ejercicio de la patria potestad, guarda y custodia, acogimiento, tutela, curatela o guarda de hecho, respecto de los menores que dependan de él. Si no acordara la suspensión, el Juez deberá pronunciarse en todo caso sobre la forma en la que se ejercerá la patria potestad y, en su caso, la guarda y custodia, el acogimiento, la tutela, la curatela o la guarda de hecho de los menores. Asimismo, adoptará las medidas necesarias para garantizar la seguridad, integridad y recuperación de los menores y de la mujer, y

En la disposición final tercera se lleva a cabo la modificación de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

**a. Incluye a los menores como víctimas de violencia de género.**

Para ello, modifica el artículo 1.2 LIVG, que tienen por objeto establecer “medidas de protección integral cuya finalidad es prevenir, sancionar y erradicar esta violencia y prestar asistencia”, junto a las mujeres, “a sus hijos menores y a los menores sujetos a su tutela, o guarda y custodia, víctimas de esta violencia.”

Lo que hace el legislador es hacer visible esa variante de la violencia, reconociendo “a los menores víctimas de la violencia de género mediante su consideración en el artículo 1, violencia que se puede ejercer sobre ellos”. Entiende que afecta a los menores de varios modos, “en primer lugar, condicionando su bienestar y su desarrollo. En segundo lugar, causándoles serios problemas de salud. En tercer lugar, convirtiéndolos en instrumento para ejercer dominio y violencia sobre la mujer. Y, finalmente, favoreciendo la transmisión intergeneracional de estas conductas violentas sobre la mujer por parte de sus parejas o ex parejas.” Y por todo ello, “la exposición de los menores a esta forma de violencia en el hogar, lugar en el que precisamente deberían estar más protegidos, los convierte también en víctimas de la misma.”

Le dota de una singularidad, aunque no hay que perder de vista la finalidad u objeto de la Ley, esto es, lo que señala el artículo 1.1 de la LIVG, “actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia.”

**b. Obligación de pronunciarse sobre los menores dependientes de la mujer.**

Para el reconocimiento como víctima de violencia de género, se modifica el artículo 61.2 LIVG, “...para lograr una mayor claridad y hacer hincapié en la obligación de los Jueces de pronunciarse sobre las medidas cautelares y de aseguramiento, en particular, sobre las medidas civiles que afectan a los menores que dependen de la mujer sobre la que se ejerce violencia.” De forma que, sin cambiar prácticamente el texto del artículo, con la redacción que aludía a la obligación de

---

realizará un seguimiento periódico de su evolución.” Cuatro. Se modifica el artículo 66, que queda redactado como sigue: « Artículo 66. De la medida de suspensión del régimen de visitas, estancia, relación o comunicación con los menores. El Juez podrá ordenar la suspensión del régimen de visitas, estancia, relación o comunicación del inculpado por violencia de género respecto de los menores que dependen de él. Si no acordara la suspensión, el Juez deberá pronunciarse en todo caso sobre la forma en que se ejercerá el régimen de estancia, relación o comunicación del inculpado por violencia de género respecto de los menores que dependen del mismo. Asimismo, adoptará las medidas necesarias para garantizar la seguridad, integridad y recuperación de los menores y de la mujer, y realizará un seguimiento periódico de su evolución.”

pronunciarse en todo caso, por parte del Juez competente, sobre la pertinencia de la adopción de las medidas cautelares y de aseguramiento contempladas en este capítulo, lo que modifica es la derivación, *“especialmente sobre las recogidas en los artículos 64, 65 y 66, determinando su plazo y su régimen de cumplimiento y, si procediera, las medidas complementarias a ellas que fueran precisas.”*

El artículo 64 no se ha visto modificado, y hace referencia a medidas cautelares de tipo penal tales como la salida obligatoria del inculpado por violencia de género del domicilio o la prohibición de volver al mismo, concierto de arrendamiento con una agencia o sociedad pública en favor de la persona protegida, prohibición de aproximación o comunicación. Los artículos 65 y 66 LIVG si se han reformado.

Modifica, en relación con la protección de menores, el artículo 65 LIVG.

- Aumento de situaciones objeto de protección de menores. Modifica el artículo 65 con la finalidad de ampliar las situaciones objeto de protección en las que los menores pueden encontrarse a cargo de la mujer víctima de la violencia de género: acogimiento, tutela, curatela o guarda de hecho.
- También incluye un segundo párrafo en el artículo 65, en la que añade que si no se acordara la suspensión de la patria potestad, y esto es también novedoso, *“el Juez deberá pronunciarse en todo caso sobre la forma en la que se ejercerá la patria potestad y, en su caso, la guarda y custodia, el acogimiento, la tutela, la curatela o la guarda de hecho de lo menores. Asimismo, adoptará las medidas necesarias para garantizar la seguridad, integridad y recuperación de los menores y de la mujer, y realizará un seguimiento periódico de su evolución.”* De forma que, aunque no acuerde la suspensión de la patria potestad – o guarda y custodia, el acogimiento, la tutela, la curatela o la guarda de hecho de lo menores -, lo que era lo más frecuente, no obstante, si debería incluir un pronunciamiento sobre la forma en que se deberá ejercer, adoptando las medidas precisas para garantizar la seguridad, integridad y recuperación de menores y de la mujer.

Modifica ampliando también, la redacción del artículo 66 LIVG:

- Supera la concepción o nomenclatura de régimen de visitas, entendiéndolo de una forma global como *estancias o formas de relacionarse o comunicarse* con los menores de él dependientes.
- También incluye un segundo párrafo en el artículo 66, en la que añade que si no se acordara la suspensión del régimen de visitas, muy similar al párrafo segundo del artículo anterior, debiendo pronunciarse de forma expresa y en todo caso, *“sobre la forma en que se ejercerá el régimen de estancia, relación o comunicación del inculpado por violencia de género respecto de*

*los menores que dependan del mismo. Asimismo, adoptará las medidas necesarias para garantizar la seguridad, integridad y recuperación de los menores y de la mujer, y realizará un seguimiento periódico de su evolución.”*

**c. Entrada en vigor.**

Según la Disposición final séptima “*La presente ley orgánica entrará en vigor a los veinte días de su publicación en el Boletín Oficial del Estado.*” Esto es el día 12 de Agosto de 2015.

**5. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia (BOE 29/07/2015).**

Según la disposición final duodécima,<sup>8</sup> que añade una nueva disposición adicional en la LECRIM - Disposición adicional quinta -, con la obligación de comunicar las actuaciones:

- A quien hay que comunicar: al Instituto Nacional de la Seguridad Social, al Instituto Social de la Marina y a la Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas
- Personal responsable: Los secretarios judiciales de los juzgados y tribunales.
- Que comunicarán:
  - o Cualquier resolución judicial de la que se deriven indicios racionales de criminalidad por la comisión de un delito doloso de homicidio en cualquiera de sus formas, en que la víctima fuera ascendiente, descendiente, hermano, cónyuge o excónyuge del investigado, o estuviera o hubiese estado ligada a él por una relación de afectividad análoga a la conyugal.
  - o Las resoluciones judiciales firmes que pongan fin a los procedimientos penales.

---

<sup>8</sup>Disposición final duodécima que añade una nueva disposición adicional en la LECRIM: “*Disposición adicional quinta. Comunicación de actuaciones al Instituto Nacional de la Seguridad Social, al Instituto Social de la Marina, a la Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas y a la Dirección General de Personal del Ministerio de Defensa. Los secretarios judiciales de los juzgados y tribunales comunicarán al Instituto Nacional de la Seguridad Social, al Instituto Social de la Marina y a la Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, cualquier resolución judicial de la que se deriven indicios racionales de criminalidad por la comisión de un delito doloso de homicidio en cualquiera de sus formas, en que la víctima fuera ascendiente, descendiente, hermano, cónyuge o excónyuge del investigado, o estuviera o hubiese estado ligada a él por una relación de afectividad análoga a la conyugal. Asimismo, comunicarán a dichos organismos oficiales las resoluciones judiciales firmes que pongan fin a los procedimientos penales. Dichas comunicaciones se realizarán a los efectos previstos en los artículos 179 ter, 179 quáter, 179 quinquies y 179 sexies del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio y en los artículos 37 bis y 37 ter del texto refundido de la Ley de Clases Pasivas del Estado, aprobado por el Real Decreto Legislativo 670/1987, de 30 de abril.*”

- Finalidad de la comunicación:

- A los efectos previstos en la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio:

El impedimento para ser beneficiario de las prestaciones de muerte y supervivencia, que pudieran corresponder al condenado por sentencia firme por la comisión de un delito doloso de homicidio, cuando la víctima fuera el causante de la prestación. Es un complemento a lo que se dispuso en la disposición adicional primera de la Ley Orgánica 1/2004 LIVG,<sup>9</sup> respecto de las mujeres víctimas de violencia de género. La comunicación llevará, si no estuviera ya acordada, a la suspensión de las prestaciones, hasta el dictado de la resolución definitiva - Artículos 179 ter LGSS.

La suspensión cautelar del abono de las prestaciones de muerte y supervivencia, que, en su caso, hubiera reconocido, cuando recaiga resolución judicial de la que se deriven indicios racionales de que el sujeto investigado es responsable de un delito doloso de homicidio, sin perjuicio de su devolución en el caso de que finalmente recayere sentencia absolutoria - artículo 179 quáter.

Y un incremento o abono de las pensiones de orfandad y en favor de los hijos de quien fuera condenado por sentencia firme por la comisión de un delito doloso de homicidio en cualquiera de sus formas no pudiese adquirir la condición de beneficiario de la pensión de viudedad, o la hubiese perdido, determinando en su caso, conforme al artículo 158 del código Civil, proceda, en su caso, a instar la adopción de las medidas oportunas en relación con la persona física o institución tutelar del menor o persona con capacidad judicialmente modificada a las que debe abonarse la pensión de orfandad- Artículo 179 quinquies y Artículo 179 sexies.

- Y del RDL670/1987, de 30 de abril Ley de Clases Pasivas del Estado.

---

<sup>9</sup>Disposición adicional primera LIVG. Pensiones y ayudas: “1. Quien fuera condenado, por sentencia firme, por la comisión de un delito doloso de homicidio en cualquiera de sus formas o de lesiones, cuando la ofendida por el delito fuera su cónyuge o excónyuge, perderá la condición de beneficiario de la pensión de viudedad que le corresponda dentro del Sistema Público de Pensiones causada por la víctima, salvo que, en su caso, medie reconciliación entre ellos.2. A quien fuera condenado, por sentencia firme, por la comisión de un delito doloso de homicidio en cualquiera de sus formas o de lesiones cuando la ofendida por el delito fuera su cónyuge o excónyuge, o estuviera o hubiera estado ligada a él por una análoga relación de afectividad, aun sin convivencia, no le será abonable, en ningún caso, la pensión por orfandad de la que pudieran ser beneficiarios sus hijos dentro del Sistema Público de Pensiones, salvo que, en su caso, hubiera mediado reconciliación entre aquellos.3. No tendrá la consideración de beneficiario, a título de víctima indirecta, de las ayudas previstas en la Ley 35/1995, de 11 de diciembre, de Ayudas y Asistencia a las Víctimas de Delitos Violentos y contra la Libertad Sexual, quien fuera condenado por delito doloso de homicidio en cualquiera de sus formas, cuando la ofendida fuera su cónyuge o excónyuge o persona con la que estuviera o hubiera estado ligado de forma estable por análoga relación de afectividad, con independencia de su orientación sexual, durante, al menos, los dos años anteriores al momento del fallecimiento, salvo que hubieran tenido descendencia en común, en cuyo caso bastará la mera convivencia.”

También prevé el impedimento para ser beneficiario de las prestaciones en favor de los familiares - Artículo 37 bis -, de forma coherente con la LGSS, reproduce prácticamente lo declarado en su artículo 179 ter-, así como en relación con la suspensión cautelar del abono de las prestaciones en favor de los familiares, en determinados supuestos - artículo 37 ter -, siendo la Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas suspenderá cautelarmente el abono de las prestaciones reconocidas en favor de los familiares y en forma análoga al artículo 179 quáter de la LGSS.

Según la Disposición final vigesimoprimera la Ley entrará en vigor a los veinte días de su publicación en el BOE, esto es el 18/08/2015.

### **EXTRACTO.**

- **LO 1/2015, de 30/03, por la que se modifica la LO 10/1995, de 23 de Noviembre, del Código Penal, con entrada en vigor el 1/07/2015.**
  - Añade la circunstancia de género como circunstancia agravante genérica: Artículo 22. 4.<sup>a</sup>
  - Amplía el ámbito de la medida de libertad vigilada. En todos los delitos contra la vida – sean o no víctimas de violencia doméstica-, y en los delitos de malos tratos y lesiones cuando se trate de víctimas de violencia de género y doméstica (artículo 140 bis, 156 ter y 173.2 in fine).
  - Trasposición de las faltas como delitos leves. En los nuevos delitos leves de lesiones, artículo 153.1 – sin retoques-; amenazas, artículo 171.7; coacciones leves, artículo 172.3; no así en el de injurias o vejaciones injustas artículo 173.4.
  - Nuevo delito de acoso. Artículo 172 ter.
  - Suspensión de ejecución de la pena de prisión. Artículo 84.2: con carácter general, sólo será posible la imposición de penas de multa en este tipo de delitos cuando conste acreditado que entre agresor y víctima no existen relaciones económicas derivadas de una relación conyugal, de convivencia o filiación, o existencia de una descendencia común.
  - Quebrantamiento de dispositivos de control de medios telemáticos de control. Artículo 468.3.
- **LO 4/2015, de 27/04, del Estatuto de la Víctima, que entra en vigor 28/10/2015.** Las resoluciones que acuerden la prisión o la posterior puesta en libertad del infractor, así como la posible fuga del mismo, así como las que acuerden la adopción de medidas cautelares personales o que modifiquen las ya acordadas, cuando hubieran tenido por objeto garantizar la seguridad de la víctima, le serán notificadas sin necesidad de que deba ser solicitado – como en el resto de las víctimas -, salvo que haya manifestado su deseo de no recibir dichas notificaciones.
- **LO 7/2015, de 21/07, por la que se modifica la LO 6/1985, de 1/07, del Poder Judicial, entrarán en vigor el día 1/10/2015.**
  - Posibilidad de extender la jurisdicción de los Juzgados de Violencia al ámbito de dos o más partidos judiciales dentro de la misma provincia. artículo 87 bis, apartado 2.
  - Ampliación del número de delitos, competencia del Juzgado de Violencia sobre la Mujer. artículos 87 ter 1 a) y d)
    - A los delitos contra la intimidad, el derecho a la propia imagen y el

- honor de la mujer.
  - El delito de quebrantamiento de condena o medida cautelar.
  - En relación con la Estadística Judicial, aumenta el dato de género.
- **LO 8/2015, de 22/07, de Modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, con entrada en vigor el día 12/08/2015.**
  - Incluye a los menores como víctimas de violencia de género. modifica el artículo 1.2 LIVG.
  - Obligación de pronunciarse sobre los menores dependientes de la mujer. Artículo 61.2 65 y 66 LIVG.
- **Ley 26/2015, de 28/07, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, con entrada en vigor el 18/08/2015.** Para impedir el percibo de cantidades que se pudieran abonar a los responsables de homicidio doloso, como beneficiario de las prestaciones de muerte y supervivencia de la víctima fallecida, prevé la obligación de comunicar por el Juzgado a los órganos encargados del pago de pensiones o prestaciones de la Seguridad Social o análogos, (1) cualquier resolución judicial indiciaria, si la víctima fuera ascendiente, descendiente, hermano, cónyuge o ex-cónyuge del investigado, o estuviera o hubiese estado ligada a él por una relación de afectividad análoga a la conyugal, (2) y las que pongan fin a los procedimientos penales.



## ANEXO II

### EXTRACTO DE ARTÍCULOS DEL CÓDIGO PENAL EN RELACIÓN CON LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y DOMÉSTICA

(Extracto de los artículos referentes a violencia de género y doméstica, del Código Penal español en vigor a fecha 31 de Octubre de 2015)

#### DELITO DE LESIONES

##### **Artículo 147**

*1. 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.*

*2. El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión no incluida en el apartado anterior, será castigado con la pena de multa de uno a tres meses.*

*3. El que golpeare o maltratare de obra a otro sin causarle lesión, será castigado con la pena de multa de uno a dos meses.*

*4. Los delitos previstos en los dos apartados anteriores sólo serán perseguibles mediante denuncia de la persona agraviada o de su representante legal.*

[ Artículo 147 redactado por el número ochenta y uno del artículo único de la L.O. 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la L.O. 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal («B.O.E.» 31 marzo). Vigencia: 1 julio 2015 ]

##### **Artículo 148**

*Las lesiones previstas en el apartado 1 del artículo anterior podrán ser castigadas con la pena de prisión de dos a cinco años, atendiendo al resultado causado o riesgo producido: [...]*

*4.º Si la víctima fuere o hubiere sido esposa, o mujer que estuviere o hubiere estado ligada al autor por una análoga relación de afectividad, aun sin convivencia.*

*5.º Si la víctima fuera una persona especialmente vulnerable que conviva con el autor.*

[ Artículo 148 redactado por el artículo 36 de la L.O. 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género («B.O.E.» 29 diciembre). Vigencia: 29 junio 2005 ]

#### DELITO DE LESIONES LEVES O MALTRATO DE OBRA

##### **Artículo 153**

**1. 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 de seis meses a un año o de trabajos en beneficio de la comunidad de treinta y uno a ochenta días y, en todo caso, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de un año y un día a tres años, así como, cuando el juez o tribunal lo estime adecuado al interés del menor o persona con discapacidad necesitada de especial protección, inhabilitación para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento hasta cinco años.**

[ Número 1 del artículo 153 redactado por el número ochenta y tres del artículo único de la L.O. 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la L.O. 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal («B.O.E.» 31 marzo). Vigencia: 1 julio 2015 ]

**2. Si la víctima del delito previsto en el apartado anterior fuere alguna de las personas a que se refiere el artículo 173.2, exceptuadas las personas contempladas en el apartado anterior de este artículo, el autor será castigado con la pena de prisión de tres meses a un año o de trabajos en beneficio de la comunidad de treinta y uno a ochenta días y, en todo caso, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de un año y un día a tres años, así como, cuando el Juez o Tribunal lo estime adecuado al interés del menor o persona con discapacidad necesitada de especial protección, inhabilitación para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento de seis meses a tres años.**

[ La referencia al término «persona con discapacidad necesitada de especial protección» ha sido introducida en sustitución de la anterior referencia al término «incapaz», conforme establece el número doscientos cincuenta y ocho del artículo único de la L.O. 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la L.O. 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal («B.O.E.» 31 marzo). Vigencia: 1 julio 2015 ]

## DELITO DE AMENAZAS LEVES

### **Artículo 171**

**4. El que de modo leve amenace a quien sea o haya sido su esposa, o mujer que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, será castigado con la pena de prisión de seis meses a un año o de trabajos en beneficio de la comunidad de treinta y uno a ochenta días y, en todo caso, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de un año y un día a tres años, así como, 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 hasta cinco años.**

[La referencia al término «persona con discapacidad necesitada de especial protección» ha sido introducida en sustitución de la anterior referencia al término «incapaz», conforme establece el número doscientos cincuenta y ocho del artículo único de la L.O. 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la L.O. 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal («B.O.E.» 31 marzo). Vigencia: 1 julio 2015 ]

**Igual pena se impondrá al que de modo leve amenace a una persona especialmente vulnerable que conviva con el autor.**

[ Número 4 del artículo 171 introducido por el artículo 38 de la L.O. 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género («B.O.E.» 29 diciembre). Vigencia: 29 junio 2005 ]

**5.** El que de modo leve amenace con armas u otros instrumentos peligrosos a alguna de las personas a las que se refiere el artículo 173.2, exceptuadas las contempladas en el apartado anterior de este artículo, será castigado con la pena de prisión de tres meses a un año o trabajos en beneficio de la comunidad de treinta y uno a ochenta días y, en todo caso, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de uno a tres años, así como, 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 seis meses a tres años.

[ La referencia al término «persona con discapacidad necesitada de especial protección» ha sido introducida en sustitución de la anterior referencia al término «incapaz», conforme establece el número doscientos cincuenta y ocho del artículo único de la L.O. 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la L.O. 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal («B.O.E.» 31 marzo). Vigencia: 1 julio 2015 ]

Se impondrán las penas previstas en los apartados 4 y 5, en su mitad superior cuando el delito se perpetre en presencia de menores, o tenga lugar en el domicilio común o en el domicilio de la víctima, o se realice quebrantando una pena de las contempladas en el artículo 48 de este Código o una medida cautelar o de seguridad de la misma naturaleza.

[ Número 5 del artículo 171 introducido por el artículo 38 de la L.O. 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género («B.O.E.» 29 diciembre; corrección de errores «B.O.E.» 12 abril 2005). Vigencia: 29 junio 2005 ]

**7.** Fuera de los casos anteriores, el que de modo leve amenace a otro será castigado con la pena de multa de uno a tres meses. Este hecho sólo será perseguible mediante denuncia de la persona agraviada o de su representante legal.

Cuando el ofendido fuere alguna de las personas a las que se refiere el apartado 2 del artículo 173, la pena será la de localización permanente de cinco a treinta días, siempre en domicilio diferente y alejado del de la víctima, o trabajos en beneficio de la comunidad de cinco a treinta días, o multa de uno a cuatro meses, ésta última únicamente en los supuestos en los que concurren las circunstancias expresadas en el apartado 2 del artículo 84. En estos casos no será exigible la denuncia a que se refiere el párrafo anterior.

[ Número 7 del artículo 171 introducido por el número ochenta y ocho del artículo único de la L.O. 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la L.O. 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal («B.O.E.» 31 marzo). Vigencia: 1 julio 2015 ]

## DELITO DE COACCIONES LEVES

### Artículo 172

**2.** El que de modo leve coaccione a quien sea o haya sido su esposa, o mujer que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad, aun sin convivencia, será castigado con la pena de prisión de seis meses a un año o de trabajos en beneficio de la comunidad de treinta y uno a ochenta días y, en todo caso, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de un año y un día a tres años, así como, 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 hasta cinco años.

[ La referencia al término «persona con discapacidad necesitada de especial protección» ha sido introducida en sustitución de la anterior referencia al término «incapaz», conforme establece el número doscientos cincuenta y ocho del artículo único de la L.O. 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la L.O. 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal («B.O.E.» 31 marzo). Vigencia: 1 julio 2015 ]

**Igual pena se impondrá al que de modo leve coaccione a una persona especialmente vulnerable que conviva con el autor.**

**Se impondrá la pena en su mitad superior cuando el delito se perpetre en presencia de menores, o tenga lugar en el domicilio común o en el domicilio de la víctima, o se realice quebrantando una pena de las contempladas en el artículo 48 de este Código o una medida cautelar o de seguridad de la misma naturaleza.**

**3. Fuera de los casos anteriores, el que cause a otro una coacción de carácter leve, será castigado con la pena de multa de uno a tres meses. Este hecho sólo será perseguible mediante denuncia de la persona agraviada o de su representante legal.**

**Cuando el ofendido fuere alguna de las personas a las que se refiere el apartado 2 del artículo 173, la pena será la de localización permanente de cinco a treinta días, siempre en domicilio diferente y alejado del de la víctima, o trabajos en beneficio de la comunidad de cinco a treinta días, o multa de uno a cuatro meses, ésta última únicamente en los supuestos en los que concurren las circunstancias expresadas en el apartado 2 del artículo 84. En estos casos no será exigible la denuncia a que se refiere el párrafo anterior.**

[Número 3 del artículo 172 introducido por el número ochenta y nueve del artículo único de la L.O. 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la L.O. 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal («B.O.E.» 31 marzo). Vigencia: 1 julio 2015 ]

## DELITO DE ACOSO

### **Artículo 172 ter**

**1. Será castigado con la pena de prisión de tres meses a dos años o multa de seis a veinticuatro meses el que acose a una persona llevando a cabo de forma insistente y reiterada, y sin estar legítimamente autorizado, alguna de las conductas siguientes y, de este modo, altere gravemente el desarrollo de su vida cotidiana:**

**1.ª La vigile, la persiga o busque su cercanía física.**

**2.ª Establezca o intente establecer contacto con ella a través de cualquier medio de comunicación, o por medio de terceras personas.**

**3.ª Mediante el uso indebido de sus datos personales, adquiera productos o mercancías, o contrate servicios, o haga que terceras personas se pongan en contacto con ella.**

**4.ª Atente contra su libertad o contra su patrimonio, o contra la libertad o patrimonio de otra persona próxima a ella.**

**Si se trata de una persona especialmente vulnerable por razón de su edad, enfermedad o situación, se impondrá la pena de prisión de seis meses a dos años.**

**2. Cuando el ofendido fuere alguna de las personas a las que se refiere el apartado 2 del artículo 173, se impondrá una pena de prisión de uno a dos años, o trabajos en beneficio de la comunidad de sesenta a ciento veinte días. En este caso no será necesaria la denuncia a que se refiere el apartado 4 de este artículo.**

**3.** Las penas previstas en este artículo se impondrán sin perjuicio de las que pudieran corresponder a los delitos en que se hubieran concretado los actos de acoso.

**4.** Los hechos descritos en este artículo sólo serán perseguibles mediante denuncia de la persona agraviada o de su representante legal.

[ Artículo 172 ter introducido por el número noventa y uno del artículo único de la L.O. 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la L.O. 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal («B.O.E.» 31 marzo). Vigencia: 1 julio 2015 ]

## DELITO DE MALTRATO HABITUAL

### Artículo 173

**2.** 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.

Se impondrán las penas en su mitad superior cuando alguno o algunos de los actos de violencia se perpetren en presencia de menores, o utilizando armas, o tengan lugar en el domicilio común o en el domicilio de la víctima, o se realicen quebrantando una pena de las contempladas en el artículo 48 o una medida cautelar o de seguridad o prohibición de la misma naturaleza. En los supuestos a que se refiere este apartado, podrá además imponerse una medida de libertad vigilada.

[ Número 2 del artículo 173 redactado por el número noventa y dos del artículo único de la L.O. 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la L.O. 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal («B.O.E.» 31 marzo). Vigencia: 1 julio 2015 ]

**3.** Para apreciar la habitualidad a que se refiere el apartado anterior, se atenderá al número de actos de violencia que resulten acreditados, así como a la proximidad temporal de los mismos, con independencia de que dicha violencia se haya ejercido sobre la misma o diferentes víctimas de las comprendidas en este artículo, y de que los actos violentos hayan sido o no objeto de enjuiciamiento en procesos anteriores.

## DELITO DE INJURIAS O VEJACIÓN INJUSTA LEVE

### **Artículo 173**

*4. Quien cause injuria o vejación injusta de carácter leve, cuando el ofendido fuera una de las personas a las que se refiere el apartado 2 del artículo 173, será castigado con la pena de localización permanente de cinco a treinta días, siempre en domicilio diferente y alejado del de la víctima, o trabajos en beneficio de la comunidad de cinco a treinta días, o multa de uno a cuatro meses, esta última únicamente en los supuestos en los que concurran las circunstancias expresadas en el apartado 2 del artículo 84. Las injurias solamente serán perseguibles mediante denuncia de la persona agraviada o de su representante legal.*

[ Número 4 del artículo 173 introducido por el número noventa y dos del artículo único de la L.O. 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la L.O. 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal («B.O.E.» 31 marzo). Vigencia: 1 julio 2015]