

Atención a las mujeres víctimas de violencia de género desde los servicios de urgencias hospitalarias

Yolanda Fontanil¹, María Ángeles Alcedo², Patricia Solís García³, Yolanda Alonso⁴, Natalia Fernández-Álvarez⁵ y Noelia Fernández-Briz⁶

Recibido: Octubre 2021 / Revisado: Marzo 2022 / Aceptado: Marzo 2022

Resumen. Introducción. Los servicios sanitarios, y en particular las urgencias hospitalarias, son utilizados con frecuencia por las mujeres víctimas de violencia de género (VG). Estos servicios pueden constituir lugares seguros para el desvelamiento del maltrato como primer paso para salir de la relación violenta. **Objetivo.** Obtener información sobre la atención y ayuda que se presta a las mujeres víctimas de (VG) en los servicios de urgencias hospitalarias a través de la exploración de las percepciones y vivencias de las usuarias del sistema público de salud del Principado de Asturias. **Metodología.** Se realizó un estudio cualitativo con diseño exploratorio. Las informantes se seleccionaron mediante muestreo intencional. Se invitó a participar a usuarias de distintos programas y servicios de atención a víctimas de VG del Principado de Asturias, reuniendo así una muestra de 15 mujeres. Los datos se recogieron mediante una entrevista semiestructurada o focalizada que se diseñó tomando en consideración tanto los puntos clave del actual protocolo asturiano de atención sanitaria a mujeres víctimas de VG como los resultados de protocolos e investigaciones internacionales y nacionales. Las entrevistas tuvieron una duración de entre 90 y 120 minutos. **Resultados.** Se obtuvo un sistema de 10 categorías y 29 subcategorías. Sus porcentajes de aparición revelan sobre todo ausencia de empatía y confianza en la recepción y respuesta inicial, actitudes negativas por parte de los/as profesionales y una marcada tendencia a no recabar información sobre el maltrato. También se constata una ausencia de derivaciones a otros servicios disponibles para víctimas de VG. **Conclusiones.** Sería deseable una formación específica en VG para los/as profesionales de urgencias que les permita una mejor adecuación a las necesidades de las mujeres, así como información sobre protocolos, recursos y servicios nacionales y locales que permitan tomas de decisión sobre derivaciones.

Palabras clave: Violencia de género, Mujeres, Investigación cualitativa, Servicios de Urgencias, Atención Sanitaria, Búsqueda de ayuda.

[en]Attention to women victims of gender violence from the hospital emergency services

Abstract. Introduction. Women victims of gender-based violence (GBV), frequently use health services, and especially hospital emergency rooms. These services could be a safe place to disclose the abuse as a first step out of the violent relationship. **Objective.** The aim of this study is to obtain information on the care and help provided to women victims of GBV in hospital emergency services through the exploration of the perceptions and experiences of users of the public health system of the Principality of Asturias. **Methodology.** A qualitative study with an exploratory design was carried out. The informants were selected by intentional sampling. Users of different programs and services for victims of GBV in the Principality of Asturias were invited to participate, thus gathering a sample of 15 women. The data were collected through a semi-structured or focused interview that was designed taking into account

¹ Universidad de Oviedo, España.
fontanil@uniovi.es
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4493-3115>
Google Scholar: <https://scholar.google.es/citations?hl=es&user=619EsFkAAAAJ>

² Universidad de Oviedo, España.
malcedo@uniovi.es
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2068-5153>
Google Scholar: <https://scholar.google.es/citations?hl=es&user=z0BGkKsAAAAJ>

³ Universidad Internacional de La Rioja, España.
*patricia.solis@unir.net (autora de correspondencia)
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2962-5819>
Google Scholar: <https://scholar.google.es/citations?hl=es&user=wLrfzoAAAAJ>

⁴ Universidad de Almería, España.
yalonso@ual.es
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0227-9677>
Google Scholar: <https://scholar.google.es/citations?hl=es&user=rRCnzMcAAAAJ>

⁵ Universidad de Oviedo, España.
fernandeznatalia@uniovi.es
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3028-3235>
Google Scholar: <https://scholar.google.es/citations?hl=es&user=y6GcuakAAAAJ>

⁶ Centro de Crisis para Víctimas de Agresiones Sexuales del Principado de Asturias, España.
noelia.fernandezbriz@asturias.org
Google Scholar: <https://scholar.google.es/citations?user=9NT7w5EAAAAJ&hl=es>

both the key points of the current Asturian protocol for health care for women victims of GBV and the results of international and national protocols and research. The interviews lasted between 90 and 120 minutes. **Results.** A system of 10 categories and 27 subcategories was obtained. Their percentages of appearance reveal, above all, an absence of empathy and trust in the initial reception and response, negative attitudes on the part of professionals and a marked tendency to not collect information on abuse. There is also an absence of referrals to other services available for victims of GBV. **Conclusion.** Specific training in GBV for emergency professionals would be desirable to allow them to better accommodate the needs of women, as well as information on national and local protocols, resources and services that allow decision-making on referrals.

Keywords: Gender violence, Women, Qualitative research, Emergency Services, Health Care System, Help-seeking.

Sumario: 1. Introducción. 2. Metodología. 2.1. Procedimiento de muestreo y evaluación. 2.2. Análisis de datos. 2.3. Consideraciones éticas. 3. Resultados. 4. Discusión. 5. Conclusiones. Financiación. Referencias bibliográficas

Cómo citar: Fontanil, Y.; Alcedo, M. A.; Solís García, P.; Alonso, Y., Fernández-Álvarez, N.; Fernández-Briz, N. (2022). Atención a las mujeres víctimas de violencia de género desde los servicios de urgencias hospitalarias, en *Revista de Investigaciones Feministas*, 13(1), pp. 223-233.

1. Introducción

La violencia de género (VG) se considera una prioridad sanitaria a nivel mundial y actualmente se reconoce como una de las principales causas de discapacidad y muerte en el mundo. Las estimaciones indican que una de cada tres mujeres ha sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja y/o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. De hecho, casi un tercio de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física o sexual por parte de esta a lo largo de su vida (OMS, 2017). Según la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea-FRA (2014), el 43% de las mujeres europeas ha sufrido violencia psicológica, el 33% física y el 22% física y sexual. Los datos relativos a víctimas mortales relacionados con este tipo de violencia también son enormemente preocupantes: un 38% de los asesinatos en el mundo son de mujeres y están perpetrados por sus parejas masculinas.

La violencia contra las mujeres no conlleva solamente graves daños emocionales y sufrimiento personal, sino también importantes costes sociales y económicos, de justicia, de vivienda, sanitarios y de pérdida de productividad (O'Doherty et al., 2015). La VG abarca todo acto de violencia física, psicológica y sexual, así como las amenazas, coacciones o la privación arbitraria de libertad. Su impacto permea todos los ámbitos de la vida de las mujeres que la sufren, razón por la cual se requieren actuaciones transversales y multidisciplinares (Fontanil y Alcedo, 2018). Las consecuencias de la VG son múltiples, desde lesiones diversas hasta problemas crónicos de salud, como dolor, mareos, náuseas, vértigo, alteraciones gastrointestinales y cardíacas, etc. (O'Doherty et al., 2015), además de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual (Makaroun et al., 2020). También hay evidencias suficientes de la asociación entre VG y problemas de salud mental como depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático, abuso de sustancias, baja autoestima y desesperanza (Fontanil et al., 2020; Sanz-Barbero et al., 2014).

Las mujeres que experimentan VG suelen entrar en contacto con la red sanitaria y requerir una amplia gama de servicios (OMS, 2013). Acuden con más frecuencia a los servicios de salud, especialmente a urgencias hospitalarias (Stapleton et al., 2019), siendo esta probabilidad tres veces superior a la de la población general (Ahmad et al., 2017).

Los estudios sobre el proceso de desvelamiento del maltrato a profesionales sanitarios son aún escasos. Uno de ellos (Liebschutz et al., 2008) concluye que el 59% de las mujeres que sufrían VG en la pareja había hablado sobre el tema en alguna ocasión con algún profesional sanitario, el 12% de los casos habían sido identificados por el propio profesional (i.e., no desvelados por la propia mujer) y un 29% pasaban inadvertidos. A pesar del evidente protagonismo de los servicios sanitarios como escenarios de desvelamiento de la VG, existen barreras y obstáculos que pueden entorpecer esta función, como la falta de privacidad de los consultorios, la presión asistencial, el desconocimiento de estrategias y recursos disponibles para abordar la VG, la escasa formación de los/as profesionales en cuestiones psicosociales o en habilidades de comunicación y trabajo en equipo, el escaso tiempo de atención del que disponen los/as profesionales y otras limitaciones estructurales inherentes a cada servicio (O'Doherty et al., 2015; Fontanil et al., 2020; Stapleton et al., 2019).

A lo anterior se suma el hecho de que las guías y protocolos existentes sobre la atención a las víctimas de VG en el ámbito sanitario no se adecuan correctamente a las necesidades de cada servicio de salud (Álvarez et al., 2017). Como consecuencia de todo ello, los/as profesionales sanitarios a menudo carecen de una visión global sobre la historia de salud de las mujeres y presentan dificultades para ofrecer una asistencia holística, ajustada al caso y basada en un vínculo de confianza entre profesional y paciente (Fontanil et al., 2020). En este contexto de desconexión emocional y comunicación inefectiva, la experiencia de desvelamiento del maltrato será negativa y las mujeres tenderán a la evitación futura del sistema de salud.

Los servicios sanitarios son piezas esenciales en la prevención, detección y atención integral frente a la VG (Secretaría de Estado de Igualdad, 2019; Rodríguez-Blanes et al., 2017). En general, los estudios concluyen

que las mujeres víctimas de VG, cuando acuden a estos servicios, demandan escucha activa, sensibilidad, ausencia de prejuicios, orientación para acceder a otros recursos de ayuda y no sentirse presionadas en la toma de decisiones (Fontanil et al., 2020).

El presente estudio pretende responder a la necesidad de evaluar y mejorar la prestación de ayuda a las mujeres víctimas de VG por parte de los servicios sanitarios, a través de la exploración de su experiencia particular en el proceso de búsqueda de ayuda. El trabajo está diseñado con el objetivo de obtener información útil para aumentar la eficacia de los recursos sanitarios y también para elaborar, evaluar e implementar políticas, protocolos e intervenciones más ajustados a las necesidades de las mujeres (Bair-Merritt et al., 2014; OMS, 2013; Rodríguez-Blanes et al., 2017; Zijlstra et al., 2015). Los datos que presentamos a continuación se refieren a la experiencia de mujeres que han sido atendidas en los servicios de urgencias hospitalarias del Principado de Asturias.

2. Metodología

El presente estudio utiliza metodología cualitativa, con un diseño exploratorio y descriptivo. La metodología cualitativa, estructurada según las directrices actuales, da profundidad al análisis de datos permitiendo la riqueza interpretativa y la contextualización de las actuaciones, otorgando valor a los detalles y a las experiencias únicas (Hernández Sampieri y Torres, 2018). Por lo que se refiere a las participantes en esta investigación, se siguieron los criterios expuestos por Sánchez et al. (2013) para los estudios cualitativos: i) muestreo intencional y razonado; ii) selección de informantes que puedan explicar mejor el fenómeno estudiado; iii) exploración acumulativa y secuencial hasta conseguir la saturación del discurso; y iv) información exhaustiva.

2.1. Procedimiento de muestreo y evaluación

Una vez obtenido el aval del Comité Ético para la Investigación del Principado de Asturias (CEIM- Consejería de Salud), se iniciaron los contactos con diferentes programas y servicios de atención a supervivientes de VG del Principado de Asturias con la finalidad de empezar a recabar muestra entre las usuarias de estos recursos. Las participantes fueron seleccionadas mediante muestreo intencional, siendo criterios de exclusión la presencia de enfermedades o problemas de comunicación que impidiesen la realización de la entrevista. Tras ser informadas las potenciales participantes acerca de los objetivos y procedimiento de la investigación, se procedió a recoger los consentimientos informados de aquellas que aceptaron formar parte del estudio de forma voluntaria. Un total de 15 mujeres (edad media 42,8 años, $SD= 14,38$) aceptaron participar. El tamaño de la muestra es relevante en la metodología cualitativa, siendo la recomendación obtener entre seis y doce entrevistas para alcanzar la saturación de códigos y significados (Guest et al., 2006; Hennink et al., 2017).

Para recabar la información pertinente para el objetivo del estudio, se emplearon un cuestionario de datos sociodemográficos y de maltrato, una escala de salud percibida elaborada ad hoc y una entrevista semiestructurada orientada a recoger información acerca de la asistencia recibida por las mujeres en el contexto sanitario.

Las características sociodemográficas de las participantes se describen en la Tabla 1. En cuanto a la experiencia de VG, la edad media de inicio de la relación violenta es de 24,8 años (rango 9-55) y la de finalización de 39,2 años (rango 18-62). Los datos relativos a la violencia experimentada por las mujeres fueron categorizados siguiendo la tipología propuesta por Fontanil et al. (2003).

Respecto al estado de salud percibido, este fue evaluado mediante un autoinforme en escala Likert de 10 puntos (0= "muy enferma", 10= "muy buena salud"). En el momento de la evaluación, las mujeres informaron una media de 6,27 ($SD= 2,46$) en salud propia percibida actual, no obstante, cuando se les pregunta sobre su salud durante la convivencia con su expareja, la media baja a 3,07 ($SD= 2,91$).

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres participantes en el estudio.

Estado Civil	Hijos	Nivel formativo	Tipo de maltrato	Consumo de fármacos durante la relación	Consumo de fármacos en la actualidad
53% solteras	73% tiene hijos	21% estudios primarios	67% maltrato físico	60% ansiolíticos	60% ansiolíticos
40% separadas/ divorciadas	46% hijos menores de edad	54% bachillerato/ f. profesional	87% ataques contra la seguridad	27% antidepresivos	20% antidepresivos
7% casadas	7% personas dependientes a cargo	27% estudios universitarios	93% ataques contra la libertad de acción	13% analgésicos	1% analgésicos

Estado Civil	Hijos	Nivel formativo	Tipo de maltrato	Consumo de fármacos durante la relación	Consumo de fármacos en la actualidad
			87% ataques contra la libertad de pensamiento	1% antiinflamatorios	13% antiinflamatorios
			93% ataques contra la independencia y la participación	0% sedantes	1% sedantes
			93% ataques contra el prestigio	1% otros	1% otros
			73% ataques contra bienes y posesiones		
			53% ataques contra la intimidad sexual		

La entrevista semiestructurada o focalizada fue diseñada tomando en consideración tanto los puntos clave del actual protocolo asturiano de atención sanitaria a mujeres víctimas de VG (Consejería de Sanidad, 2017) como los resultados de protocolos e investigaciones internacionales y nacionales. La entrevista semiestructurada, al no ceñirse a una estructura de preguntas rígida, permite la obtención de información rica y completa acerca del objetivo específico planteado inicialmente. A través de esta técnica de evaluación, las mujeres informaron acerca de varios temas centrales en la presente investigación: cuál fue su demanda principal en el servicio de urgencias, cómo fue la acogida que los/as profesionales dieron a sus consultas, la adecuación de la atención recibida a sus necesidades, y la sensación de poder expresarse libremente y en confidencialidad. La entrevista permitió también explorar y registrar información relativa a la calidad de la comunicación con los/as profesionales que las atendieron, esto es, al ajuste y relevancia de la información dada y recibida. También se indagó sobre las actuaciones profesionales que resultaron más y menos útiles a juicio de las participantes.

Las entrevistas fueron conducidas por psicólogas especialistas en VG y se desarrollaron en modalidad presencial (n= 14) o a través de medios telemáticos (n= 1). En todo caso, se tuvieron en cuenta las medidas sanitarias derivadas de la COVID-19 (Hernán-García et al., 2020) y la seguridad de las mujeres, en tanto que algunas de ellas aún estaban sufriendo maltrato. Las entrevistas fueron grabadas en audio y tuvieron una duración de entre 90 y 120 minutos.

2.2. Análisis de datos

De los registros digitales de las entrevistas se obtuvieron transcripciones mediante la aplicación informática *Live Transcribe* y, a continuación, las transcripciones fueron revisadas en paralelo por dos miembros del equipo investigador familiarizados con las entrevistas. Posteriormente, otros tres miembros del equipo con experiencia en análisis cualitativo y en VG construyeron las categorías. El análisis temático se realizó utilizando el software MAXQDA® 2020. Durante el análisis se exploró la asociación entre temas según su categorización, combinando los enfoques deductivo e inductivo. La categorización de cada tema se realizó en función de siete categorías de contenidos que configuran la base del sistema de códigos. A medida que se fue realizando el análisis del discurso se crearon subcategorías, surgidas de las respuestas y explicaciones aportadas por las participantes en las entrevistas. Se obtuvo finalmente un sistema de 10 categorías y 27 subcategorías que constituyen los códigos y subcódigos de análisis cualitativo (Tabla 2).

Tabla 2. Sistema de códigos y subcódigos elaborado para el análisis de la información

Códigos	Subcódigos
1. Recepción y respuesta inicial: Acogida por parte de los servicios sanitarios y respuesta de los profesionales hacia la mujer, en términos de empatía y creación de una atmósfera de confianza.	<ul style="list-style-type: none"> – Empatía y confianza – Ausencia de empatía y confianza – Motivo de consulta conectado con VG – Motivo de consulta no conectado con VG – Enfermedades

Códigos	Subcódigos
2. Intimidad y confidencialidad: Espacios disponibles, número de profesionales que atienden a la mujer y su percepción de confidencialidad.	<ul style="list-style-type: none"> – Intimidad y privacidad – Problema con la intimidad – Acude sola
3. Indagación profesional: Habilidades de comunicación de los profesionales y percepción de las mujeres sobre la destreza del profesional para facilitar la expresión de sentimientos y emociones.	<ul style="list-style-type: none"> – Facilita expresión de sentimientos – No facilita expresión de sentimientos
4. Información sobre la exploración: Información que reciben las mujeres durante el proceso de asistencia (e.g., sobre quién es el profesional que la atiende, pruebas que se realizan y su objetivo).	<ul style="list-style-type: none"> – Información sobre el profesional – Información previa de pruebas y exploraciones – Información forense
5. Actitudes: Formas de responder que perciben las mujeres por parte de los profesionales sanitarios, tanto positivas como negativas.	<ul style="list-style-type: none"> – Actitudes positivas – Actitudes negativas
6. Abordaje del maltrato: Si se ha abordado o no en las consultas el asunto del maltrato en sus diferentes tipos y cómo se ha hecho.	<ul style="list-style-type: none"> – Rechazo del maltrato por parte del profesional – Recabar información sobre el maltrato – No recabar información
7. Ausencia desvelamiento del maltrato: Motivos por los que no se ha realizado el abordaje del maltrato.	<ul style="list-style-type: none"> – Miedo, vergüenza y otros sentimientos negativos
8. Derivación: Si la mujer ha sido derivada a otro servicio, si ha recibido pautas sobre pasos a seguir y si estas han sido útiles para la posterior toma de decisiones.	<ul style="list-style-type: none"> – Programa de Atención Psicosocial a la Mujer – Centro Asesor de la Mujer – Otros servicios
9. Valoración de riesgo: Si el profesional ha realizado una valoración del riesgo del caso en función de su percepción de la seguridad o el peligro que corre la mujer.	<ul style="list-style-type: none"> – Sí hay valoración – No hay valoración
10. Información sobre Protocolo VG: Emisión de informe/parte sobre las lesiones, las repercusiones legales del mismo y posibilidad de denuncia.	<ul style="list-style-type: none"> – Sí hay información – No hay información

Fuente: Elaboración propia.

2.3. Consideraciones éticas

El diseño de la investigación satisface el cumplimiento de los principios de la bioética y la orientación para la protección de participantes humanos en la experimentación e investigación recogidos en el Código de Núremberg de 1947, la Declaración de Helsinki y los estándares de la Asociación de Psicología Americana (APA). El proyecto obtuvo el aval del Comité Ético para la Investigación del Principado de Asturias (CEIM- Consejería de Salud) y satisface los requisitos de los distintos códigos deontológicos de las profesiones sanitarias.

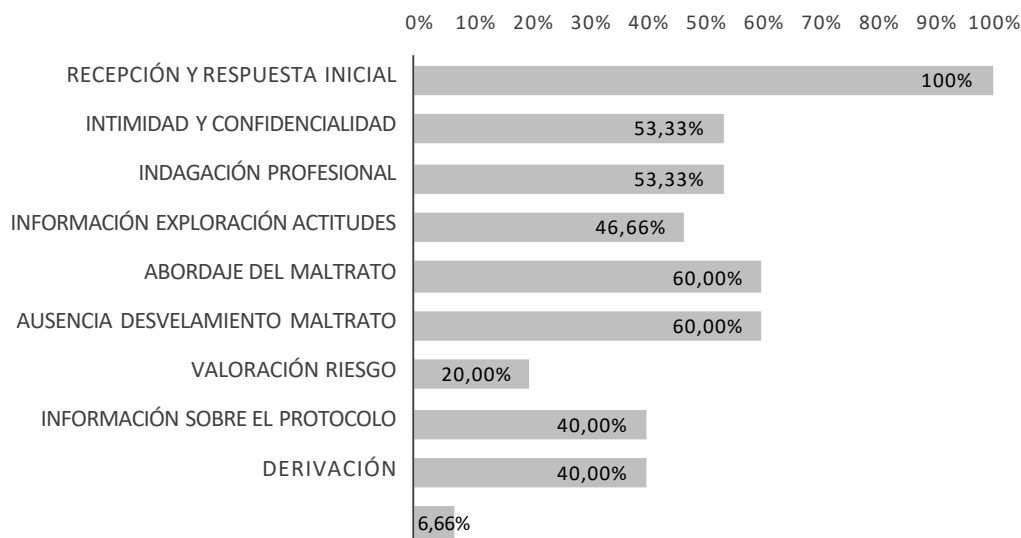
3. Resultados

En la Figura 1 se puede observar el porcentaje de aparición de los diez códigos extraídos del análisis del discurso en los segmentos de las entrevistas en los que se aborda la utilización de los servicios de urgencias. El aspecto más desarrollado es la *recepción y respuesta inicial* de los/as profesionales, que aparece con mayor frecuencia en todas las entrevistas.

Respecto a los subcódigos de *recepción y respuesta inicial*, la alusión a *enfermedades* presenta elevada frecuencia (69%), lo que pone de relieve el impacto del maltrato sobre la salud. Además de las lesiones derivadas de golpes o ataques, también se detecta una alta prevalencia de síntomas comúnmente asociados a estrés y ansiedad.

En el primer contacto con los/as profesionales de urgencias, la calidad de la relación interpersonal que se establece es decisiva para el posterior desarrollo del caso, y se recoge en el análisis del discurso en los subcódigos *empatía y confianza* (23,1%) y *ausencia de empatía y confianza* (38,5%). Las mujeres refieren con más frecuencia respuestas poco empáticas que no propician que se cree un ambiente en el que se pueda hablar del maltrato o de la situación por la que han acudido a este servicio. Sirvan como ejemplo los siguientes *verbatim*:

- “El médico forense fue desagradable. La verdad, duele decirlo. La única que era más comprensiva era la enfermera, ella fue la que me tranquilizó”.
- “El trato no era cercano, me hacía preguntas y las contestaba y yo estaba llorando. Y bueno, sin más, hizo su trabajo”.

Figura 1. Porcentajes de aparición de códigos en el discurso relacionado con la atención en servicios de urgencias.

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a los contenidos relacionados con la *intimidad y confidencialidad*, otro de los códigos más recurrentes (53,3%), el subcódigo *intimidad y privacidad* (46,2%), refleja el interés y preocupación por este aspecto. En líneas generales, las mujeres se manifiestan satisfechas con dichas condiciones. No obstante, en ocasiones se destacan *problemas de intimidad* (15,4%), que no favorecen y obstaculizan el abordaje del maltrato. Sirvan a modo de ejemplo estos testimonios de víctimas de agresiones sexuales:

- “No estaba sola, había más pacientes. Era la típica... típica sala con sillas, ¿sabes? Así que no tenía nada de intimidad”.
- “Había otro enfermero que entraba y salía. Lo cual me parecía bastante mal que yo estaba...me estaban explorando y, mientras tanto, tanta gente en el estado en que yo estaba. Eso parecía muy malo y muy violento”.

Estrechamente ligado a la intimidad y la confidencialidad se encuentra el hecho de acudir a urgencias acompañada por terceras personas. La subcategoría *acude sola* (38,5%) describe este aspecto y las situaciones que de dicha situación se derivan. Así, acudir acompañadas tuvo consecuencias negativas para algunas mujeres:

- “Mi padre estaba allí, salió un momento, pero sí, con lo cual eso podría dificultar también que te atrevas a contar cosas. Yo creo que los médicos, claro, actúan en común, no saben de dónde vienen. Quizás tampoco sea su función”.
- “Mi suegra estaba conmigo, dijo que era mi madre y a mí nadie me preguntó. Porque estaba la otra siempre al lado. Y como ella nunca quería que le pasara nada a su hijo...”.

También encontramos mujeres que afirman haber deseado estar acompañadas en ese proceso (por ejemplo, cuando se han de realizar pruebas invasivas, o la mujer acude con un cuadro de ansiedad, o bien hay tiempos de espera largos), por ello es muy importante delimitar con precisión tanto la intimidad como el acompañamiento. Podemos deducir que sería conveniente preguntar a las mujeres en un primer momento en privado si desean o no estar acompañadas:

- “Porque yo al principio no quería ni denunciar ni acudir al médico ni nada. Y me animó la única amiga que sabía lo que me había pasado. Entonces ella me acompañó y fuimos juntas. Solo que no la dejaron pasar. Pasé con dos policías porque antes de ir a urgencias pasé por comisaría”.
- “Cuando hablé del maltrato con el médico estaba sola, hubiese preferido estar con mi padre”.

En el análisis del discurso el código *indagación profesional* también despertó interés en las mujeres entrevistadas (53,3%), que a su vez recoge los subcódigos *facilita la expresión de sentimientos* (7,7%) y *no facilita la expresión de sentimientos* (46,2%). Solo una de las mujeres participantes comenta que el/la profesional que la atendió facilitó la expresión de sus sentimientos y emociones:

- “Bueno, pues me animaron porque lloré ese día y claro, ellos me dijeron que era joven. Me dijeron que, a ver, que era como un pozo, era como estar ya en el fondo y era como dar un paso, que era como un

empujón, que es el que ella me iba a dar, que iba a hacerlo por mí... el denunciar. Me transmitieron confianza y comprendieron la situación”.

El resto de las participantes indicaron no haber percibido un clima de confianza suficiente para describir la situación que estaban viviendo y por la que habían acudido a urgencias. La intervención profesional se limitó a la exploración médica y no se indagaron los motivos del estado en que se encontraban las mujeres. Es esta una situación en la que cobra especial importancia la “definición del caso”. Respecto a esta cuestión, y a consecuencia precisamente de su complejidad, los protocolos existentes inciden en la necesidad de que el personal sanitario conozca los indicadores de sospecha y vulnerabilidad y mantenga una actitud de alerta sobre aquellos signos y síntomas indicadores de una posible VG. El siguiente ejemplo ilustra una situación de este tipo:

- *“Me decían que cuando se me paralizó la cara cómo era posible que una niña de 20 años tuviera una parálisis facial que tuvo que ser por un golpe, claro. Y yo les dije que no. ¿Qué les vas a decir en ese momento? Y tampoco me preguntaron más ni investigaron”.*

Otro de los códigos que ocupa un porcentaje importante del discurso en las entrevistas se refiere a la *información sobre la exploración* (46,6%). Los protocolos establecen que se deberá informar permanentemente a la mujer de todas las exploraciones que se le van a realizar y su finalidad, solicitando su consentimiento y aceptación y aclarando en todo momento lo que se está haciendo. Pues bien, el subcódigo *información del profesional* (38,5%) revela que algunas de estas mujeres sí recibieron información sobre quién era el profesional que las estaba atendiendo (e.g., médico/a, enfermero/a). Sin embargo, también manifiestan no haber recibido *información y/o explicación acerca de las pruebas y exploraciones* a que eran sometidas (46,2%).

- *“No, yo la verdad que las exploraciones que me hicieron eran... Yo... no sabía por qué eran. Porque lo suponía yo. Nadie me decía te vamos a tumbar o te vas a bajar por tal y por cual...”.*
- *“No me explicaban nada, me dijeron que por qué me autolesionaba; bueno, contestaba siempre mi suegra, yo no contestaba nada y me estaban cosiendo y llorando. Estaba muy nerviosa, muy nerviosa”.*

Asimismo, y dado que en los protocolos se hace hincapié en las actitudes que el profesional debe evitar, fundamentalmente las que pueden llevar a perpetuar el maltrato y a que la mujer se sienta juzgada, en el análisis del discurso se han recogido los subcódigos *actitudes positivas* (23,1%) y *actitudes negativas* (53,8%). Respecto a las primeras, las entrevistas recogen valoraciones como estas:

- *[Entrevistadora]: ¿Piensas que se tomó tu problema en serio? [Respuesta]: “Sí, yo creo que sí.”*

“Bien, me derivaron... me tranquilizaron”

Sin embargo, los testimonios que hacen referencia a actitudes negativas duplican los anteriores. Algunas mujeres se expresaron así:

- *“Es que te hacen sentir que todo lo que dices es mentira, que es producto de tu imaginación y que sólo lo haces como una farsa. Pues hubo veces que me sentí juzgada, me sentí humillada e ignorada”.*
- *“Se me juzgó bastante. Yo notaba que había gente que no me creía. La enfermera es la única que me creía. Pero el resto no. El médico forense era el que menos me creía. Eso es como que no, no me estaba creyendo, me estaba juzgando y yo me puse a llorar desolada”.*

En los discursos transcritos se observa que algunas de estas actitudes están relacionadas con la credibilidad del testimonio de la mujer, lo cual nos señala un campo necesitado de mejora urgente. Especial tacto y sensibilidad debe presidir la actuación desde la medicina forense, dado que los protocolos especifican la necesidad de transcribir con detalle los hechos referidos por la paciente en relación con la agresión.

Por lo que respecta al *abordaje del maltrato* (60%) el subcódigo más recurrente es el que señala que los/as profesionales *no recaban información sobre el maltrato* (53,8%). Algunos discursos hacen referencia a situaciones como estas:

- *“Y entonces ellos no indagaron sobre cuál podía ser el motivo de la ansiedad. Intentan tranquilizar... ‘Tranquila esto te va a hacer efecto’. Y no profundizan”.*
- *“No, no, no te preguntaron por qué, no me preguntaron por la agresión. Simplemente me examinaron”.*

Esta categoría recoge igual porcentaje para los/as profesionales que sí *recaban información sobre el maltrato* y para los que *rechazan hacerlo* (7,7%).

Tanto el rechazo del profesional como el de la propia víctima obstaculizan la detección de la VG. El código *ausencia de desvelamiento del maltrato* (20%) aporta información sobre las distintas razones que esgrimen las mujeres para silenciar el maltrato que están sufriendo (miedo, vergüenza, etc.):

- “Yo no quería contar que me rompió el brazo ni nada, porque no quería problemas, porque yo sabía que como que no tengo papeles y eso no quería problemas”.
- “Miedo o vergüenza. Porque no sé, ya me cuesta dar el paso de por sí de denunciar. Y entonces yo creo que es un poco también el reconocértelo a ti misma, es como un proceso”.

El tema de la *valoración del riesgo* ha ocupado un 40% del discurso de estas mujeres. Los protocolos de actuación señalan la necesidad de valorar el riesgo de nuevas agresiones antes de que la mujer abandone el centro sanitario. Los resultados en este código son dispares, dado que no en todos los casos se llegó a desvelar el maltrato. Otro tanto ocurre con la *información sobre el protocolo* (40%), que solamente es posible para los casos detectados. Cuando así es, son más las mujeres que reciben dicha información (23,08%) que las que no (7,7%). Al respecto, comentan:

- “Me atendieron muy bien y me dijeron que ellos iban a activar un protocolo de violencia de género porque las marcas que tenía, pues eran marcas de golpes y de esos arañazos y que no era que te hubieras caído de una, digamos, caída fortuita o alguna cosa tipo accidente. Entonces la médica hizo un parte de lesiones. A mí no me dio nada porque es el protocolo que se hace, no se da nada de urgencias. Y ella lo mandó al juzgado y me dijo que iba a hacer eso porque era su obligación como médico y en ese momento sentí un poco de miedo”.
- “Solamente me dijeron que tenía que medicarme por si tenía VIH y solo me dijeron que tenían que hacerme un análisis cada mes, cada seis meses y cada año. Y me dieron todos los informes. Y yo tenía que llevar a comisaría”.

Por último, el código *derivación* (6,6%) recoge las derivaciones hechas desde urgencias a otros servicios. Solamente ocurrió en un caso, en el que se dirigió a la paciente a salud mental, concretamente al especialista en psicología clínica.

4. Discusión

El presente trabajo ha utilizado metodología cualitativa para analizar la información aportada por mujeres víctimas de VG que acudieron a servicios de urgencias hospitalarias por motivos relacionados con el maltrato. El estudio se diseñó para valorar la asistencia recibida a través de su perspectiva y experiencia personal, en su escenario natural y contextualizado. El objetivo principal era conocer el grado de ajuste de los dispositivos de urgencias y su personal a las necesidades de las mujeres, dado el papel determinante que desempeñan en la identificación e intervención temprana en la VG (Ahmad et al., 2019; Ellsberg et al., 2008).

Los temas sobre los que más han informado las participantes en el estudio tienen que ver con la recepción y la respuesta inicial recibida. Las circunstancias que rodean la atención inicial en los servicios de urgencias han sido estudiadas con anterioridad, confirmándose que las tasas de revelación de VG se ven negativamente afectadas por la competencia de los profesionales para evaluar precozmente las necesidades de las mujeres (Ahmad et al., 2017). A su vez, las experiencias negativas de revelación del maltrato pueden afectar negativamente las interacciones posteriores con los servicios médicos e incluso aumentar la angustia emocional (Liebschutz et al., 2008).

Uno de los resultados más relevantes de nuestro estudio se refiere precisamente a las actitudes negativas detectadas en la atención inicial. El hecho de que las mujeres hayan referido con más frecuencia respuestas poco empáticas, ausencia de escucha activa y falta de comprensión y aceptación, revela de forma clara la necesidad de un cambio de actitudes. Estudios previos encuentran resultados similares que ponen de manifiesto que las mujeres se sientan particularmente vulnerables ante la falta de empatía percibida por parte del personal sanitario (Liebschutz et al., 2008).

Algunas de estas actitudes negativas se refieren concretamente a la falta de credibilidad en su testimonio, lo cual resulta especialmente preocupante por el consecuente riesgo de revictimización. Lo que convierte a esta actitud en particularmente dañina es que el maltrato proviene precisamente de la persona a quien la mujer acude pidiendo protección, lo que provoca que las víctimas se sientan mal consigo mismas, incomprendidas, decepcionadas y reacias a buscar o solicitar más ayuda, dificultando en definitiva la búsqueda de salidas al problema (Brandariz, 2021; FRA, 2014; Fontanil et al. 2020; OMS, 2013).

Es necesario subrayar que a los/as profesionales sanitarios no se les exige que periten o valoren la credibilidad de la víctima, ya que como plantea el nuevo *Protocolo de actuación en la unidad de valoración forense integral de violencia de género* (Pastor et al., 2020), los análisis de credibilidad basados en el contenido de las

declaraciones no son lo suficientemente exactos para considerarlos válidos. Existen evidencias de que estas conclusiones pueden estar basadas en impresiones y caer fácilmente en mitos, estereotipos y prejuicios.

Los protocolos e investigaciones internacionales y nacionales coinciden en señalar la importancia de evitar toda actitud que, durante la entrevista o exploración, pueda provocar sentimientos de culpabilidad en la mujer. También los resultados de estudios cercanos al nuestro señalan que las mujeres valoran positivamente que los/as profesionales tiendan a mostrarse comprensivos y ofrecer una atención empática y satisfactoria, y que ello fomenta la sensación de que desvelar el maltrato y pedir ayuda es legítimo y deseable. La atención solícita ayuda a la mujer a reconocer el maltrato como tal y a mantenerse a salvo, a la vez que se reduce el sentimiento de culpa y mejora la autoestima (Evans y Feder, 2014; Meyer, 2011).

Por todo esto, la formación específica sobre cómo abordar la atención para la detección y actuación eficientes es fundamental para los profesionales que entran en contacto con mujeres víctimas de VG (Secretaría de Estado de Igualdad, 2019). A ello habría que añadir la recomendación de que, ante cualquier actuación sanitaria en casos de VG, los profesionales de la salud realicen sus propios procesos personales en relación con el maltrato y sus consecuencias, y que “la formación sea también vivencial, tomando conciencia de sus propias actitudes, estereotipos, procesos personales, modos de relación, conflictos y del impacto de los mandatos patriarcales en sus vidas” (Consejería de Sanidad, p.35). El seguimiento de estas pautas previene, en parte, la posibilidad de revictimización y garantiza los principios éticos de no maleficencia y de protección de las víctimas.

Otro resultado claro de este trabajo es la valoración positiva realizada por las mujeres en cuanto a la presentación de los/as profesionales sanitarios encargados de la atención del caso. Este objetivo debería alcanzarse también respecto a proporcionar información a las interesadas sobre las pruebas que se les practican y los objetivos de las mismas (Rodríguez-Blanes et al., 2017). Por otro lado, y como era esperable en base a investigaciones precedentes (Bakon et al., 2019; Bakon et al., 2020; Hinsliff-Smith y McGarry, 2017; O’Doherty et al., 2015, Stapleton et al., 2019), en el presente estudio se detectan también, más allá de las actitudes, importantes barreras que entorpecen el deseable desvelamiento del maltrato, como la falta de privacidad, los fallos en las habilidades de comunicación y la ausencia de derivaciones o de información sobre recursos disponibles para las mujeres que sufren maltrato. Respecto a esto último, sería imprescindible que los profesionales de urgencias contasen con información precisa y actualizada acerca de los protocolos, recursos y servicios específicos disponibles para la atención a mujeres víctimas de VG (Chisholm et al., 2017). Esta coordinación y colaboración es una de las líneas de las políticas sanitarias que resulta esencial promover en la búsqueda de la atención integral y eficiente (O’Doherty et al., 2015; Rodríguez-Blanes et al., 2017).

También cabe señalar que los temas identificados en nuestro estudio se asemejan a los que aparecen cuando mujeres víctimas de VG valoran servicios no sanitarios. Algunos se refieren a los sentimientos y a las dinámicas interpersonales que facilitan o dificultan el acceso a la asistencia sanitaria. La vergüenza, la culpa y el miedo a las reacciones de los demás al saber del maltrato son ejemplos de tales obstáculos (Fontanil y Alcedo, 2018).

Por último, este estudio presenta varias limitaciones. En primer lugar, aunque la validez interna del instrumento utilizado para la toma de datos es adecuada gracias a que la muestra ha permitido alcanzar la saturación de códigos y significados, la validez externa es limitada, lo que impide realizar generalizaciones más allá de la propia situación de estudio. En segundo lugar, la entrevista semiestructurada facilita la aparición de temas emergentes de interés, pero no está libre de sesgos. Al tratarse de un tema controvertido y delicado, la deseabilidad social podría estar imprimiendo una tendencia en los datos, que hemos intentado contrarrestar garantizando el anonimato. Como en todos los estudios de este tipo, los sesgos de inconsciencia y memoria han podido influir también en el discurso de las participantes. Con todo, los indicios presentados coinciden con investigaciones previas y son consistentes con el marco teórico general, por lo que los consideramos un punto de partida adecuado para la mejora de la atención de las mujeres víctimas de VG y de la formación de los/as profesionales que deben cuidar de ellas.

5. Conclusiones

Los servicios de atención sanitaria forman parte de aquellos lugares que en nuestra sociedad funcionan como espacios de protección y cobijo. A ellos acudimos en caso de sufrir determinadas aflicciones o dolencias y de ellos esperamos, al menos, ser acogidos/as, escuchados/as y acompañados/as en algún proceso que de algún modo nos lleve a mejorar nuestra salud o nuestro bienestar.

Si desde estos servicios no se actúa con empatía, paciencia, dedicando tiempo a la escucha, indagando y profundizando en la problemática que ha traído a la persona a consultar, evitando actitudes paternalistas o críticas, valorando lo más exhaustivamente posible el riesgo del caso y derivando, si es necesario, a otros servicios especializados, se está perdiendo una vía fundamental de detección e intervención ante el maltrato. La coordinación y colaboración entre los distintos servicios sanitarios y no sanitarios resulta esencial en la atención a las mujeres víctimas de VG. Los profesionales de los servicios de urgencias deberían tener información

acerca de los protocolos, recursos y servicios específicos disponibles, tanto en el ámbito nacional como autonómico, provincial o municipal, para poder realizar una derivación adecuada y que la atención a las mujeres tenga una continuidad a través de los cauces previstos para ello.

Los resultados obtenidos en este trabajo apoyan la necesidad de una formación específica en maltrato hacia las mujeres, que consideramos que debería formar parte del currículo de cualquier profesional sanitario independientemente de su formación (enfermería, fisioterapia, medicina) y de su ámbito de trabajo (atención primaria, servicios de urgencias o especialidades). Las consecuencias que acarrea ser víctima de una relación de maltrato pueden derivar en problemas atendidos por cualquier especialidad sanitaria.

Financiación

Este estudio cuenta con la financiación de la Dirección General de Salud Pública-Servicio de Salud Poblacional de la Consejería de Salud del Principado de Asturias, Convocatoria pública Ref. CI.080.20 y del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (Ayuda para la Formación de Profesorado Universitario FPU 19/00441).

Referencias bibliográficas

- Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA) (2014). *Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la Unión Europea. Resumen de las conclusiones*. Oficina de publicaciones de la Unión Europea. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_es.pdf
- Ahmad, Irfan *et al.* (2017). Domestic violence and abuse screening in the emergency department: a rapid review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21-22), 3271-3285. <https://doi.org/10.1111/jocn.13706>
- Alvarez, Carmen *et al.* (2017). Provider screening and counseling for intimate partner violence: a systematic review of practices and influencing factors. *Trauma, Violence & Abuse*, 18(5), 479-495. <https://doi.org/10.1177/1524838016637080>
- Bair-Merritt, Megan H. *et al.* (2014). Primary care-based interventions for intimate partner violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 46(2), 188-194. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.10.001>
- Bakon, Shannon *et al.* (2019). The provision of emergency healthcare for women who experience intimate partner violence: part 1. An integrative review. *Emergency Nurse*, 27(6), 19-25. <https://doi.org/10.7748/en.2019.e1950>
- Bakon, Shannon *et al.* (2020). The provision of emergency healthcare for women who experience intimate partner violence: Part 2. Strategies to address knowledge deficits and negative attitudes. *Emergency Nurse*, 28(4), 18-23. <https://doi.org/10.7748/en.2020.e1994>
- Brandariz, Tania (2021). Los mitos de la violación en el caso de 'La Manada'. Una crítica a la división patriarcal público/privado. *Investigaciones Feministas*, 12(2), 575-586. <https://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/view/76277/4564456558424>
- Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública (2007/2017). *Protocolo sanitario para mejorar la atención a las mujeres que sufren violencia*. Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/prot>
- Chisholm, Christian A. *et al.* (2017). Intimate partner violence and pregnancy: screening and intervention. *Expert Reviews*, 217(2), 145-149. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.05.043>
- Ellsberg, Mary *et al.* (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*, 371, 165-1172. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60522-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60522-X)
- Evans, Maggie A. y Feder, Gene S. (2016). Help-seeking amongst women survivors of domestic violence: A qualitative study of pathways towards formal and informal support. *Health Expectations*, 19(1), 62-73. <https://doi.org/10.1111/hex.12330>
- Fontanil, Yolanda *et al.* (2003). *Prevalencia en Asturias del maltrato de pareja contra las mujeres. Encuesta asturiana sobre violencia doméstica (Informe de investigación)*. Universidad de Oviedo y Principado de Asturias (FICYT).
- Fontanil, Yolanda y Alcedo, María Ángeles (2018). *Protocolo contra la violencia sexual del Principado de Asturias*. Gobierno del Principado de Asturias, Instituto Asturiano de la Mujer. <https://iam.asturias.es/documents/269132/273392/PROTOCOLO-CONTRA-LA-VIOLENCIA-SEXUAL-PRINCIPADO-DE-ASTURIAS-2018.pdf/6cd8e4e5-ffbb-589b-7b6f-437d71331300>
- Fontanil, Yolanda *et al.* (2020). *Salidas seguras para mujeres víctimas de violencia de género en la pareja*. KRK Ediciones.
- Guest, Greg *et al.* (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18, 59-82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Hennink, Monique M. *et al.* (2017). Code saturation versus meaning saturation: how many interviews are enough? *Qualitative Health Research*, 27(4), 591-608. <https://doi.org/10.1177/1049732316665344>
- Hernán-García, Mariano *et al.* (2020) Cómo adaptar una investigación cualitativa a contextos de confinamiento. *Gaceta Sanitaria*, 35, 298-301. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.007>

- Hernández Sampieri, Roberto y Torres, Christian P. M. (2018). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Interamericana.
- Hinsliff-Smith, Kathryn y McGarry, Julie (2017). Understanding management and support for domestic violence and abuse within emergency departments: A systematic literature review from 2000-2015. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 4013-27. <https://doi.org/10.1111/jocn.13849>
- Liebschutz, Jane *et al.* (2008). Disclosing intimate partner violence to health care clinicians, what a difference the setting makes: a qualitative study. *BMC Public Health*, 8(1), 229. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-229>
- Makaroun, Lena K. *et al.* (2020). Association of health conditions and health service utilization with intimate partner violence identified via routine screening among middle-aged and older women. *JAMA Network Open*, 3(4), e203138-e203138. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3138>
- Martínez-García, Encarnación *et al.* (2021). Sexist myths, emergency healthcare professionals and factors associated with the detection of intimate partner violence in women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5568. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115568>
- Meyer, Silke (2011). 'Acting in the children's best interest?': Examining victims' responses to intimate partner violence. *Journal of Child and Family Studies*, 20(4), 436-443. <https://doi.org/10.1007/s10826-010-9410-7>
- O' Doherty, Lorna *et al.* (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, 102. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007007.pub3>
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Resumen de orientación*. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85243/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf;jsessionid=CFFD9B7CDFE96BD89638D7A7F48A7236?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Violencia contra la mujer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Pastor, Mar *et al.* (2020). Protocolo de actuación en la unidad de valoración forense integral de violencia de género. Una nueva propuesta de trabajo. *Boletín Galego de Medicina Legal e Forense*, 27. <http://www.agmf.es/az/boletin27PRORTOCOLO%20DE%20ACTUACION%20EN%20LA%20UNIDAD%20DE%20VALORACION%20INTEGRAL.pdf>
- Rodríguez-Blanes, Gloria M. *et al.* (2017). Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados. *Gaceta Sanitaria*, 31(5), 410-415. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.008>
- Sánchez, María Cruz *et al.* (2013). *El proceso de la investigación cualitativa. Manual de procedimiento: ejemplificación con una tesis doctoral*. Valladolid: Edintras.
- Sanz-Barbero, Belén *et al.* (2014). Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja. *Gaceta Sanitaria*, 28(2), 102-108. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.08.004>
- Secretaría de Estado de Igualdad (2019). *Documento refundido de medidas del Pacto de Estado en materia de Violencia de Género. Congreso + Senado*. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/pactoEstado/docs/Documento_Refundido_PEVG_2.pdf
- Stapleton, Stephen J. *et al.* (2019). Clinical practice guideline: intimate partner violence. *Journal of Emergency Nursing*, 45(2), 191.e1-191.e29. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.01.016>
- Zijlstra, Elza *et al.* (2017). Tensions and ambivalent feelings: opinions of emergency department employees about the identification and management of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(7), 1044-1067. <https://doi.org/10.1177/0886260515587663>