

# No se golpea, no se lesiona, no se asesina. ¡Jamás! Cuidados de urgencias en el maltrato a mujeres

## *Do not hit, injure or kill. Ever! Emergency care for woman abuse*

Centro de Urgencias y Especialidades Médicas  
Ayuntamiento de Sevilla (C.U.E.M.A.S.)

Maldonado y Aibar M. D.  
Escalera Rapela M. M.

### RESUMEN

En los últimos años ha habido un incremento de los malos tratos y agresiones físicas a las mujeres; ello hace necesario una agilización en el tratamiento social, médico y judicial de estas pacientes.

Nuestro estudio describe y analiza los datos estadísticos de las mujeres maltratadas que fueron atendidas en el Centro de Urgencias y Especialidades Médicas del Ayuntamiento de Sevilla durante el año 2000.

**Palabras clave:** *Mujeres maltratadas, profesionales de la salud y centro de urgencias.*

Maldonado y Aibar M D, Escalera Rapela M M  
No se golpea, no se lesiona, no se asesina. ¡Jamás!  
Cuidados de urgencias en el maltrato a mujeres  
*Mapfre Medicina, 2002; 13: 99-109*

### ABSTRACT

In the last years there has been an increment of the bad treatments and physical aggressions to women; it becomes necessary an activation in the social, medical and judicial treatment of these patients.

Our study describes and analyses the statistical data of the Center of Urgencies and Medical Specialities of the City Council of Seville along the year 2000.

**Key words:** *Battered women, health service personal, center of urgencies.*

Maldonado y Aibar M D, Escalera Rapela M M  
Do not hit, injure or kill. Ever! Emergency care for  
woman abuse  
*Mapfre Medicina, 2002; 13: 99-109*

### Correspondencia:

M.<sup>a</sup> Dolores Maldonado y Aibar  
C/ Luis Fuentes Bejarano, 7 torre 1, 4-4  
Urbanización Parque Cuatro Torres  
41020 Sevilla  
E-mail: aibar@us.es

**Fecha de recepción:** 4 de abril de 2001

## INTRODUCCIÓN

---

Hemos podido ser testigos en las últimas décadas de un aumento de la violencia social y en particular de la violencia, agresión y malos tratos hacia las mujeres (1). Las causas de este fenómeno son múltiples y están vinculadas al desequilibrio en las relaciones de poder entre los sexos en los ámbitos social, económico, religioso y político. El aumento en la formación de la mujer y su posterior incorporación al mundo del trabajo, el control de la natalidad mediante programas de planificación familiar..., han contribuido a una mayor libertad e independencia para éstas y también a una modificación en los antiguos roles familiares y sociales (2). La autonomía actual de las mujeres genera confusión en sus cónyuges, no preparados para tales eventos, educados en estereotipos tradicionales donde las mujeres debían tener un papel pasivo, de dependencia económica y afectiva, dedicadas en exclusiva al mundo doméstico y del cuidado de los hijos (3, 4).

A las mujeres maltratadas les dicen sus agresores tantas veces que no sirven para nada y que no saben hacer nada que su autoestima cae por los suelos y terminan creyéndose que realmente son personas inferiores con incapacidad para salir adelante ellas solas. El agresor intenta y suele conseguir, en la mayoría de los casos, destruir la confianza de la víctima en sí misma para hacerla dependiente de él pudiendo así dominarla y controlarla (4).

Los malos tratos físicos se dan en todas las escalas sociales, sin embargo el modo de afrontar el problema será distinto, puesto que en los estratos sociales más elevados las mujeres poseen mayor cultura e independencia económica, no pelegando así el sustento de la propia agredida y el de su prole, mientras que en los niveles socio-económicos más bajos, las mujeres poseen una mayor dependencia económica del marido, no suelen tener trabajo remunerado o si lo tienen es escaso e insuficiente para la supervivencia de ella y de sus hijos; esto hace que aguanten más la situación y tarden mucho más tiempo en pedir ayuda (5). Aunque la educación no nos libera de que el problema del maltrato pueda aparecer, una parte importante de la libertad la da la cultura y una profesión adecuadamente pagada.

Los programas de información y concienciación del problema están ayudando a una mayor sensibilidad social, pero por sí solos son insuficientes; se hace necesario una labor educativa constante desde los colegios, las familias y centros sociales. Educando en igualdad conseguire-

mos una sociedad más justa y equilibrada donde hombres y mujeres trabajen al unísono derrocando falsas creencias e imágenes sociales (6). Mientras conseguimos todo esto insistimos en que no se golpea, no se lesiona y no se asesina. ¡Jamás!

## Objetivos e hipótesis de la investigación

La investigación sobre malos tratos familiares es un medio para conocer la situación real del problema y poder resolverla. Destacamos como objetivos del estudio los siguientes:

1. Describir cuantitativamente los casos de mujeres maltratadas y atendidas en el Centro de Urgencias y Especialidades Médicas del Ayuntamiento de Sevilla (en adelante C.U.E.M.A.S.) y su importancia con respecto al resto de los centros de urgencias de Sevilla.

2. Establecer un perfil demográfico, social y médico de las mujeres maltratadas atendidas en el C.U.E.M.A.S.

3. Analizar cualitativamente los testimonios directos de algunas de las mujeres maltratadas atendidas en el C.U.E.M.A.S. y detectar las falsas creencias que en ellos se contienen.

Asimismo, formulamos como declaraciones hipotéticas fundamentales las que siguen:

1. Existe una relación significativa entre la edad de las pacientes maltratadas y el parentesco con el agresor.

2. Existe una relación significativa entre la edad de las pacientes maltratadas y el tipo de lesión que éstas presentan.

## MATERIAL Y METODOLOGÍA

---

### Descripción del contexto: el C.U.E.M.A.S.

Este trabajo ha sido realizado en el C.U.E.M.A.S., también conocido como Equipo Quirúrgico Municipal. Está ubicado en una zona céntrica de la ciudad, en la avenida de Menéndez Pelayo, y atiende las urgencias y emergencias sanitarias durante 24 horas sin interrumpir. Acuden a él por iniciativa propia, las enviadas por otros centros sanitarios (servicio especial de urgencias, ambulatorios y centros de salud) y aquellas que son traídas por la policía local (092), nacional (091) y judicial de Sevilla y provincia. El centro atendió un total de 37.080 pacientes en el año 1999, de los cuales 21.405 fueron varones (57,72%) y 15.675

mujeres (42,28%); esto supuso una asistencia media de pacientes de 101,5 al día, con una atención superior en las horas de la tarde 56,5% y siendo la especialidad de traumatología (contusiones, heridas, esguinces, luxaciones, fracturas, traumatismos craneoencefálicos, etc.) la que mayor demanda tuvo con un 63,6% sobre las demás especialidades\*.

## Muestra

Para la obtención de los datos sobre mujeres maltratadas atendidas en el C.U.E.M.A.S. desde enero a diciembre de 2000 utilizamos los archivos del mismo, extrayendo los datos de las historias clínicas y de los partes judiciales cursados\*\*. Previamente elaboramos un cuestionario, que reproducimos como Anexo I, donde se ordenaba cada uno de los ítems que consideramos de interés para el estudio y que nos permitían recoger la información de manera sistemática y ordenada. En todo momento se guardó y respetó la identidad de las víctimas centrándonos única y exclusivamente en los datos pertinentes de este estudio.

Los datos cualitativos (comentarios de las pacientes y análisis del estado anímico y psicológico de las mujeres) pertenecen a aquellas pacientes que fueron atendidas en las guardias de las autoras de este trabajo, y que fueron informadas de ello invitándolas a que nos contaran su caso y situación con detalle; corresponden a los meses de julio, agosto y primera quincena de septiembre de 2000, en total diez casos (4,3%).

Para conocer la situación del problema en el ámbito sanitario, social, judicial, así como los datos estadísticos de nuestra ciudad, comunidad y país, y los programas y campañas que se están llevando a cabo, acudimos al Instituto Andaluz de la Mujer, sito en la calle Alfonso XII, 52, desde donde se nos proporcionó todo lo publicado por el Ministerio del Interior desde el año 1989 hasta septiembre de 1999 y las publicaciones del propio Instituto en materia de agresiones a mujeres\*\*\*.

\* Centro de Urgencias y Especialidades del Ayuntamiento de Sevilla. Datos obtenidos de la *Memoria anuario* publicada por el Centro perteneciente al año 1999.

\*\* Centro de Urgencias y Especialidades del Ayuntamiento de Sevilla. Datos obtenidos de los archivos de este Centro durante el año 2000.

\*\*\* Instituto Andaluz de la Mujer y Junta de Andalucía. Informes del día internacional de la mujer. Datos estadísticos recogidos por fuentes propias del Ministerio del Interior. Años 1998, 1999 y 2000.

## Instrumentos de recogida y análisis de la información

Para conocer las características de nuestra muestra utilizamos:

1. Datos de interés sociodemográfico (edad, procedencia, parentesco con el agresor y nivel sociocultural).

2. Datos médicos: gravedad de las lesiones físicas que presentaban las pacientes, descripción de las mismas y pronóstico y si las lesiones pudieron ser resueltas en el C.U.E.M.A.S. o fue necesario derivarlas al hospital para pruebas complementarias, observación o intervención quirúrgica.

3. Datos psicológicos del estado anímico de las pacientes: estos datos pertenecen a una micromuestra dentro del estudio. Recogimos los comentarios que libremente expresaron las mujeres al ser atendidas, la percepción que tenían de su problema y de su persona y si pensaban poner denuncia o no al agresor.

4. Pruebas y procedimiento de análisis. Los datos cuantitativos fueron procesados mediante tablas de frecuencias. La asociación entre las variables de cada una de nuestras hipótesis fueron analizadas empleando las pruebas de Chi cuadrado de Pearson (es una medida de dispersión que nos mide si existe o no asociación entre dos variables nominales de orden o de intervalo) y el coeficiente de contingencia C (nos mide el grado de asociación o relación entre dos conjuntos de categorías pertenecientes a atributos o variables). Los datos cualitativos o testimonios directos de las mujeres maltratadas fueron clasificados en categorizaciones y computarizadas sus frecuencias. Todo ello utilizando el tratamiento estadístico de los registros mediante la aplicación del programa SPSS.

## RESULTADOS

### Discusión de los hallazgos descriptivos

Las mujeres maltratadas en el C.U.E.M.A.S. durante el año 2000 hicieron un total de 233 casos, de ellos 207 (88,8%) fueron resueltos en el C.U.E.M.A.S. y 26 (11,1%) necesitaron derivación al hospital para ser atendidas en distintas especialidades. La edad media de estas pacientes fue de 33,73 años, siendo el grupo de edad más frecuentemente castigado el comprendido entre los 31 a 40 años, seguido del grupo de 21 a 30 años

con una frecuencia y porcentaje de 71 (30,5%) y 68 (29,2%) casos, respectivamente. Interpretamos estos hechos por ser las edades fértiles de la mujer, épocas en las que suele existir una mayor actividad sexual, ensayo y encaje con la pareja, hijos, búsqueda de trabajo, estabilidad laboral, etc.

Los meses en los que más agresiones existieron hacia las mujeres fueron los de julio y septiembre con 26 y 27 casos respectivamente; interpretamos este hecho por ser meses de vacaciones laborales y escolares y posiblemente las parejas pasan mayor tiempo juntas y los niños y adolescentes están en las casas. Estos datos pueden ser observados con mayor detalle en la Tabla I.

El parentesco del agresor con la víctima era en la mayoría de los casos el marido o el compañero sentimental con 89 (38,2%) y 62 (26,6%) casos respectivamente, seguido de las ex-parejas con 30 (12,9%) casos; los grupos de mujeres víctimas de violencia doméstica con menos edad eran agredidas por padres y hermanos con 15 (6,4%) y 10 (4,3%) casos respectivamente y las de mayor edad eran agredidas por los hijos y el marido con 3 (1,3%) casos respectivamente, como puede verse en la Tabla II.

En Andalucía en el año 1999 hubo 4.834 mujeres agredidas por sus cónyuges, de ellas 1.132 pertenecían a Sevilla (9). Si extrapolamos estos

**TABLA I. Mujeres maltratadas agrupadas por edad y meses**

Meses	Edad							TOTAL
	0-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-60 años	+ 61 años	
Enero			9	3	1			13
Febrero		3	5	8	4	1		21
Marzo		2	8	5	6	2		23
Abril			3	4	2	2		11
Mayo	1	1	8	11	1	1		23
Junio		3	4	8	5		1	21
Julio		6	4	6	7	2	1	26
Agosto		2	7	3	8			20
Septiembre	2	4	4	8	6	2	1	27
Octubre		1	7	7	3		2	20
Noviembre		1	5	3	2			11
Diciembre		4	4	5	3		1	17
Total	3	27	68	71	48	10	6	233
Porcentajes totales	1,3%	11,6%	29,2%	30,5%	20,6%	4,3%	2,6%	100%

**TABLA II. Mujeres maltratadas por edad y parentesco con el agresor**

Parentesco	Grupo edad							TOTAL
	0-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-60 años	> 61 años	
Marido		2	26	29	23	6	3	89
Compañero sentimental		7	22	20	10	3		62
Ex-pareja		2	7	16	5			30
Hijo					5	1	3	9
Padre	2	8	5					15
Hermanos		5	4	1				10
Otros	1	2	1		1			5
No consta		1	3	5	4			13
TOTAL	3	27	68	71	48	10	6	233

datos a nuestros resultados podemos decir que en el año 2000 en el C.U.E.M.A.S. se atendieron 233 casos de mujeres por malos tratos familiares de los cuales 181 fueron producidos por el marido, pareja sentimental o ex-pareja (consideramos aquí las ex-parejas por ser, en numerosas ocasiones, separaciones de hecho del marido sin trámites oficiales), lo que supone el 15,9% del total de las mujeres atendidas en Sevilla por agresiones conyugales.

En el 8% de los casos, las mujeres fueron atendidas en más de una ocasión en el C.U.E.M.A.S. No sabemos si esta es la cifra real o pueden existir más casos, ya que muchas mujeres por vergüenza no manifiestan que han sido agredidas con anterioridad y en otros casos la historia clínica y el parte al juzgado no contemplan esta información. Los meses de verano (julio, agosto y septiembre) fueron los que presentaron más agresiones repetitivas, en las mismas mujeres, y en el intervalo de edad de 41 a 50 años. Estos datos están reflejados en la Tabla III.

Las pacientes víctimas de malos tratos acuden para ser atendidas en el C.U.E.M.A.S. en la mayoría de los casos: 138 (59,2%) por iniciativa propia; 64 (27,5%) de las pacientes son traídas por la policía 091; 12 (5,2%) son acompañadas por la policía 092; 3 (1,3%) son conducidas por la guardia civil; un caso (0,4%) vino con un informe en P10 con una posible procedencia de ambulatorio, centro de salud o puesto periférico del servicio especial de urgencias; en 15 casos (6,4%) no conocíamos la procedencia de la mujer. Esta estadística viene a mostrarnos que es la propia mujer cuando se siente herida después de una paliza o al cabo de unos días, cuando recobra fuerzas suficientes para levantarse, la que decide acudir para curarse. Estos datos aparecen expresados en la Tabla IV.

Las lesiones más frecuentes que presentaban las mujeres agredidas eran de carácter leve, destacando las contusiones con 153 casos, seguidas de las erosiones, eritemas y equimosis con 41 casos, los hematomas con 29 casos, las heridas con 13 y la ansiedad con 25 casos.

**TABLA III. Mujeres maltratadas agrupadas por edad y repetición de la agresión**

Meses	Grupo de edad						
	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	> 61
Junio		3 VVM					
Abril/junio			2 MIEG				
Julio/septiembre/octubre			3 GGNM				
Septiembre				2 RSEC			
Julio/agosto/septiembre					4 RGL		
Septiembre					2 MARC		
Febrero/abril/julio						3 JRR	
Total		3	5	2	6	3	

**TABLA IV. Mujeres maltratadas por edad y procedencia al C.U.E.M.A.S.**

Procedencia	Edad (años)							TOTAL
	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	+ 61	
Iniciativa propia	1	16	49	38	25	5	4	138
091		7	15	21	17	3	1	64
092	2	1	1	5	2	1		12
Guardia civil			1	1	1			3
P 10		1						1
No consta		2	2	6	3	1	1	15
TOTAL	3	27	68	71	48	10	6	233

En los pronósticos menos graves destacan las fracturas con nueve casos y con preponderancia de las fracturas costales, seguidas de las contusiones con seis casos y otros traumatismos con seis casos destacando aquí: rotura de diente y encía, arrancamiento de cuero cabelludo, rotura timpánica, úlcera corneal y contusión del polo anterior del ojo, artritis traumática y esguince-luxación en columna vertebral.

Entre las lesiones de carácter grave destacamos los traumatismos craneoencefálicos con seis casos, de los cuales todos ellos debieron ser derivados al hospital de traumatología para diagnóstico con pruebas complementarias y observación de la evolución de las mismas, con alto riesgo para sus vidas y con posibilidades de quedar con secuelas físicas. Estos datos están expresados en la Tabla V.

Después de haber revisado y estudiado todas las historias clínicas y partes al juzgado de las mujeres víctimas de violencia que acudieron al C.U.E.M.A.S durante el año 2000, tenemos que decir que en este centro los protocolos para la recogida de datos, en la historia clínica y parte al juzgado, son correctos, como mostramos en el Anexo II. Sin embargo, aunque se describen adecuadamente las lesiones, no se hace una valoración y avance de un posible pronóstico. Un porcentaje muy elevado (92%) de los facultativos no rellena todos los epígrafes de dicho protocolo, en

especial aquellos donde se pide al facultativo que explique **en ocasión de qué se produjo la agresión** y el apartado **otros datos de interés** que suelen quedar habitualmente desiertos y que podrían recoger datos como: relato y transcripción de los hechos según los describe la propia paciente, es decir conocer exhaustivamente el origen de las lesiones, malos tratos o agresiones reiteradas, coexistencia con malos tratos a hijos/as, estado psicológico en el que llega la paciente al centro, si han existido amenazas de muerte e insultos, si la mujer cree que peligra su vida y la de sus hijos, si la acompaña el agresor, si se han empleado armas blancas o de fuego en el altercado, etc. con lo cual al llegar este parte al juzgado queda parco y dificulta la adecuada valoración de la agresión padecida. Hay que tener en cuenta, además, que la víctima es la mejor prueba para demostrar lo que se denuncia, de ahí la importancia en la recogida de los datos y en la elaboración de la historia clínica y el parte de lesiones.

#### Discusión de los contrastes de hipótesis

En este apartado queríamos saber si existía o no asociación y en qué grado, entre la edad de las pacientes víctimas de malos tratos y el parentesco con el agresor y el tipo de lesiones que presentaban. Para ello utilizamos la prueba de Chi

**TABLA V. Relación entre lesiones y pronósticos de las mujeres maltratadas atendidas en el C.U.E.M.A.S.**

Lesión	Pronóstico leve	Pronóstico menos grave	Pronóstico grave	Total
Contusiones	153	6	2	161 (47,5%)
Hematomas	29		1	30 (8,85%)
Erosiones, eritemas, equimosis	41	4		45 (13,27%)
Heridas	13	3		16 (4,72%)
Traumatismo costal		2		2 (0,6%)
T.C.E.			6	6 (1,77%)
Traumatismo abdominal		1		1 (0,3%)
Otros traumatismos		6	1	7 (2,06%)
Fracturas		9	1	10 (2,95%)
Agresión sexual	3			3 (0,88%)
Contractura muscular	5	1		6 (1,77%)
Ansiedad	25			25 (7,37%)
Otras lesiones	25		2	27 (7,96%)
TOTAL	294 (86,73%)	32 (9,44%)	13 (3,83%)	339 (100%)

cuadrado de Pearson y el coeficiente de contingencia C, respectivamente.

Así, para contrastar la primera hipótesis (existen diferencias significativas entre la edad de las pacientes y el parentesco con el agresor) la Chi cuadrado de Pearson nos mostró un valor de  $p < 0,05$ , indicándonos que existe asociación entre la edad de la paciente y el parentesco familiar con el agresor, destacando que en las menores, los agresores son los padres; en las adolescentes suelen ser los hermanos; en las adultas jóvenes de 21 a 50 años los agresores son los maridos y en las adultas mayores suelen ser los hijos, como se describe en la Tabla VI.

Para contrastar la segunda hipótesis (existen diferencias significativas entre la edad de las pacientes y el tipo de lesión que presentan), la Chi cuadrado de Pearson no mostró asociación en ningún caso, es decir los niveles de significación de  $p$  fueron superiores a 0,05; esto viene a indicarnos que el tipo de lesión que presenta la mujer víctima de malos tratos no guarda relación con la edad; la lesión se produce al azar dependiendo de cómo el agresor propine el golpe y cómo se defiende la víctima para evitarlo.

**Discusión textual**

Las pacientes maltratadas atendidas por las autoras de este trabajo fueron evaluadas tanto física como psicológicamente; sus testimonios fueron recogidos y modificados en sus contextos para evitar la identificación de la víctima, y clasificados en categorías con un total de 762, que fueron: autoestima (ATE) con una frecuencia de 128 códigos, dependencia (DPE) con 340 códigos, creencias (CRE) con 224 códigos, expectativas (EXP) con 40 códigos y motivación (MOT) con 30 códigos. Con ellas hemos identificado estados psicológicos de las pacientes maltratadas, falsas

creencias sociales y familiares, sus expectativas de futuro, angustias y situaciones que les asustan, personas y contextos que les motivan y dan fuerzas para seguir adelante. Estos datos pueden ser observados en la Figura 1.

A continuación ilustramos con pasajes cada una de las categorizaciones a las que hemos hecho referencia.

Las mujeres maltratadas se percibían, en algunos casos, como seres inferiores a sus cónyuges y con escasa capacidad para emprender una vida en solitario o iniciar alguna empresa o negocio: «Mi marido es el que lleva el control del negocio, contabiliza lo que se gana y las cosas que hay que comprar, yo sólo trabajo en la peluquería peinando a las clientas, a veces en los días de lluvia que se gana poco se pone nervioso y me pega, pero le duele hacerlo y por eso bebe, aseguro que debo poner más potingues a las clientas para cobrarles más», reconoció amargamente una víctima de malos tratos, de profesión peluquera, que trabajando en una peluquería de su propiedad era el marido el que, sin oficio reconocido y sin ninguna otra tarea que hacer, recaudaba diariamente el dinero que ésta hacía en la peluquería y estipulaba las compras y forma en que

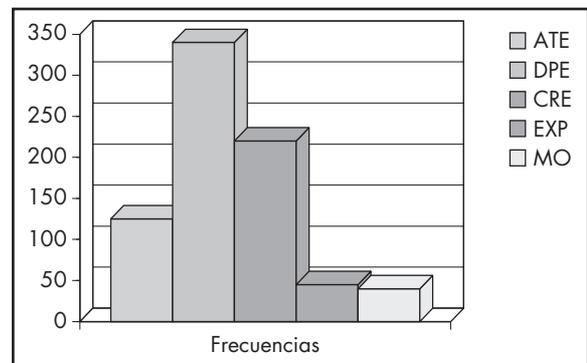


Figura 1. Diagrama de barras por categorizaciones.

**TABLA VI. Diferencias significativas entre mujeres maltratadas y parentesco con el agresor**

Parentesco	Grupos de edad							g.l.	Coef. C	Nivel de significación p	Frecuencia mínima esperada
	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	> 61				
Marido		2	26	29	23	6	3	6	0,262	0,009	1,15
Padre	2	8	5					6	0,426	0,000	0,19
Hijo					5	1	3	6	0,412	0,000	0,12
Hermano		5	4	1				6	0,269	0,006	0,13

tenía que proceder la paciente para hacer una recaudación mayor.

En numerosas ocasiones las mujeres maltratadas aceptan como normal y natural que los hombres sean violentos como si de algo rutinario se tratase. Exclamaba una mujer después de haber sido pateada en el albero de una plaza céntrica de su barrio por su novio: «¡Hay que ver cómo son los hombres, ellos queriendo llevar siempre la razón!»

Otras veces la mujer tiene una dependencia económica del agresor que le impide apartarse de él por no conocer otros medios para mantenerse ella y su prole: «Soy consciente de mi situación pero mis hijos son muy pequeños y tienen que comer; ahora mismo no puedo buscar trabajo porque los dos pequeños aún no van al colegio y de separarme ¿adónde podría ir?, este hombre me buscaría hasta en el fondo de la tierra y no cesaría hasta encontrarme y matarme.»

Hay mujeres que incluso tras cinco o seis años de separación aún siguen siendo molestadas por sus antiguas parejas, sintiendo la necesidad de estar cambiando con frecuencia de lugar de residencia y de trabajo e incluso con imposibilidad de rehacer sus vidas: «Desde que me separé he dedicado toda mi vida al trabajo para que mis hijos pudiesen estudiar y salir adelante; durante este tiempo mi ex-marido me increpaba con ironías cada vez que venía a recoger a los niños. Un día en una de sus visitas encontró a un compañero de mi trabajo con el que iba a salir al cine y a cenar. Cuando mi ex-marido se dió cuenta, montó en cólera y pegó a mi acompañante argumentando que lo que había sido suyo no sería de nadie más. He tenido que cambiar de domicilio y de ubicación de mi puesto de trabajo pues estoy siendo perseguida y vigilada por mi ex-marido en todos mis movimientos y salidas. Hoy ha sido el colmo, me ha encontrado y tirado contra una pared.»

Cuando preguntábamos a las pacientes si iban a poner denuncia a sus agresores la mayoría de nuestra micromuestra contestó que no. Al volver a insistir sobre ello nos explicó una de ellas: «Yo ya he puesto en otras ocasiones denuncias y no ha servido de nada, más bien ha contribuido a que todo se empeore.» ¿Puedes explicarnos a qué te refieres?: «Mira, esta herida y cardenal que me ha hecho no es grave, no me voy a morir por ello y los jueces lo tipifican como una falta; por falta condenaron a mi marido la vez anterior a 300 ptas diarias y arresto domiciliario, y me decía que por 300 ptas que es lo que le cuesta un par de chatos de vino se permite pegarme cuando él quiere.»

Tuvimos un caso en el que la paciente manifestó abiertamente su intención de poner denun-

cia y terminar de una vez por todas con las situaciones de abuso físico y psicológico al que su marido la tenía sometida, prácticamente desde que se casaron. Así nos manifestó: «Antes pedía a Dios que me viniese una enfermedad y me pudiese morir y de este modo terminar con mi sufrimiento; ahora lo veo más claro, tengo que pelear por mis hijos que son los que me dan fuerzas para seguir adelante. Aunque las cosas están cambiando y aquí se nos trata muy bien y la policía está más concienciada del problema, es difícil de resolver porque los que juegan a fastidiar lo tienen todo perdido y juegan a ganar. A pesar de todo yo pondré la denuncia.»

Cuando preguntamos a estas mujeres sobre la posible causa de la agresión, una nos respondió que en su caso no había causa real conocida: «El día que le coge el cuerpo con ganas de bronca y de pegarme encuentra cualquier excusa para hacérmelo: celos infundados, dice que la comida está fría, que plancho mal, etc.» Otra de ellas aseguraba que en su caso era siempre la misma causa: «A mí me pega porque quiere hacer el amor todos los días y varias veces, y yo me niego a ello.» En otros casos se hablaba de alcoholismo, drogas o enfermedad mental.

## CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en esta investigación hemos sacado las siguientes conclusiones:

1. La edad media de las mujeres maltratadas atendidas en el C.U.E.M.A.S. fue de 37,73 años, siendo el intervalo de los 21 a los 40 años el más castigado.
2. Los meses de verano fueron los que presentaron un mayor número de agresiones y de repetición de la violencia sobre las mismas mujeres.
3. El marido o compañero sentimental es el parentesco más frecuente del agresor con la víctima representando el 64,8%.
4. Encontramos diferencias significativas entre la edad de la víctima y su parentesco con el agresor, indicándonos esto que existe asociación entre la edad de la paciente y el parentesco familiar de quien arremete, así las más pequeñas son maltratadas por sus padres, las adolescentes y adultas jóvenes por sus parejas y las adultas mayores por sus hijos y maridos.
5. Podemos decir que el 15,9% del total de las mujeres atendidas en Sevilla víctimas de violencia conyugal acudieron a C.U.E.M.A.S.
6. La mayoría de las mujeres maltratadas que acuden para ser atendidas en el C.U.E.M.A.S. lo

hacen por iniciativa propia con un 59,2% de los casos, seguidas de las que son acompañadas por la policía 091 con un 27,5%.

7. La mayoría de las mujeres maltratadas que acuden al C.U.E.M.A.S. lo hacen con lesiones de pronóstico leve, destacando las contusiones con un 65,6% de los casos. Las de pronóstico más grave fueron los traumatismos craneoencefálicos con 2,5% de los casos, en donde fue necesario enviarlas al hospital con riesgo para su vida y de padecer secuelas físicas posteriores.

8. El 88,8% de los casos de las mujeres maltratadas que llegan al C.U.E.M.A.S. son resueltos médicamente en este centro sin necesidad de derivación.

9. El 92% de los partes al juzgado, por mujeres maltratadas, que salen del C.U.E.M.A.S. llevan escasez en la información sobre: el origen y contexto en que se produjeron las lesiones, posible valoración pronóstico de las lesiones, si es la primera vez o no en que la paciente es agredida, si existen agresiones acompañantes a hijos/as, si han existido insultos o amenazas de muerte con o sin armas, si la paciente percibe o no la situación con riesgo para su vida y la de su prole, valoración psicológica del estado de la paciente, etc.

## RECOMENDACIONES

Dado que este trabajo se llevó a cabo en el C.U.E.M.A.S., las recomendaciones que damos son para el mismo, aunque podrían ser extrapolables a cualquier otro centro de similares características:

**1.º Prevención primaria.** Tiene como objetivo crear las condiciones para que disminuyan o desaparezcan las situaciones que generan los malos tratos y agresiones familiares. Destacamos:

a) Realizar programas de formación específicos sobre violencia familiar y malos tratos conyugales dirigidos al personal del centro de urgencias, potenciados por el propio centro o Ayuntamiento en coordinación con el área de la delegación de la mujer, haciendo hincapié en la importancia y papel que desempeñan los profesionales que asisten a las víctimas.

b) Elaboración de protocolos de actuación por categorizaciones del personal del centro en virtud de su dinámica de funcionamiento y contexto, desde cómo debe actuar el **guardia de seguridad** en relación a la compañía que trae la paciente o de si ésta está siendo maltratada en la misma sala de espera por el agresor, pasando por el/la **auxi-**

**liar de admisión** quien ante la menor duda de posibles malos tratos en la recogida inicial de datos deberá comunicar su impresión al médico. Los **cedadores** que deberán tener claro en qué lugar ubicar a la paciente mientras espera su turno de asistencia y que éste sea del menor tiempo posible. Las/os **auxiliares de clínica y enfermeros/as**, quienes deberán estar alerta, ante la mínima sospecha, para identificar a una mujer maltratada, comunicárselo al médico y ellas mismas estar bien informadas por si la víctima les solicita información, de algún tipo, con respecto a su problema; y los/as **médicos** quienes tendrán la responsabilidad de detectar los casos de malos tratos mediante una adecuada interrogación e historia clínica detallando las lesiones y la posible data de las mismas, alentando y elevando la autoestima de la víctima y efectuando el parte al juzgado.

c) Apoyar la investigación sobre malos tratos familiares atendidos en el centro para conocer la situación real del problema.

d) Realizar reuniones periódicas entre los profesionales implicados con fines de mejorar los protocolos, introducir nuevas ideas para la coordinación con otros profesionales como policía y jueces, comentar casos clínicos de interés, etc.

**2.º Prevención secundaria.** Una vez que se ha producido la agresión o violencia doméstica, tratarla de la forma más eficaz para resolver el problema:

a) Facilitar en cada equipo de urgencias, que sean mujeres médicos, enfermeras y auxiliares las que atiendan a las víctimas de malos tratos; ello ayudaría a la paciente a revelar su problema con mayor confianza y seguridad.

b) Atención urgente a la paciente de las lesiones que presente y profilaxis oportunas, e información previa y detallada de todas las pruebas diagnósticas y/o medidas terapéuticas que se le van a realizar.

c) Requerir protección policial si fuese necesario y traslado a una casa de acogida.

d) Expedir y promover la cumplimentación exhaustiva de los documentos: historia clínica, informe de alta y parte judicial.

**3.º Prevención terciaria o rehabilitación psicológica.** En aquellos casos donde no se haya podido evitar que ocurra violencia doméstica, se hace necesario que tengamos previsto una actuación posterior a la intervención médica de la crisis que haga posible la recuperación de esa persona no sólo en los parámetros biomédicos, sino su vuelta a la vida normal e inserción social en las mejores condiciones, es decir intentando aumentar su autoestima y que se enfrente a su situación sin miedos añadidos. Esto se consigue:

a) Optimizando y priorizando la atención psicológica de las víctimas. Manteniendo de forma estable programas de atención a mujeres víctimas de violencia doméstica en el propio centro, de manera que las pacientes que han tenido que ser atendidas por la vía de urgencias encuentren en el centro una atención continuada con profesionales psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales del propio Ayuntamiento de Sevilla.

b) Dar un sistema de apoyo emocional fuerte, por parte de la institución, a los profesionales que se enfrentan a los malos tratos.

**Agradecimientos**

Este trabajo ha sido realizado gracias a la buena disposición de todo el personal sanitario y no sanitario del C.U.E.M.A.S, en especial de su director médico, Don Anastasio Castizo, quien nunca puso problemas para la elaboración de este trabajo, a Don Evaristo Mejias, jefe de Enfermería, por los datos generales del centro que nos pro-

porcionó, y a los doctores, Don Juan Custodio y Don Rafael Ollero, por los consejos que siempre nos aportaron.

**ANEXO I**

CUESTIONARIO PARA LA RECOGIDA DE DATOS

- 1.º) Siglas de identificación:
- 2.º) Fecha:
- 3.º) Edad:
- 4.º) Nivel sociocultural: ¿trabaja?, ¿nivel de estudios?, ¿hijos?
- 5.º) Procedencia: I.P. (iniciativa propia), 091, 092, otros centros.
- 6.º) ¿Es la primera vez que ha sido agredida?:
- 7.º) Descripción de las lesiones:
- 8.º) Pronóstico:
- 9.º) R (resolución del problema médico en el C.U.E.M.A.S.), D (derivación a hospital).
- 10º) Parentesco con el agresor:
- 11.º) ¿Va a poner denuncia?

**ANEXO II**



PARTE AL JUZGADO

**AGRESIÓN SEXUAL  
MALTRATO / AGRESIÓN FÍSICA**

Ilmo./a. Señor/a:

Siendo las ..... horas del día .....ha sido asistida en el Centro Sanitario .....  
sito en la localidad de .....  
Doña ..... de ..... años,  
con DNI núm ..... estado civil ..... domiciliada en .....  
calle/plaza .....  
la cual presenta .....

Según manifiesta, las lesiones le han sido inferidas por D. ....  
cuyo parentesco/ relación con la lesionada es el de .....  
en la población de ..... calle/ plaza .....  
el día ....., a las ..... horas , y en ocasión de .....  
El tratamiento aplicado consistió en .....  
y SI / NO precisó ingreso durante ..... días. Además, considero de interés poner en su conocimiento estos otros datos: .....

En ....., a .. de ..... De 199..

El/la médico/a encargado/a de su asistencia,

Fdo.: Dr/a. .... nº coleg .....

ILMO/A SR/A JUEZ/A ..... LOCALIDAD .....

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. JIMÉNEZ C, LORENTE M, PELARDO P, RODRÍGUEZ M. *Violencia contra las mujeres en el ámbito sanitario*. Junta de Andalucía e Instituto Andaluz de la Mujer, 1999.
  2. JIMÉNEZ C. *Malos tratos conyugales a mujeres en el área de Sevilla*. Consejería de la Presidencia e Instituto Andaluz de la Mujer, 1995.
  3. VILLAVICENCIO C P, BATISTA N M. Un problema específico de salud en la mujer: la situación de maltrato. *Clínica y Salud*. 1992; 3 (3): 239-249.
  4. VILLAVICENCIO C P, SEBASTIAN H J. Variables predictoras del ajuste psicológico en mujeres maltratadas desde un modelo de estrés. *Psicología Conductual*. 1999; 7 (3): 431-458.
  5. SOTOMAYOR E. *La violencia contra las mujeres. Estudio sobre la situación y características de las mujeres en los centros de acogida*. Instituto Andaluz de la Mujer y Consejería de la Presidencia. Estudios 15, año 2000.
  6. MALDONADO M D, ESCALERA M M. Emociones y motivaciones del personal que atiende a mujeres maltratadas en el Centro de Urgencias y Especialidades Médicas del Ayuntamiento de Sevilla. *C Med Psicossom Sex*. 2001; 57.
-