

ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 01/04/2023. Aceptado: 20/11/2023

DETECCIÓN DE VIOLENCIA MACHISTA ENTRE LAS MUJERES ATENDIDAS POR TENTATIVA AUTOLÍTICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

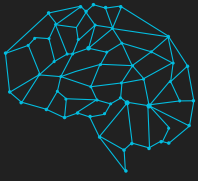
DETECTION OF INTERPERSONAL PARTNER VIOLENCE AMONG WOMEN TREATED FOR ATTEMPTED SUICIDE IN AN EMERGENCY DEPARTMENT

I. Merodio Ruiz^{1-4,11*}, J. Cobo^{3-5,7}, E. Canta López⁶, M. Corrigüelas Marín⁸, A.M. Santiago Barragán^{1,8},
M.C. Camposo Montesinos⁸, A. Rubio García^{1,8}, L. Llauredó Igual⁸, A. Coscolluela Pérez^{1,8}, R. Aguayo Navarro^{1,8},
L. Castro Pérez^{1,8}, P. Molla Robles⁸, M.T. Muñoz Martínez^{8, 11}, D.J. Palao Vidal^{3-5,9}, A. Granero Lázaro^{1,3,4,10}

¹Enfermera/o Especialista en Salud Mental. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España. ²Doctorando Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Bellaterra, Barcelona, España. ³Centro de Investigación Biomédica en Red – Salud Mental (CIBERSAM), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. ⁴Departament de Psiquiatria i Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Bellaterra, Barcelona, España. ⁵Instituto de Investigación e Innovación Parc Taulí (I3PT) – UAB, Sabadell, Barcelona, España. ⁶Enfermera Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España. ⁷Psiquiatra Adjunto Unidad de Agudos Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España. ⁸Enfermera del Centro de Salud Mental. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España. ⁹Psiquiatra Director Servicio Salud Mental. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España. ¹⁰Jefe de Enfermería de Salud Mental. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España. ¹¹Coordinador de Enfermería de Salud Mental. Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España.

Correspondencia: I.Jesús Cobo. Mental Health Department, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, Spain.
Telf.: +34 937231010, Ext. 21762 E-mail: jcobero@tauli.cat

* El presente trabajo forma parte de la Tesis Doctoral del Primer Autor.



RESUMEN

Introducción: Existe evidencia sobre una asociación directa entre la Violencia Machista/Violencia de Género (VdG) y el suicidio, e incluso se señala que la VdG es el principal factor precipitante para que una mujer realice una tentativa suicida. Además, se ha demostrado que las mujeres con enfermedades mentales crónicas sufren especialmente más violencia que la población en general. Sin embargo, existen relativamente pocos datos sobre la capacidad de detección de VdG de los servicios de urgencias. En Catalunya, el Programa Código Riesgo de Suicidio (CRS) atendió a 12.596 personas con episodios de conducta suicida y ha demostrado su eficacia en nuestro hospital.

Objetivo principal: Cuantificar el grado de detección de la VdG de nuestros registros sanitarios en mujeres visitadas en el servicio de urgencias de nuestro hospital por ideación y/o tentativa suicida y que han sido incluidas en el Programa CRS.

Hipótesis principal: La detección actual de VdG en las mujeres es <10%.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo basado en registros electrónicos sanitarios. Se identificaron todas las mujeres que habían estado en seguimiento telefónico en los últimos 12 meses por haber acudido al servicio de urgencias de nuestro Hospital por ideación y/o intento suicida. El período de análisis incluyó del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020. Se realizó una revisión completa de todos los informes de alta de estas mujeres visitadas en urgencias y de los registros clínicos de todos los profesionales (médicos, psiquiatras, enfermeras...) disponibles en la historia clínica informatizada. Se realizó un análisis descriptivo simple de los datos.

Resultados: Durante el período de estudio, se detectaron cuatro casos de violencia machista/VdG (1,92%) y dos casos de violencia familiar entre las 208 mujeres que se visitaron por ideación y/o intento autolítico. A todas las mujeres a las que se las detectó VdG, se les recomendó la visita con el Centro de Atención a la Mujer, pero se desconoce si fueron efectivamente derivadas a otros profesionales o si realmente acudieron.

Conclusiones: Los datos obtenidos demuestran una clara infradetección y confirman la hipótesis propuesta al inicio del estudio. Igualmente, faltan datos relevantes sobre la actitud que siguió a esta detección.

Palabras clave: *Violencia interpersonal de pareja; Violencia machista; Violencia de género; Suicidio; Evaluación psiquiátrica; Evaluación enfermera; Urgencias; Registros electrónicos de datos.*

ABSTRACT

Introduction: There is evidence of a direct association between interpersonal partner/sexist/gender violence (IPV) and suicide, and it is even pointed out that IPV is the main precipitating factor for a woman to make a suicide attempt. In addition, it has been shown that women with chronic mental illness suffer especially more violence than the general population. However, there is relatively little data on the IPV detection capacity of emergency departments. In Catalonia, the Suicide Risk Code Program (CRS) treated 12,596 people with episodes of suicidal behaviour and has demonstrated its effectiveness in our hospital.

Main objective: To quantify the degree of detection of IPV in our health records in women visited in the emergency department of our hospital for suicidal ideation and/or attempt and who have been included in the CRS Program.

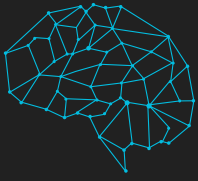
Main hypothesis: Current detection of IPV in women is <10%.

Methodology: Retrospective descriptive study based on electronic health records. All the women who had been in telephone follow-up in the last 12 months for having gone to the emergency department of our hospital for suicidal ideation and/or attempt were identified. The analysis period included from January 1 to December 31, 2020. A complete review of all the discharge reports of the women visited in the emergency room and of all the clinical records of all the professionals (doctors, psychiatrists, nurses...) available in the computerized medical record was carried out. A simple descriptive analysis of the data was performed.

Results: During the study period, four cases of IPV (1.92%) and two cases of family violence were detected among the 208 women who were visited for suicidal ideation and/or attempt. All the women who were detected with IPV were recommended to visit the Women's Care Center, but it is unknown if they were actually referred to other professionals or if they actually attended.

Conclusions: The data obtained show a clear IPV underdetection and confirm the hypothesis proposed at the beginning of the study. Similarly, there is a lack of relevant data on the attitude that followed this detection.

Keywords: Interpersonal partner violence; Sexist violence; Gender violence; Suicide; Psychiatric evaluation; Nursing evaluation; Emergency; Electronic data records.



INTRODUCCIÓN

La violencia de género (VdG) o violencia machista es uno de los problemas de salud más importantes y con más incidencia a los que nos enfrentamos en la actualidad. Actualmente, denominamos violencias machistas solo a aquellas violencias que están motivadas por una mentalidad machista. Previamente se utilizaron los términos violencia doméstica (inadecuado) y también violencia de género, haciendo hincapié en que era una violencia ejercida por las personas de un sexo (masculino), sobre las personas del otro sexo (femenino). El término VdG es todavía muy utilizado (Cirici, 2023). Como destaca la Dra. Roser Cirici, la violencia machista puede desarrollarse en todos y cada uno de los ámbitos de la vida de las personas (pareja/expareja, laboral, social, educacional y/o comunitario) y también en todos los momentos de su vida (perinatal, infancia, adolescencia, edad adulta y tercera edad), por tanto, no hay que hablar de un solo tipo de violencia machista sino de muchos tipos de violencias machistas (Cirici, 2023).

La OMS considera la VdG como “un problema de salud global de proporciones epidémicas” y que afecta a más de la tercera parte de todas las mujeres a nivel mundial (WHO, 2013). La macroencuesta española sobre violencia de género del año 2019 destaca que, una de cada dos mujeres (57,3%) residentes en España de 16 ó más años, han sufrido violencia a lo largo de sus vidas por ser mujeres y una de cada cinco la han sufrido en los últimos 12 meses (Subdirección General de Sensibilización, 2020). Esta misma encuesta en 2015 indicaba que en el total de las mujeres de 16 años o más que residen en España, un 12,5% ha padecido violencia física o sexual por parte de su pareja o expareja, un índice más bajo que la media de la Unión Europea, que está sobre el 22% (De Miguel Luken, 2015). Las consecuencias de la VdG para la salud física de las mujeres o su funcionalidad son graves y bien conocidas (Raya Ortega et al., 2004; Cirici Amell et al., 2023).

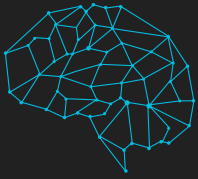
En todos los estudios revisados se destaca una asociación directa entre la VdG y el suicidio (Devries et al., 2011; Devries et al. 2013; Colucci & Heredia Montesinos, 2013; McLoughlin, O'Carroll & O'Connor, 2012). Incluso señalan que la VdG es el principal factor precipitante para que una mujer realice una tentativa suicida (Colucci & Heredia Montesinos, 2013). Si a estos datos unimos que se ha demostrado que las personas con enfermedades mentales crónicas sufren más violencia que la población en general y que, entre ellas, las mujeres con enfermedad mental sufren más VdG que aquellas que no tienen una enfermedad mental (Cobo et al.,

2010), nos encontramos que es de vital importancia la detección y posterior actuación sobre las mujeres con VdG por parte de todos los agentes de salud, incluidas las enfermeras de salud mental (WHO, 2013). Por otra parte, la bibliografía destaca que, en la práctica, la capacidad de detección del maltrato o violencia por los diversos profesionales sanitarios es muy escasa y algunos estudios señalan que únicamente se detectan del 10 al 40% de los casos (Cobo et al., 2010). Esto nos sitúa en una realidad asistencial desfavorable que es necesario modificar.

En nuestro propio hospital, se ha implementado desde hace años un Programa de seguimiento de las tentativas suicidas innovador y que ya se ha demostrado eficaz en diferentes estudios y análisis (Cebria et al., 2015; CatSalut, 2015). En toda Catalunya, el Código Riesgo de Suicidio (*Codi Risc Suicidi* ó CRS) (CatSalut, 2015) fue implantado el año 2014 y, en sus primeros 5 años de funcionamiento, ya atendió a 12.596 personas con episodios de conducta suicida a lo largo del territorio. De estas, el 88% nunca han realizado más conductas suicidas y han tenido un correcto seguimiento posterior. Se ha de destacar que, en Catalunya, en el año 2020 sólo hubo 556 fallecimientos por suicidio, cifra que, todo y ser alta, es una de las más bajas de Europa (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2021; CatSalut, 2015).

Dentro del Programa CRS que se realiza en nuestro Hospital, se incluye una intervención telefónica para todas las personas que han sufrido una tentativa autolítica o bien tienen riesgo de realizarlo por presentar ideación autolítica consistente. La intervención, además, incluye un seguimiento proactivo con una visita urgente y un tratamiento ambulatorio intensivo en un período de tiempo muy corto tras la tentativa (CatSalut, 2015). El programa de gestión telefónica retrasó los reintentos de suicidio en el grupo de intervención en comparación con el año de referencia y comparado con la población de control durante el mismo período (Cebria et al., 2015; CatSalut, 2015). Además, la intervención redujo la tasa de pacientes que volvieron a intentar el suicidio en la población experimental en comparación con el año anterior y la población control (Cebria et al., 2015; CatSalut, 2015). Sin embargo, hasta el momento todavía no se había contemplado la posible influencia que puede tener la evaluación de diversos factores independientes, como puede ser la VdG en aquellas mujeres que realizan tentativas autolíticas.

Por todo lo dicho anteriormente, en los próximos años nos planteamos una innovación significativa en el proce-



so de seguimiento de las mujeres que han realizado una tentativa suicida y que están dentro del Programa CRS en nuestro ámbito poblacional, con el fin de detectar si además sufren VdG añadida y posteriormente poder realizar una intervención enfermera integrada de empoderamiento específica para VdG.

El objetivo principal de este análisis preliminar es cuantificar el grado de detección en nuestros registros sanitarios de la violencia de género en mujeres visitadas en el servicio de urgencias de nuestro hospital por ideación y/o tentativa suicida y que han sido incluidas en el Programa CRS. Como objetivo secundario, identificaríamos las mujeres que presentan ideación y/o tentativa suicida incluidas en el Programa CRS de nuestro hospital a las que se ha activado el protocolo de atención a las víctimas de violencia de género. Nuestra hipótesis principal es que la detección actual de VdG en las mujeres visitadas por ideación y/o tentativa suicida en el servicio de urgencias del Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí (CCSPT) es inferior al 10% de los casos.

METODOLOGÍA

DISEÑO

Estudio descriptivo retrospectivo basado en registros electrónicos sanitarios.

POBLACIÓN DE ANÁLISIS:

Mujeres que han estado en seguimiento telefónico en los últimos 12 meses en el Programa CRS, por haber acudido al servicio de urgencias de nuestro Hospital por ideación y/o intento suicida. El período de análisis incluyó desde el 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó una revisión completa de todos los informes de alta de las mujeres visitadas en urgencias. Igualmente, realizamos también una revisión completa de los registros clínicos de estas mujeres realizados por todo el personal médico, de psiquiatría, de psicología o de enfermería disponibles en la historia clínica informatizada de nuestro hospital.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo simple de los datos (medias, desviación estándar y porcentajes) mediante el paquete informático IBM SPSS en su versión 25.

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE CONFIDENCIALIDAD

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Clínica de nuestro hospital y se ha desarrollado de acuerdo con el protocolo y con los procedimientos normalizados de trabajo de la buena práctica clínica (Referencia 2020/319).

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN:

Se incluyeron 208 mujeres visitadas en el servicio de Urgencias de nuestro hospital en este período por tentativa/ideación autolítica (Tabla 1). Los meses con más tentativas fueron enero y febrero. Hasta 16 mujeres se visitaron más de una vez a lo largo del período de análisis por el mismo motivo. El perfil de las mujeres era de una media de edad de 43 ± 16 años. La mayoría de nacionalidad española (87%) y con pareja estable, casadas o con pareja de hecho en más de la mitad de las mujeres (55,77%). El nivel de estudios fue mayoritariamente primario (15,38%) o secundarios ESO/FP1 (15,38%). Un 25,48% de la muestra trabajaba y el 20% era pensionista. Un total de 116 mujeres vivían con sus maridos o parejas, de las cuales 104 llevaban manteniendo esta relación con su pareja en un intervalo de 0 a 5 años. En 84 casos no tenían pareja en el momento del intento autolítico (Tabla 1).

A través de la historia clínica electrónica, como desencadenantes de la ideación o tentativa autolítica, en 69 mujeres (33,17%) se referían problemas de pareja y en 57 mujeres (27,40%) problemas con algún familiar (no especificados en los registros). Sólo 27 casos referían únicamente síntomas de su patología de base como causa de la tentativa/ideación sin ningún estresor reconocible (Tabla 1).

DESCRIPCIÓN DE LA VdG

Respecto de los posibles antecedentes de VdG en las mujeres, en 175 de los casos (84,13%) éste no consta o no está descrito en el informe de urgencias. En 23 casos se destacaban problemas de pareja o con el marido (11,06%) de forma genérica. Sólo en 4 casos se destacaban antecedentes de discusiones y mala relación previas de pareja. Solo en un caso la mujer presentaba antecedentes de violencia por parte de otro familiar cercano (su padre).

Respecto del episodio actual de intento de suicidio/ideación suicida en urgencias, en la mayoría de los 202 casos (97,12%) no constaba ningún dato de VdG en el informe.

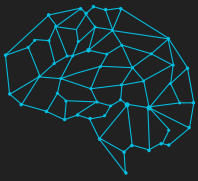


Tabla 1. Características sociodemográficas y de la tentativa.

Perfil de las mujeres visitadas (n=208 mujeres)	
Edad (media ± desviación standard en años)	43,0 ± 16,0
Nacionalidad española (n, %)	181 (87,0 %)
Pareja estable actual (n, %)	116 (55,77 %)
Estudios Primarios y/o Secundarios (n, %)	64 (30,76 %)
Trabajan (n, %)	53 (25,48 %)
Vivían con su marido o pareja (n, %)	106 (50,9 %)
Tiempo de relación 0 a 5 años (n, %)	104 (50,0 %)
Sin pareja en el momento del intento (n, %)	84 (40,3 %)
Meses del año con más tentativas	Enero y febrero
Visitadas más de una vez en Urgencias (n, %)	16 (7,6 %)
Motivo descrito de intento/ideación autolítica	
Problemas de pareja (n, %)	69 (33,17 %)
Problemas con algún familiar (n, %)	57 (27,4 %)
Síntomas de su patología de base (n, %)	27 (12,9 %)

Sólo se detectaron 4 casos de VdG ejercidos por parte de su marido o pareja (1,92%). También se describieron dos casos de violencia familiar actual por parte de los hijos hacia las madres.

En la gran mayoría de los informes de alta faltan datos cruciales sobre el caso atendido, por ejemplo, con quién conviven, su estado civil, antecedentes, estudios realizados, etc.

En ningún informe se especificó cómo se realizó la evaluación de la posible VdG.

DESCRIPCIÓN DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS EN URGENCIAS

En las cuatro mujeres detectadas con VdG, se realizó la recomendación de una visita con el Centro de Atención a la Mujer de zona. En un caso se contactó directamente con la policía ya que se trataba de una posible agresión sexual el día anterior. En los casos de violencia familiar se recomendó la intervención de la trabajadora familiar.

Sin embargo, a través de nuestros registros, se desconoce si fueron derivadas a otros profesionales (trabajadora social, enfermera...) y/o si realmente acudieron a ellos.

EVALUACIÓN DE LOS REGISTROS AMBULATORIOS DE LAS PACIENTES

En todas las historias clínicas revisadas de las mujeres visitadas en urgencias por ideación y/o tentativa autolítica, a

través de los cursos clínicos se constata que enfermería de urgencias no registra la realización de ningún tipo de abordaje especializado y/o específico a la mujer que presenta VdG.

Los registros de enfermería únicamente hacen referencia a la descripción de los cuidados generales (constantes, intervenciones en necesidades básicas, curas, etc.) dispensados durante la estancia de la mujer en el servicio y no hemos encontrado ninguna referencia específica sobre VdG. Predominan los escritos escuetos y poco elaborados.

En lo que se refiere a los informes médicos y psiquiátricos de alta revisados, se objetiva que faltan muchos datos que consideramos importantes (estado civil, nivel de estudios, relaciones con familia directa, situación laboral, información sobre actividad diaria, etc.). Aparentemente existe una tendencia a copiar los antecedentes de informes hospitalarios previos sin ningún tipo de variación.

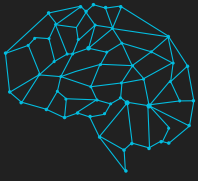
Si analizamos los informes de otros médicos especialistas (traumatólogos, médicos de medicina interna, etc.) de urgencias, observamos que los informes son mucho más escuetos en cuanto información y se ciñen estrictamente al problema de salud que presenta la persona en el momento de la visita y que motivó su intervención.

DISCUSIÓN

La detección de VdG durante el 2020 fue del 1,92% entre todas las mujeres que se visitaron en el servicio de urgencias por presentar ideación o tentativa autolítica. Esto supone una detección muy por debajo de lo señalado en la bibliografía revisada. Este dato reafirma nuestra hipótesis propuesta inicialmente, con una detección inferior al 10% de los casos.

En los últimos años se han realizado diversos estudios de prevalencia de violencia en pacientes con trastorno mental grave (TMG). Hay estudios realizados en diferentes países, como Suecia, EE.UU, Países bajos, Grecia, Reino Unido y Etiopía (Bengtsson-Tops et al., 2005; Chang et al., 2011; Kamperman et al., 2014; Katsikidou et al., 2013; Khalifeh et al., 2015; O'Hare et al., 2016; Silver et al., 2005; Tsigebrhan et al., 2014). Más adelante intentaremos relacionar los resultados más relevantes de estos estudios con nuestros propios resultados.

En la revisión y metaanálisis de Trevillion et al. (2012) se incluyeron 41 estudios. Existe un mayor riesgo de sufrir violencia de pareja durante la vida adulta entre mujeres con trastornos depresivos (odds ratio OR 2,77 [IC 95%: 1,96-3,92]), trastornos de ansiedad (OR 4,08 [IC 95%: 2,39-6,97]) y trastorno por estrés posttraumático TEPT (OR 7,34 [IC 95%:



4,50-11,98]), en comparación con las mujeres sin trastornos mentales. No se dispuso de datos suficientes para calcular las odds ratio para otros trastornos mentales, la violencia familiar (es decir, violencia perpetrada por una persona que no es la pareja) o la violencia sufrida por los hombres. Los estudios individuales informaron de un aumento de las probabilidades para mujeres y hombres en todas las categorías diagnósticas, incluidas las psicosis, con una prevalencia más alta para las mujeres. Se encontraron pocos estudios longitudinales, por lo que no se pudo investigar la dirección de la causalidad. Como conclusiones de su revisión, se detectó que existe una alta prevalencia y una mayor probabilidad de ser víctima de violencia machista en hombres y mujeres en todas las categorías diagnósticas, en comparación con las personas sin trastornos mentales. Se necesitan estudios longitudinales para identificar las vías que conducen a ser víctima de violencia machista para optimizar las respuestas sanitarias (Trevillion et al., 2012). En un nuevo metaanálisis con 42 estudios, la mediana de la prevalencia de la violencia de pareja a lo largo de la vida notificada en los trabajos de alta calidad fue del 30% (intervalo intercuartílico [IQR] 26-39) entre las pacientes internadas y del 33% (IQR 21-53) entre las pacientes ambulatorias. Ningún estudio incluyó un grupo de control (Oram et al., 2013).

Sin embargo, en nuestro medio hay pocos datos. Contamos al menos con un estudio del año 2014 hecho en 62 mujeres con TMG en dos Centros de Rehabilitación Psicosocial (San Fernando de Henares y Alcalá de Henares) (González Cases et al., 2014; García Santos, 2017). La prevalencia de la violencia en los doce meses previos a la entrevista fue del 40,3%, pero del 74,1% a lo largo de toda la vida. La forma de abuso o violencia más frecuente en la muestra fue el psicológico, seguido del físico y en último lugar el sexual, como es habitual. Las mujeres con TMG víctimas de abuso presentaron también una baja tasa de apoyo social.

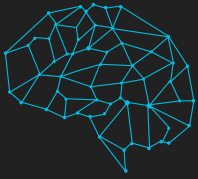
En la muestra más amplia de la Tesis de García Santos (2017), cuarenta y tres mujeres, de las 142 con TMG que componían la muestra final, han sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja o expareja en el último año. Casi un tercio (30,3%) de las mujeres han sido en el último año agredidas por sus parejas o exparejas. Respecto del tipo de violencia ejercido, observamos que la violencia psicológica es la más frecuente (29,6%), seguida de la física con el 8,5% y en último lugar de la sexual con el 4,2%. Por tanto, si combinamos la violencia física y la sexual tenemos que

el 9,8% de las mujeres han sido víctimas de violencia grave (física y/o sexual) en el último año. Las mujeres que habían sufrido violencias físicas durante la infancia tenían un riesgo 2,22 veces más de ser víctimas de violencia machista en el ámbito de la pareja que las mujeres que no habían sufrido nunca violencias en la niñez (González Cases et al., 2014).

Diversos informes evidencian que es muy necesario establecer estrategias de detección de la VdG entre las mujeres afectas de TMG, ya que, según algunos informes, el riesgo que tiene una mujer con trastorno mental de sufrir este tipo de violencia se multiplica entre dos y cuatro veces más que entre las mujeres en general (FEDEAFES, 2017). Aún más, existe evidencia de una gran falta de recursos de acogida específicos suficientes para todas las mujeres con trastornos mentales en situación de supervivientes de violencias machistas. Todavía más, muchas veces este trastorno mental hace que se cuestione esta condición de víctimas con argumentos tales como que su relato no es veraz (Activa-Mente-Cataluña Asociación, 2020).

En un estudio elaborado por nuestro Equipo de la Corporación Sanitaria Parc Taulí de Sabadell, se realizó un análisis retrospectivo del seguimiento de todas las mujeres atendidas por violencia física grave en Urgencias durante dos años consecutivos. De las 412 mujeres atendidas en el Servicio de Urgencias, el 25,5% habían recibido en algún momento atención psiquiátrica o psicológica especializada. Casi todas las mujeres presentaban diagnósticos psiquiátricos mayores, fundamentalmente trastornos adaptativos y de ansiedad (56%), trastornos afectivos (unipolares o bipolares, 28%) y, menos frecuentemente, diagnósticos del grupo de las psicosis (13%). El 27,3% de estas mujeres presentaban abuso comórbido o dependencia del alcohol y el 33,3% consumían benzodiazepinas u otras drogas. Además, a más de la mitad (58,1%) se las había diagnosticado trastornos de la personalidad y al 39,4% se las había detectado problemas de salud física añadidos a su proceso de salud mental (Cobo et al., 2010).

En este estudio previo de nuestro Hospital (Parc Taulí, Sabadell), el 41,9% de estas mujeres que se habían atendido en las consultas de salud mental y que sufrían violencias machistas graves en este periodo habían registrado antecedentes de intentos de suicidio, e incluso algunas lo habían intentado previamente repetidas veces. Todo y la gravedad de los hechos, solo en el 51,5% de los casos se documentó en la historia clínica psiquiátrica/psicológica la violencia



que sufrían estas mujeres. La gran mayoría de las mujeres (69,7%) abandonaron el seguimiento de las consultas de salud mental (Cobo et al., 2010).

En el estudio ya citado del año 2014 en 62 mujeres con TMG en la zona de Alcalá de Henares, los profesionales de los Centros de Rehabilitación psicosocial consiguen identificar más pacientes, sobre todo en los casos que son víctimas de abuso reciente. En cuanto a la violencia familiar, son detectados hasta un 71% de casos de violencia a lo largo de la vida y un 68% de violencia en el último año. Más específicamente respecto de la violencia de pareja, son detectados 80% de casos en violencia a lo largo de la vida y un 100% de casos para la violencia en los últimos 12 meses (González Cases et al., 2014; García Santos, 2017).

En la muestra ampliada con 142 mujeres TMS (García Santos, 2017), respecto de la capacidad de los profesionales referentes de algunos servicios de la red madrileña de salud mental para detectar y tener conocimiento de situaciones de maltrato, se comprobó también que éste sólo se detectaba en la mitad de las mujeres que afectivamente habían sufrido violencia por parte de su pareja en el último año. Llama también la atención un interesante aspecto metodológico de su investigación, ya que entre todas las mujeres que el profesional reconoce que eran efectivamente víctimas de maltrato, hasta un 40,6% no eran «caso» según el cuestionario de violencia aplicado. Esta divergencia, según el autor, puede deberse a una valoración errónea del profesional o a una «ocultación» de la mujer al investigador de su situación de maltrato durante la aplicación de la encuesta y que sin embargo sí había puesto en conocimiento del profesional de salud mental que la atendía habitualmente (García Santos, 2017). En esta muestra de Madrid, el tipo de violencia que mejor detecta el/la profesional de referencia de los servicios de salud mental es la violencia física (54,5%) seguida de la psicológica (45,9%). Las agresiones sexuales pueden pasar totalmente inadvertidas por el/la profesional, aunque hay una escasa frecuencia de este tipo de VdG y los datos se deben tomar aquí con precaución (García Santos, 2017). Por lo tanto, los profesionales de salud mental podríamos tener la oportunidad añadida de detectar la VdG de forma más precisa, e incluso más potente que las simples escalas psicométricas de despistaje.

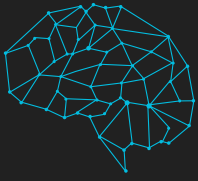
Además, se ha de destacar que las mujeres con problemas de salud mental experimentan rechazo, aislamiento y exclusión y reciben un trato paternalista y sobreprotector,

y se encuentran en situaciones de más vulnerabilidad que las abocan a sufrir también otros tipos de violencias. Estas mujeres no cumplen los «requisitos sociales»; es decir, se considera que no tienen suficientes capacidades para cumplir los mandatos de la feminidad (Direcció General de Serveis Socials & Cirici, 2023). Su autoestima se ve afectada por las exigencias sociales y ellas mismas pueden interiorizar estos prejuicios en forma de autoestigma (Atelsam, 2020; Direcció General de Serveis Socials & Cirici, 2023).

Tal y como nos indican los estudios, si, por un lado, hay una prevalencia más elevada de antecedentes de violencias machistas en las mujeres en todas las categorías diagnósticas de trastornos mentales y, por otro lado, las mujeres con trastornos mentales graves tienen más probabilidad de ser víctimas (Oram et al., 2013), en las entrevistas clínicas se tendrían que incluir siempre preguntas de exploración de las violencias machistas en lugar de obviar o esconder este tema. La investigación científica sobre mujeres con trastornos mentales y violencias machistas es escasa; nos encontramos con una dificultad enorme para obtener estudios, análisis o estadísticas (Direcció General de Serveis Socials & Cirici, 2023). Si estos tipos de violencias no son objeto de estudio y no se reconocen como determinantes de la salud, se invisibiliza esta realidad y se puede convertir en una sutil forma más de violencia machista, de tipo institucional o social (Atelsam, 2020). El resultado final, como refieren algunos estudios, es que, en la mitad o más de los casos, los/las profesionales de referencia de la red de salud mental no conocen/reconocen las violencias graves que sufren las mujeres que atienden o no les prestan atención suficiente (y no lo registran en la historia clínica) (FEDEAFES, 2017; Cobo et al., 2010; González Cases et al., 2014).

Además, se ha encontrado una relación significativa entre sufrir violencia actualmente y haberla sufrido en alguna relación anterior (Ruiz-Pérez et al., 2006; Plazaola Castaño et al., 2008). También hay una relación significativa entre haber sufrido violencia sexual en la infancia y desarrollar un trastorno mental en la edad adulta: el 47% de las mujeres diagnosticadas de TMG han sufrido violencia sexual a la infancia y el 28% han estado testigos de violencia en el entorno doméstico (Tasa-Vinyals et al., 2020). Por lo tanto, la detección precoz nos permitiría una adecuada prevención de futuras VdG o de sus consecuencias.

Diversas autoras han destacado cómo, para las mujeres, adolescentes y niñas que sufren violencia machista en sus



diferentes modalidades, el hecho de disponer de espacios seguros y comprensivos para poder hablar abiertamente de sus experiencias de victimización supone un gran alivio. En este sentido, los espacios de atención directa, como por ejemplo hogares-residencia, hogares con apoyo, servicios de autonomía al propio hogar, servicios prelaborales o clubes sociales, son lugares idóneos para detectar las consecuencias de la violencia y aliviar sus sufrimientos. El apoyo y el acompañamiento de profesionales son un elemento clave para encontrar una salida en su situación (Ruiz-Pérez et al., 2006; Cirici et al., 2010). Además, en nuestra opinión, los Grupos de autoayuda, auto-organización o de Ayuda Mutua (GAM) son de gran interés y se han de promocionar y sostener desde las administraciones públicas.

Además, y volviendo directamente al caso de las tentativas autolíticas en mujeres, como citamos en la introducción, todos los estudios previos revisados y las revisiones y metaanálisis destacan una asociación directa entre la VdG y el suicidio (Devries et al., 2011; Devries et al. 2013; Colucci & Heredia Montesinos, 2013; McLaughlin, O'Carroll & O'Connor, 2012).

En nuestro contexto y concretamente en Valencia, Pico-Alfonso et al. (2006) compararon mujeres maltratadas física/psicológicamente (n=75) y psicológicamente (n=55) con mujeres de control no maltratadas (n=52). Las mujeres expuestas a VdG física/psicológica y psicológica presentaron una mayor incidencia y gravedad de síntomas depresivos y de ansiedad, trastorno por estrés posttraumático e ideas de suicidio que las mujeres control, sin diferencias entre los dos grupos de maltrato. La concomitancia de violencia sexual se asoció con una mayor gravedad de los síntomas depresivos entre las mujeres maltratadas de ambos grupos y una mayor incidencia de intentos de suicidio (Pico-Alfonso et al., 2006). Éste estudio además demostró que la llamada violencia psicológica no es nada «leve» en comparación con la física para los aspectos de síntomas depresivos y suicidio.

En los países en desarrollo, se ha observado también una relación muy significativa entre la llamada violencia «doméstica» (machista) y la ideación suicida: 48% en Brasil, 61% en Egipto, 64% en la India, 11% en Indonesia o 28% en Filipinas (WHO, 2001).

En la revisión sistemática y metaanálisis de Devries et al. (2013) se incluyeron sólo estudios longitudinales publicados antes del 1 de febrero de 2013. Se detectaron dieciséis estudios con 36.163 participantes. Todos los estudios

incluyeron participantes de sexo femenino; cuatro estudios también incluyeron participantes de sexo masculino, pero pocos controlaron factores de confusión potenciales distintos de los demográficos. En el caso de las mujeres, hubo pruebas claras de una asociación entre la VdG y los síntomas depresivos incidentes, así como con los intentos de suicidio (Devries et al., 2013).

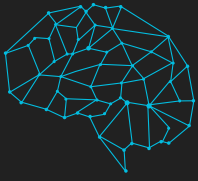
Respecto de la capacidad de los profesionales sanitarios para detectar las situaciones de violencia machista, Fisher et al. (2022) en un estudio sobre conocimientos, confianza y habilidades clínicas relativas a la violencia familiar en un entorno privado australiano, destaca cómo la mayoría de los clínicos refieren que trabajan con pacientes que han verbalizados experiencias de violencia familiar, pero la mayoría (63%) no habían recibido formación en el área. Especialmente las enfermeras referían menores tasas de formación previa. Menos del 20% referían disponer de conocimientos suficientes clave, como eran información sobre los indicadores de violencia familiar, las formas de preguntar sobre violencia familiar o cómo actuar ante una verbalización de violencia. Por lo tanto, sus resultados muestran un conocimiento subóptimo y por tanto la necesidad de formación, particularmente entre el staff enfermero (Fisher et al., 2022).

En otro estudio australiano, aunque la mayoría de las enfermeras que atendía a mujeres embarazadas realizaban al menos un screening de violencia familiar, pero sólo la mitad creían que lo hacían apropiadamente (Withiel et al., 2020).

En otro estudio sobre conocimientos y actitudes hacia la violencia de género (*intimate partner violence*) entre enfermeras y matronas tituladas y estudiantes de ambas disciplinas, se demostró que las estudiantes de enfermería o de matronas tenían menos conocimientos sobre VdG que las profesionales ya tituladas, y además que las matronas tituladas tenían más conocimientos que las enfermeras tituladas (Ali et al., 2021).

Respecto de los datos que nosotros planteamos en este estudio, puede tener también influencia el hecho de la pandemia, ya que el período de análisis incluye desde el 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020, en plena pandemia e incluyendo el proceso de confinamiento (lockdown). Diferentes análisis muestran cómo las restricciones del COVID-19 pueden ser usadas como un mecanismo de control por los perpetradores de violencia en las relaciones abusivas (Usher et al., 2020).

En nuestro estudio, también se ha de destacar que en la gran mayoría de los informes de alta faltan datos cruciales



sobre el caso atendido, por ejemplo, con quién conviven, su estado civil, los antecedentes, etc. Lo cual tiene interés médico-legal, ya que los informes médicos pueden ser piezas claves a la hora de perseguir a los delincuentes y en posteriores juicios.

Y esto, teniendo en cuenta que, en nuestro ámbito legal, la Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista (Ley, 2020), regula la violencia institucional como uno de los ámbitos posibles de la violencia machista. Define también el concepto de **diligencia debida** como la obligación de los poderes públicos de adoptar medidas legislativas y de cualquier otro orden para actuar con la agilidad y eficacia necesarias en orden a prevenir, investigar, perseguir castigar y reparar adecuadamente en los actos de violencia machista y proteger las víctimas. Además, especifica que la mencionada violencia machista se puede causar tanto por acción como por omisión de los deberes de prevención y reparación (Ley, 2020). Por todo esto, hace falta que los profesionales dejen atrás sus miedos a la hora de afrontar estas cuestiones (Direcció General de Serveis Socials & Cirici, 2023).

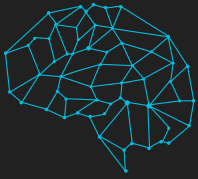
Como otras autoras previas, pensamos también que es necesario introducir la perspectiva de género en todas las desigualdades que afectan la salud, así como las diferencias en la socialización, las desigualdades en el poder y el acceso a los recursos, o en los aspectos laborales (Borrell y Artazcoz, 2008). En este sentido, incorporar la perspectiva feminista, o de género, nos permite interpretar las diferencias entre mujeres y hombres en el área de la salud mental y especialmente en la de detección de casos de violencias machistas (Direcció General de Serveis Socials & Cirici, 2023).

En nuestra opinión y experiencia clínica, los resultados obtenidos por nuestro estudio pueden ser debidos a varias causas. La principal causa para la no detección, que ya destaca la bibliografía previa, hace referencia a la falta de conocimientos específicos por parte de los profesionales sanitarios. También pensamos que una causa muy importante es la falta de protocolización en la anamnesis de la VdG. Igualmente, puede haber miedo/incertidumbre entre los profesionales respecto a las posibles consecuencias secundarias esperadas después de la activación del circuito de VdG. Igualmente, dadas las difíciles condiciones de la asistencia de urgencias en los hospitales generales de nuestro entorno, una de las causas puede ser la falta de tiempo de dedicación para cumplimentar correctamente los registros debido a la presión asistencial de los dispositivos.

Otro dato que hace pensar en una posible infradetección de la VdG entre nuestra muestra de mujeres con tentativa autolítica, se debe a que, a través de la historia clínica electrónica, se detectan un importante porcentaje de los denominados "problemas de pareja" (33,17%) como desencadenantes de la ideación o tentativa autolítica, así como "problemas" con algún familiar (no especificados) en un 27,40% añadido. Pensamos que buena parte de este eufemístico «problemas» se trata de VdG que no se ha sabido o querido recoger de esta manera, o bien la paciente no la ha verbalizado espontáneamente.

Como señalaron también Ali et al. (2021) en relación con la detección de VdG en enfermería, los equipos de enfermeras y matronas pueden utilizar políticas y protocolos clínicos y organizativos, revisados y actualizados periódicamente. Se deberá promover y desarrollar la colaboración interdisciplinaria para la rápida identificación y gestión de los casos de violencia de pareja.

La detección universal en el sistema de salud o en dispositivos específicos, como las urgencias médicas, es una medida de gran utilidad. En la Estrategia Estatal para combatir las violencias machistas 2022–2025 del Ministerio de Igualdad, Secretaría de Estado de Igualdad y contra la Violencia de Género, Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (2022), se recomiendan diferentes ya medidas de detección. Además, según la excelente revisión de la evidencia de Ahmad et al. (2017) el cribado sistemático o universal da lugar a mayores tasas de identificación de la violencia de pareja. Además, según detectan, las mujeres que dan positivo en el cribado de violencia de pareja en los servicios de urgencias tienen además más probabilidades de sufrir malos tratos en los meses siguientes. Los factores que facilitan el cribado de la violencia de pareja pueden clasificarse como factores relacionados con los profesionales sanitarios, como la capacidad de hacer preguntas directas o pasar suficiente tiempo con el paciente y no parecer apresurado, o el género del entrevistador, así como factores organizativos y factores relacionados con los pacientes (Ahmad et al., 2017). Por lo tanto, los servicios de urgencias ofrecen una oportunidad única a los profesionales sanitarios para detectar la violencia de pareja en sus pacientes. Además, la competencia a la hora de evaluar las necesidades de los pacientes parece ser un factor muy significativo que puede afectar a las tasas de revelación de casos de violencia de pareja. (Ahmad et al., 2017). Por otra parte, otras revisiones minimizan el impacto o la relevancia del screening universal en el ámbito sanitario (O'Doherty et al., 2015). Por otra parte,



en un estudio australiano, los profesionales sanitarios que respondieron a una encuesta al respecto apoyaron firmemente el cribado en los servicios de urgencias (Spangaro et al., 2022).

Finalmente, por nuestra parte, creemos también urgente y necesario incorporar mecanismos de detección de VdG fiables en las urgencias médicas y en especial en el caso de mujeres afectas de trastorno mental y/o ideación/tentativa autolítica. Dados los resultados, en nuestro propio equipo asistencial y de investigación, nos planteamos la implementación prospectiva de escalas validadas para la detección VdG en nuestro ámbito hospitalario, con las que esperamos aumentar la detección de casos y su posterior abordaje por parte del equipo de enfermería de salud mental.

LIMITACIONES Y PUNTOS FUERTES

La principal limitación del estudio es el carácter unicéntrico de la muestra, que puede representar un resultado aislado, así como el tamaño muestral. Además, el estudio a través de los registros clínicos, aunque tiene una gran fiabilidad y trazabilidad, adolece de las dificultades inherentes a la calidad original de los datos. Entre las principales fortalezas se encuentran el análisis exhaustivo, incluyendo todos los registros médicos y de trabajo social y la falta de estudios en nuestro ámbito.

RELEVANCIA PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Pensamos que los datos obtenidos en el estudio son de una gran relevancia para la práctica clínica diaria. Queda en evidencia que hay una posible infradetección de la VdG en el servicio de urgencias. Esto conlleva a la necesidad de introducir mecanismos de detección de VdG para todas las mujeres que son atendidas en el servicio de urgencias, especialmente en las visitas de salud mental y específicamente entre aquellas con tentativas autolíticas, debido al riesgo inherente.

Igualmente, se destaca la necesidad de mejorar los registros clínicos de los distintos profesionales que intervienen en el tratamiento/cuidado de las mujeres atendidas en urgencias, con el fin de poder compartir la máxima información posible, manteniendo el derecho a la confidencialidad y para poder atenderlas de la manera más adecuada asegurando una continuidad de los cuidados. Igualmente, una adecuada cumplimentación de los antecedentes de VdG en la historia clínica tiene relevancia médico-legal y podría ayudar a las mujeres a enfrentarse mejor en caso de proceso judicial por las agresiones sufridas.

CONCLUSIONES

Existe una evidencia científica sobre una asociación directa entre la VdG y el suicidio e incluso se señala que la VdG es el principal factor precipitante para que una mujer realice una tentativa suicida. Sin embargo, diversos estudios previos hablan también de una infradetección de la VdG en los servicios sanitarios.

En nuestra muestra de pacientes visitados en Urgencias, durante todo el período de estudio (año 2020), únicamente se detectaron cuatro casos de violencia machista - VdG (1,92%) y dos casos de violencia familiar entre las 208 mujeres que se visitaron por ideación y/o intento autolítico. En nuestra opinión, estos datos demuestran una clara infradetección y nos confirma la hipótesis propuesta al inicio del estudio. Además, en la gran mayoría de los informes de alta faltan datos cruciales sobre el caso atendido.

A todas las mujeres a las que se les detectó VdG, se les recomendó la visita con el Centro de Atención a la Mujer, pero se desconoce si fueron efectivamente derivadas a otros profesionales implicados (trabajadora social, enfermera...) o si realmente acudieron. Sin embargo, a este respecto se han de tener en cuenta las limitaciones de los registros de donde se han obtenido los datos.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA, BUENAS PRÁCTICAS Y CESIÓN DE DERECHOS

FINANCIACIÓN

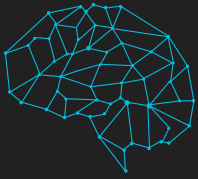
Beca Fundación Privada Benéfica Barnola- Vallribera, Sant Josep. Importe total 3.000 €.

La financiación para la realización de este estudio fue otorgada por Beca Fundación Privada Benéfica Barnola-Vallribera Sant Josep. La Fundación no participó en el diseño del estudio, interpretación de resultados o redacción del manuscrito.

CONTRIBUCIÓN

Los autores Igor Merodio Ruiz, Jesús Cobo Gómez, Albert Granero Lázaro, Diego J. Palao Vidal y Elena Canta López diseñaron el estudio.

Los autores María Teresa Muñoz Martínez, Mónica Corrigüelas Marín, Ángel Santiago Barragán, María Camposo Montesinos, Alejandra Rubio García, Laura Llauradó Igual, Albert Cosculluela Pérez, Raquel Aguayo Navarro, Lourdes Castro Pérez, Paula Molla Robles e Igor Merodio Ruiz recopilamos todos los datos del estudio, realizando revisión completa de las historias clínicas.



Los autores Igor Merodio Ruiz y Elena Canta López realizaron los análisis estadísticos.

Los autores Igor Merodio Ruiz, Jesús Cobo Gómez y Albert Granero Lázaro contribuyeron al redactado inicial del artículo.

Todos los autores revisaron y participaron en la redacción final.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran la ausencia de potenciales conflictos de intereses.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al equipo administrativo y a todos los profesionales de psiquiatría, psicología y de enfermería del Servicio de Salud Mental de la Corporació Parc Taulí su colaboración con el estudio.

CONFLICTOS DE INTERESES

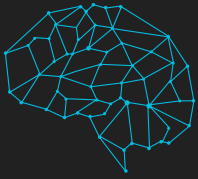
Ningún conflicto de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Beca Fundación Privada Benéfica Barnola-Vallribera, Sant Josep. Importe total 3.000 €.

BIBLIOGRAFÍA

1. Activament Catalunya Associació (2020). Perspectiva de gènere en salut mental. Recuperado el 18/02/23 de: www.activament.org/2020/perspectiva-de-genero-i-salut-mental/#sthash.S55kjcxtdpbs
2. Ahmad, I., Ali, P.A., Rehman, S., Talpur, A., Dhingra, K. (2017). Intimate partner violence screening in emergency department: a rapid review of the literature *Journal of Clinical Nurse*, Vol. 26, pp. 3271-3285. doi: 10.1111/jocn.13706
3. Ali, P., McGarry, J., Younas, A., Inayat, S., Watson, R. (2022). Nurses', midwives' and students' knowledge, attitudes and practices related to domestic violence: A cross-sectional survey. *Journal of Nurse Management*, Vol. 30, pp. 1434-1444. doi: 10.1111/jonm.13503
4. ATELSAM Salud Mental (2020). Guía de salud mental con perspectiva de género. Recuperado el 18/02/23 de: www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-Salud-Mental-Perspectiva-Genero.pdf
5. Bengtsson-Tops, A., Markström, U., Lewin, B. (2005). The prevalence of abuse in Swedish female psychiatric users, the perpetrators and places where abuse occurred. *Nordic Journal of Psychiatry*, Vol. 59, pp. 504-510. <https://doi.org/10.1080/08039480500360732>
6. Borrell, C., Artacoz, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, Vol. 82, pp. 245-249.
7. CatSalut (2015). Instrucció 10/2015. Atenció a les persones en risc de suïcidi. Codi risc de suïcidi (CRS). Recuperado el 19/02/23 de: https://catsalut.gencat.cat/web/contenut/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/2015/instruccio_10_2015/instruccio-codi-risc-suicidi-8-9-2015.pdf
8. Cebria, A. I., Pérez-Bonaventura, I., Cuijpers, P., Kerkhof, A., Parra, I., Escayola, A., García-Parés, G., Oliva, J. C., Puntí, J., López, D., Valles, V., Pamias, M., Hegerl, U., Pérez-Sola, V., Palao, D. J. (2015). Telephone Management Program for Patients Discharged From an Emergency Department After a Suicide Attempt: A 5-Year Follow-Up Study in a Spanish Population. *Crisis*, Vol. 36, pp. 345-352. doi: 10.1027/0227-5910/a000331.
9. Chang, J.C., Cluss, P.A., Burke, J.G., Hawker, L., Dado, D., Goldstrom, S., Scholle, S.H. (2011). Partner violence screening in mental health. *General Hospital Psychiatry*, Vol. 33, pp. 58-65. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.11.009>
10. Cirici Amell, R. (2023). Definición de las violencias machistas. *Psicosomática y Psiquiatría*, 2023, 24. <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrum2408>.
11. Cirici Amell, R., Querol Viñas, N., Ripoll Ramos, A. (2010). La consulta sanitaria: ¿Un espacio privilegiado para la detección y el abordaje de la violencia de género? *Formación Médica Continuada*, Vol. 17, pp. 550-559.
12. Cirici Amell, R., Soler, A. R., Cobo, J., Soldevilla Alberti, J. M. (2023). Psychological consequences and daily life adjustment for victims of intimate partner violence. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, Vol. 58, pp. 6-19. doi: 10.1177/00912174211050504.
13. Cobo, J., Muñoz, R., Martos, A., Carmona, M., Pérez, M., Cirici, R., García-Parés, G. (2010). La violencia de género en la atención psiquiátrica y psicológica especializada: ¿es relevante la violencia de género para nuestros profesionales? *Revista de Psiquiatría y Salud Mental - Journal of Psychiatry and Mental Health*, Vol. 3, pp. 61-67.
14. Colucci, E., Heredia Montesinos, A. (2013). Violence against women and suicide in the context of migration - A review of the literature and a call for action. *Suicidology Online*, Vol. 4, pp. 81-91.
15. De Miguel Luken, V. (2015). Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015. Recuperada el 19/02/23 de: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/coleccion/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf
16. Devries, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M., Astbury, J., Watts, C. H. (2013). Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *PLoS Med*, Vol. 10, e1001439. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23671407>
17. Devries, K., Watts, C., Yoshihama, M., Kiss, L., Schraiber, L. B., Deyessa, N., Heise, L., Durand, J., Mbwapo, J., Jansen, H., Berhane, Y., Ellsberg, M., Garcia-Moreno, C. (2011). WHO Multi-Country Study Team Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Social Science & Medicine*, Vol. 73, pp. 79-86. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.05.006
18. Direcció General de Serveis Socials / Roser Cirici Amell. (2023). Salut Mental, Perspectiva de Gènere i Atenció a les Violències Masclistes des dels Serveis Socials. Barcelona, Departament de Drets Socials.
19. Federación de Euskadi de Familiares y Personas con Enfermedad Mental - FEDEFES (2017). Guía de la investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental. Recuperado el 18/02/23 de: www.fedefes.org/blog/investigacion-sobre-violencia-contra-las-mujeres-con-enfermedad-mental
20. Fisher, C. A., Jones, S., Smyth, C. B., Stokes, L., Cairns, G., Withiel, T. D. (2022). Domestic and family violence knowledge and skills: A private mental health service survey of nurses, allied health, and medical clinicians. *International Journal of Mental Health Nursing*, Vol. 31, pp. 952-961. Doi:10.1111/inm.13004
21. Fundación Española para la Prevención del Suicidio (2021). Estadísticas 2020 de Suicidios España 2020. Recuperado de: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2021/>
22. González Aguado, F., González Cases, J., López Gironés, M., Olivares Zarco, D., Polo Usaola, C., Rullas Trincado, M. (2013). Violencia familiar y de pareja



- hacia las mujeres con trastorno mental grave (2013). Norte de Salud Mental, Vol. 11, pp. 23-32. Recuperada el 18/02/23 de: <https://consaludmental.org/publicaciones/Violenciainmujeresenfermedadmental.pdf>
23. González Cases, J., Polo Usaola, C., González Aguado, F., López Gironés, M., Rullas Trincado, M., Fernández Liria, A. (2014). Prevalence and Characteristics of Intimate Partner Violence Against Women with Severe Mental Illness: A Prevalence Study in Spain. *Community Mental Health Journal*, Vol. 50, pp. 841–847.
 24. González Cases, J.C. (2011). Violencia en la pareja hacia mujeres con trastorno mental grave. Universidad de Alcalá, Tesis Doctoral. Recuperado el 18/02/23 de: <https://core.ac.uk/download/pdf/58909666.pdf>
 25. Kamperman, A.M., Henrichs, J., Bogaerts, S., Lesaffre, E.M.E.H., Wiersma, A.I., Ghauharali, R.R.R., Swildens, W., Nijssen, Y., van der Gaag, M., Theunissen, J.R., Delepaul, P.A., van Weeghel, J., van Busschbach, J.T., Kroon, H., Teplín, L.A., van de Mheen, D., Mulder, C.L. (2014). Criminal victimisation in people with severe mental illness: a multi-site prevalence and incidence survey in the Netherlands. *PLoS One*, Vol. 9, e91029. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091029>
 26. Katsikidou, M., Samakouri, M., Fotiadou, M., Arvaniti, A., Vorvolakos, T., Xenitidis, K., Livaditis, M. (2013). Victimization of the severely mentally ill in Greece: the extent of the problem. *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 59, pp. 706–715. <https://doi.org/10.1177/0020764012448782>
 27. Khalifeh, H., Moran, P., Borschmann, R., Dean, K., Hart, C., Hogg, J., Osborn, D., Johnson, S., Howard, L.M. (2015). Domestic and sexual violence against patients with severe mental illness. *Psychological Medicine*, Vol. 45, pp. 875–886.
 28. Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. Recuperado el 19/02/23 de: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-464
 29. McLaughlin, J., O'Carroll, R. E., O'Connor, R. C. (2012). Intimate partner abuse and suicidality: A systematic review. *Clinical Psychological Review*, Vol. 32, pp. 677-689. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23017498>
 30. Ministerio de Igualdad, Secretaría de Estado de Igualdad y contra la Violencia de Género, Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (2022). Estrategia Estatal para combatir las violencias machistas 2022–2025. NIPO en línea: 048-22-060-5. Catálogo de Publicaciones de la Administración General del Estado: <https://cpage.mpr.gob.es>
 31. O'Hare, T., Shen, C., Sherrer, M. V. (2016). Lifetime Physical and Sexual Abuse and Self-Harm in Women With Severe Mental Illness. *Violence Against Women*, Vol. 22, pp. 1211–1227.
 32. Oram, S., Trevillion, K., Feder, G., Howard, L. M. (2013). Prevalence of experiences of domestic violence among psychiatric patients: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, Vol. 202, pp. 94-99.
 33. Pico-Alfonso, M. A., García-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E., Martínez, M. (2006). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of Womens Health (Larchmt)*, Vol. 15, pp. 599-611. <https://doi.org/10.1089/jwh.2006.15.599>
 34. Plazaola Castaño, J., Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Pérez, I., Montero-Piñar, M. I., Grupo de Estudio para la Violencia de Género. (2008). Apoyo social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja. *Gaceta Sanitaria*, Vol. 22, pp. 527-533.
 35. Raya Ortega, L., Ruiz Pérez, I., Plazaola Castaño, J., Brun López-Abisab, S., Rueda Lozano, D., García de Vinuesa, L., González Barranco, J. M., Garralón Ruiz, L. M., Arnalte Barrera, M., Lahoz Rallo, B., Acemel Hidalgo, M. D., Carmona Molina, M. P. (2004). La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Atención Primaria*, Vol. 34, pp. 117-124. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(04\)79480-9](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(04)79480-9)
 36. O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L.L., Feder, G., Taft, A. (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Systematic Review*, Vol. 22, 2015(7):CD007007. doi: 10.1002/14651858.CD007007.pub3
 37. Ruiz-Pérez, I., Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Blanco-Prieto, P., González-Barranco, J. M., Ayuso-Martín, P., Montero-Piñar, I., Grupo de Estudio para la Violencia de Género. (2006). La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, Vol. 20, p. 202-208.
 38. Salut Mental Catalunya (2019). 3 de cada 4 dones amb problemes de salut mental han estat víctimes de violència de gènere. Recuperado el 18/02/23 de: <https://www.salutmental.org/el-70-de-les-dones-amb-problemes-de-salut-mental-no-te-feina/>
 39. Silver, E., Arseneault, L., Langley, J., Caspi, A., Moffitt, T.E., 2005. Mental disorder and violent victimization in a total birth cohort. *American Journal of Public Health*, Vol. 95, pp. 2015–2021. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2003.021436>
 40. Spangaro, J., Vajda, J., Klineberg, E., Lin, S., Griffiths, C., McNamara, L., Saberi, E., Field, E., Miller, A. (2022). Emergency Department staff experiences of screening and response for intimate partner violence in a multi-site feasibility study: Acceptability, enablers and barriers. *Australasian Emergency Care*, Vol. 25, pp. 179-184. doi: 10.1016/j.auec.2021.12.004
 41. Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género). (2020). Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019. Ministerio de Igualdad. Recuperado 19/02/23 de: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf
 42. Tasa-Vinyals, E., Álvarez, M-A., Puigoriol-Juveny, E., Roura-Poch, P., García-Eslava, J. S., Escoté-Llobet, S. (2020). Intimate partner violence among patients diagnosed with severe mental disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 208, pp. 749-754. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001207>
 43. Trevillion, K., Oram, S., Feder, G., Howard, L. M. (2012). Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, Vol. 7, e51740.
 44. Tsigebhran, R., Shibre, T., Medhin, G., Fekadu, A., Hanlon, C. (2014). Violence and violent victimization in people with severe mental illness in a rural low-income country setting: a comparative cross-sectional community study. *Schizophrenia Research*, Vol. 152, pp. 275–282.
 45. Usher, K., Bhullar, N., Durkin, J., Gyamfi, N., Jackson, D. (2020). Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. *International Journal of Mental Health Nurse*, Vol. 29, pp. 549-552. <https://doi.org/10.1111/inm.12735>
 46. WHO (2001). *The World Health Report. Mental Health: New understanding, new hope*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
 47. Withiel, T. D., Sheridan, S., Rudd, N., Fisher, C. A. (2022). Preparedness to Respond to Family Violence: A Cross-Sectional Study Across Clinical Areas. *SAGE Open Nurse*, Vol. 11, 8:23779608221126355.
 48. World Health Organization / London School of Hygiene and Tropical Medicine / South African Medical (2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. Geneva, Switzerland; pp. 1–58 p. Disponible desde: www.who.int