



ORIGINAL BREVE

La violencia de género en la atención psiquiátrica y psicológica especializada: ¿es relevante la violencia de género para nuestros profesionales? ☆

Jesús Cobo^{a,b,*}, Ruth Muñoz^c, Ascensión Martos^c, Montserrat Carmona^c, Mireia Pérez^{b,d}, Roser Cirici^{b,e} y Gemma García-Parés^{a,b}

^aServei de Salut Mental, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

^bGrup de Treball i Recerca en Salut Mental i Dona, Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental, Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears, Barcelona, España

^cServei de Treball Social, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

^dDepartament de Psicologia, Universitat Autònoma de Barcelona, Cerdanyola del Vallès, Barcelona, España

^eServei de Salut Mental, Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

Recibido el 1 de diciembre de 2009; aceptado el 26 de febrero de 2010

Disponible en Internet el 8 de mayo de 2010

PALABRAS CLAVE

Salud mental;
Salud pública;
Género;
Violencia de género

Resumen

Introducción: La violencia de género (VdG) influye directamente en la calidad de vida y la salud mental. Sin embargo, su influencia puede ser ignorada o desvalorada por los profesionales responsables.

Objetivos: Describir una muestra hospitalaria de mujeres que han padecido VdG emergente y se visitan por cualquier otro motivo en las consultas de salud mental. Determinar el grado de conocimiento o intervención de los profesionales.

Métodos: Diseño observacional. Realización: recogida prospectiva sistemática de casos de VdG emergente y/o urgente en la Corporació Sanitària Parc Taulí (Sabadell). Población de referencia: 390.000 habitantes, mayoritariamente urbanos y de predominio del sector industrial y de servicios. Periodos: enero-diciembre de 2004 y enero-diciembre de 2006. Estadística: descriptiva.

Resultados: Hasta 218 y 194 mujeres fueron atendidas durante estos periodos por episodios de VdG con resultado de lesiones y/o necesidad de atención médica y/o social emergente. De entre ellas, hasta 53 mujeres recibían o habían recibido en algún momento atención especializada de salud mental. La gran mayoría (69,7%) abandonó el seguimiento. Se detectó una alta tasa de abuso o dependencia comórbida de alcohol (27,3%), benzodiacepinas (33,3%) y/u otras drogas y una alta tasa de antecedentes de intentos de suicidio (41,9%) y un suicidio consumado. Sólo en el

☆ En todo el artículo al referirse a «los profesionales», se refieren tanto a profesionales de género masculino como femenino.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jcobo@tauli.cat (J. Cobo).

KEYWORDS

Mental health;
Public health;
Gender;
Violence against
women

51,1% quedaba registrada explícitamente la VdG padecida. Sólo se documenta algún tipo de abordaje o intervención relacionado en un 15,2%.

Conclusiones: La prevalencia de enfermedad psiquiátrica y/o psicológica es muy alta en este grupo, pero la realidad de la VdG no siempre es documentada ni recibe un abordaje específico. © 2009 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Violence against women in mental health departments: Is it relevant for mental health professionals?

Abstract

Introduction: Violence against women (VaW) directly influences their quality of life and mental health. Unfortunately, its influence may be ignored or underestimated by professionals attending these women.

Objectives: To describe a hospitalized sample of women suffering from emergent VaW who visited the mental health department for other reasons. To evaluate the degree of knowledge about VaW and interventions for VaW taken by health professionals.

Methods: We performed an observational, prospective study with systematic data collection on all cases of emergent and/or urgent VaW at the Corporació Sanitària Parc Taulí (Sabadell, Spain) from January–December 2004 and January–December 2006. The reference population consisted of 390,000 inhabitants, mostly urban and from the industrial and service economic sectors. A descriptive statistical analysis was performed.

Results: In the two study periods, 218 and 194 women, respectively, were attended for emergent and/or urgent VaW resulting in severe injuries and/or medical and/or social assistance. Of these, up to 53 received or had received specialized mental health treatment. Most of these women (69.7%) withdrew from follow-up. We detected a high rate of comorbid abuse or dependence on alcohol (27.3%), benzodiazepines (33.3%) or other drugs of abuse and a high rate of suicide attempts (41.9%) and successful suicides in these periods. VaW was explicitly registered in only 51.1% of the cases and a specific intervention for VaW was documented in only 15.2% of the cases.

Conclusions: The prevalence of psychiatric and/or psychological disorders was very high in our sample, but the presence of VaW was not always specifically documented or treated. © 2009 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La violencia de género influye directamente en la calidad de vida y la salud mental de las mujeres que la padecen. Es además bien conocido que las personas con enfermedades mentales crónicas sufren más violencia que la población en general y, entre ellas, las mujeres con enfermedad mental sufren más violencia de género que aquellas que no tienen una enfermedad mental¹. De igual forma, las situaciones puntuales o crónicas de violencia de género pueden desencadenar o empeorar una enfermedad o un trastorno mental previo^{2,3}. Sin embargo, esta misma prevalencia o la influencia de la violencia sufrida por las mujeres en el curso de su enfermedad mental pueden ser ignoradas o desvaloradas por los profesionales de salud mental que atienden a estas mujeres⁴⁻⁶. Hay pocos datos sobre estos aspectos en nuestro estado y muchas incógnitas al respecto. Nuestra pregunta sería: ¿son conscientes los profesionales de nuestro medio de esta violencia de género entre las mujeres que se tratan habitualmente en las consultas por otros motivos y de sus repercusiones en la evolución y el tratamiento de estas mujeres? Igualmente, ¿esta realidad influye en el tipo de abordaje terapéutico que se realiza?

Objetivos

Por un lado, describiríamos una muestra hospitalaria de mujeres que han padecido violencia de género emergente con consecuencia de intervención urgente hospitalaria y se visitan por cualquier otro motivo en las consultas especializadas de salud mental. Por otro lado, determinaríamos el grado de conocimiento de esta realidad que tienen los profesionales y las medidas tomadas al efecto.

Material y métodos

Para conseguir nuestros objetivos, diseñamos un estudio simple con una metodología observacional, transversal y longitudinal. Por un lado, se revisaron sistemáticamente todos los casos de violencia de género emergente y/o urgente atendidos en dos periodos concretos, entre enero y diciembre de 2004 y entre enero y diciembre de 2006 en la Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell dentro del Protocolo de Atención Médico-Social a la Violencia de Género de nuestro hospital. Posteriormente, separamos a

las mujeres que se atendían directamente en las consultas de psiquiatría de nuestro hospital y realizamos un análisis de la evolución y los diagnósticos de estas mujeres en nuestro servicio de salud mental durante ese periodo, revisando los datos anteriores y posteriores a la intervención urgente por violencia de género. Se exploró cualquier documentación, informe o derivación escrita referente al proceso.

Nuestra población de referencia es de 390.000 habitantes, mayoritariamente urbanos y con predominio del sector industrial y de servicios. Se detecta una presencia creciente de población inmigrante, con amplia diversidad cultural y social. Se ha de tener en cuenta que las mujeres atendidas no representan todos los casos producidos durante este periodo en nuestra población, sino sólo los atendidos en nuestras urgencias hospitalarias y detectados como tal, ya que otros casos pudieron ser atendidos en centros de asistencia primaria y otro porcentaje de casos indeterminado pudo pasar inadvertido a los profesionales de urgencias por diversas causas. Los datos eran anónimos para garantizar en todo momento la confidencialidad de los resultados. La estadística utilizada fue únicamente descriptiva, utilizando medias, desviaciones estándar y porcentajes con el programa SPSS 14.

Resultados

Desde enero a diciembre de 2004 se atendió, en nuestro hospital, a 218 mujeres por episodios de violencia de género y entre enero y diciembre de 2006, a 194, con resultado de lesiones y/o necesidad de atención médica y/o social emergente y/o urgente. Se trataba en todos los casos de violencia física grave, con el resultado de lesiones de diversa gravedad. Todas ellas fueron incluidas dentro del Protocolo de Atención Médico-Social a la Violencia de Género de nuestro hospital y posteriormente recibieron al menos un seguimiento social en nuestras consultas externas. De entre todas ellas, hasta 53 mujeres (el 24,3 o el 26,8%, según el periodo estudiado) recibían o habían recibido en algún momento atención psiquiátrica o psicológica especializada en nuestras consultas. Es posible que otras mujeres recibieran atención psicológica o psiquiátrica por profesionales privados, su médico de cabecera o bien en el Centre d'Atenció a la Dona del Ayuntamiento de Sabadell, pero en estos casos no se pudo acceder a sus historias.

De entre todas estas mujeres atendidas, pudimos seleccionar 33 casos útiles para el análisis. De los casos restantes, sólo se obtuvieron datos incompletos o bien directamente las mujeres ya no acudieron a las visitas programadas y no se pudo analizar su enfermedad psiquiátrica concreta (31 casos de la muestra inicial de 53 mujeres, casi el 60%).

La media \pm desviación estándar de edad de nuestra muestra (n=33) en el momento de la agresión fue $36,6 \pm 8,8$ (intervalo, 17-60) años. Casi todas las mujeres (excepto un caso), presentaban diagnósticos psiquiátricos del eje I, fundamentalmente entre dos grandes grupos: los trastornos adaptativos y de ansiedad (18 casos, 56%) y los trastornos afectivos (unipolares o bipolares, 9 casos, 28%) y, menos frecuentemente, se trataba de diagnósticos del grupo de las psicosis (4 casos, 13%) (fig. 1). Los diagnósticos principales del eje I, según criterios DSM-IV, fueron muy heterogéneos y los hemos resumido en la tabla 1. Llama la

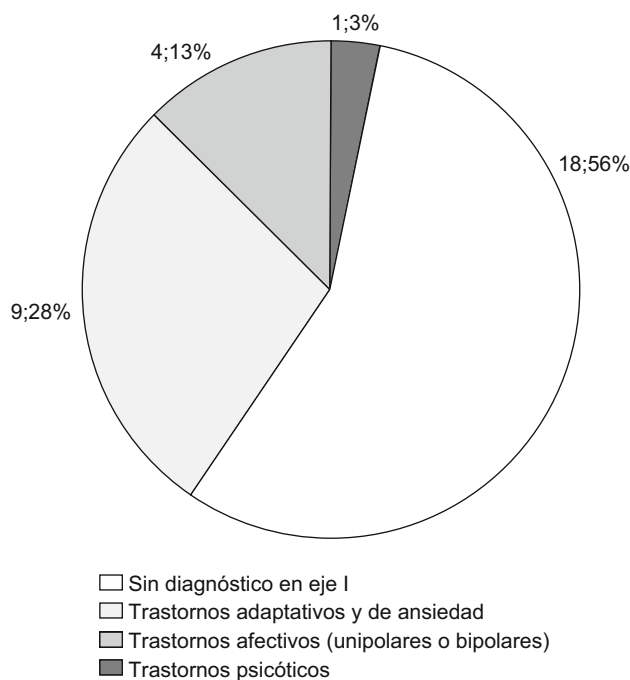


Figura 1 Diagnósticos del eje I.

Tabla 1 Diagnósticos DSM IV en el eje I de las mujeres con violencia ejercida atendidas en centro de salud mental

Diagnóstico DSM IV	n (%)
Sin diagnóstico en el eje I	1 (3)
Trastorno bipolar tipo II	1 (3)
Trastorno esquizoafectivo tipo bipolar	1 (3)
Trastorno bipolar no especificado	1 (3)
Depresión mayor recurrente	1 (3)
Depresión mayor, episodio único	1 (3)
Trastorno depresivo no especificado	4 (12,1)
Esquizofrenia residual	1 (3)
Trastorno adaptativo mixto	9 (27,3)
Trastorno de ansiedad (sindrómico, no especificado)	4 (12,1)
Trastorno mental orgánico (por drogas)	1 (3)
Trastorno de pánico	2 (6,1)
Trastorno psicótico no especificado	1 (3)
Trastorno de la alimentación no especificado	1 (3)
Trastorno disociativo no especificado	2 (6,1)
Distimia	1 (3)
Esquizofrenia desorganizada	1 (3)
Total	33 (100)

atención que ninguna de nuestras pacientes fue diagnosticada de trastorno por estrés posttraumático, aunque se ha de considerar que, incluso entre las dos mujeres derivadas desde el centro de atención a la mujer, los motivos de solicitud de asistencia no estaban relacionados aparentemente con las consecuencias del maltrato. Llama también la atención la dificultad para asignar diagnósticos psiquiátricos estandarizados (la mayoría, de hecho, se incluiría entre los diagnósticos

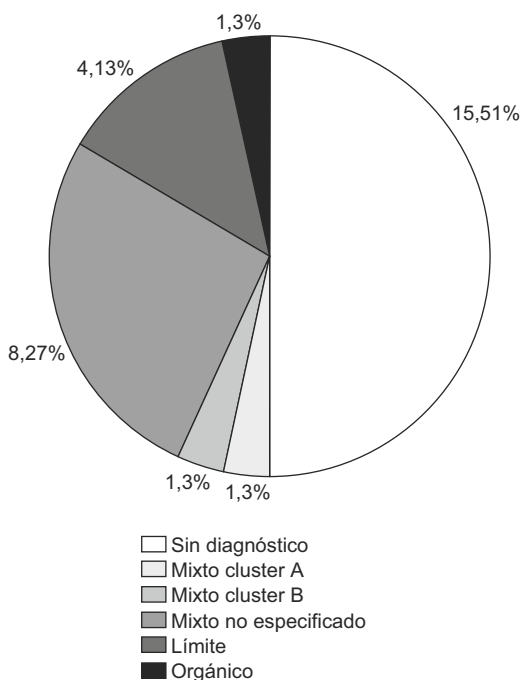


Figura 2 Diagnósticos de trastorno de personalidad (eje II).

sindrómicos, no especificados o mixtos) debido a la atipicidad y la complejidad de la clínica referida u observada, así como a la variaciones evolutivas y la comorbilidad con el consumo de tóxicos y/o los trastornos de la personalidad. Lo que más llama la atención es la atipicidad.

Hasta un 27,3% de estas mujeres presentaban abuso comórbido o dependencia de alcohol y un 33,3%, de benzodiazepinas y/u otras drogas (en ocasiones múltiples). Más de la mitad (58,1%) tenía también diferentes diagnósticos de trastornos de la personalidad del eje II (fig. 2). Un 39,4% tenía otros problemas de salud física concretos añadidos a su proceso de salud mental.

En este periodo, se detectó el 31,9% de mujeres inmigrantes, respecto del total de mujeres que sufrían violencia de género atendidas en el hospital, pero entre ellas, sólo recibieron atención en nuestras consultas el 12,1%, lo cual puede reflejar una dificultad específica de la mujer inmigrante y en especial de la que sufre violencia de género) para acceder a nuestros servicios de salud mental. Aunque los datos son difíciles de precisar por las dificultades de obtener estadísticas fiables, en todo caso, la proporción de mujeres inmigrantes de diverso origen en la muestra de violencia es muy superior a la proporción de población inmigrada en nuestro sector del mismo origen.

Hasta un 41,9% de las mujeres atendidas en nuestras consultas de salud mental y que padecían violencia de género en este periodo tenían antecedentes de intentos de suicidio, e incluso algunas con repetidos intentos previos. En el periodo entre diciembre de 2004 y junio de 2006, una de las mujeres atendidas por violencia de género en nuestro hospital consumó su suicidio. Es posible que se hayan producido otros intentos o suicidios consumados y no detectados durante ese periodo, ya que la gran mayoría de las mujeres (69,7%) abandonaron el seguimiento en las

consultas de salud mental y no acudieron más a las visitas, por lo que no se pudo hacer un seguimiento de los casos. Mediante nuestro análisis, tampoco se pudo detectar ningún homicidio consumado en estas mujeres durante el periodo estudiado. En algunos casos, se intentó recuperar el seguimiento de las mujeres que abandonaron, pero en su mayoría no se documentó el manejo de los casos de abandono. Es de destacar que en nuestro sector de referencia existen otros dispositivos comunitarios, municipales o en programas concretos de ONG, que también realizan el seguimiento de estos casos. Sin embargo, la asistencia de los casos con enfermedad psiquiátrica significativa está centralizada en nuestro hospital. Debido a la metodología del estudio y respetando la confidencialidad de los datos, ha sido imposible detectar estos casos atendidos en otros dispositivos.

Las pacientes fueron atendidas por diferentes profesionales de diferente formación, edad y orientación: al menos 7 psiquiatras (3 varones y 4 mujeres) y/o 3 psicólogas. La mayoría de las pacientes fueron atendidas únicamente por 1 psiquiatra (69,7%) y no recibieron apoyo o terapia por profesionales de la psicología. La derivación inicial del caso, independientemente de su evolución o de las visitas que realizó al servicio de urgencias, provenía fundamentalmente del médico/a de cabecera (57,6%) y no estaba normalmente vinculada a su problema de violencia de género, sino a las consecuencias psicopatológicas del proceso. Sólo 2 casos provenían de un centro específico de atención a la mujer por su enfermedad psiquiátrica.

Aun teniendo en cuenta su gravedad objetiva, sólo en el 51,5% se ha documentado en la historia clínica la violencia que sufrían estas mujeres. Hay un 6,1% restante en que es posible que el profesional conociese esta violencia pero, en cualquier caso, tampoco la explicitaba o documentaba como tal. Sólo en 14 casos (35,8%) consta información exacta del terapeuta sobre el episodio (o episodios) de violencia de género. La violencia de género no se considera o no está documentada en el resto de las historias. No se detectó una diferencia significativa entre los diferentes tipos de profesionales (psicólogas o psiquiatras) ni respecto del sexo (varón o mujer) del profesional que se encargaba del caso a la hora de detectar la agresión. Esto es, las profesionales mujeres no detectaban con mayor frecuencia las agresiones, aunque quizá, con una muestra mayor, se podrían detectar unas tasas positivas.

Entre los casos en que, según la historia, se documenta esta situación de violencia, sólo se documenta algún tipo de abordaje o intervención relacionados en un 15,2% de los casos. En el resto, no se documenta un abordaje específico.

En algunos casos, las referencias a la realidad de la violencia en las historias médicas de psiquiatría y psicología a veces estaban documentadas, pero escondidas detrás de una serie de «eufemismos». Se trata de frases hechas o expresiones genéricas, utilizadas quizá tal cual por las mujeres o recogidas o bien traducidas «entrecorridas» por los profesionales que las atienden... En algunos casos, el profesional, sin distinción de edad o sexo, utilizaba eufemismos concretos repetidos para describir una situación de pareja conflictiva que, recordemos, en ese momento ya había generado violencia física grave contra la mujer («ambivalencia», «en proceso de separación», «en proceso de divorcio», etc.).

Discusión

A pesar de los mediocres resultados de detección de violencia de género entre los profesionales de nuestra muestra, se ha de recordar que, según diferentes estudios, la capacidad de detección del maltrato entre los diversos profesionales sanitarios en la bibliografía es indudablemente muy escasa: entre un 10, un 28 o un meritorio 40%⁷⁻⁹ de casos atendidos por profesionales de la medicina de familia, un 17% entre profesionales de la ginecología⁷ o el 6% entre profesionales de la medicina interna⁷. O sea, comparativamente, nuestros profesionales de la salud mental son capaces de detectar esta violencia con cierta mayor eficacia que los profesionales de la medicina de familia, de la ginecología o de la medicina interna de los estudios citados, pero ¿realmente es óptima una tasa de detección del 51,5% en este caso concreto?

Evidentemente, es importante una formación y una experiencia profesional adecuadas para enfrentarse a este problema en el ámbito sanitario. Pero la influencia del entorno concreto y de otros muchos factores sociales y organizativos también puede ayudar a mejorar la capacidad de detección del problema. Así, en diversos estudios previos, se han detectado ya diversos factores que podían influir significativamente en mejorar esta tasa de detección. En la muestra de Zink et al⁵, también se detectaron las agresiones únicamente en un 50% de los casos, pero también se detectó que las mujeres de más edad se mostraban más reticentes a relatar las agresiones sufridas y, por lo tanto, debemos estar más atentos a este grupo de población. En nuestra muestra, debido a la heterogeneidad y el pequeño tamaño muestral, no hemos podido detectar este factor generacional, pero culturalmente podría haber influido en la detección de casos.

En la excelente revisión y metaanálisis de Feder et al⁴, las mujeres que habían sufrido abuso o agresión por sus parejas describían ellas mismas cómo habían percibido las reacciones de los profesionales de la salud cuando relataron sus agresiones y cómo ellas deseaban (o hubieran deseado) que fuese la atención que recibieron. En esta revisión quedaba claro que las mujeres agredidas requerían unas características básicas a la hora de ser atendidas por los profesionales de la salud:

- Actitud no directiva.
- Comportamiento sin prejuicios sobre su actitud.
- Atención individualizada, personalizada.
- Apreciación de la complejidad de la situación.

Estas mujeres también precisaban de una exploración repetida de la situación de abuso en los siguientes contactos que tuvieran con los profesionales, sin que el profesional presumiera que el abuso o la agresión detectados inicialmente fueran una circunstancia puntual o pasajera⁴. Estas características que demandan las mujeres en los diferentes estudios pueden ser factores para analizar a la hora de cuantificar cuán satisfactoria puede ser una intervención para las mujeres que han sufrido esas agresiones tan graves, muchas veces continuadas.

El estudio de Chang et al⁶ incide también en determinados aspectos que las mujeres que han sufrido agresiones

deseñarían recibir como parte de sus cuidados de salud. Son aspectos que ellas perciben como parte de una atención eficaz por parte de los profesionales que objetivan su agresión o bien que tienen alta sospecha de que se ha producido:

- En el caso de una sospecha de agresión, los profesionales deberían explicar por qué realizan la exploración y explicitar esta sospecha a la mujer.
- Deberían crear una atmósfera de seguridad y apoyo.
- Deberían proporcionar información, apoyo y acceso a los recursos aunque la mujer no se encuentre dispuesta a reconocer o denunciar la agresión.

La asociación en nuestra muestra entre las agresiones y los intentos de suicidio o, desgraciadamente, con los suicidios consumados, así como (en otras muestras) con los homicidios y con una mayor morbilidad por diversas causas, es una realidad que no precisa de más comentarios. Sin embargo, la comorbilidad con el abuso de alcohol y, en otros casos, con el abuso de hipnosedantes u otras drogas de prescripción o ilegales tiene su interés ya que es menos conocida¹⁰. Hasta un 55,5%, según un estudio norteamericano con mujeres agredidas, presenta comorbilidad con el abuso de alcohol¹⁰. En nuestra muestra, la frecuencia es menor, pero no ha de minusvalorarse, ya que muchas veces un abuso de alcohol emergente, en especial en mujeres sin antecedentes claros de este problema, puede enmascarar abuso o agresión de larga duración.

La relevancia del abordaje del problema de la violencia de género entre nuestras pacientes es crucial. Las consecuencias de las agresiones de diverso tipo sobre la mujer son devastadoras. En un excelente estudio en nuestro medio, María Picó et al¹¹ demostraron que tanto la violencia física y psicológica como la denominada únicamente «psicológica», tanto si van acompañadas o no de agresiones sexuales, deterioran la salud mental de las víctimas y ponen en peligro sus vidas y su salud de muchas maneras, incluyendo el suicidio. La prevalencia de trastorno por estrés postraumático es muy alta, asociado en la mayoría de los casos con clínica depresiva, pero también con ansiedad y con ideación suicida¹¹. El estudio, por otra parte, muestra que la así llamada en ocasiones «violencia psicológica», que no incluye en principio contacto o lesiones físicas sobre la víctima, tiene un efecto evidente en la salud mental de la mujer. La edad de las mujeres agredidas puede modular las consecuencias de esta violencia, como se demuestra en el estudio de Sarasúa et al¹².

Por otra parte, en nuestro ámbito, disponemos de suficientes recursos evaluativos y de investigación al respecto¹³ y se está avanzando considerablemente en la identificación y la tipificación de los agresores varones, sobre todo en la caracterización de los factores de riesgo¹⁴⁻²⁰, así como en el tratamiento de las mujeres con enfermedad mental secundaria a las agresiones²¹.

Pero, por encima de las características sociales, las características organizativas de los dispositivos sanitarios y la existencia o no de medidas legales para luchar contra esta violencia, la actitud y la sensibilidad de los profesionales se han de modificar. La educación universitaria no supone en sí una «vacuna» contra la violencia de género,

como demuestra en nuestro estado el estudio de actitudes y creencias de Ferrer et al²². Las barreras y las dificultades importantes de identificación de la violencia entre los profesionales de la salud, de diverso origen, ya han sido discutidas en varios estudios previos y no se han de especificar en esta discusión²³⁻²⁶.

Creemos, además, que se ha de reivindicar una mayor formación y una mayor sensibilidad de los profesionales de la salud mental para poder detectar y tratar las consecuencias de la violencia de género y en especial de este tipo de violencia grave de tipo físico, cuyas consecuencias a corto y medio plazo están ya bien definidas y conocidas en el ámbito científico y social. También se ha de estimular y potenciar el papel de la enfermería y, en concreto, de la enfermería psiquiátrica, en la detección y el abordaje de estos casos, así como reclamar la interrelación estrecha entre los diferentes equipos (municipales, sociales, de áreas básicas y de salud mental) que atienden estos casos tan graves. Hasta un 90% de las mujeres que han padecido abuso o agresión piensan que el cribado sistemático por parte de los profesionales de la salud es útil y un 71% deseaba que se hubiera producido en su momento, cuando estaba padeciendo cotidianamente las agresiones¹⁰.

Como limitaciones evidentes del estudio, se ha de destacar el reducido tamaño de la muestra, que represente únicamente un área sanitaria y unos profesionales concretos, la alta tasa de abandonos de las consultas (y, por lo tanto, de seguimiento y evolución), así como la metodología misma, que únicamente permite evidenciar la violencia detectada y efectivamente recogida por el profesional por escrito (la llamada violencia «documentada» frente a la violencia «iceberg»). Sin embargo, creemos que es una excelente llamada de atención sobre el problema.

Conclusiones

Un porcentaje importante de las mujeres atendidas por episodios de violencia de género con resultado de lesiones y/o necesidad de atención médica y/o social emergente y/o urgente en nuestro hospital recibían o habían recibido en algún momento atención psiquiátrica o psicológica especializada en nuestras consultas por otros motivos. Se detectó una alta presencia de mujeres inmigrantes respecto del total de mujeres que sufrían violencia de género, pero un relativamente bajo seguimiento posterior en nuestras consultas. Se consiguió una baja adherencia al seguimiento y tratamiento, ya que la gran mayoría de las mujeres abandonaron el seguimiento en las consultas de salud mental. Entre los diferentes diagnósticos, llama la atención el riesgo de conductas adictivas, con una alta tasa de abuso comórbido o dependencia de alcohol, benzodiacepinas y/u otras drogas, así como una alta tasa de antecedentes de intentos de suicidio.

Aunque la prevalencia de enfermedad psiquiátrica y/o psicológica es muy alta en este grupo de mujeres que han sufrido violencia de género grave, esta realidad en muchos casos no es conocida por el profesional que la atiende ni está documentada ni, aparentemente, recibe un abordaje específico. Este dato tiene implicaciones prácticas a la hora de tratar a estas mujeres. Las altas tasas de abandono del seguimiento dan idea de las dificultades de abordaje de

estos casos dentro de los dispositivos de salud mental en nuestro medio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Gomel MK. Domestic violence. En: Jenkins RP, editor. An Issue for Primary Health Care providers. Preventing Mental Illness: mental Health Promotion in Primary Care. London: John Wiley; 1998. p. 440-55.
- Mullen EP, Roman-Clarkson SE, Walton VA, Herbison EP. Impact of sexual and physical abuse on women mental health. *Lancet*. 1988;1:842-5.
- Ratner PA. The incidence of wife abuse and mental health status in abused wives in Edmonton, Alberta. *Can J Publ Health*. 1993;84:246-9.
- Feder Gs, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Arch Intern Med*. 2006;166:22-37.
- Zink T, Jacobson Jr CJ, Regan S, Pabst S. Hidden victims: the healthcare needs and experiences of older women in abusive relationships. *J Womens Health (Larchmt)*. 2004;13: 898-908.
- Chang JC, Decker MR, Moracco KE, Martin SL, Petersen R, Frasier PY. Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers. *Patient Educ Couns*. 2005;59:141-7.
- Rodríguez MA, Bauer HM, McLoughlin E, Grumbach K. Screening and intervention for intimate partner abuse: Practices and attitudes of primary care physicians. *JAMA*. 1999;282:468-74.
- Gin NE, Rucker L, Frayne S, Cygan R, Hubbel FA. Prevalence of domestic violence among patients in three ambulatory care internal medicine clinics. *J Gen Int Med*. 1991;6:317-22.
- Hamberger LK, Saunders DG, Hovey M. Prevalence of domestic violence in community practice and rate of Physicians inquiry. *Fam Med*. 1992;24:382-7.
- Weinsheimer RL, Schermer CR, Malcoe LH, Balduf LM, Blomfield LA. Severe intimate partner violence and alcohol use among female trauma patients. *J Trauma*. 2005;58:22-9.
- Pico-Alfonso MA, García-Linares MI, Celda-Navarro N, Blasco-Ros C, Echeburúa E, Martínez M. 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. *J Womens Health (Larchmt)*. 2006;15:599-611.
- Sarasua B, Zubizarreta I, Echeburúa E, Del Corral P. Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema*. 2007;19:459-66.
- García-Linares M, Pico-Alfonso MA, Sánchez-Lorente S, Savall-Rodríguez F, Celda-Navarro N, Blasco-Ros C, et al. Assessing physical, sexual, and psychological violence perpetrated by intimate male partners toward women: A Spanish Cross-Sectional Study. *Violence and Victims*. 2005;20:99-123.
- Echeburúa E, Fernández-Montalvo J, Amor PJ. Psychopathological profile of men convicted of gender violence: a study in the prisons of Spain. *J Interpers Violence*. 2003;18:798-812.
- Fernández-Montalvo J, Echeburúa E, Amor PJ. Aggressors against women in prison and in the community: an exploratory study of a differential profile. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2005;49:158-67.
- Echeburúa E, Fernández-Montalvo J, Amor PJ. Psychological treatment of men convicted of gender violence: a pilot study in

- Spanish prisons. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2006;50:57–70.
17. Echeburúa E, Fernández-Montalvo J. Male batterers with and without psychopathy: an exploratory study in Spanish prisons. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2007;51:254–63.
 18. Fernández-Montalvo J, Echeburúa E. Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema.* 2008;20:193–8.
 19. Echeburúa E, Fernández-Montalvo J, De Corral P, López-Goñi JJ. Assessing risk markers in intimate partner femicide and severe violence: a new assessment instrument. *J Interpers Violence.* 2009;24:925–39.
 20. Loinaz I, Echeburúa E, Torrubia R. Tipología de agresores contra la pareja en prisión. *Psicothema.* 2010;22:106–11.
 21. Echeburúa E, De Corral P, Zubizarreta I, Sarasua B. Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. *Behav Modif.* 1997;21:433–56.
 22. Ferrer-Pérez VA, Bosch-Fiol E, Ramis-Palmer MC, Torres-Espinosa G, Navarro-Guzmán C. La violencia contra las mujeres en la pareja: creencias y actitudes en estudiantes universitarios/as. *Psicothema.* 2006;18:359–66.
 23. Gerbert B, Caspers N, Bronstone A, Moe J, Abercrombie P. A qualitative analysis of how physicians with expertise in domestic violence approach the identification of victims. *Ann Intern Med.* 1999;131:578–84.
 24. Waalen J, Goodwin MM, Spitz AM, Petersen R, Saltzman LE. Screening for intimate partner violence by health care providers: Barriers and interventions. *Am J Prev Med.* 2000;19:230–7.
 25. Hathaway JE, Willis G, Zimmer B. Listening to survivors' voices. *Violence Against Women.* 2002;8:687–719.
 26. Rodríguez-Bolaños RA, Márquez-Serrano M, Kageyama-Escobar ML. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. *Salud Publica Mex.* 2005;47:134–44.