

Emociones y Motivaciones del personal que atiende a mujeres maltratadas en el Centro de Urgencias y Especialidades del Ayuntamiento de Sevilla (C.U.E.A.S.)

M^a D. Maldonado y Aibar¹, M^aM. Escalera Rapela²

Resumen

Cada vez son más numerosos los casos de malos tratos que llegan a los centros sanitarios. Las características especiales con que acuden estas mujeres a los centros, hacen necesario una buena formación y atención por parte del personal que trabaja en ellos.

Nuestro estudio recoge las motivaciones, sensibilidades y sugerencias de mejora del personal del Centro de Urgencias y Especialidades del Ayuntamiento de Sevilla.

Palabras claves: Mujeres maltratadas. Profesionales de la salud y Centro de urgencias.

Summary

Every time there are more cases of bad treatments that arrive to sanitary centers. The special characteristics with which those women go to those centers, make necessary a good formation and attention on the part of the personnel that works in them.

Motivations, sensibilities and suggestions of the personnel's of people working in the Center of Urgencies and Specialities of the City Council of Seville are considered in our study.

Key words: Battered women. Health service personal and Center of urgencies

¹ Dra. En Medicina y Cirugía, profesora asociada de la Universidad de Sevilla del Dpto. de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Médico de puerta del Centro de Urgencias y Especialidades del Ayuntamiento de Sevilla.

² Diplomada Universitaria de Enfermería y Enfermera de puerta del Centro de Urgencias y Especialidades del Ayuntamiento de Sevilla.

Correspondencia: Dra. M^a Dolores Maldonado y Aibar
C/ Luis Fuentes Bejarano, 7 Torre 1, 4-4.
Urbanización Parque Cuatro Torres
41020 Sevilla.

INTRODUCCIÓN

El papel de los profesionales sanitarios es fundamental para la correcta solución del problema de la violencia contra la mujer. En los últimos años, estamos siendo testigos de un aumento considerable de casos de mujeres maltratadas que acuden a los centros de urgencias con lesiones físicas y psicológicas en demanda de asistencia sanitaria. Andalucía es la comunidad española con una casuística más alta: 2.623 mujeres atendidas por malos tratos en los cinco primeros meses, de enero a mayo, del año 2000. Dentro de las provincias andaluzas, Sevilla se lleva la palma con 635 casos en ese mismo período, de los cuales 175 fueron atendidos en el Centro de Urgencias y Especialidades del Ayuntamiento de Sevilla (en adelante C.U.E.A.S.), suponiendo un 27,5% de la totalidad de los casos observados en Sevilla (1) y (2).

No siempre será fácil para el médico de urgencias detectar que se encuentra ante un caso de malos tratos, pues en muchas ocasiones, la mujer no acude de inmediato tras sufrir la agresión sino que lo hace días después cuando ya las lesiones físicas son vagas y quedan en segundo lugar, primando el cuadro psicológico, con crisis de ansiedad y depresión, quedando bloqueada para actuar. Esto hace que no acuda en busca de ayuda o lo haga sin mencionar la realidad de lo ocurrido. En otras ocasiones, la propia mujer tiene la idea de que el maltrato es un problema familiar privado, algo que le avergüenza y debe llevar en silencio. Es aquí donde el profesional sanitario juega un papel fundamental, explicando a la mujer que se trata de un problema público donde se ha cometido un delito o falta que es necesario denunciar para poner fin al mismo. Tres son las situaciones en que puede acudir una mujer maltratada a un centro de urgencias:

a. Los casos denunciados de forma explícita por la mujer: la propia paciente explica lo que ha ocurrido y manifiesta su intención de denunciar y frenar la situación.

b. Los casos ocultos, no denunciados, pero manteniendo una actitud neutral, en el sentido de que no manifiesta lo ocurrido, pero tampoco hace especial esfuerzo en ocultarlo.

c. Los casos ocultados donde la mujer disimula y miente sobre la etiología de las lesiones argumentando que se ha caído por las escaleras o se ha golpeado contra una puerta para dar coherencia a las heridas y contusiones presentadas.

En estos dos últimos casos, b y c, será bastante útil plantear, por parte del/la médico o el/la enfermero/a la cuestión de la posible victimización doméstica de forma directa a la paciente. Si esto no fuese suficiente, sólo una historia clínica detallada y una adecuada exploración física pondrán sobre aviso al médico de las incongruencias en las explicaciones de la mujer (6) o descubrir algunos de los signos y síntomas minimizados por la víctima para, de ese modo, descubrir que está ante un caso de malos tratos y comunicarlo a las autoridades mediante un parte judicial siendo éste una obligación ineludible del médico que atiende a la paciente. Es importante que el/la médico/a del centro sanitario recoja de forma detenida y exacta el tipo de lesiones físicas y el estado psíquico de la mujer (7). Debe describir con claridad el tipo de lesión, la localización que tiene y la data de las mismas; ello será de gran ayuda para llegar al diagnóstico médico legal de la agresión; también nos permitirá conocer los hechos y circunstancias que rodearon la agresión, pues la víctima es la mejor prueba para demostrar lo que se denuncia. Será importante recabar, en esa historia clínica y parte judicial, el grado de letalidad de la relación conyugal que tiene la paciente, pues las amenazas de violencia que experimenta una mujer maltratada pueden aumentar cuando el agresor tiene conocimiento de que ella intenta buscar ayuda (3).

El personal de un centro de urgencias que atiende mujeres maltratadas debe reconocer también sus propias ideas disfuncionales en relación a los malos tratos y evitar realizar cualquier comentario o emoción delante de la víctima que pueda generar desconfianza, miedo o cólera en la paciente, pues originara un sobreesfuerzo en la mujer en el proceso de revelación de su problema al médico.

Entendemos que el personal de un centro de urgencias nunca debe aconsejar a la paciente si debe irse de su casa, permanecer o hacer frente al agresor; si puede ayudar a analizar la situación y a reforzar la autoestima de la paciente y a darle la

información que esta solicite, pero siempre será la mujer la que tome sus propias decisiones, ya que es ella la que mejor conoce su contexto y los signos de peligro. Un consejo desde fuera puede significar un inmediato aumento de la violencia contra ella (4).

A veces, la mujer se siente intimidada ante la presencia del médico, sobre todo si este es varón, y cuenta la verdadera etiología de sus lesiones a la enfermera que cura sus heridas o a la auxiliar de clínica que le ayuda a desnudarse. Estos testimonios deben ser comunicados al médico para que proceda a emitir el parte judicial de lesiones.

Otras veces es de gran utilidad la información del personal de admisión sobre las impresiones de la familia que le acompañaba, los comentarios que se hicieron o el trato que tuvieron hacia la paciente durante la recogida de los datos de filiación.

En ocasiones, la víctima acude a un centro de urgencias acompañada por el propio agresor y éste no deja que la paciente permanezca a solas con el médico en ningún momento, evitando así que pueda contar la realidad de los hechos. En estos casos, el personal del centro, ante la mínima sospecha, debe facilitar el poder hablar a solas con la paciente, bien en la sala de curas o en la cabina de rayos, donde es más difícil que la enferma pueda ser acompañada por el agresor; así, se podrá esclarecer la realidad de los hechos y poder denunciarlos.

En resumen, es tiempo de que el personal sanitario y la sociedad en general se impliquen en la disminución de la violencia doméstica. Debemos estar alerta para identificar, denunciar y tratar a las víctimas de la violencia en el seno de la familia.

Objetivos e hipótesis de la investigación:

1º) Describir cuales son las percepciones, motivaciones, actuaciones y formación del personal sanitario y no sanitario del C.U.E.A.S.

2º) Conocer si existen diferencias significativas por razón de género en el personal que trabaja en el C.U.E.A.S. en cuanto a sus percepciones, actuaciones y formación sobre el problema de los malos tratos a mujeres.

3º) Saber si existen diferencias significativas

por razón de categoría profesional del personal que trabaja en el C.U.E.A.S. en cuanto a sus percepciones, actuaciones y formación sobre el problema de los malos tratos a mujeres.

MATERIAL Y MÉTODO

1. Análisis del contexto. Este trabajo ha sido realizado en el C.U.E.A.S. Está ubicado en una zona céntrica de la ciudad, y atiende las urgencias y emergencias sanitarias durante 24 horas sin interrupción. Los pacientes acuden a él por iniciativa propia, los enviados por otros centros sanitarios (Servicio Especial de Urgencias, Ambulatorios y Centros de Salud) y aquellos que son traídos por la policía local (091), nacional (092) y judicial de Sevilla y provincia. Atendió un total de 37.080 pacientes en el año 99, de los cuales 21.405 fueron varones (57,72%) y 15.675 mujeres (42,28%). Esto supuso una asistencia media de pacientes de 101,5 al día, con una atención superior en las horas de la tarde (56,5%), siendo la especialidad de Traumatología (contusiones, heridas, esguinces, luxaciones, fracturas, traumatismos craneoencefálicos, etc.) la que mayor demanda tuvo con un 63,6% sobre las demás especialidades (5).

En el año 2000, desde el 1 de Enero al 31 de Agosto, se atendió un total de 302 mujeres por agresión; de ellas, 151 fueron víctimas de malos tratos familiares, lo que supuso una media mensual de 37,75% por agresión y 18,8% por maltrato familiar, es decir un 3% del total de mujeres atendidas en él, lo fueron por agresión, y un 1,5% de esas agresiones lo fueron en el seno de la familia, con preponderancia del cónyuge (2).

2.Muestra. Está constituida por el personal sanitario y no sanitario del C.U.E.A.S. que conforma los recursos humanos de la puerta de urgencias:

a) Siete personas de gestión (un director médico, un coordinador médico, un jefe de enfermería, un supervisor de enfermería, un jefe de grupo administrativo, una auxiliar administrativa y un jefe de suministro).

b) Tres médicos especialistas en turno de mañana (un radiólogo, un hematólogo y un especialista en análisis clínicos).

- c) 12 médicos de urgencias y observación.
- d) 12 enfermeros/as de urgencias, observación y laboratorio.
- e) Cinco enfermeros/as de radiología.
- f) 20 auxiliares de clínica.
- g) 20 celadores/as.
- h) Cinco auxiliares de admisión.
- y) Cinco telefonistas.
- j) Cinco mantenedores.
- k) Dos ayudantes.
- l) Tres peones de lavandería.
- m) Tres guardias de seguridad.

El total del personal asciende a 102 (2).

Para conocer la percepción del problema (atención a mujeres maltratadas) por parte del personal sanitario y no sanitario, sus motivaciones, emociones y conductas al respecto, pasamos el cuestionario que mostramos como Cuadro I, a los profesionales que por su trabajo tienen que tratar de una manera directa o indirecta con las mujeres maltratadas que acuden a la urgencia (médicos, enfermeros/as, auxiliares de clínica y admisión, celadores/as, telefonistas y personal de seguridad de los distintos turnos).

Recogimos 91 cuestionarios cumplimentados. De ellos 27 pertenecían a hombres (29,7%) y 64 a mujeres (70,3%), lo que nos viene a indicar el predominio femenino del personal de urgencias sobre el masculino, como puede verse en la Tabla 1.

3. Instrumentos de medida. Para recolectar los datos utilizamos el cuestionario que reproducimos como Cuadro 1. Este cuestionario ha sido elaborado por las autoras de la presente investigación basándose en su experiencia personal y utilizando nueve preguntas cerradas y una pregunta final abierta, proporcionándonos información sobre:

- a) Datos de interés sociodemográfico (edad, género, profesión y nivel sociocultural).
- b) Datos de la percepción del problema por el personal, de su conducta y formación.
- c) Aportaciones y sugerencias del personal para mejorar la atención a las mujeres que llegan a él por malos tratos o agresión.

Para analizar los datos, empleamos dos pruebas estadísticas: la Chi cuadrado que nos mide la existencia o no de asociación entre dos variables

nominales de orden o de intervalo, y el coeficiente de contingencias C, que mide el grado de asociación o no entre más de una variable, respectivamente. Utilizamos los estadísticos siguiendo las rutinas contenidas en el paquete SPSS.

RESULTADOS

1. Discusión de hallazgos descriptivos. En cuanto a las categorías profesionales del personal, destacamos que de entre los cuestionarios contestados, 14 eran médicos (15,4%), 20 enfermeros/as (22%), 28 auxiliares de clínica (30,8%), 19 ayudantes sanitarios (20,9%), 6 administrativos/as (6,6%), 2 telefonistas (2,2%), 1 seguridad (1%) y 1 mantenimiento (1%), mostrando un claro predominio de las auxiliares de clínica sobre el resto de las categorías profesionales. Señalamos aquí que puede el lector encontrar discordancia entre el número total de personas del centro por categorías y el número total de encuestados por categorías. Esto es debido a que en el intervalo en que se realizaron las encuestas había personal de baja por enfermedad, vacaciones o por asuntos propios, en cuyo caso se encuestó al personal sustituto, y al titular cuando se incorporó, siempre que esto ocurriese en el intervalo de recogida de la muestra, que se ofrece en la Tabla 2.

La Tabla 3 nos muestra como para el ítem 2 consistente en la pregunta: ¿ha atendido a mujeres / niños maltratados?, 76 personas (83,5%) contestaron afirmativamente y 15 (16,5%) contestaron negativamente. De entre las que contestaron que sí habían atendido a mujeres/niños maltratados, 65 (71,4%) lo habían hecho en el C.U.E.A.S., 26 (28,6%) lo hicieron en algún Centro del Servicio Andaluz de Salud (S.A.S.), 6 (6,6%) tuvieron que atender vecinas afectas de malos tratos, 5 (5,5%) se vieron en la necesidad de atender en la calle mujeres víctimas de malos tratos, 9 (9,9%) atendieron a amigas, conocidas o familiares, 1 (1,1%) atendió mujeres maltratadas en hospitales privados, y 1 (1,1%) lo hizo desde asociaciones de voluntariado.

Para el ítem 3, ¿en qué ha consistido su atención?, 19 personas (20,9%) contestaron que su atención consistió en acompañar a la mujer maltratada al médico, 33 (36,3%) contestaron que

CUADRO 1
CUESTIONARIO AL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO QUE DEBE TRATAR A MUJERES VÍCTIMAS DE MALOS TRATOS EN UN CENTRO DE URGENCIAS

DATOS PERSONALES:

Nombre y Apellidos:

Domicilio:

Teléfono:

DATOS PROFESIONALES:

1) Categoría profesional:....

2) ¿Has tenido que atender a mujeres / niños maltratados?: SI..... NO.....

En caso afirmativo ¿en que lugar?:

2.1.- C.U.E.A.S.....

2.2.- S.A.S...(Hospital, Centro de Salud, Ambulatorios, Servicios de Urgencias)

2.3.- Vecinos....

2.4.- Calle...

2.5.- Amigos /Conocidos/Familiares

3)¿En qué ha consistido su atención?:

3.1.- Acompañarle al médico....

3.2.- Primeras curas....

3.3.- Tranquilizarle....

3.4.- Curarle y parte....

3.5.- Otras..... Especificar cuales.....

4) ¿Qué sentimientos le embargaron en ese momento?:

4.1.- Rabia e impotencia....

4.2.- Lástima.....

4.3.- Miedo....

4.4.- Me puse en su lugar y pensé que podría ser yo...

4.5.- Otras....

5) ¿El acontecimiento tuvo alguna influencia en su vida?: SI.....NO.....

En caso afirmativo:

5.1.- Miré a mi marido/ esposa/ pareja con recelo.....

5.2.- Valoré a un más mi vida familiar.....

6) ¿Se ha informado sobre el tema?: SI.....NO.....

En caso afirmativo:

6.1.- Por iniciativa propia...

6.2.- Por cursos en el trabajo...

6.3.- Por congresos...

6.4.- Por libros, prensa y televisión...

6.5.- Otros...

7) ¿Cree que hizo todo lo que debía o pudo hacer algo más y no lo hizo por falta de información?:

7.1.- Hice todo lo que debía con los recursos existentes....

7.2.- Pude hacer más pero faltaban recursos....

7.3.- Otros....

8) ¿La trató como un caso más o tuvo alguna deferencia hacia la paciente?:

8.1.- La traté como un caso más....

8.2.- La traté con deferencia por su nerviosismo....

8.2.1.- La tranquilicé

8.2.2.- La pasé a un lugar a solas....

8.2.3.- La animé a que denunciara....

8.2.4.- Le dí los recursos existentes para su ayuda....

8.2.4.1.- Casas de urgencias....

8.2.4.2.- Casas de acogida....

8.2.4.3.- Abogados....

8.2.4.4.- Juzgados....

8.2.4.5.- Psicólogos....

9) En su percepción, ¿cree que la paciente se marchó satisfecha con su actuación?: SI.....NO.....

9.1.- En caso afirmativo, ¿por qué?:.....

10) ¿Cómo cree que podemos mejorar el trato y atención hacia estos casos?:

Tabla 1
Sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	27	29,7%
Mujeres	64	70,3%
Total	91	100%

Tabla 2
Categoría profesional.

Categoría profesional	Frecuencia	Porcentaje
Médicos	14	15,4%
Enfermeros/as	20	22%
Auxiliares	28	30,8%
Ayudantes sanitarios	19	20,9%
Administrativos	6	6,6%
Telefonistas	2	2,2%
Seguridad	1	1,1%
Mantenimiento	1	1,1%
Total	91	100%

Tabla 3
¿Ha tenido que atender a niños / mujeres maltratados?

Atención malos tratos	Frecuencia	Porcentaje
SI	76	83,5%
No	15	16,5%
Total	91	100%
Lugar	Frecuencia	Porcentaje
C.U.E.A.S	65	71,4%
S.A.S	26	28,6%
Vecinos	6	6,6%
Calle	5	5,5%
Amigos/Conocidos/ Familiares	9	9,9%
Hospital privado	1	1,1%
Voluntariado	1	1,1%

realizaron las primeras curas, 58 (63,7%) tuvieron un papel de tranquilización, 14 (15,4%) le pusieron tratamiento y remitieron parte al juzgado, mientras que 13 (14,3%) tuvieron otras actuaciones como: 1 (1,1%) resolver la situación mediatizando, 1 (1,1%) con labores de voluntariado, 2 (2,2%) recogiendo datos, 6 (6,6%) dando información, 1 (1,1%) acogiéndola en casa y 1 (1,1%) haciéndole estudios radiológicos. Estos resultados aparecen en la Tabla 4.

En el ítem 4, ¿qué sentimientos le embargaron en ese momento?, 61 personas (67%) comunicaron haber sentido rabia e impotencia, 33 (36,3%)

Tabla 4
¿En qué ha consistido su atención?

Actuación del personal del Centro	Frecuencia	Porcentaje
Acompañarle al médico	19	20,9%
Primeras curas	33	36,3%
Tranquilizarle	58	63,7%
Curarle y dar parte	14	15,4%
Otras	13	14,3%
Resolver situación	1	1,1%
Labores de voluntariado	1	1,1%
Recoger datos	2	2,2%
Dar información	6	6,6%
Situación parecida	1	1,1%
Acogerla	1	1,1%
Estudios radiológicos	1	1,1%

sintieron lástima ante la situación, 5 (5,5%) tuvieron miedo, 16 (17,6%) pensaron como sería si estuviesen en el lugar de la mujer víctima de malos tratos, mientras que 10 (11%) contestaron que habían sentido otras cosas, a destacar: 1 (1,1%) le impresionó con desesperanza, 1 (1,1%) sintió confusión, 1 (1,1%) expresó comprensión, 1 (1,1%) mostró calma, 1 (1,1%) sintió desacuerdo con la situación jurídica, 1 (1,1%) mostró preocupación, 1 (1,1%) manifestó solidaridad, 2 (2,2%) le hizo reflexionar y 2 (2,2%) se percibió como un profesional que tenía que actuar. Se muestran estos resultados en la Tabla 5.

Tabla 5
¿Qué sentimientos le embargaron en ese momento?

Sentimientos y emociones del personal del Centro	Frecuencia	Porcentaje
Rabia/Impotencia	61	67,0%
Lástima	33	36,3%
Miedo	5	5,5%
Se puso en su lugar	16	17,6%
Otras:	10	11,0%
Desesperación	1	1,1%
Confusión	1	1,1%
Comprensión	1	1,1%
Calma	1	1,1%
Desacuerdo con situación jurídica	1	1,1%
Preocupación	1	1,1%
Solidaridad	1	1,1%
Reflexión	2	2,2%
Profesionalidad	1	1,1%

Con respecto al ítem 5, ¿el acontecimiento tuvo alguna influencia en su vida?, 55 personas (60,4%) contestaron que sí, que ver a una mujer maltratada, nerviosa y en las condiciones que llegan les impresionó y les influye en su vida cotidiana, 20 de las personas encuestadas (22%) contestaron que no, que este tipo de cuadros forma parte de su trabajo. De entre el personal que contestó afirmativamente, es decir que el maltrato repercute en su vida, 3 (3,3%) explicaron que al llegar a casa miraron con recelo a su marido/pareja, 50 (54,9%) contestaron que el evento sirvió para valorar aún más su vida familiar, 1 (1,1%) quedó sensibilizada y concienciada con el tema de malos tratos y 2 (2,2%) expresaron estar viviendo una situación parecida. Se recogen estos datos en la Tabla 6.

Tabla 6
¿Tuvo el acontecimiento alguna influencia en su vida?

Acontecimiento: Maltrato	Frecuencia	Porcentaje
Sí	55	60,4%
No	20	22,0%
No contesta	16	17,6%
Total	91	100%
En caso afirmativo:	Frecuencia	Porcentaje
Miró con recelo a su pareja	3	3,3%
Valoró aún más su vida familiar	50	54,9%
Concienciación	1	1,1
Situación parecida	2	2,2

Cuando preguntamos al personal del Centro de urgencias sobre el ítem 6: ¿se ha informado sobre el tema?, 70 sujetos (76,9%) contestaron que sí y 20 (22%) contestaron que no. De entre el personal que contestó afirmativamente, 42 (46,2%) lo habían hecho por iniciativa propia, 14 (15,4%) se habían informado gracias a unos cursos sobre malos tratos en el propio trabajo, 2 (2,2%) consiguieron la información a través de congresos, 46 (50,5%) se informaron a través de libros, prensa y televisión, mientras que 7 (7,7%) indicaron otras fuentes a destacar: 1 (1,1%) por conversaciones con la policía, 1 (1,1%) a través del Instituto Andaluz de la Mujer, 2 (2,2%) a través de asociaciones de diversa índole. Estos datos aparecen expresados en la Tabla 7.

Tabla 7
¿Se ha informado sobre el tema?

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Sí	70	76,9%
No	20	22,0%
No contesta	1	1,1%
Total	91	100%
Opciones afirmativas:	Frecuencia	Porcentaje
Iniciativa propia	42	46,2%
Cursos en el trabajo	14	15,4%
Congresos	2	2,2%
Libros, prensa, TV	46	50,5%
Otros	7	7,7%
Conversaciones con policía	1	1,1%
Instituto de la mujer Andaluz	1	1,1%
Asociaciones	2	2,2%

Al preguntar por el ítem 7, ¿cree que hizo todo lo que debía o pudo hacer algo más y no lo hizo por falta de información?, 62 de las personas encuestadas (68,1%) contestaron que hicieron todo lo que pudieron con los recursos existentes, 29 (31,9%) contestaron que no pudieron hacer más porque les faltaba información, 12 (13,2%) respondieron que pudieron hacer más pero les faltaban recursos para ello, mientras que 2 (2,2%) contestaron en un caso que en lo que no pudo atender, por falta de recursos, informo de donde podían encontrarlos, y en otro caso remitió a la víctima al Instituto Andaluz de la Mujer. Estos datos están referidos en la tabla 8.

El análisis del ítem 8, ¿la trató como un caso

Tabla 8
¿Cree que hizo todo lo que debía o pudo hacer algo más..?

Percepción de la actuación del personal del Centro	Frecuencia	Porcentaje
Hice lo que pude con recursos existentes	62	68,1%
Pude hacer más pero faltaban recursos	12	13,2%
Otros	2	2,2%
Informar	1	1,1%
Derivó al Instituto Andaluz de la Mujer	1	1,1%

más o tuvo alguna deferencia con la paciente?, 7 de los encuestados/as (7,7%) describieron que lo consideraron como un caso más y 84 (92,3%) no lo consideraron como un caso más; de entre este último grupo 67 (73,6%) trató a la víctima con alguna deferencia, consistiendo esta en: 50 (54,9%) la tranquilizó, 21 (23,1%) la pasó a un lugar a solas, 46 (50,5%) la animó a denunciar la agresión, 40 (44%) le dio los recursos existentes para su ayuda consistentes en: 9 (9,9%) informarles sobre las casas de urgencia para mujeres que padecen malos tratos y peligran su vida, 19 (20,9%) informarles de las casas de acogida existentes, 14 (15,4) informarles de abogados expertos en el tema y de oficio, 16 (17,4%) informarles de cómo es el procedimiento en los juzgados y 15 (16,5%) indicarles de la existencia de psicólogos expertos en estos temas que le pueden ayudar a levantar la autoestima y a ver su problema con otro color. Estos datos se reflejan en la Tabla 9.

Tabla 9
¿La trató como un caso más o tuvo alguna deferencia con la paciente?

Actuación del personal del Centro	Frecuencia	Porcentaje
Fue un caso más	7	7,7%
La trató con deferencia:	67	73,6%
La tranquilizó	50	54,9%
La pasó a un lugar a solas	21	23,1%
La animó a denunciar	46	50,5%
Le dio recursos para su ayuda:	40	44,0%
Casas de Urgencia	9	9,9%
Casas de acogida	19	20,9%
Abogados	14	15,4%
Juzgados	16	17,6%
Psicólogos	76	16,5%

El personal del Centro de urgencias cuando se le preguntó por el ítem 9, ¿en su percepción cree que la paciente se marchó satisfecha con su actuación?, 41 de ellos/as (45,1%) contestaron que sí, 11 (12,1%) contestaron que no, 1 (1,1%) indicó que a veces, 8 (8,8%) señalaron que no lo sabían. De entre los que contestaron que no, indicaron que la causa fue: 2 (2,2%) que ellos mismos tenían falta de información y no pudieron dar respuesta a todo lo que la mujer afecta de

malos tratos preguntaba, 4 (4,4%) apuntaron que en el centro faltaban recursos para atender la totalidad de las demandas de la paciente, 4 (4,4%) señalaron que el propio estado de ánimo de la paciente le impedía atender a lo que se le estaba diciendo, ofreciendo, ayudando y que por ello la paciente no podía apreciar la atención prestada, 5 (5,5%) contestaron que en su percepción creen que la paciente no quedó satisfecha con el servicio que se le dio porque volvió con el agresor, 1 (1,1%) consideró que solamente con una atención continuada la paciente percibiría satisfacción por los servicios prestados. De entre el personal que contestó que sí, es decir que en su percepción las pacientes atendidas en el centro de urgencias quedaron satisfechas con la actuación del personal del mismo, manifestaron que lo entendieron así porque: 19 (20,9%) encontraron apoyo y comprensión en el personal que les atendió, 9 (9,9%) afirmaron que el trato fue adecuado y personalizado, 10 (11%) señalaron que las pacientes se fueron contentas porque se les dio información para afrontar la situación y 1 (1,1%) dijo que algunas pacientes al marcharse mostraban agradecimiento abiertamente de manera directa y verbal. Estos datos aparecen explicitados en la Tabla 10.

En nuestro último ítem, el número 10, que se trataba de una pregunta abierta en la que solicitábamos al personal del centro que explicara cómo creían ellos/as que se podría mejorar el trato y atención hacia los casos de mujeres maltratadas, obtuvimos la siguiente información: 3 personas (3,3%) señalaron que había que trabajar desde la más tierna infancia con una educación en igualdad, 13 (14,3%) indicaron la necesidad de realizar campañas generales de información a la población general concienciándoles del tema dada la gran magnitud que está adquiriendo en los últimos tiempos, 7 (7,7%) apuntaron como beneficiosas las campañas dirigidas a informar a la mujer para que entienda que no está sola con su problema, 10 (11%) dijo que era muy importante que los profesionales: sanitarios, policías, asistentes sociales y todos aquellos que estén en la primera línea de actuación ante el problema de malos tratos estuviesen informados de cómo se tiene que actuar, 14 (15,4%) estimaron como fundamental la modificación de las leyes en el

Tabla 10
¿En su percepción cree que la paciente se marchó satisfecha con su actuación?

Percepción del personal del Centro	Frecuencia	Porcentaje
Sí	41	45,1%
No	11	12,1%
A veces	1	1,1%
No sabe	8	8,8%
No contesta	30	33,0%
Total	91	100%
¿Por qué?	Frecuencia	Porcentaje
Falta de información	2	2,2%
Encontró apoyo y comprensión	19	20,9%
Recibió el trato adecuado	9	9,9%
Recibió información para afrontar la situación	10	11,0%
Faltan recursos	4	4,4%
Por su estado de ánimo	4	4,4%
Mostraron agradecimiento	1	1,1%
Volvió con su agresor	5	5,5%
Atención continuada	1	1,1%

sentido de salvaguardar la integridad de la mujer, 13 (14,3%) indicaron la necesidad de una mayor coordinación y eficacia de medios y organismos destacando la coordinación entre personal policial, sanitario y judicial, 5 (5,5%) señalaron la necesidad de una atención continuada con la actuación de un psicólogo, 6 (6,6%) manifestaron lo conveniente que sería dotar a los centros sanitarios de asistencia especializada, 4 (4,4%) estimaron de recibo efectuar campañas y programas de protección a niños y 1 (1,1%) explicó que había que educar al agresor con técnicas de modificación de conducta, enseñándole modos aceptables de convivencia en familia y de comportamientos en igualdad. Exponía esta persona encuestada que el agresor debía de ser una persona recuperable, pues posiblemente desde su infancia, el mismo debió de ser una persona maltratada y este modelo aprendido desde la niñez es repetible, lo cual significa que si no se corrige, el agresor seguirá maltratando a otras parejas. Estos datos aparecen recogidos en la Tabla 11.

2. Discusión de los contrastes de hipótesis.
 Para demostrar nuestra primera hipótesis, es

Tabla 11.
¿Cómo cree que podemos mejorar el trato y la atención a estas pacientes?

Sugerencias	Frecuencia	Porcentaje
Información a profesionales	10	11,0%
Información a mujeres	7	7,7%
Información general	13	14,3%
Leyes más duras	14	15,4%
Concienciación	15	16,5%
Atención psicológica	5	5,5%
Eficacia, agilidad y coordinación de medios y organismos	13	14,3%
Recursos para mujeres	16	17,6%
Recursos para el centro: asistencia especializada	6	6,6%
Recursos para el centro: personalizar trato	4	4,4%
Atención continuada	2	2,2%
Educación en igualdad	3	3,3%
Educación a mujeres	2	2,2%
Educación al agresor	1	1,1%
Denunciar los casos	8	8,8%
Protección a niños	4	4,4%

decir, conocer si existen diferencias significativas por razón de género a la hora de sentir y actuar ante el maltrato a las mujeres, utilizamos la prueba Chi cuadrado de Pearson que nos mide si existe o no asociación entre dos variables nominales de orden o de intervalo. Realizamos la prueba ítem a ítem en todo el cuestionario que cumplimentó el personal del Centro y en ningún momento fue significativo. Los valores de *p* o nivel de significación estadística fueron en todo momento superior a 0,05, hecho éste que nos venía a indicar que en el C.U.E.A.S. no existen diferencias significativas por razón de género a la hora de percibir, sentir, formarse y actuar ante el maltrato de las mujeres que llegan a él.

En nuestra segunda hipótesis quisimos saber si existían diferencias significativas por razón de categorías profesionales a la hora de percibir, sentir, formarse y actuar ante el maltrato de las mujeres que llegan a la urgencia del centro, para lo cual modificamos la composición de la base de datos inicial utilizada para la descripción de

este estudio, y agrupamos al personal no sanitario en una única categoría profesional, resultando así un total de cuatro categorías: Médicos, Enfermería, Auxiliares de Clínica y Personal no sanitario. Empleamos el coeficiente de contingencia C que mide si existe asociación entre más de una variable. Encontramos diferencias significativas en 4 ítems que a continuación describimos:

Existían diferencias significativas por categorías en cuanto al tipo de tratamiento que se le dio a la mujer maltratada, con un predominio del personal de enfermería a la hora de realizar las primeras curas sobre el resto del personal (ítem 3.2.), con una $p= 0,000$. Mostraban diferencias significativas por categorías en el ítem 4.2. en cuanto al sentimiento de lástima que experimentaban las auxiliares de clínica con preponderancia sobre el resto de las categorías y siendo el personal no sanitario el que menos lástima sintió, con una $p= 0,031$. Había diferencias significativas por categorías en el ítem 8.2.3. en cuanto al estímulo a la mujer maltratada para que denunciase el caso, con un predominio de esta actuación por parte de los médicos y auxiliares de clínica sobre el resto del personal, con una $p= 0,013$. Estos datos pueden ser observados en la Tabla 12.

CONCLUSIONES

1^a) Existe un predominio del personal femenino sobre el masculino en el C.U.E.A.S. Este aumento se hace especialmente llamativo en la categoría profesional de auxiliares de clínica donde todo el grupo son mujeres.

2^a) La mayoría (83,5%) del personal habían atendido alguna vez mujeres maltratadas y la mayoría (71,4%) lo había realizado en el C.U.E.A.S.

3^a) El sentimiento preponderante en el personal del C.U.E.A.S. ante los malos tratos es la rabia e impotencia.

4^a) La tranquilización y las primeras curas han sido las actuaciones prioritarias por el personal del C.U.E.A.S.

5^a) El 60,4% del personal del centro afirma que el tener que estar en contacto con las víctimas de la violencia doméstica influye en su vida personal y privada, y les hace valorar aún más su vida familiar.

6^a) El 76,9% del personal del centro está informado de los temas de malos tratos y lo hace por iniciativa propia a través de libros, prensa y televisión.

7^a) La mayoría del personal (45,1%) piensan que las pacientes tratadas se marchan satisfechas y ocurre así porque en el centro encuentran apoyo y comprensión.

Tabla 12
Existen diferencias significativas por categorías a la hora de sentir y actuar ante el maltrato a mujeres.

ítem	Categoría profesional agrupada				gl	Cof. C	Nivel de significación p	frecuencia mínima esperada
	Médicos	Enfermería	Auxiliares Cl	Personal no sanitario				
3.2. Intervención con primeras curas	7	15	10	1	3	0,513	0,000	6,16
4.2. Sentimiento de lástima	7	9	13	4	3	0,321	0,031	6,00
8.2.3. Le animé a que denunciara	13	6	16	11	3	0,359	0,013	5,18

8ª) Las personas encuestadas consideran que se podría mejorar el trato y actuación a estas pacientes aumentando los recursos hacia ellas con una elevación del número de casas de acogida, programas de formación y reinserción laboral,...etc.

9ª) No existen diferencias significativas por razón de género entre el personal que trabaja en el C.U.E.A.S. en cuanto a sus percepciones, actuaciones y formación sobre el problema de los malos tratos a mujeres.

10ª) Existen diferencias significativas por razón de categoría profesional de los distintos colectivos que trabajan en el C.U.E.A.S. en cuanto a sus percepciones, actuaciones y formación sobre el problema de los malos tratos a mujeres, consistiendo estas diferencias en:

10.1. El gremio de enfermería es el más destacado a la hora de realizar las primeras curas en las pacientes víctimas de violencia doméstica que llegan al centro.

10.2. Serán las auxiliares de clínica las que más lástima sintieron por las pacientes maltratadas y el personal no sanitario el que menos lástima sintió.

10.3. Las categorías profesionales de médicos y auxiliares de clínica son las que más estimulan y animan a la mujer maltratada a que denuncie.

IMPLICACIONES

El aumento de la violencia contra las mujeres y el número de ellas que acuden a los centros de urgencias, como primera línea de ayuda, y en concreto al C.U.E.A.S., justifican la introducción de planes y medidas específicas para la atención y asistencia a estas mujeres.

El papel que juega el personal sanitario (más) y no sanitario (en menor grado) de estos centros es fundamental para atajar el problema, sobre todo teniendo en cuenta que la mayoría de las personas encuestadas se había visto en la necesidad de atender y asistir en casos de malos tratos a mujeres y el porcentaje más alto, lo había hecho desde su centro de trabajo, en concreto desde el C.U.E.A.S.

En nuestra opinión, serían necesarias las siguientes acciones:

1ª) Impartir cursos de formación sobre violencia familiar y malos tratos conyugales al personal del centro de urgencias, potenciados por el propio centro, haciendo hincapié en la importancia y papel que juega el personal que asiste a las víctimas.

2ª) Crear protocolos de actuación por categorizaciones del personal del centro en virtud de su dinámica de funcionamiento y contexto, desde como debe actuar **el guardia de seguridad** en relación a la compañía que trae la paciente o de si ésta, está siendo maltratada en la misma sala de espera por el agresor, pasando por **el/la auxiliar de admisión** quien ante la menor duda de posibles malos tratos en la recogida inicial de datos deberá comunicar su impresión al médico. **Los celadores** que deberán tener claro en qué lugar ubicar a la paciente mientras espera su turno de asistencia y que este sea del menor tiempo posible. **Las/os auxiliares de clínica y enfermeros/as**, quienes deberán estar alerta, ante la mínima sospecha, para identificar a una mujer maltratada, comunicárselo al médico y ellas mismas estar bien informadas por si la víctima les solicita información, de algún tipo, con respecto a su problema y **médicos** quienes tendrán la responsabilidad de detectar los casos de malos tratos mediante una adecuada interrogación e historia clínica detallando las lesiones y la posible data de las mismas, alentando y elevando la autoestima de la víctima y efectuando el parte al juzgado.

3ª) Facilitar en cada equipo de urgencias, que sean mujeres médicos, enfermeras y auxiliares las que atiendan a las víctimas de malos tratos, ello ayudaría a la paciente a revelar su problema con mayor confianza y seguridad.

4ª) Organizar y mantener de forma estable programas de atención a mujeres víctimas de violencia doméstica en el propio centro, de manera que las pacientes que han tenido que ser atendidas por la vía de urgencias encuentren en el centro una atención continuada con profesionales psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales del propio Ayuntamiento de Sevilla.

5ª) Dar un sistema de apoyo emocional fuerte, por parte de la institución, a los profesionales que se enfrentan a los malos tratos.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Instituto Andaluz de la Mujer y Junta de Andalucía.:** Informes del día internacional de la mujer. Datos estadísticos recogidos por fuentes propias del Ministerio del Interior. Años 1998, 1999 y 2000.
2. **Centro de Urgencias y Especialidades del Ayuntamiento de Sevilla.:** Datos obtenidos de los archivos de este Centro durante el año 2000.
3. **Jiménez C, Lorente M, Pelardo P, Rodríguez M.:** Violencia contra las mujeres en el ámbito sanitario. Junta de Andalucía e Instituto Andaluz de la Mujer. 1999.
4. **Jiménez C.:** Malos tratos conyugales a mujeres en el área de Sevilla. Consejería de la Presidencia e Instituto Andaluz de la Mujer 1995.
5. **Centro de Urgencias y Especialidades del Ayuntamiento de Sevilla.:** Datos obtenidos de la memoria anuario publicada por el Centro perteneciente al año 1999.
6. **Villavicencio CP, Batista NM.:** Un problema específico de salud en la mujer: la situación de maltrato. *Clínica y Salud*, 3 (3): 239-249, 1992.
7. **Villavicencio CP, Sebastián HJ.:** Variables predictoras del ajuste psicológico en mujeres maltratadas desde un modelo de estrés. *Psicología Conductual*, 7 (3): 431-458, 1999.