

REUE | Original

Impacto del COVID-19 en las mujeres víctimas de violencia de género en urgencias hospitalarias

Yolanda Jiménez-Cortés¹, Francisco Rivas-Ruiz^{2,3}, José Carlos Canca-Sánchez^{4,5}, Marta Aranda-Gallardo^{1,5}, Carmen Agüera-Urbano¹, Margarita Enríquez de Luna-Rodríguez¹

INTRODUCCIÓN. La pandemia por COVID-19 afectó a nivel sanitario, económico, social creando una crisis sin precedentes, que repercutió directamente sobre la violencia de género (VG) en todos los países. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de la pandemia en la atención a las mujeres víctimas de VG en un servicio de urgencias hospitalario (SUH) y como objetivo secundario describir el perfil de la mujer víctima de VG.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio de cohortes retrospectivo en un SUH en los periodos: Precovid (1 de marzo 2019 a 29 de febrero 2020); COVID (1 de marzo 2020 a 28 febrero 2021) y Pospandemia (1 de marzo 2021 a 28 de febrero 2022). Se incluyeron los registros de mujeres mayores de 14 años con sospecha/confirmación de VG.

RESULTADOS. Se identificaron 196 mujeres, media de edad 38,6 años, 59,2% extranjeras. La incidencia por 10.000 habitantes en el periodo Precovid fue de 3 (IC 95%: 2,3-3,8), durante el COVID de 1,6 (IC 95%: 1,1-2,2) y Pospandemia ascendió a 3,7 (IC 95%: 3,0-4,6). El 66,3% manifestaron agresiones previas. En el 96,9% no existía orden de alejamiento; 92,9% presentaron agresión física. Por periodos, la ideación suicida fue del 4,5% (precovid), 5,1% (COVID), 5,6% (pospandemia).

CONCLUSIONES. La pandemia por COVID-19 incrementó la dificultad de las mujeres y los profesionales sanitarios para la asistencia y detección precoz de indicadores de riesgo de VG en las unidades de urgencias hospitalarias.

Palabras clave: Confinamiento. Cuarentena. Pandemia COVID-19. Urgencias. Violencia de género.

Impact of COVID-19 on women victims of gender-based violence in hospital emergency departments

INTRODUCTION. The COVID-19 pandemic has created an unprecedented health, economic, and social crisis, directly impacting gender-based violence (GBV) in all countries. The primary objective of this study was to evaluate the pandemic's impact on the care of women victims of GBV in a hospital emergency department. The secondary endpoint was to describe the profile of these women.

MATERIAL AND METHODS. We conducted a retrospective cohort study in a hospital emergency department over 3 periods of time: Pre-COVID (March 1st, 2019 through February 29th, 2020), COVID (March 1st, 2020 through February 28th, 2021), and Post-Pandemic (March 1st, 2021 through February 28th, 2022). Records of women older than 14 years with suspected or confirmed GBV were included. We conducted a descriptive analysis using measures of central tendency and dispersion for quantitative variables and frequency distributions for qualitative variables.

RESULTS. We identified a total of 196 women, with a mean age of 38.6 years; 59.2% were foreign nationals. The incidence rate per 10,000 inhabitants was 3.0 (95% CI, 2.3-3.8) in the pre-COVID period, 1.6 (95% CI, 1.1-2.2) during the COVID period, and increased to 3.7 (95% CI, 3.0-4.6) in the post-pandemic period. Of these women, 66.3% reported previous assaults. In 96.9% of cases, there was no restraining order, and 92.9% experienced physical assault. Across the periods, the rates of suicidal ideation were 4.5% (Pre-COVID), 5.1% (COVID), and 5.6% (post-pandemic).

CONCLUSIONS. The COVID-19 pandemic highlighted the difficulties faced by both women and health care professionals in providing care and early detection of GBV risk indicators in hospital emergency departments.

Keywords: Confinement. Quarantine. COVID-19 pandemic. Emergency Department. Gender-based violence.

Introducción

La violencia contra las mujeres y las niñas está considerada como una violación de los derechos humanos

con graves consecuencias físicas, psicológicas y económicas, aumentando la desigualdad de género y dificultando su integración en la sociedad¹.

Filiación de los autores: ¹Hospital Universitario Costa del Sol de Marbella, Servicio Andaluz de Salud, Marbella, Málaga, España. ²Unidad de Investigación e Innovación, Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella, Málaga, España. ³Investigador RICAPPS (Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Prevención y Promoción de la Salud, Instituto de Salud Carlos III, España). ⁴Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga, Málaga, España. ⁵Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), España.

Correspondencia: Yolanda Jiménez Cortés. Avenida Cánovas del Castillo 56, 4º-2. 29601 Marbella, Málaga, España.

E-mail: yolanda.jimenez.cortes.sspa@juntadeandalucia.es

Información del artículo: Recibido: 10-3-2025. Aceptado: 24-6-2025. Online: 25-8-2025.

Editor responsable: Guillermo Burillo-Putze.

DOI: 10.55633/s3me/REUE041.2025

En el Artículo 3 del Convenio del Consejo de Europa, se entiende por Violencia Doméstica “todos los actos de violencia física, sexual, psicológica o económica que se producen en la familia o en hogar o entre cónyuges o parejas de hecho antiguos o actuales, independientemente de que el autor del delito comparta o haya compartido el mismo domicilio que la víctima”. La Violencia contra las Mujeres por Razones de Género hace referencia a “toda violencia contra una mujer por el hecho de ser mujer o que afecte a las mujeres de manera desproporcionada”². En Andalucía el concepto de Víctima de Violencia de Género (VG) se amplió incluyendo también “hijos que sufran la violencia a la que está sometida su madre”³.

La Organización de las Naciones Unidas estima que 1 de cada 3 mujeres sufren violencia sexual o física en el mundo, y a nivel europeo, 1 de cada 5 mujeres, cifras que fluctúan según los países y dentro de ellos según la zona de residencia, tasas de desempleo, desigualdades socioeconómicas⁴, etc.

La pandemia por COVID-19, que afectó tanto a nivel sanitario, económico como social, creando una crisis sin precedentes, lo cual hizo pensar que repercutiría directamente sobre la VG en todos los países. De ahí que la Organización Mundial de la Salud vaticinara que las medidas restrictivas para contener la pandemia podrían incrementar el riesgo de las mujeres, hecho que posteriormente se constató en varios estudios⁵⁻⁷.

En España el estado de alarma y periodo de confinamiento revelan cambios en los datos de los principales indicadores de VG con respecto a etapas anteriores. El Ministerio del Interior notificó una reducción del 40% en las denuncias⁸, sin embargo, durante el segundo trimestre del año 2020 se registró la tasa más alta de llamadas al 016, teléfono para consultas, información y asistencia por VG⁹. En concreto en la Comunidad Autónoma de Andalucía, el Informe Anual sobre VG, evidenció un aumento progresivo en su análisis de datos desde el año 2015 al 2019, tendencia que cambia en 2020 con un descenso en los principales indicadores, volviendo a aumentar el número de denuncias un 8,14% en 2021, siendo Málaga y Sevilla las provincias que mayor número registraron^{10,11}. Otros países de Europa, Asia o América también experimentaron la misma tendencia en sus datos¹².

Entre las medidas dispuestas para asegurar la protección a las víctimas, se establecieron, el Plan de Contingencia contra la VG aprobado por el Ministerio de Igualdad, el Real Decreto Ley de medidas urgentes aprobado por el Ministerio del Interior, o la adaptación de programas de acceso y atención a las mujeres de la mayoría de Comunidades Autónomas^{13,14}.

Por otro lado, el incremento en la demanda de patologías relacionadas con el coronavirus, llevó a un segundo plano otros problemas de salud, pudiendo haber influido directamente en la atención a las mujeres víctimas de VG. Este hecho provocó una sobrecarga en todos los niveles asistenciales, ocasionando dificultad para el acceso, atención y seguimiento de las pacientes. Paralelamente la falta de tiempo, por parte de los profesionales, dificultaron posiblemente el cribado de los indicadores de riesgo⁸.

El Hospital Universitario Costa del Sol (HUCS) de Marbella es un centro innovador en la elaboración de protocolos y formación en este ámbito. En el año 1998 se inició un programa pionero que ha ido incorporando mejoras en base a las Leyes y Protocolos Institucionales Andaluces vigentes. La alta demanda causada por el COVID llevó a reestructurar las instalaciones y a los profesionales, conforme a las directrices y recomendaciones del Ministerio de Sanidad, Junta de Andalucía, Unidad de Medicina Preventiva y la Gerencia del hospital.

El objetivo principal del estudio fue evaluar el impacto de la pandemia en la atención a las mujeres víctimas de VG en un servicio de urgencias hospitalario (SUH). Como objetivo secundario se planteó describir el perfil de la mujer que acudió a un SUH por VG.

Material y métodos

Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo en el SUH del HUCS de Marbella, Málaga, durante el periodo comprendido entre el 1 de marzo del 2019 al 28 de febrero del año 2022.

Se incluyeron todos los registros de mujeres mayores de 14 años que acudieron al servicio de urgencias en el periodo de estudio con activación del Indicador de Sospecha de Malos Tratos (ISMT) o Confirmación de Malos Tratos (CMT) y/o que tuviesen realizado el parte de lesiones al juzgado por este motivo.

Se agruparon los casos en 3 cohortes de comparación:

Cohorte 1: desde el 1 de marzo del 2019 al 29 de febrero de 2020 (periodo precovid).

Cohorte 2: desde el 1 de marzo del 2020 al 28 febrero de 2021 (periodo COVID).

Cohorte 3: desde el 1 de marzo del 2021 al 28 de febrero de 2022 (periodo pospandemia).

La enfermera de triaje fue la encargada de la activación del protocolo de VG del centro. El facultativo y enfermera referente en VG, fueron los responsables de la realización de la valoración clínica, cribado de signos de VG, plan de seguridad, elaboración del informe clínico y social (codificación CIE específica en cada caso), notificación oficial a la administración de justicia o Ministerio Fiscal (cumplimentación del parte al juzgado), interconsulta a la trabajadora social y, en caso necesario, la llamada a Instituciones judiciales o de protección social.

Se recogieron variables sociodemográficas y antropométricas. La variable de resultado fue la activación en el formulario de triaje y/o en el parte al juzgado del indicador ISMT o CMT, ambos incluidos en la historia clínica. También se recogieron aspectos relacionados con el soporte legal, plan de seguridad e información sobre recursos para la mujer.

Los datos fueron extraídos de las historias a través de las aplicaciones informáticas HP-Doctor y HP-HCIS del centro.

Se realizó análisis descriptivo, utilizando medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las cualitativas. Se calculó la incidencia por 10.000 habitantes de mujeres víctimas de

VG atendidas en el hospital tomando como base la población de mujeres del Área Sanitaria Costa del Sol del Padrón de habitantes del Instituto Nacional de Estadística (INE), a 1 de enero 2019, incluyendo los respectivos intervalos de confianza al 95%. Para valorar diferencias en función del periodo se utilizó el test de ji-cuadrado para variables cualitativas, y el test de Anova de un factor para las cuantitativas. Se estableció el nivel de significación estadística en $p < 0,05$.

Aspectos Éticos

Todos los registros se realizaron conforme a legislación vigente en materia de protección de datos. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Costa del Sol (Ref 111-10-2021). Se eximió al estudio de la solicitud de consentimiento informado.

Resultados

Se identificaron 196 mujeres atendidas por VG en urgencias. Por periodo de estudio, la incidencia por 10.000 habitantes en la etapa Precovid fue de 3 (IC95%: 2,3-3,8), durante el COVID de 1,6 (IC 95%: 1,1-2,2) y Pospandemia ascendió a 3,7 (IC 95%: 3,0-4,6). El 45,9% de los registros sobre VG se recogieron en el periodo pospandemia.

En la **Tabla 1** se presentan las de características de la mujer atendida en urgencias por VG. La media de edad fue de 38,6 años (DE: 13), siendo el 59,2% extranjeras. Se hallaron diferencias significativas en cuanto a una mayor presencia de mujeres no residentes en el periodo pospandemia (19,1%) frente al periodo precovid (7,6%) ($p = 0,046$).

El 66,3% de las mujeres manifestaron haber sufrido agresiones previas. El marido/pareja era el responsable de las agresiones en el 84,6% de los casos frente al 14,4% de las exparejas. Aunque no de forma significativa, en el 96,9% de los casos no existía orden de alejamiento del agresor hacia sus víctimas ($p = 0,404$).

Con respecto a las características de las mujeres en relación con su atención en urgencias (**Tabla 2**), cabe destacar que más de la mitad de las mujeres (58,5%) acudieron por sus propios medios.

Se observó un aumento de casos confirmados frente a las sospechas conforme fueron pasando los periodos de estudio (precovid: 82,1%; COVID: 89,7%; pospandemia: 91,1%), aunque sin significación estadística.

En cuanto al tipo de agresión, manifestaron agresión física un 92,9% de los casos, con una reducción significativa en el periodo postcovid (68,9%) al compararlo con los otros dos periodos, precovid (85,1%; $p = 0,0095$) y COVID (89,7%; $p = 0,006$). El 1,5% del total refirieron haber sufrido, además, agresión sexual. El pronóstico, al alta médica, en el 90,8% de los informes fue considerado leve, siendo este porcentaje aún mayor (97,4%) en el periodo COVID, aunque sin significación estadística ($p = 0,155$).

El 5,1% de las mujeres atendidas por VG refirieron ideas suicidas, presentándose de forma similar en los tres periodos de estudio: 4,5% precovid; 5,1% COVID; 5,6% pospandemia.

Tabla 1. Características sociodemográficas y antecedentes de mujer atendida por violencia de género

	Total N = 196 n (%)	Precovid N = 67 n (%)	COVID N = 39 n (%)	Pospandemia N = 90 n (%)	p
Edad [Media (DE)]	38,6 (13)	39,2 (13,1)	39,5 (12,6)	37,8 (13,1)	0,716
Nacionalidad					0,297
Española	80 (40,8)	32 (47,8)	13 (33,3)	35 (38,9)	
Extranjera	116 (59,2)	35 (52,2)	26 (66,7)	55 (61,1)	
Residencia					0,046
Residentes	166 (85,6)	61 (92,4)	33 (84,6)	72 (80,9)	
No residentes	28 (14,4)	5 (7,6)	6 (15,4)	17 (19,1)	
Agresiones previas					0,588
No	54 (33,8)	17 (32,7)	8 (27,6)	29 (36,7)	
Sí	106 (66,3)	35 (67,3)	21 (72,4)	50 (63,3)	
Personas a su cargo					0,769
No	99 (82,5)	52 (82,5)	11 (91,7)	36 (80)	
Sí	21 (17,5)	11 (17,5)	1 (8,3)	9 (20)	
Embarazo					0,79
No	176 (90,7)	62 (92,5)	33 (86,8)	81 (91)	
Sí	18 (9,3)	5 (7,5)	5 (13,2)	8 (9)	
Parentesco con el agresor					0,089
Pareja - Marido	165 (84,6)	61 (91)	33 (84,6)	71 (79,8)	
Ex-pareja	28 (14,4)	5 (7,5)	6 (15,4)	17 (19,1)	
Familia	2 (1)	1 (1,5)	0 (0)	1 (1,1)	

DE: desviación estándar.

El parte al juzgado fue emitido por los médicos en el 84,7% de los casos, sin embargo, en la historia clínica médica y/o parte al juzgado no se registraron si se había realizado el plan de seguridad en el 78,1% de las mujeres (**Tabla 3**).

En relación a la información proporcionada a las mujeres sobre recursos disponibles y llamadas a instituciones previa al alta, un 31,8% se beneficiaron de estas medidas, hallándose diferencias significativas ($p < 0,001$) según el periodo (llamada del 40,3% en periodo precovid, 52,6% durante la pandemia y 16,7% en pospandemia).

Discusión

Este estudio confirma que existe un incremento en la demanda de asistencia sanitaria de mujeres víctimas de VG conforme han ido pasando los años, hecho recogido también en otros trabajos como el de Sandinha *et al.*, que reflejaba que el 27% de las mujeres de entre 15 y 49 años experimentó violencia física y/o sexual por sus parejas^{16,17}. Sin embargo, en el presente trabajo dicha tendencia se ve alterada durante el periodo COVID, donde se observa una disminución de las solicitudes de asistencia en un 14,29% con respecto al periodo anterior, posiblemente dificultada por el confinamiento.

Los resultados obtenidos son coincidentes con los de la Secretaría de Estado de Igualdad y contra la Violencia de Género que constató un descenso del 10,33% de las denuncias por VG en 2020. No obstante, se incrementaron las llamadas al teléfono de información y asesoramiento (016) en un 10,5%, así como un 182,93% en consultas *on-line* y *WhatsApp* respecto a marzo del año anterior^{6,14,17-19}.

Se han descrito como causas posibles, la dificultad de acceso al sistema sanitario, las restricciones de movilidad

Tabla 2. Características relacionadas con la atención en urgencias

	Total N = 196 n (%)	Precovid N = 67 n (%)	COVID N = 39 n (%)	Pospandemia N = 90 n (%)	p
Forma de acceso					0,068
Ambulancia	26 (13,3)	11 (16,7)	4 (10,3)	11 (12,2)	
Atención Primaria	28 (24,4)	12 (18,2)	5 (12,8)	11 (12,2)	
Medios propios	114 (58,5)	36 (54,5)	29 (74,4)	49 (54,4)	
Policía	27 (13,8)	7 (10,6)	1 (2,6)	19 (21,1)	
Nivel de triaje					0,422
I	6 (3,1)	4 (6)	0 (0)	2 (2,2)	
II	79 (40,3)	26 (38,8)	16 (41)	37 (41,1)	
III	78 (39,8)	28 (41,8)	15 (38,5)	35 (38,9)	
IV	33 (16,8)	9 (13,4)	8 (20,5)	16 (17,8)	
Género del facultativo responsable de la asistencia					0,347
Hombre	60 (30,8)	22 (33,3)	14 (35,9)	24 (26,7)	
Mujer	135 (69,2)	44 (66,7)	25 (64,1)	66 (73,3)	
ISMT/CMT					0,095
Sospecha	24 (12,2)	12 (17,9)	4 (10,3)	8 (8,9)	
Confirmado	172 (87,8)	55 (82,1)	35 (89,7)	82 (91,1)	
Gravedad de las lesiones					0,155
Leve	177 (90,8)	57 (85,1)	37 (97,4)	83 (92,2)	
Moderado	18 (9,2)	10 (14,9)	1 (2,6)	7 (7,8)	
Agresión física					0,672
No	14 (7,1)	5 (7,5)	1 (2,6)	8 (8,9)	
Sí	182 (92,9)	62 (92,5)	38 (97,4)	82 (91,1)	
Agresión psicológica					0,431
No	147 (75)	51 (76,1)	32 (82,1)	64 (71,1)	
Sí	49 (25)	16 (23,9)	7 (17,9)	26 (28,9)	
Agresión sexual					0,672
No	193 (98,5)	66 (98,5)	39 (100)	88 (97,8)	
Sí	3 (1,5)	1 (1,5)	0 (0)	2 (2,2)	
Destino al alta					0,002
Domicilio	132 (67,4)	57 (85,1)	22 (56,4)	53 (58,9)	
Policía	51 (26)	5 (7,5)	16 (41)	30 (33,3)	
Ingreso hospitalario	3 (1,5)	1 (1,5)	0 (0)	2 (2,2)	
Alta voluntaria/Fuga	10 (5,1)	4 (6)	1 (2,6)	5 (5,6)	

ISMT: Indicador de Sospecha de Malos Tratos; CMT: Confirmación de Malos Tratos.

durante el confinamiento domiciliario y meses posteriores, disminución de recursos, miedo al contagio, etc. Otros autores han publicado que el encierro de la víctima en el domicilio llevó a tener más vigilada a la mujer, limitando así su acceso o consulta a centros de ayuda²⁰. Adicionalmente, el considerable incremento en la atención sanitaria a pacientes con patologías relacionadas con el COVID, la reducción de recursos humanos y de servicios a los que las mujeres podían ser derivadas, pudieron haber dejado en segundo plano tanto la detección de indicadores de riesgo como el seguimiento de los casos de VG²¹.

Dichas barreras son más acusadas en la población extranjera a las que hay que se añaden la barrera idiomática, diferencias culturales, situaciones de estancias irregulares, etc. La tasa de mujeres extranjeras por VG en España es del 3,2% por 1.000 mujeres de 14 años y más, frente al 1,2% de las españolas. Málaga cuenta en el censo de población con un 16% de extranjeros y en 2020 el porcentaje de mujeres extranjeras víctimas de VG fue del 33,5%¹⁰. En la misma línea en el HUCS el 28,3% de los pacientes atendidos son extranjeros, por lo que es destacable que en

Tabla 3. Características relacionadas con el soporte legal y de seguridad ofrecidas por los profesionales de urgencias

	Total N = 196 n (%)	Precovid N = 67 n (%)	COVID N = 39 n (%)	Pospandemia N = 90 n (%)	p
Parte al juzgado					0,574
No	30 (15,3)	11 (16,4)	7 (17,9)	12 (13,3)	
Sí	166 (84,7)	56 (83,6)	32 (82,1)	78 (86,7)	
Casilla VG en parte al juzgado					0,328
No	30 (15,4)	12 (17,9)	7 (17,9)	11 (12,4)	
Sí	165 (84,6)	55 (82,1)	32 (82,1)	78 (87,6)	
Plan de seguridad					0,328
No	153 (78,1)	50 (74,6)	30 (76,9)	73 (81,1)	
Sí	43 (21,9)	17 (25,4)	9 (23,1)	17 (18,9)	
Valoración del riesgo					0,298
No	148 (75,9)	49 (73,1)	27 (71,1)	72 (80)	
Sí	47 (24,1)	18 (26,9)	11 (28,9)	18 (20)	
Información de recursos					< 0,001
No	133 (68,2)	56 (83,6)	26 (68,4)	51 (56,7)	
Sí	62 (31,8)	11 (16,4)	12 (31,6)	39 (43,3)	
Llamada a instituciones					< 0,001
No	133 (68,2)	40 (59,7)	18 (47,7)	75 (83,3)	
Sí	62 (31,8)	27 (40,3)	20 (52,6)	15 (16,7)	
Interconsulta trabajadora social					0,036
No	90 (45,9)	29 (43,3)	25 (64,1)	36 (40)	
Sí	106 (54,1)	38 (56,7)	14 (35,9)	54 (60)	

VG: violencia de género.

nuestro estudio más del 50% de las mujeres atendidas no fueran españolas.

La edad de las mujeres en los tres periodos de estudio no varió de forma significativa y concuerda con la media de edad publicada por el INE que en 2021 fue de 36,9 años (el 47,5% tenían entre 30 y 44 años)²².

Es destacable que, a pesar de las restricciones durante el periodo COVID, el 15,4% de las agresiones atendidas fueran por parte de las exparejas de las víctimas. Según el último informe del INE, la figura de la pareja/expareja respecto a la víctima con el agresor, se presenta como la más prevalente en España (69,4%)²³. Esto lleva a desmitificar que la violencia contra la mujer se refiere sólo a las agresiones físicas por parte del marido.

La bibliografía indica que la violencia contra la mujer no es un acto puntual ni aislado y que coexisten diferentes tipos de violencia: psicológica, física y sexual en una misma relación de pareja^{24,25}. Esto justifica que un gran porcentaje de mujeres refieran agresiones previas. En los SUH las consultas se relacionan mayoritariamente con agresiones físicas, principalmente traumatismos en cara y extremidades superiores²⁶. Lesiones que, para los profesionales son más fáciles de diagnosticar por ser visualmente más evidentes²⁷. En el este trabajo las mujeres refirieron agresión física en más del 90% de los casos.

No podemos dejar a un lado la salud mental de las víctimas, la depresión, baja autoestima, estrés postraumático, ideación suicida, abuso de sustancias, ansiedad, etc., son considerados factores de riesgo para la detección de VG. La bibliografía revela como el aislamiento y los periodos prolongados de cuarentena durante el periodo COVID influyeron en un incremento de síntomas negativos asociados con la salud mental²⁸, tanto de los maltratadores como

de las víctimas²⁹. Buitrago Ramírez *et al.*, refleja como factores de riesgo relacionados con las víctimas durante la pandemia: el ser mujer, haber sufrido situaciones previas de violencia de género y/o pertenecer a población inmigrante³⁰. Según datos de la macroencuesta de Violencia contra la Mujer de 2019, las mujeres que han sufrido violencia física o sexual de una pareja tienen 5 veces más riesgo de tener pensamientos suicidas. La idea suicida también fue manifestada por el 5,1% las mujeres de nuestro estudio.

Una de las formas de prevención de la VG en relación con los profesionales sanitarios, es la necesidad de proporcionarles las herramientas adecuadas que les permitan realizar la detección temprana de los casos. Sin embargo, a pesar de existir protocolos en los centros, los profesionales siguen manifestando obstáculos como falta de tiempo, espacio, intimidad, falta de curva de aprendizaje, barreras idiomáticas y diferencias culturales que dificultan una adecuada atención^{13,31}. Se observa en este trabajo que, dentro del plan de seguridad para la mujer al alta hospitalaria, existen ítems con un bajo registro y un alto porcentaje de las mujeres vuelven a sus domicilios finalizada la atención sanitaria. El aumento de la demanda asistencial durante el periodo COVID, la incorporación de profesionales de otras especialidades médicas y enfermeras/os menos familiarizadas con los procedimientos pudieron justificar este hecho.

Este estudio es uno de los pocos realizados, hasta ahora, que recoge datos hospitalarios donde se constata la influencia que el periodo de confinamiento y meses posteriores han tenido sobre la atención a estas mujeres en las unidades de urgencias. Dentro de las limitaciones del mismo figura, el hecho de ser un trabajo unicéntrico y retrospectivo, limitando ello a la extrapolación de los resultados a otros centros. Sin embargo, la recopilación de datos se pudo realizar de manera uniforme para los tres periodos

puediendo comparar las variables a estudio. Por otro lado, la imposibilidad de acceso a la base de datos de salud mental de mujeres con diagnóstico de suicidio/intento de autolisis atendidas en urgencias, pudo limitar el número de casos en este aspecto, así como un posible infradiagnóstico.

Conclusiones

La VG es considerada un problema de salud pública en el cada vez hay más profesionales sanitarios sensibilizados en la importancia de la detección precoz y en especial en los SUH, donde las mujeres suelen tener el primer contacto con el sistema sanitario.

Podríamos describir el perfil de las mujeres atendidas por VG en un SUH, como una mujer joven, de entre 38 y 40 años, mayoritariamente de origen extranjero, que predominantemente presenta lesiones físicas leves, donde el agresor suele ser su pareja o expareja y que, al alta médica, vuelve de nuevo a su domicilio.

La escasa información a la mujer sobre recursos de ayuda y la elaboración de un plan de seguridad al alta ponen de manifiesto la necesidad de formación y sensibilización en materia de VG a los profesionales sanitarios, estudiantes de medicina, enfermería, psicología y trabajo social, así como incluirla en los planes de acogida de residentes y otros profesionales de nueva incorporación laboral.

Igualmente es necesario preparar y formar a los profesionales ante situaciones de emergencias sanitarias para que las poblaciones vulnerables, como en este caso las mujeres víctimas de VG, no vean mermada su atención sanitaria.

La realización de nuevos estudios de investigación en el ámbito de las urgencias hospitalarias dimensionará en mayor medida las barreras a las que nos enfrentamos y mejorará la atención sanitaria a estas mujeres.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de interés en relación con el presente artículo.

Financiación: Los autores declaran la no existencia de financiación en relación con el presente artículo.

Responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes, acuerdo de publicación y cesión de derechos de los datos a la Revista Española de Urgencias y Emergencias.

Disponibilidad de datos en abierto: Los datos están disponibles bajo solicitud al autor asignado para la correspondencia.

Contribuciones a la autoría del artículo (CRediT): YJC: ha participado activamente en la concepción y diseño del manuscrito y en la redacción del mismo. FRR: ha participado activamente en la concepción y diseño del manuscrito y en la redacción del mismo. JCCS: ha participado activamente en la concepción y diseño del manuscrito y en la redacción del mismo. MAG: ha participado activamente en la concepción y diseño del manuscrito y en la redacción del mismo. CAU: ha participado activa-

mente en la concepción y diseño del manuscrito y en la redacción del mismo. MELR: ha participado activamente en la concepción y diseño del manuscrito y en la redacción del mismo.

Uso de herramientas de inteligencia artificial generativa: Los autores declaran no haber utilizado las herramientas de IA en la elaboración de este artículo.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Gender and COVID-19 advocacy brief [Internet]. Geneva: WHO; 202 (Consultado 7 Julio 2021). Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332242/WHO-2019-nCoV-Advocacy_brief-Gender-2020.1-spa.pdf
2. Boletín Oficial del Estado. Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011 [Internet]. 2014. (Consultado 12 Julio 2021). Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-5947
3. Junta de Andalucía. Violencia de género [Internet]. (Consultado 5 Julio 2021). Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/temas/familias-igualdad/mujeres/violencia-genero.html>
4. ONU Mujeres. Preguntas frecuentes: Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas [Internet]. (Consultado 15 Julio 2021). Disponible en: <https://www.unwomen.org/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>
5. Viero A, Barbara G, Montisci M, Kustermann K, Cattaneo C. Violence against women in the Covid-19 pandemic: a review of the literature and a call for shared strategies to tackle health and social emergencies. *Forensic Sci Int.* 2021;319:110650.
6. Sánchez OR, Vale DB, Rodrigues L, Surita FG. Violence against women during the COVID-19 pandemic: an integrative review. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020;151:180-7.
7. Roesch E, Amin A, Gupta J, García-Moreno C. Violence against women during COVID-19 pandemic restrictions. *BMJ.* 2020;369:m1712.
8. Vives-Cases C, Parra-Casado DL, Estévez JF, Torrubiano-Domínguez J, Sanz-Barbero B. Intimate partner violence against women during the COVID-19 lockdown in Spain. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18:4698.
9. Instituto Nacional de Estadística. INEbase /

- Sociedad / Seguridad y justicia / Estadística de violencia doméstica y violencia de género / Últimos datos [Internet]. (Consultado 15 Julio 2021). Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176866&menu=ultiDatos&idp=1254735573206
10. Junta de Andalucía. Informe anual VG 2020 [Internet]. (Consultado 4 Agosto 2023). Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/2022-06/NAVEGABLE%20INFORME%20ANUAL%20VG%202020%20DEFINITIVO%20NAVEGABLE.pdf>
 11. Junta de Andalucía. Informe anual VG 2021 [Internet]. (Consultado 4 Agosto 2023). Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/2023-01/NAVEGABLE%20INFORME%20ANUAL%20VG%202021.pdf>
 12. ONU Mujeres. La pandemia en la sombra: violencia contra las mujeres durante el confinamiento [Internet]. (Consultado 4 Julio 2021). Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19>
 13. Escuela Andaluza de Salud Pública. Medidas de contención de la violencia de género durante la pandemia de COVID-19 [Internet]. 2020 (Consultado 4 Julio 2021). Disponible en: <https://www.easp.es/project/medidas-de-contencion-de-la-violencia-de-genero-durante-la-pandemia-de-covid-19/>
 14. Ruiz-Pérez I, Pastor-Moreno G. Medidas de contención de la violencia de género durante la pandemia de COVID-19. *Gac Sanit.* 2021;35:389-94.
 15. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, García-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *Lancet.* 2022;399:803-13.
 16. Brink J, Cullen P, Beek K, Peters SAE. Intimate partner violence during the COVID-19 pandemic in Western and Southern European countries. *Eur J Public Health.* 2021;31:1058-63.
 17. Sanz-Barbero B, Estévez-García F, La Parra-Casado D, Lopez-Ossorio JJ, Vives-Cases C. Intimate partner violence complaints during COVID-19 lockdown in Spain: a cross-sectional and a case-control study. *Eur J Public Health.* 2023;33:536-42.
 18. Barrado Espadero M, Lázaro Díaz A, Robledo Martín J. La violencia de género durante la pandemia por COVID-19. *Metas Enferm.* 2022;25:23-32.
 19. Spencer CM, Gimarc C, Durtschi J. COVID-19 specific risk markers for intimate partner violence perpetration. *J Fam Violence.* 2022;37:881-91.
 20. Enfermería21. La violencia de género durante la pandemia por COVID-19 [Internet]. (Consultado 12 Septiembre 2023). Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metast/articulo/81941/la-violencia-de-genero-durante-la-pandemia-por-covid-19/>
 21. Rueda Aguilar EF. Reflexiones sobre la violencia de género durante el confinamiento causado por Covid-19. *RDIyCS.* 2021;7:181-203.
 22. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre violencia de género 2021 [Internet]. (Consultado 12 Agosto 2023). Disponible en: https://www.ine.es/prensa/evdvg_2021.pdf
 23. Instituto Nacional de Estadística. INEbase / Sociedad / Seguridad y justicia / Estadística de violencia doméstica y violencia de género / Últimos datos [Internet]. (Consultado 5 Julio 2021). Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176866&menu=ultiDatos&idp=1254735573206
 24. Junta de Andalucía. Informe Magnitudes 2021 [Internet]. (Consultado 5 Julio 2021). Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Informe_Magnitudes-19.02.2021.pdf
 25. Blanco P, Ruiz-Jarabo C, García de Vinuesa L, Martín-García M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit.* 2004;18:182-8.
 26. Universidad de Valladolid. TFG-M2175 [Internet]. (Consultado 7 Agosto 2023). Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/47748/TFG-M2175.pdf?sequence=1>
 27. Martínez-Sañudo L, Pizà Serra MM, Viñas Noguera M, Pérez Chico M, Mallorquin Rama S, Pelfort López X. Lesiones físicas por violencia de género identificadas en urgencias. *Rev Esp Urg Emerg.* 2024;3:096-103.
 28. Benito-Lozano M, Travería-Becker L, Herranz-Duarte I, Criado Gutiérrez I, López Hernández MA. Tentativas suicidas graves asociadas a confinamiento por COVID-19. *Rev Esp Urg Emerg.* 2022;1:53-4.
 29. Arechederra Ortiz Á. La violencia masculina contra las mujeres en las relaciones de pareja: proceso y consecuencias. En: *La violencia contra las mujeres en la pareja: claves de análisis y de intervención.* Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2010. p. 21-36.
 30. Buitrago Ramírez F, Cuirana Misol R, Fernández Alonso MC, Tizón García JL. Repercusiones de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental de la población general. Reflexiones y propuestas. *Aten Primaria.* 2021;53(7).
 31. Castanedo Córdoba IM. ¿Qué barreras y facilitadores identifican enfermeras y médicos para preguntar a las usuarias sobre violencia de género? *Evidentia.* 2016;13:6.