

---

# BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid



**Comunidad  
de Madrid**

# Nº 7.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 7. Volumen 28. Julio 2023

## INFORMES:

- **Interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2022.**
- **Violencia de pareja hacia las mujeres: 4ª encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid, 2020. Estado de salud, factores asociados a la violencia y utilización de recursos.**



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



[comunidad.madrid/publicamadrid](http://comunidad.madrid/publicamadrid)

**Edita:**

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública

<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/boletin-epidemiologico>

**Coordina:**

Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública

c/ de López de Hoyos, 35, 1ª Planta

28002 Madrid

E-mail: [isp.boletin.epidemiologo@salud.madrid.org](mailto:isp.boletin.epidemiologo@salud.madrid.org)

**Edición:** Julio 2023

ISSN: 1695 – 7059

Publicado en España – Published in Spain



# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

# Nº 7.

Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 7. Volumen 28. Julio 2023

## ÍNDICE

	<i>Interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2022.</i>	4
	<i>Violencia de pareja hacia las mujeres: 4ª encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid, 2020. Estado de salud, factores asociados a la violencia y utilización de recursos.</i>	12



## INFORME:

# INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO NOTIFICADAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN 2022

## RESUMEN

En 2022 se notificaron en la Comunidad de Madrid 19.042 interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) y de ellas, 16.540 correspondieron a mujeres con residencia en la Comunidad de Madrid (CM); 2.365 notificaciones correspondían a mujeres residentes en otras CCAA y 137 en otros países. Del total de mujeres residentes, el 52,4% tenían país de nacimiento distinto a España. La media de edad fue de 28,9 años  $\pm$  7,2. La tasa más elevada se observó en el grupo de edad de 20-24 años con un valor de 21,11 por mil mujeres. El 47,9% tenían hijos/as a su cargo y el 42,3% convivía en pareja. Para el 62,3% era su primera IVE. Respecto al motivo, el supuesto de la ley vigente "a petición de la mujer" se dio en el 84,9% de las IVE. La IVE precoz (<9 semanas) se realizó al 71,3% de las mujeres y el 4,4% fueron IVE tardías (>15 semanas). La tasa anual por mil mujeres de 15 a 44 años fue de 12,76 en 2022.

## 1.- INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN

Las IVE realizadas en 2022 están reguladas por la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo y la Ley Orgánica 11/2015, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo. El seguimiento de las IVE se lleva a cabo a través de un sistema de vigilancia epidemiológica tal y como establece la Orden de 16 de 1986 sobre estadística e información epidemiológica de las interrupciones.

Desde los centros públicos y privados que realizan IVE, el médico responsable de la intervención comunica los datos según protocolo normalizado. En la Comunidad de Madrid (CM), la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública de la Dirección General de Salud Pública, es el responsable de la consolidación y del análisis a nivel regional. Una vez consolidada la información se traslada al Ministerio de Sanidad.

Los datos de las IVE notificadas se refieren tanto a mujeres residentes en la CM como a no residentes en la región pero que, por diversas razones, se han desplazado desde otras comunidades u otros países para la IVE. Dicha vigilancia tiene el doble objetivo de analizar la evolución de las IVE en la CM e identificar aquellos grupos de mayor riesgo para poder intervenir en la reducción de los embarazos no deseados y prevenir la interrupción de los mismos.

En este informe se describen las IVE notificadas en la CM en 2022. Como denominador se utiliza el padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM.

## 2.- RESULTADOS

En 2022 se notificaron al Registro de la CM 19.042 IVE, cifra superior en un 8,8% a la correspondiente a 2021 que fue de 17.508.

El 13,1% (2.502) de las IVE notificadas correspondieron a mujeres no residentes en la CM y que procedían de otras Comunidades Autónomas (CCAA) o de otro país. Las mujeres no residentes en la CM que

proviene de otras CCAA fueron 2.365, la mayoría de Castilla-La Mancha y en menor medida de Castilla-León, y 137 provenían de otros países, la mayor parte tenía su residencia en Portugal y Francia.

Las características de las mujeres que vienen a la CM para la IVE desde otras Comunidades u otros países mantienen algunas diferencias con las residentes en la CM; el hecho de que el 5,1% de ellas accedan a la IVE por anomalías en el feto (3,1% en residentes), lleva aparejada una mayor proporción de IVE tardía (15,7% vs. 4,4%).

## 2.1.- IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid, 2022

En 2022 se notificaron 16.540 IVE realizadas a mujeres que residían en la CM, de las que 16.396 correspondían a mujeres de 15-44 años, con una tasa de 12,76 por mil mujeres en este grupo de edad.

### Datos sociodemográficos

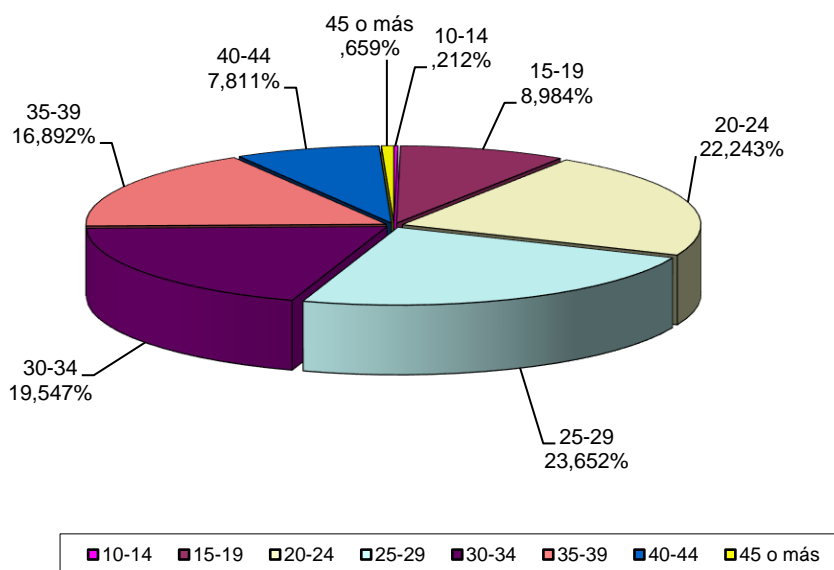
Los datos sociodemográficos están recogidos en la figura 1 y en las tablas 1 y 2.

**País de nacimiento:** Del total de IVE notificadas el 47,6% correspondían a mujeres cuyo país de nacimiento es España (7.874) y el 52,4% restante a mujeres de origen extranjero con residencia en la CM, de las que un 13,1% son mujeres nacidas en Perú y en segundo lugar las nacidas en Ecuador que representan el 12,2%. El 41,4% de las mujeres nacidas en otro país habían llegado a España dentro de los últimos 5 años previos a la IVE y el 6% en el mismo año de la IVE.

**Edad:** La media de edad fue de 28,9 años  $\pm$  7,2, mayor en mujeres nacidas en el extranjero (29,4 años  $\pm$  6,5) que en españolas (28,3 años  $\pm$  7,8). El 0,9% de las IVE notificadas en 2022, se encontraban fuera del rango de 15 a 44 años, el 0,2% (35 mujeres) tenían menos de 15 años y el 0,7% (109 mujeres) más de 44 años. Un 9,2% tenían menos de 20 años (Figura 1).

**Ingresos económicos:** El porcentaje de mujeres con recursos económicos propios fue del 69,7%, con mayor proporción de mujeres con ingresos propios en el caso de aquellas de origen extranjero. En las mujeres sin recursos económicos propios, los ingresos proceden en primer lugar de la familia y en segundo de la pareja.

**Situación Laboral:** Aumenta el porcentaje de mujeres asalariadas, que fue del 63,3% frente al 60,3% de 2021; esta circunstancia tiene mayor representación en mujeres nacidas en otro país (65,7%), que en españolas (60,8%). El 15,2% son demandantes de empleo y el 2,9% se dedican a tareas domésticas.

**Figura 1. Distribución de IVE según grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2022.**

**Nivel de instrucción:** En cuanto al nivel de instrucción académica, aumenta el porcentaje de mujeres universitarias frente a 2021 (25% en 2022 y 22,1% en 2021) y se mantiene el de mujeres analfabetas o carentes de estudios en el 0,2%. Según país de nacimiento encontramos mayor porcentaje de mujeres con estudios universitarios en españolas (32,3%) que en las nacidas en el extranjero (18,4%).

**Convivencia:** El 42,3% de las mujeres refieren convivir en pareja (con y sin hijos), siendo este porcentaje mayor en las mujeres de origen extranjero. La convivencia con familiares ocupa el segundo lugar. Un 47,9% de las mujeres tienen hijos/as a su cargo en su domicilio.

**Hijos e IVE previa:** Un 50,4% de las mujeres a las que se les practicó una IVE en 2022 no tenían hijos y un 1,8% tenían 4 o más. El porcentaje de mujeres nacidas en otro país con hijos en el momento de la IVE es mayor que de mujeres españolas (61% vs. 37%). Un 8,1% de las mujeres tuvieron un hijo en el último año.

Para el 62,3% de las mujeres era su primera IVE y un 1,2% tenían 4 o más IVE previas. Es mayor el porcentaje de IVE previas en mujeres nacidas en el extranjero que en mujeres españolas (43,9% vs. 30,6%). El 13,7% de las mujeres tuvo una IVE previa en el último año.

**Métodos anticonceptivos:** Casi la mitad de las mujeres a las que se practicó una IVE en 2022 (48,4%) refería usar métodos anticonceptivos (MA). El porcentaje es de 51,3% en el caso de las mujeres nacidas en España y 45,7% para aquellas con origen extranjero. Una amplia mayoría de las que dicen usar MA, eligen métodos de barrera (57,9%).

Tabla 1. Distribución de IVE según características sociodemográficas de las mujeres. Comunidad de Madrid, año 2022.

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		n	%	n	%		
Grupos de edad	10-14	30	0,4	5	0,1	35	0,2
	15-19	1102	14,0	384	4,4	1486	9,0
	20-24	1820	23,0	1859	21,5	3679	22,2
	25-29	1524	19,4	2388	27,5	3912	23,7
	30-34	1353	17,2	1880	21,7	3233	19,5
	35-39	1307	16,6	1487	17,2	2794	16,9
	40-44	675	8,6	617	7,1	1292	7,8
	45 o más	63	0,8	46	0,5	109	0,7
Convivencia	Sola	1224	15,5	1934	22,3	3158	19,1
	En pareja	3157	40,1	3828	44,2	6985	42,3
	Con familia	3179	40,4	2300	26,5	5479	33,1
	Otras personas	273	3,5	589	6,8	862	5,2
	N/C	41	0,5	15	0,2	56	0,3
Nivel de instrucción	Analfabeta/sin estudios	15	0,2	18	0,2	33	0,2
	Primer grado	498	6,3	554	6,4	1052	6,4
	ESO y equivalentes	2331	29,6	2722	31,4	5053	30,6
	Bachiller/ciclos FP	2438	31,0	3759	43,4	6197	37,4
	Escuelas univ/Facultades	2548	32,3	1592	18,4	4140	25,0
	Inclasificable/NC	44	0,6	21	0,2	65	0,4
Ingresos económicos propios	Si	5270	66,9	6252	72,1	11522	69,7
	No	2604	33,1	2414	27,9	5018	30,3
Procedencia de los ingresos	Pareja	586	22,5	1038	43,0	1624	32,4
	Familiares	1747	67,1	981	40,6	2728	54,3
	Otros	134	5,1	233	9,7	367	7,3
	N/C	137	5,3	162	6,7	299	6,0
	Total (Sin ingresos)	2604		2414		5018	
<b>Total</b>		<b>7874</b>	<b>100</b>	<b>8666</b>	<b>100</b>	<b>16540</b>	<b>100</b>

Tabla 2. Distribución de IVE según hijos e IVE previas. Comunidad de Madrid, año 2022.

		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		n	%	n	%		
Número de hijos vivos	No hijos	4959	63,0	3380	39,0	8339	50,4
	1	1422	18,0	2584	29,8	4006	24,2
	2	1130	14,4	1844	21,3	2974	18,0
	3	266	3,4	654	7,5	920	5,6
	4 o más	97	1,2	204	2,4	301	1,8
Número de IVE previas	Ninguna	5463	69,3	4858	56,0	10321	62,3
	1	1702	21,6	2574	29,7	4276	25,9
	2	494	6,3	856	9,9	1350	8,2
	3	139	1,8	258	3,0	397	2,4
	4 o más	76	1,0	120	1,4	196	1,2
Si ha tenido IVE previa: Años desde la IVE anterior a la actual	En el mismo año (12 meses previos)	361	15,0	489	12,8	850	13,7
	1	357	14,8	589	15,5	946	15,2
	2	313	13,0	495	13,0	808	13,0
	3	274	11,4	438	11,5	712	11,5
	4	240	10,0	419	11,0	659	10,6
	5	166	6,9	269	7,1	435	7,0
	Más de 5 años	699	28,9	1109	29,1	1808	29,0
<b>Total</b>		<b>2410</b>		<b>3808</b>		<b>6218</b>	
<b>Total</b>		<b>7874</b>	<b>100</b>	<b>8666</b>	<b>100</b>	<b>16540</b>	<b>100</b>



## Datos de la intervención

Los datos de la intervención están recogidos en la tabla 3.

**Información y financiación de la IVE:** El 51,5% de las mujeres que recurrieron a una IVE en 2022 fueron informadas de las posibilidades, condiciones y financiación de la misma en centros sanitarios públicos.

La financiación pública alcanzó en 2022 al 70,8% de las IVE (78,5% en españolas y 63,8% para las mujeres nacidas en otro país).

**Semanas de gestación:** En 2022 el porcentaje de IVE precoz (<9 semanas) ha sido del 71,3%, dato superior a 2021 (70,6%); en cuanto a la IVE de más de 15 semanas (tardía) el porcentaje fue del 4,3%, en 2021 fue 4,2%.

En el colectivo de mujeres españolas el porcentaje de IVE precoz es del 72,6% y de IVE tardía del 4,7%; y en el de mujeres de otros países el de IVE precoz es 69,9% y el de IVE tardía 4%.

El 14,3% de las mujeres menores de 15 años (n=35) acceden a la IVE después de la semana 15 de gestación y el 67,9% de las mayores de 44 años (n=109) lo hacen antes de las 9 semanas (Tabla 4).

**Motivo:** El supuesto de la ley vigente, “A petición de la mujer”, ocupó un porcentaje del 84,9% de las IVE notificadas y el de “Graves taras fetales” fue del 3,1%, 42 de estos casos eran incompatibles con la vida o se trataba de una enfermedad extremadamente grave e incurable.

**Tabla 3. Distribución de IVE según datos de la intervención. Comunidad de Madrid, año 2022.**

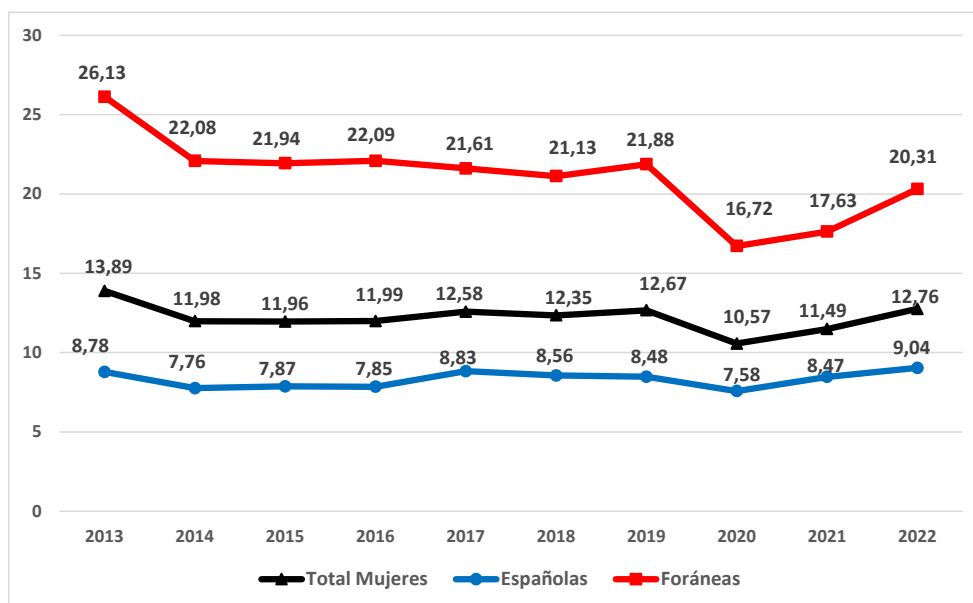
		País de origen				Total	
		España		Otro país		n	%
		n	%	n	%		
<b>Dónde se informó de la posibilidad de interrumpir este embarazo</b>	C. Sanitario Público	4399	55,9	4100	47,4	8499	51,5
	C. Sanitario Privado	607	7,7	572	6,6	1179	7,1
	Tfno. Información Usuario	268	3,4	576	6,6	844	5,1
	Amigos/familiares	1017	12,9	1020	11,8	2037	12,3
	Medios comunicación	35	0,4	63	0,7	98	0,6
	Internet	1520	19,3	2324	26,8	3844	23,2
	N/C	28	0,4	11	0,1	39	0,2
<b>Uso de métodos anticonceptivos actualmente</b>	Si	4043	51,3	3963	45,7	8006	48,4
	No	3831	48,7	4703	54,3	8534	51,6
<b>Semanas de gestación</b>	6 ó menos	2835	36,1	2869	33,1	5704	34,5
	7	1812	23,0	1905	22,0	3717	22,5
	8	1072	13,6	1286	14,8	2358	14,3
	9-10	933	11,8	1246	14,4	2179	13,2
	11-12	443	5,6	603	7,0	1046	6,3
	13-15	407	5,2	409	4,7	816	4,9
	16-20	277	3,5	289	3,3	566	3,4
21 ó más	95	1,2	59	0,7	154	0,9	
<b>Motivo de la IVE</b>	A petición mujer	6783	86,1	7274	83,9	14057	84,9
	Riesgo salud física o psíquica mujer	705	9,0	1273	14,7	1978	12,0
	Graves anomalías fetales	357	4,5	106	1,2	463	2,8
	Anomalías fetales incompatibles vida	29	0,4	13	0,2	42	0,3
<b>Total</b>		<b>7874</b>	<b>100</b>	<b>8666</b>	<b>100</b>	<b>16540</b>	<b>100</b>

## 2.2 Evolución del registro IVE en la Comunidad de Madrid, 2013-2022

**Tasa anual:** En el año 2014 la tasa anual de IVE por mil mujeres entre 15 y 44 años desciende respecto a 2013 (13,89-11,98). Entre 2014 y 2016 la tasa anual se mantiene y en 2017 aumenta hasta 12,58, manteniéndose la tasa estable hasta 2019. Desciende de forma importante en 2020 a 10,57 para luego subir hasta 2022 (12,76) (Figura 2).

La tasa en españolas ha pasado de 8,78 IVE por mil mujeres en el año 2013 a 9,04 por mil mujeres en 2022. En mujeres nacidas en el extranjero la tasa de IVE por mil mujeres ha pasado de 26,13 en 2013 a 20,31 en el año 2022.

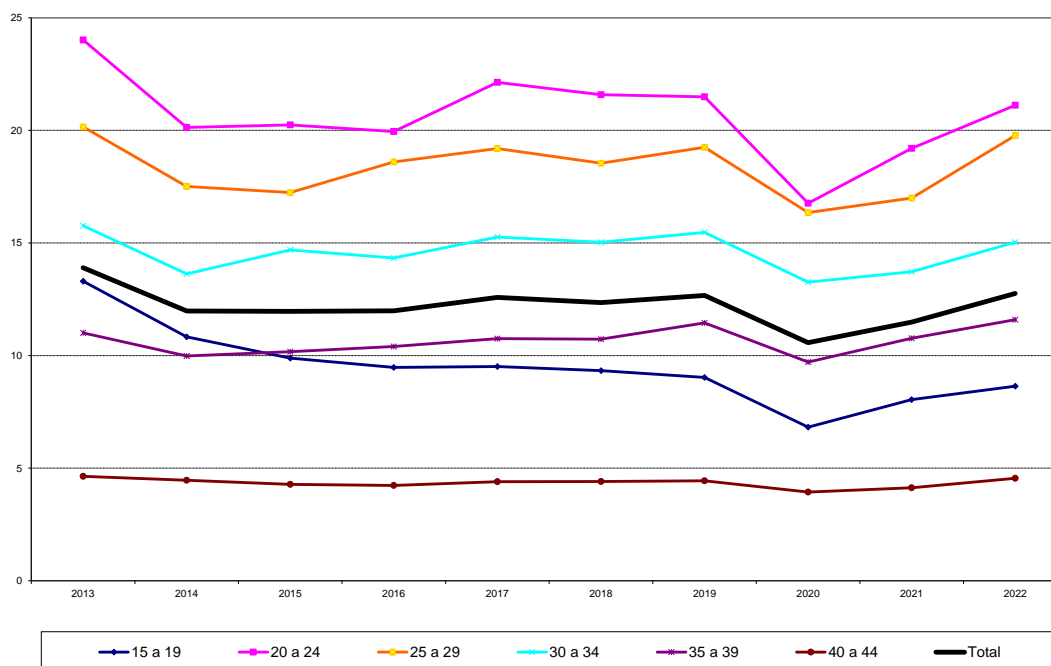
**Figura 2. Evolución de las tasas anuales de IVE por 1000 mujeres entre 15 y 44 años. Comunidad de Madrid, 2013-2022.**



**Grupos de edad:** La tasa más alta corresponde a las mujeres de 20-24 años que en 2013 alcanzó 24,01 por mil mujeres, en 2022 la tasa registrada ha sido 21,11 por mil mujeres (Figura 3).

**Tabla 4. Distribución de IVE según grupo de edad y semana de gestación. Comunidad de Madrid, año 2022.**

Grupo de edad	Semanas gestación						Total	
	<9 semanas (precoz)		9-15 semanas		>15 semanas (tardía)			
	n	%	n	%	n	%	n	%
<15 años	21	60,0	9	25,7	5	14,3	35	100,0
15-19 años	1009	67,9	411	27,7	66	4,4	1486	100,0
20-24 años	2643	71,8	908	24,7	127	3,5	3678	100,0
25-29 años	2885	73,7	888	22,7	140	3,6	3913	100,0
30-34 años	2286	70,7	805	24,9	142	4,4	3233	100,0
35-39 años	1953	69,9	687	24,6	154	5,5	2794	100,0
40-44 años	908	70,3	310	24,0	74	5,7	1292	100,0
>44 años	74	67,9	23	21,1	12	11,0	109	100,0
<b>Total</b>	<b>11779</b>	<b>71,3</b>	<b>4041</b>	<b>24,4</b>	<b>720</b>	<b>4,3</b>	<b>16540</b>	<b>100,0</b>

**Figura 3. Evolución de las tasas anuales de IVE por 1000 mujeres entre 15 y 44 años por grupos de edad. Comunidad de Madrid, 2013-2022.**

**Tasa/municipios de más de 20.000 mujeres en edad fértil:** los municipios de Parla, Madrid y Alcobendas presentan tasas por encima de la media. En 2022 Alcalá de Henares es el municipio con menor tasa (10,51 IVE por mil mujeres) (Tabla 5).

**Tabla 5. Evolución anual de las tasas IVE por 1000 mujeres entre 15 y 44 años según municipio de residencia. Comunidad de Madrid, año 2013-2022.**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>A. HENARES</b>	12,09	10,73	10,09	11,33	11,43	9,83	11,47	9,31	11,12	10,51
<b>ALCOBENDAS</b>	12,51	11,16	10,60	10,29	11,30	11,63	12,55	10,36	11,22	13,69
<b>ALCORCON</b>	10,82	9,44	9,85	8,88	9,89	8,85	10,88	9,38	10,18	11,08
<b>FUENLABRADA</b>	11,41	10,15	10,48	10,90	11,41	11,13	12,02	10,82	11,37	11,78
<b>GETAFE</b>	11,26	10,84	10,43	10,40	11,05	10,95	12,03	9,64	12,33	11,11
<b>LEGANES</b>	10,88	10,67	11,17	10,30	10,43	10,93	11,20	10,06	11,59	12,59
<b>MADRID</b>	17,07	14,32	14,70	14,37	15,38	14,56	15,11	11,95	13,16	15,10
<b>MOSTOLES</b>	12,07	10,74	10,71	10,73	12,16	11,86	11,52	9,63	10,92	11,84
<b>PARLA</b>	14,89	14,03	13,37	16,07	16,10	13,95	14,57	12,13	14,03	14,15
<b>T. ARDOZ</b>	13,89	11,93	11,65	12,68	11,02	12,72	11,85	9,70	11,07	11,89
<b>RESTO CM</b>	10,11	8,96	8,85	9,11	9,14	9,48	9,43	8,88	8,92	9,37
<b>TOTAL CM</b>	<b>13,89</b>	<b>11,98</b>	<b>11,96</b>	<b>11,99</b>	<b>12,58</b>	<b>12,35</b>	<b>12,67</b>	<b>10,57</b>	<b>11,49</b>	<b>12,76</b>

### 2.3 Datos de la notificación

Las notificaciones de las IVE descritas en este informe provienen de 6 clínicas privadas autorizadas en la CM para la práctica de la IVE (18.983 IVE notificadas) y 4 hospitales de la Red del Servicio Madrileño de Salud (59 IVE). Además el Ministerio de Sanidad informó de otras 52 IVE realizadas en centros de fuera de la CM a mujeres residentes en la misma.

### 3.- CONCLUSIONES

En 2022 se notificaron en la Comunidad de Madrid 19.042 IVE, un 8,8% más que las registradas en 2021. De ellas, el 86,9% correspondieron a mujeres con residencia en la Comunidad de Madrid.

En la Comunidad de Madrid, en 2022 la tasa anual para las mujeres de 15 a 44 años fue superior a la registrada en 2021 (12,76 por mil mujeres y 11,49 por mil mujeres respectivamente).

Más de la mitad de las IVE practicadas en la Comunidad de Madrid en 2022 fueron en mujeres de origen extranjero (52,4%).

La mayoría de las IVE practicadas en la Comunidad de Madrid en 2022 fueron a mujeres de 20 a 39 años (82,3%).

Casi la mitad de las mujeres a las que se les practicó una IVE (47,9%) tenían hijos/as a su cargo y el 42,3% convivía en pareja, con o sin hijos.

El 70,8% de las IVE han recibido financiación pública, este porcentaje se mantiene respecto a años anteriores.

El motivo de la IVE al que mayoritariamente se acogieron las mujeres fue el supuesto de la ley vigente “a petición de la mujer” (84,9%).

**INFORME:****Violencia de pareja hacia las mujeres:**

## **4ª encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid, 2020: Estado de salud, factores asociados a la violencia y utilización de recursos**

**ÍNDICE**

<b>1.-RESUMEN.....</b>	<b>13</b>
<b>2.-INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>15</b>
<b>3.-OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
<b>4.-METODOLOGÍA.....</b>	<b>17</b>
<b>5.-RESULTADOS.....</b>	<b>17</b>
<b>5.1. Situación de salud y prácticas preventivas.....</b>	<b>17</b>
Salud autopercebida	
Problemas crónicos de salud	
Ansiedad y depresión	
Accidentabilidad	
Limitación para realizar actividades cotidianas	
Consecuencias directas de la violencia física y/o sexual	
Actividades preventivas	
Cribado de cáncer de cérvix	
Cribado de cáncer de mama	
<b>5.2. Conductas de riesgo para la salud.....</b>	<b>24</b>
Consumo de tabaco	
Consumo de alcohol	
Consumo de alcohol en la pareja	
<b>5.3. Entorno violento y antecedentes en la infancia.....</b>	<b>25</b>
Violencia por otra persona del entorno	
Violencia sufrida antes de los 15 años	
<b>5.4. Resiliencia.....</b>	<b>27</b>
<b>5.5. Apoyo social percibido.....</b>	<b>28</b>
<b>5.6. Demanda de servicios sanitarios y otros.....</b>	<b>29</b>
Utilización	
Frecuentación	
Exploración de VPM por los profesionales	
Consumo de medicamentos	
Recursos demandados por las mujeres	
<b>5.7. Disfunción familiar y salud mental de los hijos.....</b>	<b>34</b>
<b>6.-CONCLUSIONES.....</b>	<b>35</b>
<b>7.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>35</b>

## 1.-RESUMEN

### Introducción y objetivos

La violencia de pareja hacia la mujer (VPM) es un reconocido y complejo problema de Salud Pública, la forma más frecuente de violencia de género, que pone de manifiesto la posición desigual entre hombres y mujeres. Su relevancia radica no solo en su frecuencia sino también en las graves consecuencias para la salud de las mujeres y de los/las hijos/as tanto a corto como a largo plazo. Los resultados de la primera parte de esta cuarta encuesta poblacional, muestran una prevalencia de casos en mujeres con pareja o contacto con expareja en el último año del 10,1% (IC95%: 8,2-12,4). De los tres tipos de violencia analizados, la violencia psicológica fue la más frecuente, 9,1% (IC 95% 7,9-10,4), seguida de violencia física, 3% (IC95%: 2,5-3,6%) y violencia sexual, 1,9% (IC95%: 0,8-4,5). Estas cifras, justifican la necesidad de continuar profundizando en su investigación y vigilancia con el ánimo de aportar nuevas evidencias y seguir contribuyendo en las estrategias sanitarias y no sanitarias para su resolución.

En esta segunda parte, se analizan apartados como situación de salud y factores asociados a la situación de violencia o que permiten un mejor enfrentamiento a ella y utilización de servicios sanitarios.

### Metodología

Se trata de un estudio transversal de base poblacional, realizado a una muestra representativa de mujeres de 18 a 74 años residentes en la Comunidad de Madrid (CM) que tengan pareja o hayan tenido contacto con expareja en el último año. El marco muestral fue la base de datos de tarjeta sanitaria (TIS) y el tipo de muestreo, aleatorio estratificado. El trabajo de campo se llevó a cabo en los meses de noviembre de 2019 a enero de 2020. Entre otras preguntas, se han aplicado cuestionarios validados para medir distintos aspectos: la capacidad de respuesta de las mujeres frente a eventos traumáticos o resiliencia (CD-RISC10), el apoyo social percibido (DUKE-UNC11), o la escala de depresión Patient Health Questionnaire (PHQ-9) para valorar la presencia de trastorno depresivo, la disfunción familiar (escala APGAR) y la salud mental de los hijos/as de 4-16 años (cuestionario SDQ).

Este informe presenta los resultados de prevalencia de los distintos factores con intervalos de confianza al 95% (IC95%) tras ponderación y ajuste del efecto de diseño. Se ha realiza comparación entre mujeres que sufren violencia y aquellas que no mediante test de chi-cuadrado o test de student, para comparación de proporciones o medias. El análisis se realizó con los programas estadísticos STATA V16 y SPSS V26.

### Resultados

Participan en este estudio un total de 3305 mujeres con relación de pareja o contacto con expareja en el último año, con una tasa de respuesta del 54,1%. Un total de 329 mujeres cumplían con la definición de caso e VPM.

**Salud autopercebida:** el 32,8% (IC95%: 30,8-34,1) de las mujeres refirió que su estado de salud era regular, malo o muy malo y según VPM el porcentaje ascendió a 52,4% (IC95%: 42,0-62,7) en aquellas que cumplían criterio de caso de VPM, frente a 30,2% (IC95%: 27,8-32,7) en las que no lo cumplían.

Las **enfermedades crónicas** más frecuentes sufridas en aquellas mujeres con violencia fueron: alergia, depresión, ansiedad, infecciones urinarias, problemas ginecológicos y enfermedades articulares. El número medio de enfermedades fue de 1,5 (DS±1,6) al año, cifra que se eleva a 2 en las que sufrieron violencia (DS±1,8), frente a 1,4 (DS ±1,6) en las que no la sufrieron hallándose diferencia significativa entre ambos grupos. En patologías como bronquitis crónica/asma, úlcera gástrica, alergias, depresión, infecciones urinarias y ansiedad se halló diferencia significativa entre mujeres con violencia o sin ella.

**Salud mental: ansiedad y depresión.** Con respecto a la primera, 15,7% (IC95%: 15,0-16,5) de todas mujeres encuestadas habían sido diagnosticadas de ansiedad en los últimos 12 meses. Si consideramos aquellas con y sin violencia se observa mayor prevalencia, 30,4% (IC95%: 15,6-50,8) en las primeras, frente a 14,1% (IC95%: 13,1-15,1) en mujeres que no la presentaron. Igualmente se preguntó sobre el diagnóstico de trastorno depresivo: un 9,9% (IC95%: 9,4-10,5) del total respondió afirmativamente, el 25,2% (IC95%: 17,6-34,6) en las mujeres con VPM frente a 8,2% (IC95%: 6,9-9,8) en aquellas que no la

sufrían. Finalmente fue analizada la severidad, evaluada a través del cuestionario PHQ-9 (Patient Health Questionnaire). Un 74,1% (IC95%: 58,9-85,1) de las mujeres con VPM tiene algún grado de depresión frente al 38,7% (IC95%: 35,1-42,4) en las mujeres que no la padecen. A las mujeres que respondieron positivamente a alguna de las 9 preguntas del cuestionario, se les preguntó hasta qué punto estos problemas le crearon dificultades para hacer su trabajo, ocuparse de la casa o relacionarse con los demás. El 22,6% de las mujeres respondió que tuvieron alguna, muchas o muchísimas dificultades, cifra que ascendió a 41,7% en mujeres con violencia frente 20,2% en las que no la presentaron.

**Accidentabilidad:** un 14,4% (IC95%: 12,6-16,4) del total de mujeres refirió haber tenido algún accidente en el último año, diferencia significativa frente a un 22,7% (IC95%: 15,8-31,5) en las mujeres con VPM. El lugar más frecuente donde se produjo, fue en el hogar (36,4%).

**Consecuencias directas de la violencia físico y/o sexual:** de 129 mujeres con criterios de caso de VFS, 53,5% contestaron que sí sufrieron alguna consecuencia o lesión y la principal referida fue depresión y ansiedad (46,0%), seguida de rasguños, pinchazos y mordeduras (28,3%). Además, un 25,4% consideró que había necesitado asistencia sanitaria, y el 19,5% la demandó.

**Actividades preventivas:** respecto al cribado de cáncer de cérvix, un 7,9% de las mujeres no cumplían con las recomendaciones de una citología en los últimos 4 años y al analizarlo según VPM, se halla que, entre las mujeres con VPM 7,4% no cumple las recomendaciones frente a 8,0% en aquellas mujeres sin violencia, no habiendo diferencias significativas entre ambos grupos. Con respecto al cribado de cáncer de mama 16,9% (IC95%: 4,6-46,1) de las mujeres encuestadas no cumplían con las recomendaciones de haberse realizado al menos una mamografía en los últimos dos años y al analizar el cumplimiento de esta recomendaciones según VPM, en mujeres sin VPM un total de 16,4% (IC95%: 4,7-44,1) no cumple las recomendaciones, mientras que este porcentaje fue de 23,2% (IC95%: 4,9-64,0) entre las mujeres que sufren VPM, encontrando diferencias estadísticamente significativa entre ambos grupos.

**Conductas de riesgo para la salud: consumo de tabaco:** el 22,4% (IC95%: 19,7-25,4) de las mujeres encuestadas eran fumadoras, sin alcanzar diferencias significativas según VPM, aunque predomina entre las mujeres con VPM, el 28,2% (IC95%: 18,6-41,5), frente a 21,6% (IC95%: 19,4-24,1) en aquellas que no la sufren. En el **consumo problemático de alcohol** valorado mediante el cuestionario CAGE, encontramos diferencias significativas en mujeres con VPM: un 10,5% (IC95%: 5,1-20,4) indica consumo problemático frente al 3,9% (IC95%: 1,7-8,7) en las mujeres sin VPM y el 4,6% (IC95%: 2,1-9,8) en el total de mujeres.

**Consumo de alcohol en la pareja,** un total de 22,0% (IC95%: 15,0-31,0) de las mujeres encuestadas vio borracho a su pareja alguna vez en los últimos 12 meses. Al analizar la variable según VPM, hay diferencias significativas: aquellas mujeres que sufrieron violencia 41,8% (IC95%: 40,8-42,8) refirieron que le vieron una vez borracho, y este porcentaje descendió a 19,8% (IC95%: 12,5-30,0) en las mujeres sin VPM.

**Comportamiento violento en el entorno de las mujeres:** el 5,1% (IC95%: 2,7-9,4) del total de las encuestadas respondieron afirmativamente sobre esta variable, además, en el 44,1% de los casos, el agresor identificado pertenecía al entorno familiar y en 34,7% se hallaba fuera de él. También se consideró la **violencia física antes de 15 años**. Un total de 12,3% (IC95%: 10,6-14,3) respondió haberla sufrido. De igual manera, se les preguntó sobre violencia sexual sufrida, y un 5,9% (IC95%: 4,7-7,4) respondió afirmativamente. Analizando de manera conjunta los dos antecedentes, el 15,2 (IC95%: 14,0-16,8) de las mujeres encuestadas refirieron haber sido víctimas de violencia física y/o sexual antes de los 15 años, significativamente más frecuente cuando la mujer cumplía con criterios de caso de VPM, 27,9% (IC95%: 20,7-36,4), frente al 13,8% (IC95%: 11,7-16,3) cuando no los cumplía.

**Resiliencia:** definida como la capacidad de las mujeres de hacer frente a situaciones y eventos traumáticos generando experiencias y emociones positivas. La medición fue a través de la Escala de Connor y Davidson (CD-RISC10). La puntuación media fue de 31,4 (DS±6,9), la obtenida en las mujeres que cumplen criterios de caso 29,2 (DS±7,2) frente a las mujeres sin violencia que ascendió a 31,6 (DS±6,9). La diferencia de medias fue de 2,4 (IC95%: 1,6-3,2) hallando diferencia significativa entre ambos grupos ( $p < 0,00$ ).



**Apoyo social percibido:** se utilizó el cuestionario DUKE-UNC. Una puntuación  $\geq 32$  indica apoyo social normal, y  $< 32$  apoyo social bajo. La puntuación media fue de 47,3 (DS $\pm$ 7,6), y la alcanzada según presencia y ausencia de VPM, 40,1 (DS $\pm$ 10,0) y 48,1% (DS $\pm$ 6,9) respectivamente, la diferencia de medias fue 7,9 (IC95%: 7,1-8,8) ( $p < 0,00$ ) hallando diferencia significativa entre ambos grupos con menor apoyo social en mujeres caso de VP.

**Utilización de Servicios Sanitarios:** El 10,5% (IC95%: 6,8-15,7) del total estuvo hospitalizada al menos durante una noche y apenas se encuentran diferencias significativas según VPM, como tampoco se aprecien diferencias significativas para consultas de medicina general, especializada o enfermería. Sí se aprecia diferencia en la demanda de consulta de trabajo social con un 15,0% en las mujeres con VPM frente al 4,3% en las que no sufren VPM.

**Exploración de la violencia de las mujeres por los profesionales sanitarios o socio sanitarios:** un total de 7,5% de las mujeres (IC95%: 6,6-8,6) respondió afirmativamente y según VPM se encontró respuesta afirmativa en el 15,9% (IC95%: 12,1-20,6) de las mujeres frente al 6,6% (IC95%: 6,1% 7,2) de las mujeres que no cumplieron criterios de caso. Al especificar el lugar donde se habían realizado estas preguntas el 56,8% de las mujeres respondió en el centro de salud y el profesional sanitario que realizó la pregunta fue el/la médico/a (45,8%) y el/la psicólogo/a (21%).

**Consumo de medicamentos:** se observó que, un total de 73,8% (IC95%: 67-79,7) de las mujeres encuestadas consumió algún medicamento en los últimos dos meses, sin encontrar diferencias significativas según VPM. Por tipo de medicamento, las mujeres que cumplen criterios de caso de VPM consumen significativamente más tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir, antidepresivos y medicamentos para adelgazar y acudieron más a terapias de apoyo y/o psicológicas.

**Utilización de recursos específicos:** el 19,3% de las mujeres con VPM refiere haber consultado a algún servicio informativo, el más frecuente de los preguntados es el de asesoramiento jurídico (016). Un 11,3% de las mujeres caso de VPM refiere haber solicitado algún servicio social, el más demandado es el programe de inserción laboral y centros residenciales.

**Disfunción Familiar:** La valoración de la disfunción familiar mediante el test de APGAR al total de mujeres, con menor disfunción a mayor puntuación, arroja un valor de media de 8,6 (DE $\pm$ 1,8) y según VPM, se hallaron diferencias significativas: en mujeres con violencia fue de 6,9 (DS $\pm$ 2,5) mientras que en aquellas que no la sufrían fue de 8,7 (DS $\pm$ 1,6). Según los puntos de corte propuestos, el 11,8% (IC95%: 10,7-12,9) de las familias del total de mujeres encuestadas tenían algún grado de disfunción, y según VPM este porcentaje es del 37,2% (IC95%: 25,3-50,8) en mujeres con VPM y del 9,2% (IC95%: 8,1-10,5) entre las mujeres sin violencia.

**Salud mental de los/las hijos/as:** en la valoración de la salud mental de menores de mujeres caso de VPM frente a los de mujeres no caso, se aprecia un significativo mayor riesgo de sufrir trastorno en el primer grupo con un 40,3% (IC95%: 30,7-58,8) frente al 17,6% (IC95%: 15,0-20,5) que superan el punto de corte del cuestionario SDQ.

## Conclusiones

La vigilancia de la VPM continúa arrojando cifras que indican amplia extensión y presencia en la población general, con numerosas repercusiones en la salud de las mujeres y los menores expuestos tanto a corto como a largo plazo. Todo ello aconseja seguir con su vigilancia, fortaleciendo estrategias de sensibilización, educación y resiliencia e invirtiendo recursos en actividades de prevención que han demostrado su eficacia.

## 2.- INTRODUCCIÓN

La violencia de pareja a las mujeres es un fenómeno complejo que en las últimas décadas ha movilizó a los más altos organismos a nivel mundial a desarrollar estrategias, normativas y acciones



intersectoriales, para enfrentar el problema desde la sensibilización, prevención o intervención precoz, en el marco general de la violencia de género. Reconocida desde 1996 por la OMS como problema de salud pública, relevante no solo por su amplia extensión social sino por las graves consecuencias que tiene para la salud de las mujeres y la de los/las hijos/as, es de subrayar la necesidad de contar periódicamente con información que oriente y dé apoyo a las intervenciones en salud.

En relación a la legislación existente en España, la ley orgánica 1/2004, sobre medidas de protección integral contra la violencia de género, desarrolla medidas de prevención y sanción para erradicar la violencia, así como prestar asistencia a sus víctimas. A nivel regional, la ley 5/2005, Integral contra la violencia de género de la CM incluyó un conjunto de disposiciones destinadas a prevenir la violencia de género, lograr una protección integral a las mujeres maltratadas y combatir las causas y manifestaciones de este fenómeno y fue modificada en 2018, Ley 3/2018, con objeto de mejorar el acceso a los recursos de atención y protección.

La VPM se ha asociado a una mala salud física y psíquica de las mujeres que la sufren tanto actual como en el futuro, con mayor probabilidad de sufrir accidentes y/o lesiones, dolores crónicos y peor salud mental. Hay estudios que vinculan algunos trastornos, como el síndrome del colon irritable, la fibromialgia, los trastornos del aparato digestivo y diversos síndromes de dolor crónico con el antecedente de haber sufrido maltrato físico o sexual. Además, se ha observado que visitan más las consultas de medicina general y especialistas y consultas de salud mental, tienen estancias hospitalarias más prolongadas y consumen más fármacos que las mujeres que no presentan violencia. Numerosos estudios refieren la repercusión sobre la salud de sus hijos/as, de especial vulnerabilidad, no solo por la mera exposición a un ambiente tenso o por la posibilidad de sufrir maltrato sino porque pueden representar instrumentos de violencias contra la mujer y porque pueden repetir estas formas de violencia y perpetuar estos comportamientos violentos a lo largo de su vida. De ahí la necesidad de conocimiento de estos problemas para actuar desde la prevención y la intervención sanitaria.

Desde hace años en la Dirección General de Salud Pública, la vigilancia de la VPM se incorpora a la vigilancia en salud pública, de forma que disponemos de abundante información. En la CM contamos con 4 encuestas específicas periódicas sobre VPM y de encuestas generales que anualmente estiman comportamientos de riesgo para la salud en la población general, en las que se han incorporado preguntas dirigidas a monitorizar anualmente el problema: en población juvenil (SIVFRENT-J en población de 15 y 16 años) y adulta (SIVFRENT-A, en población de 18 a 64 años) Recientemente se han incluido también preguntas sobre VPM en población femenina adulta mayor, de 65 a 79 años, (SIVFRENT-M).

Las conclusiones, en paralelo a los resultados de otros estudios, dan cuenta de la permanencia del problema en cifras estabilizadas, identifican subpoblaciones especialmente afectadas: la más joven, en bajo estrato social, nacidas fuera de España, así como la asociación con numerosos problemas de salud físicos, psicológicos o mentales, en relación con bajo apoyo social. Nos han permitido explorar nuevas formas de violencia, por ejemplo, a través de medios electrónicos, validar cuestionarios de detección precoz en población general y explorar también las repercusiones de un entorno violento en la salud de menores: hijos/hijas de mujeres expuestas a VP.

Este es el segundo informe de la cuarta encuesta de violencia de pareja hacia las mujeres para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de Madrid, cuyo trabajo de campo se llevó a cabo entre noviembre de 2019 y enero de 2020 por lo que da cuenta de la situación inmediatamente anterior a llegada de la pandemia de COVID-19. Se presentan resultados de estado de salud, factores asociados a la violencia y utilización de recursos.

### 3.- OBJETIVOS

El objetivo general de la encuesta fue conocer la magnitud y evolución del fenómeno de VPM entre aquellas mujeres residentes en la CM con edades comprendidas entre 18 y 74 años.

Entre los objetivos específicos cuyos resultados se presentan en este segundo informe de la cuarta encuesta están: estimar el impacto de la VPM en la salud de las mujeres, limitación para realizar actividades cotidianas, seguimiento en programas preventivos, conductas de riesgo para la salud tales como alcohol y tabaco y consecuencias directas de la violencia físico-sexual; explorar la violencia sufrida por personas de su entorno, los antecedentes de violencia sufrida antes de los 15 años; resultados sobre la resiliencia y el apoyo social que tienen estas mujeres; demanda de asistencia sanitaria y utilización de recursos propios; exploración de la disfunción familiar y la posible repercusión en la salud mental de los/las hijos/as de mujeres expuestas a VP.

#### 4.- METODOLOGIA

Se trata de un estudio transversal de base poblacional, realizado a una muestra representativa de mujeres de 18 a 74 años residentes en la CM que tengan pareja o hayan tenido contacto con expareja en el último año. El marco muestral fue la base de datos de tarjeta sanitaria (TIS) y el tipo de muestreo, aleatorio estratificado. La recogida de información se realizó a través de encuesta telefónica mediante el sistema C.A.T.I. (Computer Assisted Telephone Interviewing), sistema que permite la supervisión del trabajo de entrevista. El trabajo de campo se llevó a cabo en los meses de noviembre de 2019 a enero de 2020, por lo que los resultados no se ven afectados por la posterior situación de pandemia de COVID-19.

Entre otras preguntas, se han aplicado cuestionarios validados para medir distintos aspectos: la capacidad de respuesta de las mujeres frente a eventos traumáticos o resiliencia (CD-RISC10) y el apoyo social percibido (DUKE-UNC11), o la escala de depresión Patient Health Questionnaire (PHQ-9) para valorar la presencia de trastorno depresivo, la disfunción familiar (escala APGAR) y la salud mental de los hijos/as de 4-16 años (cuestionario SDQ).

Se calculó la prevalencia de VPM y de Violencia Física y/o Sexual (VFS) con intervalos de confianza al 95%, con ponderación y corrección del efecto de diseño. Se presenta la distribución de frecuencias de variables y para las variables cuantitativas la media y su desviación estándar. La comparación de proporciones entre mujeres con y sin exposición a VPM, se realiza mediante la prueba de chi-cuadrado, considerándose significativo un p-valor menor a 0,05 y la comparación de medias con test de student en el caso de variables cuantitativas. Se han utilizado los programas STATA y SPSS.

Entre las fortalezas del estudio destacar un diseño que intenta garantizar la representatividad de la muestra, la calidad de las entrevistas con flexibilidad en los horarios de llamada a las mujeres para poder realizar la encuesta con mayor tranquilidad y con ello disminuir la tasa de no localizadas. Además, se contó con la posibilidad de realizar la entrevista en varios idiomas y a través de un cuestionario para VPM estandarizado y validado. Entre las principales limitaciones del estudio, la imposibilidad de establecer causalidad al tratarse de un estudio transversal, además, al tomar como marco de la muestra, la tarjeta sanitaria hay que tener en consideración aquellas mujeres que no se encontraban en este registro y no pudieron participar en la investigación. Finalmente mencionar el posible sesgo de no respuesta que se produce en este tipo de estudios.

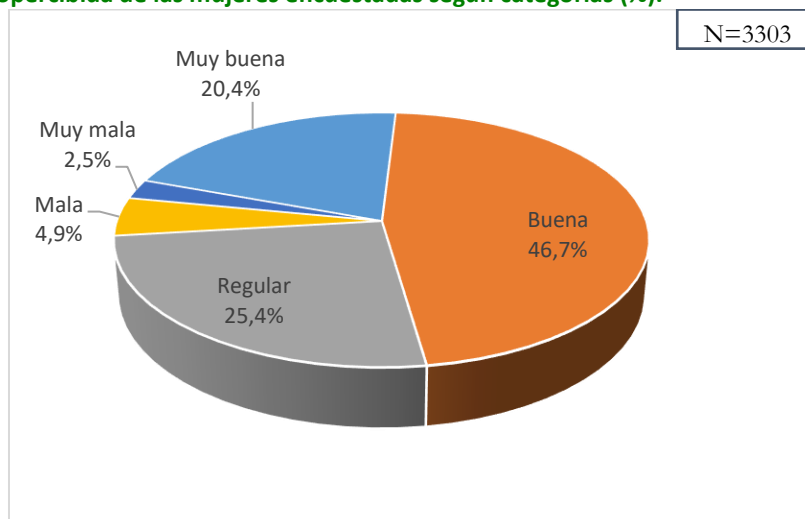
#### 5.- RESULTADOS

Participan en este estudio un total de 3305 mujeres con relación de pareja o contacto con expareja en el último año, con una tasa de respuesta del 54,1%. Un total de 329 mujeres cumplía con la definición de caso de VPM.

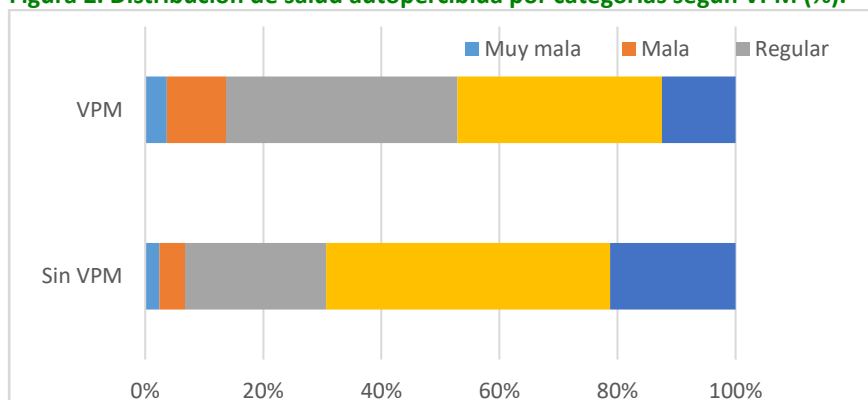
##### 5.1. Situación de salud y prácticas preventivas

###### Salud autopercibida

La percepción subjetiva que las mujeres tienen de su salud es un indicador básico del estado de salud relacionado con medidas objetivas del estado de salud y mortalidad. El 32,8% (IC95%: 30,8-34,1) de las mujeres encuestadas refirieron que en los últimos doce meses su salud fue regular, mala o muy mala (Figura 1).

**Figura 1. Salud autopercebida de las mujeres encuestadas según categorías (%).**

La distribución de salud autopercebida según la presencia o no de VPM se presenta en la figura 2 y tabla 1. Las mujeres con criterios de caso de VPM presentan una peor salud autopercebida, el 52,4% (IC95%: 42,0-62,7) de estas mujeres la perciben como “regular, mala o muy mala”, porcentaje que desciende a 30,2% (IC95%: 27,8-32,7) cuando la mujer no refiere sufrir violencia.

**Figura 2. Distribución de salud autopercebida por categorías según VPM (%).****Tabla 1. Salud autopercebida regular, mala o muy mala, en el total de mujeres y según VPM (%).**

	Total mujeres (%)	Sin VPM (%)	Con VPM (%)	p
Percepción de salud regular/mala/muy mala	32,8	30,2	52,4	0,000

### Problemas crónicos de salud

Se conoce por la bibliografía que las mujeres VPM sufren con mayor frecuencia problemas de salud crónicos. La tabla 2 recoge los porcentajes de problemas de salud crónicos referidos para el total de mujeres y en aquellas sin violencia y con violencia. El resultado informa de diferencias significativas en enfermedades tales como bronquitis crónica/asma, úlcera gástrica, alergias, depresión, infecciones urinarias y ansiedad, que predominan entre mujeres que cumplen criterio de caso respecto a las que no lo cumplen. Al analizar el número de enfermedades crónicas referidas en el total de mujeres encuestadas encontramos una media de 1,5 (DS±1,6) cifra que se eleva a 2 en las mujeres que sufrieron violencia (DS±1,8), frente a 1,4 (DS ±1,6) en mujeres sin violencia. La diferencia de medias fue de 0,55 (IC95%: 0,4-0,7) hallando significación estadística entre ambos grupos.

**Tabla 2. Problemas de salud crónicos referidos, en el total de mujeres y según VPM (%).**

	Total mujeres	Sin VPM	Con VPM	p
	(%)	(%)	(%)	
Hipertensión arterial	12,3	12,5	9,8	0,08
Colesterol elevado	16,9	16,9	17,1	0,73
Diabetes	3,8	3,7	5,2	0,2
Bronquitis crónica/Asma	9,2	8,9	12,0	0,04*
Fibromialgia	2,6	2,4	3,6	0,3
Enfermedad articular	22,5	22,4	23,3	0,7
VIH	0,1	0,1	0	0,6
Enfermedad cardíaca	2,7	2,7	2	0,39
Úlcera gástrica	3,4	3,2	5,7	0,007*
Alergia	25,1	24,3	32,5	0,001*
Depresión	9,9	8,2	25,2	0,000*
Infección urinaria	9,6	9,2	12,9	0,033*
Patología ginecológica	11,2	10,9	13,8	0,08
Ansiedad	15,7	14,1	30,4	0,000*

## Ansiedad y depresión

### Ansiedad

Se preguntó a todas las mujeres, si en los últimos 12 meses, algún/a médico/a u otro profesional de salud le diagnosticó un trastorno de ansiedad, y el 15,7% de las mujeres (IC95%:15,0-16,5) respondió afirmativamente. Al analizar la ansiedad según VPM, encontramos una mayor prevalencia en aquellas mujeres con VPM 30,4% (IC95%: 15,6-50,8), frente 14,1% (IC95%: 13,1-15,1) que no presentaron violencia (Tabla 3).

**Tabla 3. Ansiedad diagnosticada referida en el total de mujeres y según VPM (%).**

	Total mujeres	Sin VPM	Con VPM	p
	(%)	(%)	(%)	
Ansiedad diagnosticada	15,7	14,1	30,4	0,000

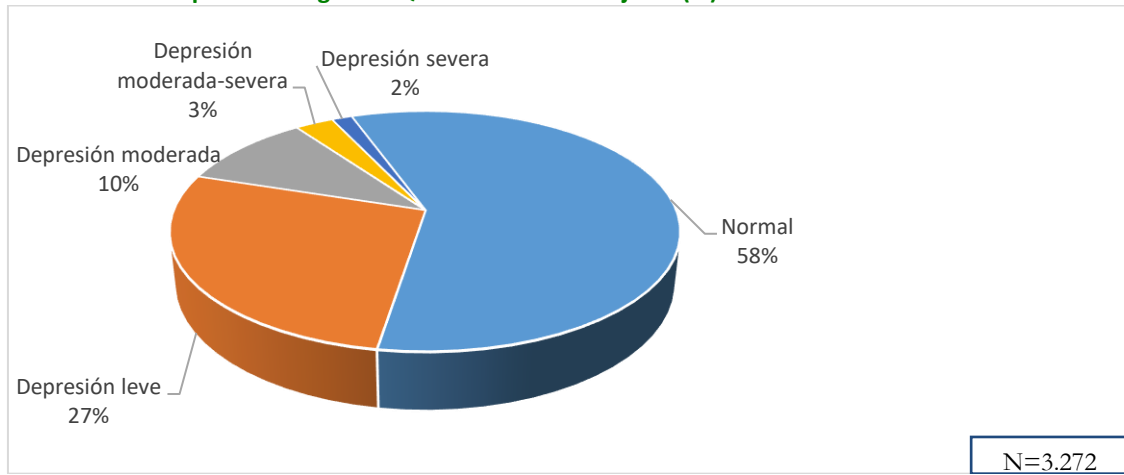
### Depresión

Asimismo, se les preguntó a las mujeres encuestadas si en los últimos 12 meses se le diagnosticó un trastorno depresivo, y un 9,9% (IC95%: 9,4-10,5) respondió afirmativamente. Al analizar depresión según VPM, encontramos una mayor prevalencia en aquellas mujeres con VPM 25,2% (IC95%:17,6-34,6) frente a 8,2% (IC95%: 6,9-9,8) entre mujeres que no sufrieron violencia (Tabla 4).

**Tabla 4. Depresión diagnosticada referida en el total de mujeres y según VPM (%).**

	Total mujeres	Sin VPM	Con VPM	p
	(%)	(%)	(%)	
Depresión diagnosticada	9,9	8,2	25,2	0,000

Con la finalidad de evaluar la depresión y su severidad, se utilizó el cuestionario PHQ-9. (Patient Health Questionnaire). Esta escala consta de 9 preguntas que recogen sintomatología basada en criterios diagnóstico de trastorno depresivo del DSM-IV. Según los puntos de corte propuestos para la escala de PHQ-9, el 42,0% (IC95%: 41,0-43,5) de las mujeres encuestadas tenía algún grado de depresión (puntuación > 4), tal como se aprecia figura 3.

**Figura 3. Grados de depresión\* según PHQ9 en el total de mujeres (%).**

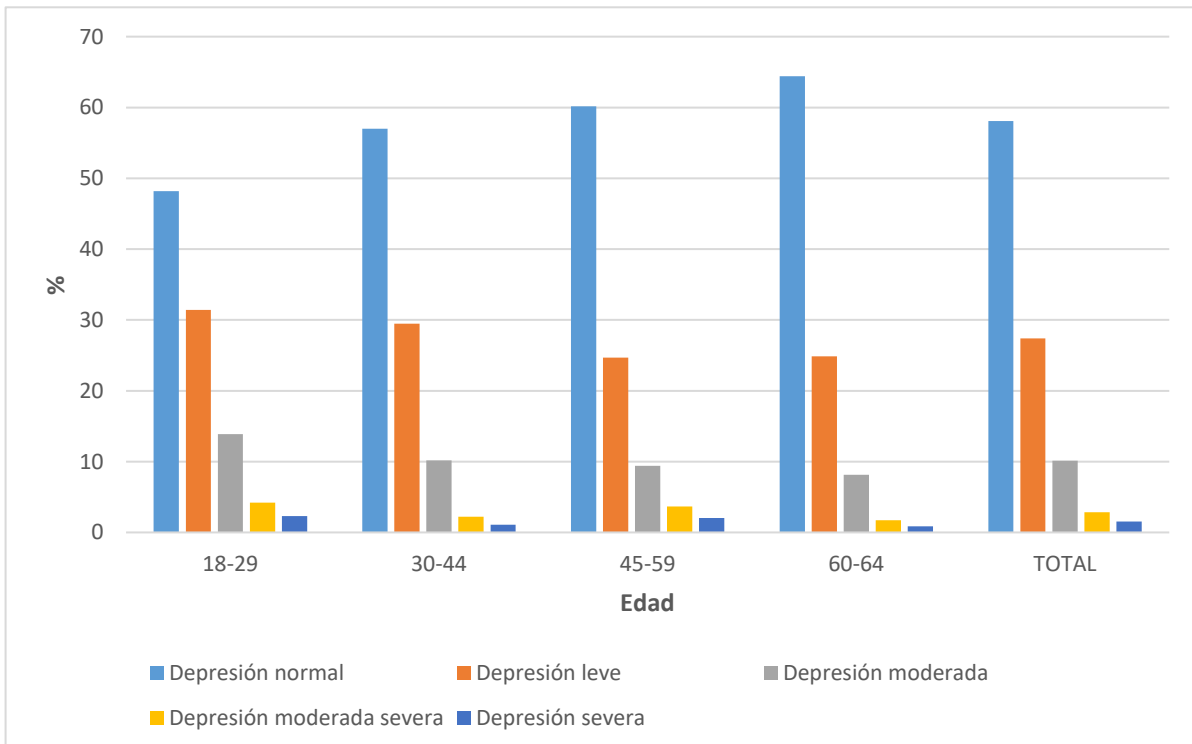
\*Puntos de corte de depresión por categorías del PHQ9: normal (0-4 puntos), depresión leve (5-9 puntos), depresión moderada (10-14 puntos), depresión moderadamente severa (15-19 puntos) y depresión severa (20-27 puntos)

La distribución de la sintomatología depresiva por edad muestra una mayor prevalencia en todas las categorías en las más jóvenes con descenso de sintomatología a medida que aumenta la edad (Tabla 5 y Figura 5).

**Tabla 5. Depresión según grados\* por grupos de edad 18-74 años en el total de mujeres.**

	18-29	30-44	45-59	60-74	Total
Estado normal	48,9%	57,0%	60,2%	64,4%	58,1%
Depresión leve	31,4%	29,5%	24,7%	24,8%	27,4%
Depresión moderada	13,9%	10,2%	9,4%	8,1%	10,2%
Depresión moderada severa	4,2%	2,2%	3,7%	1,7%	2,9%
Depresión severa	2,3%	1,1%	2,0%	0,9%	1,5%

\*Puntos de corte de depresión por categorías del PHQ9: normal (0-4 puntos), depresión leve (5-9 puntos), depresión moderada (10-14 puntos), depresión moderadamente severa (15-19 puntos) y depresión severa (20-27 puntos)

**Figura 4. Depresión según grados\* por grupos de edad en el total de mujeres (%).**

\*Puntos de corte de depresión por categorías del PHQ9: normal (0-4 puntos), depresión leve (5-9 puntos), depresión moderada (10-14 puntos), depresión moderadamente severa (15-19 puntos) y depresión severa (20-27 puntos)

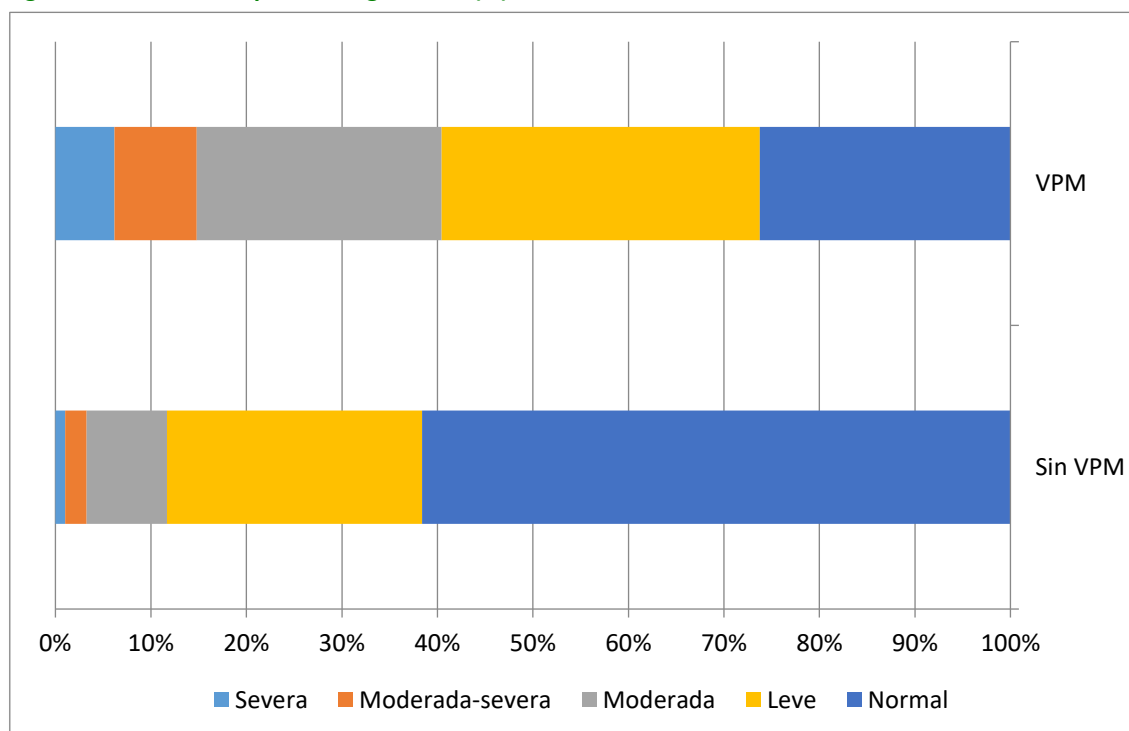
Según VPM encontramos que en las mujeres con VPM el 74,1% (IC95%: 58,9-85,1) refiere algún grado de depresión, este porcentaje fue del 38,7% (IC95%: 35,1-42,4) en las mujeres sin VPM. Para la categoría de riesgo de trastorno depresivo, la diferencia entre grupos según la presencia de VPM es mayor, con una prevalencia del 14,8% (IC95%: 13,6-16,1) en el total de mujeres, un 11,9% (IC95%: 10,8-13,1) en las que no sufren VPM y un 40,8% (IC95%: 35,5-46,8) en aquellas clasificadas como caso de VPM (Figura 3 y Tabla 6).

**Tabla 6. Depresión y riesgo de trastorno depresivo\* en el total de mujeres y según VPM (%).**

	Total mujeres	Sin VPM	Con VPM	
	(%)	(%)	(%)	p
Depresión de cualquier grado (>=5)	42,0	38,7	74,1	0,000
Riesgo de trastorno depresivo (>=10)	14,8	11,9	40,8	0,000

\*Puntos de corte de depresión por categorías según PHQ9: normal (0-4 puntos), depresión leve (5-9 puntos), depresión moderada (10-14 puntos), depresión moderadamente severa (15-19 puntos) y depresión severa (20-27 puntos)

**Figura 5. Grados de depresión según VPM (%).**



\*Puntos de corte de depresión por categorías según PHQ9: normal (0-4 puntos), depresión leve (5-9 puntos), depresión moderada (10-14 puntos), depresión moderadamente severa (15-19 puntos) y depresión severa (20-27 puntos)

En todas aquellas mujeres que respondieron positivamente a alguna de las 9 preguntas del cuestionario, se valoró hasta qué punto estos problemas le crearon dificultades para hacer su trabajo, ocuparse de la casa o relacionarse con los demás. El 22,6 % de las mujeres respondió que tuvieron alguna, muchas o muchísimas dificultades; en las mujeres con VPM este porcentaje fue de 41,7%, mientras que en las mujeres sin violencia fue de 20,2%.

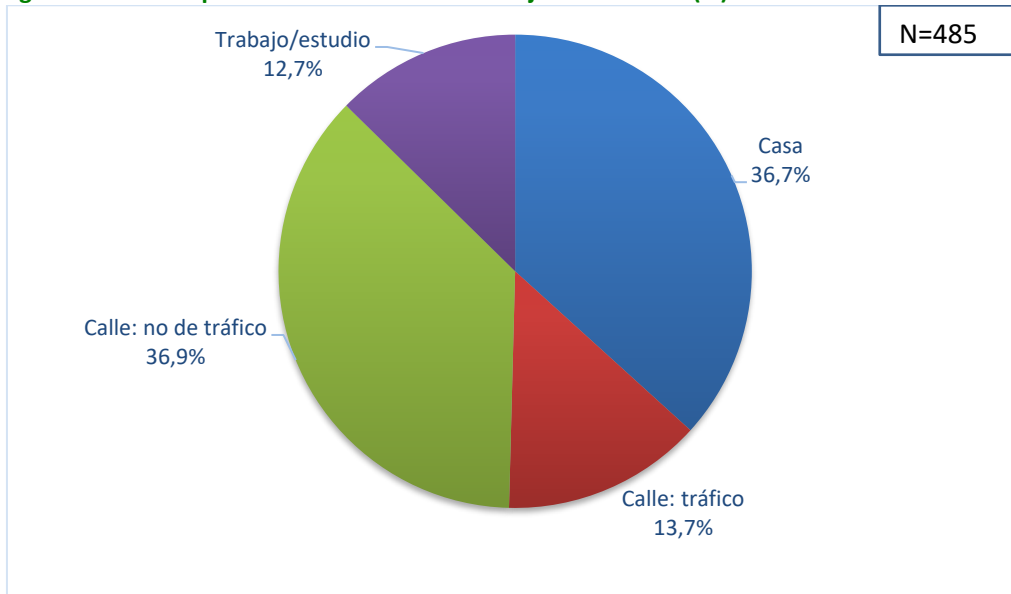
### Accidentabilidad

El 14,4% (IC95%: 12,6-16,4) de todas las mujeres refirió haber sufrido algún accidente en el último año. Al analizar los accidentes según criterio o no de caso, se halló diferencia significativa, con un porcentaje que alcanza el 22,7% (IC95%: 15,8-31,5) en las mujeres con VPM y 13,5% (IC95%: 12,0-15,1) (Tabla 7).

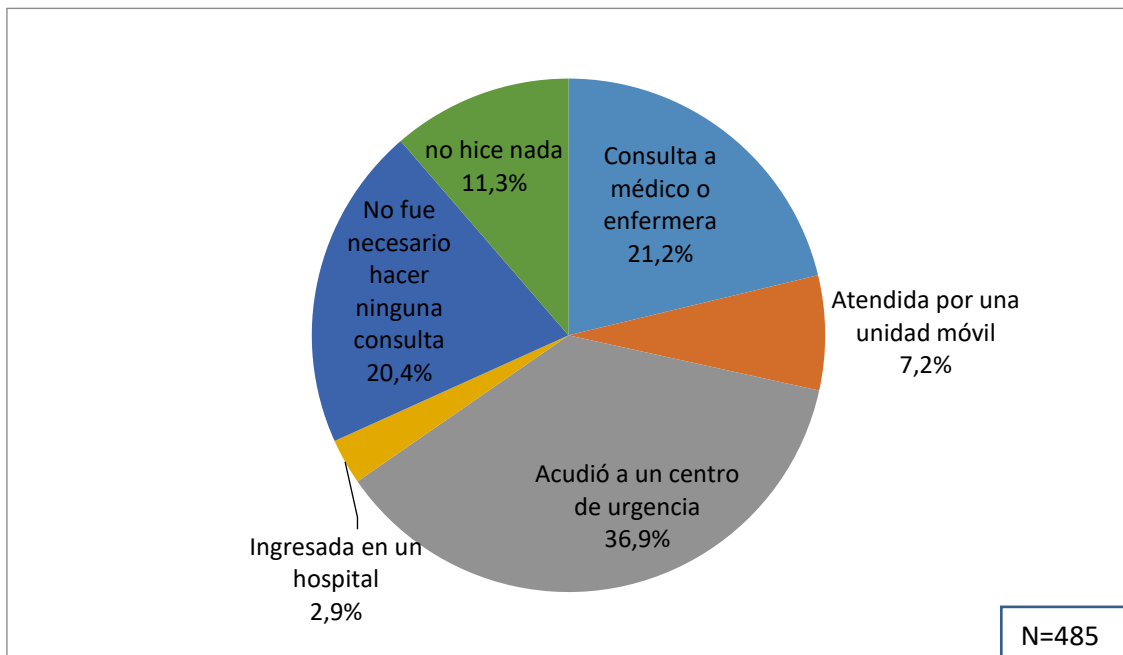
**Tabla 7. Accidentes en el último año en mujeres de la CM según VPM.**

	Total mujeres	Sin VPM	Con VPM	p
	(%)	(%)	(%)	
Accidentes	14,4	13,5	22,7	0,02

De las 485 mujeres que tuvieron accidentes en el último año, 70,4% refirieron uno solo, el resto tuvo más de uno. El lugar más frecuente donde se produjo el último accidente fue en la calle seguido del hogar (Figura 6).

**Figura 6. Lugar donde se ha producido el accidente en mujeres de la CM (%).**

En cuanto a la gravedad, el 68,2% tuvo que acudir a algún centro sanitario, ya sea por urgencias, atención primaria u hospitalización (Figura 7).

**Figura 7. Atención recibida por accidente (%).**

### Limitación para realizar actividades cotidianas

El resultado a la pregunta que se les realiza a todas las mujeres encuestadas sobre si “en los últimos 12 meses ha tenido alguna dolencia o enfermedad que le limitó sus actividades cotidianas” obtuvo una respuesta afirmativa en un total de 36,1% mujeres (IC95%: 31,6-41,0). El porcentaje se eleva al 46,4% en las mujeres con VPM (IC95%: 45,1-47,6) (Tabla 8).

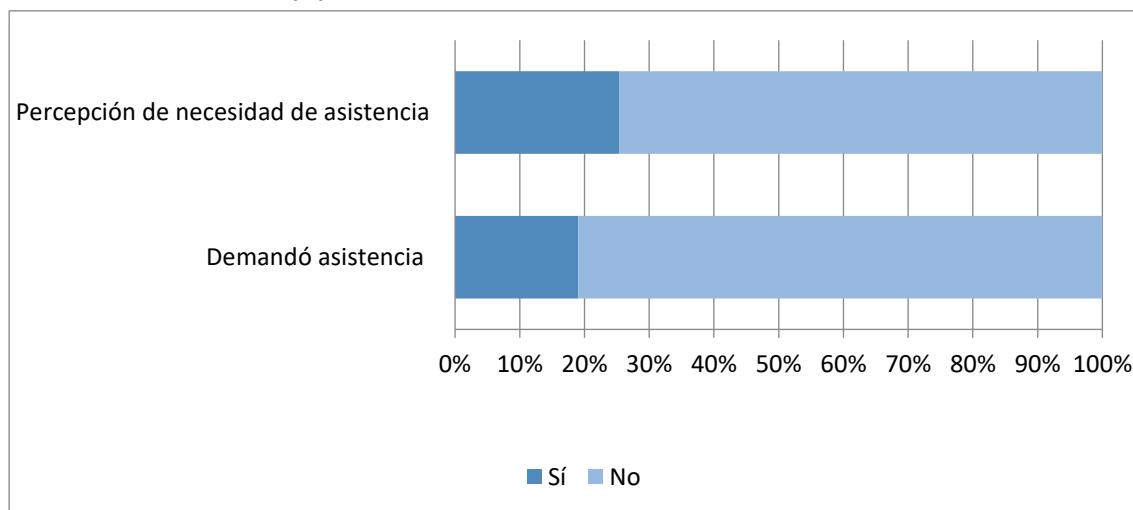
**Tabla 8. Limitación para realizar actividades cotidianas por dolencia o enfermedad.**

	Total mujeres	Sin VPM	Con VPM	p
	(%)	(%)	(%)	
Limitación en actividades habituales	36,1	35,0	46,3	0,01

### Consecuencias directas de la violencia física y/o sexual

A las 129 mujeres que cumplieron con los criterios de caso de VFS se les preguntó si sufrieron alguna lesión o consecuencia en salud a causa de la última agresión física y/o sexual, y un total de 69 (53,5%) contestaron que sí. De ellas 37 (53,6%) refirieron una sola consecuencia de salud y 32 (46,4%) dos o más. La principal consecuencia que refirieron estas 69 mujeres fue depresión y ansiedad (46,0%), seguida de rasguños, pinchazos y mordeduras (28,3%). De las 129 mujeres con VFS el 24,8% (32 mujeres) consideró que hubiera necesitado asistencia sanitaria y el 19,5% demandó asistencia sanitaria (Figura 8).

**Figura 8. Percepción de necesidad y demanda de asistencia sanitaria en mujeres con VFS que refirieron consecuencias en la salud (%).**



### Actividades preventivas

#### Cribado de cáncer de cérvix

De las 2619 mujeres con edades comprendidas entre 25 y 65 años que respondieron a las preguntas de cribado de cáncer de cérvix, el 7,9% (IC95%: 6,3-10,0) no cumplían con la recomendación de al menos una citología cervicovaginal en los últimos 4 años (la recomendación actual (decreto 2014) establece una citología cervicovaginal en los últimos 3 a 5 años, pero la pregunta no permite separar 5 años de 5 años o más, que van en la misma categoría).

Al analizar el cumplimiento de estas recomendaciones según VPM, encontramos que entre las mujeres con VPM el 7,4% (IC95%: 5,0-10,8) no cumple las recomendaciones, mientras que este porcentaje fue de 8,0% (IC95%: 6,4-10,1) entre las que no sufren VPM, no habiendo diferencias estadísticamente significativas.



**Tabla 9. Cribado de cáncer de cérvix en mujeres entre 25 y 65 años, según VPM.**

	Total mujeres	Sin VPM	Con VPM	p
	(%)	(%)	(%)	
No cumplen recomendación de cribado	7,9	8,0	7,4	0,33

\*Recomendación de cribado de cáncer de cérvix: en mujeres entre 25 y 65 años, al menos 1 citología cervical en los últimos 4 años.

### Cribado de cáncer de mama

De un total de 1.119 mujeres de edad entre 50 y 69 años que respondieron a las preguntas de cribado de cáncer de mama, no alcanzan el cumplimiento el 16,9% (IC95%: 4,6-46,1). Según VPM; se observa predominio del no cumplimiento en las que sufren VPM, un 23,2% (IC95%: 4,9-64,0) frente al 16,4% (IC95%: 4,7-44,1) en las que no presentan VPM, con diferencia estadísticamente significativa (Tabla 10).

**Tabla 10. Cribado de cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años, según VPM.**

	Total mujeres	Sin VPM	Con VPM	p
	(%)	(%)	(%)	
>=50-<=69 años no cumplen recomendación	16,9	16,4	23,2	0,04

\*Recomendación de cribado de cáncer de mama: en mujeres >=50-<=69 años, al menos 1 mamografía en los últimos 2 años.

## 5.2 Conductas de riesgo para la salud

### Consumo de tabaco

El 22,4% (IC95%: 19,7-25,4) de las mujeres encuestadas eran fumadoras (consumo de más de 100 cigarrillos en la vida y que en la actualidad fuman), al realizar el análisis según VPM no se encontraron diferencias significativas. Entre las mujeres con VPM hubo un 28,2% (IC95%: 18,6-41,5) de fumadoras frente a las mujeres sin violencia que fue de 21,6% (IC95%: 19,4-24,1).

Entre las fumadoras, la media de cigarrillos consumidos fue de 10,6 (IC95%: 9,8-11,4). Al analizar este indicador según VPM, no se encontraron diferencias significativas, la media de cigarrillos consumidos entre las mujeres con VPM fue de 11,3 (IC95%: 9,0-13,7), frente a la media en las mujeres sin violencia, que fue de 10,5 (IC95%: 9,6-11,4).

**Tabla 11. Consumo de tabaco en mujeres de la CM según VPM.**

	Total mujeres	Sin VPM	Con VPM	p
	(%)	(%)	(%)	
Fumadoras*	22,4	21,6	28,2	0,65

\*Mujeres que consumieron más de 100 cigarrillos en toda su vida y que actualmente fuman.

### Consumo de alcohol

Entre las mujeres encuestadas un total de 4,6% (IC95%: 2,1-9,8) presentaron una puntuación positiva (>=2) al cuestionario CAGE de riesgo de alcoholismo. Al analizar esta variable según VPM, encontramos diferencias significativas: en las mujeres con VPM el 10,5% (IC95%: 5,1-20,4) se encontraban en riesgo de alcoholismo, frente a las mujeres sin VPM que este porcentaje bajó a 3,9% (IC95%: 1,7-8,7).

**Tabla 12. Riesgo de alcoholismo en el total de mujeres y según VPM (%)**

	Total mujeres	Sin VPM	Con VPM	p
	(%)	(%)	(%)	
Puntuación positiva al cuestionario CAGE**	4,6	3,9	10,5	0,01

\*\*Se considera positiva una puntuación  $\geq 2$  a las cuatro preguntas de cuestionario CAGE.

## Consumo de alcohol en la pareja

El 22,0% (IC95%: 15,0-31,0) de las mujeres encuestadas vio borracho a su pareja alguna vez en los últimos 12 meses. Al analizar esta variable según VPM, encontramos diferencias significativas. En las mujeres con VPM el 41,8% (IC95%: 40,8-42,8) refirieron que vieron al menos una vez borracho a su pareja en el último año, mientras que entre las mujeres sin VPM este porcentaje fue del 19,8% (IC95%: 12,5-30,0) (Tabla 13).

**Tabla 13. Borracheras de la pareja en los últimos 12 meses según VPM.**

	Total mujeres	Sin VPM	Con VPM	p
	(%)	(%)	(%)	
Alguna vez en los últimos 12 meses	22,0	19,8	41,8	0,01

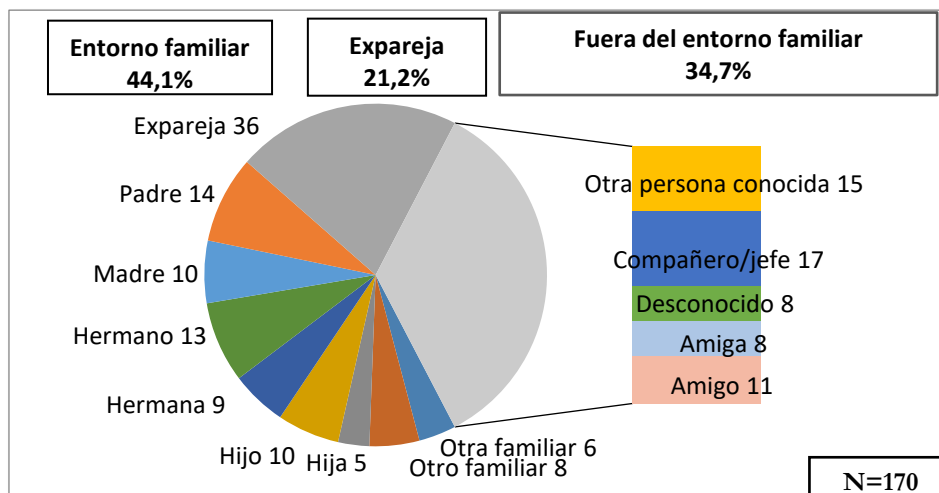
## 5.3. Entorno violento y antecedentes en la infancia

### Violencia por otra persona del entorno

Después de hacer referencia a las mujeres sobre los ítems de violencia de pareja, se les preguntó si en los últimos 12 meses, excluyendo a la pareja/expareja de la que se hacía referencia, alguien de su entorno tuvo algún comportamiento violento hacia ella. En esta pregunta respondieron afirmativamente el 5,1% (IC95%: 2,7-9,4) de las mujeres encuestadas.

De las 163 mujeres que refirieron algún comportamiento violento, 21,2% refirió este comportamiento por parte de otra expareja. En el 44,1% de los casos, el agresor identificado formaba parte del entorno familiar y en un 34,7% era de fuera del entorno familiar. Dentro del entorno familiar, los comportamientos violentos por parte de un familiar varón representaron el 60%. En la figura 9 se muestra la distribución del tipo de agresor/a.

**Figura 9. Distribución de agresores/as del entorno diferentes de la pareja (%).**



Al analizar la violencia del entorno en los últimos 12 meses y su asociación con VPM, encontramos que, entre las mujeres que cumplen criterios de caso de VPM el porcentaje se incrementa de forma importante, sin llegar a significación estadística (Tabla 14).

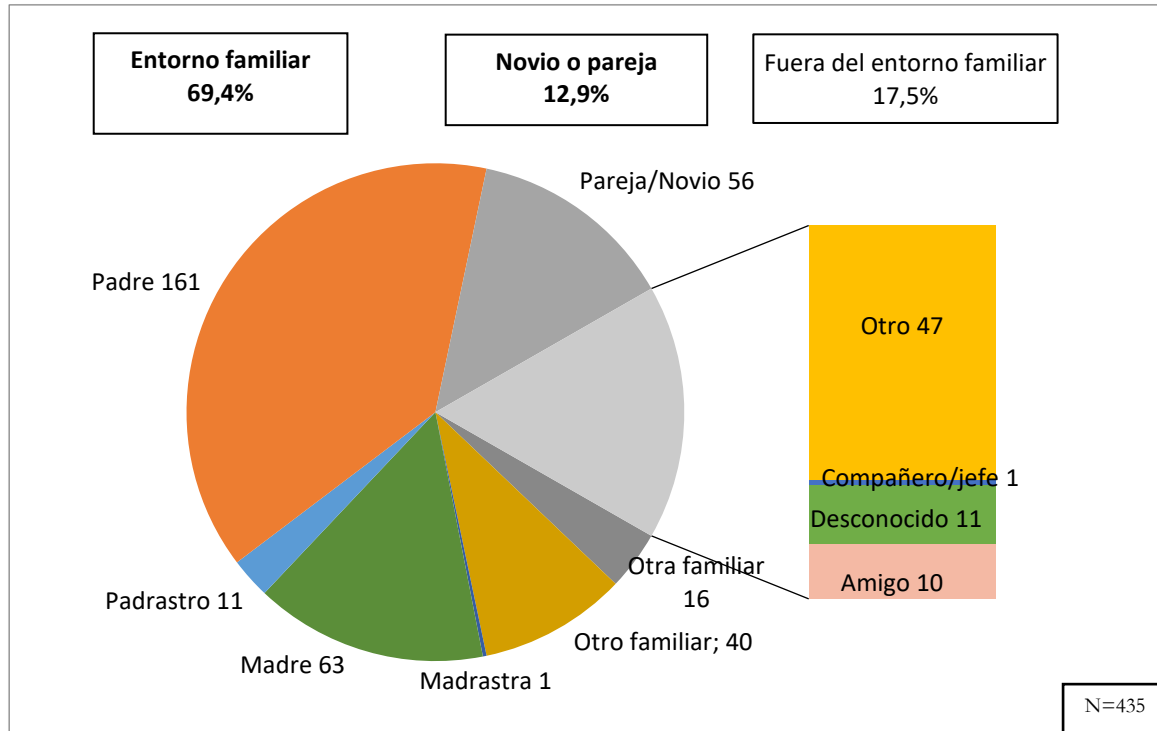
**Tabla 14. Violencia por otra persona del entorno a mujeres de la CM según VPM.**

	Total mujeres	Sin VPM	Con VPM	p
	(%)	(%)	(%)	
Violencia por otra persona del entorno	5,1	4,5	10,3	0,14

## Violencia sufrida antes de los 15 años

A todas las mujeres encuestadas se les preguntó si antes de cumplir los 15 años, alguien de su entorno le golpeó o maltrató físicamente de alguna forma, a lo que el 12,3% (IC95%: 10,6-14,3) respondió afirmativamente (N=395 mujeres) (Tabla 16). Las personas agresoras identificadas fueron 435, siendo en el 12,9% de los casos un novio o pareja; en el 69,4% alguien del entorno familiar y en el 17,5% alguien de fuera del entorno familiar (Figura 10). Dentro del entorno familiar, las agresiones físicas por parte de un familiar varón representaron el 70,2% de los casos.

**Figura 10. Distribución del tipo de agresor de violencia física en la infancia.**



Se preguntó a todas las mujeres si antes de los 15 años alguien de su entorno le impuso conductas de tipo sexual a lo que el 5,9% (IC95%: 4,7-7,4) respondió afirmativamente.

Analizando de manera conjunta el antecedente de estas dos formas de violencia, el 15,2% (IC95%: 14,0-16,8) de las mujeres encuestadas refirieron haber sido víctimas de violencia física y/o sexual antes de los 15 años, en caso de VPM el porcentaje asciende al 27,9% (IC95%: 20,7-36,4), frente al 13,8% (IC95%: 11,7-16,3) cuando no cumplía criterios, con diferencias estadísticamente significativas.

También se les preguntó si antes de los 15 años vio o escuchó en su entorno familiar a alguien golpear o maltratar físicamente a su madre, a lo que el 11,5% (IC95%: 9,8-13,5) de las mujeres encuestadas respondió afirmativamente, con predominio significativo en aquellas con o sin criterios de VPM, 21,2% (IC95%: 11,5-35,6) y 10,4% (IC95%: 9,4-11,6) respectivamente (Tabla 15). Las mujeres que fueron testigo de estos actos refirieron en un 82,2% que los presenciaron en más de 2 ocasiones.

Si analizamos los resultados según país de nacimiento, se observa predominio significativo en las nacidas fuera de España en el porcentaje de antecedentes de violencia sexual, 8,2% (IC95%: 7,1-9,5) frente a 5,1% (IC95%: 7,1-9,5) en las nacidas en España y así también en las mujeres que refieren haber sido testigo de violencia física en la madre (Tabla 15).

Finalmente, el 27,9% (IC95%: 24,8-31,2) de todas las encuestadas conocen en su entorno a alguna mujer víctima de malos tratos.

**Tabla 15. Prevalencia de antecedentes de violencia antes de los 15 años y testigo de violencia en la madre, según VPM y país de nacimiento, en mujeres de la CM.**

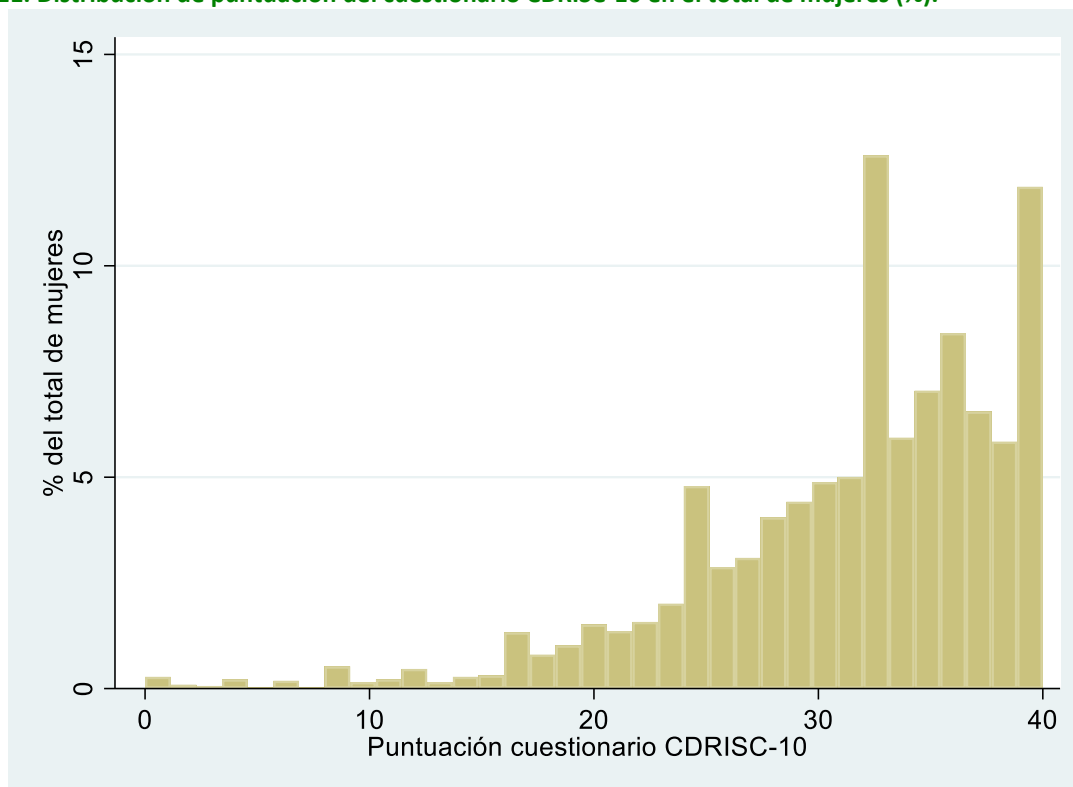
	Total mujeres	Sin VPM	Con VPM		Nacidas en España	Nacidas otro país	
	(N=3305)	(N=2976)	(N=329)		(N=2554)	(N=751)	
	%	%	%	p	%	%	p
Víctima de violencia física antes de los 15 años	12,3 (10,6-14,3)	11,1 (9,7-12,6)	23,4 (11,1-42,9)	0,048	11,0 (10,9-11,1)	16,2 (8,7-28,3)	0,107
Víctima de violencia sexual antes de los 15 años	5,9 (4,7-7,4)	5,1 (3,7-6,9)	13,1 (11,3- 15,1)	0,01	5,1 (4,0-6,6)	8,2 (7,1-9,5)	0,022
Víctima de violencia física y/o sexual antes de los 15 años	15,2 (14,0-16,8)	13,8 (11,7-16,3)	27,9 (20,7-36,4)	0,02	13,8 (11,9-15,8)	19,6 (16,4-23,3)	0,039
Testigo de violencia física en la madre	11,5 (9,8-13,5)	10,4 (9,4-11,6)	21,2 (11,5-35,6)	0,03	8,0 (4,1-14,9)	22,1 (21,0-23,1)	0,017

#### 5.4.-Resiliencia

La resiliencia se define como la capacidad de las personas para hacer frente a eventos traumáticos, así como, generar experiencias y emociones positivas. Se puede cuantificar utilizando diversas escalas. Dentro de los instrumentos que realizan una autoevaluación subjetiva de las experiencias previas y del éxito para superar eventos estresantes y cambios positivos se encuentra la escala de resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC10). Este cuestionario tiene buenas propiedades psicométricas y ha sido validado en español en población de personas mayores no institucionalizadas. El CD-RISC10 está formado por 10 preguntas, que se puntúan mediante una escala Likert de 5 categorías. Siguiendo las recomendaciones de los autores del cuestionario, la puntuación más alta indica una mayor resiliencia, y puntuación inferior al percentil 15 se considera baja resiliencia.

La figura 11 nos muestra la distribución de puntuación en el total de mujeres encuestadas.

La puntuación media del cuestionario CD-RISC10 para las mujeres que respondieron a todas las preguntas del cuestionario fue de 31,4 (DS±6,9) y la puntuación de 25 corresponde al percentil 15. Al analizar la puntuación alcanzada según presencia de VPM, se encontraron diferencias significativas: la puntuación media en las mujeres que cumplen criterios de caso fue de 29,2 (DS±7,2) mientras que en las mujeres sin violencia fue de 31,6 (DS±6,9). La diferencia de medias fue de 2,4 (IC95%: 1,6-3,2) hallando diferencia significativa entre ambos grupos ( $p < 0,000$ ).

**Figura 11. Distribución de puntuación del cuestionario CDRISC-10 en el total de mujeres (%).****Tabla 16. Resiliencia en el total de mujeres y según VPM (%).**

	Total mujeres	Sin VPM	Con VPM	
	N=3.235*	N=2.909	N=326	
	(%)	(%)	(%)	p
Baja Resiliencia (Puntuación <25)*	15,3%	14,6%	20,9%	0,09

\*Cuestionario CDRISC-10 incompleto en 70 mujeres

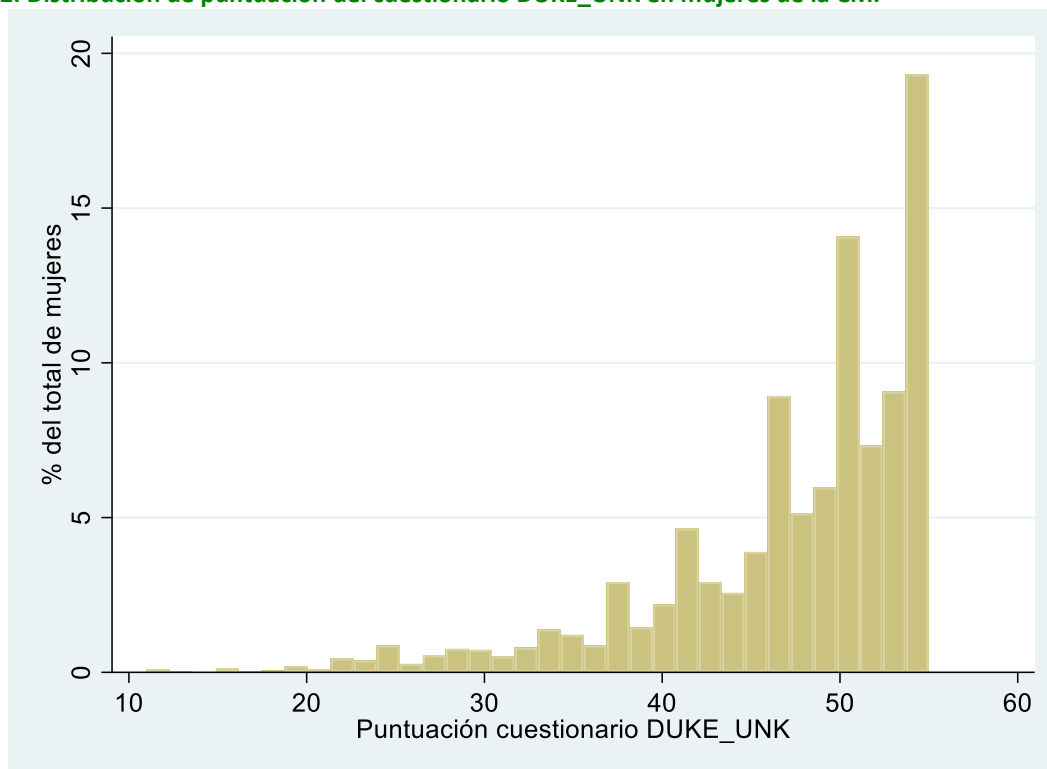
\*Baja Resiliencia (Puntuación menor al percentil 15)

El porcentaje de mujeres con baja resiliencia (menor de puntuación 25) es también mayor en las mujeres que sufren VPM, 20,9% (IC95%: 13,2-31,6) frente a un 14,6% (IC95%: 13,1-16,3), sin alcanzar diferencia significativa (Tabla 16).

### 5.5.- Apoyo social percibido

Para valorar el apoyo social percibido se utilizó el cuestionario DUKE-UNC que consta de 11 ítems y tiene una escala de respuesta tipo Likert (1-5) y rango de puntuación de 11 a 55. Una puntuación  $\geq 32$  indica apoyo normal, mientras que  $< 32$  indica apoyo social percibido bajo. Asimismo, se realizó el análisis considerando bajo apoyo social a aquellas mujeres con una puntuación inferior al percentil 15.

En la figura 12 se presenta la distribución de la puntuación del cuestionario DUKE\_UNK.

**Figura 12. Distribución de puntuación del cuestionario DUKE\_UNK en mujeres de la CM.**

Entre las 2.877 mujeres que respondieron a todas las preguntas de apoyo social percibido, la puntuación media fue de 47,3 (DS±7,6), en ellas la puntuación de 40 corresponde al percentil 15.

Al analizar la puntuación alcanzada según presencia de VPM, se encontraron diferencias significativas, la puntuación media en las mujeres que cumplen criterios de caso fue de 40,1 (DS±10,0) mientras que en las mujeres sin violencia fue de 48,1 (DS±6,9), la diferencia de medias entre ambas fue de 7,9 (IC95%: 7,1-8,8) ( $p<0,00$ ). La asociación entre violencia y apoyo social se presenta en la tabla 17, hay menor apoyo social entre las mujeres que cumplen criterios de caso de VPM.

**Tabla 17. Porcentaje de Bajo apoyo social en el total de mujeres y según VPM (%).**

	Total mujeres	Sin VPM	Con VPM	
	N=2877	N=2.591	N=286	
	(%)	(%)	(%)	p
<b>Bajo apoyo social (Puntuación &lt;32)*</b>	5,4 (3,5-8,4)	3,7 (2,6-5,2)	21,3 (11,0-37,2)	0,003
<b>Bajo apoyo social (Puntuación &lt;p15)^</b>	14,2 (10,4-18,0)	11,6 (8,1-15,0)	42,1 (32,5-52,2)	0,000

\*Bajo apoyo social <32 (punto de corte propuesto por Bellón JA)

^Bajo apoyo social (puntuación menor al percentil 15 en nuestros sujetos encuestados)

## 5.6. Demanda de servicios sanitarios y otros

### Utilización

Servicio de Hospitalización: el 10,5% (IC95%: 6,8-15,74) de las mujeres encuestadas estuvo hospitalizada al menos durante una noche. Se encontraron diferencias significativas al analizar la utilización del servicio de hospitalización según VPM (Tabla 18).

Consultas Externas: en el último año el 84,6% (IC95%: 81,2-87,5) de las mujeres encuestadas acudieron a alguna consulta de Medicina General, 72,4% (IC95%: 65,49-78,36) a alguna consulta de Medicina Especializada, el 33,1% (IC95%: 29,2-37,3) a alguna consulta de enfermería, incluida la matrona y 5,4% (IC95%: 2,9-10,0) a alguna consulta de Trabajo Social. Al analizar las consultas según VPM, solo se encontraron diferencias significativas al analizar las consultas de Trabajo Social, en los casos de VPM, el

15,5% (IC95%: 5,0-3,9) acudió a alguna consulta de Trabajo Social, mientras que en las mujeres sin violencia este porcentaje fue de 4,31% (IC95%: 2,9-6,4) (Tabla 20).

**Tabla 18. Utilización de servicios sanitarios en el último año en el total de mujeres y según VPM (%).**

	Total mujeres	Sin VPM	Con VPM	
	(%)	(%)	(%)	p
Hospitalización	10,5	10,1	13,9	0,08
Medicina General	84,6	84,2	88,6	0,22
Medicina Especializada	72,4	72,5	71,3	0,72
Enfermería	33,1	33,1	33,2	0,53
Trabajo Social	5,4	4,3	15,5	0,009

**Tabla 19. Consultas a medicina especializada en el último año en el total de mujeres y según VPM (%).**

	Total mujeres	Sin VPM	Con VPM	
	(%)	(%)	(%)	p
Alergología	1,6	1,5	2,3	0,7
Medicina interna	6,4	6,4	6,4	0,9
Aparato Digestivo	5,5	5,7	3,8	0,9
Cardiología	1,8	2,0	0,3	0,09
Cirugía General y del Aparato Digestivo	1,2	1,2	1,5	0,3
Traumatología	13,8	13,4	17,7	0,8
Dermatología Médico Quirúrgica	5,7	5,7	5,9	0,7
Endocrinología y Nutrición	2,5	2,5	1,9	0,4
Estomatología y/o Dentista	1,7	1,66	1,7	0,8
Neumología	1,8	1,8	1,3	0,5
Neurología y neurocirugía	2,5	2,8	0,5	0,4
Obstetricia	1,8	0,9	2	0,5
Ginecología	35,2	35,7	30,4	0,12
Oftalmología	5,2	5,5	25,6	0,4
Oncología Médica y/o Radioterápica	1,3	1,5	-	0,3
Otorrinolaringología	3,1	2,9	5,1	0,2
Psiquiatría	2,2	1,7	6,6	0,2
Reumatología	1,8	1,6	2,6	0,2
Rehabilitación	0,7	0,7	1,0	0,2
Análisis clínicos	0,1	0	0,1	0,7
Urología	1,7	1,6	2,6	0,6
Hematología	0,3	0,3	0,4	0,7
Otros	1,7	1,6	3,1	0,03

## Frecuentación

Respecto al número de veces que las mujeres acuden a los servicios de distintos tipos de consultas según VPM, apenas se observa diferencias significativas en consultas de medicina general, atención especializada y en trabajo social, predominando solo la asistencia a enfermería por las mujeres con VPM (Tabla 20).

Por otro lado, los resultados de solicitud de los servicios de urgencias no se han podido conocer porque la pregunta no se realizó a la totalidad de la población muestral.

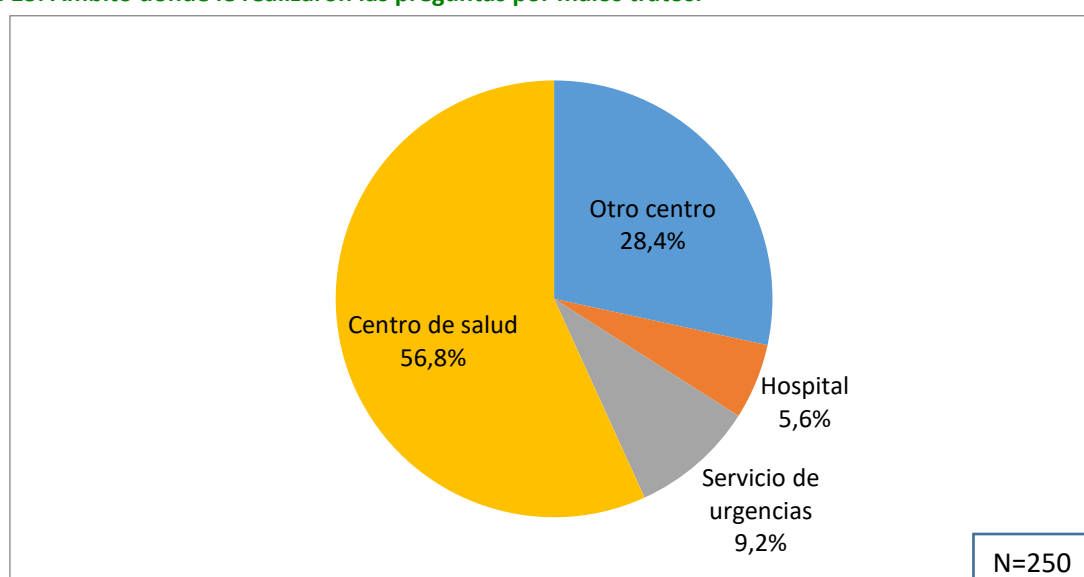
**Tabla 20. Frecuentación de servicios sanitarios según especialidad en el total de mujeres y según VPM (%).**

	Total de mujeres		Sin VPM		Con VPM		p
	Media	(IC95%)	Media	IC95%	Media	IC95%	
M. General	5,1	(4,8-5,3)	5,0	(4,7-5,3)	5,8	(5,2-6,5)	0,03
M. Especializada	4,0	(3,8-4,3)	4,0	(3,7-4,3)	4,1	(3,5-4,6)	0,45
Enfermería	3,3	(3,1-3,6)	3,1	(2,9-3,4)	5,0	(3,2-6,8)	0,000
Trabajo Social	3,3	(2,6-4,1)	3,2	(2,2-4,2)	3,7	(2,6-4,8)	0,26

### Exploración de violencia hacia las mujeres por los profesionales

Un total de 7,5% de las mujeres (IC95%: 6,6-8,6) afirman que algún profesional sanitario o socio-sanitario le preguntó acerca de si sufría malos tratos en su entorno familiar. Al analizar este porcentaje según violencia se encontró respuesta afirmativa en el 15,9% (IC95%: 12,1-20,6) de las mujeres frente al 6,6% (IC95: 6,1-7,2) de las mujeres que no cumplieron criterios de caso.

A estas 250 mujeres que respondieron de forma afirmativa se les pidió que especificaran el lugar donde se habían realizado estas preguntas y 56,8% respondió en el centro de salud (Figura 13).

**Figura 13. Ámbito donde le realizaron las preguntas por malos tratos.**

También se les pidió que identificaran el profesional sanitario que realizó la pregunta de malos tratos, y la mayor frecuencia se obtuvo entre el médico/a (45,8%) y el psicólogo/a (21%). Al realizar el análisis de los profesionales según centro sanitario se encontró que el profesional médico/a fue el que realizó las preguntas, la mayoría de las veces (Figura 14).

### Consumo de medicamentos

En relación con el consumo de medicamentos, un total de 73,8% (IC95%: 67,0-79,7) de las mujeres encuestadas consumió algún medicamento en los últimos dos meses. Al analizar el consumo de medicamentos según VPM no se encontraron diferencias significativas: el 76,6% (IC95%: 69,6-82,9) de las mujeres con criterio de caso de violencia consumió algún medicamento frente al 73,5% (IC95% 65,1-80,3) de las mujeres sin violencia. Al comparar el tipo de medicamento consumido según VPM, se encontraron que las mujeres que cumplen criterios de caso de VPM consumen significativamente más tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir, antidepresivos y medicamentos para adelgazar. También se observó, que estas últimas acudieron más a terapias de apoyo y/o psicológicas.



Figura 14. Profesionales sanitarios que preguntaron por malos tratos según centro.

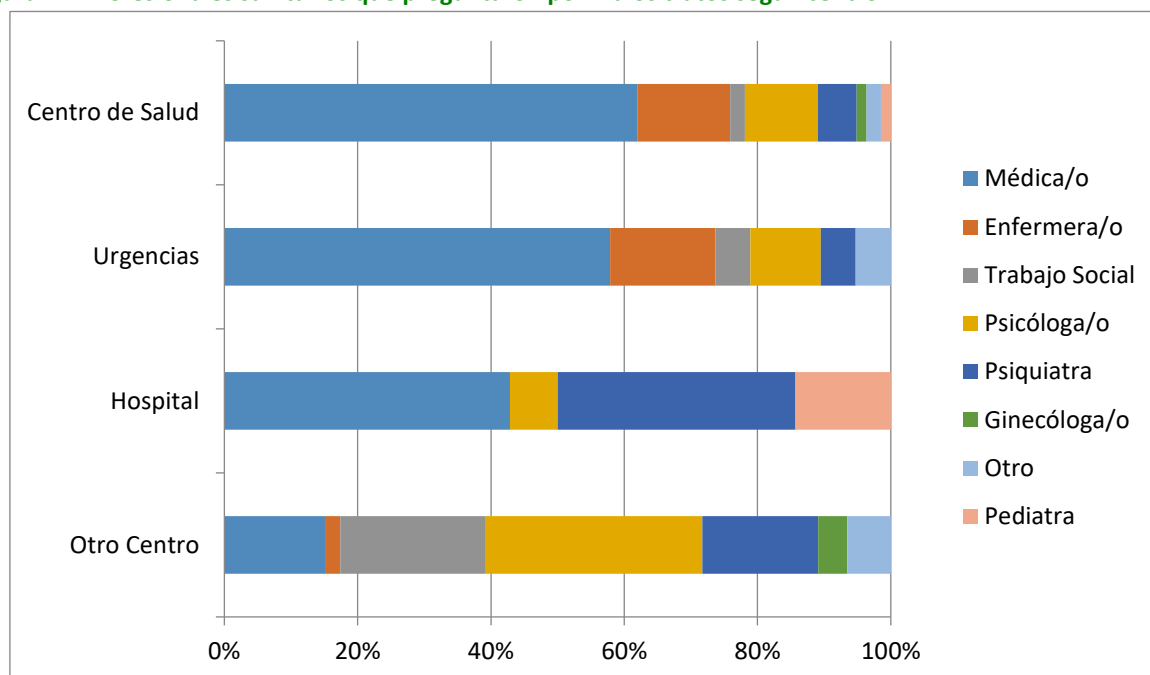


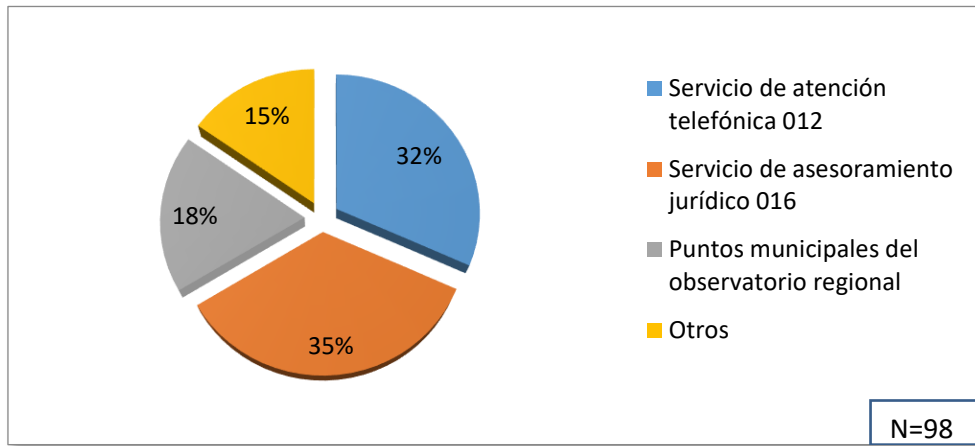
Tabla 21. Consumo de fármacos en los dos últimos meses en el total de mujeres y según VPM (%).

	Total mujeres	Sin VPM	Con VPM	p
	(%)	(%)	(%)	
Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios	45	45,1	49,3	0,4
Antibióticos	26,7	25,9	34,0	0,02
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	28,4	25,9	43,5	0,00
Medicamentos para la alergia	15,4	14,9	21,0	0,07
Medicamentos para alteraciones digestivas	22.	21,2	23,1	0,7
Antidepresivos	12,7	11,0	23,1	0,00
Medicamentos o productos para adelgazar	2,8	2,4	7,3	0,00
Terapia de apoyo y/o psicológica	8,3	6,9	23	0,00
Otros	56,9	57,2	44,5	0,00

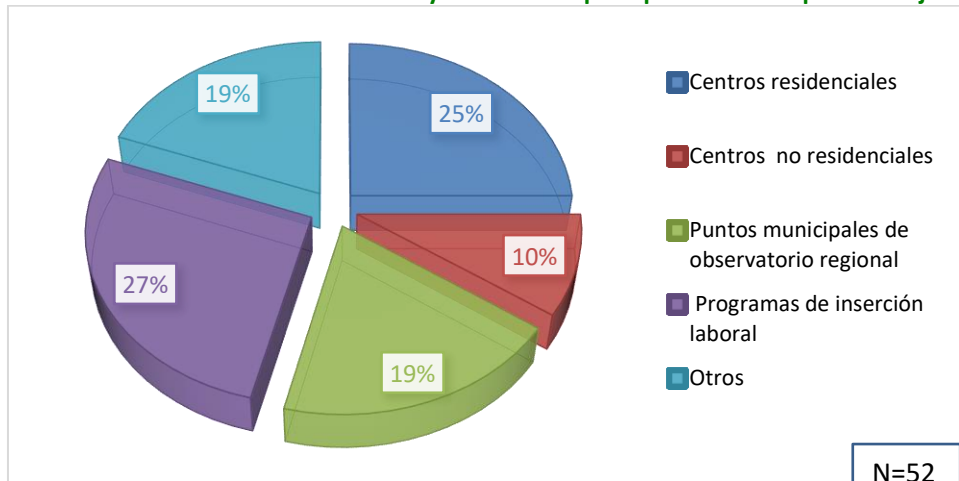
### Utilización de recursos específicos

#### Recursos informativos

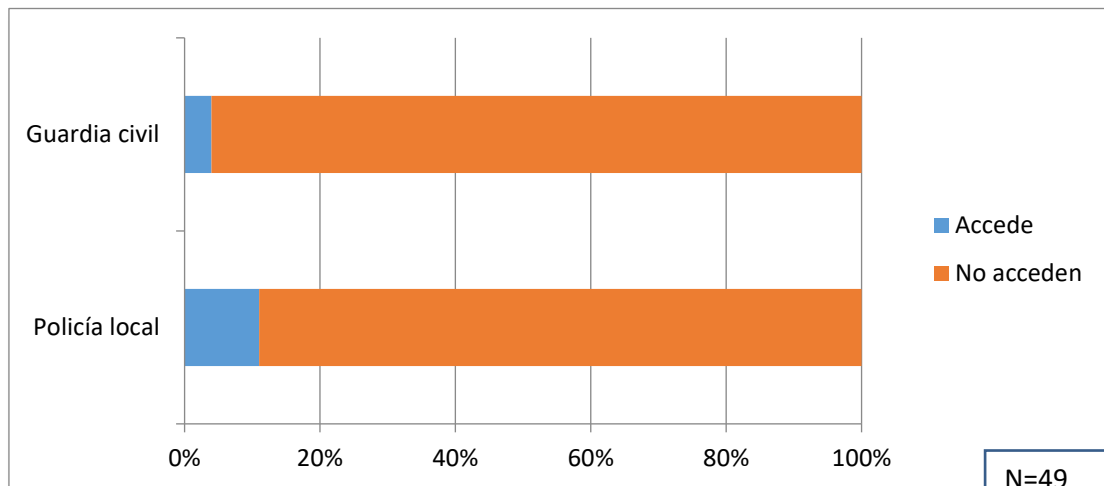
A las 329 mujeres caso de VPM, se les preguntó si accedieron, fuera del ámbito sanitario, a algún servicio de apoyo para mujeres que sufren malos tratos. Del total de servicios que recoge la pregunta sobre demanda de información, 31 mujeres accedieron a través del 012 (servicio de información y atención telefónica a mujeres víctimas de VG), (31,3% de las demandas de servicios), un total de 34 (34,3%) accedieron a asesoramiento jurídico a través del 016, 18 mujeres accedieron a través de puntos municipales del observatorio regional (18,8% de los servicios de información demandados) y 15 (15,1%) accedieron a otros recursos. De las 326 mujeres con VPM que responden a alguna de las 4 preguntas sobre servicios de información, 63 refieren haber consultado a algún servicio informativo lo que supone el 19,3% y el total de demandas es 98 (Figura 15).

**Figura 15. Demandas de información y tipo de servicio en mujeres con VPM.**

De los servicios sociales demandados, 37 mujeres con VPM demandan alguno de ellos, el 11,3%. De las 52 demandas de cualquier servicio, los programas de inserción laboral y los centros residenciales (centros de acogida, pisos tutelados y centros para mujeres en riesgo social), son los más solicitados con el 27,0% y el 25,0% respectivamente. La figura 16 recoge la distribución porcentual según tipo de servicio demandado.

**Figura 16. Demanda de servicios de atención social y distribución por tipo de servicio por las mujeres con VPM.**

Se refieren 49 demandas a los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado, la mayor parte a la policía local, y acudir a cualquiera de las dos fuerzas de seguridad lo informan 42 mujeres con VPM, el 12,8% (Figura 17).

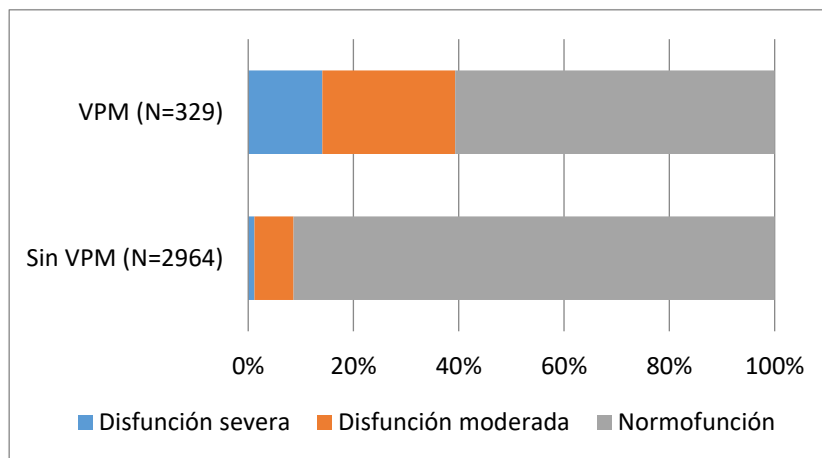
**Figura 17. Otros recursos demandados por las mujeres con violencia en la CM.**

## 5.7. Disfunción familiar y salud mental de los hijos/as

Para la valoración de la disfunción familiar y su relación con la situación de VPM se aplicó el test de APGAR familiar al total de mujeres encuestadas. La puntuación media fue de 8,6 (DS±1,8) y según presencia de VPM, se encontraron diferencias significativas: la puntuación media en las mujeres con violencia fue de 6,9 (DS±2,5) frente a 8,7 (DS±1,6) en las mujeres sin violencia con diferencia significativa entre ambos grupos de 1,8 (IC95%:1,6-2,0) ( $p<0,000$ ).

Según los puntos de corte propuestos para la escala, disfunción severa de 0 a 3 puntos, moderada de 4 a 6 y normofunción de 7 a 10 puntos, el 11,8% (IC95%: 10,7-12,9) de las familias del total de mujeres encuestadas tenían algún grado de disfunción, siendo 2,5% (IC95%: 2,0-3,1) disfunción severa y 9,2% (IC95%: 8,31-10,3) disfunción moderada. Al analizar la disfunción familiar según la VPM encontramos que en las mujeres con VPM hubo un 37,2% (IC95%: 25,3-50,8) con algún grado de disfunción familiar; mientras que este porcentaje fue del 9,2% (IC95%: 8,1-10,5) entre las mujeres sin VPM (Figura 18 y Tabla 22).

**Figura 18. Test de APGAR familiar según VPM (%).**



\*Disfunción severa (0-3), moderada (4-6), normofunción (7 a 10 puntos)

**Tabla 22. Resultados del test de APGAR familiar en el total de mujeres y según VPM (%).**

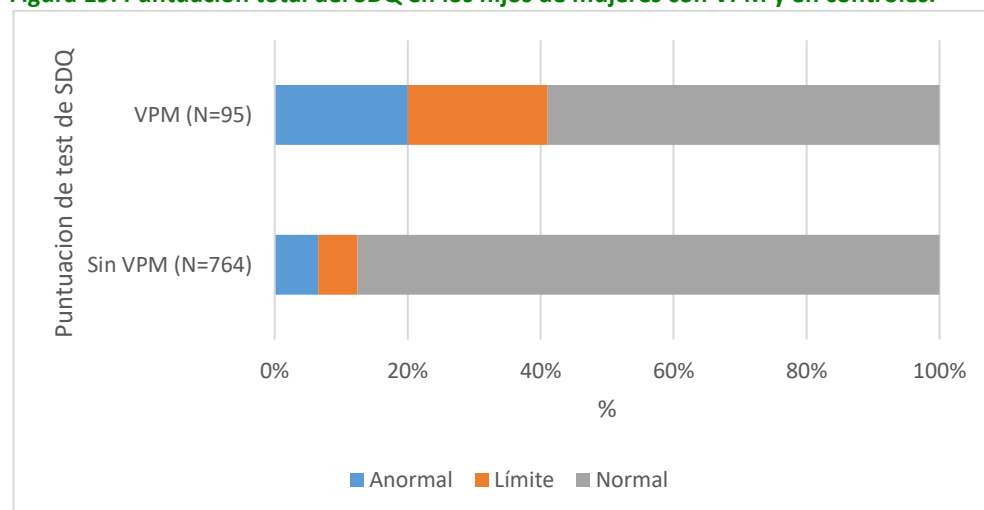
	Total mujeres	Sin VPM	Con VPM	
	N=3.293	N=2.964	N=329	
	(%)	(%)	(%)	p
<b>Disfunción familiar*</b>	11,8	9,2	37,2	0,000

\*Puntuación en la escala APGAR familiar <7 puntos

## Salud mental de los hijos/as

A las 148 mujeres que cumplieron criterio de caso y con hijos menores de 18 años se les preguntó si sus hijos fueron testigos de violencia a lo que el 39% (IC95%: 31,5-47,0) respondieron afirmativamente. Se identificaron 116 mujeres con criterios de caso de VPM y que tenían hijos con edades entre 4 y 16 años, de ellas 95 respondieron el cuestionario SDQ para informar acerca de uno de sus hijos seleccionados de manera aleatoria. Se consideró grupo control a los hijos/as entre 4 y 16 años de todas las mujeres sin VPM, seleccionados con apareamiento por edad y sexo con hijos/as de las mujeres con VPM.

En 764 controles, la puntuación media de SDQ fue de 7,8 (DS±5,1) y para los hijos de las mujeres con VPM fue de 11,5 (DS±6,4), una diferencia estadísticamente significativa de 3,7 (IC95%: 2,6-4,8) puntos más alta que la de los controles. Considerando el punto de corte  $\geq 14$  para detectar riesgo de problemas de salud mental, encontramos que entre los hijos de las madres con VPM, un 40,3% (IC95%: 30,7-50,8) superaba este punto de corte, mientras que en los controles este porcentaje fue del 17,6% (IC95%: 15,0-20,5). La puntuación total del SDQ de los hijos de las mujeres con VPM y de los controles se presenta en la Figura 19.

**Figura 19. Puntuación total del SDQ en los hijos de mujeres con VPM y en controles.**

\*Puntuación total del SDQ: Normal (0-13), límite (14-16), anormal (17-40)

**Tabla 23. Cuestionario SDQ en hijos de mujeres según VPM.**

	Sin VPM	Con VPM	
	N=764	N=95	
	(%)	(%)	p
Problemas de salud mental*	17,6 (15,0-20,5)	40,3 (30,7-50,7)	0,000

\*Puntuación total SDQ $\geq$ 14

## 6. CONCLUSIONES

La vigilancia de la VPM continúa arrojando cifras que indican amplia extensión y presencia en la población general, con numerosas repercusiones en la salud de las mujeres y los menores expuestos tanto a corto como a largo plazo. Todo ello aconseja seguir con su vigilancia, fortaleciendo estrategias de sensibilización, educación y resiliencia e invirtiendo recursos en actividades de prevención que han demostrado su eficacia.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Consejería de Sanidad. Violencia de pareja hacia las Mujeres. 4ª Encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en Salud en la Comunidad de Madrid, Boletín epidemiológico, Vol. Nº 5, septiembre-octubre 2021.
2. World Health Assembly. Resolution WHA 49.25. 49ª Asamblea Mundial de la Salud. OMS, 1996.
3. Boletín Oficial del Estado. Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. BOE núm. 313, diciembre de 2004. p. 42166-42189.
4. Boletín Oficial del Estado. Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid. BOE numb. 52, marzo de 2006. p. 8515-8526.
5. Ley 3/2018 de 22 de junio de modificación de la ley 5/2005 de 20 de diciembre integral contra la violencia de género de la CM.
6. 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 Feb 26;399(10327):803-813.
7. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género. Año 2022. Nota de prensa Madrid, mayo 2023.
8. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género; Ministerio de Igualdad; Macroencuesta de Violencia contra la Mujer, 2019. Madrid 2020.
9. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Magnitud, impacto en salud y aproximación a los costes sanitarios de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid. 2004.

10. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Violencia de pareja hacia las mujeres, prevalencia, impacto en salud y utilización de los servicios de apoyo en la Comunidad de Madrid, 2009. Madrid 2012.
11. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Violencia de pareja hacia las mujeres, 3ª encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la comunidad de Madrid, 2014.
12. Pichiule M, Gandarillas A, Díez-Gañán L, Sonogo M, Ordobás M. Violencia de pareja en jóvenes de 15 a 16 años de La Comunidad de Madrid. Rev Es Salud Pública. 2014; 88(5) 639-52.
13. García-Pérez S, Pastor-Moreno G, Ruiz-Pérez I, Henares-Montiel J. Relationship between Sexual Violence and the Health of Spanish Women-A National Population-Based Study. Int J Environ Res Public Health. 2023 Feb 14;20(4):3365.
14. 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 May; 18 Supl 1:182-8.
15. Walker EA et al. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. Psychosomatic Medicine, 1997, 59:572–577.
16. Bellón JA, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Aten Primaria, 1996; 18: 153-63.
17. Zorrilla B, Morant C, Polo C, Pires M, García S, Lasheras ML, et al. Validación de un cuestionario para la detección de la violencia de pareja hacia las mujeres. Gaceta sanitaria 2005: 19 (supl 1):154.
18. Bellón JA, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Aten Primaria, 1996; 18: 153-63.
19. Kroenke K, Spitzer RL, The PHQ-9: A new depression and diagnostic severity measure, Psychiatric Annals. 2002, 32: 509-21.
20. Bellon Saameno J A. Validity and reliability of the family Apgar family function test. Aten Primaria. 1996 15;18(6):289-96.

**Es posible realizar la suscripción electrónica al Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid desde su misma página web:**

<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/boletin-epidemiologico>

**El Boletín Epidemiológico está disponible en el catálogo de publicaciones de la Comunidad de Madrid: Publicamadrid**



**Comunidad  
de Madrid**

Dirección General de Salud Pública  
CONSEJERÍA DE SANIDAD