

Original breve

Descripción de las agresiones sexuales atendidas en el servicio de urgencias de un centro hospitalario de referencia

Jaume Grau Cano^{a,*}, Manuel Santiñà Vila^{a,b}, José Ríos Guillermo^c, Ferran Céspedes Lacia^b y Begoña Martínez Galilea^b

^a Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Dirección de Calidad y Seguridad Clínica, Hospital Clínic, Barcelona, España

^b Comisión de Violencia Intrafamiliar y de Género, Hospital Clínic, Barcelona, España

^c Laboratorio de Bioestadística y Epidemiología, Universitat Autònoma de Barcelona, España; Unidad de Soporte Estadístico y Metodología, IDIBAPS, Hospital Clínic, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de abril de 2010

Aceptado el 7 de diciembre de 2010

Palabras clave:

Agresiones sexuales
Servicio de urgencias
Violencia de género

R E S U M E N

Objetivo: Describir los factores relacionados con las agresiones sexuales que se atienden en el hospital de referencia de la ciudad de Barcelona.

Métodos: Estudio transversal de base individual de las agresiones sexuales atendidas en el servicio de urgencias entre los años 2005 y 2008.

Resultados: Se atendieron 712 pacientes, con predominio femenino (95,5%). Las mujeres agredidas y atendidas presentan una edad mediana de 25 años, realizaron denuncia el 87,5% de los casos y fueron agredidas por un único agresor el 84,5%. El perfil de la agredida ($p \leq 0,05$) cuando el agresor es conocido es: agredida en el domicilio (81,5%), el agresor actúa solo (94,2%), el mecanismo de agresión es la penetración (89,3%) y en días laborables (63,3%).

Conclusiones: El análisis de las agresiones sexuales permite establecer distintos grupos de riesgo, lo cual facilita la elaboración de protocolos y guías de actuación específicos para una ayuda eficaz y un tratamiento completo.

© 2010 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Description of sexual assaults treated in the emergency department of a referral hospital

A B S T R A C T

Objective: To describe the factors related to adult sexual assaults attended in a referral hospital in the city of Barcelona (Spain).

Methods: We carried out an individual-based cross-sectional study of sexual assaults treated in the emergency department between 2005 and 2008.

Results: A total of 712 patients (95.5% female) were treated. The median age of assaulted women was 25 years. Complaints were made in 87.5% of cases and assaults were made by a single attacker in 84.5%. When the perpetrator was known, the profile of the victim ($p \leq 0.05$) was as follows: the victim was assaulted at home (81.5%), the perpetrator acted alone (94.2%), the mechanism of aggression was penetration (89.3%) and the attack took place during the week (63.3%).

Conclusions: Analysis of sexual assaults allows for different risk groups to be established, which facilitates the development of specific protocols and guidelines for effective aid and full treatment.

© 2010 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Sexual assault
Emergency department
Gender-based violence

Introducción

La incidencia de las agresiones sexuales está en aumento y las principales víctimas suelen ser mujeres jóvenes. En Estados Unidos, el 14,8% de las mujeres mayores de 17 años refieren haber sido violadas alguna vez en su vida¹, y se estima que la agrupación de violaciones y agresión sexual se presenta en un rango de 1,7 a 6,6 por mil mujeres y año².

El servicio de urgencias suele ser el primer contacto de atención de las personas víctimas de agresiones sexuales^{3,4}. Es muy importante detectar rápidamente estos casos y proporcionar los

instrumentos adecuados para su ayuda y tratamiento⁵. A su vez, debemos prestar especial atención a la coordinación con el ámbito jurídico (evaluación por parte del forense y recopilación de pruebas únicas^{4,6}) y con la asistencia social.

Hay diversos estudios sobre agresiones sexuales en los servicios de urgencias, que analizan las características de la víctima y de sus agresores y los factores de riesgo para la agresión. Estos estudios presentan limitaciones y sus resultados son difíciles de generalizar. No obstante, el análisis global de todos los casos contribuye a mejorar la información sobre las agresiones sexuales en un determinado ámbito, y permite mejorar la intervención asistencial de los grupos de riesgo.

El Hospital Clínic de Barcelona es el hospital de referencia para la atención de las agresiones sexuales de adultos en la ciudad de Barcelona. Las personas afectadas de violencia sexual pueden

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jgrau@clinic.ub.es (J. Grau Cano).

acudir espontáneamente al servicio de urgencias o pueden ser trasladadas por la policía.

El objetivo de este trabajo es describir los factores relacionados con las agresiones sexuales atendidas en el hospital de referencia de la ciudad de Barcelona entre los años 2005 y 2008.

Métodos

Estudio transversal de base individual. La población de estudio son las personas atendidas por agresión sexual en el servicio de urgencias del Hospital Clínic de Barcelona durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2008.

La fuente de información es el registro de datos obtenidos del informe de alta de urgencias, del informe «mapa anatómico» y de información aportada por los asistentes sociales. El mapa anatómico es un informe específico de notificación de violencia intragénero creado según el Real Decreto 1030/2006 y el «Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género»⁷.

Las variables descritas son el sexo, la edad, la fecha de la agresión, el lugar de la agresión (domicilio, vía pública), las agresiones previas, el tipo de agresor (conocido, desconocido), la relación con el agresor (familiar, amistad, vecino o compañero de trabajo), el número de agresores, el tipo de agresión, la denuncia y la presencia de forense. Se ha realizado un análisis descriptivo de todas las variables. Las variables continuas se presentan mediante medidas de tendencia central y de dispersión. Las variables cualitativas se describen como frecuencias absolutas y porcentajes.

Se han considerado como variables dependientes el hecho de que la agresión se produjese por alguien conocido, que la agresión se hubiese llevado a cabo durante el fin de semana y la presencia de denuncia. Para el análisis bivariado se ha utilizado la prueba exacta de Fisher o la U de Mann-Whitney. Se han aplicado modelos de regresión logística univariados y multivariados, estimando las *odds ratios* (OR) y los intervalos de confianza del 95% (IC95%) para valorar la magnitud de la asociación entre variables para cada uno de los perfiles. El programa estadístico utilizado ha sido el SPSS v.15.

Resultados

Descripción general

Durante el periodo estudiado fueron atendidos 712 pacientes por agresión sexual. La agresión fue sufrida mayoritariamente por mujeres (95,5%). Las mujeres agredidas y atendidas por el servicio de urgencias presentan una mediana de edad de 25 años. La mayoría de las agredidas realizan denuncia, no refieren agresiones previas y son agredidas por un único agresor. De las 178 mujeres agredidas por alguien a quien conocían y que aportaron información sobre éste, en 77 (43,3%) la agresión fue perpetrada por un conocido (amistad, vecino, compañero de trabajo), en 64 (36,0%) son agresiones intrafamiliares (marido, pareja, padre, otros familiares) y en 37 (20,8%) por el ex marido o ex pareja (tabla 1).

Los hombres agredidos fueron 32 (4,5%), y los que presentaban algún tipo de discapacidad fueron 24 (2,8%).

Realizaron denuncia 613 pacientes (86,7%) y el forense acudió en 485 ocasiones (72%). La mediana de tiempo en acudir al forense fue de 40 minutos, rango intercuartílico [28,52], sin variaciones significativas en las distintas variables estudiadas: fin de semana, día de la semana y año (datos no mostrados).

Descripción del perfil diferencial. Análisis bivariado (tabla 2)

Para las mujeres agredidas y atendidas en el servicio de urgencias, el perfil cuando el agresor es conocido ($p \leq 0,05$) es el de

Tabla 1

Descripción de las características de las mujeres agredidas y atendidas en un hospital de referencia. Barcelona (España), 2005-2008.

	Total	Porcentaje
Nº agresiones	680	95,5%
<i>Edad</i>		
Media (DE)	28,82 (11,19)	
Mediana [P25-P75]	25 [21-34]	
<i>Lugar de la agresión</i>		
Domicilio	256	47%
Vía pública	289	53%
<i>Agresiones previas</i>		
Sí	56	14,6%
No	328	85,4%
<i>Uno/variados agresores</i>		
Uno	573	84,5%
Varios	105	15,5%
<i>Penetración</i>		
No	122	18,5%
Sí	538	81,5%
<i>Forense</i>		
Sí	467	72,1%
No	181	27,9%
<i>Conocido/desconocido^a</i>		
Conocido	294	43,4%
Desconocido	384	56,6%
<i>Fin de semana</i>		
Sí	280	41,2%
No	400	58,8%
<i>Denuncia</i>		
No	84	12,5%
Sí	590	87,5%

Los datos se presentan como frecuencia relativa y porcentaje, excepto la edad, que se presenta como media (DE) y mediana [P25-P75].

^a Agresor conocido se define como familiar, amistad, vecino o compañero de trabajo.

agredida en un domicilio, el agresor actúa solo, el mecanismo de agresión es la penetración y la agresión se produce entre semana. Si el agresor es desconocido, la agresión se realiza en un lugar público y por un agresor único, aunque aumenta de forma sustancial el porcentaje de agresiones producidas por varios agresores (de 5,8% a 22,9%).

Durante los fines de semana, la mujer agredida y atendida tiene un perfil de persona más joven, agredida por un desconocido y que requiere la presencia de forense.

Regresión logística (tabla 2)

Mediante análisis univariado se ha intentado estimar qué factores podrían predecir que el agresor sea conocido. Se obtuvieron valores significativos para las agredidas por un único agresor, en el domicilio, con penetración como forma de agresión y entre semana. Al ajustar por un modelo de regresión logística multivariada se obtuvo que el domicilio (OR = 20,99; IC95%: 13,28-33,16) y un único agresor (OR = 4,81; IC95%: 2,2-10,52) son los factores que mejor definen el perfil del agresor conocido.

Discusión

Las víctimas de una agresión sexual son generalmente mujeres jóvenes, de 21 a 27 años de edad⁸⁻¹⁰. Los factores de riesgo identificados que están presentes en mayor o menor medida son las agresiones previas y la presencia de alcohol o drogas^{8,9}.

En nuestro estudio, las agresiones por desconocidos son algo más frecuentes (57,3%). Los estudios europeos presentan

Tabla 2
Análisis bivariado y regresión logística univariada de las mujeres agredidas y atendidas en un hospital de referencia. Barcelona (España), 2005-2008.

	Agresor conocido		Agresión entre semana		Presencia de denuncia	
	Bivariado	OR (IC95%) ^a	Bivariado	OR (IC95%) ^a	Bivariado	OR (IC95%) ^a
Número de casos						
Mujer	294 (43,3%)		400 (58,8%)		590 (87,6%)	
Edad						
	29,45 (11,67)		29,67 (11,49)		28,77 (11,09)	
	26 (21- 35)		26 (21- 37)		25 (21- 34)	
p	0,252		0,012		0,688	
Otros	46 (18,5%)		158 (49,5%)		258 (54%)	
Lugar público de la agresión						
Domicilio	202 (81,5%)	19,76 (12,79-30,54)	161 (50,5%)	0,71 (0,5-1)	220 (46%)	0,69 (0,41-1,16)
p	< 0,001	< 0,001	0,056	0,052	0,185	0,158
Uno/varios agresores						
Uno	277 (94,2%)	4,84 (2,81-8,35)	337 (84,5%)	1,01 (0,66-1,54)	500 (84,9%)	1,12 (0,61-2,08)
Varios	17 (5,8%)		62 (15,5%)		89 (15,1%)	
p	< 0,001	< 0,001	1	0,964	0,746	0,711
Penetración						
No	31 (10,7%)		73 (18,7%)		115 (19,9%)	
Sí	259 (89,3%)	2,73 (1,76-4,25)	317 (81,3%)	1,04 (0,7-1,55)	464 (80,1%)	0,4 (0,18-0,9)
p	< 0,001	< 0,001	0,919	0,853	0,02	0,027
Forense						
No	86 (30,3%)		120 (31,4%)		114 (20,4%)	
Sí	198 (69,7%)		262 (68,6%)		445 (79,6%)	
p	0,251		0,021		< 0,001	
Conocido/desconocido						
Conocido	294 (100%)		186 (46,6%)	1,38 (1,01-1,89)	252 (42,8%)	1,28 (0,81-2,02)
Desconocido	-		213 (53,4%)		337 (57,2%)	
p	NA		0,049	0,041	0,347	0,298
Fin de semana						
No	186 (63,3%)	1,38 (1,01-1,89)	400 (100%)		350 (59,3%)	1,15 (0,72-1,82)
Sí	108 (36,7%)		-		240 (40,7%)	
p	0,049	0,041	NA		0,556	0,557
Denuncia						
No	41 (14%)	1,28 (0,81-2,02)	47 (11,8%)	1,15 (0,72-1,82)	-	
Sí	252 (86%)		350 (88,2%)		590 (100%)	
p	0,347	0,298	0,556	0,557	NA	

OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confianza del 95%; NA: no aplicable. Los datos se describen como mediana y percentil 25-75 para la edad, y como frecuencia absoluta y porcentaje en el resto. En el análisis bivariado, los valores de p se han obtenido mediante la U de Mann-Whitney para la edad, y con la prueba exacta de Fisher en el resto.

^a Regresión logística univariada, se presenta mediante OR, IC95% y valor de p.

tendencias similares¹⁰, pero los norteamericanos muestran una mayor proporción de agresores conocidos^{8,9}. Las agresiones realizadas por conocidos se asocian significativamente en nuestro estudio a las variables mujer, agredida en el domicilio, por un solo agresor, entre semana y con penetración como mecanismo agresor. El origen más frecuente de este tipo de agresión está relacionado con la violencia doméstica por la propia pareja. Este tipo de agresión se considera actualmente muy extendida y documentada en estudios realizados en ciudades europeas y en encuestas nacionales⁵.

La agresión sexual masculina oscila, según los estudios, entre el 4% y el 8%, y en nuestro caso fue un 4,5% del total. Factores diferenciales en relación con las agresiones sexuales a las mujeres son que el asaltante sea un desconocido (o conocido reciente de menos de 24 horas), que la agresión se realice en un lugar público, con menor interposición de denuncia y una alta proporción de traumatismo documentado^{11,12}.

La denuncia y la activación de los circuitos legales es un tema clave para la buena gestión de las agresiones sexuales en los servicios de urgencias. En nuestro estudio, el 86,7% de los pacientes realizan denuncia, mientras que en otros estudios esta tasa oscila entre el 46% y el 75%¹³. En nuestro estudio, el perfil diferencial de la persona que denuncia es una mujer que refiere una agresión con penetración y solicita la presencia del forense. Otros factores identificados son recibir atención sanitaria dentro de las 24 horas

siguientes a la agresión, desconocer al asaltante y la existencia de traumatismo anogenital¹³.

La principal limitación del estudio es la dificultad para generalizar los resultados. Si bien es cierto que la base de datos corresponde a un hospital de referencia para la violencia sexual, con lo cual reúne un importante número de casos, éstos son los que han acudido al servicio de urgencias de una ciudad determinada. Otras limitaciones son no disponer de una hoja específica de recogida de datos sobre agresión sexual, y que los casos de edad pediátrica se atienden en otros hospitales de la ciudad.

Conclusiones

El análisis y la evolución de las agresiones sexuales atendidas en urgencias permite establecer distintos grupos de riesgo para la agresión sexual (agresión intrafamiliar, agresión por desconocidos, agresiones masculinas...). La gestión de estos grupos requiere una especial atención a sus peculiaridades¹⁴ y la elaboración de protocolos y de guías de actuación específicos¹⁵.

Contribuciones de autoría

La concepción y el diseño del estudio se deben a M. Santità. La recogida de datos y la supervisión de éstos las realizaron M. Santità, F. Céspedes y B. Martínez. J. Grau realizó la homogeneización de la

base de datos, la búsqueda bibliográfica y la redacción del primer borrador del estudio. J. Ríos realizó la explotación de los datos y el análisis estadístico. Todos los autores revisaron los borradores del manuscrito y realizaron importantes contribuciones. La aprobación de la versión final fue realizada por M. Santiñà, J. Ríos y J. Grau.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Tjaden P, Thoennes N. Full report of the prevalence, incidence and consequences of violence against women. Findings from The National Violence Against Women Survey. Washington: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs; 2000. NCJ 183781.
2. Criminal victimization in the United States. Statistical tables. 2007. Bureau of Justice Statistics. National Crime Victimization Survey (NCVS). Disponible en: <http://bjs.ojp.usdoj.gov/index.cfm?ty=pbdetail&iid=1743>.
3. Bechtel K, Ryan E, Gallagher D. Impact of sexual assault nurse examiners on the evaluation of sexual assault in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 2008;24:442–7.
4. Ellison SR, Subramanian S, Underwood R. The general approach and management of the sexual assault patient. *Mo Med*. 2008;105:434–40.
5. Krug EG, Dahlberg L, Mercy JA, et al. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. 2003. Publicación Científica y Técnica No. 588.
6. Plichta SB, Vandecar-Burdin T, Odor RK, et al. The emergency department and victims of sexual violence: an assessment of preparedness to help. *J Health Hum Serv Adm*. 2006;29:285–308.
7. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Comisión contra la violencia de género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Observatorio de Salud de la Mujer de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
8. Avegno J, Mills TJ, Mills LD. Sexual assault victims in the emergency department: analysis by demographic and event characteristics. *J Emerg Med*. 2009;37:328–34.
9. Riggs N, Houry D, Long G, et al. Analysis of 1,076 cases of sexual assault. *Ann Emerg Med*. 2000;35:358–62.
10. Ingemann-Hansen O, Sabroe S, Brink O, et al. Characteristics of victims and assaults of sexual violence—improving inquiries and prevention. *J Forensic Leg Med*. 2009;16:182–8.
11. Masho SW, Anderson L. Sexual assault in men: a population-based study of Virginia. *Violence Vict*. 2009;24:98–110.
12. Pesola GR, Westfal RE, Kuffner CA. Emergency department characteristics of male sexual assault. *Acad Emerg Med*. 1999;6:792–8.
13. Jones JS, Alexander C, Wynn BN, et al. Why women don't report sexual assault to the police: the influence of psychosocial variables and traumatic injury. *J Emerg Med*. 2009;36:417–24.
14. Kobernick ME, Seifert S, Sanders AB. Emergency department management of the sexual assault victim. *J Emerg Med*. 1985;2:205–14.
15. Coll-Vinent B, Echevarria T, Farrás U, et al. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit*. 2008;22:7–10.