

Violencia de pareja hacia la mujer y profesionales de la salud especializados

Ana Belén Arredondo Provecho^{1*}, Gema del Pliego Pilo² y Carmen Gallardo Pino³

1 Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid (España).

2 Hospital Universitario del Henares, Madrid (España).

3 Universidad Rey Juan Carlos, Madrid (España).

Resumen: La violencia de pareja hacia la mujer representa uno de los problemas de salud pública más relevantes. Causa graves consecuencias en la salud. Este estudio plantea detectar el nivel de conocimientos y las opiniones de los profesionales de atención especializada, conocer sus dificultades en la intervención y plantear propuestas de mejora. Para ello se realizó un estudio transversal, llevado a cabo en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, a través de una encuesta voluntaria y anónima. La recogida de datos se realizó en un Excel asociado a la plataforma utilizada. Para el análisis estadístico se utilizaron el SPSS 17 y el STATA 12. La tasa de respuesta total fue del 15%. El 31.5% de los profesionales conocían casos en su entorno; el 24.7% los detectaron en su trabajo. El 25.9% no hicieron nada, consideraron que no tenían la formación necesaria. El 82.5% pensaban que es un problema muy importante. El 50.9% creían que no hay consenso en la actuación; el 19% no sabían que existe un protocolo de actuación. Los profesionales encuestados necesitan formación para poder realizar sus competencias. Cada vez están más concienciados, tienen menos estereotipos y más herramientas de intervención, pero es necesario difundir los protocolos de actuación.

Palabras clave: Violencia de género; salud pública; apoyo a la formación; cuidado sanitario; violencia de pareja; mujer; servicios de salud para la mujer.

Title: Partner violence against women and specialized care health professionals.

Abstract: Nowadays, partner violence against women is one of the main public health issues. Therefore, it has a severe impact in our health. Objectives: finding the degree of knowledge and thoughts of the specialised health care professionals, knowing the challenges they face when they have to take action as well as suggesting improvements. A transversal study was carried out at the *Hospital Universitario Fundación Alcorcón*, using a voluntary and anonymous survey. The data was collected in an excel file linked to the platform used to take the survey, and the statistical analysis was performed using SPSS 17 and STATA 12. The total response rate was 15%. Out of the 31.5% health care professionals that took the survey and knew about partner violence against women cases in their working environment, 24.7% said they detected them whilst working; on the other hand, 25.9% of them did not take any action as they considered they were not properly trained to act. Moreover, 82.5% of those who took the survey considered this to be a serious issue, whilst 50.9% said there was no consensus on action and 19% did not know about the action protocol. Health care professionals need training to conduct their skills in the field; they are increasingly becoming aware of this issue, they are less affected by the preconceptions that may condition their work and have more intervention tools; nevertheless, there is a need to spread action protocols.

Keywords: domestic violence; public Health; training support; delivery of Health Care; spouse abuse; women; women's Health services.

Introducción

«La situación desfavorecida de las mujeres en la sociedad se reconoce internacionalmente como una violación de los derechos humanos y una barrera que impide un desarrollo social más amplio» (Organización Panamericana de la Salud, 2010, p. 1).

La manifestación más grave de la desigualdad por razones de género es la violencia de pareja hacia la mujer (VPM). Las cifras de mortalidad son alarmantes. En España, desde el año 2002 al 2016 han muerto 906 mujeres a manos de su pareja o expareja (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017a), 8 menores a su cargo en los años 2014-2015 y 1 en 2016 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017b). Tal es la envergadura del problema que la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, incluye a los menores como víctimas directas de la violencia de género (Moreno-Torres Sánchez, 2015).

La Organización de las Naciones Unidas define la VPM como:

«todo acto de violencia basado en la pertenencia al género femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer,

así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada» (Organización de las Naciones Unidas, 1993).

Es, por tanto, la violencia ejercida contra la mujer por el hecho mismo de serlo (Ley Orgánica 1/2004, 2004) y se produce como expresión de la discriminación contra la mujer debido a la condición inferior asignada al género femenino en la sociedad, la situación histórica de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres (Ley 5/2005, 2005; Organización Mundial de la Salud, 2005)

Se ejerce dentro de la familia, a nivel social y estatal, y abarca, entre otras formas, la violencia de pareja hacia la mujer, el acoso sexual en el ámbito laboral o educativo, las agresiones o abusos sexuales, la trata y explotación sexual de mujeres y niñas, los feminicidios, la mutilación genital femenina, los crímenes de honor y los relacionados con la dote, el matrimonio precoz y forzado, el infanticidio de niñas o el aborto selectivo de fetos femeninos (Ley Orgánica 1/2004, 2004; Organización Mundial de la Salud, 2005, p. 27).

De todas las formas citadas, la que produce más mortalidad evitable es la violencia de pareja hacia la mujer. Según la Organización Mundial de la Salud, una mujer tiene mayor probabilidad de ser herida, violada o asesinada por su pareja o expareja que por otra persona (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 1998).

Los resultados de un estudio multipaís realizado a más de 24.000 mujeres procedentes de 15 entornos ubicados en 11 países (Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú,

* Correspondence address [Dirección para correspondencia]:

Ana Belén Arredondo Provecho. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. C/ Budapest, 1. 28922, Alcorcón, Madrid (España).
E-mail: abarredondo@fhacorcon.es

Samoa, Serbia, Montenegro, Tailandia y la República Unida de Tanzania) han revelado que de todas las mujeres que han mantenido una relación de pareja entre el 15% y el 71% han sido víctimas de violencia física o sexual por parte de su pareja, con índices que oscilan entre el 24% y el 53% en la mayoría de los entornos estudiados (Organización Mundial de la Salud, 2005).

En España, según datos de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer (de Miguel Luken, 2015), el 12.5% del total de mujeres residentes en España de 16 o más años declara haber sufrido violencia física o sexual por parte de sus parejas o exparejas en algún momento de su vida. En concreto, el 10.4% ha sufrido violencia física, el 8.1% violencia sexual, el 25.4% violencia psicológica de control (como impedirle que vea a otras personas o vaya a determinados sitios), el 21.9% violencia psicológica emocional (como insultos o amenazas) y el 10.8% violencia económica. Asimismo, el 85.2% de las víctimas de violencia física, el 94% de las de violencia sexual y el 95.4% de las de violencia psicológica emocional manifiesta que los hechos violentos se suelen producir en más de una ocasión. Por otro lado, el 13% de ellas ha tenido miedo de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida y el 2.9% afirma haber sentido miedo de manera constante. Gracias a las mejoras metodológicas introducidas y al nuevo cuestionario empleado se han sacado a la luz nuevos casos de violencia contra la mujer que habían permanecido ocultos en las anteriores.

Desde hace 20 años, la OMS (1996) considera que la violencia contra la mujer es un problema de salud pública, que recientemente ha definido como «global de proporciones epidémicas» (García-Moreno et al., 2013). Incrementa la mala salud percibida y el riesgo de sufrir algunos problemas de salud importantes (Ley 5/2005, 2005; García-Moreno et al., 2013; Organización Mundial de la Salud, 2005). Estos problemas abarcan, entre otros, lesiones físicas directas (hematomas, heridas, fracturas...), dolor abdominal y problemas gastrointestinales, dolor crónico, problemas articulares, trastornos neurológicos, embarazos no deseados, embarazo en adolescentes, abortos espontáneos e inducidos, muerte fetal tardía, bajo peso al nacer o prematuridad, hemorragias intrauterinas, VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, ansiedad, depresión, abuso de alcohol, drogas o psicofármacos, trastornos alimentarios, síndrome de estrés posttraumático, discapacidad y muerte (García-Moreno et al., 2013; Organización Mundial de la Salud, 1996). Asimismo, se ha observado un menor seguimiento de las actividades preventivas como el cribado de cáncer de cérvix y de mama en estas mujeres (García-Moreno et al., 2013, pp. 21-22).

En definitiva, supone un factor de riesgo para la mala salud de las mujeres, lo que hace que acudan con más frecuencia a los centros sanitarios. En el último año, el 88% de estas mujeres han acudido a su médico de familia por distintas razones, el 53% a alguna consulta de atención especializada y el 35% a las urgencias hospitalarias. Solo al 4.8% se les ha preguntado alguna vez si sufría VPM (Organización Mundial de la Salud, 2013, p. 1).

Un 45% ha decidido revelar su problema y buscar ayuda profesional. Entre los servicios a los que han recurrido con mayor frecuencia destacan las consultas de psiquiatría o psicología (29%), seguidos de los sanitarios (22%) y los legales o sociales (16% y 13% respectivamente) (de Miguel Luken, 2015).

Según diversos estudios, los profesionales sanitarios manifiestan tener dificultades para detectar la VPM y actuar frente a esta (Arredondo Provecho et al., 2012, pp. 85-99; Pichiule et al., 2014). Aparte de esto, las creencias tradicionales, consideran que la VPM es un asunto privado (Valdés Sánchez, García Fernández y Sierra Díaz, 2016) o un problema social (Rodríguez-Bolaños, Márquez-Serrano y Kageyama-Escobar, 2005) y el enfoque biologicista de la atención sanitaria suponen un obstáculo importante en la comprensión del problema.

Algunos organismos internacionales han puesto de manifiesto en numerosas ocasiones la necesidad de capacitación efectiva de los profesionales de la salud para abordar este problema de salud (García-Moreno et al., 2013; Organización Mundial de la Salud, 2005).

En España, la importancia de la formación queda recogida en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas Integrales contra la Violencia de Género, de ámbito nacional, y en sus leyes homólogas de ámbito autonómico (Cabrera Mercado y Carazo Liébana, 2010). Disponen, la incorporación de esta formación en los ámbitos curriculares de estudios universitarios y programas de especialización de las profesiones sociosanitarias y de contenidos dirigidos a la prevención, detección precoz, intervención y apoyo a las víctimas de esta forma de violencia, así como el desarrollo de programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario con el fin de fomentar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer en situaciones de violencia de género.

A pesar de esta necesidad de formación y sensibilización, que es clave para ofrecer una respuesta efectiva y de calidad a un problema tan complejo, la bibliografía acerca del grado de formación y de la capacitación de profesionales de la salud en esta materia es relativamente escasa.

El objetivo de este estudio fue conocer el nivel de conocimientos y las opiniones acerca de la violencia de pareja hacia la mujer de los profesionales sanitarios de atención especializada que trabajan en un hospital de tercer nivel de la Comunidad de Madrid, detectar las barreras organizativas que tienen estos profesionales a la hora de intervenir en esta problemática y aportar propuestas para mejorar la detección precoz y la atención a las personas que la padecen.

Método

Procedimiento y participantes

La investigación se ha llevado a cabo mediante un estudio transversal, descriptivo, realizado a través de una encuesta dirigida a los 1.569 profesionales del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, en la Comunidad de Madrid. Estu-

vo disponible desde mayo a septiembre de 2016. Se distribuyó a través del correo electrónico institucional, en un enlace de acceso sencillo, voluntario y anónimo. Se envió un recordatorio mensual.

Instrumentos

El cuestionario, empleado en estudios previos (Arredondo-Provecho et al., 2012; Arredondo-Provecho, del Pliego-Pilo, Nadal-Rubio y Roy-Rodríguez, 2008), se tomó del utilizado en un estudio similar de Siendones et al. (2002). Las modificaciones se establecieron mediante el consenso de varios profesionales de la salud con experiencia en formación sobre VPM, para adaptarlo a los objetivos del estudio. Se muestra en el anexo 1.

Consta de 33 preguntas. Las 26 primeras van dirigidas a contestar los objetivos planteados, las 5 siguientes corresponden a los datos sociodemográficos de los profesionales encuestados y las 2 últimas tienen que ver con la formación.

Dentro de las 26 primeras se analizan 3 cuestiones:

- El nivel de conocimientos que tienen los profesionales sobre el tema. Tras 4 preguntas iniciales referidas a los casos detectados, cómo se actuó y si conocían los recursos del hospital para actuar (preguntas 1-4), se realiza un test de conocimientos con 10 preguntas (5-11, 14-16), valorando conceptos, importancia del problema, factores relacionados con la violencia de pareja hacia la mujer y aspectos legales. Se utilizan preguntas cerradas de respuesta única a elegir entre 2 o más opciones y 2 preguntas abiertas (5 y 8).
- Las opiniones y las barreras de actitud que detectan los profesionales al trabajar estos casos. Se analizan pautas de actuación (preguntas 18 y 19) y opiniones (preguntas 12, 13, 17, 20, 21 y 22) frente a la VPM, mediante preguntas cerradas con varias respuestas. También se valoran las funciones y cómo aumentar el grado de concienciación de los compañeros mediante preguntas abiertas (23 y 24).
- Las barreras organizativas y las propuestas de mejora mediante preguntas abiertas (25 y 26).

Análisis de datos

La recogida de datos se realizó en un Excel asociado a la plataforma utilizada SurveyMonkey. La descripción de las variables cualitativas se realizó con *frecuencias absolutas y relativas*. Las cuantitativas se describen mediante *media y desviación típica, cuartiles, mínimo y máximo*. Para analizar las diferencias en las respuestas entre los profesionales con y sin formación se utilizan el *test chi cuadrado* o el *test exacto de Fisher*. Para comparar el nivel de conocimiento se aplica el *test no paramétrico U de Mann Whitney*. Los *intervalos de confianza* al 95% se calculan por el *método exacto*. Todos los test se consideran bilaterales y estadísticamente significativos con *p-valores menores de .05*. Para el análisis estadístico se utilizan los programas SPSS 17 y STATA 12.

Resultados

De un total de **1.569** profesionales respondieron a la encuesta 235 de distintas categorías: el 40% fueron diplomados en enfermería, matronas y fisioterapeutas; el 32.8% médicos/as; el 8.9% Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE); el 6% auxiliares administrativos; el 1.3% celadores y el 11.1% correspondieron a otras categorías profesionales.

La tasa de respuesta global fue del 15%. Por categoría profesional, las que mayor porcentaje de respuesta obtuvieron fueron los diplomados/as (20.2%) y los médicos/as (15.9%).

Respecto a los datos sociodemográficos de los profesionales encuestados, la distribución por sexo fue un 81.5% de mujeres frente a un 18.5% de hombres. La *media* de edad fue de 41.9 con una *desviación estándar* de 8.86, como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los profesionales encuestados

Sexo	Hombre	43 (18.5%)
	Mujer	190 (81.5%)
Estado civil	Casado/a	133 (58.1%)
	Otros	17 (7.4%)
	Separado/a-divorciado/a	21 (9.2%)
	Soltero/a	58 (25.3%)
Categoría profesional	Aux. Administrativo/a	14 (6%)
	Celador/a	3 (1.3%)
	Enfermera/Matrona/Fisioterapeuta	94 (40%)
	Médico/a	77 (32.8%)
Edad	Otros	26 (11.1%)
	TCAE	21 (8.9%)
	<i>Media ± Desviación</i>	41.9 ± 8.86
Años experiencia	<i>Mediana (Rango intercuartilico)</i>	42 (37 - 48)
	<i>Rango</i>	22 - 60
Años experiencia	<i>Media ± Desviación</i>	17.8 ± 9.08
	<i>Mediana (Rango intercuartilico)</i>	19 (12 - 25)
	<i>Rango</i>	0 - 48

Nota. N=235. TCAE=Técnico en Cuidados Auxiliar de Enfermería. Aux=Auxiliar

Respecto a las experiencias previas, el 31.5% de los profesionales encuestados conocían casos de VPM en su entorno y el 24.7% habían detectado algún caso durante el desempeño de su trabajo. De ellos, el 52.3% habían detectado dos o más casos. Su actuación tras la detección fue la siguiente: el 25.9% no hizo nada, el 24.1% inició el protocolo de actuación establecido en el hospital, el 39.7% derivó a otro profesional y el 19% realizó un parte de lesiones.

Entre los motivos que refieren para no abordar el problema, los más frecuentes son considerar que no cuentan con la formación necesaria (29.5%) o que el problema no es de su competencia (5.1%).

El 79.8% no habían realizado formación. Haber recibido formación se relacionó positivamente con el nivel de conocimientos, con una diferencia estadísticamente significativa ($p = .003$); según se muestra en las figuras 1 y 2.

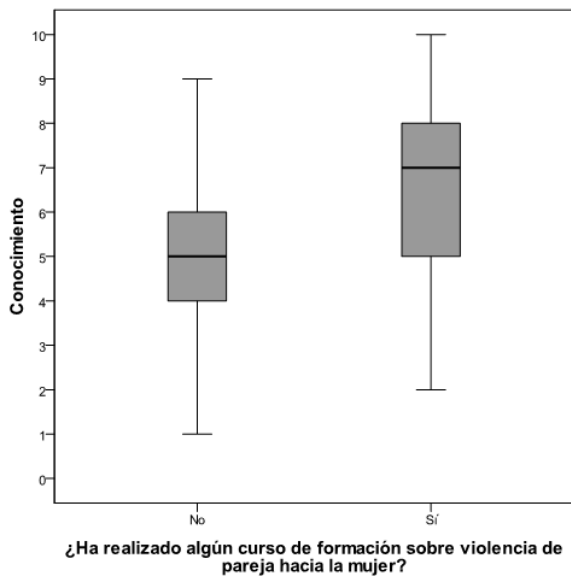


Figura 1. Profesionales sanitarios de atención especializada y su formación en VPM

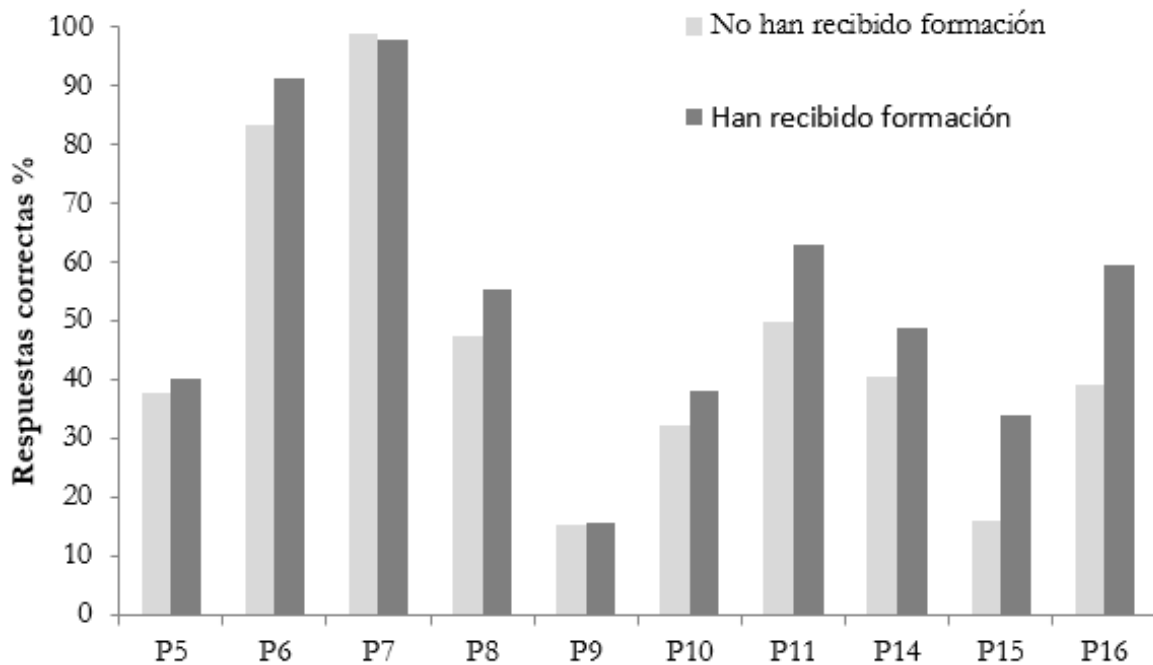


Figura 2. Influencia de la formación de los profesionales encuestados en el nivel de conocimiento.

La *media* del nivel de conocimiento es de $4.79 \pm DE 1.72$. De las 10 preguntas que se refieren al nivel de conocimientos sólo en dos, P-15 y P-16, se encontraron diferencias estadís-

ticamente significativas entre las categorías profesionales ($p = .006$ y $p = .012$ respectivamente), como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Nivel de conocimiento por categoría profesional

	Total	Auxiliar Administrativo/a	Celador/a	Enfermera/ Matrona/ Fisioterapeuta	Médico/a	Otros	TCAE	<i>p-valor</i>
P5. Crees que el significado de "Violencia doméstica; Malos Tratos; Violencia de género"	235	14	3	94	77	26	21	.046
Hay diferencias	89 (38.4%)	6 (42.9%)	1 (33.3%)	41 (43.6%)	27 (36%)	12 (48%)	2 (9.5%)	
Son similares los tres	143 (61.6%)	8 (57.1%)	2 (66.7%)	53 (56.4%)	48 (64%)	13 (52%)	19 (90.5%)	

		Total	Auxiliar Administrativo/a	Celador/a	Enfermera/ Matrona/ Fisioterapeuta	Médico/a	Otros	TCAE	<i>p</i> -valor
		235	14	3	94	77	26	21	
P6. Piensas que la violencia doméstica en nuestra sociedad es un problema:	Algo/ poco frecuente	36 (15.3%)	3 (21.4%)		15 (16%)	12 (15.6%)	5 (19.2%)	1 (4.8%)	.704
	Muy/bastante frecuente	199 (84.7%)	11 (78.6%)	3 (100%)	79 (84%)	65 (84.4%)	21 (80.8%)	20 (95.2%)	
P7. Crees que la mayoría de las/los pacientes que la sufren:	Comunican la situación	3 (1.3%)			1 (1.1%)		1 (3.8%)	1 (4.8%)	.221
	Pasan desapercibidas	232 (98.7%)	14 (100%)	3 (100%)	93 (98.9%)	77 (100%)	25 (96.2%)	20 (95.2%)	
P8. ¿Sabes lo que es el fenómeno "Iceberg" en la violencia doméstica?	No	118 (51.1%)	11 (78.6%)	1 (33.3%)	50 (53.8%)	22 (29.3%)	17 (68%)	17 (81%)	< .001
	Sí	113 (48.9%)	3 (21.4%)	2 (66.7%)	43 (46.2%)	53 (70.7%)	8 (32%)	4 (19%)	
P9. ¿Conoces cuál podría ser el porcentaje de casos que NO son diagnosticados?	10%-70%	186 (84.5%)	13 (92.9%)	2 (66.7%)	76 (84.4%)	58 (80.6%)	21 (91.3%)	16 (88.9%)	.629
	70%-90%	34 (15.5%)	1 (7.1%)	1 (33.3%)	14 (15.6%)	14 (19.4%)	2 (8.7%)	2 (11.1%)	
P10. Sabrías ordenar de más a menos frecuente los tipos de violencia	No	157 (66.8%)	11 (78.6%)	3 (100%)	58 (61.7%)	51 (66.2%)	19 (73.1%)	15 (71.4%)	.638
	Sí	78 (33.2%)	3 (21.4%)		36 (38.3%)	26 (33.8%)	7 (26.9%)	6 (28.6%)	
P11. Se asocian más la violencia doméstica a clases sociales	Altas o bajas	111 (47.6%)	5 (35.7%)	1 (33.3%)	48 (51.6%)	37 (48.1%)	12 (48%)	8 (38.1%)	.791
	Las dos por igual	122 (52.4%)	9 (64.3%)	2 (66.7%)	45 (48.4%)	40 (51.9%)	13 (52%)	13 (61.9%)	
P14. ¿Cuál de estos factores crees que influye más en que exista VPHM?	Nivel sociocultural/ socioeconómico bajo	129 (57.8%)	7 (58.3%)	2 (66.7%)	50 (56.2%)	49 (65.3%)	9 (37.5%)	12 (60%)	.303
	En trámite de separación o divorcio	94 (42.2%)	5 (41.7%)	1 (33.3%)	39 (43.8%)	26 (34.7%)	15 (62.5%)	8 (40%)	
P15. Conoces las repercusiones legales que puede derivar de no declarar la VPHM	No	187 (80.3%)	13 (92.9%)	1 (33.3%)	76 (81.7%)	60 (77.9%)	20 (80%)	17 (81%)	.371
	Sí	46 (19.7%)	1 (7.1%)	2 (66.7%)	17 (18.3%)	17 (22.1%)	5 (20%)	4 (19%)	
P16. Conoces las obligaciones legales de los sanitarios ante la mera sospecha de VPHM	No	133 (56.8%)	12 (85.7%)	1 (33.3%)	47 (50%)	40 (51.9%)	19 (76%)	14 (66.7%)	.021
	Sí	101 (43.2%)	2 (14.3%)	2 (66.7%)	47 (50%)	37 (48.1%)	6 (24%)	7 (33.3%)	
Nivel de conocimiento	<i>N</i>	204	12	3	83	67	22	17	.387
	<i>Media ± Desviación</i>	4.79 ± 1.72	3.83 ± 1.75	5.67 ± 1.53	4.87 ± 1.68	4.96 ± 1.79	4.73 ± 1.52	4.41 ± 1.77	
	<i>Mediana (P25-P75)</i>	5 (4 - 6)	3.5 (2.25 - 5.75)	6 (4 - 7)	5 (4 - 6)	4 (4 - 6)	4.5 (4 - 6)	4 (3 - 6)	
	<i>Rango</i>	1 - 9	1 - 6	4 - 7	1 - 9	1 - 9	2 - 8	2 - 7	

Nota. TCAE= Técnico en Cuidados Auxiliador de Enfermería.

En el trabajo habitual el 36% de los profesionales sanitarios normalmente no mantenían una actitud expectante para diagnosticar estos casos y el 28.9% no se planteaban como diagnóstico diferencial la VPM ante pacientes con lesiones físicas. La mayoría de los encuestados piensan que este problema es muy importante (82.5%) o bastante importante (17.1%). Para el 98.7% estos casos pasan desapercibidos y para el 84.5% no se diagnostican en los hospitales entre el 10% y 70% de los casos que acuden.

El 50.9% creen que no hay consenso en la actuación de los profesionales que participan en la atención sanitaria a estas mujeres. El 49.4% no sabían que existe la Comisión contra la violencia en el hospital, y aunque el 81% sabían que existe protocolo, sólo lo conocían el 20.5% de ellos.

El 86.6% de los profesionales piensan que la VPM puede ser ejercida por cualquier tipo de hombre y el 80.8% que puede afectar a cualquier tipo de mujer, pero se mantienen estereotipos con respecto a la víctima y al maltratador. Así, hay profesionales que consideran que las mujeres maltratadas son, con más frecuencia, personas sin estudios (9%), amas de casa o extranjeras (5.1%) y con respecto al maltratador, que es bebedor (11.3%), consumidor de drogas (1.7%) o que está en paro (.4%).

La práctica totalidad (97.8%) piensa que este problema se ha de solucionar entre todos los profesionales implicados. Los resultados de opinión por categoría profesional se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Opinión por categoría profesional encuestada

		Total	Auxiliar Administrativo/a	Celador/a	Enfermera/ Matrona/ Fisioterapeuta	Médico/a	Otros	TCAE	<i>p</i> -valor
		235	14	3	94	77	26	21	
P12. Según tu opinión, las mujeres que sufren maltrato con más frecuencia son:	Amas de casa o Mujeres sin estudios o Extranjeras	45 (19.2%)	2 (14.3%)	1 (33.3%)	15 (16%)	19 (24.7%)	6 (24%)	2 (9.5%)	.445
	Cualquier tipo de mujer	189 (80.8%)	12 (85.7%)	2 (66.7%)	79 (84%)	58 (75.3%)	19 (76%)	19 (90.5%)	
P13. Habitualmente el maltratador es un hombre:	Bebedor/Consumidor de drogas/En paro	31 (13.4%)	4 (28.6%)		14 (14.9%)	6 (8%)	5 (20%)	2 (10%)	.256
	Como otro cualquiera	200 (86.6%)	10 (71.4%)	3 (100%)	80 (85.1%)	69 (92%)	20 (80%)	18 (90%)	
P17. ¿Crees que es importante el	Algo/Poco importante	1 (.4%)			1 (1.1%)				1

		Total	Auxiliar Administrativo/a	Celador/a	Enfermera/		Otros	TCAE	p-valor
					Matrona/	Fisioterapeuta			
		235	14	3	94	77	26	21	
problema?:	Muy/Bastante importante	233 (99.6%)	14 (100%)	3 (100%)	93 (98.9%)	77 (100%)	25 (100%)	21 (100%)	
P20. ¿Crees que hay consenso en la actuación de todos los profesionales que participan en la atención de la mujer víctima de violencia doméstica?	No	115 (50.9%)	4 (33.3%)	1 (33.3%)	49 (53.8%)	46 (60.5%)	10 (43.5%)	5 (23.8%)	.031
	Sí	111 (49.1%)	8 (66.7%)	2 (66.7%)	42 (46.2%)	30 (39.5%)	13 (56.5%)	16 (76.2%)	
P21. A la hora de identificar y solucionar este problema, crees que es un asunto más de la/los	Policía/ Jueces/ Psicólogos/ Trabajadores sociales/ Sanitarios	5 (2.2%)			2 (2.1%)	2 (2.6%)	1 (4.2%)		.864
	Todos	226 (97.8%)	13 (100%)	3 (100%)	92 (97.9%)	75 (97.4%)	23 (95.8%)	20 (100%)	
P22. ¿Cuál de estas opiniones cree que se adapta más a la situación actual de este problema, en relación con la infradetección?	Mal	185 (79.7%)	12 (85.7%)	1 (33.3%)	73 (78.5%)	64 (83.1%)	21 (87.5%)	14 (66.7%)	.177
	Bien	47 (20.3%)	2 (14.3%)	2 (66.7%)	20 (21.5%)	13 (16.9%)	3 (12.5%)	7 (33.3%)	

Las principales funciones que los profesionales del hospital consideran propias en relación a la asistencia a las mujeres que sufren VPM son: identificar y detectar precozmente los posibles casos (44.7%); escuchar, dar confianza y apoyo, informar, asesorar, derivar a otros profesionales (16.2%); poner en conocimiento de las autoridades, denunciar (14%); comunicación y coordinación con otros profesionales (9.8%); tratar las lesiones físicas y apoyo psicológico (8.1%); protocolo de protección (6.4%); derivar a servicios sociales (3%); formarse para detectarlo y ponerlo en manos de quien corresponda (2.6%); educar desde la infancia y la adolescencia para prevenir estos comportamientos (2.1%).

Para que sus compañeros adquieran mayor grado de concienciación sobre esta problemática, los razonamientos que emplearían serían: es un problema de salud y tenemos obligación de implicarnos como profesionales (23.8%); tenemos que concienciarnos y responsabilizarnos sobre las consecuencias (18.3%); es un problema que puede afectar a cualquier persona y tenemos una obligación moral como personas (14.9%); es un problema frecuente, grave y con necesidad de cambio (14%); es necesaria formación específica (8.5%); es una lacra social, que anula a la persona y la impide mostrar su valía en esta sociedad machista a la que pertenecemos (7.7%); nuestra actuación puede salvar vidas (6.4%); es un problema social importante (5.1%); debemos conocer el protocolo de actuación (3.4%); desamparo de las mujeres y muerte evitable (1.3%); supone alto coste (.4%).

El 42.5% creen que hay problemas organizativos o estructurales en su trabajo que impiden diagnosticar estos casos debidos a la alta presión asistencial (35.3%); al desconocimiento del protocolo y falta de coordinación entre profesionales (31.8%); la falta de formación e información de los profesionales (17.6%); el desconocimiento de los recursos (11.8%); la falta de comunicación con la paciente (3.55%) la excesiva burocracia (2.4%); la pasividad de nuestra sociedad (1.2%).

Lo que proponen los profesionales para cambiar la organización funcional y mejorar la capacidad de detección de mujeres que sufren violencia de pareja incluye: formación (6.8%); mayor tiempo disponible para cada paciente (5.1%);

mejores condiciones que propicien la intimidad de la paciente, sin presencia del agresor (3.4%); más trabajadores sociales, presencia de psicólogo, información sobre el procedimiento a seguir y mayor coordinación interdisciplinar (2.6%); guía breve de actuación y coordinación (1.7%) (Torres Macho et al., 2013); suficiente personal (1.3%); realización de un parte de lesiones específico, formulario de notificación a Atención Primaria.

Discusión

Es preocupante que, a pesar de que la VPM es considerada como un problema de salud pública de proporciones epidémicas y una prioridad a nivel internacional debido al impacto que causa en la salud de quien la padece y de las personas a su cargo, el 25.9% de los profesionales no hizo nada cuando la detectó y un 5.1% piensa que no es su competencia. Estudios previos hacen referencia a que la VPM aumenta el riesgo de mala salud a la vez que empeora la percepción de esta y que los daños físicos o psicológicos aparecen tanto a corto como a medio o largo plazo (Lasheras Lozano et al., 2008; Montero et al., 2011; Polo Usaola et al., 2010; Ruiz-Jarabo Quemada y Blanco Prieto, 2004; Sanz-Barbero, Rey y Otero-García, 2014; Vives-Cases, Ruiz-Cantero, Escriba-Aguir y Miralles, 2011). Además, a mayor duración e intensidad de la violencia, mayor gravedad de los síntomas (Gutmanis, Beynon, Tutty, Wathen y MacMillan, 2007). Según un estudio de la Comunidad de Madrid de las mujeres que refieren haber sufrido lesiones por esta causa, el 12.6% recibieron asistencia sanitaria en urgencias ambulatorias u hospitalarias y refieren mayor morbilidad y, por tanto, mayor utilización de los recursos sanitarios (Lasheras Lozano et al., 2008; Montero et al., 2011; Vives-Cases et al., 2011).

A pesar de las consecuencias que tiene esta problemática para el sistema sanitario, el 79.8% de los profesionales no han recibido formación actualmente y, según nuestro estudio, haber recibido formación se relacionó positivamente con mayor nivel de conocimientos sobre el tema. Este resultado es similar a otros estudios previos en los que el 71.74% no había asistido a ninguna acción formativa sobre violencia

de género y el 89.67% la consideran necesaria (Carmona Franco y Pou Navarro, 2010; Coll-Vinent et al., 2008, p.; Elliott, Nerney, Jones y Friedmann, 2002; Ferrer Pérez, Bosch Fiol y Ramis Palmer, 2008; García Torrecillas, Torío Durántez, Lea Pereira, García Tirado y Aguilera Tejero, 2008). Los factores asociados a mayores niveles de detección de violencia de género en los y las profesionales fueron haber recibido formación en la materia, así como la confianza en la propia habilidad para detectar dichas situaciones (Coll-Vinent et al., 2008, p.; Elliott et al., 2002; Ferrer Pérez et al., 2008; García Torrecillas et al., 2008). La VPM pasa desapercibida para el 98.7% de los profesionales encuestados, resultado que concuerda con estudios previos (Arredondo Provecho et al., 2012, 2008; Pueyo, 2002; Rodríguez-Bolaños et al., 2005; Valdés Sánchez et al., 2016).

Los profesionales cada vez están más concienciados de que su actuación es importante y de que tiene que estar coordinada con otros profesionales implicados para tratar de forma multidisciplinar estos casos. Tienen menos estereotipos y más herramientas de intervención, pero es necesario difundir los protocolos de actuación para que todos los conozcan y los puedan aplicar en su intervención.

Los profesionales manifiestan que la formación es clave para intervenir adecuadamente. Por ello hay que mantenerla dentro de los programas de formación continuada en atención especializada y dentro del plan de formación centralizada de la Comunidad estudiada. Además de seguir realizando sesiones formativas y jornadas que faciliten herramientas de intervención consensuadas y aprobadas por la dirección de cada centro, podría implementarse con talleres prácticos utilizando simulación para favorecer la interrelación entre los profesionales implicados en la asistencia integral a estas situaciones. Desde la formación compartida se fomentaría una visión multiprofesional que ayude a mejorar la coordinación de las actuaciones de forma eficaz. De hecho, el sector sanitario es ideal para contribuir a los esfuerzos de prevención debido a la colaboración multisectorial que lo caracteriza (Dirección General de la Mujer, 2016; Michau, Horn, Bank, Dutt y Zimmerman, 2015).

La *Estrategia madrileña contra la violencia de género (2016-2021)*, además de la formación, promueve la realización de estudios e investigaciones y reforzar la Red de Atención Integral para la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid (Dirección General de la Mujer, 2016) con el objetivo de ofrecer una respuesta sanitaria específica para cada mujer.

Debería incluirse de manera reglada en la formación universitaria de Enfermería, Medicina, Trabajo social, Derecho y Psicología, además de formar parte de los programas de acogida de profesionales en los hospitales a su incorporación al trabajo y para los residentes.

Como limitación del estudio hay que destacar el bajo nivel de participación que obtuvimos en contraposición con el

alto que aparece en otros estudios (Carmona Franco y Pou Navarro, 2010), lo que hace pensar que los profesionales del hospital objeto de estudio no están sensibilizados frente a esta problemática con tanto impacto sanitario o, como refieren otros estudios previos, que tenían falta de motivación al atender esta problemática (Arredondo Provecho et al., 2012, 2008; Méndez-Hernández, Valdez-Santiago, Viniestra-Velázquez, Rivera-Rivera, y Salmerón-Castro, 2003; Pueyo, 2002; Rodríguez-Bolaños et al., 2005; Siendones Castillo et al., 2002; Valdés Sánchez et al., 2016). Pasados 12 años de la entrada en vigor de la Ley Integral contra la violencia de género, el 42.5% de los profesionales encuestados perciben barreras organizativas e institucionales para su detección y abordaje, como en otros estudios previos (Arredondo Provecho et al., 2012, 2008; Pueyo, 2002; Valdés Sánchez et al., 2016).

Difundir las herramientas puestas en marcha, tanto a nivel de la comunidad como del hospital estudiado, podrían favorecer la homogeneización de las actuaciones en el ámbito sanitario y garantizar a las personas que la padecen una atención integral y de calidad complementaria a la que realizan otras instituciones implicadas. Mejorar la coordinación es clave para no revictimizar a estas pacientes.

Es necesario un cambio de actitud en los profesionales y en la sociedad para erradicar este problema, que supone una pérdida de vidas humanas evitables y que supone un coste incalculable. También es necesario aumentar la inversión en programas innovadores, las colaboraciones entre investigadores de diferentes ámbitos y el liderazgo del sector sanitario para «alcanzar un mayor impacto en la prevención primaria» (Michau et al., 2015). El año pasado se cerró con 44 muertes (2 en la Comunidad estudiada) y aunque se han implementado las acciones para proteger a las personas que la padecen en los últimos años, debemos de seguir trabajando.

Las nuevas iniciativas proponen llevar a cabo intervenciones con hombres y chicos jóvenes para cambiar las perspectivas sobre la masculinidad que promueven la violencia (Jewkes, Flood, y Lang, 2014).

Agradecimientos: Elia Pérez Fernández por su aportación al análisis estadístico. Unidad de Investigación, Apoyo Metodológico y Análisis de Datos. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

M^a Concepción Pascual de Torres, por sus aportaciones y dedicación. Enfermera del Hospital Universitario Alcorcón.

Carlos Bermejo Pérez, Susana Blanco Moya y María Ruiz Conejo, por su revisión del texto y correcciones. Alumnos en prácticas del Máster universitario en Comunicación intercultural, Interpretación y Traducción en los Servicios Públicos de la Universidad de Alcalá.

María Gil del Campo, por la revisión final del texto. Traductora EN/FR>ES.

Todos los profesionales del hospital que respondieron a la encuesta y a los implicados en la gestión y distribución de la misma.

References

- Arredondo Provecho, A. B., Broco-Barredo, M., Alcalá-Ponce de León, T., Rivera-Álvarez, A., Jiménez Trujillo, I., & Gallardo-Pino, C. (2012). Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2012. *Revista Española de Salud Pública*, 86, 85-99.
- Arredondo Provecho, A. B., del Pliego-Pilo, G., Nadal-Rubio, M., & Roy-Rodríguez, R. (2008). Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. *Enfermería Clínica*, 18(4), 175-182. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(08\)72192-2](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(08)72192-2)
- Asamblea de Madrid. (20 de diciembre de 2005). Ley 5/2005, de 20 de diciembre, integral contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid. BOE: n.º. 52 de 2 de marzo de 2006. Recuperado a partir de <https://www.boe.es/boe/dias/2006/03/02/pdfs/A08515-08526.pdf>
- Cabrera Mercado, R., & Carazo Liébana, M. J. (2010). *Análisis de la legislación autonómica sobre violencia de género*. Madrid: Ministerio de Igualdad.
- Carmona Franco, A., & Pou Navarro, T. (2010). *Evaluación de la atención sanitaria especializada ante la violencia de género en las Islas Baleares*. Palma de Mallorca: Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum.
- Coll-Vinent, B., Echeverría, T., Farrás, Ú., Rodríguez, D., Millá, J., & Santinà, M. (2008). El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gaceta Sanitaria*, 22, 7-10.
- Cortes Generales. (28 de diciembre de 2004). Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE: n.º. 313 de 29 de diciembre de 2009. Recuperado a partir de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2004/BOE-A-2004-21760-consolidado.pdf>
- de Miguel Luken, V. de. (2015). *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Centro de Publicaciones.
- Dirección General de la Mujer. (2016). *Estrategia madrileña contra la violencia de género*. Recuperado a partir de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DLIBRO+ESTRA+TEGIA+WEB.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352914249737&ssbinary=true>
- Elliott, L., Nerney, M., Jones, T., & Friedmann, P. D. (2002). Barriers to Screening for Domestic Violence. *Journal of General Internal Medicine*, 17(2), 112-116. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.10233.x>
- Ferrer Pérez, V. A., Bosch Fiol, E., & Ramis Palmer, M. C. (2008). La formación de los/as profesionales de la salud para afrontar la violencia contra las mujeres en la pareja. *Clínica y Salud*, 19, 59-81.
- García Torrecillas, J. M., Torío Durán, J., Lea Pereira, M. del C., García Tirado, M. del C., & Aguilera Tejero, R. (2008). Detección de violencia contra la mujer en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 40(9), 455-461. <https://doi.org/10.1157/13126422>
- García-Moreno, C., Pallitto, C., Devries, K., Stöckl, H., Watts, C., & Abrahams, N. (2013). *Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence*. Ginebra, Suiza: World Health Organization.
- Gutmanis, I., Beynon, C., Tutty, L., Wathen, C. N., & MacMillan, H. L. (2007). Factors Influencing Identification of and Response to Intimate Partner Violence: A Survey of Physicians and Nurses. *BMC Public Health*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-12>
- Jewkes, R., Flood, M., & Lang, J. (2014). From Work with Men and Boys to Changes of Social Norms and Reduction of Inequities in Gender Relations: A Conceptual Shift in Prevention of Violence Against Women and Girls. *The Lancet*, 385(9977), 1580-1589. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61683-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61683-4)
- Lasheras Lozano, L., Pires Alcaide, M., Zorrilla Torras, B., Sánchez Gómez, L. M., Seoane Pascual, L., & Morant Ginestar, C. (2008). *Magnitud, impacto en salud y aproximación a los costes sanitarios de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid* (p. 56). Madrid: Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública.
- Méndez-Hernández, P., Valdez-Santiago, R., Viniestra-Velázquez, L., Rivera-Rivera, L., & Salmerón-Castro, J. (2003). Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *Salud Pública de México*, 45, 473-482.
- Michau, L., Horn, J., Bank, A., Dutt, M., & Zimmerman, C. (2015). Prevention of Violence Against Women and Girls: Lessons from Practice. *The Lancet*, 385(9978), 1672-1684. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61797-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61797-9)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017b). Fichas de menores víctimas mortales. Recuperado 30 de marzo de 2017, a partir de <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMenores/home.htm>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017a). Fichas de víctimas mortales por violencia de género. Recuperado 30 de marzo de 2017, a partir de <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/home.htm>
- Montero, I., Ruiz-Perez, I., Martín-Baena, D., Talavera, M., Escribà-Agüir, V., & Vives-Cases, C. (2011). Violence Against Women from Different Relationship Contexts and Health Care Utilization in Spain. *Women's Health Issues*, 21(5), 400-406. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2011.04.003>
- Moreno-Torres Sánchez, J. (2015). *Modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Guía para profesionales y agentes sociales*. Málaga: Save the Children. Recuperado a partir de https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/modificacion_del_sistema_de_proteccion_a_la_infancia_y_a_la_adolescencia.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, A/RES/48/104 § (1993). Recuperado a partir de <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/48/104>
- Organización Mundial de la Salud. (1996). Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública. Resolución WHA49.25. Presentado en 49ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. Recuperado a partir de http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud*. Ginebra, Suiza: Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Recuperado a partir de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO_RHR_HR_P_13.06_spa.pdf?ua=1&ua=1
- Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud. (1998). Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario. Washington. Recuperado a partir de http://www.who.int/gender/violence/violencia_infopack1.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Género y salud: una Guía Práctica para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Salud*. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Pichiule, M., Gandarillas, A., Ordoñez, M., Sonogo, M., Zorrilla, B., Pires, M., ... Polo, C. (2014). *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* (Documento Técnico de Salud Pública). Madrid: Consejería de Sanidad. Dirección General de Atención Primaria. Recuperado a partir de http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DVPM+19112014+definitivo+_2_.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352861196413&ssbinary=true
- Polo Usaola, C., Romero Claver, I., Pires Alcaide, M., García Delgado, C., Arredondo Provecho, A., Muñoz Cano, M., ... Molina Alen, E. (2010). *Guía de actuación especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Madrid: Consejería de Sanidad. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Recuperado a partir de <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017023.pdf>

- Pueyo, J. (2002). La actitud del personal sanitario ante el maltrato contra las mujeres. Presentado en Primeras Jornadas sobre violencia-intrafamiliar, Zaragoza: Universidad de Zaragoza. Recuperado a partir de http://www.unizar.es/sociologia_juridica/viointrafamiliar/pueyo.pdf
- Rodríguez-Bolaños, R. de los A., Márquez-Serrano, M., & Kageyama-Escobar, M. de la L. (2005). Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. *Salud Pública de México*, 47, 134-144.
- Ruiz-Jarabo Quemada, C., & Blanco Prieto, P. (Eds.). (2004). Consecuencias de la violencia sobre la salud de las mujeres: la detección precoz en consulta. En *La violencia contra las mujeres: prevención y detección, cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas* (pp. 103-117). Madrid: Díaz de Santos.
- Sanz-Barbero, B., Rey, L., & Otero-García, L. (2014). Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja. *Gaceta Sanitaria*, 28(2), 102-108. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.08.004>
- Siendones Castillo, R., Perea-Milla López, E., Arjona Huertas, J. L., Agüera Urbano, C., Rubio Gallo, A., & Molina, M. (2002). Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Emergencias*, 14(5), 224-232.
- Torres Macho, J., Fernández Salgado, F., Caballero Romero, A., Migueles Guerrero, C., Gómez Valencia, J., & Villalba Guijarro, N. (2013). *Violencia de pareja hacia las mujeres: guía breve de actuación en los servicios de urgencias hospitalarios* (Violencia de pareja hacia las mujeres) (p. 30). Madrid: Consejería de Sanidad. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Recuperado a partir de <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017382.pdf>
- Valdés Sánchez, C. A., García Fernández, C., & Sierra Díaz, Á. (2016). Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. *Atención Primaria*, 48(10), 623-631. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.01.003>
- Vives-Cases, C., Ruiz-Cantero, M. T., Escriba-Aguir, V., & Miralles, J. J. (2011). The Effect of Intimate Partner Violence and Other Forms of Violence Against Women on Health. *Journal of Public Health*, 33(1), 15-21. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdq101>.

(Artículo recibido: 21-05-2017; revisado: 15-11-2017; aceptado: 23-11-2017)

Anexo 1.

Encuesta sobre sensibilización de los profesionales de atención especializada en Violencia de Pareja Hacia la Mujer modificada a partir de la utilizada en el estudio de Siendones Castillo R, et al. *Violencia doméstica y profesionales sanitarios*

1. ¿Conoces algún caso de violencia de pareja hacia la mujer en tu entorno?

SÍ NO

2. ¿Has detectado en alguna ocasión durante el desempeño de tu trabajo algún caso de violencia de pareja hacia la mujer?

SÍ NO

En caso afirmativo ¿cuántos casos has visto en los últimos 3 meses durante tu jornada laboral? N°.....

¿Cómo actuó?

Inició protocolo de malos tratos Abrió parte de lesiones Derivó a otro profesional No hizo nada

En caso de no abordar el problema ¿cuáles son los motivos?

No tengo la formación necesaria Me preocupa ser llamado/a para testificar No es mi competencia No tengo tiempo suficiente Otros.....

3. ¿Sabías que en tu hospital existe una Comisión contra la Violencia de Pareja hacia la Mujer?

SÍ, ya lo sabía NO, es la primera noticia que tengo del tema

4. ¿Existe un protocolo de actuación para la atención sanitaria a estas pacientes en tu hospital? SÍ NO

4.1. En caso de existir ¿lo conoces? SÍ NO

5. ¿Crees que el significado de «violencia de pareja hacia la mujer»; «malos tratos» y «violencia de género» es el mismo o crees que hay diferencias entre ellos?

Son similares los tres Hay diferencias (explícalo)

6. Piensas que la violencia de pareja hacia la mujer en nuestra sociedad es un problema:

Muy frecuente Bastante frecuente Algo frecuente Poco frecuente

7. ¿Crees que la mayoría de las pacientes que la sufren?:

Comunican su situación Pasan desapercibidas

8. ¿Sabes lo que es el fenómeno «Iceberg» en la violencia de pareja hacia la mujer?

NO SÍ (explícalo)

9. ¿Conoces cuál podría ser el porcentaje de casos que NO son diagnosticados habitualmente?

10 – 30% 30 – 50% 50 – 70% 70 – 90%

10. ¿Sabrías ordenar de más a menos frecuente los tipos de violencia de pareja hacia la mujer? (un 1 para el más frecuente y un 3 para el menos frecuente):

Físico Psicológico Sexual

11. La violencia de pareja hacia la mujer se asocia más a clases sociales:

Altas Bajas Las dos por igual

12. Según tu opinión, las mujeres que sufren violencia de pareja hacia la mujer con más frecuencia son:

Amas de casa Mujeres sin estudios Extranjeras Cualquier tipo de mujer

13. Habitualmente el maltratador es un hombre:

Bebedor Consumidor de drogas En paro «Como otro cualquiera»

14. ¿Cuál de estos tres factores crees que influye más en que exista violencia de pareja hacia la mujer en nuestro medio?

Nivel sociocultural bajo Estar en trámites de separación/Divorcio Nivel socioeconómico bajo

15. ¿Conoces las repercusiones legales que puede derivar de no declarar un caso evidente de violencia de pareja hacia la mujer?

SÍ NO

16. ¿Conoces las obligaciones legales de los sanitarios ante la mera sospecha de un caso de violencia de pareja hacia la mujer?

SÍ NO

17. ¿Crees que es importante el problema de la violencia de pareja hacia la mujer?

Muy importante Bastante importante Algo importante Poco importante

18. En tu trabajo habitual ¿mantienes una actitud expectante para diagnosticar estos casos?

Siempre SÍ Normalmente SÍ Normalmente NO Siempre NO

19. En tu trabajo, ante una paciente con lesiones físicas, ¿te planteas como diagnóstico diferencial la posibilidad de que sea un caso de violencia de pareja hacia la mujer?

Siempre SÍ Normalmente SÍ Normalmente NO Siempre NO

20. ¿Crees que hay consenso en la actuación de todos los profesionales que participan en la atención de la mujer víctima de violencia de pareja?

Siempre SÍ Normalmente SÍ Normalmente NO Siempre NO

21. A la hora de identificar y solucionar este problema ¿quién crees que debería ocuparse del asunto?:

- Policía Jueces Psicólogos Trabajadores sociales Sanitarios Todos

22. ¿Cuál de estas opiniones crees que se adapta más a la situación actual de este problema, en relación con la infradetección? (elija una opción):

A: Creo que las pacientes que sufren violencia de pareja deberían insistir más, tener una postura más firme y solicitar más la ayuda de la sociedad.

B: Creo que es necesario seguir mejorando los sistemas de detección y la coordinación entre los distintos estamentos y profesionales implicados.

C: Estas pacientes piensan que su problema no tiene solución y que la sociedad no las respalda. Creo que ellas necesitarían cambiar este concepto erróneo y deberían darse cuenta de las posibilidades que existen.

D: Creo que las pacientes que sufren violencia de pareja no disponen todavía de las facilidades necesarias y precisan más ayuda.

23. ¿Cuáles crees que son las principales funciones de los profesionales del hospital en el tratamiento de este problema?

24. Si quisieras modificar el comportamiento de los sanitarios, aumentando su grado de concienciación, ¿con qué 3 razonamientos lo harías?

25. ¿Crees que hay problemas organizativos o estructurales en tu trabajo que impiden diagnosticar estos casos?

- NO SÍ ¿por qué?

26. Si pudieras cambiar la organización funcional de tu lugar de trabajo ¿qué harías o cambiarías para mejorar la capacidad de detección de mujeres que sufren violencia de pareja?

27. Categoría profesional a la que perteneces:

- Enfermería Auxiliar de Enfermería Médico/a Matrona Fisioterapeuta Trabajo social
 Celador/a Auxiliar administrativo/a Otras (especificar cuál)

28. Desempeñas tus funciones en:

- Urgencias Hospitalización Servicios especiales Dirección
 Consultas Otros (especificar cuál)

29. Sexo:

- Hombre Mujer

30. Edad:

..... años de experiencia profesional

31. Estado civil:

- Casado/a Soltero/a Viudo/a Separado/a-divorciado/a Otros

32. ¿Has realizado algún curso de formación sobre violencia de pareja hacia la mujer?

- NO SÍ

33. ¿De cuántas horas aproximadamente?

Los datos de la encuesta se contestan de forma anónima, pero sus resultados se podrán difundir públicamente.

Muchas gracias por su participación.