



UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**Estudio de la Opinión de Profesionales
Sanitarios sobre la Violencia de género**

D^a. Maravillas Doris Torrecilla Hernández

2016

**UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



TESIS DOCTORAL

**“Estudio de la opinión de profesionales sanitarios
sobre la violencia de género”**

Tesis Doctoral para optar al Título de Doctora, en investigación en Cuidados de Enfermería, por la universidad de Murcia, realizado por:

D^a. Maravillas Doris Torrecilla Hernández

Dirigida por:

Dra. Dña. Florentina Pina Roche

Dra. Dña. Matilde Campos Aranda

Murcia,
2016

*A toda mi familia.
Especialmente a mi madre Dori,
y a mi padre Juan Ramón.*

*Y a todas las personas
que defienden
la dignidad humana,
contribuyendo
en la construcción de
una sociedad
pacífica y respetuosa.*

Agradecimientos

Quiero agradecer muy especialmente esta tesis doctoral a mis directoras. A Matilde Campos Aranda por su dedicación, compromiso y afecto. A su lado, se aprende ciencia y también valores de calidad humana. Asimismo, agradecer a Florentina Pina Roche su confianza en el proyecto, movilización de recursos, y supervisión para el desarrollo de esta tesis doctoral.

Además, me siento muy agradecida por la colaboración del grupo de investigación E063-04 para la recolección de los datos de esta investigación, pues han supuesto un apoyo imprescindible, para el avance de este proyecto.

Del mismo modo, expresar mi más profunda gratitud a todos los profesionales de enfermería y medicina, que han participado de forma altruista en virtud de este ejercicio de autoconocimiento como colectivo profesional. Con el cual, se ha pretendido identificar nuestras debilidades, para objetivarlas como oportunidades de mejora, y quizás concebir como alcanzable, una mejor versión de nosotros mismos.

También, agradezco a mi familia y amigos, sus palabras de apoyo y ánimo, su compañía y confianza en mi capacidad para conseguir alcanzar esta nueva meta.

Por último, manifiesto mi gratitud hacia la Facultad de Enfermería y a la Universidad de Murcia por la implantación y desarrollo de los Programas de Doctorado, que nos brindan la posibilidad de continuar con nuestro desarrollo profesional.

Resumen

La violencia de género es un problema de salud pública. Los profesionales sanitarios tienen una responsabilidad legal y asistencial respecto a esta problemática. Concretamente, los profesionales de enfermería y medicina ocupan una posición privilegiada para una adecuada identificación de las víctimas de violencia de género, y de este modo poder derivar al resto de profesionales y ámbitos implicados.

El objetivo es estudiar, las opiniones de los profesionales de medicina y enfermería, sobre violencia de género, y valorar la influencia de las características sociodemográficas, los conocimientos y las experiencias en violencia de género, en dichas opiniones. Para ello, se realiza un estudio observacional trasversal, mediante la cumplimentación de un cuestionario basado en la versión propuesta por Ferrer et al.(2006), del *Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y la Violencia* (IPDMV), de Echeburúa y Fernández-Montalvo, con modificaciones.

Los resultados muestran que más de un 17% de profesionales de enfermería y medicina, no rechazan rotundamente la violencia psicológica contra la mujer. Siendo, mayor el porcentaje de hombres (25%), que el de mujeres (10%), y entre quienes no han detectado algún caso de violencia de género. Además, más del 28% no rechazan rotundamente el uso de la violencia física, la justifican culpabilizando a las mujeres de la situación y minimizando la importancia de la violencia de género. Siendo superior el porcentaje de hombres (33%), frente al de mujeres (25%). Además, más de un 5% de estos profesionales, no rechazan rotundamente la violencia sexual contra la mujer. Siendo superior el porcentaje de hombres (11%) que el de mujeres (3,5%), y entre quienes no tienen pareja, y entre los que no conocen el protocolo de actuación ante la violencia de género.

Asimismo, más del 92% no rechazan rotundamente la opinión sobre el consentimiento de las mujeres de sufrir violencia de género. Siendo más del 44% quienes tienen opiniones que culpabilizan las mujeres víctimas por permitir la situación de violencia de género. Siendo superior el porcentaje entre los que el sustento familiar, depende sólo de su sueldo, entre los que no han recibido formación

específica y entre quienes no conocen el protocolo de actuación ante la violencia de género.

Además, más del 47% tienen opiniones que tipifican en cierto grado la violencia de género. De ellos, más del 18% sostienen tópicos sobre ella. Siendo mayor el porcentaje entre quienes no han detectado algún caso de violencia de género, entre los que no conocen el protocolo específico y entre los que no han recibido formación específica.

Los profesionales sanitarios deben constituir modelos de tolerancia cero frente a la violencia de género, sin embargo, encontramos opiniones con cierta permisibilidad de los aspectos básicos de la violencia de género, y cierta aceptación de mitos y estereotipos sobre este problema. Ello implica la normalización de la situación de maltrato, que puede obstaculizar la identificación de casos de violencia de género. Además, el mayor porcentaje de opiniones que rechazan rotundamente estos aspectos, se encuentran entre profesionales sanitarias mujeres, y entre quienes tienen conocimientos, formación específica y han detectado casos de violencia de género, lo que muestra la importancia de las campañas de sensibilización y formación específica, concediéndoles perspectiva de género.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1	MARCO TEÓRICO	17
1.1	<u>Introducción</u>	19
1.2	<u>Conceptualización de la violencia de género</u>	21
1.2.1	Aproximación al concepto de violencia de género	23
1.2.2	Características de la violencia de género.....	25
1.2.2.1	<i>Clasificación</i>	25
1.2.2.2	<i>Causas</i>	26
1.2.2.3	<i>Fases de la violencia de género</i>	29
1.3	<u>Justificación de la violencia de género como problema de salud</u>	30
1.3.1	Magnitud del problema.....	31
1.3.1.1	<i>Evolución de la violencia de género en España</i>	32
1.3.2	Severidad del problema	38
1.3.2.1	<i>Efectos de la violencia de género en la salud de las mujeres</i>	38
1.3.2.2	<i>Efectos de la violencia de género en la salud de las hijas e hijos</i>	42
1.3.3	Vulnerabilidad a intervenciones.....	43
1.3.3.1	<i>Elementos facilitadores para la atención a víctimas de violencia de género</i>	43
1.3.3.2	<i>Limitaciones y dificultades para la atención a víctimas de violencia de género</i>	44
1.3.4	Factibilidad de las soluciones.....	48

1.4 <u>Consideraciones ético-legales</u>	50
1.4.1 Normativa del ámbito judicial sobre la violencia de género	50
1.4.2 Implicaciones ético-legales de los profesionales sanitarios en la atención a las mujeres víctimas de violencia de género	51
1.5 <u>Profesionales sanitarios y violencia de género</u>	54
1.5.1 Evidencias científicas sobre los profesionales sanitarios en relación a la violencia de género	55
CAPÍTULO 2 OBJETIVOS	67
2.1 <u>Objetivos</u>	69
CAPÍTULO 3 MARCO METOLÓGICO	71
3.1 <u>Diseño del estudio</u>	73
3.1.1 Población, muestra	73
3.1.2 Tipo de estudio	74
3.1.3 Instrumento	74
3.1.4 Análisis factorial aplicado al cuestionario IPDMV adaptado	75
3.1.5 Criterios de inclusión	76
3.1.6 Criterios de exclusión	76
3.2 <u>Procedimiento para la recopilación de datos</u>	76

3.3 <u>Procedimiento para el análisis de los datos propuestos</u>	78
3.4 <u>Aspectos éticos</u>	78
CAPÍTULO 4 RESULTADOS	81
4.1 <u>Descriptiva de los datos sociodemográficos</u>	83
4.2 <u>Descriptiva los conocimientos y experiencias en violencia de género</u>	89
4.3 <u>Resultados del estudio de los factores para el IPDMV adaptado</u>	94
4.3.1 <u>Violencia psicológica</u>	94
4.3.2 <u>Violencia sexual</u>	96
4.3.3 <u>Violencia física</u>	97
4.3.4 <u>Culpabilización de las mujeres por permitir la violencia de género</u>	99
4.3.5 <u>Tipificación de la violencia de género</u>	101
4.4 <u>Influencia de las variables sociodemográficas conocimientos y experiencias sobre violencia de género en los factores estudiados</u>	103
4.5 <u>Resultados del estudio de los factores para el IPDMV adaptado en función del sexo</u>	119

CAPÍTULO 5	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	127
5.1	<u>Discusión de los resultados</u>	129
5.2	<u>Limitaciones del estudio</u>	146
5.3	<u>Perspectivas de futuro</u>	146
5.4	<u>Conclusiones</u>	148
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	151
	ANEXOS	175



CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

1.1 Introducción

Es conocido el impacto de la violencia sobre la salud y la importancia de la actuación de los servicios sanitarios¹⁻⁵. Una de las dificultades que plantea el abordaje de la violencia como problema de salud es la amplia variedad de tipos de violencia que pueden tener lugar en una comunidad.

Autores como Alonso y Castellanos⁶ defienden la utilización de la denominación “violencia familiar” como una perspectiva útil de estudio y de intervención, ya que hace referencia a las distintas formas de relación abusiva que caracterizan de modo permanente o cíclico al vínculo intrafamiliar y nombra, por tanto, a todas las formas de maltrato que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia: contra los niños, la pareja y las personas mayores.

Así, el maltrato infantil puede aparecer junto a la existencia de violencia de género, ya que aunque puede darse como fenómenos aislados, también los podemos encontrar como vivencias relacionadas como muestran distintos estudios⁷⁻⁹. La visibilización del maltrato ejercido por un hombre violento sobre una mujer pacífica en una relación de pareja heterosexual, no debe suponer la desatención, desenfoque e invisibilización de fenómenos y procesos de violencia en parejas no estándar, como las de tipo gay o lésbico¹⁰ o en una dirección no normal de mujer a hombre¹¹. Incluida en esta perspectiva de violencia familiar, encontramos también la existencia de maltrato a las personas mayores^{12,13}.

Dentro de este enfoque global, se necesita comprender la particularidad de la violencia contra las mujeres dentro del ámbito familiar caracterizada como violencia de género; ésta es definida por Gimeno. y Barrientos. como una de las formas de control que utilizan los hombres hacia las mujeres, tiene un carácter estructural y está determinada por factores de desigualdad histórica, es una

violencia especial y particular distinta a otros tipos de violencia y necesitada, por tanto, de soluciones y políticas específicas¹⁴.

La violencia contra las mujeres en el ámbito familiar, caracterizada como violencia de género es un problema de salud¹⁵. Existen numerosas evidencias científicas sobre el uso de los servicios sanitarios por parte de mujeres maltratadas, incluyendo servicios de Atención Especializada¹⁶ y consultas de Atención Primaria¹⁷⁻²⁰.

Por tanto, los profesionales sanitarios pueden contribuir en la prevención de la violencia de género; a través de actuaciones de sensibilización, mediante su propia formación continuada, detección precoz, también con actuaciones de salud comunitaria y educación para la salud. Además, mediante la detección de la situación de violencia de género se motiva la adecuada valoración, atención y seguimiento de su estado de salud y contribuye a la colaboración con otros profesionales e instituciones para poner fin a las relaciones de violencia²¹.

La violencia de género es un fenómeno complejo, para su abordaje, requiere de los profesionales sanitarios el uso del modelo de atención integral con valoración biopsicosocial^{21,22}, y la comprensión de la atención sanitaria con perspectiva de género^{23,24}. Como afirma Rodríguez, si pasa desapercibida la relación entre la falta de salud de las mujeres como consecuencia de ser víctimas de violencia de género, sin ser identificadas como tales, se produce la “medicalización” de esta problemática²⁵.

Dada la importancia de la atención de los profesionales sanitarios hacia la identificación del diagnóstico diferencial de “violencia de género”, esta tesis doctoral pretende identificar el conocimiento, la experiencia y las actitudes de los profesionales de medicina y enfermería, y qué características las condicionan en relación a la violencia de género, ya que es conocida la existencia de factores

sociales, como son los mitos y estereotipos creados por la cultura, que condicionan el reconocimiento de la violencia de género y suponen un obstáculo para su atención²².

Por tanto, esta investigación tiene como finalidad estudiar la aceptación de creencias erróneas acerca de la mujer y el uso de la violencia, procedentes del contexto sociocultural en el cual están inmersos los profesionales sanitarios como individuos, pero que pueden condicionarles como profesionales en la atención a mujeres víctimas de violencia de género.

1.2 Conceptualización de la violencia de género

A continuación, se expone la definición del concepto de la violencia de género y una breve exposición sobre; su origen a través de varios modelos explicativos, características y formas de manifestación.

1.2.1 Aproximación al concepto de violencia de género

El fenómeno de la violencia hacia las mujeres se encuentra definido por diferentes términos. A continuación, se expone una revisión relativa a los diferentes términos empleados por los distintos organismos nacionales e internacionales, que hacen referencia a este fenómeno.

Tabla 1. Definiciones de distintos organismos.

ORGANISMOS INTERNACIONALES	
ORGANISMO	DEFINICIÓN
<p>Convención de Belén, suscrita por la Organización de Estados Americanos (OEA) en Junio de 1994.</p>	<p>Artículo 1: Para los efectos de esta convención debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.</p> <p>Artículo 2: Se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica: 1) Que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual; 2) Que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y 3) Que sea perpetrada o tolerada por el estado o sus agentes, donde quiera que ocurra.</p>
CONCEPTO	
Violencia contra la mujer	
ORGANISMO	DEFINICIÓN
<p>Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución de 20-12-1993 (ONU, 1994)</p>	<p>Todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada. Incluyendo la violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionado con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia relacionada con la explotación; la violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros ámbitos, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada; y la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, donde quiera que ocurra.</p>
CONCEPTO	
Violencia de género	
ORGANISMO	DEFINICIÓN
<p>Consejo de Europa, Julio de 2002 (Consejo de Europa. Asamblea Parlamentaria, 2002)</p>	<p>La violencia doméstica es un tipo de comportamientos abusivos (abusos físicos, sexuales o emocionales) perpetrados por un miembro de la pareja sobre el otro para conseguir o mantener el control. Sucede en la casa familiar y a veces también se ven involucrados los hijos u otros miembros de la familia.</p>
CONCEPTO	
Violencia Doméstica	

Fuente: Adaptado de González Lozano M.P.2009.²⁶

Tabla 1. (Continuación) Definiciones de distintos organismos.

ORGANISMOS INTERNACIONALES	
ORGANISMO	DEFINICIÓN
Asociación Americana de Psicología (Walker, 1999)	Un patrón de conductas abusivas que incluye un amplio rango de maltrato físico, sexual y psicológico, usado por una persona en una relación íntima contra otra, para ganar poder o para mantener el abuso de poder, control y autoridad sobre esa persona.
CONCEPTO	
Violencia, maltrato doméstico	
ORGANISMOS NACIONALES	
ORGANISMO	DEFINICIÓN
I Congreso de Organizaciones Familiares celebrado en Madrid en diciembre de 1987 (Torres y Espada, 1996)	Toda acción u omisión de uno o varios miembros de la familia que dé lugar a tensiones, vejaciones u otras situaciones similares en los diferentes miembros de la misma.
CONCEPTO	
Violencia familiar	
ORGANISMO	DEFINICIÓN
Instituto de la Mujer (Díaz-Aguado, Martínez- Arias, 2002)	Cualquier definición de violencia doméstica debe contener los siguientes elementos: -Ejercicio de violencia física, sexual y/o psicológica.- Practicada por la/el cónyuge o excónyuge, pareja de hecho, expareja o cualquier otra persona con la que la víctima forme o haya formado una unión sentimental o por cualquier otro miembro de la unidad familiar. -El agresor está en una situación de dominio permanente, en los casos en que la víctima es la mujer. -Habitualidad en el caso de la violencia psicológica, es decir, reiteración de los actos violentos.
CONCEPTO	
Violencia doméstica	
ORGANISMO	DEFINICIÓN
Disposiciones generales. Jefatura de estado. La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, Ley de medidas de protección integral y contra la VG ²⁷	Artículo 1.1. La define como la manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia, comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad ²⁷ .
CONCEPTO	
Violencia de Género	

Fuente: Adaptado de González Lozano M.P. (2009).²⁶

Con la finalidad de clarificar la definición operativa del constructo objeto de estudio de esta tesis doctoral, se exponen las diferencias relativas a los distintos términos utilizados para denominar este fenómeno.

Tabla 2 Términos y definición.

Término	Definición
<p>Violencia doméstica</p>	<p>Hace referencia a la violencia llevada a cabo en un lugar físico como es el lugar común. Lo relevante en esta expresión es el escenario en el que suelen cometerse las agresiones, que en este caso es el hogar. Con este concepto este tipo de violencia puede ser utilizada para hacer referencia a las agresiones que le hagan tanto a la mujer como contra a otras personas que conviven bajo el mismo techo.</p>
<p>Violencia familiar</p>	<p>Es la violencia llevada a cabo en el propio medio familiar y dirigidas, sobre personas que tienen entre sí relaciones de parentesco, generalmente las víctimas suelen ser los miembros más vulnerables de la misma; es decir menores, mujeres y mayores y con manifestaciones muy variadas en forma de agresiones físicas, psicológicas, sexuales y de otro tipo.</p>
<p>Violencia de pareja</p>	<p>Aquellas agresiones que tiene lugar en el ámbito privado en el que el agresor o agresora, tiene una relación de pareja con la víctima.</p>
<p>Violencia de género o violencia machista</p>	<p>Es un tipo de violencia específica que es ejercida exclusivamente por el hombre sobre la mujer y, que se traduce como el mecanismo utilizado por el hombre como resultado de su tradicional situación de sometimiento de la mujer al hombre en las sociedades de estructura patriarcal. La causa no es biológica ni familiar, es la existencia de una desigualdad social de tipo estructural.</p>

Fuente: Casado Blanco, Mariano. 2008.²⁸

Encontramos diversas formas de abordar el fenómeno multidimensional de la violencia, como afirma Jhonson²⁹ en González²⁶ la utilización del lenguaje puede tener profundos efectos en la sociedad, dependiendo de la perspectiva teórica con la que se enfocan las investigaciones a la hora de definir las, se visibilizan ciertos aspectos de la realidad y se desatienden otros, que pueden ser necesarios igualmente en el desarrollo de propuestas sociales y políticas. El concepto de la violencia contra las mujeres caracterizada como violencia de género, queda definido en la tabla 1 por lo expuesto en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, Ley de medidas de protección integral y contra la violencia de género²⁷. Así como en la tabla 2, en la cual queda reflejado el reconocimiento de la particularidad del concepto de violencia de género, para el abordaje de esta específica violencia contra las mujeres. La premisa de la violencia de género es que tiene como fin controlar a la mujer y mantenerla en una posición de subordinación³⁰.

1.2.2. Características de la violencia de género

A continuación, se expone una breve alusión sobre; las diversas formas de manifestación que comprende la violencia de género, modelos explicativos sobre su origen y las fases del proceso de la violencia de género.

1.2.2.1 Clasificación

Para exponer los distintos tipos de manifestación de la violencia se menciona lo expuesto por el protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012²² que informa sobre:

- Violencia física (VF): Comprende cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza.

- Violencia sexual (VS): Ocurre siempre que se impone a la mujer, mediante el chantaje, las amenazas o la fuerza, un comportamiento sexual contra su voluntad, se produzca por parte de su pareja o por otras personas. Se puede manifestar como:
 - Violencia sexual que no implica contacto corporal.
 - Violencia sexual con contacto corporal.
 - Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.
- Violencia psicológica (VP): Conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona, y que tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener su pareja.

Además de diferenciar estos tipos de violencia, el nombrado protocolo advierte lo siguiente:

“Es importante tener presente que cualquiera de las formas de violencia de género que se ejerza, tiene consecuencias en todas las dimensiones de la salud: física, psicológica, sexual, reproductiva y social”.

Autores como Casado²⁸ incluye también como manifestación de este fenómeno la “violencia ambiental” entendida como romper objetos, destrozarse enseres y la “violencia patrimonial” que conlleva la privación de bienes y medios necesarios para su vida habitual, control de dinero e impedimento de disponer de él.

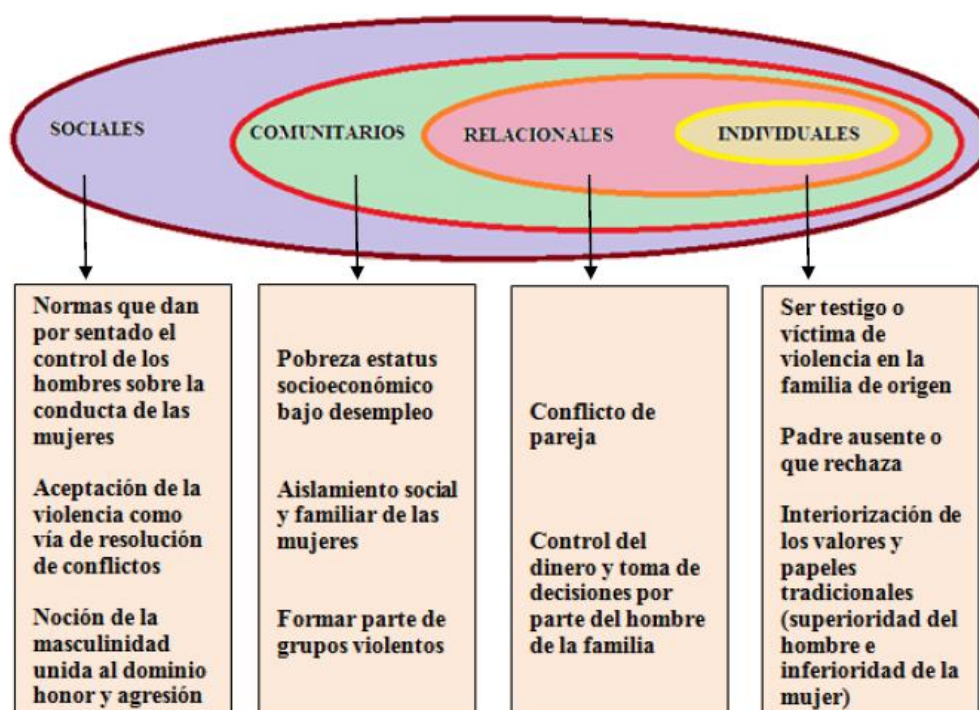
1.2.2.2 Causas

En cuanto a los modelos explicativos acerca del origen de este fenómeno, cabe destacar la revisión teórica realizada por las autoras Alencar-Rodrigues y Cantera³¹,

acerca de los diferentes modelos explicativos sobre la violencia de género en la pareja. Incluyen la teoría biológica, generacional, sistémica y la perspectiva de género; estos modelos concluyen que el acoplamiento de la perspectiva de género al modelo ecológico, supone una combinación de enfoques teóricos, que ofrece un mejor entendimiento sobre la violencia de género en la pareja.

A modo de ejemplo de marco ecológico, dada su relevancia e influencia como marco referencial de análisis, cabe mencionar el propuesto por Heise, Ellsberg, Gottemoeller³², que plantean para el estudio y la comprensión de la violencia contra las mujeres, “un marco ecológico integrado” frente al abordaje epidemiológico clásico de “factores de riesgo”, que estudian las dimensiones que se mencionan en la figura 1, actúan en cuatro ámbitos: individual, familiar, comunitario y sociocultural.

Figura 1



Fuente: .Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women,1999³²

Como ejemplo de modelo que atiende la multicausalidad de este fenómeno y que aplica perspectiva de género, se encuentra el realizado por Bosch y Ferrer³³

proponen un modelo de “estructura piramidal” aplicable a cualquier tipo de violencia contra la mujer, que distingue los elementos causales de los elementos desencadenantes. Este modelo pretende identificar las claves explicativas de aquellos varones que perpetúan la violencia de género y analizan las diferencias con aquellos otros que no lo hacen, consta de cinco escalones:

Figura 2



Fuente: adaptado de Bosch E. y Ferrer V., 2013.

Con el concepto de “sociedad patriarcal” se hace referencia a la estructura social de desequilibrio de poder y privilegios en favor de los hombres, y el conjunto de creencias y actitudes que legitiman dicho sistema de organización. En cuanto a los “procesos de socialización diferencial” mencionan cómo los mandatos de género tradicionales, determinan los modelos de masculinidad y feminidad, condicionan la vivencia de la relación de pareja, y contribuyen a la aparición de la violencia de género. Por otra parte, a través de “expectativas de control” aluden a cómo los varones que asumen el mandato de género masculino tradicional consideran legítimo el resultado de control sobre las mujeres. Mediante “eventos desencadenantes” mencionan acontecimientos personales, sociales, o político-religiosos, que aunque no son causantes en sí mismos de la violencia contra las mujeres, facilitan su aparición, porque activan el miedo de los varones que maltratan a perder el control sobre las mujeres. Mediante el “estallido de la violencia” el maltratador usa la violencia para recuperar el control³³.

En cuanto a las claves explicativas que diferencian a los varones que perpetúan la violencia de género de aquellos otros que no lo hacen son; el rechazo al uso de la violencia, y la renuncia a los privilegios de los mandatos de género masculino³³.

1.2.2.3 Fases de la violencia de género

Las fases del proceso de la violencia de género en la pareja fueron descritas por Leonor Walker³⁴, mediante la Teoría del Ciclo de la Violencia. Este fenómeno comprende tres fases, que se encuentran referenciadas en el “*Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. 2012*”²², y son las siguientes:

- *“Acumulación de tensión: Se caracteriza por una escalada gradual de la tensión, donde la hostilidad del hombre va en aumento sin motivo comprensible y aparente para la mujer. Se intensifica la violencia verbal y pueden aparecer los primeros indicios de violencia física. Se presentan como episodios aislados que la mujer cree puede controlar y que desaparecerán. La tensión aumenta y se acumula.”*
- *“Explosión o agresión: Estalla la violencia y se producen agresiones físicas y/o psicológicas y/o sexuales. Es en esta fase donde la mujer suele denunciar o pedir ayuda.”*
- *“Calma o reconciliación o «luna de miel»: En esta fase el agresor manifiesta que se arrepiente y pide perdón a la mujer. Utiliza estrategias de manipulación afectiva (regalos, caricias, disculpas, promesas) para evitar que la relación se rompa. Por lo tanto, esta estrategia por parte de la pareja, provoca que la mujer, termine pensando que todo cambiará”.*

Además, del carácter cíclico de la violencia, es característico su aparición sutil y progresiva, se produce una escalada, un aumento de la intensidad, la fase de reconciliación tiende a desaparecer quedando sólo las fases de tensión y de agresión. Esta característica dificulta la identificación temprana de la violencia no llegando a ser percibida hasta alcanzar niveles más severos^{22,23}.

1.3 Justificación de la violencia de género como problema de salud.

Los fenómenos violentos están presentes en diversas situaciones de los seres humanos. La violencia genera un impacto sobre la salud y es conocida la importancia de la implicación de los servicios sanitarios¹⁻⁵. En 1996, la 49.a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA49.25, que declara la violencia como un problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo. Esta resolución resalta las graves consecuencias de la violencia, tanto a corto como a largo plazo, para los individuos, las familias, las comunidades y los países, y resalta los efectos perjudiciales de la violencia en los servicios de atención de salud³.

En el informe mundial sobre la violencia y la salud, realizado por Krug, Dahlberg, Mercy, y Zwi. en 2003⁵, Harlem como directora entonces de la Organización Mundial de la Salud afirma lo siguiente:

“El informe nos lanza también un reto en muchos terrenos. Nos obliga a ir más allá de nuestro concepto de lo aceptable y cómodo para cuestionar la idea de que los actos violentos son meras cuestiones de intimidad familiar o de elección individual, o bien aspectos inevitables de la vida. La violencia es un problema complejo, relacionado con esquemas de pensamiento y comportamiento conformados por multitud de fuerzas en el seno de nuestras familias y comunidades, fuerzas que pueden también traspasar las fronteras nacionales. El informe nos insta a trabajar con colaboradores diversos y a adoptar una estrategia preventiva, científica e integral⁴”

En otro sentido, el impacto de la violencia contra las mujeres fue reconocido por la ONU³⁵ en 1995 en la declaración de Beijing como un obstáculo para lograr los objetivos de igualdad, desarrollo y paz y una grave limitación para el disfrute de los derechos humanos y libertades fundamentales.

También es reconocida como un grave problema de salud pública por la OPS/OMS⁵ en 2002, y considerada atentado contra los derechos humanos por el Consejo de Europa³⁶ en 2009. Se trata de un problema de salud, por tanto, los profesionales de la salud ocupan una posición fundamental para la detección y atención de este problema.

A continuación, para determinar la importancia de la violencia de género como problema de salud, se desarrollan una serie de argumentos basados en el método Hanlon, cuya finalidad consiste en determinar la prioridad de esta situación, mediante la justificación del porqué debe ser abordada y la capacidad de afrontamiento, desde los servicios sanitarios a ésta. Para ello, se especifica; la magnitud del problema de salud en cuestión; su severidad debido a las repercusiones que genera como impedimento para la salud; la vulnerabilidad a intervenciones, entendida como la capacidad de los profesionales sanitarios para contribuir a su resolución; y factibilidad de las soluciones al problema, que supone la aplicabilidad de las competencias identificadas, para hacer posibles las soluciones³⁷.

1.3.1 Magnitud del problema.

La ocurrencia de la violencia contra la mujer, tiene lugar con independencia de la nacionalidad, cultura, raza, clase social y religión de las mujeres, como se afirma en el “Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer” realizado por la ONU³⁸ en 2006.

En un informe de la OMS³⁹ publicado en 2013, se afirma que el 35% de las mujeres a nivel mundial han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja o de violencia sexual por parte de personas distintas de su pareja. Casi un tercio (el 30%) de todas las mujeres del mundo que han mantenido una relación de pareja han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su

pareja, esta cifra puede llegar a ser de hasta el 38% en algunas regiones. También informa sobre el hecho de que a nivel mundial, el 38% del número total de homicidios femeninos se debe a la violencia conyugal, una cifra muy alarmante.

1.3.1.1 Evolución de la violencia de género en España.

El organismo encargado de visibilizar la dimensión y características de la violencia contra las mujeres en el ámbito familiar es el Instituto de la Mujer, que pertenece al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Se da a conocer la magnitud, mediante las investigaciones de SIGMA DOS, en la cuales más de veinte mil mujeres fueron encuestadas por teléfono en 1999 y 2002 y más de treinta mil en 2006 ⁴⁰.

En 2011 la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, realizó la Macroencuesta de Violencia de Género en base al convenio con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). En esta ocasión, se entrevistó a cerca de ocho mil mujeres. Las entrevistas fueron presenciales, realizándose en el domicilio de las mujeres encuestadas⁴¹.

Los resultados revelan que en 1999 el 5,1% de las mujeres encuestadas, refieren haber sufrido maltrato de género alguna vez en su vida, en 2002 el 6,2%, en 2006 el 6,3% y en 2011 el 10,9%⁴¹.

Entre los años 2006 y 2011 aunque debe tenerse en cuenta el cambio metodológico en la forma de recogida de información, ha aumentado de forma importante el porcentaje de mujeres que dicen haber sufrido violencia de género en algún momento de su vida, pero la mayor parte de ese incremento se debe a las que indican que ya no lo están sufriendo, ya que en 1999 encontramos el 2,9% de

mujeres que ya no sufren maltrato en 2002 el 3,9% en 2006 el 4,2 y en 2011 el 7,9%⁴¹.

En 2015 a través del CIS, se realiza otra macroencuesta de violencia contra la mujer que incluye 10.171 entrevistas presenciales a mujeres representativas de la población femenina de 16 y más años residente en España, se incluye por primera vez a menores. Siguiendo las recomendaciones internacionales, se utiliza un nuevo cuestionario que diferencia los tipos de violencia en 5 bloques; violencia psicológica de control, violencia psicológica emocional, violencia económica, violencia física y violencia sexual. También, se hace medición por primera vez en España de la violencia física y sexual que sufren las mujeres fuera del ámbito de la pareja o expareja⁴².

A continuación, en la tabla 3 teniendo en cuenta dichas modificaciones, se exponen los resultados con la finalidad de reflejar el porcentaje de mujeres que manifiestan haber sufrido, alguno de los tipos de violencia mencionados por parte de su pareja o expareja en algún momento de su vida y las que lo sufren aún durante este último año.

Así, cabe destacar, que este último año del total de mujeres de 16 o más años residentes en España, han sufrido violencia física y/o sexual el 2,7%, violencia psicológica de control 9,2%, violencia psicológica emocional 7,9%, violencia económica 2,5% por parte de su pareja o expareja⁴².

Tabla 3.
Resultados Macroencuesta violencia contra la mujer de alguna pareja o expareja, 2015.

Tipo de violencia	% Del total de mujeres de 16 o más años residentes en España. Violencia de sus parejas o exparejas		% Del total de mujeres de 16 o más años residentes en España. Violencia de su pareja actual	
	en algún momento de su vida	en los últimos 12 meses	en algún momento de su vida	en los últimos 12 meses
física y/o violencia sexual	12,5%	2,7%	2,9%	1,9%
física	10,3%	1,8%	1,9%	1,1%
Sexual	8,1%	1,4%	1,8%	1%
Miedo de sus parejas o exparejas	13%	-	2,9%	-
psicológica de control	25,4%	9,2%	11,9%	9,5%
psicológica emocional	21,9%	7,9%	9,3%	7,4%
Económica	10,8%	2,5%	3,3%	2,3%

Fuente: Adaptado de Macroencuesta De Violencia Contra La Mujer 2015⁴².

Por otra parte, el porcentaje de mujeres que consiguen salir de la violencia de género ha aumentado respecto a 2011, ya que la diferencia entre las mujeres que han sufrido violencia de género alguna vez en su vida y las que no lo han sufrido el último año, asciende al 77,6% habrían salido de la violencia de género en 2015 en comparación con el 72,5% de la macroencuesta de 2011⁴².

Además, para reflejar la dimensión de esta problemática a nivel nacional se muestra lo expuesto en el portal estadístico de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad⁴³, con el que se da a conocer la ocurrencia de este fenómeno a través distintos ámbitos de análisis.

A continuación, mediante la figura 3 se muestra el número de denuncias por violencia de género desde el 1 de enero de 2009 hasta el 31 de diciembre de 2015 a nivel nacional⁴³. Se aprecia un descenso del número total de denuncias en el último cuatrienio respecto a años anteriores, aunque con una tendencia de cierto aumento durante los tres últimos años.

Figura 3

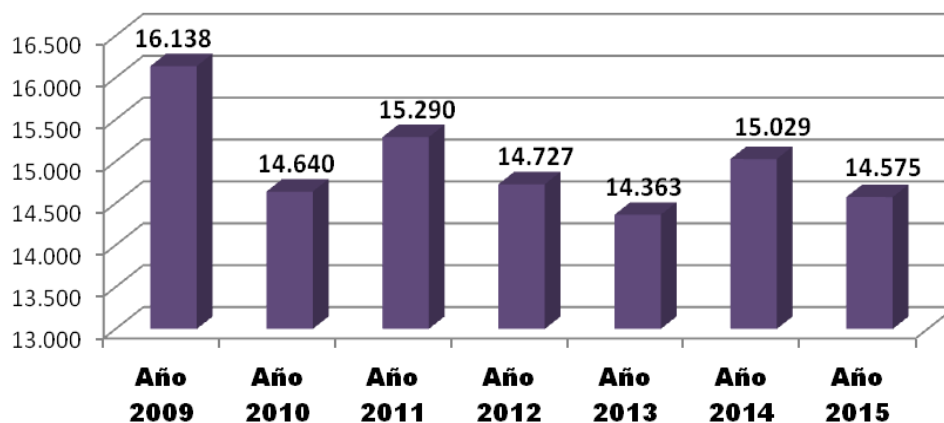


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del portal estadístico proporcionados por el Consejo General Del Poder Judicial⁴³.

A continuación, en la figura 4 se muestra la contribución para denunciar la ocurrencia de casos de violencia de género, por año, a nivel nacional, mediante los partes de lesiones, por parte de profesionales sanitarios⁴³.

Figura 4

Número de denuncias por violencia de género



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del portal estadístico proporcionados por el Consejo General Del Poder Judicial⁴³.

La visibilización de la dimensión de esta problemática en el ámbito de la atención sanitaria queda reflejada en diversas investigaciones, tales como la realizada por Cano, Berrocoso, Arriba, Bernaldo de Quirós, Alamar y Cardo¹⁸, en 2010, en la cual, mediante un muestreo consecutivo de mujeres de 18 ó más años (n=371) en consultas de AP y puntos de atención continuada (rurales y urbanos) del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha y al Servicio Valenciano de Salud. Encontraron los siguientes hallazgos un 26,2% presentó resultado positivo en WAST (Woman Abuse Screening Tool) y el 25,9 % admitió situaciones de VG, siendo el 11,7% maltrato actual o pasado el con 17,4%.

También Echarte, León, Puente, Laso De La Vega, Díez y Martínez¹⁵, en 2010 afirman que de la muestra total de mujeres atendidas Servicio de Urgencias del Institut Municipal d'Assistencia Sanitaria (IMAS) 79.787, la atención por VG fueron 604 casos (0,76% de las asistencias). El personal sanitario detectó 10,4%, de los casos. El 29,6% eran mujeres frecuentadoras. El 52,6% presentaba factores de riesgo de VG.

Además Sala, Hernández, Ros, Lorenz y Parellada¹⁹, publicaron en 2010 un estudio en el que entrevistaron a 400 mujeres, estableciendo un grupo de intervención y un grupo control emparejados por edad en Consultas de AP y de Atención a la Mujer (AM), detectaron que el 25,3% eran casos de violencia de género; 29,4% en el Grupo Intervención y 21,2% en Grupo Control. En AM se detectó el 32,7% y el 17,5%, y en AP el 25,3% y el 25,8% respectivamente.

También Ruiz-Pérez et al⁴⁴, en 2010 de una muestra representativa por Comunidades Autónomas (n=11.475) mediante un cuestionario autoadministrado a mujeres en consultas de AP, expusieron que el 24,8% refirieron violencia de género alguna vez en su vida. Prevalencia más baja en Cantabria (18%) y las más altas en Ceuta y Melilla (40,2%). Establecieron una correlación lineal significativa entre la violencia de género y la tasa de denuncias en las CC.AA.

Asimismo, Ruiz-Peña et al⁴⁵, en 2010 a través de un muestreo consecutivo de 113 mujeres en 4 centros de salud de Algeciras, detectaron violencia de género en el 32,4% de las encuestadas. El 88,57% de las mujeres maltratadas sufrían VP, el 57,14% VF y el 22,86% VS.

Además, González-Losada, et. al²⁰, en 2012 entrevistaron 299 mujeres mayores de edad, mediante un muestreo consecutivo en 2 zonas básicas de salud de ámbito urbano de Santa Cruz de Tenerife, hallando que el 51,5% reconocieron haber sufrido violencia de género al menos una vez en su vida; el 99,35 % refirieron VP, el 25,32% VF y el 7,79% VS.

En la actualidad, existe el interés social de asumir la tolerancia cero, como uno de sus valores fundamentales frente a este tipo de conductas. Para concluir este apartado, se hace referencia a lo afirmado por Macinnes, Pérez y Sánchez, quienes explican que el éxito para llevar a cabo la acción política y social frente a esta problemática ha de establecerse con independencia de poder demostrar

cuantitativamente la evolución de prácticas discriminatorias o de violencia de género, siendo el objetivo que movilice esfuerzos; el ideal de convivencia, una sociedad mejor, más sensible, menos tolerante hacia la violencia de género, y en definitiva convirtiéndose en un comportamiento crecientemente inadmisibles⁴⁶.

1.3.2 Severidad del problema.

El impacto que genera la violencia de género tiene repercusiones en la salud de las mujeres, en la salud de hijas e hijos, en el entorno relacional de la mujer e incluso en los profesionales que intervienen en la atención de esta problemática^{22,47}.

1.3.2.1 Efectos de la violencia de género en la salud de las mujeres

Para la comprensión de las repercusiones que la violencia de género provoca en la salud de las mujeres, se hace alusión a lo expuesto por Sepúlveda⁴⁸ que especifica cómo la violencia contra las mujeres adopta distintas formas a través del ciclo de la vida, según la fase vital se manifiesta de diferente forma;

- *Pre-natal: Abortos selectivos según el sexo, efectos sobre el recién nacido de la violencia durante el embarazo.*
- *Infancia: infanticidio femenino, abuso físico sexual y psicológico.*
- *Niñez: matrimonio infantil, mutilación genital femenina, abuso físico sexual y psicológico, incesto prostitución infantil y pornografía.*
- *Adolescencia y vida adulta: Violencia durante el cortejo y noviazgo, (...) violencia conyugal, violación marital, abuso y homicidio, homicidio conyugal, abuso psicológico.*
- *Abuso de mujeres discapacitadas, embarazos forzados.*
- *Vejez: <<suicidio>> forzado u homicidio de viudas por razones económicas, abuso físico, sexual y psicológico.*

A continuación, en la tabla 4 se muestran las consecuencias del efecto de la violencia de género en la salud física, sexual y reproductiva, psíquica y social de las mujeres²².

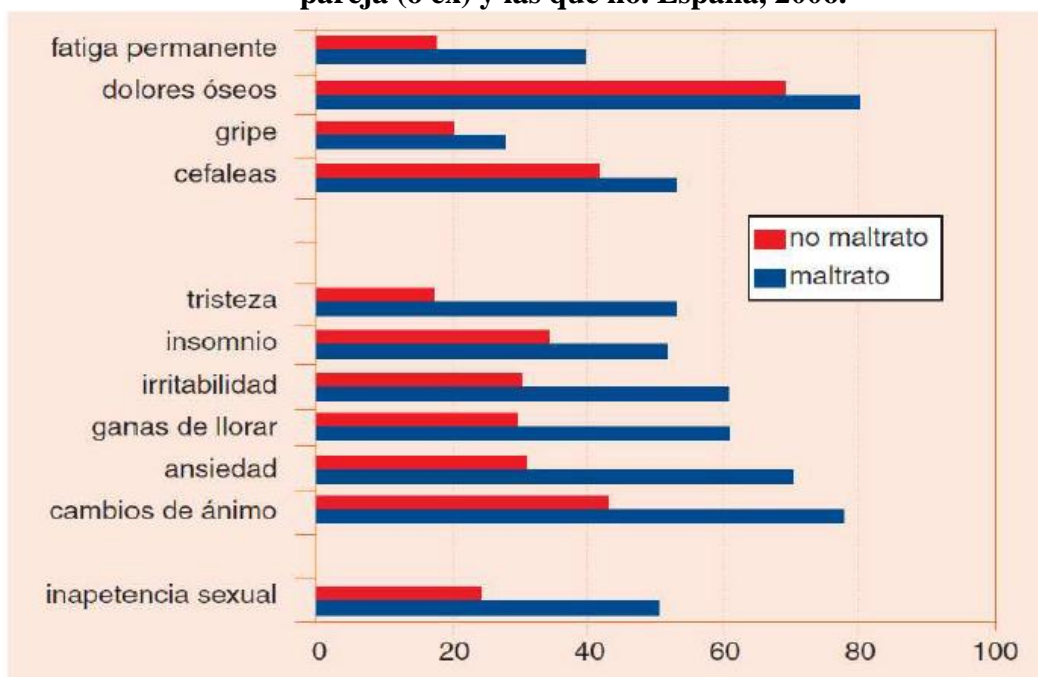
Tabla 4. Consecuencias de la violencia de género en la salud de las mujeres

CONSECUENCIAS FATALES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Muerte (por homicidio, suicidio, etc.).
CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras, etc., que pueden producir discapacidad. ▪ Deterioro funcional. ▪ Síntomas físicos inespecíficos (por ejemplo cefaleas). ▪ Peor salud.
CONSECUENCIAS EN CONDICIONES CRÓNICAS DE SALUD
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolor crónico. ▪ Síndrome del intestino irritable. ▪ Otros trastornos gastrointestinales. ▪ Trastornos del sueño. ▪ Discapacidades.
CONSECUENCIAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Por relaciones sexuales forzadas: pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual incluida la infección por el VIH, sangrado y fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infección urinaria, cáncer de cervix, embarazo no deseado. ▪ Por maltrato durante el embarazo: embarazo de alto riesgo, mayor mortalidad materna, anemia, hemorragia vaginal, amenaza de aborto, aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer, mayor mortalidad perinatal.
CONSECUENCIAS EN LA SALUD PSÍQUICA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depresión. ▪ Ansiedad. ▪ Trastorno por estrés postraumático. ▪ Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia). ▪ Trastornos psicopatológicos. ▪ Intento de suicidio, autolesiones. ▪ Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos. ▪ Dependencia psicológica del agresor (Síndrome de Estocolmo).
CONSECUENCIAS EN LA SALUD SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aislamiento social. ▪ Pérdida de empleo. ▪ Absentismo laboral. ▪ Disminución del número de días de vida saludable. ▪ Cambio de domicilio y/o ciudad forzado por la necesidad de protegerse.

Fuente: Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género.2012.

Existen evidencias acerca de cómo las mujeres víctimas de violencia de género presentan en mayor medida diversos síntomas en comparación con mujeres que no sufren maltrato ^(41,49). Mediante la gráfica 4 se observa la comparación sobre la presencia de síntomas entre mujeres que sufren maltrato y las que no lo sufren.

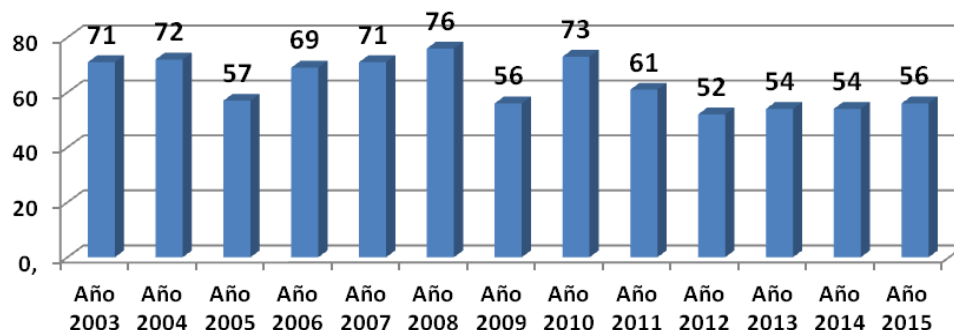
Figura 5
Presencia de síntomas (%) en mujeres que declaran maltrato por su pareja (o ex) y las que no. España, 2006.



Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones ⁴⁹.

Es preciso mencionar la máxima expresión de severidad de la violencia de género, la muerte de las víctimas. A continuación, en la gráfica 4 muestra el número de mujeres asesinadas a manos de su pareja o expareja durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2003 hasta el 31 de diciembre de 2015, el total asciende a 822 mujeres.

Figura 6
Víctimas mortales por violencia de género



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del portal estadístico delegación del gobierno para la violencia de género⁴³.

Además, cabe destacar las situaciones de especial vulnerabilidad, a tener en cuenta respecto a la severidad del impacto en la salud, en la valoración de las mujeres víctimas de violencia de género.

El protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. 2012²² especifica cuáles son tales situaciones: las mujeres migrantes⁵⁰; circunstancias y contextos sociales tales como estar en situación de desempleo o vivir en un medio rural⁵¹; situaciones psicosociales que conducen a la exclusión social o al ejercicio de la prostitución⁵²; etapas vitales como el embarazo⁵³ y puerperio o la edad avanzada⁽⁵⁴⁻⁵⁶⁾; condicionantes de salud como la discapacidad⁵⁷, la enfermedad mental grave⁵⁸ o la drogodependencia⁵⁹, son circunstancias que aumentan la vulnerabilidad ante la violencia y en particular, la probabilidad de sufrir violencia de género²². Aunque, como se ha afirmado con anterioridad, la ocurrencia de este fenómeno no es exclusiva de estos contextos.

1.3.2.2 Efectos de la violencia de género en la salud de las hijas e hijos

Existen numerosas evidencias científicas sobre la repercusión en la salud de los hijos e hijas en relación con la violencia de género ⁽⁶⁰⁻⁶⁴⁾. Así, en la “Estrategia Nacional Para La Erradicación De La Violencia Contra La Mujer (2013 - 2016)” se afirma que más del 70% de las mujeres que refieren estar sufriendo o han sufrido violencia de género, tienen hijos e hijas menores que viven expuestos a esta situación y que, por tanto, también son víctimas de la misma. Además, el 61,7% de las mujeres que estaban sufriendo actualmente maltrato afirmaron, que los menores padecieron directamente situaciones de maltrato en algún momento⁶⁵.

Las consecuencias en la salud aparecen tanto por estar expuestos de forma directa: consecuencias físicas, emocionales, problemas cognitivos y/o de conducta; como por exposición indirecta: debido a la incapacidad de las madres para atender las necesidades básicas de los niños y niñas, por las repercusiones físicas y emocionales consecuencia de la situación de maltrato, lo que puede provocar situaciones de abandono y negligencia, y por las posibles incapacidades de los agresores para establecer una relación cálida, cariñosa y cercana con sus hijos e hijas, lo que puede generar serias carencias afectivas y de relaciones de apego⁶¹. Pueden tener efecto tanto a corto, como medio y a largo plazo ^(62,66).

Además, existe el riesgo de homicidio del menor, consecuencia de la violencia de género. Se dispone de registro de este suceso desde el año 2013, mediante las fichas estadísticas del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, siendo 13 menores víctimas mortales hasta la fecha de 4 de septiembre de 2015⁶⁷.

1.3.3 Vulnerabilidad a intervenciones

Este apartado comprende todas las posibilidades de afrontamiento para abordar el problema, es decir, son todas aquellas acciones que se pueden llevar a cabo desde el sistema sanitario, para contribuir a la resolución de la problemática de la violencia de género. Además, se establece el grado de dificultad que supone emprender las acciones necesarias para la eficacia de la intervención. Para ello, se determinan cuales son; los elementos facilitadores, es decir, los recursos disponibles que ayudan a resolver la situación de sufrimiento de mujeres a causa de la violencia de género, y cuáles son las limitaciones y dificultades que impiden contribuir a la resolución del problema.

1.3.3.1 Elementos facilitadores para la atención a víctimas de VG

Para la atención de la violencia de género en la actualidad se encuentra vigente la “Estrategia Nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer (2013-2016)”⁶⁵ cuyos objetivos incluyen: generar ruptura del silencio cómplice del maltrato, mejorar la respuesta institucional, planes personalizados y avance hacia la “ventanilla única”, atención a los menores y a las mujeres especialmente vulnerables a la violencia de género y la visibilización y atención a otras formas de violencia contra la mujer⁶⁵.

Además, se han llevado a cabo diversas medidas como el Plan nacional de sensibilización y prevención de la violencia de género propuesto en 2007, con la finalidad mejorar la respuesta frente a la violencia de género a través de distintos ejes; Judicial, de Seguridad, Sanitario, Servicios Sociales, Informativo, Educativo y de Comunicación⁶⁸.

Así, el ámbito sanitario cuenta con un Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género realizado por la Comisión Contra la

Violencia de Género, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, actualizado en 2012. Está orientado a la atención de mujeres víctimas de violencia de género desde los servicios de Atención Primaria y Especializada²².

También, a nivel regional, se encuentra disponible el Protocolo para la Detección y Atención de la Violencia de Género en Atención Primaria, elaborado por un equipo multidisciplinar del SMS, en el que participan dos médicas, una trabajadora social, una enfermera y una matrona. Este protocolo especifica al profesional sanitario, detectar la violencia de género (VG), realizar la evaluación del riesgo y seguridad de la mujer y sus hijos e hijas y como establecer el plan de intervención y llevar a cabo la coordinación entre los profesionales e instituciones⁶⁹. En el OMI-AP se especifica de modo registro ante la detección o sospecha de un caso de VG. Además, se cuenta con un Protocolo Regional de prevención y detección de la violencia en la mujer mayor de 65 años⁷⁰. Instituto de la Mujer de la Región de Murcia. También, en 2011 es publicada por el Servicio Murciano de Salud, la Guía práctica clínica de actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja⁷¹.

Por tanto, se disponen de recursos que guían el modo de proceder para la atención de este problema de salud por parte de los profesionales sanitarios.

1.3.3.2 Limitaciones y dificultades para la atención a víctimas de VG

Entre las dificultades para el abordaje de la violencia de género, en primer lugar se encuentra la detección, es decir, la falta de reconocimiento de la situación de maltrato; tanto por las mujeres que la sufren, minimizando la importancia de la situación, justificando el comportamiento de sus parejas⁷², como por parte de profesionales del sistema sanitario debido a factores sociales, como son los mitos y estereotipos creados por la cultura, con factores psicológicos como el temor a enfrentar los miedos y el dolor emocional²².

Así, en un estudio realizado por la Delegación del Gobierno para la Violencia De Género en 2015, con profesionales sanitarios de Atención Primaria. Se da a conocer, que el 98% de los profesionales afirman tener dificultades para detectar o diagnosticar los casos de violencia de género; el 26% siempre y el 72% a veces. Consideran que es debido a: la falta de reconocimiento de la situación de maltrato por la víctima el 95,7%, por obstáculos idiomáticos o culturales el 78,1% y la escasez de tiempo en la atención a las pacientes el 72,9% y pocas habilidades para desarrollar la entrevista clínica en violencia de género el 62,2%⁷³. Por lo tanto, otro de los principales obstáculos en los profesionales, es la falta de formación específica²².

Además, en el citado artículo se identifican desde la perspectiva de los profesionales cuales son los obstáculos que dificultan en la atención a mujeres víctimas de violencia de género; el 90,8% considera uno de los principales obstáculos, el conflicto ético cuando la mujer no quiere denunciar. También el miedo a perjudicar a la paciente con la actuación que se desarrolle para el 72,9%, el temor a denunciar a un inocente en caso de denuncia falsa para el 65,7%, la escasez o reducción de servicios socio-sanitarios para el 60,8%, el desconocimiento de los criterios legales para 34%, y los criterios de actuación para 37,2%. También, identifican que es un obstáculo para el 44,8% de las médicas el miedo a las represalias por parte del agresor frente al 28,9% de los médicos varones⁷³.

1.3.4 Factibilidad de las soluciones

La factibilidad de las soluciones del problema de la violencia contra las mujeres desde el ámbito sanitario, se encuentra en la existencia de estrategias que contribuyen a que los recursos disponibles para actuar sobre la vulnerabilidad a intervenciones de este problema, se realicen de forma viable y se contribuya al propósito de solucionar el problema. Para ello, se ha de argumentar la pertinencia, factibilidad económica, aceptabilidad, disponibilidad de recursos y legalidad.

Así, la aceptabilidad y pertinencia del abordaje de la violencia de género por parte del ámbito sanitario, se justifica por lo expuesto hasta ahora en cuanto a su magnitud, severidad y por los posteriores argumentos en lo referente a disponibilidad de recursos y legalidad.

En cuanto a la factibilidad económica, en los Presupuestos Generales del Estado dentro de la partida presupuestaria al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, hay una asignación económica para la lucha contra el maltrato que la gestiona la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género⁷⁴.

En lo referente a la disponibilidad de recursos, que contribuya a la viabilidad del abordaje de los profesionales sanitarios sobre la violencia de género, a nivel regional se dispone del “Plan Integral de Formación en Violencia de Género (PIFOVIG)”⁷⁵. Este plan contempla, una serie de objetivos estratégicos en congruencia con los criterios comunes de calidad señalados en el “Plan nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género”⁶⁸. Los objetivos marcan que profesionales de la salud, deberán ser capaces de: reconocer la violencia de género como un problema de salud pública, proporcionar una atención integral, continuada y de calidad, desde la perspectiva de género, a las mujeres sometidas a un proceso de violencia por sus parejas, y facilitar la mejora

de la calidad y de la equidad en la atención sanitaria a las mujeres que sufren violencia de género⁷⁵.

Otro recurso, que pretende la viabilidad de las soluciones del problema de la violencia contra las mujeres es el “Protocolo de Coordinación Interinstitucional en Violencia de Género de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia”⁷⁶ y la “Guía Profesional de Recursos de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género de la Región de Murcia”⁷⁷, que reúne todos los medios implicados, es decir los de atención telefónica urgente, de alojamiento, policiales, sanitarios, judiciales y de empleo, para que exista una óptima coordinación, ya que sin la colaboración interinstitucional el abordaje es ineficaz.

Además, se está estableciendo y fomentando la creación de la Mesa Local de Coordinación contra la Violencia de Género, cuya finalidad es ser un recurso de trabajo, específicamente planteado para el ámbito local, en el que participan todos los ámbitos de actuación que intervienen tanto en el proceso de intervención con la víctima, como en las estrategias de prevención. Por el momento está constituida en 19 municipios de la Región de Murcia⁷⁸.

Por último, dada la importancia del marco legislativo entorno a la temática de la violencia de género y su relación con el ámbito sanitario, esta cuestión se desarrolla a continuación de forma explícita y en profundidad.

1.4 Consideraciones ético-legales

A continuación, se expone el marco legislativo vinculado a la erradicación de la violencia contra la mujer y su relación con la atención desde el ámbito sanitario.

1.4.1 Normativa del ámbito judicial sobre la violencia de género

Existe un amplio marco jurídico tanto a nivel internacional, como nacional y regional destinado a proteger a las mujeres frente a la violencia.

Tabla 5 Normativas sobre violencia de género

Normativa Internacional

- Declaración universal de los Derechos Humanos.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres.
- Declaración de Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia sobre la mujer (1993)
- Declaración y Plataforma de Acción de la IV Conferencia Internacional sobre la Mujer de Beijing (1995).
- Manual de Naciones Unidas sobre Legislación en materia de Violencia contra la Mujer (2012).

Normativa Europea

- Carta de los derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000).
- Web de EU JUSTICE, Legislación Europea Sobre Violencia de Género.
- Convenio del Consejo de Europa para prevenir y combatir la violencia contra la mujer y la violencia doméstica de 2011(Convenio de Estambul).

Normativa Nacional

- Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral Contra la Violencia de Género
- Real Decreto 253/2006, de 3 de marzo, por el que se establecen las funciones, el régimen de funcionamiento y la composición del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer, y se modifica el Real Decreto 1600/2004, de 2 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Real Decreto 1917/2008, de 21 de noviembre, por el que se aprueba el programa de inserción sociolaboral para mujeres víctimas de violencia de género.
- Ley Orgánica 3/2007, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

Fuente: Ministerio de Sanidad Política social e Igualdad⁷⁹.

Normativa Regional

- Decreto 30/2005, de 17 de marzo, por el que se crea y regula el Consejo Asesor Regional contra la Violencia sobre la Mujer.
- Ley 7/2007, de 4 de abril, para la igualdad entre mujeres y hombres, y de protección contra la violencia de género en la Región de Murcia.

Fuente: Comunidad Autónoma de la Región de Murcia⁷⁸.

1.4.2. Implicaciones ético-legales de los profesionales sanitarios en la atención a las mujeres víctimas de violencia de género.

La atención sanitaria a las mujeres víctimas de violencia de género, conlleva una serie de obligaciones ético-legales. Por lo tanto, se mencionan a continuación, cuales son los aspectos legales, éticos y el modo de proceder ante un posible conflicto entre ambos. Para ello, se consulta lo expuesto tanto en el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género 2012 a nivel nacional²², como en los protocolos de las diferentes comunidades autónomas^{69,81-87}, y así, contrastar la información relativa a estas cuestiones.

1.4.2.1 Aspectos legales en la atención a víctimas de VG

En primer lugar, cabe señalar, que la violencia de género ha adquirido la condición de delito público mediante la LOIVG²⁷. Las obligaciones legales que demandan del profesional sanitario poner en conocimiento de la autoridad judicial el posible hecho delictivo son las que figuran en:

La Ley Orgánica del Código Penal (CP) en el artículo 408^{80,88} establece que: *“La autoridad o funcionario que, faltando a la obligación de su cargo, dejare intencionadamente de promover la persecución de los delitos de que tenga noticia o de sus responsables, incurrirá en la pena de inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de seis meses a dos años^{88”}.*

Asímismo, el artículo 450 del CP^{80,81,88} afirma lo siguiente: *“El que pudiere hacerlo con intervención inmediata y sin riesgo propio o ajeno, no impidiese la comisión de un delito que afecte a las personas en su vida, integridad o salud, libertad o libertad sexual, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años si el delito fuera contra la vida, y la de multa de seis a veinticuatro meses en los demás casos, salvo que al delito no impedido le correspondiera igual o menor pena, en cuyo caso se impondrá la pena inferior en grado a la de aquel. En las mismas penas incurrirá quien, pudiendo hacerlo, no acuda a la autoridad o sus agentes para que impidan un delito de los previstos en el apartado anterior y de cuya próxima o actual comisión tenga noticia^{88”}.*

Por otra parte, la Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECrim) recoge lo siguiente:

-En el artículo 262^{22,69,80-87} afirma: “Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al tribunal competente, al juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratase de un delito flagrante. Los que no cumplieren esta obligación incurrirán en la multa señalada en el artículo 259, que se impondrá disciplinariamente. Si la omisión en dar parte fuere de un profesor de Medicina, Cirugía o Farmacia y tuviese relación con el ejercicio de sus actividades profesionales, la multa no podrá ser inferior a 125 pesetas ni superior a 250. Si el que hubiese incurrido en la omisión fuere empleado público, se pondrá además, en conocimiento de su superior inmediato para los efectos a que hubiere lugar en el orden administrativo”⁸⁹.

Además, la LECrim en el artículo 355^{22,81,83,87} especifica aún más los hechos y la participación de los profesionales de la salud, establece que: *“Si el hecho criminal que motive la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones los médicos que asistieran al herido estarán obligados a dar parte de su estado y adelantos en los periodos que se les señalen, e inmediatamente que ocurra cualquier novedad que merezca ser puesta en conocimiento del Juez instructor”⁸⁹.*

El “Protocolo de actuación en atención primaria para mujeres víctimas de malos tratos” de Castilla La Mancha, explica algunos aspectos que pueden dar lugar a una interpretación errónea, puesto que es una Ley de 1882, la redacción viene ajustada a las circunstancias de finales del siglo XIX⁸¹. En la práctica, cualquier profesional tiene la obligación, de informar a la autoridad judicial del resultado de una situación en la que se puede haber producido un delito o una falta de lesiones, tanto si se trata del personal sanitario de medicina, como de enfermería, trabajo social, psicología o cualquier otro^{81,83}. El instrumento para notificar a la autoridad judicial es el parte de lesiones, en este protocolo en concreto se solicita el nombre y firma del/la médico/a y enfermero/a que atendió a la víctima⁸¹. También en el “Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género (PDA)”⁸³ de la Comunidad Valenciana se especifica lo siguiente;

“en nuestro modelo sanitario es habitual que sea el facultativo que presta asistencia, quién cumplimente el parte de lesiones, pero en su ausencia puede tener la misma obligación cualquier profesional sanitario que presta asistencia a la víctima (enfermera, matrona, etc.)⁸³”.

Además, la función del personal sanitario de Atención Primaria, Atención Especializada y Urgencias, en cuanto a la comunicación a las autoridades competentes está recogida en el Real Decreto 1030/2006^{22,80,85,90} por el que se establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, expone lo siguiente:

En el Anexo II, apartado 6.6.3: *“Comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en el caso de sospecha de violencia de género o de malos tratos en menores, ancianos y personas con discapacidad y, si procede, a los servicios sociales⁹⁰”.*

En el Anexo IV, apartado 2.8, *“La comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en el caso de sospecha de violencia de género o de malos tratos en menores, ancianos y personas con discapacidad⁹⁰”.*

Por último es preciso mencionar el artículo 30.3 del Código de Deontología Médica afirma: *“el médico, en su práctica profesional, jamás debe participar, secundar o admitir actos de tortura o de malos tratos, cualesquiera que sean, los argumentos invocados para ello. Está obligado, por el contrario, a denunciarlos, a la autoridad competente⁹¹”.*

1.4.2.2 Aspectos éticos en la atención a víctimas de VG.

También los principios básicos de bioética, se han de tener en cuenta en la toma de decisiones por parte del personal sanitario, en relación a la atención de pacientes víctimas de violencia de género, siendo así:

1. El principio de no maleficencia ^{22, 82, 85,87}, es decir, evitar perjuicios para la salud de las pacientes y minimizar el riesgo de exposición a la violencia, ya que si se emite un parte de lesiones sin tener presente si la

mujer reconoce la agresión como violencia, y sin tener establecido un plan de seguridad, puede agravarse la situación de violencia y empeorar de forma involuntaria la seguridad de la mujer⁸². Por lo tanto, siempre que se tome la decisión de emitir un parte de lesiones, es necesario informar a la mujer previamente, valorar con ella su seguridad y tomar medidas para su protección.

2. El principio de beneficencia^{22,80,82,85,87}, en cuanto a proteger su vida y en beneficio de su salud, promoviendo la salida de la víctima del entorno de violencia, mediante el proceso judicial a través de la emisión del parte. Todas las intervenciones deben estar dirigidas hacia el objetivo de mejorar la calidad de vida y de garantizar la seguridad de la mujer en situación de violencia⁸².
3. Respetar la autonomía de la paciente^{22,69,80,82,84,85}, pues es reconocida en todos los códigos deontológicos profesionales y en la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente⁹². Se debe respetar las decisiones que tome la paciente, durante el proceso de acompañamiento, promoviéndose el aumento progresivo de su autonomía, salvo en aquellos casos de situación de riesgo vital de la mujer o la de sus hijos o hijas⁸².
4. Garantizar el compromiso de confidencialidad^{22,69,81-83,85-87}. Mantener el secreto profesional es un derecho de las pacientes y un deber profesional, este compromiso es extensible a todo el equipo sanitario que participa en la atención de las pacientes, es decir, a profesionales de la medicina, enfermería, trabajo social, psicología, administración y personal celador²². Cuando la paciente relata su situación de maltrato, comparte una experiencia dolorosa y vergonzante, por tanto, es básico mantener la confianza que ha depositado en el personal sanitario. Asegurar la privacidad y confidencialidad de las intervenciones,

contribuye a su seguridad, al proceso de toma de conciencia y a la recuperación de la mujer que sufre violencia⁸².

1.4.2.3. Conciliación de conflictos ético-legales en la atención a víctimas de violencia de género.

Existen ciertas situaciones en la atención a las mujeres víctimas de violencia de género que pueden originar una serie de conflictos ético-legales al personal sanitario. Algunos de ellos, son la contraposición entre la obligatoriedad de emitir el parte de lesiones, frente al principio de autonomía de la paciente, cuando su voluntad es la de no denunciar su situación^{22,69,82,85,87,93}. Incluso frente al principio de no maleficencia, en aquellos casos en los la emisión del parte de lesiones, que pueda producir un efecto perverso sobre su seguridad^{69,82,85,87}, que aumente la violencia sobre la mujer, generando una insatisfacción profesional⁸⁰ y tenga lugar la pérdida de confianza⁸¹, con una posible ruptura de la relación paciente-profesional⁸⁵.

Otro dilema que se puede producir en el personal sanitario, es cuando sólo hay sospechas de que la paciente puede encontrarse en situación de maltrato^{22,69,81-87}, temiendo poner en marcha el mecanismo judicial.

Para estas situaciones en las que no hay certeza suficiente del origen de las lesiones como para poder emitir el correspondiente parte de lesiones, la mujer no reconoce el maltrato o se niega a denunciar y el personal sanitario tenga sospechas de un caso de violencia de género, el “Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. 2012”, propone comunicarlo a la Fiscalía mediante la cumplimentación de un modelo específico para ello (Anexo 1). Con este modelo se activa la realización de diligencias preprocesales para conseguir más datos e información acerca de los hechos denunciados, antes de que tenga lugar la acción judicial²².

Por otra parte, para que se emita el parte de lesiones, el personal sanitario no ha de estar en el convencimiento pleno de que se ha producido un delito o una falta de lesiones, sino que consiste en comunicar a quien puede investigar lo ocurrido, tanto por parte de la investigación médico-forense del resultado de las lesiones, como la averiguación de lo ocurrido a través de las declaraciones de los implicados y de la investigación policial⁸¹.

Asimismo, el sistema judicial garantiza el no enjuiciamiento del personal sanitario por emitir un parte de lesiones y pueden ser llamados a declarar exclusivamente en calidad de testigos o peritos²².

Por último, es necesario informar del valor de presentar una denuncia firme, pero la paciente es quien debe decidir y lo hará cuando esté preparada⁴⁰. Además, siempre habrá que tener presente que la actuación es para proteger a la mujer y su familia. Cabe destacar que en todos los protocolos se recomienda que para resolver las situaciones de conflictos ético-legales, es imprescindible realizar una adecuada valoración de cada caso particular, ya que ésta condiciona las intervenciones.

1.5 Profesionales sanitarios y violencia de género

Conocida la importancia de la violencia de género como problema de salud, y las repercusiones ético-legales para el personal sanitario, en relación a esta problemática, se pone de manifiesto la relevancia del ámbito sanitario dentro del contexto de la atención a las mujeres víctimas de violencia de género. Por tanto, es preciso mencionar las evidencias científicas de algunas investigaciones sobre los profesionales sanitarios en relación a la violencia de género.

1.5.1 Evidencias científicas sobre los profesionales sanitarios en relación a la VG.

A continuación, se hace referencia a estudios realizados dentro del ámbito nacional, que incluyen en su población de estudio a profesionales o alumnos de medicina y/o enfermería, llevados a cabo tanto en servicios de atención primaria, como en atención especializada.

Dichos estudios, aportan información sobre la percepción de profesionales sanitarios acerca de la violencia género como problema de salud. Además, se mencionan investigaciones sobre cómo son las actitudes del personal sanitario en relación a este tema. También, se presentan artículos que reflejan quienes cuentan con formación específica sobre violencia de género. Asimismo, se hace alusión a investigaciones sobre la experiencia de profesionales sanitarios en la detección de las pacientes víctimas de violencia género.

Con la finalidad comprender el proceso que se ha llevado a cabo en tales investigaciones, se exponen según el siguiente formato, mencionando; cuál es el objetivo, el método utilizado, los resultados y los hallazgos alcanzados.

Tabla 6
Autor y año de publicación
Macías Seda, Juana; Gil García, Eugenia; Rodríguez Gázquez, M ^a de los Ángeles; González López, José Rafael; González Rodríguez, M ^a del Mar; Soler Castells, Ana M ^a 2012 ⁹⁴
Objetivo
Identificar creencias y actitudes hacia la violencia de género (VG) en el alumnado de Enfermería de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Sevilla.
Muestra
265 alumnos de Enfermería de la Universidad de Sevilla, de los tres cursos de la titulación del año académico 2007-2008. El 77% son mujeres. La edad media es 21.6±4.8 años
Método
Estudio descriptivo transversal
Instrumento y tratamiento de los datos
<p>Escala de Creencias y Actitudes hacia el Género y la Violencia de Díaz-Agudo. C.A.G.V. 47 ítems; 40 afirmaciones sexistas y de justificación de la violencia y 7 que se orientan en sentido contrario. Establecen cuatro factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Creencias sexistas sobre diferencias psicosociales y justificación de la violencia como reacción. -Creencias sobre la fatalidad biológica del sexismo y la violencia. -Conceptualización de la violencia doméstica como un problema privado e inevitable. -Valoración del acceso de la mujer al trabajo remunerado fuera del hogar y a puestos de poder y responsabilidad. <p>El proceso de análisis a través del programa SPSS-14.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Descriptiva medidas de tendencia central y dispersión de las variables cuantitativas, estimación de proporciones de las variables cualitativas. -.Exploran las asociaciones entre las variables de interés mediante las pruebas t de Student y ANOVA de un factor, determinándose la significación estadística en 0,05. -análisis multivariados para evaluar la consistencia y confiabilidad de la Escala C.A.G.V. por medio del estadístico α de Cronbach y, un análisis de conglomerados para explorar los grupos que subyacen la población.
Resultados
<ul style="list-style-type: none"> - El 82,6% reconocen haber trabajado contenidos de género en asignaturas de la universidad. - Creen tener algún grado de capacitación para detectar la violencia física el 95,5%, psicológica 88,7%, abuso sexual 73,6% y otras formas el 28,3%. - Existen diferencias significativas para el total de la escala siendo mayor el rechazo de creencias sexistas y justificación de la violencia en las chicas $p<0;001$ - Los chicos tienen más creencias sexistas $P<0,001$ y fatalistas en la justificación de la violencia $P<0,015$ - Las chicas valoran mejor el acceso de la mujer a puestos de poder y responsabilidad $p<0,024$. - En el alumnado del primer curso es más frecuente considerar que la violencia de género es consecuencia de la fatalidad biológica $p<0,001$, el alumnado de cursos superiores consideran la V.G. un asunto privado $p<0,042$.

Tabla 6 Continuación
Hallazgos
<ul style="list-style-type: none"> - Los hombres están más influidos por las creencias sexistas y adoptan una postura más fatalista a la hora de justificar la violencia. - El curso parece influir en la creencia fatalista de justificar la violencia contra la mujer, puntuando más bajo conforme van avanzando en la formación académica, y la valoración de la incorporación de las mujeres a un puesto de responsabilidad va siendo más favorable aunque hay diferencia significativa entre hombre y mujeres. - En el análisis conjunto de las variables, sexo y formación específica, hay diferencias entre las chicas que han recibido dicha formación y aquellas que no lo han hecho, pero no hay diferencias entre los chicos según hayan cursado o no asignaturas sobre el tema. - Estos resultados sugieren que la formación específica, tal y como se ha proporcionado, incrementaría el efecto del género, de modo que las chicas que la reciben se sensibilizan aún más ante el problema. En cambio, en el caso de los chicos, aunque aquellos que han cursado asignaturas sobre esta forma de violencia obtienen puntuaciones más bajas en todas las creencias estudiadas que los que no lo han hecho, la diferencia no es suficientemente importante como para ser significativa.

Además, en relación a esta investigación, Macias⁹⁵ propone en su tesis doctoral valorar la influencia de la formación curricular con perspectiva de género en la actitud y capacitación frente de la violencia de género del alumnado de Enfermería de la facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla. Con la finalidad de identificar tras la formación actitudes más comprometidas en la lucha contra el maltrato y una mayor capacitación en su abordaje. Para ello, realiza un estudio cuasi-experimental, contrastando la influencia de una intervención educativa con perspectiva de género en la Actitud y Capacitación enfermera para abordar la Violencia de Género, en un grupo llamado *Estudio* en comparación con un grupo *Control* equivalente que no recibe la materia. Tomando medidas repetidas antes y después de la intervención a ambas muestras. Finalmente, llega a la conclusión de que la asignatura “Género y Salud” no influye de forma significativa en las creencias sexistas basadas en las diferencias psicosociales, aún así, los valores disminuyen ligeramente tras la intervención, lo que indican la solidez del sistema sexo/género. Sin embargo, la intervención educativa reduce las actitudes fatalistas que justifican la violencia de género como algo inevitable y sobre la creencia que considera el maltrato como asunto privado que debe quedar en ámbito intrafamiliar. Esto se traduce, en actitudes más proactivas en la lucha contra la violencia de género⁹⁵.

Tabla 7
Autor y año de publicación
Ana Belén Arredondo-Provecho, Manuel Broco-Barredo, Teresa Alcalá-Ponce de León, Araceli Rivera-Álvarez, Isabel Jiménez Trujillo, Carmen Gallardo-Pino ⁹⁶ . 2012
Objetivo
Analizar el nivel de conocimientos, opiniones, barreras organizativas percibidas y propuestas de mejora de los profesionales de AP.
Muestra
170 profesionales de AP del área 8 de Madrid, incluyendo médicos/as 36,3% enfermeros/as; 34,4% auxiliares administrativos/as 12,5% trabajadores/as sociales 1,3% matrones/as 1,9%, auxiliares de enfermería 1,3% y celadores/as 1,3% no específica 5,9%.
Método
Estudio transversal descriptivo
Instrumento y tratamiento de los datos
Cuestionario modificado del utilizado en el estudio de Siendones Castillo R, et al. Violencia doméstica y profesionales sanitarios. Análisis descriptivo de variables y la χ^2 para comparar las respuestas obtenidas.
Resultados
<ul style="list-style-type: none"> - Consideran que la VG es un problema importante n=118 (70,7%) - Creen que es problema que habitualmente pasa desapercibido n=154 (91,7%) - Conocen las obligaciones legales que tienen cuando la detectan n=91 (55,2%) - Para el 87,2% el hombre que propicia la agresión contra la mujer es “como otro cualquiera” y para el 76,1% afecta a cualquier tipo de mujer. - El 57,7% no asociaba la violencia con clases sociales - El porcentaje de respuestas acertadas de forma global fue del 64,4%. - El 54,8% conocía casos de violencia de pareja hacia la mujer en su entorno. - El 62,3% sabían que existía un protocolo de actuación para la atención a estas mujeres en su centro, pero sólo lo conocía el 29,7%. - Para el 70,7% este problema es muy importante o bastante importante, siendo el 69,3% ante una paciente con lesiones físicas, se planteaba la violencia de pareja hacia la mujer como un diagnóstico diferencial y el 55,0% mantenían una actitud expectante habitualmente en su trabajo para detectar estos casos. - El 52,5% consideraba necesario mejorar los sistemas de detección y la coordinación entre los distintos profesionales implicados. - El 51,8% creía que hay problemas organizativos o estructurales en el trabajo que impiden detectar estos casos. - Piensan que existen barreras organizativas n=73 (51,8%). Entre ellas: presión asistencial n=50 (29%), falta de formación específica n=40 (23,5%), desconocimiento del procedimiento a seguir n=20 (11,8%) y de las competencias de cada profesional n=12 (7%). El 5,9% falta de concienciación y de coordinación con otros/as profesionales implicados/as.
Hallazgos
<ul style="list-style-type: none"> - El nivel de conocimientos medio para todas las categorías profesionales estudiadas, excepto para trabajo social que es alto. - Los/as profesionales de AP consideran que la violencia en la pareja hacia la mujer es un problema importante que pasa desapercibido. - La mitad de ellos/as conocen las obligaciones legales que conlleva la detección. - Existen barreras organizativas y estereotipos.

Tabla 8
Autor y año de publicación
María Angeles Larrauri Barandela, Eva Rodríguez Alonso, Teba María Castro Feijóo, Alfonso Pérez Zorelle ⁴ , Beatriz Ojea Montes, María Ángeles Blanco Gómez ⁹⁷ . 2010
Objetivo
Analizar el grado de conocimientos y actitudes de los profesionales de urgencias ante el maltrato.
Muestra
152 profesionales de los de los tres servicios de urgencias de la provincia de Ourense 75,7% son mujeres (n=115) y 24,3% hombres (n=37) categorías profesionales: Médico/a 23% (n=36), DUE 43% (n=65). Auxiliar de Enfermería 20% (n=30), Celador/a 12% (n=18) y Administrativos/as 2% (n=3).
Método
Estudio descriptivo
Instrumento y tratamiento de los datos
Elaboración propia mediante técnicas de consenso en las que participaron ocho profesionales de reconocida experiencia del servicio de urgencias hospitalarias de Ourense. valora tres aspectos: - El grado de conocimientos que el personal de urgencias tiene sobre la violencia de género. - La información y actitud que tienen sobre el tema. - La opinión que este tema les merece y de cómo esta tratado por el servicio en el que trabajan. La asociación entre variables se realizó mediante la prueba estadística de Chi cuadrado X ² . El nivel de significación estadística fue del 5% (p≤ 0.05). En el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS en su versión 15.0 para Windows.
Resultados
-En la pregunta sobre conocimientos , la respuesta alcanzo un nivel medio . -Un 92,8% demandan información y un 94,1% le interesa formarse . -Un 76,3% desconoce los protocolos . -Médicos/as, auxiliares de enfermería y administrativos/as que consideran que estamos muy sensibilizados ante el tema, mientras que enfermeras/os y celadores/as consideran en su mayoría que estamos poco sensibilizados/as -Un 67,5% que habitualmente no mantiene una actitud expectante para detectar casos, analizamos la respuesta entre hombres y mujeres; un 44,4% de los hombres (n=16) contestaron que si mantenían una actitud expectante frente al maltrato mientras que las mujeres (n=39) solo lo hacían en un 20,5% , P=0,005, los hombres creen que son mas expectantes . -Un 52,6% de los encuestados cree que el personal de urgencias esta sensibilizado con la violencia de género. -El 61,2% de los/las encuestados/as opina que la violencia de género es un problema bastante frecuente y un 34,9% opina que es muy frecuente ; tratándose en el servicio de urgencias de manera adecuada lo creen un 54,6% del personal y un 40,4% creen que no hay ni impedimentos organizativos ni estructurales en estos servicios para hacerlo. -Por otro lado un 39,5% consideran que la atención es poco adecuada y solo un 23,2% cree que hay impedimentos organizativos o estructurales para tratarlos.
Hallazgos
-Las/os profesionales habitualmente consideran que sus conocimientos sobre la violencia de género son pobres y escasos . - Enfermeras/os y celadores/as se consideran poco sensibilizados/as . -En cuanto a la utilización de protocolos la mayoría cree que no existen . -En vista de los resultados se evidencia la necesidad de aumentar y fomentar la formación en el personal y utilización de protocolos con pautas de actuación desde los servicios de salud.

Tabla 9
Autor y año de publicación
Kattia Rojas Loría, Teresa Gutiérrez Rosadob, Ricardo Alvaradoc y Anna Fernández Sánchez ²¹ . 2015
Objetivo
Relacionar la actitud hacia la violencia de género (VG) de profesionales de Atención Primaria con satisfacción laboral, carga laboral, orientación de práctica profesional, conocimientos, formación y uso de los recursos sociosanitarios en Cataluña y Costa Rica.
Muestra
235 profesionales de Medicina, Enfermería, Psicología y Trabajo Social 141 profesionales de Cataluña (60%) y 94 de Costa Rica (40%).
Método
Estudio exploratorio transversal y comparativo
Instrumento y tratamiento de los datos
Cuestionario con 8 bloques que miden actitudes, satisfacción profesional, orientación de práctica profesional, carga laboral, conocimientos, formación y uso de los recursos sociosanitarios. Se realizan 3 tipos de análisis de datos: descriptivo de cada variable, de correlación de variables y un modelo de regresión lineal múltiple
Resultados
- La actitud hacia la violencia de género fue similar en ambos contextos (Cataluña: 3,90, intervalo de confianza [IC del 95%], 3,84-3,96; Costa Rica 4,03, IC del 95%, 3,94-4,13) - En ambos contextos el porcentaje de mujeres (Cataluña 81,6%, IC del 95%, 75,2-88,0; Costa Rica 77,7%, IC del 95%, 69,2-86,1) es mayor que el de hombres (Cataluña 18,4%, IC del 95%, 12,0-24,8; Costa Rica 22,3%, IC del 95%, 13,9-30,8). -La mayoría de los participantes son del área de Medicina (Cataluña 51,1%, IC del 95%, 42,8-59,3; Costa Rica 36,2%, IC del 95%, 26,5-45,9), seguida de Enfermería (Cataluña 34,8%, IC del 95%, 26,9-42,6; Costa Rica 24,5%, IC del 95%, 15,8-33,2) y Trabajo Social (Cataluña 10,6%, IC del 95%, 5,5-15,7; Costa Rica 23,4%, IC del 95%, 14,8-32,0). -En Cataluña, un 52,1% (IC del 95%, 43,9-60,4) no tienen experiencia en el abordaje de la VG frente al 47,9% (IC del 95%, 39,6-56,1) que sí la tienen; en cambio, en Costa Rica tiene experiencia en VG el 63% (IC del 95%, 53,2-72,9) con respecto a quienes no la tienen, el 37% (IC del 95%, 27,1-48,8) -En el análisis multivariable, los factores que se asociaron a la actitud hacia la VG fueron: 1) formación (B = 0,10; p = 0,02); 2) uso de recursos sociosanitarios (B = 0,20; p = <0,01), 3) el país Costa Rica (B = 0,16; p = < 0,01). Las interacciones entre las variables independientes y el país no fueron significativas.
Hallazgos
-Se encuentra una actitud global favorable a la atención en consulta de las mujeres que viven VG en ambos contextos. -En cuanto a la formación , en ambos contextos se expresa una percepción desfavorable . -En relación con la variable satisfacción profesional, presentan medias similares que los ubican en moderadamente satisfecho y satisfecho. -La percepción de la carga laboral muestra medias similares, que los sitúa en un intervalo de moderadamente favorable a la percepción de carga laboral. - Sobre la orientación de estilo de práctica profesional, las medias son tan similares que puede situarse en un intervalo de moderadamente desfavorable a un estilo de práctica biomédica, más próximos a una práctica de estilo biopsicosocial. -La utilización de los recursos sociosanitarios y la formación se presentan como otra variable explicativa de la actitud hacia el abordaje de la violencia de género

Tabla 10
Autor y año de publicación
Blas Ignacio de Gea Guillén y María José López Montesinos ⁹⁸ . 2014.
Objetivo
<ul style="list-style-type: none"> -Identificar el conocimiento de los profesionales de la salud analizados en el estudio sobre detección de violencia de género, en los servicios de urgencias. -Conocer el conocimiento y utilidad de hacen de los protocolos específicos. -Descubrir la opinión de los componentes de la muestra sobre necesidad específica de formación en violencia de género. -Identificar las diferencias existentes entre colectivos sanitarios estudiados con relación a la variables analizadas. -Mostrar la asociación entre determinadas variables sociodemográficas y laborales de la muestra con las restantes variables del estudio.
Muestra
100 profesionales sanitarios constituidos por 51 médicos/as y 49 enfermeros/as que trabajan en servicios de urgencia hospitalaria y extrahospitalaria. Además 46 eran mujeres mientras que 54 eran varones
Método
Estudio descriptivo transversal
Instrumento y tratamiento de los datos
<p>Cuestionario de elaboración propia con una probada fiabilidad científica y documental Incluye 23 variables. Clasificadas en variables sociodemográficas, laborales de la muestra y las restantes variables analizadas en el estudio. Los datos fueron tratados mediante el programa informático IBM SPSS Statistics 15</p>
Resultados
<ul style="list-style-type: none"> - Detección de casos de violencia de género: el 88% (n= 88) en algún momento de su vida laboral ha detectado algún caso En cuanto al número de casos que habían detectado los profesionales sanitarios, se desprende que el 50% de la muestra (n= 50), detectaron al menos 5 casos. - Conocimiento de la existencia de protocolo específico: el 70% (n= 70) sí conoce su existencia, mientras que el 30% (n= 30) no conoce o no sabe de la existencia de éste. Respecto a su aplicación: el 37% (n= 37) de estos profesionales afirma que no habían aplicado el protocolo específico en su centro, a pesar de que habían detectado algún casos en sus consultas, junto al 13% (n= 13) que no sabía si algún profesional de su centro lo habría aplicado en caso de haberse enfrentado a un caso de violencia de género. De este modo podemos extrapolar que, aún conociendo la existencia de un protocolo, un 50% (n= 50) no lo ha aplicado o no saben si se ha aplicado el mismo protocolo. - Formación específica en violencia de género, un 55% (n=55), expresan que su formación pregrado es mala o muy mala, solamente el 27% habían realizado en los últimos 5 años cursos de postgrado. - Asociación de la necesidad de un mayor conocimiento en relación a la violencia de género: en el ámbito de urgencias hospitalarias $p < 0,01$, respecto a presentar un mayor número de consultas de casos de violencia de género ámbito de urgencias hospitalarias $p < 0,05$. - Asociación de la necesidad de un mayor conocimiento en relación a la violencia de género y la opinión del profesional sobre la ampliación de formación en violencia de género $p < 0,0001$. - Ante la necesidad de una formación específica, la opinión de los médicos/as (n= 51) está asociada a que están totalmente en desacuerdo. Por el contrario la opinión de los enfermeros/as (n =49) está asociada a que están totalmente de acuerdo con ($p < 0,0001$)

Tabla 10 Continuación
Resultados
<p>- La necesidad de una formación adecuada interdisciplinaria que mejoraría la detección con un diferencia de opinión entre sanitarios, de manera que los profesionales médicos/as se agrupan mayoritariamente en el grupo de los que no están totalmente de acuerdo, mientras que los profesionales de enfermería estaban agrupados mayoritariamente en el grupo de totalmente de acuerdo ($p < 0,05$).</p> <p>- La necesidad de la creación de la figura de profesional especialista en violencia de género la opinión los enfermeros/as se asocia mayoritariamente a estar totalmente de acuerdo $p < 0,00001$.</p>
Hallazgos
<p>- El 88% de los profesionales sanitarios que desarrollan su actividad profesional en el ámbito de las urgencias y las emergencias del área IV ha detectado casos de violencia de género.</p> <p>- El 70% conoce de la existencia en sus centros de trabajo del protocolo específico de violencia de género, pero solamente el 50% de los que detectan casos lo aplican.</p> <p>-La formación de pregrado es deficitaria, por lo que se debería reflexionar para la inclusión de este tema en las materias de los estudios universitarios, también en referencia a los cursos específicos de violencia de género, aún existiendo y teniendo en cuenta que los profesionales tienen conciencia de que no suelen acudir a estos.</p> <p>-Los profesionales sanitarios que trabajan en el ámbito hospitalario y que presentan mayor índice de presencia de casos de malos tratos, se les asocia mayor necesidad de conocimientos relativos a la violencia de género, por lo que sería necesario ampliar la formación en relación a la violencia de género.</p> <p>-Los profesionales de enfermería creen necesario que existan profesionales sanitarios con formación específica en violencia de género, y también creen que una formación interdisciplinaria adecuada mejoraría la detección de dichos casos, considerando necesario la inclusión en el sistema sanitario de un profesional especialista en violencia de género, a diferencia de lo que manifiestan los profesionales médicos.</p>

Tabla 11
Autor y año de publicación
Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Estudio realizado por la Fundación Casanova. Equipo de Trabajo: Carmen Meneses Falcón , Jorge Marcos Marcos, Marta Díaz Arjona, Cristina Santos Álvarez , José Antonio Parra Almoguera, Mireia Rey Pérez de Pípaón Pardillo y Julia Ruiz Quero ⁷³ . 2015
Objetivo
Estudiar los avances y problemáticas existentes en la detección, atención, derivación y seguimiento de la Violencia de Género en Atención Primaria atendiendo a una muestra aleatoria de todo el Estado español de profesionales de dicho nivel asistencial, con el objetivo de identificar y plantear propuestas que contribuyan a mejorar el sistema de atención a las mujeres que sufren violencia de la pareja o expareja
Muestra
Respondieron al cuestionario 347 médicos de Atención Primaria del Estado, seleccionados aleatoriamente, equilibrada respecto al sexo y con una edad media de 49 años, pertenecientes de forma mayoritaria a centros de salud urbanos (86,5%), con experiencia en atención primaria, y con estabilidad laboral.
Método
Estudio descriptivo transversal de ámbito nacional

Tabla 11 Continuación
Instrumento y tratamiento de los datos
<p>cuestionario estructurado diseñado ex profeso consta de 41 preguntas cerradas estructuradas en 5 partes</p> <p>Percepción y opinión sobre violencia de género</p> <p>Información-Formación sobre violencia de género</p> <p>Experiencia en violencia de género del personal médico</p> <p>Obstáculos y dificultades en la atención a la violencia de género y propuesta (estos últimos resultados no se incluyen en la tabla, puesto que ya han sido mencionados)</p>
Resultados
<p><u>Percepción y opinión sobre la violencia de género</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - El 93,7% considera la violencia de género como un problema de salud. Las mujeres médicos lo consideran así en mayor medida que los hombres (96,4% frente a 90,2%). - Se trata de una muestra de profesionales muy sensibilizados con la VG que le otorgan a este problema una importancia de 8,9 puntos sobre 10. - Al 63,4% no les plantea ninguna incomodidad atender a pacientes víctimas de VG. - El 93,4% considera que atender a las pacientes víctimas de VG, está entre las funciones del médico de atención primaria. <p><u>Información y formación sobre la violencia de género</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -El 60,3% de las médicas y el 49,7% de los médicos tienen algún tipo de formación en VG. -Entre los que han hecho formación, el 94,8% consideran que fue útil y el 80,3% satisfactoria o muy satisfactoria. -El 44,4% tiene conocimiento de casos de VG en su entorno fuera de la consulta. -El 73,8% conoce los recursos de atención a víctimas de VG en el sistema sanitario. Fuera del sistema sanitario el conocimiento es menor (59,9%). -El 33,1% ha leído el Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la violencia de género y de los que lo han leído el 85,2% lo considera útil. El 55,3% conoce el protocolo de actuación de su comunidad autónoma y de éstos el 90,1% lo consideran útil. El conocimiento de ambos protocolos es mayor entre los que han realizado formación específica. -El 77,8% conoce las obligaciones legales de los médicos de familia ante la violencia de género. Entre los que han hecho formación previa en violencia de género el conocimiento es mayor (85,2%) que entre los que no (68,2%). -El 85% sabe que el médico de Atención Primaria está obligado a denunciar la situación de violencia de género que detecta en su consulta. -La mayoría de los médicos incluyen dentro de la VG la violencia física (99,7%), sexual (99,1%), psicológica (99,1%), social (96,8%), económica (92,5%) y ambiental (85,3%). -El 37,5% se siente con capacidad suficiente para atender a las pacientes víctimas de VG. <p><u>Experiencia en violencia de género del personal médico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -El 80,5% de las médicas y el 65,3% de los médicos tienen a alguna mujer víctima de VG diagnosticada en su cupo de pacientes. El haber recibido formación específica y tener experiencia también aumentan la probabilidad de diagnosticar a una víctima de VG. -Ante una paciente con lesiones físicas o traumatismos el 98,6% se plantea la opción de que sea una mujer víctima de VG (34,3% siempre y 64,3% algunas veces). -Ante una paciente con cuadros de ansiedad, depresión o somatizaciones el 95,4% incluye como diagnóstico diferencial la VG (17,3% siempre y 78,1% algunas veces). -El 81,8% afirma conocer las circunstancias que hacen más vulnerables a las víctimas de VG. -El 99,1% considera que el aislamiento social y familiar hace a las mujeres más vulnerables en sus relaciones de pareja para sufrir VG. El 98,8% citan la dependencia económica, el 91,4% las cargas familiares, el 95,1% la discapacidad, el 94,2% el ser mujer inmigrante y el 83% el embarazo.

Tabla 11 Continuación
Resultados
<p>-El 49% de las médicas y el 37,3% de los médicos han detectado en su consulta a al menos un hombre agresor de VG.</p> <p>-En los casos diagnosticados de VG, el 93,1% deja constancia de la situación de violencia de género en la historia clínica de la paciente o en algún tipo de registro</p> <p>- El 70,3% realiza un seguimiento sobre las intervenciones que se efectúan con las mujeres víctimas de violencia de género y el 82,7% se coordina con otros profesionales cuando atiende a una mujer víctima de violencia de género siendo los trabajadores sociales (76,1%) y los profesionales de enfermería (75,1%) los más señalados.</p> <p>-El 24,5% pregunta con regularidad a sus pacientes cuestiones orientadas a detectar la VG de forma directa, existiendo una relación estadísticamente significativa entre quienes realizan estas preguntas y el diagnóstico de pacientes víctimas de VG.</p>
Hallazgos
<p>- El 93,7% considera la VG como un problema de salud.</p> <p>- Nueve de cada diez facultativos (93,4%) consideran que atender a las pacientes víctimas de VG estaba entre sus funciones en AP.</p> <p>- Al 63,4% no les planteaba incomodidad atender a las pacientes que la sufrían. Los que respondieron que sí les producía incomodidad, destacaban como principal circunstancia de su malestar la impotencia que les generaba el que una mujer no quisiera denunciar a su agresor.</p> <p>- Algo más de la mitad (55,6%) había recibido formación específica, valorándola como satisfactoria o muy satisfactoria el 80,3%. Tres cuartas partes (73,8%) conocían los recursos sanitarios para atender a las pacientes con VG, reduciéndose el número cuando se trataba del conocimiento de recursos fuera del sistema sanitario (59,9%).</p> <p>- Casi la mitad (49,3%) consideraba que había pocos recursos para atender a las víctimas.</p> <p>- Un tercio (33,1%) había leído el protocolo común de actuación sanitaria del 2007, y más de la mitad (55,3%) conocía el de su CCAA.</p> <p>- El 77,8% conocía las obligaciones legales ante la detección de un caso de VG, el 85% sabía que estaba obligado a denunciar y el 72,3% que el parte de lesiones se tramitaba de forma diferente y más rápido cuando se especifica que es por VG.</p> <p>- El 72,3% tenía experiencia de atención a mujeres víctimas de VG en su cupo, con una media de tres mujeres diagnosticadas. Si se tiene en cuenta que la muestra de facultativos es principalmente urbana, en donde los cupos de pacientes son bastante amplios, puede valorarse como infradetección. Los 347 médicos encuestados tenían diagnosticadas en su cupo 429 mujeres víctimas de VG. El diagnóstico de pacientes víctimas de VG se relacionaba con la antigüedad médica, haber tenido formación y ser médica mujer.</p> <p>- El 81,8% conocían las circunstancias que hacían a las mujeres víctimas de VG más vulnerables, y el 43,8% había detectado en su consulta hombres agresores. La detección de las pacientes se realizaba, principalmente, por comunicación de la misma en la consulta. En los casos identificados.</p> <p>- El 93,1% lo hacía constar en la historia clínica, el 70,3% realizaba un seguimiento de la paciente y el 82,7% se coordinaba con otros profesionales.</p>

Tras la lectura de los hallazgos de estas investigaciones, se pone de manifiesto que la mayoría de los profesionales sanitarios perciben la violencia de género como un problema importante, considerando su abordaje desde los servicios sanitarios como parte de su labor asistencial.

Por otra parte, la revisión de la literatura da a conocer que el personal sanitario considera la violencia de género como un problema desapercibido. Además, existe infradetección desde los servicios sanitarios y cierto desconocimiento del protocolo específico para atender a las mujeres víctimas de violencia de género.

También, se da a conocer que la formación específica es limitada, y que existen ciertas creencias estereotipadas acerca de la realidad de este fenómeno. Por tanto, que el colectivo de profesionales sanitarios como parte de la sociedad, participe de los mismos mitos y prejuicios, favorece la persistencia del maltrato⁹⁹, y puede implicar una victimización secundaria desde los servicios de atención¹⁰⁰.

A lo largo de este capítulo, queda definido el fenómeno de la violencia de género como un importante problema social y de salud, que precisa para su abordaje la implementación de actuaciones multidisciplinarias e interinstitucionales, desde diferentes contextos: políticos, educativos, de seguridad, social, sanitarios, judiciales, etc ^{22,76}. Dentro de este espectro de ámbitos de actuación, se ha destacado la relevancia de la implicación del ámbito sanitario. Por todo lo expuesto, se hace necesario realizar una aproximación actualizada al contexto que envuelva la relación entre la violencia de género y el personal sanitario. Planteamos una investigación que estudie las opiniones de los profesionales sanitarios en relación a la permisibilidad de conductas de violencia de género, pues consideramos que dicha tolerancia puede suponer un obstáculo en la identificación de casos de violencia de género.



CAPÍTULO 2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos

- Estudiar la opinión sobre los aspectos característicos de la violencia de género en profesionales sanitarios (de enfermería y medicina).

-Identificar la relación entre las variables sociodemográficas, que puedan influir, en la opinión de estos profesionales sanitarios sobre violencia de género.

-Estudiar la influencia de los conocimientos y experiencias en violencia de género, en la opinión de estos profesionales sanitarios.

-Analizar en la opinión de estos profesionales sanitarios sobre violencia de género, en función del sexo.



CAPÍTULO 3 MARCO METODOLÓGICO

2. Marco Metodológico

3.1 Población y muestra

La población de estudio se centra en los profesionales sanitarios a nivel nacional, concretamente en los profesionales de enfermería y medicina. Ya que tanto por su responsabilidad ético-legal, como asistencial^{27,93}, se hallan en una posición esencial para la detección y atención a mujeres víctimas de violencia de género²².

En el Sistema Nacional de Salud trabajaban 165.981 profesionales de enfermería, desempeñan su trabajo en atención especializada 136.574. Respecto al total de profesionales de medicina es de 132.935, de los cuales trabajan en atención especializada un total de 77.279 y otros 20.489 que ejercen como especialistas en formación¹⁰¹.

La selección de la muestra, se llevó a cabo mediante un muestreo aleatorio entre profesionales de enfermería y medicina que trabajan en el Servicio Murciano de Salud. Se considera representativa a nivel nacional, dado que están representadas a través del personal sanitario, distintas comunidades de forma aleatoria, y las diferencias que puedan existir entre ellas, han sido medidas mediante variables como son la experiencia en detección, conocimiento del protocolo y formación específica. en violencia de género.

Se repartieron los cuestionarios tanto en los servicios de Atención Primaria, como en los servicios de Atención Especializada enumerados a continuación: Servicios de Urgencias, Pediatría, Obstetricia, Ginecología, Traumatología, Cirugía y Medicina Interna. Quedan incorporados 5 hospitales y 11 centros de salud. Se entregaron 603 cuestionarios, de los cuales no fueron analizados un total de 61, ya que 42 se consideran perdidos, por no ser devueltos durante el periodo de recolección de la muestra y 19 fueron recogidos en blanco.

Por lo tanto, la muestra total constaba de 541 cuestionarios cumplimentados por profesionales de enfermería y medicina.

3.1 Tipo de estudio

Se realiza un estudio observacional, transversal.

3.2 Instrumento

El instrumento utilizado para realizar el estudio es un cuestionario basado en la versión propuesta por Ferrer et al.¹⁰² (2006), del *Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y la Violencia* (IPDMV, Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997)¹⁰³. Originalmente, este instrumento consta 29 ítems de respuesta binaria, 13 relativos a pensamientos distorsionados sobre las mujeres y 16 a la consideración de la violencia como medio aceptable para resolver conflictos.

Para obtener más información se opta por la opción reconvertida de la escala original a una escala Likert de 4 puntos, aumentando así su consistencia interna como se afirman otros estudios previos^{102,104}. La escala cuantifica el grado de aceptación de las afirmaciones del cuestionario, siendo la puntuación 1 el rechazo rotundo de afirmación del cuestionario, las puntuaciones de 2, 3 y 4 son distintos grados de aceptación en sentido ascendente, siendo la puntuación 4 la completa aceptación de dicha afirmación.

Además, se incluyen en el cuestionario cuatro ítems sobre tópicos acerca de la violencia de género, para revelar la existencia de mitos entre los profesionales sanitarios. Incluyendo estos últimos ítems se realiza un análisis factorial exploratorio.

3.3 Análisis factorial aplicado al cuestionario IPDMV adaptado.

Tras el análisis factorial, se destacan 5 dimensiones que permiten valorar la opinión de estos profesionales, en relación a la violencia de género. Así, se valoran los aspectos más básicos de la violencia de género como son: la violencia física, psicológica y sexual. También se observa, la culpabilización de las mujeres víctimas por permitir la violencia de género, y la existencia de creencias estereotipadas sobre la realidad de las situaciones de violencia de género.

Mediante el factor 1, que denominamos: “*violencia psicológica*” valora el rechazo a estereotipos machistas, que suponen la subordinación de la mujer frente al varón en la pareja. En otras palabras, con este factor, valoramos la tolerancia cero hacia la violencia psicológica contra la mujer en la pareja, entre las opiniones de estos profesionales.

A través del factor 2, que denominamos: “*violencia sexual*” valoramos la tolerancia hacia la violencia sexual contra la mujer en la pareja.

Mediante el factor 3: “*violencia física*” valoramos las opiniones sobre otro aspecto básico de la violencia de género, como es la tolerancia del uso de la violencia física. Se trata de una justificación del uso de la violencia contra las mujeres en la pareja, en cuanto a que considera, que hay situaciones en las que las mujeres pueden ser merecedoras de la situación violencia y minimiza de la importancia de la violencia de género.

A través del factor 4, que hemos denominado: “*Culpabilización de las mujeres víctimas por permitir la violencia de género*” se agrupan los ítems que valoran la opinión sobre la consideración de las mujeres como culpables por su pasividad ante el maltrato, ello implica, una atribución a las mujeres de ser responsables de la perpetuación de la situación de violencia de género.

Mediante el factor 5, que denominamos: “*Tipificación de la violencia de género*” analizamos opiniones que aceptan creencias erróneas acerca de la realidad de esta problemática, es decir, supone la sostenibilidad de tópicos que implican un desconocimiento de las verdaderas circunstancias de la violencia de género.

3.4 Criterios de inclusión

- Ser profesionales de enfermería o medicina, ya que son quienes realizan una primera asistencia sanitaria.
- Disponibilidad durante la recogida de la muestra.
- La voluntariedad de la participación.

3.5 Criterios de exclusión

- Categorías profesionales sanitarias distintas a enfermería y medicina, han quedado excluidas, como son profesionales de fisioterapia, psicología u odontología.
- No se han incluido en el estudio a profesionales de enfermería y medicina, que trabajan en servicios diferentes a los mencionados a continuación: servicio de atención primaria y especializada, incluyendo los servicios de Urgencias, Pediatría, Obstetricia, Ginecología, Traumatología, Cirugía y Medicina Interna.

3.5 Procedimiento para la recopilación de datos

Se solicitó la participación de los profesionales de enfermería y medicina, informándoles de que su colaboración era de carácter voluntario y anónimo.

Con la finalidad de obtener el mayor número de participantes posible, se optó por un proceso flexible en cuanto al procedimiento para la recogida de los cuestionarios.

El periodo de tiempo disponible para cumplimentarlos, se pactó; bien con los supervisores de enfermería de la unidad hospitalaria y los coordinadores de enfermería del centro de salud, en la mayoría de los casos, o bien con otro profesional de la unidad o del centro de salud, que de forma voluntaria, quiso asumir el reparto y recogida de los cuestionarios.

El proceso de recolección de la muestra, contó con la colaboración varios miembros del grupo de investigación “Enfermería, Mujer y Cuidados, E063-04”.

Finalmente, el periodo de tiempo para responder a los cuestionarios, varió desde al menos una semana después de su entrega, hasta transcurrido un plazo máximo de dos semanas. Se calculó que el tiempo requerido para responder al cuestionario fue de 10 minutos. La recopilación de los datos tuvo lugar durante el periodo de tiempo comprendido entre mayo de 2013 hasta marzo de 2014.

Para garantizar el anonimato y la confidencialidad de todos participantes, los cuestionarios fueron entregados en sobres blancos individuales con el anagrama de la universidad, que debían ser cerrados tras la cumplimentación del cuestionario.

3.6 Procedimiento para el análisis de los datos propuestos

Se procede al registro de los datos a través del paquete estadístico SPSS versión 19.0 para Windows para su análisis.

Para el análisis de los datos se han llevado a cabo las siguientes pruebas estadísticas:

- Distribución de las variables absolutas y relativas de las variables cualitativas.
- Estudio descriptivo de las variables cuantitativas mediante la media y la desviación típica.
- Análisis factorial para determinar las dimensiones valoradas en el cuestionario IPDMV adaptado.
- Estimaciones de parámetros con un nivel de confianza del 95%.
- Contrastes de una proporción.
- Para la comparación de variables cualitativas se ha utilizado un análisis de tablas de contingencia mediante el test de la χ^2 de Pearson, complementado con un análisis de residuos.

3.7 Aspectos ético-legales

Para la realización de la investigación se solicitó la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de Murcia, aprobado 31 de Mayo 2013 (anexo 3), y de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud, (anexo 5), contemplando las normas éticas de la declaración de Helsinki, manteniendo el anonimato, la voluntariedad y la información previa.

Además, se cuenta con una carta de autorización de los autores del cuestionario Enrique Echeburúa y Javier Fernández-Montalvo para la realización de esta investigación (anexo 6 y 7).



CAPÍTULO 4 RESULTADOS

Resultados

En este capítulo se muestran los resultados obtenidos tras el análisis de los datos de esta investigación, de tal manera que se exponen según estos 4 apartados:

1. Resultados de las variables sociodemográficas.
 - 1.1 Sexo.
 - 1.2 Edad.
 - 1.3 Estado civil.
 - 1.4 Sustento económico familiar.
 - 1.5 Categoría profesional.
 - 1.6 Lugar de trabajo.
 - 1.7 Años de experiencia profesional
- 2 Resultados de los conocimientos y experiencias en violencia de género.
 - 2.1 Conocimiento del protocolo sobre violencia de género.
 - 2.2 Detección de violencia de género.
 - 2.3 Formación específica en violencia de género.
 - 2.4 Experiencia de maltrato en el entorno familiar.
- 3 Resultados del estudio de los factores del IPDMV adaptado.
 - 3.1 Violencia psicológica.
 - 3.2 Violencia sexual.
 - 3.3 Violencia física
 - 3.4 Culpabilización de las mujeres por permitir la violencia de género.
 - 3.5 Tipificación de la violencia de género.
- 4 Resultados del estudio de la relación entre: las variables sociodemográficas, los conocimientos y experiencias en violencia de género; respecto a los factores del IPDMV adaptado.
- 5 Resultados del estudio de los factores del IPDMV adaptado en función del sexo.

4.1 Resultados de las variables sociodemográficas

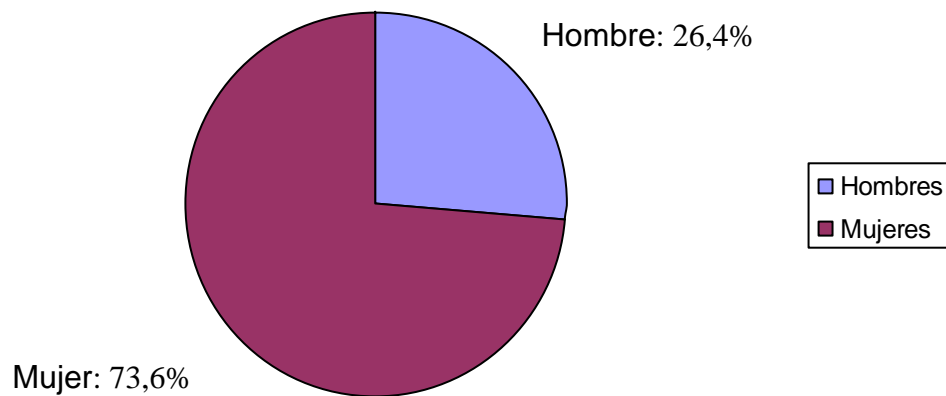
A continuación, se describen las variables sociodemográficas, que hemos considerado, que pueden influir en las dimensiones del estudio de las opiniones de profesionales sanitarios, sobre la violencia de género.

- 1.1 Sexo.
- 1.2 Edad.
- 1.3 Estado civil.
- 1.4 Sustento familiar
- 1.5 Categoría profesional.
- 1.6 Lugar de trabajo.
- 1.7 Años de experiencia profesional.

4.1.1 Sexo

Tabla 12. Sexo.			
		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	142	26,4
	Mujer	396	73,6
Total		538	100,0

Figura7. Sexo.



4.1.2 Edad

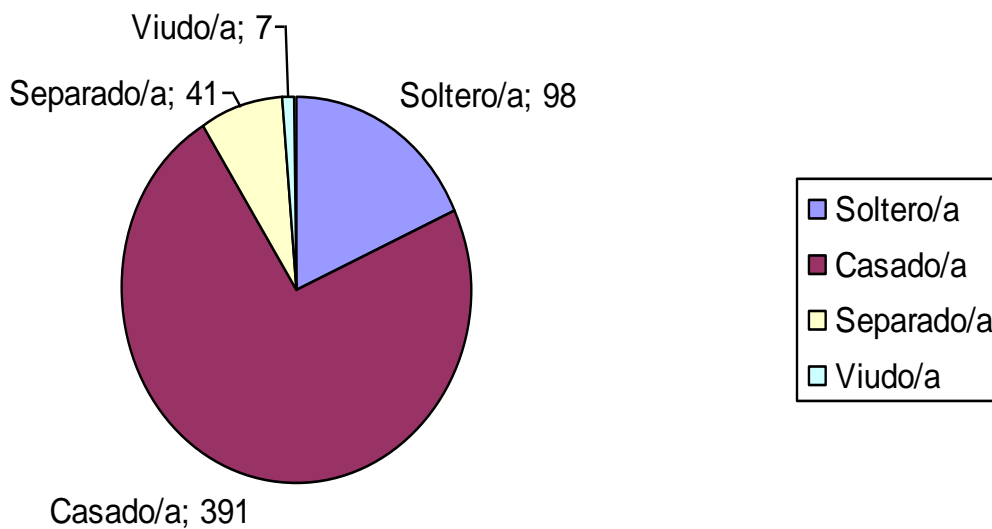
Tabla 13. Estadísticos descriptivos de la edad					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Tip.
Años	520	19	64	43,69	10,61

El rango está comprendido entre los 19 y 64 años, siendo la edad media de los profesionales sanitarios 43,69 años.

4.1.3 Estado civil

Tabla 14. Estado civil			
		Frecuencia	Porcentaje
Estado civil	Soltero/a	98	18,2
	Casado/a	391	72,8
	Separado/a	41	7,6
	Viudo/a	7	1,3
Total		537	100,0

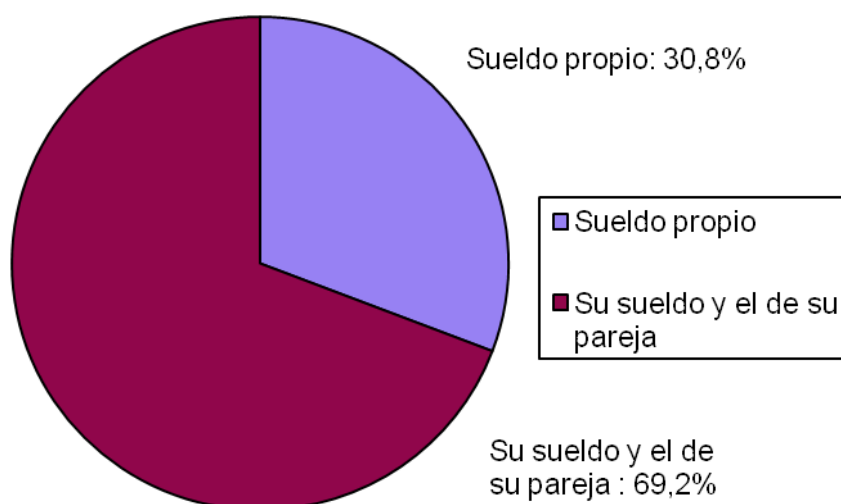
Figura8 . Estado civil



4.1.5. Sustento económico familiar

Tabla 15 Sustento económico familiar			
		Frecuencia	Porcentaje
Sustento económico familiar	Sueldo propio	156	30,8
	Su sueldo y el de su pareja	351	69,2
Total		507	100,0

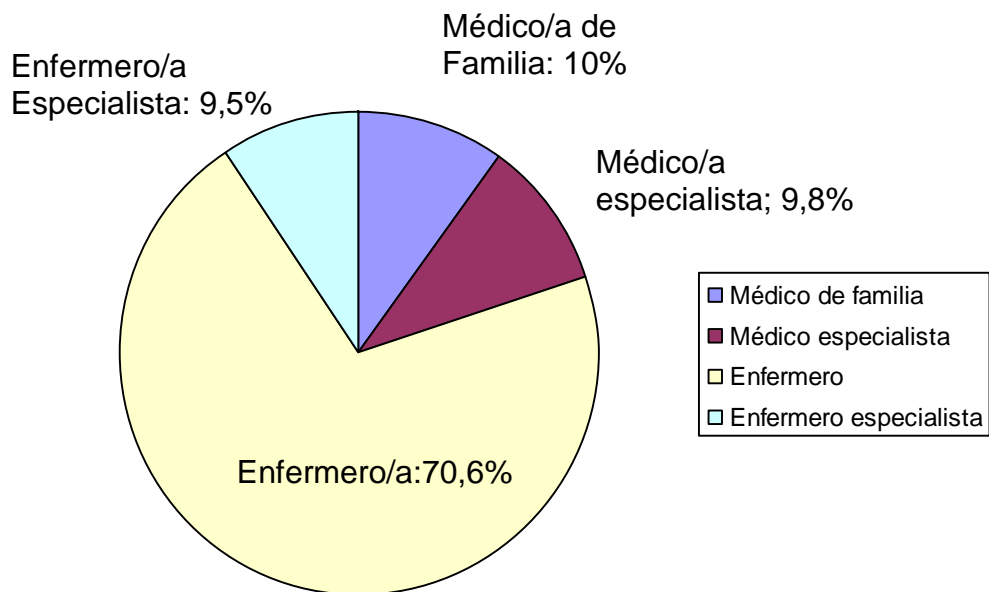
Figura 9. Sustento económico familiar.



4.1.6. Categoría profesional

Tabla 16. Categoría profesional			
		Frecuencia	Porcentaje
Categoría profesional	Médico/a de familia	53	10%
	Médico/a especialista	52	9,8%
	Enfermero/a	372	70,6%
	Enfermero/a especialista	50	9,5%
Total		527	100,0

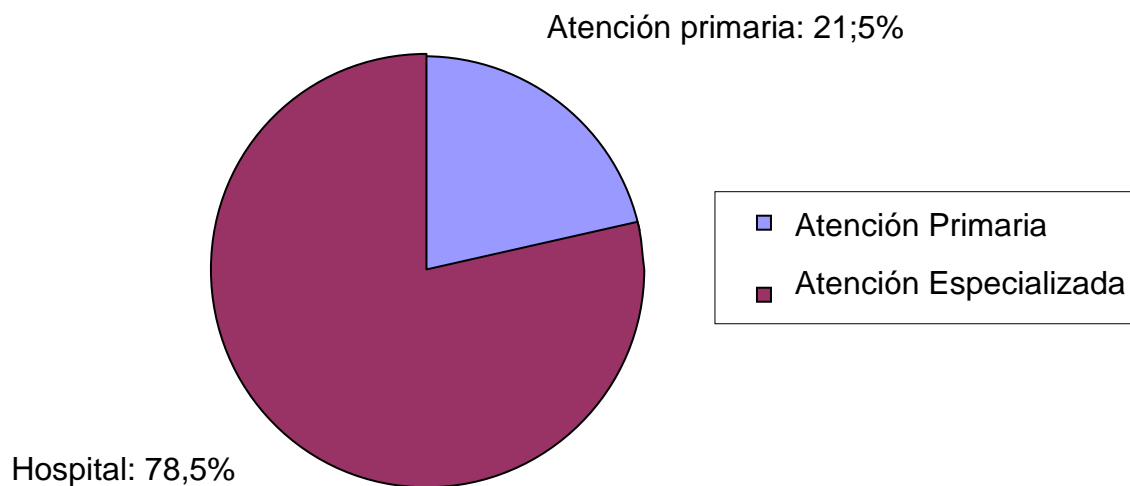
Figura 9. Categoría profesional.



4.1.7 Lugar de trabajo

		Frecuencia	Porcentaje
Lugar de trabajo	Atención primaria	115	21,5%
	Hospital	419	78,5%
Total		534	100,0

Figura 10. Lugar de trabajo.



4.1.6 Años de experiencia profesional

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Tip.
Años de experiencia profesional	523	1	42	19,88	10,65

4.2 Resultados de los conocimientos y experiencias en violencia de género.

Estas son las variables sobre el conocimiento y la experiencias en violencia de género, planteadas para valorar las opiniones de los profesionales de enfermería y medicina, respecto a la violencia de género:

2.1 Conocimiento del protocolo sobre violencia de género.

2.2 Detección de violencia de género.

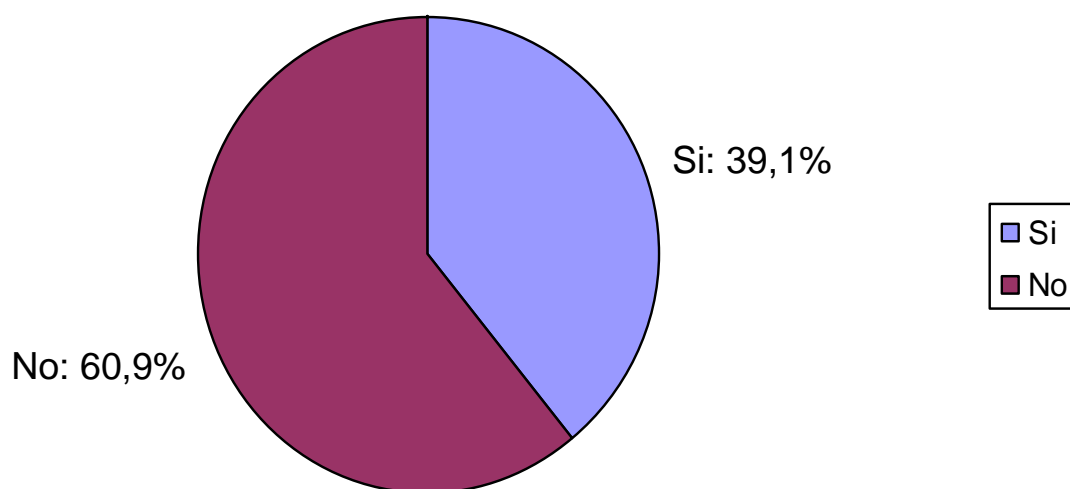
2.3 Formación específica en violencia de género.

2.4 Experiencia de maltrato en el entorno familiar.

4.2.1 Conocimiento del protocolo de actuación en violencia de género.

Tabla 19 Conocimiento del protocolo de actuación en VG			
Conocimiento		Frecuencia	Porcentaje
Protocolo de actuación en VG	Si	208	39,1%
	No	324	60,9%
Total		532	100,0

Figura 11. Conocimiento del protocolo de actuación en VG.

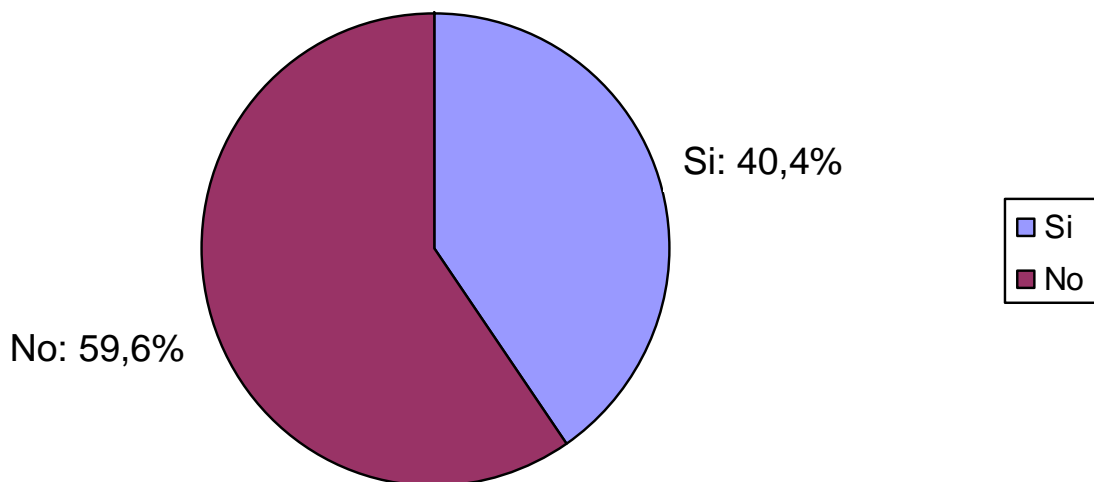


Mediante el contraste de una proporción, podemos decir que más 56% no conocen el protocolo de actuación de en violencia de género, intervalo comprendido entre (52%; 60%), con un nivel de confianza al 95% .

4.2.2 Detección de violencia de género.

		Frecuencia	Porcentaje
Detección de VG	Si	217	40,4
	No	320	59,6
Total		537	100,0

Figura 12. Detección de VG.

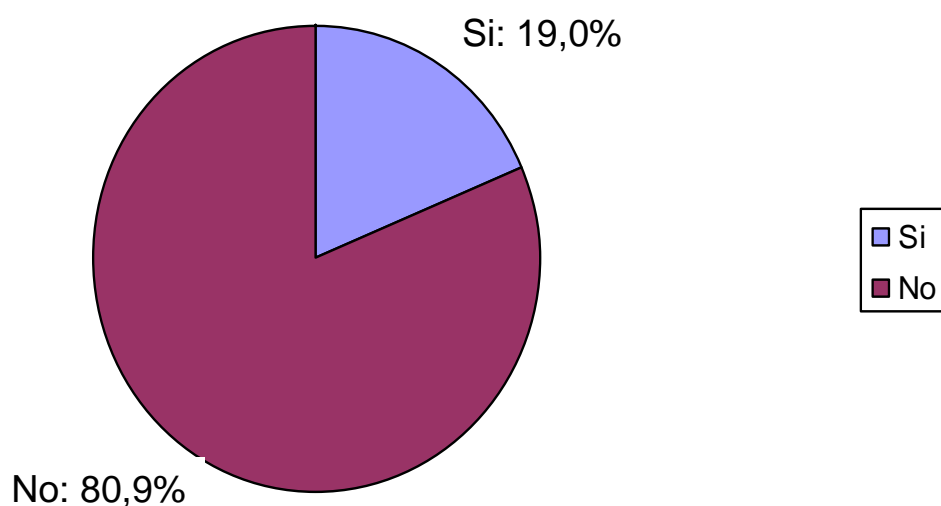


Mediante el contraste de una proporción, podemos decir que más del 55% de los profesionales sanitarios, no han detectado algún caso de violencia de género a lo largo de su trayectoria profesional, intervalo comprendido entre (55,1%; 63,1%) con un nivel de confianza al 95%.

4.2.3 Formación específica en violencia de género.

Formación específica		Frecuencia	Porcentaje
		Si	101
	No	430	80,98%
Total		531	100,0

Figura 13. Formación específica.

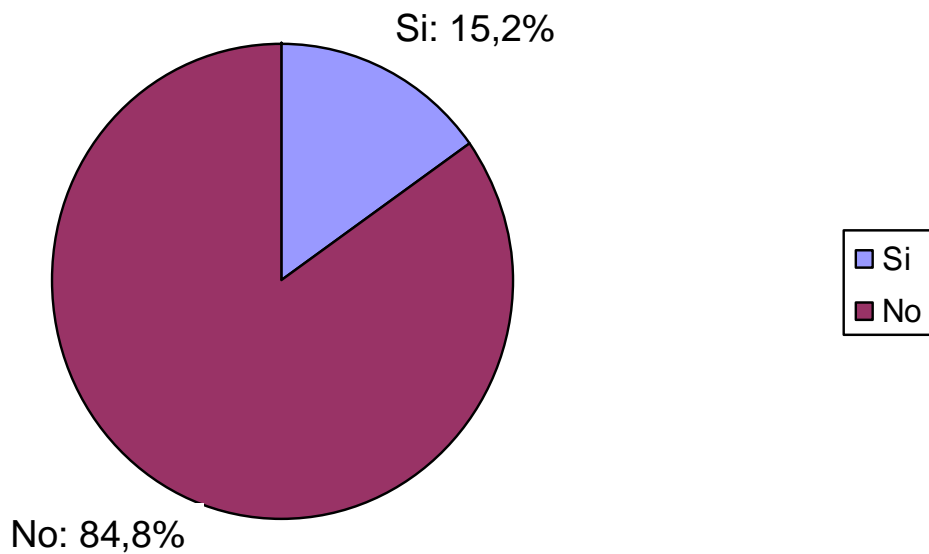


Mediante el contraste de una proporción, podemos decir que más del 76% de los profesionales sanitarios no tienen formación específica en violencia de género, intervalo comprendido entre (73,9%; 79,9%). con nivel de confianza al 95%

4.2.4 Experiencia de maltrato en su entorno familiar

Maltrato en su entorno familiar		Frecuencia	Porcentaje
	Si	81	15,2%
	No	452	84,80
Total		533	100,0

Figura 14. Maltrato en su entorno familiar.



Mediante el contraste de una proporción, podemos decir que más del 12% de los profesionales sanitarios han vivenciado algún caso de maltrato en su entorno familiar, intervalo comprendido entre (9,2% ; 15,2%), con un nivel de confianza al 95%.

4.3 Resultados del estudio de los factores del IPDMV adaptado.

Se exponen los resultados del estudio de las dimensiones del IPDMV adaptado. Se indican los ítems propios de cada factor, se explican los rangos de puntuación, las frecuencias, porcentajes e intervalos de confianza. Se complementa las tablas con las gráficas correspondientes.

- 4.3.1 Violencia psicológica.
- 4.3.2 Violencia sexual.
- 4.3.3 Violencia física.
- 4.3.4 Culpabilización de las mujeres por permitir la violencia de género.
- 4.3.5 Tipificación de la violencia de género.

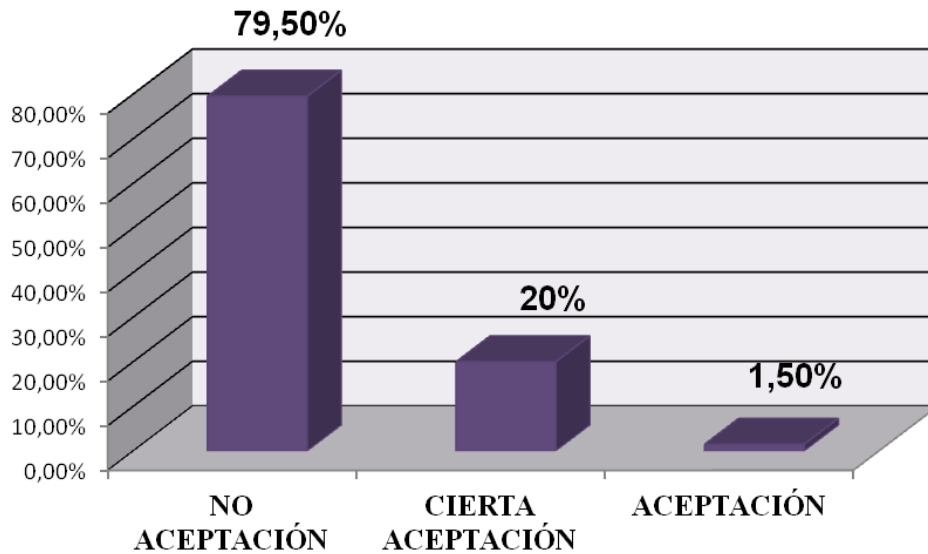
4.3.1 “Violencia psicológica”

Esta dimensión informa acerca del rechazo de estereotipos machistas, que implican una subordinación de la mujer frente al varón en la pareja. Consta de 5 ítems (11, 12, 13, 14, y 16). El rango de puntuación oscila entre; un mínimo de 5 puntos, hasta un máximo de 20 puntos. Una puntuación de 4: supone el rechazo rotundo de estereotipos machistas que implican la subordinación de la mujer frente al varón. Se acepta como cierto grado de aceptación de la violencia psicológica que conlleva la subordinación de la mujer frente al varón, cualquier puntuación superior a 5 puntos. Una puntuación superior a 10 supone la aceptación de la violencia psicológica y un máximo de 20 puntos, supone la total aceptación de la violencia psicológica.

Tabla 23. Violencia psicológica.

		Frecuencia	Porcentaje	Estimación por intervalos al 95%
Puntuación	Rechazo rotundo (5 puntos)	418	79,5%	(76,5%; 82,5%)
	Cierta aceptación (6-10 puntos)	100	19%	(17%; 21%)
	Aceptación (11-20 puntos)	8	1,5%	(0,5%; 2,5%)
Total		526	100,0	

Figura15. Violencia psicológica.



Mediante el contraste de una proporción podemos decir que más de un 17% presentan cierta aceptación de la subordinación de la mujer frente al varón con una $p < 0,05$.

4.3.2 “Violencia sexual”

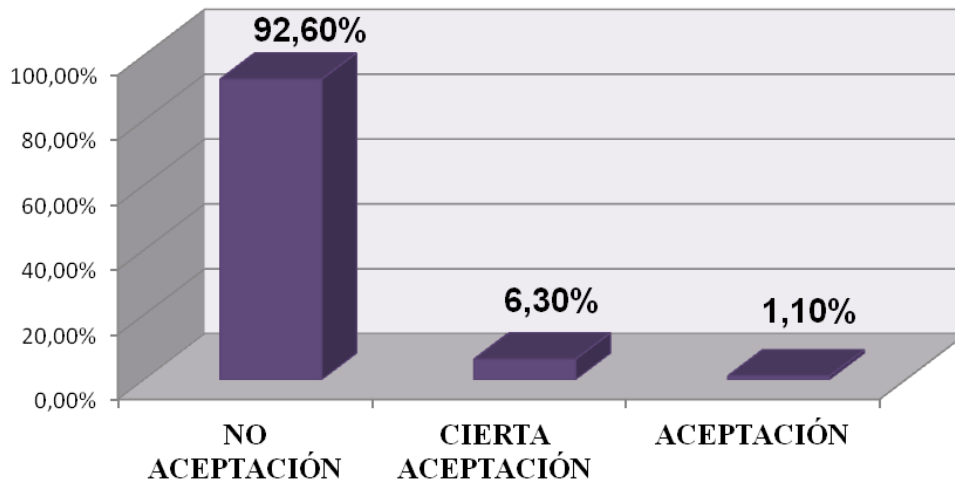
Este factor informa acerca del rechazo a la violencia sexual de la mujer en la pareja, es decir, valora la tolerancia hacia la sumisión sexual entre las opiniones de estos profesionales sanitarios, mediante el ítem 15.

El rango de puntuación oscila entre un mínimo de 1 puntos, que implica el rechazo rotundo de la violencia sexual que conlleva la sumisión sexual de la mujer en la pareja y un máximo de 4 puntos, que conlleva la total aceptación de la sumisión sexual de la mujer en la pareja. Cualquier puntuación superior 1, supone cierto grado de aceptación, por tanto, se acepta como cierto grado de aceptación una puntuación de 2, y una puntuación de 3 o superior supone la aceptación de la violencia sexual.

Tabla 24. Violencia sexual.

		Frecuencia	Porcentaje	Estimación por intervalos al 95%
Puntuación	Rechazo rotundo (1 punto)	490	92,6%	(90,6%; 94,6%)
	Cierta aceptación (2 puntos)	33	6,3%	(4,3%; 8,3%)
	Aceptación (3-4 puntos)	6	1,1%	(0,1%; 2,1%)
Total		529	100,0	

Figura16. “Violencia sexual”.



Mediante el contraste de una proporción podemos decir que más de un 5% presentan no rechazan rotundamente de la violencia sexual de la mujer, con una $p < 0,05$.

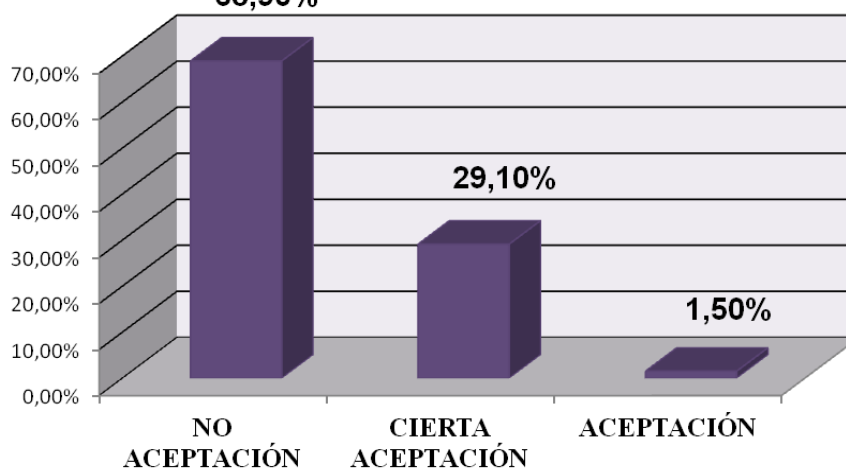
4.3.3 “violencia física”

En esta dimensión valora el grado de rechazo del uso de la violencia física, pues justifica el uso de la violencia, culpabilizando a la mujer de la situación de maltrato y minimizando la importancia de la violencia de género. Consta de los ítems (18, 20, 31 y 32).

Para este factor el rango de puntuación oscila entre un mínimo de 4 puntos, que implica el rechazo rotundo de la violencia física, y un máximo de 16 puntos que conlleva la aceptación de la violencia física. Se asume que una puntuación superior a 4 puntos implica distintos grados de aceptación del uso de la violencia física contra la mujer en la pareja y de minimización de la importancia de la situación del maltrato

Tabla 25. Rechazo a la “violencia física”.

		Frecuencia	Porcentaje	Estimación por intervalos al 95%
Puntuación	Rechazo rotundo (4 puntos)	361	68,9%	(64,9%; 72,9%)
	Cierta aceptación (5-8 puntos)	155	29,1%	(25,6%; 33,6%)
	Aceptación (9-16 puntos)	8	1,5%	(0,5%; 2,5%)
Total		524	100,0	

Figura19. Rechazo a la “violencia física”.
68,90%

Mediante el contraste de una proporción podemos decir que más del 28% no rechazan rotundamente el uso de la violencia, la justifican culpabilizando a las mujeres de la situación y minimizan la importancia de la violencia de género, con una $p < 0,05$.

4.3.4 “Culpabilización de las mujeres víctimas por permitir la violencia de género”

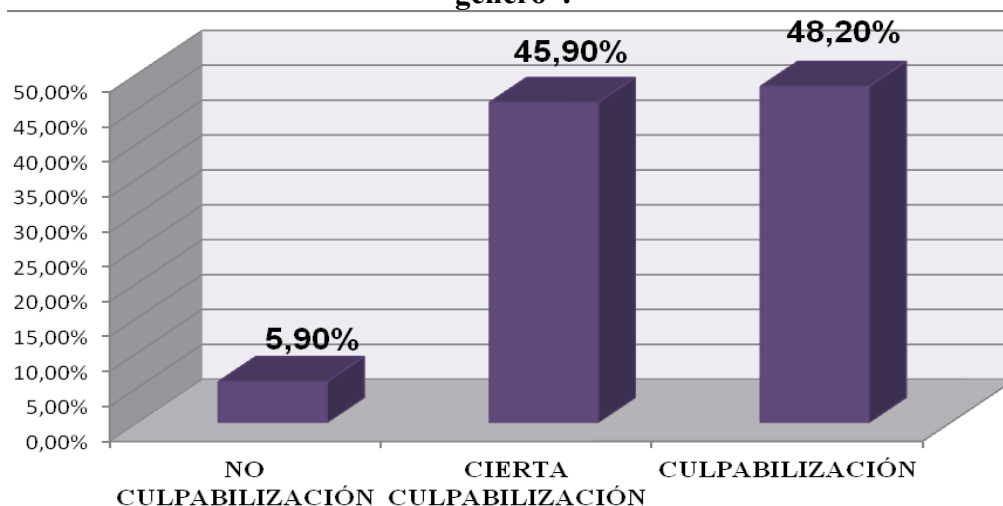
Esta dimensión informa acerca de la culpabilización de las mujeres víctimas de violencia como consentidoras de las situaciones de maltrato. Consta de 5 ítems (17, 19, 21, 22, y 38).

Para este factor el rango de puntuación oscila entre un mínimo de 5 puntos, que implica un rechazo de las afirmaciones acerca de la culpabilización de las mujeres víctimas de violencia de género, como consentidoras de la situación de maltrato, y un máximo de 20 puntos que conlleva estar totalmente de acuerdo con dichas afirmaciones. Se considera cierta aceptación a cualquier puntuación superior a 5 puntos. Una puntuación superior a 10 conlleva distintos grados de aceptación de dichas afirmaciones

Tabla 26. “Culpabilización de las mujeres víctimas de permitir de violencia de género”.

		Frecuencia	Porcentaje	Estimación por intervalos al 95%
Puntuación	Rechazo rotundo (5 puntos)	30	5,9%	(3,9%; 7,9%)
	Cierta culpabilización (6-10 puntos)	235	45,9%	(41,3%; 49,3%)
	Culpabilización (11-20 puntos)	247	48,2%	(44,2%; 52,2%)
Total		512	100,0%	

Figura 17. “Culpabilización de las mujeres víctimas de permitir violencia de género”.



Mediante el contraste de una proporción podemos decir que más del 92% no rechazan rotundamente que las mujeres que sufren violencia de género son culpables de su situación de maltrato ($p < 0,05$).

Siendo más del 44% quienes consideran a las mujeres víctimas de violencia de género como consentidoras de la situación de maltrato, por tanto culpables de su situación de maltrato ($p < 0,05$).

4.3.4 “Tipificación de la violencia de género”

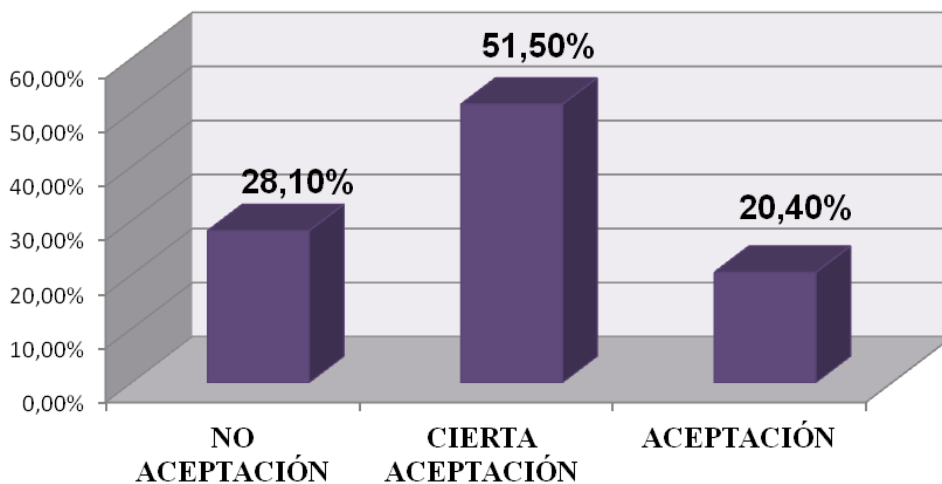
Esta dimensión informa acerca de opiniones de los profesionales sanitarios que sostienen tópicos sobre la violencia de género, consta de tres ítems (33,36 y 37).

Para este factor el rango de puntuación oscila entre un mínimo de 3 puntos, que implica el rechazo rotundo de las ideas estereotipadas sobre de la violencia de género, y un máximo de 12 puntos que conlleva la total aceptación de ideas estereotipadas sobre la violencia de género. Una puntuación superior a 6 conlleva cierto grado de aceptación de dichas ideas, y una puntuación igual o superior a 9 implica aceptación de ideas estereotipadas sobre el maltrato, es decir, supone la tipificación de la violencia de género

Tabla27 Tipificación de la violencia de género

		Frecuencia	Porcentaje	Estimación por intervalos al 95%
Puntuación	Rechazo rotundo (3 puntos)	147	28,1%	(24%; 32%)
	Cierta aceptación (4-6 puntos)	270	51,5%	(47,5%; 55,5 %)
	Aceptación (7-12 puntos)	107	20,4%	(16,4%; 24,4%)
	Total	524	100,0	

Figura18 Tipificación de la violencia de género



Mediante el contraste de una proporción podemos decir que más del 47% consideran en mayor o menor grado que tipifican la violencia de género con una $p < 0,05$.

Más del 18% aceptan tópicos sobre la violencia de género ($p < 0,05$).

4.4 Influencia de las variables sociodemográficas conocimientos y experiencias sobre violencia de género en los factores estudiados.

Para establecer la influencia de las variables sociodemográficas, conocimientos y experiencias sobre violencia de género en relación a los factores estudiados, se ha realizado un análisis de tabla de contingencia mediante el test de la χ^2 de Pearson, complementado con un análisis de residuos.

Tabla 27. Relación de las dimensiones con todas las variables.

Dimensiones	Variables
“Violencia física”	-Sexo. -Edad. -Estado civil.
“Violencia sexual”	-Categoría profesional. -Lugar de trabajo.
“Violencia física”	-Años de experiencia profesional
“Culpabilización de las mujeres víctimas por permitir la violencia de género”	-Conocimiento del protocolo sobre violencia de género. -Detección de violencia de género.
“Tipificación de violencia género”	-Formación específica en violencia de género. -Experiencia de maltrato en el entorno familiar.

4.1 “Violencia psicológica”

A continuación, se exponen las relaciones significativas entre el factor que estudia el rechazo a la violencia psicológica que implica el sometimiento de la mujer frente al varón, con las variables sociodemográficas, conocimientos y experiencia en violencia de género, encontramos las siguientes:

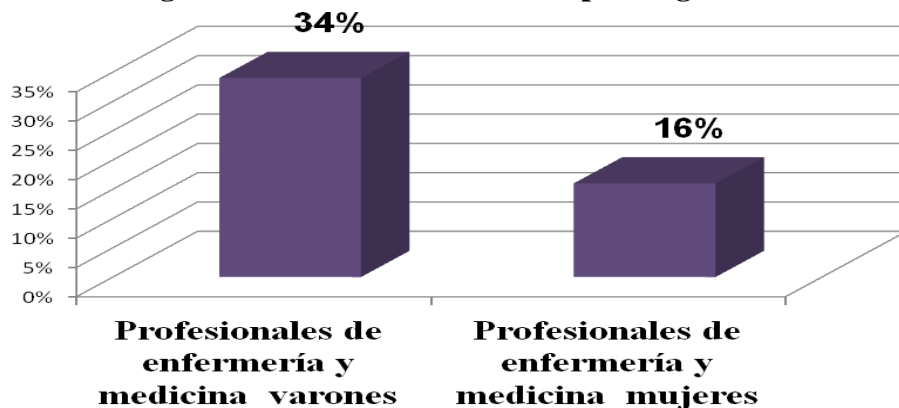
- Estos son los resultados de la tabla de contingencia para este factor en relación al **sexo**:

Tabla 28 . Violencia psicológica y el sexo.

		Rechazo rotundo	Cierta aceptación	Total
SEXO	VARÓN	92	47+	139
	MUJER	325 +	106	386
Total		417	108	525

Mediante el contraste de una proporción, podemos decir que el porcentaje de profesionales de enfermería y medicina varones (34%) que no rechazan rotundamente la violencia psicológica es significativamente superior al de las profesionales de enfermería y medicina mujeres (16%) que no rechazan rotundamente la violencia psicológica, con una $p < 0,00005$.

Figura20. Rechazo a la violencia psicológica



- **Rechazo a la violencia psicológica y la categoría profesional.**

A continuación se muestra los resultados de la tabla de contingencia:

Tabla 29. Violencia psicológica y la categoría profesional.

		Rechazo rotundo	Cierta aceptación	Total
CATEGORIA PROFESIONAL	Médicos/as de familia	45+	6	51
	Médicos/as especialistas	34+	17+	51
	Enfermero/a	297	67	364
	Enfermero/a especialista	35	14	49
Total		411	104	515

Se asocia a los médicos/as de familia, el rechazo rotundo a la violencia psicológica, que implica al sometimiento de la mujer frente al varón, y la cierta aceptación de la violencia psicológica a profesionales de medicina especialistas con una $p < 0,02$.

- **Rechazo a la “violencia psicológica” y la detección de violencia de género.**

A continuación se muestra los resultados de la tabla de contingencia:

Tabla 30. Violencia psicológica y la detección.

		Rechazo rotundo	Cierta aceptación	Total
DETECCIÓN	SÍ	179+	34	213
	NO	238	74+	312
Total		417	108	525

Se asocia el rechazo rotundo a la violencia psicológica, que conlleva el sometimiento de la mujer frente al varón, a los profesionales sanitarios que han detectado algún caso de violencia de género en el desempeño de su trabajo, y la cierta aceptación de la violencia psicológica, a los profesionales sanitarios que no han detectado algún caso de violencia de género, con una $p < 0,02$.

4.2 “Violencia sexual”

Este factor que estudia la sumisión sexual, está relacionado de forma significativa con las variables sociodemográficas, que se exponen a continuación:

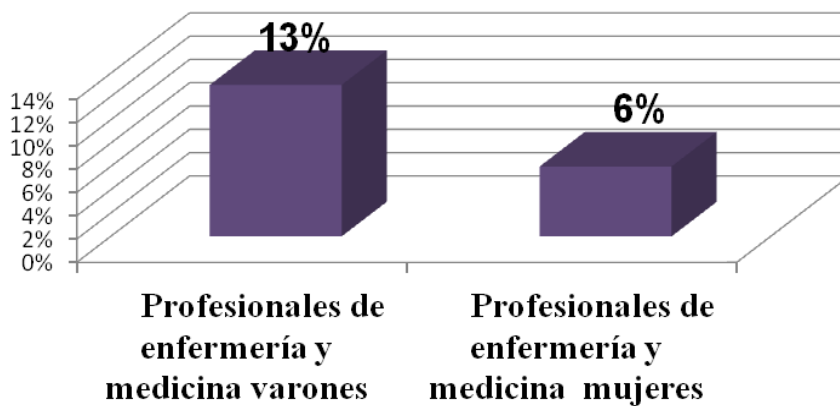
- **Rechazo a la “violencia sexual” y el sexo**

A continuación se muestra los resultados de la tabla de contingencia:

Tabla 31 . Violencia sexual la mujer frente al varón.

		Rechazo rotundo	Cierta aceptación	Total
SEXO	VARÓN	121	18+	139
	MUJER	368+	21	389
Total		489	39	525

Figura21. Rechazo al sometimiento sexual de la mujer en la pareja



A través del análisis de tabla de contingencia mediante el test de la χ^2 de Pearson, complementado con un análisis de residuos, se puede decir que la proporción de los profesionales de enfermería y medicina varones (13%) que no rechazan rotundamente el sometimiento sexual de la mujer frente al varón es significativamente superior a la proporción de las profesionales de enfermería y medicina mujeres (6%) que no rechazan rotundamente el sometimiento sexual de la mujer frente al varón en la pareja, con una $p < 0,0002$.

- **Rechazo a la “violencia sexual” y el estado civil.**

A continuación se muestra los resultados de la tabla de contingencia

:

Tabla32. Violencia sexual y el estado civil.

		Rechazo rotundo	Cierta aceptación	Total
ESTADO CIVIL	SIN PAREJA	86	12+	98
	CON PAREJA	402+	27	429
Total		488	39	527

Se ha realizado un análisis de tabla de contingencia mediante el test de la χ^2 de Pearson, complementado con un análisis de residuos, de tal manera que los profesionales sanitarios que tienen pareja, se asocia el rechazo rotundo a la sumisión sexual de la mujer en la pareja, y la cierta aceptación a los profesionales sanitarios que no tienen pareja, con una $p < 0,02$.

- **Violencia sexual y el lugar de trabajo**

A continuación se muestra los resultados de la tabla de contingencia:

Tabla33. Violencia sexual y el lugar de trabajo.

		Rechazo rotundo	Cierta aceptación	Total
LUGAR DE TRABAJO	CENTRO DE SALUD	110+	3	113
	HOSPITAL	375+	36+	411
Total		485	39	524

Se asocia a los profesionales sanitarios que trabajan en los centros de salud, rechazo rotundo a la sumisión sexual de la mujer en la pareja, y la cierta aceptación a los profesionales sanitarios que en los hospitales, con una $p < 0,05$.

- **Rechazo a la Violencia sexual y el conocimiento del protocolo.**

A continuación se muestra los resultados de la tabla de contingencia:

Tabla 34. . Violencia sexual y el conocimiento del protocolo.

		Rechazo rotundo	Cierta aceptación	Total
CONOCIMIENTO DEL PROTOCOLO	SI	196+	9	205
	NO	288	30+	318
Total		484	39	523

los profesionales sanitarios que conocen el protocolo de actuación ante la violencia de género, se asocia a rechazo rotundo a la sumisión sexual de la mujer en la pareja, y la cierta aceptación a quienes no conocen el protocolo, con una $p < 0,05$.

4.5 “Rechazo a la violencia física”

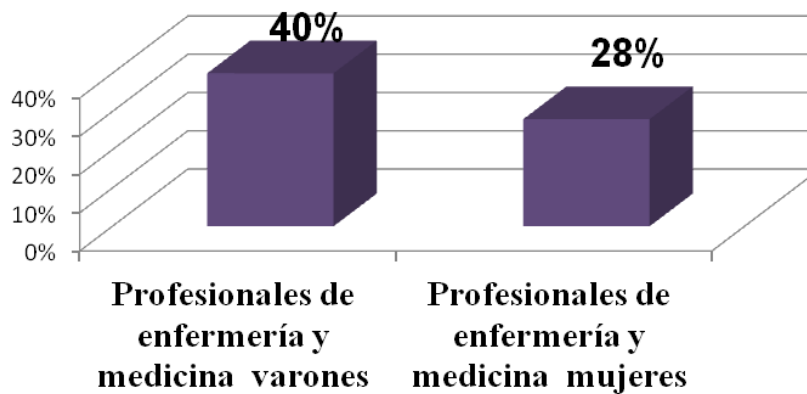
La dimensión rechazo a la “**violencia física**”, se relaciona de forma significativa con la variable **sexo**:

A continuación se muestra los resultados de la tabla de contingencia:

Tabla41. Rechazo a la violencia física y el sexo.

		Rechazo rotundo	Cierta aceptación	Total
SEXO	VARÓN	82	54+	136
	MUJER	278+	109	387
Total		360	163	523

Figura 22. Rechazo a la violencia física



El porcentaje de los profesionales de enfermería y medicina varones (40%) que no rechazan rotundamente el uso de la “violencia física”, la justifican y minimizan la violencia de género, es significativamente superior al porcentaje de las profesionales de enfermería y medicina mujeres (28%) que no rechazan rotundamente el uso de la “violencia física”, la justifican y minimizan la violencia de género, con una $p < 0,001$.

4.3 “Culpabilización de las mujeres víctimas por permitir la violencia de género”

Este factor que estudia la culpabilización de las mujeres víctimas por permitir la violencia de género, está relacionado de forma significativa con las variables sociodemográficas, que se exponen a continuación:

- **Culpabilización de las mujeres víctimas por permitir la violencia de género y el sustento económico familiar.**

A continuación se muestra los resultados de la tabla de contingencia:

Tabla 35 . Culpabilización de las mujeres víctimas por permitir la violencia de género y el sustento económico familiar.

		No culpabilizan	Cierta culpabilización	Culpabilizan	Total
SUSTENTO ECONÓMICO FAMILIAR	SU SUELDO	12	54	83+	149
	SU SUELDO Y EL SU PAREJA	17	166+	148	331
Total		29	220	231	480

Se asocia a los profesionales sanitarios cuyo sustento familiar depende de su sueldo y el de su pareja, la cierta culpabilización de las mujeres víctimas de

permitir la violencia de género, la culpabilización con los profesionales sanitarios cuyo sustento familiar depende sólo de su sueldo, con una $p < 0,05$.

- **Culpabilización de las mujeres víctimas por permitir la violencia de género y el conocimiento del protocolo en caso de violencia de género.**

A continuación, se muestra los resultados de la tabla de contingencia:

Tabla 36 . Culpabilización de las mujeres víctimas por permitir la violencia de género y el conocimiento del protocolo.

		No culpabilizan	Cierta culpabilización	Culpabilizan	Total
CONOCIMIENTO DEL PROTOCOLO	SÍ	15	104+	80	199
	NO	15	129	164+	308
Total		261	233	244	507

Se asocia los profesionales sanitarios que conocen el protocolo específico para casos de violencia de género, con la cierta culpabilización de las mujeres víctimas de permitir la violencia de género, y la culpabilización con los profesionales sanitarios que conocen el protocolo específico para casos de violencia de género, con una $p < 0,01$.

- **Culpabilización de las mujeres víctimas por permitir la violencia de género y la formación específica en violencia de género.**

A continuación, se muestra los resultados de la tabla de contingencia:

Tabla 37. Culpabilización de las mujeres víctimas por permitir la violencia de género y la formación específica.

		No culpabilizan	Cierta culpabilización	Culpabilizan	Total
FORMACIÓN ESPECÍFICA	SÍ	9	55+	32	96
	NO	21	176	213+	410
	Total	30	231	245	506

Se asocia la cierta culpabilización de las mujeres víctimas de violencia de género como consentidoras de la situación de maltrato, a los profesionales sanitarios que han recibido formación específica en violencia de género, y la culpabilización a los profesionales sanitarios que no han recibido formación específica en violencia de género, con una $p < 0,02$.

4.4 “Tipificación de la violencia de género”

En la dimensión tipificación de la violencia género, relacionada con las variables sociodemográficas, encontramos las siguientes relaciones significativas:

- **Tipificación de la violencia de género y el conocimiento del protocolo en caso violencia de género.**

A continuación se muestra los resultados de la tabla de contingencia:

Tabla 38. Tipificación de la violencia género y el conocimiento de protocolo.

		Rechazo rotundo	Cierta aceptación	Total
CONOCIMIENTO DEL PROTOCOLO	SÍ	67+	136	203
	NO	77	237+	316
Total		146	373	519

Se asocia el rechazo rotundo a la tipificación la violencia de género a los profesionales sanitarios que conocen el protocolo de violencia de género en el desempeño de su trabajo, y la cierta aceptación a que los profesionales sanitarios que no conocen el protocolo ante un caso de violencia de género, con una $p < 0,05$.

- **Tipificación de la violencia género y la detección de violencia de género.**

A continuación se muestra los resultados de la tabla de contingencia:

Tabla 39 Tipificación de la violencia género y detección.

		Rechazo rotundo	Cierta aceptación	Total
DETECCIÓN	SÍ	70+	145	215
	NO	77	231+	308
Total		147	376	523

Se asocia el rechazo rotundo de creencias estereotipadas sobre la violencia género a los profesionales sanitarios que han detectado algún caso de violencia de género en el desempeño de su trabajo, y la cierta aceptación a los profesionales sanitarios que no han detectado algún caso de violencia de género, con una $p < 0,05$.

- **Tipificación de la violencia de género y la formación específica en violencia de género.**

A continuación se muestra los resultados de la tabla de contingencia:

Tabla 40. Tipificación de la violencia de género y la formación específica.

		Rechazo rotundo	Cierta aceptación	Total
FORMACIÓN ESPECÍFICA	SÍ	35+	63	98
	NO	110	311+	421
Total		145	374	519

Se asocia el rechazo rotundo de tópicos sobre la violencia de género, a los profesionales sanitarios que han recibido formación específica en violencia de género, y la cierta aceptación a los profesionales sanitarios que no han recibido formación específica en violencia de género, con una $p < 0,05$.

A modo de resumen, se exponen las relaciones significativas entre las dimensiones y las variables estudiadas, en tabla:

Tablas Relaciones significativas entre las dimensiones y las variables estudiadas.

<p>Violencia psicológica</p>	<p>Sexo (p<0,00005) Categoría profesional (p<0,02) Detección (p<0,02)</p>
<p>Violencia sexual</p>	<p>Sexo (p<0,0002) Estado civil (p<0,02) Lugar de trabajo (p<0,05) Protocolo (p<0,05)</p>
<p>Violencia física</p>	<p>Sexo (p<0,001).</p>
<p>Culpabilización de las mujeres por permitir la violencia de género.</p>	<p>Sustento económico (p<0,05) Protocolo (p<0,01) Formación (p<0,02)</p>
<p>Tipificación de la violencia de género.</p>	<p>Protocolo (p<0,05) Detección (p<0,05) Formación (p<0,05)</p>

4.5 Resultados del estudio de los factores para el IPDMV adaptado en función del sexo

Dado que la variable sexo influye de forma significativa en varios de los factores estudiados, con los cuales se pretende describir la opinión de los profesionales sanitarios de enfermería y medicina, se procede al análisis de los mismos en profesionales sanitarios hombres y en profesionales sanitarias mujeres.

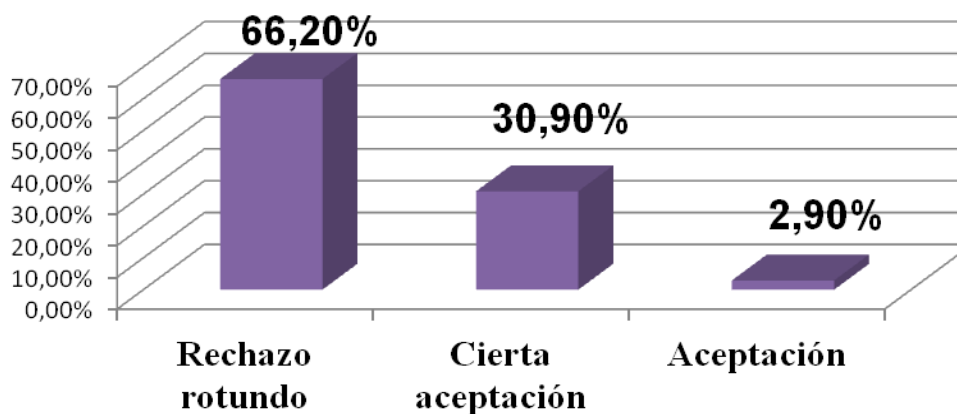
Para ello, se expone cada factor, con una breve descripción, el rango de puntuación y los resultados de la opinión de los profesionales sanitarios con la estimación por intervalos al 95%, tanto en varones como mujeres.

4.5.1.1 “Violencia psicológica”.

A continuación, se muestra la tabla y figura correspondiente al estudio de la opinión de los profesionales sanitarios en función del sexo y su correspondiente generalización.

Tabla 42. Rechazo a la violencia psicológica en los profesionales varones.

		Frecuencia	Porcentaje	Estimación por intervalos al 95%
Puntuación	Rechazo rotundo (5 puntos)	92	66,2%	(58,2%; 74,2%)
	Cierta aceptación (6-10 puntos)	43	30,9%	(22,9%; 38,9 %)
	Aceptación (11-20 puntos)	4	2,9%	(0,0%; 5,9%)
Total		139	100,0	

Figura23. Rechazo a la violencia psicológica en los profesionales varones.

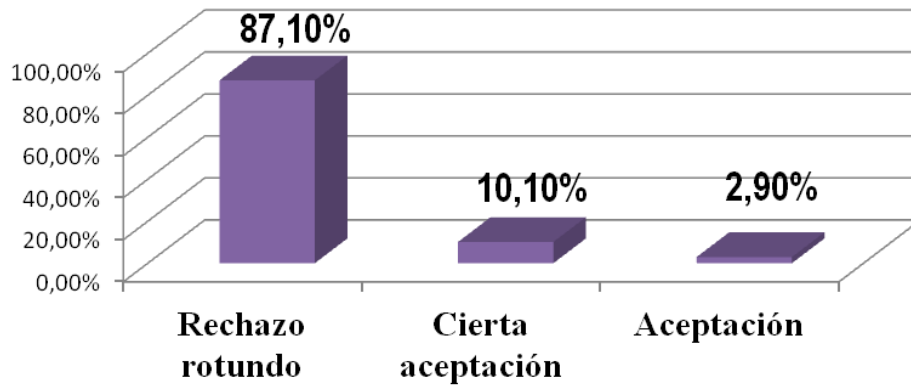
Mediante el contraste de una proporción podemos decir que más de un 25% de los profesionales de enfermería y medicina varones, no rechazan rotundamente la violencia psicológica con una $p < 0,05$.

4.5.1.2 “Violencia sexual”

Tabla43. Rechazo a la violencia sexual en profesionales varones.

		Frecuencia	Porcentaje	Estimación por intervalos al 95%
Puntuación	Rechazo rotundo (1 punto)	121	87,1%	(81,1%; 93,1%)
	Cierta aceptación (2 puntos)	14	10,1%	(5,1%; 15,1%)
	Aceptación (3-4 puntos)	4	2,9%	(0,0%; 5,9%)
	Total	139	100,0	

Figura24. Rechazo del sometimiento sexual de la mujer frente al varón en los profesionales varones.



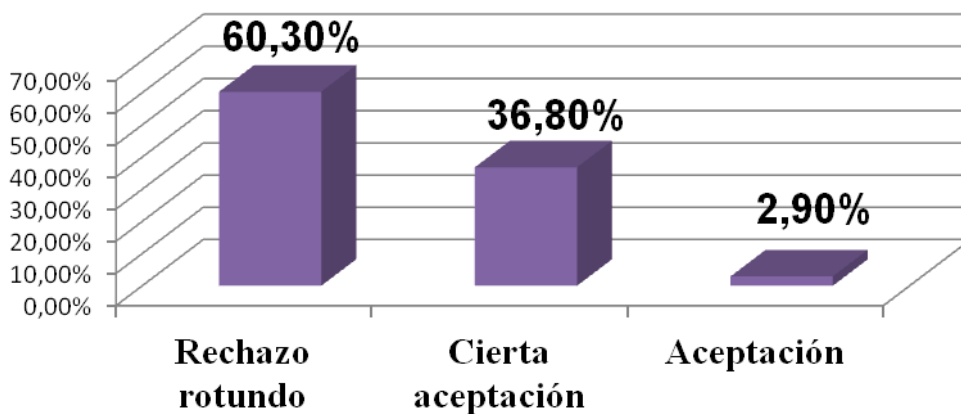
Mediante el contraste de una proporción podemos decir que más de un 11% de los profesionales de enfermería y medicina varones, no rechazan rotundamente la violencia sexual con una $p < 0,05$

4.5.1 3 “Violencia física”

Tabla44.Rechazo a la violencia física en profesionales varones.

		Frecuencia	Porcentaje	Estimación por intervalos al 95%
Puntuación	Rechazo rotundo (4 punto)	82	60,3%	(52,3%; %)
	Cierta aceptación (5-8 puntos)	50	36,8%	(28,8%; 44,8%)
	Aceptación (9-16 puntos)	4	2,9%	(0,0%; 5,9%)
Total		136	100,0	

Figura25. Rechazo a la violencia física contra la mujer en la pareja en profesionales varones.



Mediante el contraste de una proporción podemos decir que más de un 33% los profesionales de enfermería y medicina varones, no rechazan rotundamente el uso de la violencia física, la justifican culpabilizando a las mujeres del maltrato y minimizando la importancia, con una $p < 0,05$.

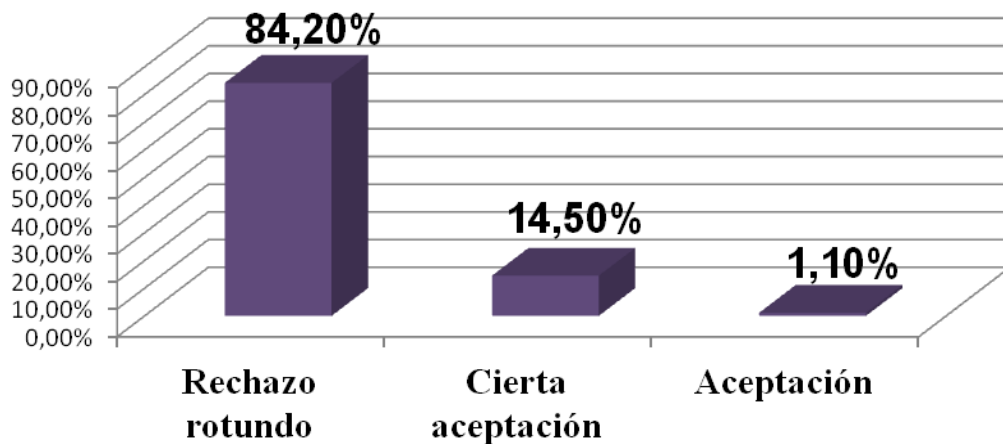
Resultados del estudio de los factores en mujeres

4.5.2.1 “Violencia psicológica”.

Tabla45. Rechazo a la “violencia psicológica” en los profesionales mujeres.

		Frecuencia	Porcentaje	Estimación por intervalos al 95%
Puntuación	Rechazo rotundo (5 puntos)	325	84,2%	(80,2%; 86,2%)
	Cierta aceptación (6-10 puntos)	57	14,5%	(10,5%; 18,5%)
	Aceptación (11-20 puntos)	4	1,1%	(0,1%; 2,1%)
Total		386	100,0	

Figura26 .Rechazo a la “violencia psicológica” en las profesionales mujeres.



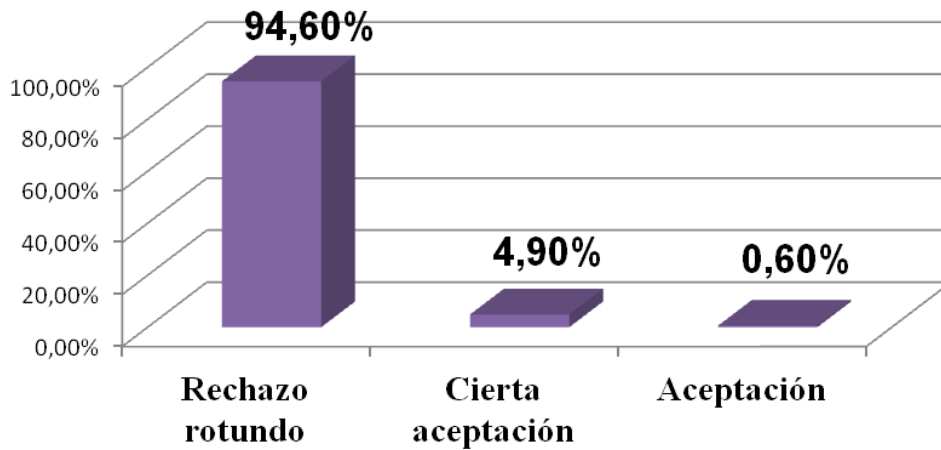
Mediante el contraste de una proporción podemos decir que más de un 10% las profesionales de enfermería y medicina mujeres, no rechazan rotundamente la violencia psicológica, con una $p < 0,05$.

4.5.2.2 Violencia sexual

Tabla46. Rechazo la “violencia sexual” en las profesionales mujeres.

		Frecuencia	Porcentaje	Estimación por intervalos al 95%
Puntuación	Rechazo rotundo (1 punto)	368	94,6%	(92,6%; 96,6%)
	Cierta aceptación (2 puntos)	19	4,9%	(2,9%; 6,9%)
	Aceptación (3-4 puntos)	2	0,6%	(0,0%; 1,6%)
Total		389	100,0	

Tabla27 .Rechazo la “violencia sexual” en las profesionales mujeres



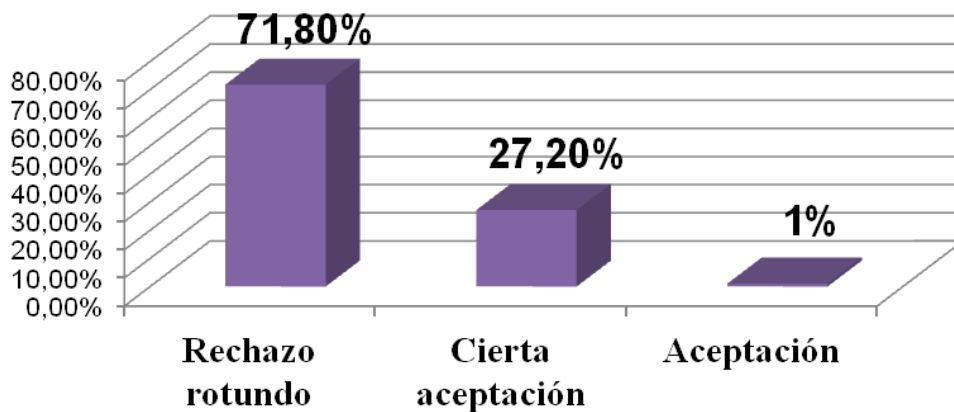
Más de un 3,5% las profesionales de enfermería y medicina mujeres, no rechazan rotundamente la violencia sexual, con una $p < 0,05$

4.5.2.3 “Violencia física”.

Tabla 47. Rechazo a la “violencia física” en profesionales mujeres.

		Frecuencia	Porcentaje	Estimación por intervalos al 95%
Puntuación	Rechazo rotundo (4 punto)	278	71,8%	(67,8%; 75,8%)
	Cierta aceptación (5-8 puntos)	105	27,2%	(23,2%; 31,2%)
	Aceptación (9-16 puntos)	4	1%	(0,0%; 2,0%)
Total		387	100,0	

Figura28. Rechazo a la “violencia física” en profesionales mujeres.



Más de un 25% las profesionales de enfermería y medicina mujeres, no rechazan rotundamente el uso de la violencia física contra la mujeres en la pareja, la justifican culpabilizando a las mujeres de la situación de maltrato y minimizando la importancia de la violencia de género, con una $p < 0,05$.



CAPÍTULO 5 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN

En primer lugar, se discuten los resultados relativos al rechazo por parte de profesionales de enfermería y medicina a la “*Violencia psicológica*”. Así, cabe mencionar, que esta dimensión valora las opiniones sobre el rechazo al estereotipo de feminidad tradicional, que asigna a las mujeres un rol de subordinación, sostenedora, pasividad y seducción. La masculinidad es definida por el poder, la propiedad y la potencia. El sistema sujeto/sexo/género, funciona en el modelo tradicional, basado en esta asimetría entre hombres y mujeres, con una relación de poder/subordinación²⁴.

Esta investigación expone que más de un 17% de profesionales sanitarios, no rechazan rotundamente la “*violencia psicológica*”, por tanto presentan cierta tolerancia hacia estereotipos machistas, que implican la subordinación de la mujer frente al varón.

En este sentido, Durán, Campos-Romero, y Martínez-Pecino¹⁰⁵, publicaron una investigación en 2014, en la cual, estudiaron la influencia del sexismo en la comprensión de la violencia de género, pero en el colectivo de estudiantes de abogacía. Concluyen, que una mayor presencia de creencias sexistas, tanto benévolas y cómo especialmente hostiles, conlleva un nivel de obstáculos para la comprensión de la violencia de género más elevado. Además, identifican diferencias en función del género. Los hombres manifiestan una mayor presencia de impedimentos a la comprensión de la violencia de género, que las mujeres. También, explican que las creencias sexistas, tanto hostiles como benévolas en hombres, se relacionaban con una mayor presencia de obstáculos para la comprensión de la violencia de género. En el caso de las mujeres, sólo la presencia de creencias sexistas hostiles, se relaciona con un mayor nivel de obstáculos para la comprensión de la violencia de género¹⁰⁵. Sin embargo, no

aporta datos sobre la proporción de la presencia de estas creencias entre su población de estudio.

Nuestra investigación, muestra la presencia de opiniones en profesionales sanitarios, que en cierta medida toleran el modelo de dominación-masculina/sumisión-femenina, también ha identificado diferencias entre las opiniones de profesionales sanitarios, sobre el rechazo a la “*violencia psicológica*” en función del sexo. Así, las opiniones de los profesionales sanitarios hombres, presentan menor rechazo a la violencia psicológica, respecto a las opiniones de las profesionales sanitarias mujeres. Además, se estima en qué medida están presentes las opiniones tolerantes con los estereotipos machistas, que implican cierta permisibilidad a este aspecto de la violencia de género, siendo más de un 25% de los profesionales sanitarios hombres, y más de un 10% entre las profesionales sanitarias mujeres. Por otra parte, aunque resulta imprescindible la sensibilización de profesionales de la abogacía en relación a la violencia de género, no todas las mujeres que sufren este problema entran en contacto con el proceso judicial⁷², sin embargo, sí que tienen múltiples posibilidades de hacer uso de los servicios sanitarios.

Macias⁹⁵ en su tesis doctoral publicada en 2012, observa la presencia de creencias y actitudes sexistas en estudiantes de Enfermería, y detecta diferencias significativas en función del sexo. Los chicos tienen más creencias sexistas y fatalistas en la justificación de la violencia. El rechazo de creencias sexistas y justificación de la violencia en las chicas, es mayor. Además, identifican tres perfiles de sujetos en relación a sus creencias, actitudes y capacitación ante la violencia de género; el grupo “*Igualitario*”, con creencias más igualitarias, actitudes menos fatalistas y más críticas contra el maltrato, tienen una mayor capacitación para abordar la violencia contra la mujer; el grupo “*Receptivo*”, con posiciones intermedias en creencias sexistas y una actitud y capacitación moderadamente proactiva frente a la VG; el grupo “*Sexista*”, con mayor nivel de creencias sexistas, actitudes que justifican la violencia, van unidos una baja

capacitación para abordarla. Esta investigación nos muestra la relación entre la presencia de sexismo y la capacitación de futuros profesionales de enfermería en el abordaje de la violencia contra las mujeres⁹⁵.

En este sentido, nuestro estudio, ha identificado la relación entre el rechazo a la “*violencia psicológica*”, con la detección de casos de violencia de género por parte de profesionales de enfermería y medicina, que trabajan actualmente en los servicios de asistencia sanitaria. Así, el porcentaje de profesionales sanitarios que afirman haber detectado algún caso de violencia de género en el desempeño de su trabajo, es mayor entre quienes rechazan rotundamente estereotipos machistas que implican violencia psicológica, respecto a quienes no han detectado algún caso de violencia de género.

También, el informe realizado por la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, publicado en 2014, relacionó la presencia de creencias sexistas, con la protección frente a la violencia de género. Fue llevado a cabo con adolescentes españoles. Explica que aunque no se pueden extraer datos de prevalencia, los resultados son informativos. Así, un 61,6%, de las adolescentes rechazan casi absolutamente el sexismo, el uso de violencia y la justificación la violencia de género. Su exposición al maltrato mínima. Un 27,7% de ellas tienen cierta aceptación, su exposición al maltrato fue algo mayor, aunque también fue mínima. Por último, un 10,7%, fueron chicas que habían vivido situaciones de maltrato en la pareja en mayor medida. También, tuvieron cierta aceptación, menos que el grupo anterior, pero más que quienes lo rechazan casi totalmente. En el caso de los chicos un 67,4% lo rechazan casi absolutamente. Su exposición a la violencia en la pareja fue mínima. El 28,7% de ellos, ocupan una posición intermedia. Por último, el 3,9% de ellos, reconocen haber ejercido maltrato en la pareja con frecuencia, situándose muy alejados de los otros dos grupos, y justifican del sexismo, el uso de la violencia y la violencia de género, en mayor medida que los otros dos grupos¹⁰⁶.

Además, este estudio fue realizado también en 2010, ambos ponen de manifiesto que desde la adolescencia, la principal condición de riesgo de violencia de género es la mentalidad sexista basada en el dominio y la sumisión¹⁰⁷. En los chicos, se relaciona justificación de la violencia de género, y aceptación del modelo dominio-sumisión en las relaciones de pareja, con haber ejercido maltrato en la pareja. En las chicas, se relaciona la justificación de la violencia de género, y del modelo dominio-sumisión, con haber sufrido maltrato por un chico en la relación de pareja¹⁰⁶.

En cuanto, a la discusión de la dimensión “*violencia física*”, un 28% de estos profesionales sanitarios, presentan opiniones que suponen una cierta justificación del uso de la violencia física, culpabilizando de la situación de maltrato a las mujeres, y minimizan la importancia de la violencia de género. En este sentido, Matud *et al.*¹⁰⁸ en 2009, analizan la opinión sobre las causas atribuidas a la violencia de género por parte de profesionales sanitarios, siendo un 4,5% quienes refieren que la mujer es culpable o responsable de la situación violencia de género. Nuestro estudio, presenta un porcentaje más elevado, ya que mide distintos grados entre el rechazo rotundo de la culpabilización de las mujeres, hasta la total aceptación de considerarlas culpables de la situación de maltrato. Además, cabe mencionar el estudio de González F. y Mora B¹⁰⁹ en 2014, que informa sobre la aprobación y tolerancia de conductas relacionadas con la violencia de género en estudiantes universitarios y de otros niveles. Así, muestran que un 45.3% de hombres sí aprobarían el uso de la violencia física en la relación de pareja, frente a un 17.7% de las mujeres que sí lo aprobaría, identificando diferencias estadísticamente significativas en función del género. Los resultados de ésta investigación, muestran que un 33% de los profesionales sanitarios varones, no rechazan rotundamente el uso de la violencia física, considerando que puede estar justificada, culpabilizan a las mujeres y minimizan la violencia de género, siendo el porcentaje, significativamente superior a la proporción de las profesionales sanitarias mujeres. Aún así, un 24% de las profesionales sanitarias mujeres, tampoco rechazan rotundamente la violencia

física, por tanto, opinan que en cierta medida puede estar justificada, culpabilizan a las mujeres y minimizan la violencia de género.

Por otra parte, los resultados de Janos y Espinosa¹¹⁰ en su artículo publicado en 2015, orientan hacia la comprensión de que la persistencia de roles e ideales de género tradicionales, contribuye a la sostenibilidad de mitos sobre la violencia sexual.

En este sentido, el estudio realizado por la DGVG, para averiguar el rechazo al abuso sexual en la población española en general, valorado como “*obligarle a mantener relaciones sexuales*”, muestra que un (97%) lo considera como totalmente inaceptable no identificando diferencias de género¹¹¹. Otro estudio de la DPVG valoró el rechazo al abuso sexual en la población de estudiantes universitarios, mediante el ítem “*Insistir en tener una relación sexual cuando ella no quiere*”. El 87,85% de los chicos respondieron “*mucho/bastante*” ante la consideración del mismo, como un indicador de maltrato, el resto un 12,5% lo consideró como “*poco/nada*”. Un 95,78% de las chicas universitarias lo considero como indicador de maltrato en la medida de “*mucho/bastante*”, siendo 4,22% quienes lo consideraron como “*poco/nada*”. Identifican diferencias de género, ya que, las chicas lo consideran indicador de maltrato en mayor medida que los chicos¹¹².

El colectivo de nuestro estudio pertenece a profesionales sanitarios y no a adolescentes, y en la mayoría hay un rechazo rotundo del abuso sexual, aún así, ambos muestran la misma tendencia en cuanto a la influencia del género, respecto a la sumisión sexual de la mujer, ya que, es superior el porcentaje de chicas adolescentes que lo identifican como indicador de maltrato. Nuestra investigación, estudia la tolerancia a la “*violencia sexual*” en la pareja entre las opiniones de profesionales sanitarios, mediante el ítem “*la obligación de una mujer es tener relaciones sexuales con su marido aunque en ese momento no le apetezca*”. Siendo más un 5% quienes no rechazan rotundamente la sumisión sexual de la

mujer frente al varón. Encontramos diferencias de género significativas, siendo más de un 11% de los profesionales sanitarios varones, y un más de un 3,5% de las profesionales sanitarias mujeres, quienes no rechazan rotundamente la sumisión sexual de la mujer en la pareja.

Además, encontramos diferencias significativas respecto al rechazo rotundo a la “*violencia sexual*”, en función del estado civil, considerado como el hecho de estar o no en pareja. Así, quienes tienen pareja, rechazan más rotundamente la sumisión sexual de la mujer. En este sentido, Valdés, et al.¹¹³ en su artículo publicado en 2016, revelan un resultado similar, en cuanto a que se asocia un mayor conocimiento y detección de violencia de género en las enfermeras casadas o que conviven con ella.

En conjunto, en cuanto al rechazo rotundo hacia los distintos tipos de violencia mencionados, una constante en los resultados de esta investigación, es la influencia de la variable género. Siendo superior el porcentaje de profesionales sanitarias mujeres que rechazan rotundamente la tolerancia hacia los distintos tipos de violencia mencionados, frente al de los profesionales sanitarios hombres. En este sentido, una propuesta que trata de solventar esta diferencia la encontramos en un informe elaborado por el Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM) del Ministerio de Sanidad y Política Social en la que se propone conceder perspectiva de género a las campañas de sensibilización y formación de profesionales sanitarios acerca de la violencia de género¹¹⁴.

Por otra parte, una situación cotidiana que se presenta en la atención, son las dificultades de afrontamiento y de búsqueda de estrategias por las mujeres víctimas de violencia de género para cambiar su situación. Cabe señalar el ya mencionado, “*ciclo de la violencia*” de Leonor walker³⁴, que comprende fases de arrepentimiento, y momentos de calma y explican en gran medida las retiradas de la denuncia de la situación, ya que alimentan en las mujeres víctimas esperanzas de cambio, en cuanto a los episodios violentos.

Además, estas dificultades de afrontamiento podrían ser explicadas por teorías como: la indefensión aprendida, el síndrome de la mujer maltratada, la teoría de los costes y beneficios, la unión traumática, la trampa psicológica, y la teoría de la inversión. También, entre los motivos de no interponer denuncias, podrían estar el miedo a la reacción del agresor, al proceso judicial, a no ser creídas, a que la protección no sea efectiva, a perder a sus hijos, o no poder mantenerlos económicamente, a no encontrar empleo y a que las juzguen por haberse mantenido en la relación violenta, como señala por el Estado de la Nación, en una investigación sobre VG de 2015, puesto que denunciar implica reconocer la situación de violencia de género, sienten vergüenza de sí mismas por haberlo permitido. Además, *“todas coinciden en que nunca contarían determinadas cosas delante de un tribunal”*. Tampoco, pretenden dañar al agresor, quieren evitar que su familia o hijos les recriminen el ingreso en prisión del maltratador, no quieren perjudicar la imagen social y laboral del agresor. *“Prefieren soluciones alternativas a la vía penal”*. Concluyen, que las mujeres víctimas, quieren que acabe la situación de violencia de género y estar tranquilas, pero opinan que la denuncia las puede situar en una posición más complicada⁷².

En este sentido, otro estudio de 2014, de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género titulado: *“la percepción social de la violencia de género”*, señala que un 35% de la población española en general, consideró que *“si las mujeres sufren maltrato es porque lo consienten”*. Este resultado agrupa las respuestas *“Bastante de acuerdo”* y *“Muy de acuerdo”* con la afirmación mencionada. La opción *“Poco de acuerdo”* fue agrupada con *“Nada de acuerdo”*¹¹¹.

También, desde esta misma institución se realizó el mismo estudio, en población de adolescentes y jóvenes, publicado en 2015. Los resultados revelan que para el estereotipo: *“Si las mujeres sufren maltrato es porque lo consienten”*; un 39% de los hombres y un 35% de las mujeres de 15 a 29 años están muy o

bastante de acuerdo. Por tanto, jóvenes y adolescentes están algo más de acuerdo, con la culpabilización de la mujer víctima de maltrato, que el conjunto de la población. Por otra parte, a medida que aumenta el nivel de estudios, las personas jóvenes encuestadas, tienden a culpabilizar en menor medida a las víctimas por el consentimiento del maltrato. Siendo un 54% de quienes están muy o bastante de acuerdo con este estereotipo, adolescentes con estudios primarios; frente al 28% que son jóvenes con estudios universitarios¹¹⁴.

Además, una investigación realizada por el Colectivo Ioe en 2011¹¹⁵, buscó reflejar las actitudes de profesionales de Sistema Nacional de Salud en relación a la violencia de género. Mediante diez grupos de discusión con profesionales de medicina y enfermería, de servicios de atención primaria, urgencias y especializada, identifican:

*“-bloque favorable:[...]con actitudes hacia las víctimas con posicionamientos negativos y positivos, mostrando contradicciones[...].
-“bloque refractario:[...]indican la falta total de empatía, que muestra una estigmatización y culpabilización de las víctimas[...].
“bloque transicional”[...]Las vivencias de incertidumbre y temor respecto a las posibles consecuencias de la intervención profesional están ampliamente extendidas en este bloque, sea con el predominio absoluto de actitudes negativas o en combinación con otras de menor rechazo. en el que predomina el temor respecto a las posibles consecuencias de la intervención profesional, con actitudes negativas o en combinación con otras de menor rechazo[...]*¹¹³.

En nuestra investigación, a través de la dimensión “culpabilización de las mujeres víctimas por permitir la violencia de género” hemos pretendido identificar opiniones con tolerancia cero en profesionales sanitarios. Por tanto, todo lo que no es un rechazo rotundo, se considera como cierta culpabilización. Siendo un 92% de profesionales sanitarios, quienes no rechazan rotundamente la culpabilización de las mujeres por permitir el maltrato. Un 44% muestran opiniones que culpabilizan a las mujeres víctimas por su pasividad ante la resolución de la situación de maltrato.

Por otra parte, cabe señalar que profesionales sanitarios con mayor conocimiento sobre el fenómeno de la violencia de género, culpabilizan en menor medida, a las mujeres víctimas de ser permisivas con la violencia. Así, culpabilizan en mayor grado, quienes no han recibido formación específica y quienes no conocen el protocolo para la atención de casos de violencia de género.

En cambio, profesionales sanitarios que garantizan el sustento familiar únicamente con su sueldo, tienden a culpabilizar a las mujeres víctimas de violencia por permitir el maltrato en mayor medida, que profesionales sanitarios cuyo sustento familiar depende tanto de su sueldo, como el de su pareja. Este resultado, nos orienta a pensar, que los profesionales asocian la autonomía económica, con la capacidad de salida de la relación violenta, sin embargo, como ya se ha mencionado, la salida de la situación, requiere más consideraciones, que la independencia económica en la que puedan encontrarse.

A continuación, se hace referencia a los artículos relacionados con la tipificación de la violencia de género, para contrastarlos con los resultados de esta investigación. Así, Botton, L. Puigdemívol, I. De Vicente I¹¹⁶, en su artículo publicado en 2012, mencionan algunas de las evidencias científicas que desacreditan la sostenibilidad de mitos sobre la violencia de género, y los identifican como una posible barrera para la adecuada intervención, de los ámbitos social, sanitario, judicial y policial que actúan en estas situaciones. También, Bosch-Fiol E. y Ferrer-Pérez V¹¹⁷ en 2012, analizan las falsas creencias que existen sobre los agresores, las maltratadas y el resto de circunstancias en las que se pueden dar situaciones de violencia de género, los clasifican según su severidad y los peligros que puedan conllevar. Además, realizan el análisis de la aparición de nuevos mitos que dificultan la comprensión de la violencia de género.

En este sentido, nuestra investigación, revela que más del 47% cierto grado de aceptación de tópicos sobre este tema. Siendo más del 18% quienes tienen opiniones que implican la tipificación de la violencia de género. Además,

se han identificado diferencias significativas entre profesionales sanitarios que afirman conocer el protocolo de actuación en caso de violencia de género, o han recibido formación específica, de forma que tipifican la violencia de género en mayor medida quienes no conocen el protocolo de actuación o no han recibido formación específica sobre el tema. Estos resultados, guardan coherencia con el hecho de que efectivamente, el “*Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género.2012*”²² desmonta las ideas preconcebidas sobre la realidad de la violencia de género, pues explica lo siguiente:

*“En gran medida a través de los programas de formación, cada vez más profesionales sanitarios identifican estos estereotipos y son conscientes, por ejemplo, de que los malos tratos se producen en todos los niveles socioeconómicos y culturales, que no existe un perfil de mujer maltratada o de hombre violento, por lo que cualquier mujer que acude a consulta, independientemente de su aspecto, su profesión, nivel de estudios o status socioeconómico, puede encontrarse en una relación de maltrato”*²².

Los resultados de nuestro estudio, ponen de manifiesto, que aún quedan profesionales sanitarios que mantienen prejuicios sobre las circunstancias de la violencia de género, y que pueden ser modificables gracias a la formación específica y al conocimiento del protocolo de actuación. Así, profesionales sanitarios que rechazan rotundamente los tópicos sobre la violencia de género, detectan situaciones de maltrato en mayor medida que quienes tipifican la violencia de género.

Del mismo modo, como afirman Melgar y Valls¹¹⁸ en su artículo publicado en 2010, la aceptación de “*mitos de la violencia de género*” invisibiliza muchas otras condiciones bajo las cuales también ocurre violencia de género, y cómo refleja nuestra investigación, existe evidencia estadística de una mayor detección de casos de violencia de género en profesionales sanitarios que rechazan rotundamente tópicos sobre el maltrato.

Por otra parte, los resultados de esta investigación ponen de manifiesto que algo más de la mitad de los profesionales de enfermería y medicina no conocen el

protocolo de actuación ante los casos de violencia de género. Para la comparación de estos resultados con otras investigaciones, se incluyen las aportaciones de otros estudios realizados dentro del ámbito nacional.

Así, una investigación publicada por Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad en 2015, realizada con profesionales de medicina de atención primaria, revela que sólo una tercera parte de los profesionales (33,1%) habían leído el “Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género”. Siendo algo más de la mitad (55,3%) quienes conocen el protocolo de actuación de su comunidad autónoma⁷³.

También, De Gea y López-Montesinos⁹⁸ en 2014, muestran un mayor porcentaje sobre el conocimiento del protocolo, en su estudio realizado con profesionales de enfermería y medicina que trabajan en urgencias del SMS, pues el 70% conoce de la existencia en sus centros de trabajo del protocolo específico de violencia de género, pero afirman que solamente el 50% de los que detectan casos, lo aplican.

Además, el estudio de Arredondo-Provecho *et al*⁹⁶, publicado en 2012 expone que el 62,3% sabían que existía un protocolo de actuación para la atención a estas mujeres en su centro, pero sólo la tercera parte lo conocía (29,7%).

Autores, tales como, Larrauri *et al*.⁹⁷ en 2010, afirman que tres cuartas partes (76,3%) desconocen la existencia del protocolo de actuación ante los casos de violencia de género, por parte de personal de los servicios de urgencias de la provincia de Ourense.

Por otra parte, Matud *et al*.¹⁰⁸ en 2009, expone que la mitad de los profesionales sanitarios (52%) consideraban que su servicio no contaba con protocolos o procedimientos de trabajo específico para las víctimas de violencia de género, el 41,4% respondió afirmativamente y el 6,6% no respondió ante tal

cuestión. Se llevo a cabo, incluyendo los servicios de atención primaria, especializada y urgencias. Compararon el uso de protocolos en función del tipo de centro de trabajo, fue mucho más común que utilizase los protocolos el personal que trabajaba en atención primaria (55%) que en hospitales (20%) con diferencias estadísticamente significativas.

Por tanto, se podría afirmar que el conocimiento del protocolo específico para la atención de pacientes víctimas de violencia de género es limitado, ya que, más de la mitad de profesionales sanitarios de enfermería y medicina lo desconocen.

En cuanto a la experiencia en detección, los resultados de este estudio muestran que más de la mitad de los profesionales sanitarios no han detectado ningún caso de violencia de género a lo largo de su trayectoria profesional.

El estudio publicado por Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad en 2015, realizado con profesionales de atención primaria, expone resultados de detección más elevados, presenta los datos desagregados por sexos, teniendo al menos una mujer diagnosticada de víctima de violencia de género en su cupo; el 80,5% de las médicas y el 65,3% de los médicos⁷³.

Además, Morales¹¹⁹ en su tesis doctoral, publicada en 2015, expone que 88,59% de los médicos de familia encuestados respondió la sección del cuestionario sobre la detección. De ellos, refirieron cero casos declarados en la consulta 44 médicos de familia (18.84%); un caso: 54 de ellos (23.11%); dos casos: 64 médicos de familia (27.46%); tres casos: 38 médicos de familia (16.30%); cuatro casos: 18 médicos de familia (7.72%); cinco casos: 11 médicos de familia (4.72%); seis casos: 2 médicos de familia (0,85%) y siete casos: 2 médicos de familia (0,85%). Por otra parte, informa que la detección fue realizada por el propio médico de familia: 288(70.1%); por Enfermería: 26 (6.3%); en

Urgencias Hospitalarias: 26 (6.3%); por Trabajador-a Social: 20(4.9%); por la Policía: 20(4.9%); en Urgencias de AP: 16 (3.9%); otros:15 (3.6%)¹¹⁹.

También, De Gea y López-Montesinos⁹⁵ en 2014, afirman que el 88% de los profesionales sanitarios que desarrollan su actividad profesional en el ámbito de las urgencias hospitalarias y extrahospitalarias del área IV del SMS, ha detectado algún caso de violencia de género.

Además, Rojas²¹ en su tesis doctoral publicada en 2014, incluye en su población de estudio profesionales de Medicina, Enfermería, Psicología y Trabajo social que trabajan en atención primaria, afirma que un 52,1% no tienen experiencia en el abordaje de la VG frente al 47,9% que sí la tienen.

La variabilidad en cuanto al porcentaje de detección en los distintos estudios, puede estar justificada por la inclusión de diferentes servicios, ya que los trabajos realizados exclusivamente en el ámbito de atención primaria, o servicio de urgencias, muestran una mayor experiencia en detección.

En cuanto a la formación específica en violencia de género, este estudio expone que tres cuartas partes de los profesionales de enfermería y medicina, que desempeñan su actividad profesional, tanto en servicios de atención primaria como de especializada, no cuentan con formación específica sobre este tema. Estos resultados se contrastan con la información que aportan otras investigaciones realizados dentro del ámbito nacional.

En este sentido, la investigación publicada por el Ministerio de Sanidad en 2015, que identifica un porcentaje más elevado de profesionales con formación específica. Revela que el 60,3% de las médicas y el 49,7% de los médicos de atención primaria tienen algún tipo de formación en VG⁷³. Sin embargo, este estudio al estar centrado específicamente en centros de atención primaria, no aportan información sobre la formación de profesionales de otros servicios

sanitarios de atención, ni sobre la formación específica de los profesionales de enfermería, quienes también se encuentran implicados en la atención a víctimas de VG.

Asimismo, Morales¹¹⁹ en su tesis doctoral, muestra unos resultados similares, pues más de la mitad (55,68%) de los médicos de familia cuentan con escasa formación específica en violencia de género. Un 11,36%, considera que la formación recibida es mucha, y el 32,19% afirma tener algún tipo de formación. La autora relaciona estos datos con la autopercepción de necesidad formativa, explica que tres cuartas partes de los médicos de familia refieren necesitar bastante o mucha formación mientras el 18,93% alguna y solo el 16% considera que necesita poca o ninguna.

El estudio de Arredondo-Provecho *et al*⁹⁶, publicado en 2012, expone que habían recibido formación específica el 35,7% de profesionales. Por categoría profesional 41,1% eran profesionales de medicina; 37,5% profesionales de enfermería; 12,5% auxiliares de administración; 3,6% profesionales de trabajo social, y 1,8% matrones/as, TCAE y celadores/as. Este trabajo, incluye a todos los miembros del equipo básico de salud de atención primaria, no aportando tampoco, información sobre la formación en atención especializada.

En este sentido, el estudio de Matud *et al*¹⁰⁸, publicado en 2009, también, revela que no había realizado ninguna formación en violencia de género más de la mitad (58,6%) de profesionales de enfermería, medicina, trabajo social y personal auxiliar, que trabajan tanto en atención primaria como en especializada.

Por tanto, en los estudios citados anteriormente, se pone de manifiesto que al menos la mitad o más de los profesionales sanitarios no cuentan con formación específica para la detección y atención de casos de violencia de género. En cuanto a la variabilidad del porcentaje de profesionales formados, en la comparación de los resultados de esta investigación, con el resto de estudios mencionados, puede

estar justificada por los siguientes motivos; la inclusión en el estudio de distintas categorías profesionales, la cronología de la investigación o el emplazamiento la población de estudio, entre otros. En este sentido, el Plan nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género, aprobado en 2007, contempla una serie criterios comunes de calidad para mejorar la formación de los profesionales sanitarios⁶⁸. En base a él, cada comunidad autónoma elabora su propio plan de formación.

Es destacable el Plan Integral de Formación en Violencia de Género (PIFOVIG) formulado a nivel regional, para los profesionales del servicio murciano de salud⁷⁵, ya que ha obtenido la consideración de buena práctica de actuación sanitaria frente a la violencia de género, por parte del Grupo de Evaluación de Actuaciones Sanitarias de la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), en la convocatoria de 2013¹²⁰. Este Plan, no tiene asignada una vigencia temporal, pretende garantizar la formación en violencia de género al mayor número de profesionales posibles de nuestra Comunidad Autónoma adscritos al Servicio Murciano de Salud.

Además, las actividades formativas por parte de la administración pública se exponen cada año. Se publican a través del Informe Anual de la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS. El último informe publicado en 2015, refleja información sobre la formación realizada hasta el año 2013. Este informe indica algunas características generales acerca de la formación en violencia de género a nivel nacional, son las siguientes: el ámbito más formado es el de atención primaria, las actividades realizadas con más frecuencia son de sensibilización, son mayoritariamente las profesionales sanitarias, las que participan en las actividades de formación, la presencia de profesionales de enfermería y medicina es mayoritaria en las actividades formativas¹²¹. En la Región de Murcia, destaca el personal formado en atención

especializada y es significativa la presencia en las actividades formativas de profesionales que realizan la formación interno residente¹²¹.

A pesar de las actividades formativas, que se están llevando a cabo, desde la administración pública, los resultados obtenidos ponen de manifiesto, que un amplio número de profesionales de enfermería y medicina carecen de formación específica en materia de violencia de género, por tanto resulta necesaria la continuidad de estos procesos formativos, junto con la colaboración de otras entidades responsables en la formación como son; los colegios profesionales y las facultades universitarias.

Por último, cabe destacar estudios que relacionan la detección de casos, con el haber recibido formación específica y conocer el protocolo de actuación ante un caso de violencia de género. Así, la investigación de Valdés *et al.*¹¹³ publicada en 2016, realizada con profesionales de enfermería que trabajan atención primaria, afirma que tener un nivel alto de conocimiento influye en la realización del diagnóstico diferencial ante lesiones físicas y en una mayor aplicación del protocolo, pero no en la detección de forma significativa. Además, explican que la baja detección (29%) se relaciona con bajo conocimiento, autopercepción baja de conocimiento, falta de formación y no aplicar el protocolo.

Por otra parte, el estudio llevado a cabo por el Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad en 2015, relaciona el haber recibido formación específica y tener más experiencia con una mayor probabilidad de diagnosticar a una víctima de VG⁷³.

Igualmente, Lozano *et al.*¹²² en 2014 afirman que el conocimiento de los protocolos de actuación y el haber recibido formación específica está significativamente relacionado con la detección de casos de violencia de género.

A modo de reflexión final, destacamos, la importancia de la atención de los profesionales sanitarios hacia la identificación de víctimas de violencia de género, esta tesis doctoral ha contribuido a identificar las opiniones de los profesionales de medicina y enfermería, en relación a la violencia de género, y qué características las condicionan. Encontramos opiniones con cierta permisibilidad a algunos de los aspectos básicos de la violencia de género y cierta aceptación de mitos y estereotipos sobre este problema. Sin embargo, los profesionales sanitarios deben constituir modelos de tolerancia cero frente a la violencia de género. Además, consideramos que el hecho de que los profesionales sanitarios toleren ciertas conductas y sostengan los mitos y estereotipos creados por la cultura, implica la normalización de situaciones de violencia, lo que conlleva un condicionamiento en el reconocimiento de la misma y supone un obstáculo para su atención. Así, encontramos que el mayor porcentaje de rechazo rotundo de los mismos, se encuentra entre las profesionales sanitarias mujeres, entre quienes conocen el protocolo de actuación y cuentan con formación específica, y entre quienes han detectado casos de violencia de género. Entre las posibles implicaciones para la práctica, derivadas de los resultados de este estudio, es el fomento campañas de sensibilización y formación con perspectiva de género, para los profesionales sanitarios, dado que ello puede contribuir a mejorar la detección de situaciones de violencia de género, para proporcionar una adecuada valoración, atención y seguimiento del estado de salud de quienes la sufren.

5.2 Limitaciones del estudio

No hay una valoración específica entre las opiniones de estos profesionales sanitarios, sobre el rechazo a otros tipos de violencia.

Este cuestionario permite estudiar la justificación del uso de la violencia en niños, sin embargo no ha sido estudiado, ya que no forma parte de los objetivos de esta tesis doctoral.

5.3 Futuras líneas de investigación

Una propuesta de investigación podría estar enfocada hacia el estudio las opiniones de otros profesionales relacionados con la atención de víctimas de violencia de género, pertenecientes tanto al sistema sanitario, como al resto de ámbitos implicados, fuerzas y cuerpos de seguridad y del ámbito judicial, entre otros.

Además, resulta oportuno investigar sobre la efectividad del proceso de desarrollo del trabajo en red de distintos profesionales dentro del propio sistema sanitario, y en relación a los profesionales de otros ámbitos de actuación, es decir, averiguar cómo es la coordinación dentro del sistema sanitario y entre los diferentes organismos implicados, para identificar fortalezas y oportunidades de mejora.

Otra propuesta de investigación de especial interés, es averiguar si usuarias del sistema sanitario identifican a los profesionales sanitarios como figuras de apoyo, en caso en sufrir violencia de género.

Asimismo, sería pertinente averiguar mediante la realización de un estudio pre-postensayo, la valoración del impacto de intervenciones formativas.

También, se precisan investigaciones, que identifiquen la contribución de los profesionales sanitarios hacia la prevención de la violencia de género, como pueden ser: la inclusión específica de este tema en los talleres de educación para la salud en embarazadas, la realización de campañas de sensibilización entre jóvenes y adolescentes, identificación temprana de víctimas de violencia de género desde servicios de atención pediátrica, y de mujeres migrantes, con discapacidad, de mujeres mayores entre otros.

5.4 Conclusiones

- Más de un 17% de profesionales de enfermería y medicina, no rechazan rotundamente la violencia psicológica contra la mujer. Siendo, mayor el porcentaje de hombres, que el de las mujeres, y entre quienes no han detectado algún caso de violencia de género.
- Más del 28% no rechazan rotundamente el uso de la violencia física, la justifican culpabilizando a las mujeres de la situación y minimizan la importancia de la violencia de género. Siendo superior el porcentaje de los hombres 33%, frente a las mujeres un 25%.
- Más de un 5% de estos profesionales, no rechazan rotundamente la violencia sexual contra la mujer. Siendo superior el porcentaje en hombres, entre quienes no tienen pareja, y no conocen el protocolo de actuación ante la violencia de género.
- Más del 44% culpabilizan a las mujeres víctimas de violencia de género como consentidoras de la situación de maltrato. Siendo superior el porcentaje entre los que el sustento familiar depende sólo de su sueldo, entre los que no han recibido formación específica y entre los que no conocen el protocolo de actuación ante la violencia de género.
- Más del 47% tipifican en cierto grado la violencia de género. Siendo mayor el porcentaje entre quienes no han detectado algún caso de violencia de género, no conocen el protocolo específico y entre los no han recibido formación espec



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Larizgoitia I, Izarzugaza I, Markez I, Fernández I, Iraurgi I, Larizgoitia A, et al. ¿ Cómo influye la violencia colectiva en la salud? Modelo conceptual y diseño del estudio ISAVIC. Gaceta Sanitaria [revista en Internet] 2011[citado 12 de diciembre de 2012];25(3):246-253. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000300012&lng=es.
2. Pellegrini Filho A. La violencia y la salud pública. Revista Panamericana de Salud Pública [revista en Internet] 1999;5(4-5):219-221 2011[citado 15 de diciembre de 2012];25(3):246-253. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49891999000400005>.
3. World Health Organization (WHO). WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health. Geneva 1996 [citado 15 de diciembre de 2012]. (documento inédito WHO/EHA/SPI.POA.2) Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf
4. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB. Informe mundial sobre la violencia y la salud 2003. [citado 13 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-46652003000300014>.
5. World Health Organization (WHO). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud- Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2002[citado 15 de diciembre de 2012]. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
6. Alonso Varea JM, Castellanos Delgado JL. Por un enfoque integral de la violencia familiar. Intervención Psicosocial [revista en Internet] 2006[citado 12 de Marzo de 2013];15(3):253-274. Disponible en:

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592006000300002&lng=es.
7. Cabrera Espinosa M, Granero Alted M. Enfermería, maltrato de género y presencia de menores: redescubriendo nuestro papel. *Enfermería Global* [revista en Internet] 2011 [acceso 10 de noviembre de 2013]10(22):. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000200026&lng=es.
 8. Sepúlveda A. La Violencia de Género como causa de Maltrato Infantil. *Cuad Med Forense* [revista en Internet] 2006 [acceso 13 de diciembre de 2012]; 12(43-44): 149-164. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/11.pdf>
 9. Martínez JI. Diagnóstico y tratamiento de los menores víctimas de la violencia familiar. En: el 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis*; 2010. [acceso 13 de diciembre de 2012]; 1-7. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/858/1/11cof1445390.pdf>
 10. Cantera LM, Blanch JM. Percepción Social de la Violencia en la Pareja desde los Estereotipos de Género. *Intervención Psicosocial*. [revista en Internet] 2010 [acceso 31 de noviembre de 2012]; 19(2 jul): 121-7. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v19n2/v19n2a03.pdf>
 11. Trujado P, Edith A, Camacho SI. Varones víctimas de violencia doméstica: un estudio exploratorio acerca de su percepción y aceptación. *Divers.: Perspect. Psicol.* [revista en Internet] 2010 [acceso 31 de noviembre de 2012]; 6(2) 339-354. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v6n2/v6n2a10.pdf>
 12. Bazo MT. Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* [revista en Internet] 2001 [acceso 31 de noviembre de 2012]; 36(1): 8-14. Disponible en:

<http://mayores.pre.cti.csic.es/documentos/documentos/bazonegligencia-01.pdf>

13. Bover A, M.L. Moreno ML, S. Mota S, Taltavull JM. El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. *Aten Primaria* [revista en Internet] 2003 [acceso 3 de noviembre de 2012]; 32(9): 541-2. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en/node/2028627>
14. Gimeno B, Barrientos V. Violencia de género versus violencia doméstica: La importancia de la especificidad. *Revista venezolana de estudios de la mujer*. [revista en Internet] 2009; [acceso 3 de noviembre de 2012] 14 (32): 27-42. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/rvem/v14n32/art04.pdf>
15. Echarte Pazos JL, León Beltrán N, Puente Palacios I, Díez Fuentes E, Laso de la Vega Artal S, Martínez Izquierdo M. T, Mejorar la calidad asistencial en la atención a la mujer maltratada en los servicios de urgencias. *Emergencias* [revista en Internet] 2010 [acceso 3 de noviembre de 2012]; 22:193-198. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/mejorar-la-calidad-asistencial-en-la-atencion-a-la-mujer-maltratada-en-los-servicios-de-urgencias/>
16. Álvarez López E, Brito C, Arbach K, Andrés—Pueyo A. Detección de la Violencia contra la Pareja por Profesionales de la Salud. *Anuario de Psicología Jurídica* 2010[acceso 3 de noviembre de 2012];20:31-41. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Karin_Arbach/publication/271310846_Deteccion_de_la_Violencia_contra_la_Pareja_por_Profesionales_de_la_Salud/links/54cf8b930cf29ca810fe9898.pdf
17. González Lozoya I, Serrano Martínez A, García Sánchez N, Campo Giménez Md, Moreno Ruiz B, González Lozoya AB, et al. Experiencias en relación con la Violencia de Género de la población que consulta en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia* [revista en Internet]

- 2010[acceso 17 de noviembre 2012]; 3(2):104-109. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010000200009&lng=es.
18. Cano Martín LM, Berrocoso Martínez A, Arriba Muñoz Ld, Bernaldo de Quirós Lorenzana, Rodrigo, Alamar Provecho JD, Cardo Maza A. Prevalencia de Violencia de Género en mujeres que acuden a consultas de Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia* [revista en Internet] 2010[acceso 17 de noviembre 2012];3(1):10-17. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010000100004&lng=es.
19. Musach IS, Alonso ARH, Guitart RR, Castañe GL, Esquiús NP. Violencia doméstica: preguntar para detectar. *Atención primaria*[revista en Internet] 2010[acceso 17 de noviembre 2012];42(2):70-77. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-violencia-domestica-preguntar-detectar-13146912>
20. González-Losada J, Castro-García Y, Tosco-García C, Rufino-Delgado M, Mirpuri-Mirpuri P, García-Álvarez C. Prevalencia de violencia de género en atención primaria de Santa Cruz de Tenerife. *SEMERGEN-Medicina de Familia* 2012[acceso 10 de noviembre de 2013];38(2):87-94. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3895173>
21. Rojas Loría, Kattia. La violencia de género desde la perspectiva de las políticas públicas de salud y la experiencia de los profesionales de la salud [tesis doctoral]. Universidad Autónoma de Barcelona. 2014.
22. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Centro de Publicaciones. 2012 [acceso 14 de enero de 2014] De Observatorio de Salud de las Mujeres. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género.2012. Disponible en:

<http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>

23. Sánchez López Maria del Pilar. Coordinadora. La salud de las mujeres. Análisis desde la perspectiva de género. España. Editorial síntesis. 2013.
24. Velasco Arias, Sara. Sexos, género y salud: teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud. Madrid. Minerva, D.I. 2009.
25. Rodríguez, N. La medicalización de la violencia de género. Trabajo social hoy [revista en Internet] 2014 [acceso 10 de Marzo 2014]; (71):73-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2014.0004>
26. González Lozano M.P. Violencia en las relaciones de noviazgo entre jóvenes y adolescentes de la Comunidad de Madrid [Tesis doctoral]. Madrid, 2009. Pg: 10-11.
27. 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 2004). [En línea] [acceso 10 de Marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>
28. Casado Blanco, Mariano. Generalidades sobre la violencia de género/Violencia machista. En: II Jornadas universitarias de igualdad. Campus universitario de Badajoz. Igualdad Universidad de Extremadura.2008.p.105-121.
29. Johnson MP. Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. Journal of Marriage and the Family [revista en Internet] 1995 [acceso 10 de noviembre 2013]; 283-294. Disponible en: <http://www.personal.psu.edu/mpj/1995%20JMF.pdf>
30. Gutiérrez Romero F.M. Violencia de género: Justicia y práctica. En Nieto Morales C. La violencia intrafamiliar: menores, jóvenes y género. Una mirada desde la práctica profesional. Bosch editor; 2012. p.199-237.

31. De Alencar-Rodrigues R, Cantera L. Violencia de género en la pareja: Una revisión teórica. *Psico* 2012;41(1):116-126.
32. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. *Population reports* 1999 [acceso 10 de noviembre de 2013]; 27(4): Disponible en: <http://go.galegroup.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA72739225&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=fulltext&issn=08870241&p=AONE&sw=w&authCount=1&isAnonymousEntry=true>
33. Bosch Fiol E, y Ferrer, Victoria A. Nuevo modelo explicativo para la violencia contra las mujeres en la pareja: el modelo piramidal y el proceso de filtraje. 2013 [acceso 10 de noviembre de 2013]; *Asparkía*, (24): 54-67. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Asparkia/article/view/292174>
34. Walker LE. *El síndrome de la mujer maltratada*. : Desclée de Brouwer; 2012.
35. Organización de las Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
36. Consejo de Europa. Estrasburgo: Lucha contra la mutilación genital femenina en la UE. Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de marzo de 2009. [acceso 3 de junio de 2014] Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P6-TA-2009-0161+0+DOC+PDF+V0//ES>
37. Pineault R, Daveluy C. *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*. 2ª ed. Masson, SA. Barcelona; 1989. p. 236-239.

38. Organización de Naciones Unidas. Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer. Nueva York: Naciones Unidas. 2006. Disponible en: <http://bbpp.observatorioviolencia.org/documentos.php?id=92>
39. Organización Mundial de la Salud. 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: resumen de orientación 2013 <http://www.who.int/iris/handle/10665/85243>
40. Bengoechea M, Alvarez J, Díaz-Aguado M, García M, Lorente M, Marín P. *et al.* Informe anual del observatorio estatal de violencia sobre la mujer. Madrid: Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer, 2007 [acceso 7 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://158.109.129.18/centreantigona/docs/articulos/Informe%20anual%20de%20l'observatori%20estatal%20de%20viol%C3%A8ncia%20de%20g%C3%A8nere.pdf>
41. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. IV Informe Anual de Violencia sobre la Mujer del Observatorio Estatal [Internet]. Madrid: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2011 [acceso 10 de diciembre de 2012]. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/observatorio/informesAnuales/docs/libro_14_IV_InformeAnual.pdf
42. Delegación Del Gobierno Para La Violencia De Género. Macroencuesta De Violencia Contra La Mujer 2015 Avance De Resultados [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015 [acceso 21 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/30.03300315160154508.pdf>
43. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede Web] España. Portal Estadístico. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género del

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [1 pantalla] Disponible en: <http://estadisticasviolenciagenero.msssi.gob.es/>
44. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Vives-Cases C, Montero-Piñar MI, Escribà-Agüir V, Jiménez-Gutiérrez E, et al. Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. *Gaceta Sanitaria* [revista en Internet] 2010 [acceso 10 de marzo de 2013]; 24(2):128-135. Disponible en: [http://www.gacetasanitaria.org/es/linkresolver/variabilidad-geografica-violencia-contra-las/S0213-9111\(09\)00406-3/](http://www.gacetasanitaria.org/es/linkresolver/variabilidad-geografica-violencia-contra-las/S0213-9111(09)00406-3/)
45. Peña MR, Peña MG, Álvarez JL, Hernández MI, Rubio CB, Amaya SG, et al. Violencia de género en un área de salud. *SEMERGEN-Medicina de Familia* [revista en Internet] 2010 [acceso 10 de marzo de 2013]; 36(4):202-207. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-violencia-genero-un-area-salud-13150264>
46. Macinnes J, Pérez Díaz J, Sánchez Aranda JJ. Parte I Capítulo II Contexto social. En: Rivas Vallejo P, Barrios Baudor GL. Directores Violencia de género. *Perspectiva multidisciplinar y práctica forense 2ª ed.* Navarra. Cizur Menor Aranzadi-Thomson Reuters. 2014.
47. Pérez Viejo J, Escobar Cirujano A. Coordinadores. *Perspectivas de la violencia de género* Madrid : Grupo 5, D.L. 2011.
48. Sepúlveda A. El impacto de la violencia de género. En: Nieto-Morales C. Coordinadora. *La violencia intrafamiliar: menores, jóvenes y género una mirada desde la práctica profesional.* Barcelona. J. M. Bosch Editor. 2012.
49. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales [sede Web]. Madrid: Observatorio Estatal de Violencia sobre la mujer; 2007. I Informe anual del observatorio estatal de violencia sobre la mujer [7-215]. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/observatorio/informesAnuales/docs/I Informe anual Observatorio Estatal VMujer Junio 2007 CASTELLANO.pdf>

50. Sanz-Barbero Belén, Rey Lourdes, Otero-García Laura. Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja. *Gac Sanit* [revista en Internet]. 2014 [acceso 10 de agosto de 2014]; 28(2): 102-108. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.08.004>
51. Folia Consultores, S.L. Violencia de Género en los pequeños municipios del Estado español. Madrid Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Centro de Publicaciones 2009. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/va/ssi/violenciaGenero/publicaciones/colecciones/libroscoleccionVG/libro6.htm>
52. Díez-Gutiérrez EJ. Prostitution and gender-based violence. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* [revista en Internet]. 2014 [acceso 13 de enero de 2015] 161:96-101. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S1877042814061096/1-s2.0-S1877042814061096-main.pdf?_tid=4ae11d70-b6d5-11e5-8a81-00000aab0f02&acdnat=1452346470_747df460ef6e7ce7e13d0d87f8d5b83d
53. Bosch-Fiol E, Ferrer-Pérez VA. Nuevo mapa de los mitos sobre la violencia de género en el siglo XXI. *Psicothema* [revista en Internet] 2012 [acceso 12 de enero de 2015];24(4):548-554.
54. Martínez Galiano JM. Detección y atención a la violencia de género en el embarazo: Una asignatura pendiente. *Enfermería Global* [revista en Internet] 2011 [acceso 10 de enero de 2015];10(24). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400026>.
55. Celdrán M. La violencia hacia la mujer mayor: revisión bibliográfica. *Papeles del psicólogo* [revista en Internet] 2013 [acceso 10 de enero de 2015]; 34(1):57-64. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77825706006>.
56. Gracia Ibáñez J. Una Mirada Interseccional sobre la Violencia de Género contra las Mujeres Mayores (An Intersectional Perspective on Gender-based Violence against Older Women). *Oñati Socio-Legal Series* [revista en

- Internet] 2015; [acceso 8 de marzo de 2015]; 5(2). Disponible en: <http://ssrn.com/abstract=2550210>
57. Santamarina C. Violencia de género hacia las mujeres con discapacidad: un acercamiento desde diversas perspectivas profesionales. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Centro de Publicaciones. 2011. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/va/ssi/violenciaGenero/publicaciones/colecciones/PDFS_COLECCION/libro_11_mujeresdiscapacidad.pdf
58. Abril MC, Fernández CM. Impacto de la Violencia Intrafamiliar y de Género en el Desarrollo Vital de la Mujer con Enfermedad Mental/Impact of Domestic Violence and Gender in the Vital Development of Women with Mental Illness. *Arteterapia* [revista en Internet] 2012[acceso 14 de noviembre de 2014];7:97. Disponible en: http://dx.doi.org/10.5209/rev_ARTE.2012.v7.40763
59. Llopis JJ, Castillo A, Rebollida M, Stocco P. Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. *Salud y drogas*[revista en Internet] 2005 [acceso 14 de noviembre de 2014];5(2):137-135. Disponible en: <http://haaj.org/index.php/haaj/article/view/117/112>
60. Alcántara López M.V. “Las víctimas invisibles” Afectación psicológica a menores expuestos a violencia de género. [Tesis doctoral]. Murcia, 2010.
61. Ordóñez Fernández, María del Prado, González Sánchez P. Las víctimas invisibles de la Violencia de Género. *Revista Clínica de Medicina de Familia* [revista en Internet] 2012[acceso 14 de noviembre de 2014];5(1):30-36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100006>
62. Alcántara M, López-Soler C, Castro M, López JJ. Alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género: prevalencia y diferencias de género y edad. *anales de psicología* [revista en Internet] 2013

- [acceso 14 de noviembre de 2014];29(3):741-747. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.171481>.
63. Rosser Limiñana A, Suriá Martínez R, Villegas Castrillo E. La actuación con menores expuestos a violencia de género en España. Avances en investigación y programas. En: Congreso Virtual de Psiquiatría.com, Interpsiquis 2014. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/35396>
64. Espinar-Ruiz E, López-Monsalve B. Infancia y violencia de género: cuantificación y percepciones. Revista Estudios Feministas [revista en Internet] 2015 [acceso 16 de septiembre de 2015]; 23(2):451-470. <http://www.scielo.br/pdf/ref/v23n2/0104-026X-ref-23-02-00451.pdf>
65. Pedrero García E, Leiva Olivencia JJ. Impacto de la exposición a violencia de género en menores: resultados y recomendaciones del programa Andalucía detecta. En V Congreso Universitario Internacional Investigación y Género (pp. 1176-1185) 2014. Disponible en : <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/41139>
66. Horno Goicoechea P. Atención a los niños y las niñas víctimas de la violencia de género. Intervención Psicosocial [revista en Internet] 2006[acceso 14 de noviembre de 2014];15(3):307-316. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592006000300005&lng=es.
67. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad [sede Web]. España.4 de septiembre de 2015 [actualizada el 4 de septiembre de 2015 ; acceso 16 de septiembre de 2015]. Ficha estadística de menores víctimas mortales por Violencia de Género. Año 2015.[1 pantalla]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/gl/ssi/violenciaGenero/datosEstadisticos/docs/Vmenores_04_09_2015.pdf
68. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales [sede Web]. Madrid: Delegación Especial del Gobierno Contra la Violencia Sobre la Mujer; 2007. Plan nacional de sensibilización y prevención de la violencia de género. Marco

- conceptual y ejes de intervención [1-23]. Disponible en: http://www.seigualdad.gob.es/violenciaGenero/documentacion/pdf/Plan_nacional_sensibilizacion_preencion_violencia_genero.pdf
69. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Protocolo para la detección y atención de la violencia de género en atención primaria de la Región de Murcia [Internet]. Dirección General de Asistencia Sanitaria (SMS). Murcia, 2007. Disponible en: http://www.aen.es/docs/guias_vg/Murcia.pdf
70. Barba Martínez JM, Ferrer Prior V, Gea Serrano A, Guillén Martínez RM, López Asensio C, Tourné García M. Protocolo Regional de Prevención y detección de Violencia en la Mujer Mayor de 65 años. Instituto de la Mujer de la Región de Murcia. Disponible en: http://violenciadegenero.carm.es/documentacion/publicaciones/Documentacion/protocolo_actuacion_proteccion_victimas.pdf
71. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia Guía práctica clínica. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja [Internet]. Dirección General de Asistencia Sanitaria (SMS). Murcia, 2010. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_470_maltratadas_compl.pdf
72. Menchón P Coordinadora. Artacho Sánchez AI, Castellanos Muñoz P, Holgado Menchón M, Bellido Rojas J y Muñoz Clemente N. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Sobre la inhibición a denunciar de las víctimas de violencia de género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Inhibicion_Denunciar_VictimasVG.pdf
73. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. “la atención primaria frente a la violencia de género: necesidades y propuestas” Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Atencion Primaria_VG.pdf

74. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. [Sede Web]. Gobierno de España. 30 de septiembre de 2014 [actualizada 10 de enero de 2015; acceso 15 de enero de 2015]. Notas de prensa. [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3418>
75. Comisión Técnica del Plan Integral de Formación en Violencia de Género de la Región de Murcia. Plan Integral de Formación en Violencia de Género PIFoVIg [Internet]. Consejería de Sanidad y consumo de la Región de Murcia, Murcia 2009. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/176495Folleto_presentacion_PIFOVIG-2.pdf
76. Dirección General de Prevención de Violencia de Género, Juventud, Protección Jurídica y Reforma de Menores. Protocolo de Coordinación Interinstitucional en Violencia de Género de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. 2012. Disponible en: [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=17796&IDTIPO=11&RASTRO=c1755\\$m25440](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=17796&IDTIPO=11&RASTRO=c1755$m25440)
77. Dirección General de Política Social. Consejería de Sanidad y Política Social. Guía profesional de recursos de atención a mujeres víctimas de violencia de género de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. 4ª Ed. 2014. Disponible en: http://www.um.es/estructura/unidades/igualdad/recursos/2013/GUIA_REC_2013.pdf
78. Carm.es [sitio Web] Región de Murcia. Violencia de Género. [acceso 19 de enero de 2015] Disponible en: [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=1755&IDTIPO=140&RASTRO=c61\\$m](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=1755&IDTIPO=140&RASTRO=c61$m)
79. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad [Sede Web]. España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [acceso 19 de enero de 2015]. Violencia de género y trata de mujeres. Normativa. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/marcoNormativo/home.htm>
80. Aretio A. Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres. Gac Sanit. 2007;21(24):273-7

<http://www.gacetasanitaria.org/es/aspectos-eticos-denuncia-profesional-violencia/articulo/S0213911107720228/>

81. Comunidad de Castilla La Mancha. Protocolo de actuación en atención primaria para mujeres víctimas de malos tratos [Internet]. Castilla La Mancha: Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Sanidad; 2004. [acceso 7 de mayo 2013] disponible en: <http://pagina.jccm.es/sanidad/salud/promosalud/pdf/violencia.pdf>
82. Comunidad de Madrid. Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres [Internet]. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Consejería de Sanidad; 2008. [acceso 7 de mayo 2013] disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DGUIAVPM.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352861196207&ssbinary=true>
83. Generalitat Valenciana. Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género (PDA) [Internet]. Valencia: Conselleria de Sanitat; 2008. [acceso el 7 de mayo 2013] disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_atencion_sanitaria_Valencia.pdf
84. Govern de les Illes Balears. Recomendaciones para la actuación sanitaria ante la violencia de género en la comunidad autónoma de las Illes Balears [Internet]. Illes Balears: Servei de Salut de les Illes Balears, Atenció Primària de Mallorca; 2009. [acceso 7 de mayo 2013] disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Violencia_genero.pdf
85. Junta de Andalucía. Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud; 2008. [acceso 7 de mayo 2013] disponible en:

https://ws027.juntadeandalucia.es/contenidos/gestioncalidad/ProtocoloAndaluzActuSanitaria_VG.pdf

86. Junta de Castilla y León. Protocolo marco de actuación profesional para casos de violencia de género en castilla y león [Internet]. Valladolid: Dirección General de la Mujer, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades; 2008. [acceso 7 de mayo 2013] disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/documentacion-castilla-leon>
87. Gobierno de La Rioja. Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia contra las mujeres [Internet]. Consejería de Salud. Gobierno de La Rioja; 2010 [acceso 7 de mayo 2013] disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_actuacion_sanitaria_La_Rioja.pdf
88. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. (Boletín Oficial del Estado, nº 281 de 24 de Noviembre de 1995). [Internet]. [acceso 28 de marzo 2012]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444&p=20150428&tn=1#a408>
89. Real decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal. (Boletín Oficial del Estado, nº 260, de 17 de septiembre de 1882), [acceso 28 de marzo 2012]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1882-6036>
90. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado nº222 de 16 de septiembre de 2006. [acceso 28 de marzo 2012]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212&tn=1&p=20150708&vd=#A1-4>
91. Capítulo X.- De la tortura y vejación de la persona Artículo 30.1 Código de Ética y Deontología Médica de 1999. 10 de septiembre de 1999 Disponible

- en: <http://www.unav.es/cdb/ccdomccedm1999.html>
92. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. «BOE» núm. 274, de 15 de noviembre de 2002. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188
93. Bugarín-González R, Bugarín-Diz C. Aspectos éticos en la atención sanitaria de la violencia de género. SEMERGEN-Medicina de Familia [revista en internet] 2014 [acceso 19 de enero de 2015]; 40(5):280-285. Disponible en: <http://www.elsevier.es/de-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-aspectos-eticos-atencion-sanitaria-violencia-90337074>
94. Macías Seda J, Gil García E, Rodríguez Gázquez M, González López JR, González Rodríguez M, Soler Castells AM. Creencias y actitudes del alumnado de Enfermería sobre la violencia de género. Index de Enfermería [revista en internet] 2012 [acceso 19 de enero de 2015]; 21(1-2):9-13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962012000100003&script=sci_arttext
95. Macías Seda, Juana. Formación en género en los estudios de enfermería: Actitud y capacitación para el abordaje de la violencia de género. [Tesis doctoral]. Universidad de Sevilla. 2012.
96. Arredondo-Provecho AB, Broco-Barredo M, Alcalá-Ponce de León T, Rivera-Álvarez A, Jiménez Trujillo I, Gallardo-Pino C. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2012. Revista Española de Salud Pública [revista en Internet]. 2012 [acceso 19 de enero de 2015]; 86(1):85-99. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v86n1/08_original_5.pdf
97. Larrauri M, Rodríguez E, Castro E, Pérez A, Ojea B, Blanco M. Conocimiento y actitudes de los profesionales de urgencias sobre la violencia de género. Revista Páginasenferurg.com [revista en Internet]. 2012 [acceso 19 de enero de 2015]; 2:36-46. Disponible en: <http://www.paginasenferurg.com/revistas/2010/septiembre/violenciadegene>

ro.pdf

98. de Gea Guillén BI, López Montesinos MJ. Sensibilización de los profesionales de Enfermería de Urgencias y emergencias del área IV ante la formación especializada en violencia de género, frente a otros colectivos sanitarios En: Mujer y cuidados [recurso electrónico] : retos en salud, Pina-Roche F , Almansa Martínez P. Coordinadoras. Murcia : Editum. 2014: 255-278. Disponible en : <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/43414>
99. Lasheras Lozano L, Pires Alcaide M, Polentinos Castro E, Ramasco Gutiérrez M, Romero Sabater I, y Ruiz Sánchez L. Criterios de formación en violencia de pareja hacia las mujeres. Dirección general de salud pública y alimentación. Consejería de sanidad. 2008. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142516606580&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&sit e=ComunidadMadrid
100. Calle Fernández S. Consideraciones sobre la victimización secundaria en la atención social a las víctimas de la violencia de género. Portularia 4 [revista en Internet]. 2004 [acceso 19 de enero de 2015]; [61-66], Disponible en: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/180/b1513037x.pdf?sequence=1>
101. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2012. 2015. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/infSNS2012.pdf>
102. Ferrer VA, Bosch E, Ramis MC, Navarro C. Las creencias y actitudes sobre la violencia contra las mujeres en la pareja: Determinantes sociodemográficos, familiares y formativos. Anales de psicología, [revista en Internet]. 2006 [acceso 19 de enero de 2015]; 22(2): 251-259. Disponible en: <http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/25901/25141>
103. Echeburúa E, Coral P. Manual de violencia familiar. Madrid: Siglo XXI de España Editores; 1998.

104. Loinaz I. Distorsiones Cognitivas en Agresores de Pareja: Análisis de una herramienta de Evaluación. *Terapia psicológica* [revista en Internet]. 2014 [acceso 19 de enero de 2015];32(1):5-17. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082014000100001&script=sci_arttext
105. Durán, M., Campos-Romero, I. y Martínez-Pecino, R. Obstáculos en la comprensión de la violencia de género: Influencia del sexismo y la formación en género [Obstacles towards gender violence comprehension: Influence of sexism and academic training in gender issues]. *Acción Psicológica*, 2014 11 (2), 97-106. [revista en Internet]. 2014 [acceso 4 de Mayo de 2015]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.11.2.14177>
106. Díaz-Aguado MJ, Martínez Arias R, Martínez Babarro J. La evolución de la adolescencia española sobre la igualdad y la prevención de la violencia de género. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Centro de Publicaciones. 2014. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/estudio/evolucion2014.htm>
107. Díaz-Aguado MJ, y Carvajal MI. Igualdad y prevención de la violencia de género en la adolescencia. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2010. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/estudio/adolescencia.htm>
108. Aznar MPM, Matud MT, Delgado R, Marichal DF, Manjón-Cabeza RA. El personal sanitario ante la violencia de género. *Clepsydra: revista de estudios de género y teoría feminista* 2009(8):139-156. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3131609>
109. González, F. y Mora, B. (2014) Percepción sobre la violencia de género según el nivel educativo y el género, *Información psicológica*, 108, 68-81. Doi: dx.medra.org/10.14635/IPSIC.2014.108.6
110. Janos E, Espinosa A. Representaciones sociales sobre roles de género y su relación con la aceptación de mitos y creencias sobre la

- violencia sexual. *Límite Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología* 2015;10(33):5-15.
<http://www.limite.uta.cl/index.php/limite/article/view/160>
111. Meil Landerwerlin G, Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, Percepción social de la violencia de género. España Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Centro de Publicaciones 2014. Disponible en:
<http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/estudio/percepcion2014.htm>
112. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, Unidad de Psicología Preventiva de la Universidad Complutense de Madrid. La juventud universitaria ante la igualdad y la violencia de género. España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012. Disponible en:
<http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/educativo/estudios/juventudUniversitaria/home.htm>
113. Valdés Sánchez CA, García Fernández Carla, y Sierra Díaz Ángela. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. *Aten Primaria*. 2016. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.01.003>
114. De Miguel Luken V, Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Percepción de la violencia de género en la adolescencia y la juventud. . España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Centro de Publicaciones. 2015. Disponible en:
<http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/estudio/percepcion2015.htm>
115. Colectivo Ioé. Informe de investigación. Detección y tratamiento de la violencia de género actitudes del personal sanitario del servicio nacional de salud. Colectivo Ioé [Internet] Madrid. 2011. Disponible en:
<http://www.colectivoioe.org/uploads/72af8b64f651f933eade7d01c9920e1a476c8a61.pdf>
116. de Botton L, Agudé IP, de Vicente I. Evidencias científicas para la

- formación inicial del profesorado en prevención y detección precoz de la violencia de género. Revista interuniversitaria de formación del profesorado. 2012. (73):41-56. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/44151>
117. Bosch-Fiol E, Ferrer-Pérez VA. Nuevo mapa de los mitos sobre la violencia de género en el siglo XXI. Psicothema. 2012. 24(4):548-554. Disponible en: <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/9702/9446>
118. Melgar Alcantud P, Valls i Carol R. “Estar enamorada de la persona que me maltrata”: socialización en las relaciones afectivas y sexuales de las mujeres víctimas de violencia de género. Trabajo Social Global, 2010, vol.1, núm.2, p.149-161 2010. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10256/11012>
119. Morales López R. Actitudes y actuación de los médicos de familia respecto a la violencia de género en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia [Tesis doctoral] 2015.
120. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Centro de Publicaciones. Catalogo de buenas prácticas. Violencia de Género. Actuación Sanitaria [acceso 21 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/BBPP.htm>
121. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Centro de Publicaciones Informe Anual de la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS 2015. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/01-INFORME_VG_2013.pdf
122. Lozano Alcaraz C, Pina-Roche F, Torrecilla Hernández M, Ballesteros Meseguer C, Pastor Rodríguez JD, Ortuño Esparza A. Formación y detección de la violencia de género en la profesión sanitaria. Revista de Enfermagem da UFSM 2014;4(1):217-226. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.5902/2179769211010>



ANEXOS

Anexo 1: Modelo de comunicación a la fiscalía.

Modelo de Comunicación a Fiscalía

ASUNTO: POSIBLE SUPUESTO DE VIOLENCIA DE GÉNERO

DATOS DEL PERSONAL FACULTATIVO

Nombre:

Centro sanitario:

Número de colegiado/a:

DATOS PERSONALES DE LA MUJER

Nombre:

Domicilio:

Teléfono de contacto:

RELACIÓN DE DATOS EN QUE SE FUNDA LA POSIBLE EXISTENCIA DE UN SUPUESTO CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO:

DOCUMENTACIÓN QUE SE REMITE:

Lo que pongo en su conocimiento al amparo de lo previsto en el artículo 773.2 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal y por si considera oportuna la incoación de diligencias de comprobación.

Firmado en _____, a ___ de ___ de _____

Fuente: Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. 2012²².

Anexo 2: Cuestionario del estudio.

El grupo de investigación “Enfermería, Mujer y Cuidados, E063-04” de la Universidad de Murcia, está desarrollando un estudio sobre violencia. Mediante la cumplimentación de este cuestionario pretende detectar la existencia de violencia de género y las actitudes hacia este problema en los profesionales del servicio Murciano de Salud de la CARM. Para ello, le pedimos que acepte su participación voluntariamente, asegurándole que toda la información que nos proporcione será confidencial y anónima.

Por favor, marque con cifras o X sus respuestas donde proceda. (Anverso y reverso de la página). ¡GRACIAS por su COLABORACIÓN!

1. **Sexo:** Hombre Mujer .
2. **Edad:**años
2. **Estado civil:**
Soltero/a Casado/a-Pareja estable
Separado/a-Divorciado/a Viudo/a
3. **El sustento económico familiar, depende de :**
Su sueldo Su pareja De ambos Otros
4. **Categoría profesional:**
Médico/a de familia Médico/a especialista Indica.....
Enfermero/a Enfermero/a especialista Indicar.....
5. **Lugar de trabajo:** Atención Primaria Hospital
6. **Años de experiencia profesional:**
7. **¿Conoce si existe un protocolo sobre violencia de género en su servicio?**
Si No
8. **¿Ha detectado en alguna ocasión durante el desempeño de su trabajo algún caso de malos tratos en mujeres?** Si No
9. **¿Ha recibido formación específica en Violencia de Género?** Si No
10. **¿Ha habido algún caso de maltrato en su entorno familiar?** Si No

(Echeburúa y Fernández Montalvo, 1997) adaptado por (Ferrer et al, 2006). *Con modificaciones.*

Indique con una "X" según su criterio personal, en que medida está de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

**1 Totalmente
en desacuerdo**

2 En desacuerdo

3 De acuerdo

**4 Totalmente
de acuerdo**

11. Las mujeres son inferiores a los hombres.	1	2	3	4
12. Si el marido es quién aporta el dinero a casa, la mujer debe estar supeditada a él.	1	2	3	4
13. El marido es el responsable de la familia, por lo que la mujer le debe obedecer.	1	2	3	4
14. La mujer debe tener la comida y la cena a punto cuando el marido vuelva a casa.	1	2	3	4
15. La obligación de una mujer es tener relaciones sexuales con su marido, aunque en ese momento no le apetezca.	1	2	3	4
16. Una mujer no debe llevar la contraria a su marido.	1	2	3	4
17. Una mujer que permanece viviendo con un hombre violento, debe tener un serio problema psicológico.	1	2	3	4
18. Cuando un hombre pega a su mujer, ella ya sabrá porqué.	1	2	3	4
19. Si las mujeres realmente quisieran sabrían cómo prevenir los episodios de violencia.	1	2	3	4
20. Muchas mujeres provocan deliberadamente a sus maridos para que estos pierdan el control y las golpeen.	1	2	3	4
21. Si una mujer tiene dinero no tiene porqué soportar una relación en la que exista violencia.	1	2	3	4
22. El hecho de que las mujeres no suelen llamar a la policía, cuando están siendo maltratadas, prueba que quieren proteger a sus maridos.	1	2	3	4
23. Si un niño pega a tu hijo este debe responderle de la misma forma.	1	2	3	4
24. Los profesores de escuela hacen bien en utilizar el castigo físico contra niños que son repetidamente desobedientes y rebeldes.	1	2	3	4
25. Los niños realmente no se dan cuenta de que sus padres pegan a sus madres a no ser que sean testigos de una pelea.	1	2	3	4
26. Las bofetadas a veces son necesarias.	1	2	3	4
27. Para maltratar a una mujer hay que odiarla.	1	2	3	4
28. La mayoría de los hombres que agreden a sus parejas se sienten avergonzados y culpables por ello.	1	2	3	4
29. Los golpes en el trasero (a un niño) a veces son necesarios.	1	2	3	4
30. Lo que ocurre en una familia es problema únicamente de la familia.	1	2	3	4
31. Muy pocas mujeres tienen secuelas físicas o psíquicas a causa de los malos tratos.	1	2	3	4
32. Si muchas mujeres no fastidiaran tanto a sus maridos, seguramente no serían maltratadas.	1	2	3	4
33. La mayoría de los maltratadores son personas fracasadas o "perdedores".	1	2	3	4
34. Las mujeres a menudo lesionan también a sus maridos.	1	2	3	4
35. La violencia de género aumenta en frecuencia e intensidad durante el embarazo.	1	2	3	4
36. Las mujeres víctimas de violencia pertenecen a grupos socioeconómicos bajos.	1	2	3	4
37. La violencia de género es específica en una determinada edad.	1	2	3	4
38. La víctima podría solucionar el problema denunciando la situación.	1	2	3	4

Anexo 3: Permiso de la Comisión de Bioética.



**INFORME DE LA COMISIÓN DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
DE LA
UNIVERSIDAD DE MURCIA**

Jaime Peris Riera, Catedrático de Universidad y Secretario de la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia

CERTIFICA:

Que D^a. Maravillas Doris Torrecilla Hernández ha presentado la Tesis Doctoral titulada "Violencia de Género: Convicciones de los profesionales sanitarios de la Región de Murcia", dirigida por Dr^a. D^a. Florentina Pina Roche, a la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia.

Que dicha Comisión analizó toda la documentación presentada, y de conformidad con lo acordado el día 16 de mayo de 2013¹, por unanimidad se emite informe FAVORABLE desde el punto de vista ético de la investigación.

Y para que conste y tenga los efectos que correspondan, firmo esta certificación, con el visto bueno del Presidente de la Comisión, en Murcia 31 de mayo de 2013.

Vº Bº
EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN
DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA

Fdo. Gaspar Ros Berruezo

¹ A los efectos de lo establecido en el art. 27.5 de la Ley 30/1992 de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del P.A.C. (R.D.E. 27-11), se advierte que el acta de la sesión citada está pendiente de aprobación.

Anexo 4: Consentimiento informado.

El objetivo de este estudio de investigación en el que le invitamos a participar, consiste en determinar cómo son las creencias y actitudes hacia la violencia contra las mujeres de los profesionales sanitarios del Servicio Murciano de Salud (SMS). La encuesta se completa de forma anónima y, por tanto, no tiene que escribir en la misma ni su nombre ni sus apellidos. Las respuestas se señalan con una X en la opción elegida. Le informamos que rellenar este cuestionario le llevará aproximadamente 5 minutos.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./Dña. _____, de _____ años de edad y con DNI nº _____, manifiesta que ha sido informado/a sobre el objetivo del estudio así como de que todos los datos aportados por mí serán tratados con anonimato y confidencialidad.

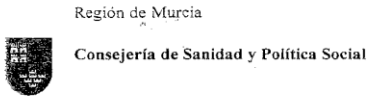
He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de Diciembre de protección de datos.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para el uso de los datos aportados por mí a través del protocolo del estudio.

Murcia, a ____ de _____ de 2013.

Fdo. D/Dña.

Anexo 5: Autorización de la Dirección General Del Servicio Murciano De Salud.



Fecha: 22-2-2013

Destinatario:

D^a Florentina Pina Roche
Universidad de Murcia
Departamento de Enfermería
Campus Universitario de Espinardo
30100 Espinardo (Murcia)

De conformidad con su escrito de fecha 20 de febrero de 2013, donde solicita autorización para la realización del Estudio de Investigación (E063-04) "Enfermería, Mujer y Cuidados", y tras valorar la documentación aportada, esta Dirección General le autoriza a que los profesionales sanitarios del Servicio Murciano de Salud, previo consentimiento informado, puedan participar en dicho estudio.

No obstante, se le adjunta documento que deberá devolver firmado a esta Dirección General, sobre las condiciones que debe cumplir como investigadora para el acceso a los datos del Servicio Murciano de Salud.

Murcia, a 22 de febrero de 2013
LA DIRECTORA GENERAL
DE ASISTENCIA SANITARIA

Fdo: Magina Blázquez Pedrero.

Anexo 6: Autorización de los autores del cuestionario para su uso en este estudio.



UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO
Facultad de Psicología

Maravillas Doris Torrecilla Hernández
Facultad de Enfermería
Universidad de Murcia

San Sebastián, 21 de mayo de 2013

Por medio del presente escrito autorizo el empleo del cuestionario *Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y el Uso de la Violencia*, publicado en el libro *Manual de Violencia Familiar*, del cual soy coautor, a Maravillas Doris Torrecilla, del grupo de investigación "Enfermería, Mujer y Cuidados" de la Universidad de Murcia.

Asimismo doy el consentimiento para utilizar dicho instrumento en un estudio en colaboración con la Universidad Federal de Santa María (Brasil).

Un cordial saludo

Fdo.: Enrique Echeburúa

Anexo 7: Autorización de los autores del cuestionario para su uso en este estudio.

Departamento de Psicología y Pedagogía
Psikologia eta Pedagogia Saia
Campus de Arrosadía / Arrosadiko Campusa
31006 Pamplona - Iruña (Navarra - Nafarroa)
Tel.: 948 16 9479 - Fax: 948 16 9891
dpto.psicopedagogia@unavarra.es



Maravillas Doris Torrecilla Hernández
Facultad de Enfermería
Universidad de Murcia

Pamplona, 21 de mayo de 2013

Por medio del presente escrito autorizo el empleo del cuestionario *Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y el Uso de la Violencia*, publicado en el libro *Manual de Violencia Familiar*, del cual soy coautor, a Maravillas Doris Torrecilla, del grupo de investigación "Enfermería, Mujer y Cuidados" de la Universidad de Murcia.

Asimismo doy el consentimiento para utilizar dicho instrumento en un estudio en colaboración con la Universidad Federal de Santa María (Brasil).

Un cordial saludo

Fdo: Javier Fernández Montalvo