



UNIVERSIDAD DE MURCIA

Departamento de Ciencias Sociosanitarias

“Actitudes y actuación de los médicos de familia
respecto a la violencia de género en la
Comunidad Autónoma de la Región de Murcia”

Rosario Morales López

2015

DIRECTORES:

Dr. José Jesús Guillén Pérez

Dr. José López González

AGRADECIMIENTOS

Al final del largo proceso que ha supuesto la realización de esta tesis, no puedo, por menos que recordar a todas las personas que me han ayudado a llevarla a cabo y expresarles mi agradecimiento desde los responsables institucionales hasta los profesionales que trabajan con ellos, coordinadores médicos y responsables de violencia de género de los centros de salud del Servicio Murciano de Salud.

A Sonia Herrero y Carmen Fernández, que me han dado acceso a su trabajo desinteresadamente.

A mis directores de tesis que se han ganado la gloria conmigo, Dr. José Jesús Guillén Pérez y Dr. José López González. Si no hubiera sido por ellos, esta tesis nunca se habría terminado.

A los auténticos artífices que han prestado su valiosa colaboración ofreciendo sus opiniones, experiencias y sentir: mis compañeros, médicos de familia de hasta el más recóndito lugar de la Región de Murcia. En su honor, me gustaría que, de alguna forma, este trabajo sirviera para mejorar la atención a las mujeres víctimas de violencia de género.

A mis pacientes, mujeres víctimas de violencia de género de las que tanto he aprendido a través de lo que han compartido conmigo.

A mi gran familia que a lo largo de este trabajo han estado siempre conmigo, dándome más que ánimo.

In memoriam, a mis padres.

A mis hijos Diego y Félix que han madurado a la par que la tesis.

A Diego del que formo parte al igual que él de mí...

¡¡¡Gracias!!!

CITA

“Doy vueltas en círculos desde hace años intentando encontrar las palabras adecuadas para contar mi vida. Si volviera a vivir aquí todo lo que he vivido, quizás conseguiría entender qué busco yo en este mundo, quizás incluso comprendiera por qué soy, por qué he tenido que pasar por lo que he pasado y por qué tengo la sensación de que todavía no ha terminado y que hay algo, en algún lugar, que detrás de una esquina me esperan otros retos, que seguiré luchando, existiendo y seguirá doliendo”.

El Sueño. Liana Mânzat.

“¿Será exagerado decir que a la humanidad actual le duele la relación entre el médico y el paciente?”

El médico y el paciente. Laín Entralgo.

PUBLICACIONES ANTERIORES RELACIONADAS CON ESTA TESIS DOCTORAL

Morales López R, Ballesteros Pérez AM, López González J, Manrique Medina RL, López Molina D, Madrid Ferreiro VM. Proyecto de investigación "Conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios de Atención Primaria respecto a la violencia de género, su detección y asistencia". Comunicación póster presentada en el XVII Congreso Regional de Medicina Familiar y Comunitaria. 2011, Murcia.

Morales López R, Guillén Pérez JJ, Manrique Medina RL, Ballesteros Pérez AM, Jiménez Rejón S, López González J. Análisis del registro de violencia de género en la historia clínica electrónica de Atención Primaria en un Servicio Sanitario Autonómico. Comunicación oral presentada en el XXXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria SEMERGEN. 2014, Bilbao.

Morales López R, Manrique Medina RL, Guillén Pérez JJ, Luquin Martínez R, Jiménez Rejón S, Martínez González S. Anamnesis. ¿Por qué no preguntamos a las pacientes si son víctimas de violencia de género? Comunicación póster presentada en el XXV Congreso Nacional de entrevista Clínica y Comunicación Asistencial. 2014, Barcelona.

Morales López R, Guillén Pérez JJ, López González J, Manrique Medina RL, Jiménez Rejón S, Villamor de Santiago MT. Actitudes y actuación de los médicos de familia respecto a la violencia de género en un Servicio Sanitario Autonómico. Comunicación oral presentada en el XXXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria semFYC. 2015, Gijón.

Morales López R, Bueno Ortiz JM, Guillén Pérez JJ, López Blanco CA, López González J, Jiménez Rejón S. Characteristics of the diagnosis of Violence against women in a Regional Health Service. Comunicación oral presentada en el 20th World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians WONCA Europe Conference. 2015, Istanbul (Turkey).

Morales López R, Guillén Pérez JJ, López González J, Manrique Medina RL. Actitudes y actuación de los médicos de familia del Servicio Murciano de Salud respecto a la violencia de género. Comunidad (Revista del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria). En prensa. 2015.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	25
1. Introducción (justificación, antecedentes).....	27
1.1. Definición.....	27
1.2. Naturaleza de la violencia contra la mujer en la pareja.....	30
1.3. Ciclo de la violencia de género.....	32
1.4. Causas. Modelo ecológico de la violencia.....	35
1.5. Prevención.....	40
1.6. Consecuencias de la violencia contra las mujeres.....	44
1.6.1. Consecuencias en las mujeres víctimas.....	44
1.6.1.1. En la salud de las mujeres.....	44
1.6.1.1.1. Consecuencias fatales.....	47
1.6.1.1.1.1. Homicidio.....	47
1.6.1.1.1.2. Suicidio.....	47
1.6.1.1.1.3. Infección y muerte por el VIH.....	48
1.6.1.1.2. Consecuencias no fatales.....	49
1.6.1.1.2.1. Lesiones físicas.....	49
1.6.1.1.2.2. Condiciones crónicas de salud física.....	51
1.6.1.1.2.3. Salud Psíquica.....	51
1.6.1.1.2.4. Salud sexual y reproductiva.....	53
1.6.1.2. En la situación social, laboral y económica de la mujer.....	54
1.6.2. Consecuencias en los hijos y las hijas.....	55
1.6.3. Consecuencias en el entorno de la mujer.....	59
1.6.4. Consecuencias en el uso de servicios sanitarios y costes.....	59
1.7. Mujeres en situación de especial vulnerabilidad.....	61
1.7.1. Mujeres menores, adolescentes y jóvenes.....	61
1.7.2. Mujeres con discapacidad.....	62
1.7.3. Mujeres que viven en el medio rural.....	63
1.7.4. Mujeres inmigrantes.....	64
1.7.5. Mujeres mayores.....	65
1.8. La respuesta de las mujeres en situación de maltrato.....	66
1.9. Los hombres que ejercen violencia contra la mujer.....	70
1.10. La percepción de la sociedad y otros implicados.....	71
1.11. Marco legislativo y estratégico de atención a la violencia de género.....	75
1.11.1. Marco legislativo Internacional. Organización de Naciones Unidas y Consejo de Europa.....	75
1.11.2. La respuesta del Estado Español. Marco legislativo y estratégico nacional.....	83
1.11.3. Marco legislativo autonómico en la Región de Murcia.....	85
1.12. Situación actual.....	90
1.12.1. Prevalencia.....	90
1.12.2. Macroencuestas de la Delegación del gobierno y el Centro de Investigaciones sociológicas.....	93

1.12.3. Servicio telefónico de información y asesoramiento jurídico en materia de violencia de género.....	95
1.12.4. Denuncias de violencia de género en los Juzgados de Violencia sobre la Mujer.....	98
1.12.5. Víctimas mortales. Informe anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer.....	100
1.12.6. Informes de Violencia de Género de la Comisión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.....	104
1.13. Las voces discordantes.....	113
1.14. Abordaje Integral de la violencia de género.....	115
1.14.1. Los servicios sanitarios. Enfoque desde la Salud Pública.....	116
1.14.1.1. Prevención Primaria.....	117
1.14.1.2. Prevención Secundaria.....	117
1.14.1.2.1. Detección.....	117
1.14.1.2.2. Valoración.....	123
1.14.1.2.3. Intervención.....	124
1.14.1.2.4. Actuación con los hijos e hijas.....	127
1.14.1.2.5. Valoración de intervención con el agresor.....	128
1.14.1.3. Prevención Terciaria.....	130
1.14.1.3.1. Con las mujeres víctimas de violencia de género.....	130
1.14.1.3.2. Con hijos e hijas.....	131
1.14.1.3.3. Con los hombres maltratadores.....	132
1.15. Obligaciones legales.....	134
1.16. Los médicos de familia ante la violencia de género.....	136
1.16.1. Datos de prevalencia en Atención Primaria.....	136
1.16.2. Actitudes, conocimientos y barreras para la detección.....	140
1.16.3. La perspectiva de las mujeres.....	155
1.16.4. Conflictos éticos.....	158
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	161
3. MATERIAL Y MÉTODO.....	165
4. RESULTADOS.....	187
4.1. Análisis del registro de violencia de género en la historia clínica electrónica de Atención Primaria en el Servicio Murciano de Salud.....	189
4.1.1. Descriptores indicativos violencia de género.....	194
4.2. Análisis de actitudes y actuación de los médicos de familia respecto a la violencia de género.....	198
4.2.1. Obtención de la muestra.....	198
4.2.2. Análisis factorial.....	202
4.2.3. Datos sociodemográficos y profesionales.....	208
4.2.4. Actitudes y barreras para la detección.....	210
4.2.4.1. Actitud de los médicos de familia respecto a la consideración de la violencia de género.....	210
4.2.4.2. Búsqueda de violencia de género por el médico de familia en la consulta.....	211
4.2.4.3. Barreras para la detección de la violencia de género.....	212
4.2.4.4. Actitud profesional hacia la violencia de género.....	218
4.2.4.5. Actitud hacia los hijos y las hijas.....	220
4.2.4.6. Actitud hacia el agresor.....	221
4.2.4.7. Actuación ante casos concretos de violencia de género.....	223

4.2.5. Actitudes. Relación entre variables.....	227
4.2.6. Derivación a recursos socio-sanitarios y valoración de la respuesta obtenida.....	238
4.2.7. Conocimientos de los médicos de familia sobre violencia de género.....	240
4.2.8. Percepción que tienen los médicos de familia de su propia capacitación y necesidades formativas.....	244
4.2.9. Conocimientos. Relación entre variables.....	245
4.2.10. Los médicos de familia y los casos de violencia de género diagnosticados en su cupo médico.....	250
4.2.11. Casuística. Relación entre variables.....	253
4.2.12. Regresión logística para diagnóstico de violencia de género.....	256
4.3. Exploración de opinión sobre el cribado de violencia de género, dificultades percibidas y propuestas de mejora realizadas por los médicos de familia.....	259
4.3.1. Opinión sobre la detección sistemática de la violencia de género en la consulta de Atención Primaria.....	259
4.3.2. Dificultades de los médicos de familia para la detección de mujeres víctimas de VG.....	263
4.3.3. Dificultades de los médicos de familia para la asistencia a mujeres víctimas de violencia de género.....	267
4.3.4. Propuestas de mejora de los médicos de familia respecto a la detección y asistencia a la violencia de género.....	270
5. DISCUSIÓN.....	275
6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	301
7. CONCLUSIONES.....	305
8. APLICABILIDAD.....	309
9. BIBLIOGRAFÍA.....	313
10. ANEXOS.....	339

RESUMEN

Esta tesis parte de la necesidad que tienen los médicos de familia de dar respuesta a un grave problema de salud pública que es la violencia de género, en este caso la violencia en la pareja, cuya etiología es compleja y multifactorial ya que está basada en construcciones socioculturales que mantienen las desigualdades de género.

Los objetivos son determinar las actitudes y conocimientos de los médicos de familia de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud con respecto a la violencia de género, identificar sus comportamientos en cuanto a detección, valoración, intervención y derivación de la mujer víctima así como respecto a sus hijos y al agresor, analizar el registro de violencia de género en la historia clínica electrónica de Atención Primaria, indagar sobre las dificultades y necesidades que perciben y explorar cuáles son sus propuestas de mejora.

La investigación está dividida en tres partes:

1. Análisis del registro de violencia de género (VG) en la historia clínica electrónica de Atención Primaria (HCEAP): se incluyó a personas con tarjeta sanitaria individual (TSI) en cuyas historias clínicas constan códigos CIAP-2 (Codificación Internacional de Atención Primaria) Z12 y Z25 (problemas de relación y violencia) durante 2012 y 2013.

2. Análisis de conocimientos, actitudes y actuaciones de los médicos de familia (MF) frente a la VG.

3. Exploración de opinión sobre el cribado, dificultades y propuestas de mejora de los MF.

Se incluyó a los MF que trabajan en centros de Atención Primaria del SMS que el 31 de diciembre de 2012 eran 828.

Se realizó un muestreo con distribución proporcional según el número de MF para cada una de las nueve áreas de salud de la Región de Murcia y aleatorización sistemática, estableciendo la muestra en 263 médicos de familia. Las mediciones se hicieron mediante cuestionario validado autoadministrado que incluye preguntas abiertas.

Se ha realizado estudio estadístico descriptivo de frecuencias, porcentajes, media, desviación típica, t-Student, test ANOVA y regresión logística. Para la exploración de la información obtenida en las preguntas abiertas se ha usado la técnica de análisis de contenido.

Resultados: Registro HCEAP: el código CIAP-2 más frecuente registrado es Z12 (maltrato psíquico/emocional). Existen condicionantes que dificultan conocer la magnitud exacta, por extracción de datos, de la incidencia de VG en AP. Análisis de actitudes, conocimientos, actuaciones y opinión: los MF consideran la VG en mayor medida como un problema social.

La falta de tiempo y no saber cómo preguntar son los motivos más frecuentes para no indagar sobre VG en la consulta, precisando sospecha clínica para plantearse este diagnóstico. Tienen asumido su papel profesional, debiendo estar alerta sobre factores de riesgo. Respecto al agresor, están de acuerdo en que proceden actuaciones profesionales con él. Investigan si los hijos son víctimas y los derivan a recursos sociosanitarios. Son pocos los MF que se sienten totalmente capacitados para atender a las víctimas, refiriendo haber recibido escasa formación y expresando gran necesidad de recibirla. Cada MF tiene diagnosticado en su cupo 1,78 casos de media. El perfil de la víctima es una mujer de 50 años que consulta frecuentemente y consume psicofármacos. Sus propuestas de mejora son cambios estructurales con más recursos, tiempo y formación y actuaciones clínicas meticulosas y cuidadosas.

Se concluye que es necesario mejorar el registro de violencia de género en la historia clínica electrónica de AP. Los médicos de familia tienen una actitud positiva frente al abordaje de la violencia de género en la consulta. Son precisos cambios estructurales y asistenciales para mejorar la atención sanitaria a la violencia de género.

Códigos UNESCO:

3212. Salud Pública.

6310. Problemas Sociales.10. Conflicto Social y adaptación.

6114. Psicología. 02. Actitudes.

ABSTRACT

This thesis reflects the need for family doctors to respond to the serious public health problem that is gender based violence, in this case partner violence, whose etiology is complex and multifactorial because it is based on sociocultural constructions which maintain gender inequalities.

Objective.

The objectives are to determine the attitudes and knowledge of Primary Care general practitioners within the Health Service of Murcia regarding gender based violence, identify their actions in the detection, assessment, intervention and referral of female victims as well as their children and the aggressor, analyse the recording of domestic violence in the primary care electronic medical records, inquire about their difficulties and perceived needs and explore what their suggestions for improvement are.

Resources and Methods:

The investigation is divided into three parts:

1. Analysis of the recording of gender based violence (GBV) in the Primary Care electronic medical records (PCEMR): it included people with individual health cards (TSI) whose medical records included CIAP-2 codes (International Primary Care Coding) Z12 and Z25 (relationship problems and violence) during 2012 and 2013.

2. Analysis of knowledge, attitudes and actions of general practitioners (GP) when facing (GBV)

3. Exploration of the opinions of general practitioners about the difficulties of screening and proposals for its improvement.

GPs working in primary care centres (PC) within the Murcia Health Service (MHS) which on December 31, 2012 was a total of 828.

They were divided into nine groups corresponding to each of the nine areas of the health map of the Region of Murcia.

Probability sampling with proportional distribution was performed according to the number of GPs in each area and systematic randomization, establishing a sample of 263 GPs. The measurements were made using a validated self-administered questionnaire which included open questions.

A descriptive statistical study was performed of frequencies, percentages, mean and standard deviation, t-Student, ANOVA test and logistic regression. For the exploration of information obtained in the open questions the technique of content analysis was used.

Results:

PCEMR Records: the CIAP-2 code recorded most frequently is Z12 (psychological / emotional abuse). There are conditions that make it difficult to know the exact magnitude through data extraction of the incidence of GBV in primary care. Analysis of attitudes, knowledge, performances and opinion: To a large degree GPs consider GBV to be a social problem. Lack of time and not knowing how to ask about GV are the most common reasons for not investigating GV during consultations, needing clinical suspicion in order to consider this diagnosis. They accept as part of their professional role that they must be vigilant in identifying risk factors. Regarding the aggressor, they agree that they must continue their professional activities with them. Investigate whether children are victims and arise from social health resources. Few GPs feel fully trained to deal with victims, relating that they have received little training and expressed a great desire to receive it. Each GP has diagnosed an average of 1.78 cases. The profile of the victim is a woman of 50 who frequently consults and takes psychotropic drugs. Their suggestions for improvement are structural changes with more resources, time and training and meticulous and careful clinical performance.

Conclusions:

The recording of gender based violence in the primary care electronic case history needs to be improved. General Practitioners have a positive attitude to addressing gender violence in the consulting room. Structural changes are needed to improve health care for gender based violence.

UNESCO codes:

3212. Public Health.

6310. Social Problems.10. Social Conflict and accommodation.

6114. Psychology. 02. Attitudes.

1. INTRODUCCIÓN.

1. Introducción (justificación, antecedentes).

La violencia de género es un grave problema de salud pública en todo el mundo. Se ha documentado en todos los países donde se ha estudiado y en todos los grupos sociales, económicos, religiosos y culturales¹.

1.1. Definición.

Para definir violencia de género tenemos que aludir inevitablemente a las representaciones simbólicas en el lenguaje. La lengua como sistema de comunicación humana está en continua evolución, de forma que cada vez que se producen cambios en la sociedad, se introducen nuevos términos para denominarlos². El término violencia de género es todavía una expresión en desarrollo por lo que su significado se puede prestar a interpretaciones, precisando una aproximación conceptual, a partir de las palabras violencia y género.

La violencia ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como *“el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, contra una persona, grupo o comunidad, que cause o pueda causar lesiones, muerte, daños psicológicos”*³. Puede ser autoinfligida en forma de autolesiones o suicidio, interpersonal dentro del ámbito familiar o en la comunidad (por conocidos o por extraños) y colectiva (social como la violencia de masas, política como las guerras o económica como los llevados a cabo con la finalidad de trastornar las actividades económicas)⁴.

Cuando hablemos de “género” entenderemos los papeles, comportamientos, actividades y atribuciones socialmente construidos que una sociedad concreta considera propios de mujeres o de hombres⁵.

Aunque frecuentemente los conceptos sexo y género se abordan conjuntamente porque la atribución a uno u otro sexo supone la asignación de un género, en el contexto de esta tesis, se considera que el género (lo “masculino” y lo “femenino”) no responde solo a una acepción

¹ Heise L, García Moreno C. La violencia en la pareja. En: Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. eds. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2003. Publicación Científica y Técnica: 588. p. 95-113.

² Alario C, Bengoechea M, Lledó E, Vargas A. Nombra: la representación del femenino y el masculino en el lenguaje. Madrid: Instituto de la Mujer; 1995.

³ Dahlberg LL, Krug EG. La violencia, un problema mundial de salud pública. En: Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R, eds. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2003. Publicación Científica y Técnica: 588. p. 3-23.

⁴ Dahlberg LL, Krug EG (2003), op. cit. en nota 3.

⁵ Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Madrid: Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación; 2011.

gramatical ni a conceptos puramente biológicos (hablaríamos en este caso de sexo), sino que trascienden vestidos de construcciones culturales y sociales.

Por esto, cuando se estudia la violencia desde la perspectiva de género, hay que analizar los mecanismos sociales y culturales que la sustentan, más allá de la individualidad psicopatológica del maltratador⁶, teniendo en cuenta las características básicas de la violencia de género⁷:

- a) Fundada en una desigualdad entre hombre y mujer derivada de un código patriarcal.
- b) Forma de violencia de una elevada invisibilidad social.
- c) Se emplea como mecanismo de control y castigo sobre la mujer.
- d) Generadora de sentimientos de culpa en quien la sufre.
- e) Suele desencadenar una relación en la que tanto agresor como víctima quedan atrapados: el poder, de un lado y el miedo y la sumisión, de otro.

Existen varias formas de referirse a este problema, con la consecuente producción de malentendidos y confusiones sobre todo en la identificación de la persona víctima de violencia (violencia familiar, doméstica, de género, contra la pareja). Para conseguir claridad recurrimos a las definiciones de organismos internacionales:

a. *Violencia de género (VG)*: fue definida en la “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer” (1993) de la Organización de Naciones Unidas (ONU) como “*todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, incluso las amenazas de tales actos, la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como privada*”⁸. En este contexto están incluidas la violencia contra la mujer dentro del ámbito familiar por su pareja, trata, sexual y mutilación genital.

b. *Violencia doméstica*: “*toda forma de violencia física, sexual o psicológica que pone en peligro la seguridad o el bienestar de un miembro de la familia; recurso a la fuerza física o al chantaje emocional; amenazas de recurso a la fuerza física, incluida la violencia sexual, en la familia o el hogar. En este concepto se incluyen el maltrato infantil, el incesto, el maltrato de*

⁶ Pérez JM, Montalvo A, Escobar A, Quinteros A, Sánchez SB, Tardón B. Violencia de Género: Prevención, detección y atención. Madrid: Grupo 5; 2011.

⁷ Alberdi I, Matas N. La violencia doméstica: Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Colección Estudios Sociales: 10. Barcelona: Fundación La Caixa; 2002.

⁸ Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General de 48/104 del 20 de diciembre de 1993. Organización de Naciones Unidas. Distr. GENERAL A/RES/48/104 23 de febrero de 1994.

*mujeres y los abusos sexuales o de otro tipo contra cualquier persona que conviva bajo el mismo techo*⁹. Es la forma de violencia que se produce en el seno familiar, afectando no sólo a mujeres sino también a cualquier persona con la que se conviva o se tenga parentesco.

De hecho, los hombres y los niños son también víctimas de violencia pero en el caso concreto de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual afecta desproporcionadamente a las mujeres y la mayoría de las muertes resultantes de estas formas de violencia corresponden a mujeres mientras que la gran mayoría de los agresores son varones. Así, en las encuestas comunitarias de violencia en los países industrializados se encuentran datos de agresión física por mujeres en la pareja aunque hay pocos indicios de que sometan a los hombres al mismo tipo de violencia intensa y paulatina que se observa en grupos clínicos de mujeres maltratadas¹⁰.

Aparte de los datos estadísticos, las investigaciones muestran diferencias en la intencionalidad e indican que las consecuencias de la violencia varían sustancialmente, de forma que las mujeres tienen más probabilidades de ser gravemente lesionadas y temer por sus vidas que los hombres.

En esta tesis abordaremos la violencia producida hacia la mujer por su pareja o ex pareja que es el tipo más habitual de violencia de género y a ella nos referiremos indistintamente cuando hablemos de maltrato, violencia por parte del compañero íntimo y violencia de género.

⁹ Comisión Europea. Cien palabras por la Igualdad: Glosario de términos relativo a la igualdad entre hombres y mujeres. Luxemburgo: Comisión Europea, Dirección General de Empleo, Relaciones Laborales y Asuntos Sociales; 1998.

¹⁰ Heise, García Moreno (2003), op. cit. en nota 1.

1.2. Naturaleza de la violencia contra la mujer en la pareja.

Dado el carácter complejo de la violencia, la ordenación de las formas en que esta puede ser infligida no es precisa sino que, con frecuencia, se superponen y/o coexisten. Una de las clasificaciones más utilizadas¹¹ es la que las divide en física, verbal, sexual, psicológica y socioeconómica:

1.2.1. Violencia física: Es un acto que provoca o intenta provocar dolor y lesiones físicas con la finalidad añadida de limitar la autodeterminación de la persona. Pone de manifiesto diferencias de poder o puede pretender exigencias mediante la coacción. Se incluyen aquí todo tipo de agresiones corporales (empujones, golpes, ataques con armas, mordeduras, quemaduras, estrangulamientos, mutilaciones).

1.2.2. Violencia verbal: Tiene como objetivo herir con el uso de determinadas palabras y tono de voz, de forma sistemática y dirigida contra puntos emocionalmente sensibles. Incluye insultos contra la persona, familiares, amigos, o en relación a características socioculturales de la víctima como su religión y tradiciones.

1.2.3. Violencia psicológica: Es un concepto amplio porque todas las formas de violencia tienen una vertiente psicológica en tanto responden al objetivo de herir la integridad y la dignidad de la mujer. No obstante, hay algunas conductas que no se pueden incluir en otras categorías de maltrato, manifestándose como lo que podríamos llamar “violencia psicológica pura” como el aislamiento y la falta de información. Incluiría múltiples modalidades de agresión intelectual o moral (amenazas, desatención deliberada, desprecio, intimidación e insultos en público).

1.2.4. Violencia sexual: Consiste en utilizar la sexualidad como terreno para agredir a la mujer y comprende cualquier actividad sexual no consentida (violación, visionado o participación forzada en pornografía o ciertos tipos de actividades sexuales).

1.2.5. Violencia socioeconómica: Entendida como desigualdad en el acceso a los recursos compartidos (negar el acceso al dinero, impedir el acceso a un puesto de trabajo y a la formación).

¹¹ Consejo de Europa. Las cuestiones de género son importantes: Manual sobre cómo abordar la violencia de género que afecta a los jóvenes. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2007.

Hay otros tipos como es el caso de la violencia estructural que está estrechamente relacionada con el de violencia económica, pero que incluye sutiles barreras contra la realización de las potenciales opciones de derechos humanos básicos. Se sustenta en la existencia de obstáculos firmemente asentados en la sociedad como son todos los engranajes de poder generadores y legitimadores de la desigualdad).

Relacionadas también con la violencia psicológica, cabe citar la ambiental que se corresponde con la destrucción de objetos apreciados y la espiritual que implica al concepto de aquellas acciones destinadas a obligar a otra persona a aceptar un sistema de creencias cultural o religioso determinado, o dirigidas a desgastar o arruinar las creencias de otro mediante castigos y ridiculización.

1.3. Ciclo de la violencia de género.

Dado que se trata de un tipo de violencia relacional, su dinámica es muy diferente de los incidentes violentos que tienen lugar entre extraños. Se explica por el patrón cíclico, repetitivo dentro del marco afectivo descrito por Walker¹².

Suele comenzar con maltrato psicológico en forma de agresiones verbales, insultos, descalificaciones y posteriormente se producen agresiones físicas: empujones, zarandeos, bofetones, llegando en casos extremos a maltrato sexual y lesiones físicas, incluso a la muerte.

Se producen tres fases que se reproducen progresivamente de forma más intensa y en periodos más cortos de tiempo (Gráfico 1).

- a) Fase de tensión: Corresponde a una escalada gradual del enojo. Se producen incidentes menores que van formando un clima de temor e inseguridad en la mujer, a partir de que su pareja se enoja y enfada por cualquier cosa, le grita y la amenaza. Cualquier conducta desencadena una reacción de enfado desproporcionado.

La mujer experimenta sorpresa y desconcierto ante esta actitud, sintiéndose a la vez atemorizada y cuando intenta hablar y buscar una explicación, provoca mayores enfados. Intenta justificar al hombre y disculparlo, progresivamente adopta una actitud sumisa, pasiva, de inmovilismo y de bloqueo, llegando a dudar de sí misma y a generar sentimientos de culpabilidad.

Todo esto refuerza el comportamiento del hombre que cada vez está más irritable e irracional, y siente el impulso de “castigar” a la mujer.

El estado emocional de la mujer se va deteriorando hasta que puede desembocar en estados ansiosos y depresivos que la incapacitan aún más para la valoración objetiva de los hechos.

- b) Fase de explosión violenta o agresión: Se producen comportamientos violentos por parte del hombre con el objetivo de producir el sometimiento de la mujer y resultado de lesiones físicas intensas. En este momento la mujer sufre un bloqueo emocional completo y experimenta incertidumbre acerca de lo que pueda pasar, ya que cualquier gesto por su parte para frenarlo, puede ser interpretado como una provocación. Ya la experiencia es de miedo paralizador, con el consiguiente colapso emocional. Algunas mujeres toman la

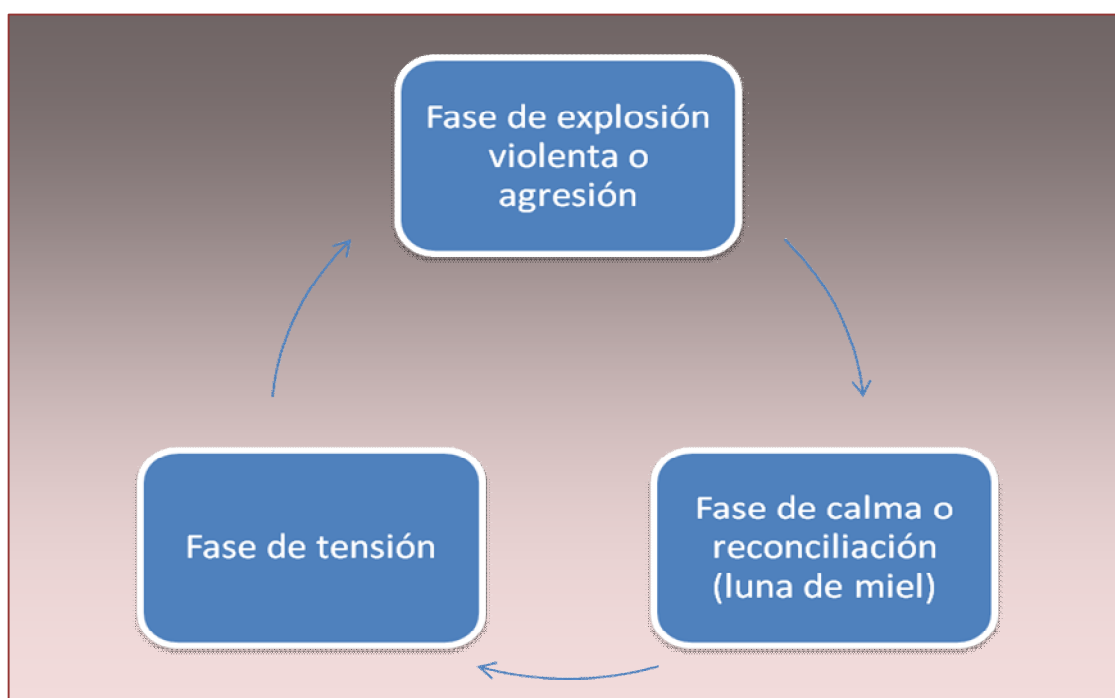
¹² Walker L. Descriptions of Violence and the Cycle of Violence. En: Walker L. The Battered Woman Syndrome. 3ª ed. New York: Springer Publishing Company; 2009. p. 85-105.

decisión de poner una denuncia pero la mayoría no lo hace y esperan a reponerse o acuden a los servicios sanitarios para recibir asistencia, a veces acompañadas por su agresor y con frecuencia negando la agresión.

- c) Fase de calma o reconciliación (luna de miel): El agresor se muestra arrepentido, promete que no se repetirá la agresión, utilizando técnicas de manipulación afectiva como regalos y actitudes cariñosas.

La mujer víctima se encuentra confusa y llega a creer las palabras de su maltratador, a convencerse de su propia culpabilidad en el caso de que rompiera la relación, a la vez que ilusionada por creerse amada.

Gráfico 1. El ciclo de la violencia. Fuente: Walker L (2009).



Este ciclo de violencia se hace progresivamente más corto por lo que el maltrato se hace cada vez más frecuente y más violento mientras que la víctima cada día creerá menos en su capacidad para resolver la situación, perdiendo los pocos recursos psicológicos y emocionales que le quedan.

Así, se puede entender por qué muchas mujeres soportan esta situación durante años. El "síndrome de dependencia afectiva" consiste en un nexo emocional que no deja a la víctima

romper con su agresor y cuya causa es el aislamiento al que la mujer ha sido sometida ya que frecuentemente, con el tiempo ha perdido relaciones familiares y de amistad.

El ciclo se repetirá si el agresor percibe que la mujer ha ganado confianza amenazando su poder, para volver a tomar el control.

El agresor desarrolla una actitud de negación: “Pese a ser un problema de hombres, la mayoría de ellos no se dan por aludidos (“yo no soy un maltratador”, “yo no soy machista”), ni se sienten involucrados en transformar el problema, y siguen pensando que son las mujeres las que deben lidiar con él)”¹³.

¹³ Bonino, L. Hombres y violencia de género: más allá de los maltratadores y de los factores de riesgo. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2008. p.17-20.

1.4. Causas. Modelo ecológico de la violencia.

Desde la perspectiva de la problemática social que supone, la violencia de género precisa un estudio holístico. A ello responde el modelo ecológico¹⁴ utilizado por la OMS (Gráfico 2) para su explicación que tiene en cuenta varios factores influyentes en los comportamientos o que aumentan el riesgo de cometer o sufrir actos violentos y los clasifica en cuatro niveles que constituirían cuatro círculos concéntricos¹⁵:

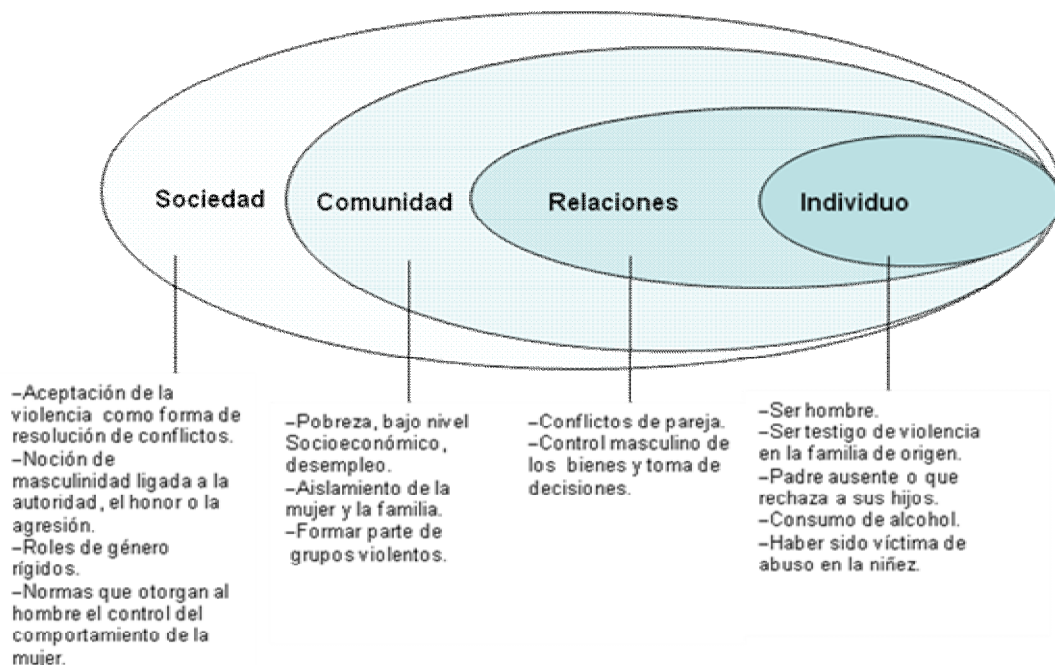
1. El círculo interior corresponde a los factores biológicos e individuales: edad, nivel económico y de educación, trastornos psiquiátricos, de personalidad, toxicomanías, haber presenciado episodios de VG en la infancia, ser víctimas de maltrato.
2. El segundo círculo representa el medio íntimo, de relaciones interpersonales cercanas: familia, pareja, amigos. Los factores en esta esfera son los estilos de familia autoritaria y de estructura patriarcal con roles femeninos de subordinación y el uso de la violencia como forma de solucionar los conflictos.
3. El tercero atañe a las relaciones interpersonales en las instituciones y estructuras sociales formales e informales: escuela, trabajo, compañeros, redes sociales, el barrio con las características de estabilidad del vecindario, densidad poblacional, nivel de desempleo. En este medio comunitario es donde se nutre la desigualdad de género.
4. El cuarto afecta a la estructura económica y social con sus correspondientes normas culturales: clima que promueve o inhibe la violencia (normas sociales y culturales respecto a derechos de padres e hijos, afirmación de estereotipos en los roles masculino y femenino).

Los distintos niveles se solapan de forma que los factores de uno pueden modificar los de otro y se pone de manifiesto que no existe un solo factor causal sino que varios de ellos se combinan, de forma que aumentan las probabilidades de que un individuo concreto en unos determinados ambiente y situación, ejerza violencia contra la mujer, siendo esto proporcional al número de factores de riesgo que coexistan.

¹⁴ Dahlberg LL, Krug EG (2003), op. cit. en nota 3.

¹⁵ Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health. Ending violence against women. Population reports 1999; 27 (4):1-43.

Gráfico 2. Modelo ecológico. Fuente: Heise, Ellsberg, Gottemoeller (1999).



Los estudios realizados hasta el momento actual muestran que los factores asociados con el ejercicio o el padecimiento de violencia infligida por la pareja se encuentran principalmente en la esfera individual, seguidos por los factores relacionales y comunitarios; siendo menos los factores identificados en la esfera social.

También es preciso valorar los factores de riesgo identificados en hombres y mujeres¹⁶:

1) Factores de perpetración de violencia por parte de hombres:

a) Esfera individual:

a.1) Características demográficas: edad temprana, baja condición socioeconómica, bajo grado de instrucción y desempleo.

a.2) Exposición a maltrato infantil: violencia entre los padres, maltrato físico y abuso sexual.

a.3) Trastorno mental: la personalidad antisocial.

¹⁶ Organización Mundial de la Salud. Los factores de riesgo y la protección contra la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual. En: Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias. Washington DC: Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Organización Panamericana de la Salud; 2011.

a.4). Consumo de sustancias tóxicas: consumo perjudicial de alcohol, consumo de drogas ilícitas.

a.5). Aceptación de la violencia.

a.6). Antecedente de haber sido agresivo.

b) Esfera relacional: disparidad de educación, parejas múltiples e infidelidad, insatisfacción o discordia conyugal, disputas debido a los roles de género, duración del matrimonio.

c) Esfera comunitaria:

c.1) Aceptación de los roles de género tradicionales.

c.2) Características del vecindario: alta proporción de pobreza y desempleo, alta proporción de analfabetismo masculino, aceptación de la violencia, alta proporción de hogares donde se practica el castigo corporal.

c.3) Sanciones débiles en la comunidad.

d) Esfera social: Normas de género tradicionales y normas sociales que propician la violencia.

Los factores más fuerte y constantemente asociados son el antecedente de haber sufrido abuso sexual, la personalidad antisocial, el consumo de sustancias tóxicas, la aceptación de la violencia, el antecedente de haber sido agresivo, las parejas múltiples e infidelidad y la insatisfacción o discordia conyugal.

1. Factores en la experiencia de ser víctima en las mujeres:

a) Esfera individual:

a.1) Características demográficas: edad temprana, baja condición socioeconómica, bajo grado de instrucción, estado civil separada, divorciada y el embarazo.

a.2) Exposición a maltrato infantil: violencia entre los padres y abuso sexual.

a.3) Trastorno mental: depresión.

a.4) Consumo de sustancias tóxicas: consumo perjudicial de alcohol, consumo de drogas ilícitas.

a.5) Aceptación de la violencia.

a.6) Exposición previa a un maltrato o antecedente de haber sido víctima de violencia.

b) Esfera relacional: disparidad de educación, número de hijos, insatisfacción o discordia conyugal.

c) Esfera comunitaria:

c.1) Aceptación de los roles de género tradicionales.

c.2) Características del vecindario: alta proporción de pobreza y desempleo, alta proporción de analfabetismo masculino, aceptación de la violencia, baja proporción de mujeres con alto grado de autonomía y baja proporción de mujeres con enseñanza superior.

c.3) Sanciones débiles en la comunidad.

d) Esfera social: Normas de género tradicionales y normas sociales que propician la violencia, reglamentación del divorcio por parte del gobierno, falta de legislación sobre la violencia por el compañero íntimo, ley matrimonial protectora.

Los factores más fuerte y constantemente asociados son el bajo grado de instrucción, la violencia entre los padres¹⁷, al haber sufrido abuso sexual, la aceptación de la violencia, la exposición previa a maltrato¹⁸ o antecedente de haber sido víctima de violencia, la insatisfacción o discordia conyugal, la reglamentación del divorcio por parte del gobierno, falta de legislación sobre la violencia por el compañero íntimo y leyes matrimoniales protectoras.

Hay pocos estudios sobre los factores que disminuyen el riesgo. Algunos mostraron que las mujeres con mayor grado de instrucción (estudios secundarios o superiores) tenían una probabilidad de ser víctimas de violencia de pareja o violencia sexual menor que las mujeres con menos formación¹⁹.

Así mismo, los hombres con un nivel educacional más alto tenían una probabilidad 40% menor de cometer violencia contra la pareja que los hombres con menos educación. También se encontró como posible factor protector la duración del matrimonio superior a 15 años²⁰. Otros factores que pueden disminuir o amortiguar el riesgo de violencia son el haber tenido una crianza sana, contar con una familia que ofrece apoyo, vivir dentro de una estructura

¹⁷ Delsol C, Margolin G. The role of family-of-origin violence in men's marital violence perpetration. *Clin Psychol Rev.* 2004; 24(1):99-122.

¹⁸ Widom CS, Czaja S, Dutton MA. Child abuse and neglect and intimate partner violence victimization and perpetration: a prospective investigation. *Child Abuse Negl.* 2014; 38(4):650-63.

¹⁹ Flake DF. Individual, family, and community risk markers for domestic violence in Peru. *Violence Against Women* 2005; 11(3):353-73.

²⁰ Johnson KB, Das MB. Spousal violence in Bangladesh as reported by men: Prevalence and risk factors. *Journal of Interpersonal Violence* 2009; 24(6):977-95.

familiar extensa, pertenecer a una asociación y la capacidad de las mujeres para reconocer el riesgo²¹.

²¹ Schwartz JP, Hage SM, Bush I, Burns LK. Unhealthy parenting and potential mediators as contributing factors to future intimate violence: a review of the literature. *Trauma Violence & Abuse* 2006; 7(3):206–21.

1.5. Prevención.

Los factores de riesgo y de protección que existen varían de unos países a otros, por lo que es fundamental definir y abordar en cada uno de ellos los que estén más estrechamente asociados con la violencia infligida por la pareja.

La utilidad del modelo ecológico viene dada, más allá de explicar las causas de la violencia, también por iluminar para abrir cauces de acción para su prevención y abordaje:

1. A nivel individual, la prevención se centra fundamentalmente en dos objetivos: fomentar las actitudes y los comportamientos saludables en los niños y los jóvenes y modificar las actitudes y los comportamientos en los individuos que ya son violentos. Sobre todo, se busca trabajar la forma en la que las personas puedan resolver sus diferencias y conflictos sin recurrir a la violencia. Son estrategias centradas en las creencias y los comportamientos individuales los programas de educación, los de desarrollo social y los terapéuticos como el asesoramiento a las víctimas de la violencia o los grupos de apoyo.
2. Las estrategias relacionales intentan influir en los tipos de relaciones que las víctimas y los perpetradores de actos violentos mantienen con las personas con las que interactúan habitualmente. Entre ellas se encuentran los programas de formación parental, los de tutorías, los de intervención familiar, visita domiciliaria y aptitudes relacionales.
3. Los objetivos de las actividades de prevención de la violencia basadas en la comunidad tienen como objetivo concienciar a la población y suscitar el debate, fomentar las actuaciones comunitarias, afrontar las causas sociales y procurar la asistencia y el apoyo a las víctimas. Pertenecen a estas estrategias las campañas en medios de comunicación o en ámbitos concretos como escuelas, centros sanitarios o medios laborales; las acciones formativas profesionales para policías, profesionales de la salud o la educación. Cada vez se crean más sistemas de redes a nivel comunitario para afrontar el problema de la violencia persiguiendo la sensibilización, poner en común información e identificar problemas.
4. Las estrategias para reducir la violencia basadas en la esfera social abordan la influencia de los factores culturales, sociales y económicos en amplias comunidades. Comprenden las medidas legislativas y judiciales, los tratados internacionales, los programas de desarme en zonas de conflicto, las modificaciones de las políticas para

reducir la pobreza y la desigualdad y mejorar el apoyo a las familias, los esfuerzos por modificar las normas sociales y culturales.

De todos los programas, son más numerosos los dirigidos a la prevención secundaria y a la terciaria que a la primaria, y se presta menos atención a los programas comunitarios o sociales que a los centrados en los factores individuales o de relación.

Una cuestión de gran relevancia es que, actualmente, los hombres están participando cada vez con más frecuencia en la prevención y solución del problema de la violencia contra mujeres y niñas. Esto les supone cuestionar creencias, valores y normas sociales que aceptan la desigualdad entre hombres y mujeres, alentando cambios de ideas sobre la justicia entre géneros²². En este sentido, se han planificado módulos específicos para poner en marcha actividades preventivas dirigidas a niños y hombres²³. Como ejemplos de estos movimientos, cabe citar:

- MenEngage²⁴: es una alianza global formada por decenas de redes de países repartidos por todo el mundo, cientos de organizaciones no gubernamentales, así como socios de la ONU. Sus miembros trabajan colectiva e individualmente hacia el avance de la justicia de género, los derechos humanos y la justicia social para lograr un mundo en el que todos puedan disfrutar de relaciones equitativas y del potencial de las mismas. Busca proporcionar una voz colectiva sobre la necesidad de involucrar a hombres y niños en la igualdad de género, antes de formular políticas en el nivel local, nacional, regional e internacional.
- White Ribbon²⁵: es un movimiento masculino mundial para acabar con la violencia de los hombres contra las mujeres; originaria de Canadá en 1991, comenzó en Australia en 2003 como parte del Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM, actualmente ONU Mujeres), convirtiéndose formalmente una Fundación en el año 2007 y está activa en más de 60 países. La Campaña del Lazo Blanco trata de reconocer el papel positivo que desempeñan los hombres en la prevención de la violencia contra las mujeres. Fomenta y promueve el liderazgo masculino en la prevención de la violencia contra la mujer, basado en el entendimiento de que la

²² Flood M. Where Men Stand: Men's roles in ending violence against women. Nº. 02. Sydney: White Ribbon Prevention Research; 2010.

²³ Guedes, A. Hombres y Niños: módulo para el desarrollo de programas[<http://lucaco.com/>] Centro virtual de conocimiento para poner fin a la violencia contra mujeres y niñas. UNIFEM/ONU Mujeres [consultado 28-05-2015]. Disponible en: <http://www.endvawnow.org/uploads/modules/pdf/1328564543.pdf>

²⁴ MenEngage. Boys and men for gender equality. Washington DC: MenEngage.org; [consultado 30-08-2014]. Disponible en: <http://menengage.org/>

²⁵ White Ribbon. Sydney: WhiteRibbon.org; [consultado 30-08-2014]. Disponible en: <http://whiteribbon.org/au>

mayoría de los hombres no son violentos. Es un medio para que los hombres hablen en contra de la violencia contra las mujeres, y para desafiar de manera segura y efectiva las actitudes y comportamientos de una minoría de hombres que la usan o la toleran.

Por otra parte, un tema pendiente de resolver es la evaluación de las estrategias, son pocas en las que se ha evaluado con rigor su eficacia, por lo que es preciso conceder una mayor prioridad a este aspecto²⁶.

En revisiones²⁷ de intervenciones educativas en adolescentes y adultos jóvenes que incluían 38 estudios aleatorios por grupos y cuasi-aleatorios se encontró un aumento discreto de conocimientos pero con falta de pruebas de la efectividad de las intervenciones en cuanto a los episodios de violencia de pareja o las actitudes, los comportamientos y las aptitudes relacionadas con la violencia de pareja; teniendo, por otra parte, en cuenta la considerable heterogeneidad de los estudios, con la propuesta por parte de los revisores de aumentar el seguimiento de los estudios y homogeneizar los instrumentos de medición para poder hacer comparaciones entre los resultados obtenidos.

Otra revisión²⁸ que incluía ocho artículos sobre seis ensayos controlados aleatorios, de los cuales cuatro analizaban intervenciones tanto en la escuela como en la comunidad concluyó que las intervenciones dirigidas a la perpetración y victimización de violencia de género entre los adolescentes pueden ser eficaces si están basadas en múltiples configuraciones y se centran en las personas clave en el entorno de los adolescentes.

Finalmente, también se ha visto que las investigaciones de intervenciones están muy sesgadas hacia los estudios que se han realizado en países de ingresos altos y se han centrado más en las respuestas que en la prevención. Además, existen limitaciones metodológicas importantes como el pequeño número de participantes en los estudios, no controlar los potenciales factores de confusión, la falta de seguimiento a largo plazo, escasas evaluaciones realizadas en poblaciones con diversidad étnica, falta de valoración del coste-efectividad de las intervenciones²⁹.

²⁶ Dahlberg LL, Krug EG (2003), op. cit. en nota 3.

²⁷ The Cochrane Database, Issue 6, 2013. Oxford: Update Software Ltd; 2013 [consultado 15-08-2014] Fellmeth GLT, Heffernan C, Nurse J, Habibula S, Sethi D. Educational and skills-based interventions for preventing relationship and dating violence in adolescents and young adults (Cochrane Review). Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004534.pub3/epdf/standard>

²⁸ De Koker P, Mathews C, Zuch M, Bastien S, Mason-Jones AJ. A systematic review of interventions for preventing adolescent intimate partner violence. *J Adolesc Health*. 2014; 54(1):3-13.

²⁹ Ellsberg M, Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Contreras M, Watts C. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? *Lancet*. 2015; 385: 1555–66.

No obstante, es importante tener en cuenta que surgen tendencias prometedoras ya que varios estudios muestran que es posible prevenir la violencia contra las mujeres y las niñas y que los programas multisectoriales con múltiples actores parecen ser los más exitosos para transformar las actitudes y comportamientos profundamente arraigados, así como destacar que hay varios ejemplos positivos de impacto en países de ingresos bajos y medios que podrían ser exportados, potencialmente, a los países de ingresos altos²⁸.

1.6. Consecuencias de la violencia contra las mujeres.

Las consecuencias son numerosas e influyen en todos los aspectos de la vida de las mujeres, en su propia salud y en la del resto de la familia, fundamentalmente en los hijos e hijas, con una gran repercusión en el conjunto de la sociedad.

1.6.1. Consecuencias en las mujeres víctimas.

1.6.1.1. En la salud de las mujeres.

Aunque la prevalencia y la naturaleza de las formas de violencia contra la mujer en países de ingresos bajos y medios pueden ser diferentes de las de países de ingresos altos, las repercusiones en la salud parecen ser semejantes (Tabla 1).

No obstante, estas consecuencias pueden verse afectadas por otros factores dependientes del contexto como la pobreza, la desigualdad por razón de género, las prácticas culturales o religiosas, el acceso a servicios de salud, el entorno legal y político y otras circunstancias como los conflictos armados, los desastres naturales e incluso situaciones epidemiológicas de enfermedades infecciosas como el VIH.

En el estudio Multipaís de la OMS³⁰ que incluyó a más de 24.000 mujeres procedentes de 10 países con diferentes entornos culturales se investigó si las mujeres entrevistadas habían padecido alguna enfermedad y si habían hecho uso de los servicios sanitarios en el mes previo a la entrevista. Se indagó en las víctimas de violencia física infligida por sus parejas acerca de los tipos de lesiones sufridas, la frecuencia y la atención sanitaria recibida. También se recopiló información sobre la historia obstétrica de las mujeres (embarazos, abortos espontáneos o inducidos, muertes en relación con el embarazo y parto, hijos nacidos vivos e hijos vivos en el momento del estudio). Aunque esta investigación, dado el diseño transversal de la misma, no sirve para establecer si la violencia causa problemas de salud específicos más allá de las lesiones sufridas, los resultados coinciden con los de otros estudios que han encontrado una fuerte asociación entre la violencia y los síntomas físicos y mentales de mala salud.

En revisiones para la elaboración de hojas informativas de la serie “Comprender y abordar la violencia contra las mujeres” de la OMS, editadas en español por la Organización

³⁰ Organización Mundial de la Salud. La violencia infligida por la pareja y la salud de la mujer. En: Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Resumen del informe. Ginebra: OMS; 2005.

Panamericana de la Salud se incluyen estudios realizados en distintos países de los cinco continentes desde 1988 hasta 2010 y se establece la relación entre la violencia infligida por la pareja y la salud de las mujeres.

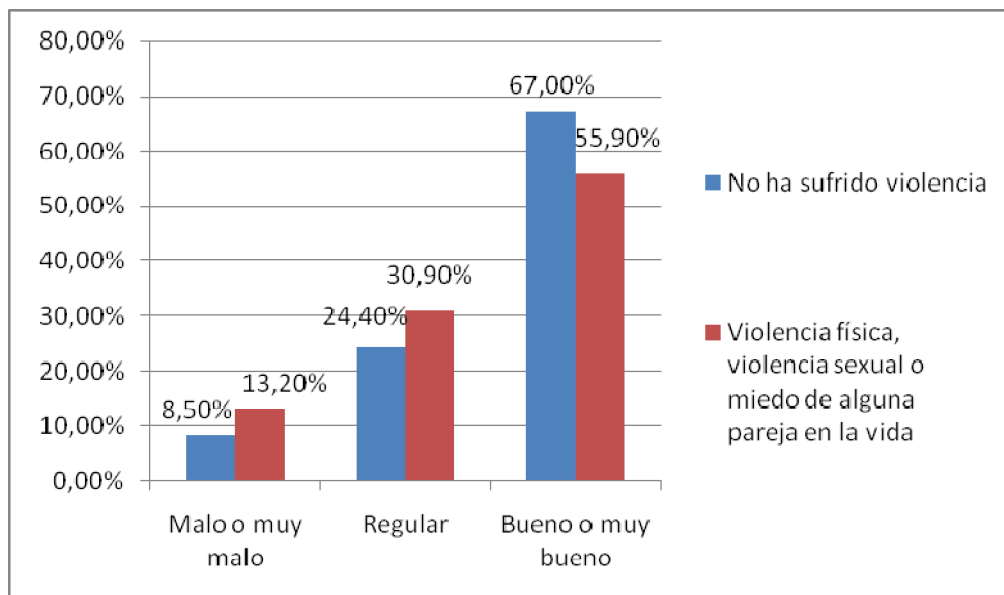
Tabla 1. Consecuencias de la Violencia de Género en la salud de las mujeres. Fuente: Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. MSSSI. 2012.

Consecuencias de la Violencia de Género en la salud de las mujeres.
CONSECUENCIAS FATALES
Muerte (por homicidio, suicidio).
CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA
<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras,... 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. • Quejas somáticas.
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 incluido VIH/SIDA, sangrado y fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infección urinaria, embarazo no deseado. • Por maltrato durante el embarazo: hemorragia vaginal, amenaza de aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer.
CONSECUENCIAS EN LA SALUD PSÍQUICA
<ul style="list-style-type: none"> • Depresión. • Ansiedad. • Trastornos del sueño. • Trastorno por estrés postraumático. • Trastornos de la conducta alimentaria. • Intento de suicidio. • Abuso de alcohol, drogas y psicofármaco.
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

También en el ámbito español, hay varios estudios que vinculan el maltrato y la precariedad en la salud³¹.

³¹ Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. Med Clin (Barc). 2004; 122(12):461-67. Ruiz-Perez I, Plazaola-Castaño J, Lozano MR. Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. European Journal of Public Health. 2007; 17(5):

Gráfico 3. Percepción subjetiva del estado de salud en los últimos 12 meses según si las mujeres han sufrido o no violencia física, sexual o miedo de sus parejas o exparejas. Fuente: Macroencuesta 2015.



Los más recientes, recogidos en la Macroencuesta 2015 (Gráfico 3) reflejan que la percepción subjetiva del estado de salud en el último año en el caso de las mujeres que han sufrido violencia física, sexual o miedo de sus parejas o ex -parejas, el 55,9% dicen que es bueno o muy bueno, el 13,2% malo o muy malo, y el 30,9% regular.

En cambio, las mujeres que no han sufrido violencia de sus parejas o ex parejas afirman en mayor medida que su estado de salud el último año ha sido bueno o muy bueno (67%), y en menor medida que ha sido malo o muy malo (8,5%) o regular (24,4%).

Las mujeres víctimas presentan todos los síntomas en mayor medida que las que nunca lo han sido, siendo en todos los casos las diferencias estadísticamente significativas.

437-43. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Macroencuesta de Violencia de Género 2011. Madrid: Ministerio de Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Sanz-Barbero B, Rey L, Otero-García L. Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja. Gac Sanit. 2014; 28(2):102-08. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Macroencuesta de Violencia de Género 2015: Avance de resultados. Madrid: Ministerio de Servicios Sociales e Igualdad; 2015.

1.6.1.1.1. Consecuencias fatales.

1.6.1.1.1.1. Homicidio.

En todos los países del mundo, las mujeres tienen más probabilidades de morir asesinadas por alguien de su entorno; los compañeros íntimos varones cometen entre 30% y 70% del total de asesinatos de mujeres³².

En determinados lugares de Asia y de Oriente Medio algunas mujeres son asesinadas por cuestiones de honor a manos de parientes cercanos por cuestiones sexuales o conflictos relacionados con la dote³³.

Las características de los asesinatos varían según los contextos culturales de los distintos países y otros factores como la disponibilidad de armas. Así, por ejemplo, el número de asesinatos de mujeres con armas de fuego en EEUU es mayor que la suma de los cometidos con el resto de armas. Sin embargo en India, el uso de armas de fuego es raro, pero las palizas y la muerte por fuego son comunes, de forma que el asesinato puede ser calificado falsamente de “accidente”³⁴.

En España, los mecanismos empleados son, con más frecuencia, el arma blanca, seguidos de los traumatismos directos sobre el cráneo, la precipitación, el arma de fuego y la estrangulación³⁵.

1.6.1.1.1.2. Suicidio.

Por otra parte, no se pueden obviar las muertes por suicidio, relacionadas estrechamente con la depresión y el trastorno de estrés postraumático de las mujeres víctimas de maltrato.

Según datos de revisiones, cerca del 17% de de las mujeres víctimas de VG han referido ideación suicida o han realizado intentos de suicidio³⁶. En el estudio Multipaís de la OMS³⁷ las

³² UNIFEM/ONU Mujer. Femicidio, el asesinato de mujeres por el hecho de ser mujeres, no es más que la punta del iceberg. En: Poner fin a la violencia contra mujeres y niñas: los hechos. El Objetivo de Desarrollo del Milenio sin cumplir. [<http://luccaco.com/>] Centro virtual de conocimiento para poner fin a la violencia contra mujeres y niñas. UNIFEM/ONU Mujeres [consultado 05-06-2015]. Disponible en: <http://www.endvawnow.org/uploads/modules/pdf/1372349315.pdf>

³³ García Moreno C. Gender inequality and fire-related deaths in India. *Lancet*. 2009; 373(9671): 1230-31.

³⁴ Heise, García Moreno (2003), op. cit. en nota 1.

³⁵ Consejo General de Poder Judicial. Grupo de expertos/as en violencia doméstica y de género del Consejo General de Poder Judicial. Análisis de las sentencias dictadas por los tribunales del jurado y por las audiencias provinciales en el año 2011, relativas a homicidios y/o asesinatos consumados entre los miembros de la pareja o ex pareja. Madrid: Consejo General de Poder Judicial; 2014.

³⁶ Golding, J. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence* 1999; 14(2): 99-132.

³⁷ Organización Mundial de la Salud (2005), op. cit. en nota 30.

mujeres que han sufrido maltrato por su pareja presentan un riesgo de ideación suicida y de intentos de suicidio tres y cuatro veces mayor respecto a las mujeres que no lo han sufrido.

En estudios forenses de Estados Unidos se puso de manifiesto que en el 28% de mujeres que se habían suicidado "problemas con la pareja actual o anterior" se relacionaron con el suicidio. Los suicidios asociados al embarazo tenían significativamente mayores probabilidades de correlacionarse positivamente para esta variable en comparación con los suicidios no asociados al embarazo. Actualmente las mujeres embarazadas tenían mayores probabilidades de problemas de pareja en el análisis bivariante (OR: 3,31; IC: 1,86- 5,90; $p < 0,0005$) y en el multivariante (3,01; IC: 1,60 - 5,68; $p = 0,001$). Las mujeres que se habían suicidado en el posparto también presentaban mayores probabilidades en el análisis bivariante (2,72; IC: 1,65-4,47; $p < 0,0005$) y en el multivariante (OR: 2,48; IC: 1,45-4,24; $p = 0,001$)³⁸.

1.6.1.1.1.3. Infección y muerte por el VIH.

En informes de revisión hay indicios claros de relaciones complejas pero reales entre dos epidemias que amenazan la salud y la seguridad de las mujeres a nivel mundial, sobre todo en los países de bajos y medianos ingresos³⁹. El aumento del riesgo de contraer el VIH / SIDA relacionado con violencia de género funciona a través tanto del comportamiento masculino y femenino como a través de las consecuencias fisiológicas de la violencia.

Los mecanismos de comportamiento que aumentan el riesgo corresponden a tres áreas: sexo forzado con una persona infectada, negociación limitada o nula de prácticas sexuales más seguras.

Las investigaciones prospectivas para conocer la relación causa y tiempo respecto al factor inmunocompetente y otras infecciones de transmisión sexual asociadas son fundamentales, ya que casi todos los que se han realizado hasta la fecha han sido transversales. Por otra parte, aunque los factores de riesgo similares para el VIH y la VG se han identificado entre las mujeres de todo el mundo, existen diferencias significativas en la cantidad y calidad de las investigaciones realizadas hasta la fecha en varios escenarios. Los esfuerzos futuros deben apuntar a países de bajos y medianos ingresos, donde la epidemia del SIDA es emergente de forma generalizada o para que los efectos de la cultura y el

³⁸ Gold KJ, Singh V, Marcus SM, Palladino CL. Mental health, substance use and intimate partner problems among pregnant and postpartum suicide victims in the National Violent Death Reporting System. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012 Mar; 34(2): 139–145.

³⁹ Li Y, Marshall CM, Rees HC, Núñez A, Ezeanolue EE, Ehiri JE. Intimate partner violence and HIV infection among women: a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc*. 2014; 17(1): 18845.

contexto de las formas en que el VIH / Riesgo de SIDA se incrementa por violencia contra las mujeres puede ser a la vez mejor explicado y entendido⁴⁰.

Cuando las mujeres solicitan asesoramiento o acuden a programas de detección se crea una ocasión única para identificar y ayudar a las mujeres víctimas de VG y para detectar a las que puedan estar en riesgo de contagiarse por el VIH. Además, los programas de prevención de la violencia, en aquellos los entornos donde existen, también ofrecen oportunidades para asesorar a las mujeres acerca de sus riesgos de enfermedades de transmisión sexual y VIH.

En entornos de alta prevalencia de infección por el VIH se encontró que casi una de cada cinco mujeres que viven con el VIH habían sufrido VG en los 12 meses anteriores y cuanto más alto sea el nivel de educación alcanzado por el demandado (o su cónyuge), menos probable es que fuera a denunciar la violencia sexual o psicológica. Del mismo modo, las mujeres que estaban tomando medicamentos antirretrovirales para el tratamiento del VIH eran más propensas a presentar cualquier tipo de VG⁴¹.

1.6.1.1.2. Consecuencias no fatales.

1.6.1.1.2.1. Lesiones físicas.

Están directamente producidas por la violencia y conllevan dolor físico, dificultades de movilidad, cicatrices temporales o permanentes: hematomas, fracturas óseas, heridas, contusiones, pérdida de piezas dentarias, conmoción cerebral⁴².

La prevalencia de lesiones⁴³ entre las mujeres que alguna vez habían sido víctimas de violencia oscila entre el 19% en Etiopía y el 55% en Perú, y está asociada a los casos de violencia grave. Más del 20% de las mujeres que han sido heridas alguna vez declara haber sufrido lesiones en más de cinco ocasiones en Brasil, Perú, Samoa, Serbia, Montenegro y Tailandia. La mayoría de las lesiones son leves (morados, rasguños, cortes, pinchazos y mordiscos); en algunos entornos es común encontrar otras más graves como fracturas óseas, lesiones oftalmológicas y de oídos, mientras que más de una cuarta parte de las mujeres que han sufrido lesiones alguna vez informa de pérdidas de conocimiento a raíz de algún acto violento infligido por su pareja.

⁴⁰ Campbell JC, Batya ML, Ghandour RM, Stockman JK, Francisco L, Wagman J. The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 2008; 15(4): 221–31.

⁴¹ Osinde MO, Kaye DK, Kakaire O. Intimate partner violence among women with HIV infection in rural Uganda: critical implications for policy and practice. *BMC Women's Health*. 2011; 11:50.

⁴² Camarasa M, Rodeschini G. Propuesta de nuevos indicadores para medir los efectos de la violencia de género. Barcelona: Fundació SURT; 2009.

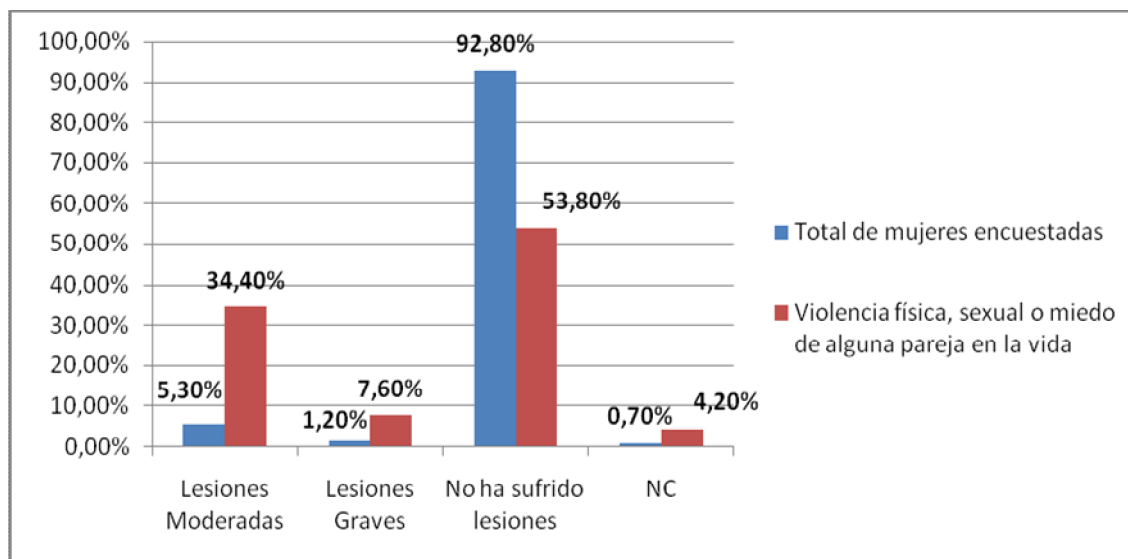
⁴³ Organización Mundial de la Salud (2005), op. cit. en nota 30.

En estudios forenses de ámbito español⁴⁴ se encontró que los mecanismos más frecuentes de agresiones físicas, fueron empujar y agarrar a la víctima, seguidos de bofetadas. Las lesiones más habituales fueron hematomas, contusiones, abrasiones y las localizaciones más frecuentes, extremidades superiores y cara.

En la Macroencuesta de 2015 los datos muestran que del total de mujeres que han sufrido violencia física, y/o violencia sexual y/o miedo de su pareja o expareja, el 42% ha sufrido lesiones a lo largo de su vida como consecuencia de la violencia. Suponen el 6,5% de las mujeres residentes en España de 16 o más años.

De ellas, el 34,4% ha sufrido lesiones moderadas (cortes, rasguños, moratones o dolores) como consecuencia de la violencia en algún momento de su vida (suponen el 5,3% de las mujeres residentes en España de 16 o más años) y el 7,6% ha sufrido lesiones graves (en los ojos u oídos, esguinces, luxaciones o quemaduras, heridas profundas, fracturas de huesos, dientes rotos, lesiones internas o cualquier otra lesión similar y aborto Involuntario) como consecuencia de la violencia en algún momento de su vida (suponen el 1,2% de las mujeres residentes en España de 16 o más años)(Gráfico 4).

Gráfico 4. Severidad de las lesiones en porcentaje sobre el total de mujeres residentes en España de 16 o más años que han sufrido violencia física, y/o violencia sexual y/o miedo de su pareja o ex pareja. Fuente: Macroencuesta 2015.



En este estudio se considera que una mujer que ha sufrido lesiones graves puede haber sufrido también lesiones moderadas pero contabilizada sólo en la categoría lesiones graves.

⁴⁴ Regueira-Diéguez A, Pérez-Rivas N, Muñoz-Barús JI, Vázquez-Portomeñe F, Rodríguez-Calvo MS. Intimate partner violence against women in Spain: A medico-legal and criminological study. J Forensic Leg Med. 2015; 34:119-26.

1.6.1.1.2.2. Condiciones crónicas de salud física.

En revisiones de estudios a nivel mundial⁴⁵, el maltrato se ha asociado a trastornos gastrointestinales como estreñimiento, diarrea, náuseas, colon irritable, pérdida de apetito, bulimia, vómito autoinducido, dolor abdominal y epigastralgia; cefaleas, dolores cervicales y de espalda y desmayos.

En el estudio Multipaís de la OMS⁴⁶ se informó en la mayoría de los países que era mucho más probable que las mujeres víctimas afirmaran sufrir mala o muy mala salud, hubieran tenido problemas al caminar y realizar sus tareas cotidianas o hubieran sentido dolores, pérdida de memoria, mareos y sangrados vaginales en comparación con las mujeres que nunca habían sufrido maltrato por parte de su pareja.

En datos de mujeres españolas⁴⁷ se encontraron diferencias significativas en la mala salud autopercebida y problemas de salud que le impidieron realizar las actividades diarias entre aquellas que habían sufrido maltrato por parte de su pareja y las que no lo habían sufrido, manteniéndose dicha diferencia tanto si el maltrato se había producido alguna vez en la vida o si había tenido lugar en el último año.

En otra investigación realizada en ámbito urbano español de Atención Primaria⁴⁸ se encontró que las mujeres que declararon haber sido de maltrato físico, psicológico y sexual eran más propensas a sufrir una enfermedad crónica y pasar más días en la cama que las que nunca lo habían sufrido.

Hay otros estudios españoles en los que también se ha encontrado relación del maltrato de forma significativa con cefaleas, dolor abdominal y falta de apetito⁴⁹.

1.6.1.1.2.3. Salud Psíquica.

La gravedad de las repercusiones psicológicas se relaciona con determinados factores como convivencia o no con el maltratador, la duración del maltrato, la proximidad de la violencia, las relaciones sexuales forzadas, y el maltrato en la infancia⁵⁰.

⁴⁵ Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002; 359(9314): 1331-36.

⁴⁶ Organización Mundial de la Salud (2005), op. cit. en nota 30.

⁴⁷ Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2012), op. cit. en nota 31.

⁴⁸ Ruiz-Perez, Plazaola-Castaño, Lozano (2007), op. cit. en nota 31.

⁴⁹ Ulla S, Velázquez C, Notario B, Solera M, Valero N, Olivares A. Prevalence of intimate partner violence and its relationship to physical and psychological health indicators. *Int J Clin Health Psychol*. 2009; 9(3): 411-27.

⁵⁰ Amor PJ, Echeburúa E, de Corral P, Zubizarreta I, Sarasua B. Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. 2002. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 2002; 2(2):227-46.

El diagnóstico más característico entre las mujeres víctimas de violencia es el estrés postraumático⁵¹ que en algunos casos llega al 46,5%⁵² y que consiste en la reexperimentación involuntaria del suceso por pensamientos recurrentes y pesadillas, sensación de revivirlo (flashback), malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos que le recuerdan el hecho con las consecuentes respuestas fisiológicas, acompañado de desarrollo de conductas de evitación y de embotamiento emocional.

Otras alteraciones son la depresión, los trastornos por ansiedad, el consumo de alcohol y sustancias y las tentativas autolíticas⁵³. El consumo de alcohol y drogas tiene unas consideraciones especiales ya que, por una parte, las adicciones hacen más vulnerable a la víctima y las mujeres adictas están más predispuestas a convertirse en víctimas de la violencia doméstica, incluso con menor capacidad de protección para ella y para sus hijos y, por otra parte, el maltrato predispone a la adicción por desarrollo de comportamientos autodestructivos en forma de automedicación, suicidio y abuso de tóxicos, así como a recibir tratamientos farmacológicos como analgésicos, benzodiazepinas y antidepresivos, de los cuales puede abusar como estrategia para afrontar la situación en la que vive⁵⁴.

En el Estudio Multipaís de la OMS⁵⁵ se identificó la angustia emocional mediante síntomas como el llanto fácil, la fatiga y los pensamientos suicidas. Se registró en todos los entornos estudiados un nivel considerablemente más alto de angustia emocional, de ideación e intento suicida, en mujeres maltratadas en comparación con aquellas que no lo habían sido. Estos datos coinciden con los de otros estudios realizados en países en desarrollo e industrializados.

En datos autodeclarados de mujeres españolas⁵⁶ se encontraron diferencias significativas entre mujeres que habían sufrido maltrato a manos de su pareja y las que no lo habían sufrido respecto a tener ganas de llorar sin saber porqué, cambios de ánimo, ansiedad o angustia, inapetencia sexual, irritabilidad, insomnio, fatiga permanente, tristeza y pensamiento de no valer para nada.

⁵¹ Jones L, Hughes M, Unterstaller U. Post-traumatic stress disorder in victims of domestic violence. *Trauma Violence y Abuse*. 2001;(2): 99-119.

⁵² Matud MP, Moraza O. Factores socio demográficos e impacto psicológico en mujeres maltratadas por su pareja. *Clepsydra, Revista de estudios de género y teoría feminista*. 2004; 3.

⁵³ García-Esteve L, Torres A, Imaz ML. Abordaje diagnóstico de los trastornos mentales asociados al maltrato. *FMC*. 2010; 17 (7):449-59.

⁵⁴ Chait L, Zulaica Calvo B. Mujeres drogodependientes maltratadas: análisis para la intervención. *Trastornos Adictivos*. 2005; 7 (2):104-13.

⁵⁵ Organización Mundial de la Salud (2005), op. cit. en nota 30.

⁵⁶ Sanz-Barbero B, Rey L, Otero-García L. Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja. *Gac Sanit*. 2014; 28(2):102-08.

En la Macroencuesta de 2015, los síntomas de mala salud en los que más diferencias se han encontrado entre las mujeres víctimas de violencia de género y las que no lo han sido son:

- a. La ansiedad o angustia: 53% de las que han sufrido violencia de género frente al 29,5% de las que no la han sufrido.
- b. La tristeza porque pensaba que no valía nada: 33,1% frente a 14,9% de las que no sufren violencia de género.
- c. Las ganas de llorar sin motivos: 43,3% frente al 24,5% de las que no han sufrido violencia de género.
- d. La irritabilidad: 45,7% frente al 26,7% de las que no han sufrido violencia de género.
- e. Los cambios de ánimo: 60,8% frente a 41,1% de las que no sufren violencia de género.

En otras investigaciones realizadas en España también se ha encontrado que el maltrato está relacionado de forma significativa con ingesta de alcohol y consumo de antidepresivos⁵⁷.

1.6.1.1.2.4. Salud sexual y reproductiva.

Las tasas de problemas ginecológicos en mujeres víctimas de violencia sexual son mayores que en otras mujeres⁵⁸. Aquí se incluyen tanto las consecuencias directas (traumatismos ginecológicos como desgarro vaginal, fístulas, hemorragias o ulceraciones, embarazo, enfermedades de transmisión sexual) como las relacionadas (abortos, dispareunia, algias pélvicas, infecciones urinarias). En investigaciones poblacionales de EEUU se encontró que las mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja tenían un riesgo de padecer problemas ginecológicos tres veces superior al de las no maltratadas.

Respecto a la violencia durante el embarazo⁵⁹ más del 5% de mujeres que alguna vez habían estado embarazadas habían sido víctimas de violencia física durante al menos un embarazo. Entre el 25% y el 50% de ellas había recibido patadas y puñetazos en el abdomen y en el 90% de los casos había sido víctima de violencia infligida por el padre biológico del hijo en gestación. Las repercusiones pueden ir desde presentar parto prematuro, bajo peso al

⁵⁷ Ulla, Velázquez, Notario, Solera, Valero, Olivares (2009), op. cit. en nota 49.

⁵⁸ Campbell (2002), op. cit. en nota 45.

⁵⁹ Organización Mundial de la Salud (2005), op. cit. en nota 30.

nacer o mortalidad perinatal, todo ello como consecuencia del maltrato o como falta de cuidados en el seguimiento del embarazo que también se ha observado en estas situaciones.

Se ha establecido la relación con los abortos espontáneos o inducidos ya que en la mayor parte de los entornos incluidos en el Estudio Multipaís de la OMS, las mujeres que habían estado alguna vez embarazadas y que habían sido víctimas de violencia infligida por su pareja afirmaron haber tenido más abortos inducidos y más abortos espontáneos en comparación con las mujeres que nunca lo habían sido.

1.6.1.2. En la situación social, laboral y económica de la mujer.

En la medida en la cual la mujer está en situación de menoscabo en todas las áreas de su vida, tanto biológica como psicológica, las repercusiones en el área social son inevitables. En la Macroencuesta de 2015, cuando se les pregunta a estas mujeres lo que sintieron tras los episodios de violencia, el 60,71% menciona la sensación de “impotencia ante la situación”, el 59,76% “tristeza”, el 58,37% “rabia” y el 51,55% “miedo”.

A la vista de esto, se puede comprender como las consecuencias físicas y psicológicas influyen en que la mujer víctima haya ido perdiendo habilidades sociales y comunicativas básicas (aislamiento, pérdida de autoestima). A su vez, todo esto repercutirá en la perspectiva laboral de las víctimas porque merma su capacidad para afrontar nuevas oportunidades y a veces el absentismo y la falta de rendimiento hacen que les sea difícil conservar un empleo estable.

En otras ocasiones, si están separadas o en proceso de separación y no tenían trabajo fuera del hogar, se encuentran en una precaria situación económica que les hace aceptar cualquier tipo de trabajo aunque esté mal remunerado o tengan una superior cualificación. Los efectos pueden producirse en la estabilidad económica, el acceso a la vivienda y en el ámbito laboral⁶⁰ (Tabla 2).

⁶⁰ Camarasa, Rodeschini (2009), op. cit. en nota 42.

Tabla 2. Efectos de la violencia de género en la situación social, laboral y económica de la mujer. Fuente: Modificado de "Propuesta de variables cualitativas para indicadores de los efectos de la violencia de género en base a la experiencia de las mujeres" Camarasa, M Rodeschini G.

Efectos en la estabilidad económica	
<ul style="list-style-type: none"> a. Carencia de autonomía financiera. b. Inseguridad financiera. c. Falta de control de los recursos financieros. d. Empobrecimiento y pérdidas materiales debido al robo o deterioro de propiedades materiales por parte del compañero. e. Tener deudas y la cuenta corriente al descubierto. f. Necesitar apoyo financiero de la familia, las amistades o los servicios sociales. 	
Efectos sobre el acceso de las mujeres a la vivienda	
<ul style="list-style-type: none"> a. Cambios de residencia (familia, amigos). b. Acceso a los servicios sociales para vivienda social y ayudas económicas. c. Pérdida de la casa después de la separación (aunque las mujeres posean la casa, a veces deben moverse para evitar la convivencia con la pareja). d. Llegar a estar en situación de "sin techo". e. Impactos económicos del desplazamiento/movimiento debido a la VG. f. Dificultad de mantener la casa nueva (hay diferencias si las mujeres están la casa de origen). g. Necesidad de compartir vivienda debido a la falta de dinero. 	
Efectos en el ámbito laboral	
En la situación laboral	En la carrera profesional
<ul style="list-style-type: none"> a. Cambio de trabajo. b. Pérdida del trabajo y desempleo. Abandono del trabajo para evitar acosos por parte del compañero. c. Despido debido al estado emocional de las mujeres, a las relaciones problemáticas en el trabajo y a la baja productividad. d. Incapacidad para encontrar un trabajo. e. Daños en la situación laboral en cuanto a los beneficios social. f. Ir al trabajo con heridas para evitar de perder el trabajo o el sueldo. 	<ul style="list-style-type: none"> a. Abandono de las actividades de formación continua. b. Pérdida de las oportunidades de promoción profesional. c. Baja motivación para hacer carrera d. Abandono de un trabajo. interesante y exitoso para evitar discusiones. e. Potenciales e intervenciones inoportunas por parte del compañero.

1.6.2. Consecuencias en los hijos y las hijas.

Los hijos y las hijas de mujeres maltratadas sufren la violencia en su familia a veces como testigo y otras como víctima. Esto influye de forma adversa en su bienestar y en su desarrollo, con secuelas duraderas. Interiorizan creencias y valores negativos sobre las relaciones interpersonales en general y las familiares en particular, además de aprender pautas donde el uso de la violencia está legitimado para solucionar conflictos. Esto resulta de

la interacción de factores situacionales (historia de violencia familiar) y socio culturales⁶¹ a través de la socialización diferencial de género que en el modelo tradicional contempla la función social de la mujer en el cuidado del hogar y la crianza de los hijos y la del hombre en mantener económicamente a la familia, desarrollar una profesión como cabeza de familia con capacidad de decisión sobre los asuntos importantes y los miembros de la familia.

En datos de la Macroencuesta de 2015, del total de mujeres que sufren o han sufrido violencia física, sexual o miedo de sus parejas o exparejas y que tenían hijos/as en el momento en el que se produjeron los episodios de violencia, el 63,6% afirma que los hijos e hijas presenciaron o escucharon alguna de las situaciones de violencia y de ellas, el 92,5% afirma que los hijos/as eran menores de 18 años cuando sucedieron los hechos y, en estos casos, el 64,2% declara que estos hijos/as menores sufrieron a su vez violencia. También es de consideración que en las estadísticas de mujeres asesinadas por violencia de género se refleja que la mayoría de ellas se encontraban en los tramos de edad entre 21 y 40 años, en las que las mujeres suelen tener hijos y/o hijas a su cargo.

De forma amplia, las principales consecuencias⁶² pueden afectar a las áreas emocional, física, cognitiva, conductual y social (tabla 3) y dependerán de varios factores⁶³:

- a. Las características de la víctima (edad, etapa del desarrollo, vulnerabilidad, enfermedades y discapacidades).
- b. Las características del maltrato (naturaleza, duración, intensidad).
- c. Los factores protectores maternos y familiares.

⁶¹ Patró Hernández R, Limiñana Gras RM. Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de Psicología*. 2005; 21 (1): 11-17.

⁶² Ayllon E, Orjuela L, Román Y, Czalbowski S, Fernández I, López I. et al. En la violencia de género no hay una sola víctima: Atención a los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género [Monografía en Internet] Madrid; Save the Children. 2011 [consultado 30-09-2014]. Disponible en: http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/425/Informe-Violencia_de_genero.pdf

⁶³ Sepúlveda A. La Violencia de Género como causa Maltrato Infantil. *Cuad Med Forense*. 2006;12(43-4):149-64.

Tabla 3. Consecuencias de la Violencia de Género en los niños y las niñas Fuente: En la violencia de género no hay una sola víctima: Atención a los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género. Save the Children, 2011.

Consecuencias de la Violencia de Género en los niños y las niñas⁶⁴	
Problemas de socialización: <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento. • Inseguridad. • Agresividad. • Reducción de competencias sociales. 	Síntomas depresivos: <ul style="list-style-type: none"> • Llanto. • Tristeza. • Baja autoestima. • Aislamiento.
Síntomas regresivos: <ul style="list-style-type: none"> • Enuresis/ Encopresis. • Retraso en el desarrollo del lenguaje. • Actuar como niños menores de la edad que tienen. 	Alteraciones del sueño: <ul style="list-style-type: none"> • Pesadillas. • Miedo a dormir solo. • Terrores nocturnos.
Miedos: <ul style="list-style-type: none"> • Miedos no específicos. • Presentimientos de que algo malo va a ocurrir. • Miedo a la muerte. • Miedo a perder a la madre. • Miedo a perder al padre. 	Problemas de integración en la escuela: <ul style="list-style-type: none"> • Problemas de aprendizaje. • Dificultades en la concentración y atención. • Disminución del rendimiento escolar. • Dificultades para compartir con otros niños o niñas.
Respuestas emocionales y de comportamiento: <ul style="list-style-type: none"> • Rabia. • Cambios repentinos de humor. • Ansiedad. • Sensación de desprotección y vivencia del mundo como algo amenazante. • Sentimientos de culpa (ser el responsable de los conflictos entre sus padres o de lo ocurrido o de no haber hecho algo para evitar la violencia). • Dificultad en la expresión y manejo de emociones. • Negación de la situación violenta o restar importancia a la situación que han vivido. • Tendencia a normalizar el sufrimiento y la agresión como modos naturales de relación. • Aprendizaje de modelos violentos y posibilidad de repetirlos, tanto de víctima como agresor con la interiorización de roles de género erróneos. • Mayor nivel de relaciones conflictivas y adicciones. • El estrés asociado con violencia en el hogar puede llevar a que el adolescente asuma comportamientos de riesgo y de evasión y que empiece a actuar de forma violenta dentro del hogar. • Huida del hogar. • Las relaciones de los padres pueden tener además gran influencia en el modo en que los adolescentes establecen sus primeras relaciones sentimentales. • A más altos niveles de agresión mayor probabilidad de ver en el comportamiento de los demás intenciones hostiles y a responder de manera violenta como defensa. 	
Síntomas de estrés postraumático.	Trastornos disociativos.
Parentalización de los niños y niñas: <ul style="list-style-type: none"> • Asumir roles parentales y protectores hacia los hermanos menores. • Asumir roles parentales de protección con la madre. • Los factores que determinan el alcance del impacto en su salud son la naturaleza de violencia infligida, la intensidad, frecuencia y duración de la misma, la edad, desarrollo y contexto familiar, así como la suma de otros factores estresantes y/o protectores. 	

Según la etapa concreta del desarrollo infantil⁶⁵, las alteraciones producidas predominantes varían (tabla 4).

⁶⁴ Ayllon, Orjuela, Román, Czalowski, Fernández, López, et al (2011), op. cit. 62.

Tabla 4. Consecuencias predominantes de la Violencia de Género en los niños y las niñas según la etapa del desarrollo. Fuente: "Manual de atención a niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar" Save the children, 2008.

	Primera infancia	Edad Preescolar	Edad escolar	Adolescencia
Conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Agresividad. • Problemas de conducta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Agresividad. • Problemas de conducta. • Desobediencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conductas violentas. • Fugas. • Delincuencia.
Emocional		<ul style="list-style-type: none"> • Miedo. • Ansiedad. • Tristeza. • Preocupación por la madre • Trast. estrés postraumático • Alteraciones afectivas 	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo. • Ansiedad. • Depresión. • Baja autoestima. • Culpa. • Vergüenza. • Trastorno estrés postraumático. 	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión. • Ideas suicidas. • Trastorno estrés postraumático.
Física	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas para comer. • Problemas para dormir. • Angustia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alto nivel de actividad. • Llamadas de atención y de aferrarse. • Actos regresivos. 		<ul style="list-style-type: none"> • Abuso de sustancias.
Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para comprensión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprensión limitada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Culpa. • Rendimiento escolar. • Actitudes a favor de la violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actitudes a favor de la violencia.
Social		<ul style="list-style-type: none"> • Problemas interactuar con los iguales y adultos. • Relación ambivalente madre cuidador principal 	<ul style="list-style-type: none"> • Menor y peor calidad en las relaciones con iguales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones (de pareja) con conductas violentas.

Otro aspecto de elevada relevancia a considerar es la transmisión transgeneracional de la violencia por los efectos sociales a largo plazo, no solo por la exposición de menores a la violencia, sino como el aprendizaje que hacen de conductas violentas con la potencial capacidad de reproducción del modelo⁶⁵.

Sin embargo, esto no es irremediamente así en todos los casos ya que hay mecanismos para romper el ciclo del maltrato y disminuir la probabilidad de que haya

⁶⁵Orjuela L, Horno P, Perdices AJ, Plaza M, Tovar M. Manual de atención a niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar [Monografía en Internet] Madrid; Save the children. 2008. [consultado 30-09-2014]. Disponible en: <http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/157/Manual%20Atencion%20Castellano%20final.pdf>

⁶⁶Delsol C, Margolin G. (2004), op. cit. en nota 17.

violencia en la siguiente generación. Entre ellos, los más importantes son los factores protectores y las intervenciones educativas y socio-sanitarias planificadas.

1.6.3. Consecuencias en el entorno de la mujer.

Las personas del entorno de la mujer maltratada (familia, amigos, vecinos, compañeros) también se ven afectadas en tanto mantienen lazos afectivos, laborales o sociales con la misma y es más importante la repercusión en personas dependientes de la mujer y/o convivientes que al no ser capaces de poner fin a la situación, tienen sentimientos de dolor e impotencia e, incluso, de culpa por mantener actitudes pasivas o haber aconsejado mantener la relación a pesar de la violencia⁶⁷.

En estudios en medios rurales⁶⁸ se ha expresado por parte de los entrevistados de la importancia de no involucrar a las familias en los conflictos a la vez que, paradójicamente, también se apunta como importante el resolver los problemas, incluyendo una situación de violencia de género, con la familia. Para las mujeres víctimas, en la relación con la familia es determinante “no preocuparles, no causarles un disgusto, evitarles vergüenza”, siendo muy importante para ellas evitar perjuicios a las redes familiares y evitar sentirse criticada, “juzgada por otros aunque no sea para mal”.

El problema también repercute en los profesionales que atienden a las mujeres⁶⁹ (implicación emocional excesiva, sobre identificación, frustración y fracaso ante la ausencia de resultados, Burnout) e, incluso, en el propio perpetrador de violencia (rechazo familiar y social, riesgo de pérdida familiar, riesgo de detención y condena, aislamiento)⁷⁰.

1.6.4. Consecuencias en el uso de servicios sanitarios y costes.

Los costes de la violencia contra la mujer son elevados y van desde los directos, por la pérdida de vidas y de los servicios utilizados (sanitarios, legales, de protección) hasta los indirectos (días de trabajo perdidos y disminución de la productividad) y los “intangibles”,

⁶⁷ Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid: Observatorio de Salud de las Mujeres; 2012.

⁶⁸ Folia Consultores SL. Violencia de Género en los Pequeños Municipios del Estado Español. Colección contra la violencia de género. Doc. 6. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.

⁶⁹ Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Contenidos educativos básicos y materiales didácticos comunes. Formación de profesionales en materia de violencia de Género [Monografía en Internet] Madrid Sistema Nacional de Salud. 2010. [consultado 30-09-2014]. Disponible en: <http://www.mssi.gov.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/materialesEducativosFormacionVG.pdf>

⁷⁰ Fernández MC. Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Violencia doméstica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo Dirección General de Salud Pública Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología; 2003.

difíciles de medir, como las vidas destrozadas, la depresión, los intentos de suicidio, el dolor crónico, el sufrimiento y la pérdida de oportunidades en la vida.

En España, hay pocos análisis de costes de la violencia de género. El Instituto Andaluz de la Mujer realizó un estudio⁷¹ en 2004 analizando los costes de la violencia de género partiendo de los itinerarios seguidos por las mujeres víctimas: social, de salud, jurídico, psicológico, laboral y socioeducativo, mediante una encuesta dirigida a las víctimas sobre uso de servicios y recursos. Se estimó que los costes directos (recursos utilizados por las víctimas) e indirectos (bienes y servicios perdidos por la violencia) era de 2.356,8 millones de euros para el conjunto de la sociedad andaluza tomando como referencia el año 2003. Los costes se repartieron: 30% en el itinerario laboral, 27% en el itinerario social, los hijos e hijas un 25%, 15% en costes derivados de la salud y en el jurídico un 3%.

En la Comunidad Valenciana⁷² se realizó otro estudio en el año 2006 sin tener en cuenta las repercusiones en el ámbito laboral ni sobre los hijos e hijas a cargo de las mujeres y se estimó el coste en 23 millones de euros al año tomando como referencia el 2004.

Las mujeres víctimas de violencia infligida por sus parejas hacen un mayor uso de servicios sanitarios que la población en general, y es mayor dependiendo de la frecuencia y la gravedad de la violencia. Así mismo, es menos probable que estas mujeres soliciten actividades preventivas como detección de factores de riesgo cardiovascular o diagnóstico precoz de cáncer con las consiguientes implicaciones en su salud general y en el gasto sanitario⁷³.

En una investigación llevada a cabo en EEUU se vio que el gasto sanitario anual era 42% más elevado en las mujeres que informaban de violencia física infligida por sus parejas en el momento del estudio y entre 19% y 24% más alto en las que habían sido víctimas de violencia en los cinco años precedentes⁷⁴.

Este mayor uso de recursos sanitarios también está documentado en España⁷⁵ en todos los niveles de asistencia (atención primaria, servicios de especialidad, urgencias y hospitalizaciones).

⁷¹ Martínez MI, Sánchez M. Los costes sociales y económicos de la violencia doméstica en Andalucía. Documentación Social 2003; 131:209-29.

⁷² Hernández MJ, Sanmartín J, Martínez P, Molina A. Costes de la violencia de género en las relaciones de pareja: Comunitat Valenciana. Nº10. Valencia: Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio de la Violencia; 2006.

⁷³ Black MC. Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. American Journal of Lifestyle Medicine 2011; (5):428-39.

⁷⁴ Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Health care utilization and costs associated with physical and nonphysical-only intimate partner violence. Health Services Research 2009; 44:1052-67.

⁷⁵ Montero I, Ruiz-Perez I, Martín-Baena D, Talavera M, Escriba-Agüir V, Vives-Cases C. Violence Against Women from Different Relationship Contexts and Health Care Utilization in Spain Women's. Health Issues 2011; 21(5): 400-06.

1.7. Mujeres en situación de especial vulnerabilidad.

Hay grupos de mujeres especialmente vulnerables a ser víctimas de violencia de género como las menores y adolescentes, hijas de madres víctimas de maltrato, las afectadas por algún tipo de discapacidad, las de mayor edad, las que viven en entornos rurales y las mujeres inmigrantes.

1.7.1. Mujeres menores, adolescentes y jóvenes.

Es evidente la especial situación de vulnerabilidad en la que se encuentran los menores que conviven en este entorno, por una parte por la exposición ambiental o por el padecimiento directo y por otra porque pueden ser utilizados, en determinados casos, como instrumentos para ejercer amenazas y coacciones sobre la mujer, e incluso desafortunadamente, ser así mismo víctimas mortales.

Respecto a la población juvenil y adolescente, también resulta ser un colectivo especialmente vulnerable⁷⁶. Más del 20% de adolescentes justifica de alguna forma la violencia en respuesta a la agresividad, el 3,43% de las adolescentes reconoce haber sido pegada por sus parejas, el 4,64% que se ha sentido obligada a conductas sexuales en las que no quería participar, el 6,52% ha recibido mensajes a través de internet o del teléfono móvil de contenido ofensivo y/o amenazante y el 12,3% de las mujeres entre 18 y 29 años, informaban violencia de género alguna vez en su vida, en un porcentaje, mayor que el 10,9 % del total de la población de la Macroencuesta de Violencia de Género de 2011.

De las 55.810 llamadas recibidas por el Servicio telefónico 016 en 2012, el 0,4% de las que facilitaron la edad (2.376) fueron realizadas por menores de 18 años y el 21,3%, entre 18 y 30 años de edad. De todas las órdenes de protección solicitadas más del 2% están dirigidas a la protección de mujeres menores de edad.

Respecto a los agresores, a fecha 31 de diciembre de 2009 el 0,9% del total de internos en centros penitenciarios con delitos por violencia de género tenían entre 18 y 20 años y el 17,9% de 21 a 30 años de edad⁷⁷.

En la Macroencuesta de 2015, los datos reflejan que el 21,1% de las mujeres de 16 a 24 años residentes en España y que han tenido pareja alguna vez (17,8% del total de mujeres de 16 a 24 años residentes en España) ha sufrido violencia de control de alguna pareja o

⁷⁶ Diaz-Aguado MJ, Carvajal MI. Igualdad y prevención de la violencia de género en la adolescencia. Colección contra la violencia de género. Nº 8. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

⁷⁷ Ministerio del Interior. El Delincuente de Género en Prisión: Estudio de las características personales y criminológicas y la intervención en el medio penitenciario. Madrid: Ministerio del Interior. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias; 2010.

expareja en los últimos 12 meses, frente a la media del 9,6% de las mujeres de cualquier edad que han tenido pareja en alguna ocasión (9,2% de las mujeres residentes en España de cualquier edad). Si se analiza la violencia de control en los últimos 12 meses por grupos de 5 años de edad, en lugar de grupos de 10 años, su incidencia entre las jóvenes de 16 a 19 años asciende al 25% de las mujeres de estas edades que han tenido pareja en alguna ocasión, para posteriormente ir disminuyendo conforme aumenta la edad.

Además hay que considerar que las nuevas tecnologías, ampliamente usadas por la juventud, propician otras formas de ejercer violencia como el ciberacoso, invadiendo el mundo de la víctima de forma continua y sin consentimiento a través de internet⁷⁸, con las dificultades añadidas que supone para cerrar una relación y la presión social y emocional para la víctima.

1.7.2. Mujeres con discapacidad.

El término discapacidad contempla un amplio abanico de condiciones de diferentes vulnerabilidades y necesidades. Especialmente, debemos considerar determinados tipos que conllevan una dificultad grave para la realización de las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria como los problemas sensoriales, físicos, psiquiátricos y cognitivos.

Las mujeres que tienen un certificado de discapacidad con grado igual o superior al 33% afirman haber sufrido violencia física, sexual o miedo de sus parejas o exparejas (23,3%) en mayor medida que las que no tienen certificado de discapacidad (15,1%) siendo las diferencias estadísticamente significativas. En otras palabras, las mujeres con discapacidad se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad por diversos motivos, entre los que destacan⁷⁹:

- a. Que tienen una mayor probabilidad de sufrir aislamiento social.
- b. Que tienen disminuidas sus posibilidades de defensa personal ante el agresor.
- c. Que tienen una mayor dificultad de desempeñar un trabajo remunerado fuera del hogar, con mayor dependencia económica.
- d. Que tienen una mayor dependencia asistencial debido a sus limitaciones pues requieren, en muchos casos, cuidados y atenciones extras.
- e. Que tienen miedo a que, tras la denuncia, no tenga una red de apoyo asistencial que responda a sus especiales necesidades.

⁷⁸ Torres C, Robles JM, de Marco S. El ciberacoso como violencia de género en los jóvenes: Un riesgo en la sociedad de la información y el conocimiento. Colección contra la violencia de género. Nº 18. Madrid: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad; 2014.

⁷⁹ Generalitat Valenciana. Manual sobre violencia de género: Proyecto Iceberg. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Governació i Justícia; 2013.

A esto hay que añadir que la mayoría de ellas, están inmersas en una situación de falta de autoestima que les conduce a considerar su vida desde una perspectiva victimista y a valorar sus entornos, sus familias y a los hombres que han sido o pueden ser sus agresores, como figuras de las que dependen y a las que están atadas en los aspectos materiales y emocionales⁸⁰.

La Ley Integral 1/2004, en su artículo 18, apartado segundo, haciéndose eco de esta situación, la contempla expresamente y dispone: “Se garantizará, a través de los medios necesarios, que las mujeres con discapacidad víctimas de violencia de género tengan acceso integral a la información sobre sus derechos y sobre los recursos existentes”.

1.7.3. Mujeres que viven en el medio rural.

En España, en municipios de población inferior a 10.000 habitantes, viven 9.903.070 personas, de las cuales 5.039.270 son hombres y el resto mujeres lo que supone que aproximadamente cinco millones de mujeres españolas viven en el medio rural⁸¹.

En el estudio “Violencia de Género en los Pequeños Municipios del Estado Español”⁸² se pone de manifiesto que los contextos social y cultural son semejantes a los del resto de la población española, pero que están acentuados algunos aspectos del modelo relacional entre mujeres y hombres ya que son mayores los requerimientos sociales del modelo y más complicadas las posibilidades de cambio.

Los resultados de esta investigación muestran el ámbito rural como un “mundo caracterizado por ser muy tradicional y estar muy masculinizado” lo que aporta una dificultad añadida para percibir la violencia de género ya que está legitimada y disminuyen las posibilidades de reconocimiento de las conductas violentas. También pone de manifiesto el problema de la accesibilidad en forma de aislamiento y déficit de servicios sociales, el control social y la estigmatización de las mujeres que se ven sometidas a una gran presión y control social. Las mujeres de áreas rurales tienen menos independencia económica y autonomía

⁸⁰ Santamaría C. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Violencia de género hacia las mujeres con discapacidad: Un acercamiento desde diversas perspectivas profesionales. Colección contra la violencia de género. Nº11. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

⁸¹ Instituto Nacional de Estadística [www.INE.es]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Economía y Competitividad, 2012 [consultado 10-10-2014]. Anuario Estadístico de España 2012. Disponible en: http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario12/anu12_02demog.pdf

⁸² Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Violencia de Género en los Pequeños Municipios del Estado Español. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Delegación del Gobierno para la Violencia de Género; 2009.

personal, menor acceso al mercado laboral que las de áreas urbanas, permaneciendo en situaciones de mayor precariedad.

En la Macroencuesta sobre la Violencia de Género de 2011 se vio que el 16,9% de las mujeres que afirmaron haber sufrido maltrato alguna vez en la vida y el 15,2% de las que refirieron estarlo sufriendo en el último año viven en municipios de menos de 10.000 habitantes. Sin embargo la distribución de las mujeres que declaran haber sufrido violencia de género alguna vez en la vida muestra una menor concentración en estos municipios.

Las mujeres residentes en municipios pequeños son las que declaran en menor medida haber sufrido violencia de género: la prevalencia es de 6,0% en el caso de las que han sufrido maltrato alguna vez en la vida y viven en municipios de menos de 2.000 habitantes (frente al 10,9% de la media) y del 9,5% en las que viven en municipios de 2.001 a 10.000 habitantes; en cuanto al maltrato en el último año, la prevalencia es del 1,2% entre las que residen en municipios de menos de 2.000 habitantes frente a una media del 3,0%.

1.7.4. Mujeres inmigrantes.

La inmigración está motivada en la mayoría de los casos por la pobreza y la falta de oportunidades en la tierra de origen.

Con frecuencia, las mujeres inmigrantes consiguen empleos inestables y con baja remuneración como trabajo en hostelería, doméstico o agrícola. A veces no tienen acceso a cuidados de salud debido a su aislamiento (de forma extrema en el caso de la explotación sexual), condición de inmigrantes ilegales, la falta de derecho a asistencia sanitaria, las barreras culturales o lingüísticas, la falta de información sobre servicios disponibles y la pobreza.

En el Estudio “Salud, violencia de género e inmigración en la Comunidad de Madrid”⁸³ se puso de manifiesto que la población inmigrante de la Comunidad de Madrid se encuentra, al igual que la población autóctona, en un proceso de transición gradual de una violencia de género tradicional (“patriarcal”) a una violencia nueva (“democrática”) enmarcada en la evolución de las relaciones entre mujeres y hombres inmigrantes y los cambios en la estructura familiar.

En la Macroencuesta de 2015 los datos muestran que las mujeres que han nacido fuera de España afirman haber sufrido violencia física, sexual o miedo de sus parejas o exparejas en mayor medida (27,7%) que las nacidas en España (14%), siendo las diferencias

⁸³ Red2Red Grupo. Aguirre R, Cruz JL, Garabato S, Lasheras L, Pires M, Ramasco M. Salud, violencia de género e inmigración en la Comunidad de Madrid. Madrid: Dirección General de Atención Primaria. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención; 2010.

significativas. Estos datos de mayor declaración de violencia por parte de mujeres nacidas fuera de España se confirma también en la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012^{84,85}.

Además se observa que realizan un uso más elevado de los recursos puestos en marcha para la atención a las víctimas y, en especial, que hacen un uso creciente de los derechos que les reconoce la ley ya que desde 2005 hasta diciembre de 2013 han obtenido autorización de residencia temporal y trabajo, un total de 6.555 mujeres extranjeras víctimas de violencia de género y sus hijas e hijos, de las cuales, 1.416 se concedieron durante 2013⁸⁶.

1.7.5. Mujeres mayores.

Existen pocas investigaciones nacionales acerca de la violencia de género en la mujer mayor. No obstante, es un punto de interés en tanto que se le está dando cada vez más importancia al maltrato en las personas mayores en general.

Los datos reflejan que el grupo de mujeres mayores de 65 años es el que menos denuncia⁸⁷ y en la Macroencuesta 2011 dicen haber sufrido este maltrato alguna vez en la vida solo el 6,7% de las mujeres mayores de 65 o más años frente a la media del 10,9% en el total de encuestadas⁸⁸.

En una investigación realizada en el ámbito de Atención Primaria en mujeres mayores de 55 años, se puso de manifiesto que de las mujeres estudiadas, el 29,4% experimentó VG con una duración media de 21 años y mostraron una mayor utilización de los servicios sanitarios y estado de salud significativamente más pobre en comparación con las mujeres que nunca habían sido maltratadas concluyendo que todo esto da pie a llamar la atención sobre la necesidad de intensificar los esfuerzos encaminados a abordar la violencia de género en las mujeres mayores⁸⁹.

La especial situación de vulnerabilidad de estas mujeres víctimas de la violencia de género, viene dada porque se añade además de ser mujer, la edad y, en muchos casos, la dependencia económica.

⁸⁴ Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, Gil-González D, Torrubiano J, Rohlf s I, Escribá-Agüir V. Perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por violencia del compañero íntimo en España. *Gac Sanit.* 2009; 23(5):410–14.

⁸⁵ Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.

⁸⁶ Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2015), op. cit. en nota 31.

⁸⁷ Instituto Nacional de Estadística [www.INE.es]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Economía y Competitividad, 2013 [consultado 20-10-2014]. Notas de Prensa 2013. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np820.pdf>

⁸⁸ Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2012), op. cit. en nota 31.

⁸⁹ Montero I, Martín-Baena D, Escribá-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Vives-Cases C, Talavera M. Intimate partner violence in older women in Spain: prevalence, health consequences, and service utilization. *J Women Aging.* 2013; 25(4):358-71.

1.8. La respuesta de las mujeres en situación de maltrato.

Romper la situación de violencia para la mujer es mucho más difícil de lo que se pudiera pensar. La cuestión no es, ya tanto, como se ha llegado a la situación sino como es que no se puede salir⁹⁰ porque es poco comprensible que en sociedades democráticas una mujer viva encerrada con su agresor, sin decir nada, teniendo en cuenta que la posibilidad de poner en marcha el proceso de salida a través de servicios sociales y/o jurídicos pasa por la comunicación y denuncia de la situación.

Existen varias líneas de investigación, unas basadas en motivos sociológicos o vitales como la edad, el apoyo social y familiar percibido, la independencia económica y emocional mientras otras inciden en la socialización, la desigualdad y el amor hacia el maltratador⁹¹ y, por último, las que proponen como causas la socialización diferencial de mujeres y hombres. Sin embargo, no se pueden obviar las respuestas desarrolladas por las mujeres en respuesta al maltrato que tienen como consecuencia la desorganización psíquica, y afecta a la memoria, la regulación de las emociones y el apego⁹².

A pesar de todo esto, los datos nos indican que la salida es posible. En la Macroencuesta de 2011, las mujeres que señalaron haber sufrido violencia de género alguna vez en la vida llegó al 10,9% del total de entrevistadas, unos 2.150.000 de mujeres. De ellas, en el momento del estudio estarían en situación de maltrato casi 600.000 mujeres (el 3,0% del total) y habrían salido de esa situación más de un 1.560.000 (el 7,9% del total). La proporción de mujeres que ha logrado salir de la situación de violencia de género ha aumentado progresivamente desde 1999, pasando de un 2,9% en ese año a un 4,2% en 2006 y al 7,9% en 2011.

A partir de estos datos, nos planteamos cuales han sido los elementos que han usado las mujeres para salir de la situación de maltrato. Es básico contar con relaciones sociales y familiares, percepción de apoyo y ayuda profesional. A veces sirve contar con un lugar para expresarse⁹³, otras veces pueden necesitar intervención en crisis, y a más largo plazo abordaje farmacológico o psicoterapéutico.

⁹⁰ Red2Red Grupo. Pernas B. El estado de la cuestión en el estudio de la violencia de género. Madrid: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011.

⁹¹ Melgar Alcantud P. Trenquem el silenci: Superación de las relaciones afectivas y sexuales abusivas por parte de las mujeres víctimas de violencia de género [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2009.

⁹² Serrano Hernández C. Un estudio sobre los efectos de la violencia de género en el desarrollo psíquico de las mujeres [tesis doctoral] Bilbao: Universidad de Deusto; 2013.

⁹³ Méndez E. La zona gris de la violencia de pareja contra las mujeres inmigrantes. [unaf.org]. Barcelona: Asociación Salud i Família, 2010 [consultado 10-10-2014]. Disponible en: http://unaf.org/wp-content/uploads/2012/05/05_26_11_jornada_salud_i_familia_madrid_estudio.pdf

En otras ocasiones, la fuga se desencadena por una situación de violencia intensa o serias amenazas que no se pueden seguir ocultando, por el grave riesgo que supone para su vida o las de sus hijos e hijas o por el convencimiento de que el cambio es imposible.

Las probabilidades de tener una respuesta de distanciamiento en forma de búsqueda de ayuda exterior o alejamiento temporal son mayores si la mujer era joven cuando empezó el abuso, había sufrido abusos físicos y psicológicos y cuando el maltrato tenía una duración inferior a 5 años⁹⁴.

Llegado este punto, conviene introducir el concepto de resiliencia⁹⁵ entendido, en este caso, como la capacidad de la mujer víctima de asumir esta situación límite y sobreponerse a ella con toda una serie de recursos internos como la confianza, la autoestima, la autonomía, capacidad de reflexión, habilidades de relación, sentido del humor y creatividad. Así, puede recomponerse en un proceso de interacción con su mundo, de forma que los acontecimientos se integren en el presente como una herida que dejara una cicatriz, permitiéndole “salir del pozo”.

En estudios cualitativos⁹⁶ que incluyeron entrevistas a mujeres maltratadas se concluyó que lo les había ayudado a tomar decisiones en el sentido de romper con la situación, fue reconocer cambios negativos en ellas, la necesidad de romper el aislamiento, empezar a poner límites a otros y tener hijos en edades cercanas a la adolescencia. Por otra parte se puso de manifiesto la influencia de la familia propia, de la familia política y de otras personas del entorno tanto por lo que han ayudado como por el obstáculo que han supuesto cuando opinaban de forma favorable a aguantar la situación.

Otra investigación de diseño mixto que incluyó entrevistas semiestructuradas para identificar las percepciones de las mujeres sobre su proceso de recuperación y adaptación tras la violencia de género y medidas estandarizadas de funcionamiento psicosocial para identificar niveles de trastorno de estrés postraumático y la capacidad de recuperación de las mujeres con hallazgos alentadores en el sentido de que se descubrió que las mujeres pueden recuperarse y salir de una relación abusiva, incluso cuando el abuso tiene una duración de muchos años.

Las mujeres del estudio que habían sufrido ansiedad, depresión, baja autoestima, y otras dificultades interpersonales, en el momento del estudio no sufrían ya significativamente de

⁹⁴ Montero I, Ruiz-Pérez I, Escribá-Agüir V, Vives-Cases C, Plazaola-Castaño J, Talavera M, Martín-Baena D, Peiró R. Strategic responses to intimate partner violence against women in Spain: a national study in Primary Care. *J Epidemiol Community Health*. 2012 Apr; 66(4):352-58.

⁹⁵ Salvador Sánchez L. Resilience in violence against women. A new approach for health professionals *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*. 2015;(1): 103-13.

⁹⁶ Tourné M, Cánovas S, Velasco S, Torres AM, Martínez MT, Brotons J. Las respuestas eficaces de las mujeres maltratadas para salir de la situación de violencia de género: Un estudio cualitativo. En: *Hilando en género*. I Congreso Nacional de Violencia de Género y Salud. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2009. C62: 1-10.

estos efectos adversos y tenían relativamente fuerte resistencia. Sin embargo, no estaban totalmente libres de síntomas presentando limitaciones en su toma de decisiones y la capacidad de tolerar las emociones negativas. En otras palabras, lo que demuestra la capacidad de recuperación no puede inferir necesariamente ausencia de psicopatología⁹⁷.

Según la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015, son factores que protegen contra la violencia de género estadísticamente significativos:

- a. El dedicar tiempo para cuidarse y sentirse bien consigo misma.
- b. Compartir las tareas domésticas.
- c. Tener personas cercanas que se preocupan por el bienestar de la mujer.

Respecto a las tres ayudas que preferirían recibir, las más citadas son el apoyo psicológico (citado por el 70%), las ayudas económicas (45%) y el apoyo jurídico (34,4%). El 81% de las mujeres que han sufrido violencia han contado a alguna persona cercana su situación, en mayor porcentaje a una amiga 54,7%, a su madre 40,1%, a su hermana 32,2%. La reacción más común es la de aconsejar a la mujer que abandone la relación (más del 80%) entre las personas de la familia de origen a las que se cuenta la violencia de género sufrida (80,7%), las amigas (84,6%). Como contrapunto, entre los miembros de la familia de la pareja o expareja maltratadora a los que la mujer ha contado su situación, el porcentaje de quienes le aconsejan abandonar la relación cae al 44,1%, mientras que el 18,5% aconsejan a la mujer que le de otra oportunidad, el 18,1% reaccionan con indiferencia y el 11,5% recriminan a la mujer.

Cuando se les pregunta a las mujeres que dicen no haber acudido a ningún servicio de ayuda por los motivos por los que no han acudido a estos servicios, los tres principales que aducen son:

- a. El no conceder suficiente importancia a la violencia de género sufrida (50,03%).
- b. La vergüenza, el no querer que nadie lo supiera (16,37%).
- c. El miedo (14,56%).

Por otra parte, el 52% de las mujeres que han sufrido violencia física y/o violencia sexual y/o miedo de su pareja o ex pareja han acudido a la policía, al juzgado o a algún servicio de ayuda.

⁹⁷ Anderson KM, Renner LM, Danis FS. Recovery: Resilience and Growth in the Aftermath of Domestic Violence. *Violence Against Women*. 2012; 18(11) 1279–99.

De las mujeres que denunciaron la violencia de género:

- a. El 50,2% terminaron la relación a raíz de la denuncia.
- b. El 15,8% afirma que la relación había acabado antes de interponer la denuncia.
- c. En el 27,5% de los casos la mujer continuó la relación a pesar de haber interpuesto la denuncia.

Y, finalmente, otro dato preocupante: el 20,9% de las mujeres que han interpuesto una denuncia en la policía o el juzgado, retiraron la denuncia. Los motivos más aducidos para retirarla fueron:

- a. Le prometió que no iba a suceder más (29,35%).
- b. Pensé que podía cambiar (28,66%).
- c. Por miedo (28,59%).
- d. Es/era el padre de mis hijos/as (24,86%).
- e. Sentía pena por su pareja (23,95%).

1.9. Los hombres que ejercen violencia contra la mujer.

No hay un perfil exacto de hombre maltratador ni tampoco de patología psiquiátrica asociada con relación directa por lo que hay que volver a la relación de la VG con la masculinidad hegemónica dominante y con sus estrategias para mantener el poder. Los hombres maltratadores no aparentan su agresividad sino que aproximadamente el 80% de ellos no son violentos con nadie nada más que con sus parejas. Cuando se les pide opinión a personas del entorno social suelen decir que son amables, buenos padres y vecinos pero pueden ser fríos, perversos y controladores en la vida íntima con su pareja⁹⁸.

Lo que sí es característico de los hombres maltratadores es una mentalidad rígida de actitudes y creencias en relación al uso de la violencia para resolver conflictos y a los roles de género. Cuando se cuestiona su estima personal inicia o refuerza estrategias de dominación, volviéndose susceptibles ante la autonomía de la mujer.

Con este esquema, pueden producirse actos de violencia frente a factores no causales que aumentan la probabilidad de VG, son estresores socioeconómicos, emocionales, enfermedades psiquiátricas o consumo de alcohol y drogas⁹⁹. Cuando se tratan las adicciones, las probabilidades de cambiar al maltratador son bajas ya que el alcohol y las drogas desinhiben al hombre que ya lo es. El maltrato es intencional en tanto persigue el sometimiento de la víctima y para conseguirlo usa distintas conductas que van desde las descalificaciones o amenazas veladas hasta la violencia física que es una estrategia más para conseguir su objetivo y no una pérdida de control.

⁹⁸ Quinteros A, Carbajosa P. Hombres maltratadores. Tratamiento psicológico de agresores. Madrid: Grupo 5; 2008.

⁹⁹ Bonino L. (2009), op. cit. en nota 13.

1.10. La percepción de la sociedad y otros implicados.

A pesar de que se trata de un problema mundial, no todas las sociedades tienen las mismas percepciones y actitudes. Existen diferencias que van desde las explicaciones que se usan para el problema, la culpabilización de las mujeres, el lugar que ocupan las voces de las víctimas, hasta las respuestas de organizaciones tanto formales como no formales.

Así mismo, la percepción ha evolucionado con los años y en el estudio realizado en 2012 por el Centro de Investigaciones Sociológicas a instancias de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género¹⁰⁰ se analizó la opinión de la población española mediante encuesta, obteniéndose las siguientes conclusiones:

- Respecto a la percepción sobre la igualdad de género en España, hay consenso en la igualdad de condiciones en el acceso a la educación. El 72% de mujeres y el 49% de hombres perciben que las desigualdades de género son grandes y que están más extendidas en los ámbitos de la conciliación de vida laboral y familiar y del trabajo.
- En cuanto a las actitudes y punibilidad hacia los malos tratos, el 92% de los encuestados considera inaceptable la violencia de género y el maltrato físico y sexual son rechazados por prácticamente toda la población (98%). Sin embargo las amenazas verbales son toleradas por un 6,5% de personas (7% hombres y 6% mujeres) y el maltrato psicológico de desvalorización por un 9% (10% hombres y 8% mujeres). El 31% (32% hombres y 29% mujeres) acepta algún tipo de violencia de control en el seno de la pareja (como el control de horarios o decir a la pareja lo que puede o no puede hacer) y un 14% considera en mayor o menor grado aceptable la “restricción de la libertad” de la pareja.
- Aunque hay un rechazo muy generalizado, una parte significativa de la población no tiene plena conciencia de qué tipo de comportamientos constituyen de hecho maltrato.
- El 66% (65% de hombres y 68% de mujeres) considera que la violencia de género no ha aumentado en los últimos años sino que ahora salen más casos a la luz.
- Sobre los estereotipos, es de destacar que se mantienen tanto sobre víctimas como sobre agresores, más frecuentemente entre los hombres y personas de mayor edad.

¹⁰⁰ Landerwerlin GM. Percepción Social de la Violencia de Género. Colección contra la violencia de género. Nº17. Madrid: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2014.

- Un 89% consideran que las víctimas aguantan por los hijos/as y el 67% por la dependencia económica. Un 38% tienden a exculpar al agresor al considerar que estos “suelen tener alguna enfermedad mental”.
- Se mantiene la percepción de los grupos vulnerables a la violencia de género, aunque se reconoce que cualquier mujer puede sufrirla: las mujeres con discapacidad (64%), menores de edad (56%), extranjeras (53%), mayores de 65 años (45%) y residentes en ámbito rural (42%).
- En lo que concierne a la violencia de género en el entorno de los entrevistados el 30 % (35% de las mujeres y el 25% de los hombres) afirman algún caso, con vínculos de amistad (34%), de vecindad (19%), familia próxima (12%) y otros familiares (13%). El 65,2% de ellos afirma que había menores presentes en el domicilio de la víctima.
- Sólo un 2% de las personas entrevistadas no tomaría ninguna medida en el caso de presenciar o conocer alguna agresión o situación de malos tratos. El 63% (59% hombres y 67% mujeres) llamaría a la policía, el 18% (26% hombres y 11% mujeres) se enfrentaría directamente con el agresor, y el 11% (8% hombres y 14% mujeres) llamaría la atención de otras personas que pudieran ayudar.
- Cuando se pregunta sobre los tipos de recursos que debería prestarse a las víctimas no existe un consenso general sobre qué tipo es más eficaz para ayudar a las víctimas de violencia de género. Los recursos más citados son el apoyo psicológico (18%) y los alojamientos protegidos (17%). Menor porcentaje las pulseras electrónicas (11%), un teléfono que conecta a la víctima con centros de atención (5%), un teléfono de información general sobre la violencia (2%).
- En relación a la organización de prestación de servicios de ayuda, el 51% de las personas entrevistadas considera que “hay suficientes recursos pero falta coordinación entre ellos”, y el 92% está bastante o muy de acuerdo con la afirmación “los servicios públicos deberían coordinarse para atender mejor a las víctimas”. El 88% creen que esta mayor coordinación se traduciría en un aumento de su eficacia.
- El 60% declaran conocer o haber oído hablar de la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género y el 86% de las personas entrevistadas están satisfechas con que haya una legislación específica para luchar contra la violencia de género.
- El 79% considera que las campañas de sensibilización son útiles para concienciar a la población sobre la violencia de género, y el 77% cree que sirven para ayudar a las víctimas a tomar conciencia de su situación. Así, la mitad (48%) recuerda alguna y el 51% de quienes recuerdan alguna campaña es capaz de citar el mensaje de la misma.

- Entre las mujeres que se identifican como víctimas de violencia de género, el 73% recuerda alguna campaña, lo que implica que las personas más directamente afectadas por el problema, toman más fácilmente conciencia del mensaje.
- Un 48% de las mujeres y un 38% de los hombres tienen algún conocimiento del teléfono 016 de atención, tanto memorización del mismo como conocimiento de su existencia aunque no lo recuerden. Entre las mujeres que se identifican como víctimas de violencia de género el recuerdo del teléfono 016 es mayor: el 64% conoce el teléfono 016 y el 9% conoce que existe un teléfono de atención a víctimas pero no cita el 016 aunque sí recuerda campañas publicitarias del mismo. Aún así, una de cada cuatro parece no tener ningún conocimiento del mismo.
- En lo concerniente al conocimiento y opiniones sobre las denuncias, el 88% de la población encuestada sabría dónde acudir para interponer una denuncia por maltrato: a la Policía (75%) o la Guardia Civil (22%). El 18% afirman que llamarían al teléfono 016 en el caso de querer interponer una denuncia. Manifiestan que las principales razones por las que hay mujeres que no denuncian son el miedo al agresor (80%), los hijos/as (33%), el sentimiento de vergüenza y el querer ocultar la agresión al entorno cercano (28%), y la dependencia económica del agresor (20%).

Sin embargo en datos del barómetro CIS¹⁰¹ del año 2012, solo el 0,7% (169 personas) ha señalado que la violencia contra la mujer constituía uno de los tres principales problemas de España, y el 0,1% (21 personas) indicaron que la violencia contra la mujer constituía uno de sus tres principales problemas personales. Desde entonces solo excepcionalmente ha alcanzado cifras próximas al 1%.

En la investigación, realizada con metodología cualitativa, “Actitudes de la población ante la violencia de género en España” se describieron tres posiciones discursivas adoptadas frente a la violencia de género: una permisiva con la violencia, legitimando algunos tipos de maltrato (“violencia menor”) y comprendiendo otros (“violencia mayor”), la que reivindica el no criminalizar los conflictos, diferenciando malos tratos de «discusiones de igual a igual» y la que condena cualquier clase de violencia de género. A veces las tres se solapan en posiciones intermedias, de forma que no son compartimentos estancos sino que pueden ser asumidas por sectores dependiendo de las dinámicas sociales que se desarrollen¹⁰².

¹⁰¹ Centro de Investigaciones Sociológicas [<http://www.cis.es/>] Evolución de la preocupación de los españoles en los sondeos del CIS. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas [consultado 30-06-2015]. Disponible en: http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Indicadores/documentos_html/TresProblemas.html

¹⁰² Actis W, de Prada MA, Pereda C. Actitudes de la población ante la violencia de género en España. Colectivo Ioé. Madrid: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011.

Otro estudio cualitativo¹⁰³, esta vez centrado en la visión que agresores, víctimas y profesionales llegó a la conclusión de que en las características de los hombres y mujeres involucrados y el tipo de relación que establecen existe una gran diversidad con la consecuente influencia en su percepción de riesgo y en la evolución posterior y que no es posible entender y explicar el problema con estereotipos, así como que los participantes perciben un tratamiento diferenciado a hombres y mujeres por las instituciones. Existe marcado consenso al respecto, aunque por razones distintas en los tres grupos.

En el grupo de profesionales hay quienes piensan que se debe discriminar positivamente a la víctima, otros piensan que las garantías jurídicas son iguales para hombres y para mujeres y, por último, los que son partidarios de procesos que garanticen la presunción de inocencia. Los participantes también cuestionan algunos procedimientos jurídicos como el juicio rápido, la orden de alejamiento o que el agresor no cumpla pena de prisión o el retraso de proporcionar tratamiento a los agresores.

Por último, se puso de manifiesto la importancia de las emociones tan importantes como el miedo, por la amenaza permanente en el caso de las víctimas; preocupación por los hijos, por el futuro y por la posibilidad de nueva relación tanto en las víctimas como los agresores y también en los profesionales que experimentan miedo, en este caso, a equivocarse.

¹⁰³ Boira S, Carbajosa P, Marcuello C. La violencia en la pareja desde tres perspectivas: Víctimas, agresores y profesionales. *Psychosocial Intervention*. 2013; (22):125-33.

1.11. Marco legislativo y estratégico de atención a la violencia de género.

Durante décadas, movimientos de mujeres y organizaciones de base en todo el mundo, se movilizaron para conseguir el reconocimiento de la violencia contra las mujeres y las niñas como una manifestación de discriminación de género y desigualdad, una violación de los derechos humanos y un perjuicio para el desarrollo¹⁰⁴.

1.11.1. Marco legislativo Internacional. Organización de Naciones Unidas y Consejo de Europa.

En la primera mitad del siglo XX ya se vislumbra una preocupación en los convenios internacionales sobre el tráfico y la explotación sexuales de la mujer. Podemos considerar que los orígenes de la legislación contra la violencia hacia la mujer se remonta a 1949: en los Convenios de Ginebra y sus Protocolos Adicionales se basan los principios del derecho humanitario internacional y en particular el Convenio IV relativo a la protección de personas civiles en tiempo de guerra (1949) que en su artículo 27 dispone: *“Las personas protegidas tienen derecho, en todas las circunstancias, a que su persona, su honor, sus derechos familiares, sus convicciones y prácticas religiosas, sus hábitos y sus costumbres sean respetados. Siempre serán tratadas con humanidad y protegidas especialmente contra cualquier acto de violencia o de intimidación, contra los insultos y la curiosidad pública. Las mujeres serán especialmente protegidas contra todo atentado a su honor y, en particular, contra la violación, la prostitución forzada y todo atentado a su pudor”*¹⁰⁵.

En el contexto del Decenio de las Naciones Unidas para la mujer (1975-1985 se le concedió importancia internacional¹⁰⁶. Las conferencias mundiales sobre las mujeres de la ONU de México en 1975, Copenhague en 1980, Nairobi en 1985 y Beijing en 1995 pusieron el foco mundial en este problema¹⁰⁷.

¹⁰⁴ UNIFEM/ ONU Mujer. Cronología de Compromisos en las Políticas y Acuerdos Internacionales. En: Elementos esenciales de planificación para la eliminación contra la violencia de mujeres y niñas. [<http://www.un.org/>] Centro virtual de conocimiento para poner fin a la violencia contra mujeres y niñas. UNIFEM/ONU Mujeres [2013/ acceso 5 de junio de 2015].

Disponible en: <http://www.endvawnow.org/uploads/modules/pdf/1372349315.pdf>

¹⁰⁵ Comité Internacional de la Cruz Roja. Resumen de los convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 y de sus protocolos adicionales. 2ª ed. Ginebra: Comité Internacional de la Cruz Roja; 2012.

¹⁰⁶ UNIFEM/ ONU MUJER. The Four Global Women's Conferences 1975-1995: Historical Perspective. [<http://www.un.org/>]. United Nations Department of Public Information 2000 [consultado 05-06-2015] Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/followup/session/presskit/hist.htm>

¹⁰⁷ Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad [<http://www.msssi.gob.es>]. Conferencias Mundiales de la Mujer [consultado 05-06-2015]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ssi/igualdadOportunidades/internacional/onu/confemujer_2.htm

Las acciones desarrolladas durante la Década de las Mujeres de la ONU condujeron a que el problema fuera cobrando importancia en las agendas internacionales. Inicialmente se enfocó desde la perspectiva de la violencia doméstica, pero después el tema se amplió e incluyó varias formas de violencia contra la mujer (violencia doméstica, trata y explotación sexual, violencia hacia las mujeres en prisión y durante conflictos armados), así como sus vínculos con el desarrollo, la paz y la equidad de género.

La resolución sobre violencia en la familia de la Segunda conferencia Mundial de las Naciones Unidas para la Década de la Mujer en 1980 (Copenhague) realiza un llamamiento para desarrollar programas destinados a acabar con la violencia y proteger a mujeres y niños-as del abuso físico y mental.

En la estrategia de la Tercera Conferencia Mundial de la Década de las Mujeres de las Naciones Unidas en 1985 (Nairobi), se reconoció el maltrato contra la mujer como forma de discriminación y como uno de los principales obstáculos en el logro de los objetivos del Decenio de las Naciones Unidas¹⁰⁸; se puso la atención en la prevención integral a nivel nacional y en los esfuerzos para emitir una respuesta efectiva a nivel legislativo, político, de ayuda y de concienciación pública.

En 1979: Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer. Entró en vigor en 1981 y su Protocolo Opcional en 2000. En el año 1982 se creó el Comité para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) para velar por la aplicación de la Convención de 1979. Es un instrumento legalmente vinculante que define la discriminación contra la mujer, identifica sus formas de manifestación y establece una agenda de acción nacional para su eliminación. Los estados parte de este tratado internacional están obligados a tomar las medidas necesarias para proteger y asegurar los derechos de las mujeres así como a eliminar todas las formas de discriminación contra ellas y a presentar informes nacionales periódicos respecto a todo lo que se haya realizado para cumplir las obligaciones asumidas. A través de sus investigaciones y recomendaciones se calificó la violencia contra las mujeres como un problema de desigualdad y discriminación y, como consecuencia, se reconoció como una violación de los derechos humanos en el II Congreso por los Derechos Humanos (Viena, 1993) por parte de la comunidad internacional¹⁰⁹.

En 1989: fue adoptada la Convención de los Derechos del Niño o CRC (entró en vigor en 1990). Es legalmente vinculante y obliga a los Estados parte a reconocer y defender la

¹⁰⁸ United Nations. Report of the World Conference to review and appraise the achievement of the United Nations decade for women: Equality, development and peace. Nairobi 15-26 July 1985. New York: United Nations Publication; 1986.

¹⁰⁹ United Nations. World Conference on Human Rights Vienna, 14-25 June 1993. New York: United Nations Publication; 1993.

protección los derechos fundamentales de los niños, sin discriminación, incluyendo la protección frente al abuso de todas las formas de violencia realizadas por los padres o representantes legales (Artículo 19), explotación sexual (Artículo 34) y trata (Artículo 35).

En 1993 la coordinación de acciones llevadas a cabo por el movimiento de mujeres y los gobiernos durante la Conferencia Mundial de Derechos Humanos lograron el reconocimiento de la violencia contra las mujeres como una violación de los derechos humanos y pidieron la designación de un Relator especial sobre la violencia contra las mujeres en la Declaración y Programa de Acción de Viena y contribuyó a la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres.

Este mismo año se adoptó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres, (1993) constituyendo un importante hito por proporcionar un marco tanto para el análisis como para la acción a nivel nacional e internacional. También se estableció el Tribunal Penal Internacional para los crímenes de la antigua Yugoslavia e incluyó el procesamiento de casos de violencia sexual y avanzadas repuestas legales internacionales ante actos de violencia sexual ocurridos durante conflictos armados, como la aplicación de reglas específicas de procedimiento para aportar pruebas en tales casos.

En 1994 se estableció el Tribunal Penal Internacional para Ruanda e incluyó a la violencia sexual dentro de su mandato y fue el primero en emitir una sentencia condenatoria por violación como crimen de genocidio. Este Tribunal Penal asimismo desarrolló un manual sobre buenas prácticas en la investigación y procesamiento de la violencia sexual durante conflictos. Este mismo año se designó al Relator Especial sobre la violencia contra las mujeres, sus causas y consecuencias para requerir y recibir información sobre las causas y consecuencias de la violencia contra mujeres de los gobiernos, de órganos creados en virtud de tratados, de agencias especializadas y de otros relatores especiales, así como de organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, respecto a la adopción de las medidas recomendadas; las formas y medios usados a nivel nacional, regional e internacional para eliminar la violencia contra las mujeres y sus causas, así como para remediar sus consecuencias. El Relator Especial emite tanto Informes de sus visitas a los países como Informes Anuales temáticos en esta materia.

También en 1994, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo derivó en el reconocimiento de la relación entre la violencia contra las mujeres, la salud reproductiva y los derechos reproductivos, así como las consecuencias que tiene la violencia doméstica en la salud, incluyendo desde prácticas tradicionales nocivas como la mutilación genital o amputación de órganos genitales femeninos, hasta el aumento del riesgo de que las mujeres contraigan HIV y SIDA como resultado de la violencia. El Programa de Acción hizo una

llamada a los gobiernos para tomar medidas legales y en sus políticas para hacer frente y prevenir la violencia contra las mujeres y niñas. Además se adoptó en este año la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará). Fue el primer y único instrumento legalmente vinculante a nivel regional sobre violencia contra las mujeres.

En 1995 la Plataforma de Acción de Beijing identificó áreas específicas de acción para los gobiernos en cuanto a prevenir y hacer frente a la violencia contra las mujeres. El tema de violencia contra las mujeres figura como un capítulo y una de las doce áreas de acción prioritaria, con una amplia definición de formas de violencia. La ONU dictaminó que los derechos de las mujeres forman parte de los derechos universales y que se consideraría violencia contra la mujer independientemente del ámbito público o privado en el que tuviera lugar, fijando entre sus objetivos la lucha contra la violencia hacia las mujeres¹¹⁰.

En 1996 se estableció el Fondo Fiduciario en apoyo a las medidas para eliminar la violencia contra la mujer de las Naciones Unidas, mediante la resolución 50/16 en la Asamblea General de las Naciones Unidas de 1996, como el único mecanismo de financiamiento multilateral de apoyo a esfuerzos locales, nacionales y regionales para erradicar la violencia contra las mujeres y niñas. Este fondo está administrado por el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, UNIFEM, en representación del sistema de las Naciones Unidas.

En 1998 se estableció la Corte Penal Internacional (en vigor desde 2002) para el procesamiento de crímenes de violencia sexual basados en género en el contexto de los crímenes de guerra, crímenes contra la humanidad y genocidio. Asimismo, esta Corte estableció una Unidad para temas de Género y Niñez para mejorar la investigación y procesamiento de crímenes relacionados a la inequidad de género, incluyendo la violación y otras formas de violencia sexual perpetradas contra mujeres y niñas.

Este mismo año, en la Asamblea General de la ONU de 1998 (Resolución 52/86) se otorga rango normativo a medidas de ayuda a víctimas de violencia y propone acciones preventivas y de justicia¹¹¹.

Por otra parte, también en 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la atención a la violencia doméstica como prioritaria para los servicios de salud de los países¹¹².

¹¹⁰ Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer Beijing, 4-15 sept 1995. Nueva York: Naciones Unidas. 1996.

¹¹¹ Naciones Unidas. Manual de legislación sobre la violencia contra la mujer. Nueva York: Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. División para el Adelanto de la Mujer; 2010.

¹¹² Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer: Un tema de salud prioritario. Washington DC: División de Salud Familiar y Reproductiva, Organización Mundial de la Salud, Ginebra y la División de Salud y Desarrollo Humano, Organización Panamericana de la Salud; 1998.

En la Asamblea General de la ONU de 1999 (Resolución 54/134) se decide declarar el 25 de noviembre “Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer” (que asimismo marcó formalmente que las Naciones Unidas se sumaran a los 16 Días de Activismo contra la Violencia de Género proclamada y conmemorada por el movimiento internacional de mujeres desde 1991) e invita a los gobiernos y a organizaciones internacionales a que dispongan ese día actividades dirigidas a sensibilizar a la opinión pública sobre el problema de la violencia contra la mujer¹¹³.

En el año 2000 se aprobó la Resolución 1325 del Consejo de Seguridad, demandando medidas especiales de protección para mujeres y niñas en los conflictos armados y enfatizando la responsabilidad de todos los Estados para poner fin a la impunidad de los perpetradores.

Este mismo año la Declaración del Milenio adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas recordaba la importancia de respetar los derechos humanos y libertades fundamentales. Los países firmantes se comprometían a combatir la violencia contra la mujer y a aplicar la CEDAW.

En el año 2002 se adoptó la Convención sobre la Prevención y la Lucha contra la trata de mujeres y niñas para la prostitución de la Asociación para la Cumbre de la Asociación del Asia Meridional para la Cooperación Regional (SAARC), siendo un instrumento legalmente vinculante.

En el año 2003 se adoptó el Protocolo a la Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de las Mujeres en el África, con un artículo dedicado a la violencia contra las mujeres sumándolo a referencias existentes a lo largo del Protocolo.

En el año 2004 la Comisión de Derechos Humanos designó al Relator Especial sobre trata de personas, especialmente de mujeres y niños.

En el año 2006 el Secretario General publicó su Estudio a Fondo sobre Todas las Formas de Violencia contra la mujer, siendo el primer informe integral en la materia.

En el año 2008 el Secretario General de las Naciones Unidas lanzó una campaña global sin precedentes: “Únete para poner fin a la violencia contra las Mujeres”, demandando a los gobiernos, sociedad civil, organizaciones de mujeres, jóvenes, sector privado, medios de comunicación y a todo el sistema de las Naciones Unidas a:

- a. “Adoptar y hacer cumplir leyes para tratar y sancionar todas las formas de violencia contra las mujeres.

¹¹³ Resolución aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas 54/134: Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Distr. GENERAL A/RES/54/134 (7 -2-2000).

- b. Adoptar e implementar planes de acción nacional multisectorial.
- c. Fortalecer la recolección de datos sobre la prevalencia de la violencia contra mujeres y niñas.
- d. Elevar la conciencia del público y la movilización social
- e. Tratar la violencia sexual durante los conflictos para el año 2015”.

El Consejo de Seguridad adoptó la Resolución 1820, que constituyó un hito al ser la primera resolución dedicada al tratamiento de la violencia sexual en situaciones de conflictos armados y posteriores a ellos.

En el año 2009 el Consejo de Seguridad adoptó varias resoluciones que conciernen:

- a. La Resolución 1888, sobre el tema de violencia sexual en situaciones de conflictos armados, realizando acciones concretas como pedir la designación de un representante especial ante el Secretario General al respecto; la convocatoria de expertos en legislación internacional así como consejeros/asesores sobre la paz de las mujeres con el objetivo de fortalecer las respuestas ante la violencia sexual ocurrida durante los conflictos y de pedir informes anuales acerca del cumplimiento de la resolución.
- b. La Resolución 1889, buscando fortalecer el cumplimiento de la Resolución 1325, aborda específicamente la escasa participación de las mujeres y los limitados fondos o recursos con los que cuentan para suplir sus necesidades (incluyendo la seguridad física y el acceso a servicios) en períodos posteriores a los conflictos armados y de consolidación de la paz.

En el año 2010 el Secretario General nombró una Representante Especial sobre la Violencia Sexual en los Conflictos, el Consejo de Derechos Humanos adoptó la Resolución 14/12 sobre la intensificación de los esfuerzos para eliminar todas las formas de violencia contra la mujer, el Consejo de Seguridad adoptó la Resolución 1960, que reafirma los compromisos adquiridos para abordar la violencia sexual durante los conflictos.

En el año 2011 el Consejo de Europa adoptó la Convención sobre la prevención y lucha contra la violencia hacia la mujer y la violencia doméstica como segundo instrumento regional jurídicamente vinculante en lo referente a violencia contra las mujeres y las niñas.

En el año 2013 los Estados adoptan conclusiones acordadas durante la 57ª Comisión de la Condición Jurídica de la Mujer sobre la prevención y eliminación de todas las formas de violencia contra las mujeres¹¹⁴.

Centrándonos en la Unión Europea, los Estados miembros del Consejo de Europa han reconocido la obligación de proteger a las mujeres contra la violencia de género al suscribir convenios en materia de derechos humanos.

La jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos y del Comité de la CEDAW detalla las obligaciones en la práctica basadas fundamentalmente en la diligencia exigida en la prevención, investigación, castigo e indemnización por las violaciones de los derechos humanos de las mujeres.

La Declaración nº19 sobre el artículo 8 del “Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea”¹¹⁵ estipula que *“en sus esfuerzos generales para suprimir las desigualdades entre hombres y mujeres, el objetivo de las distintas políticas de la Unión será combatir la violencia doméstica en todas sus formas. Es preciso que los Estados miembros adopten todas las medidas necesarias para prevenir y castigar estos actos delictivos y para prestar apoyo y protección a las víctimas”*.

A pesar de los avances logrados en la legislación, las políticas y las prácticas, la violencia contra la mujer sigue generalizada en todos los Estados miembros del Consejo de Europa y la evaluación de las medidas usadas indica que, no son eficaces a día de hoy. Es, por tanto, necesario que los Estados miembros cuenten con políticas coordinadas, integrales y basadas en pruebas que incluyan los recursos suficientes para su implantación, seguimiento y evaluación eficaces que deberían centrarse en las necesidades de las víctimas y abarcar todos los aspectos relevantes para la prevención¹¹⁶.

En este sentido, el Comité de Ministros el 30 de abril de 2002 en la 794ª reunión de delegados ministeriales adoptó la Recomendación Rec (2002) 5¹¹⁷ sobre la protección de las mujeres contra la violencia que emitía las siguientes recomendaciones a los Gobiernos de los Estados miembros:

- I. “Revisen su legislación y sus políticas.

¹¹⁴ Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer. Informe sobre el 57º período de sesiones (4-15 marzo 2013). Supl. 7. Nueva York: Consejo Económico y Social Documentos Oficiales de Naciones Unidas; 2013.

¹¹⁵ Versiones consolidadas del Tratado de la Unión Europea y del Tratado de Funcionamiento de la Unión europea. Diario Oficial de la Unión Europea. 26-10-2012. (2012/C 326/01).

¹¹⁶ Subdirección General de Cooperación y Relaciones Institucionales. El Consejo de Europa y la violencia de género. Documentos elaborados en la Campaña Paneuropea para combatir la violencia contra las mujeres (2006-2008). Madrid: Ministerio de Igualdad; 2008.

¹¹⁷ Recomendación 2002/5 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre la protección de la mujer contra la violencia y Memorandum explicativo. Estrasburgo: Consejo de Europa; 2002.

- II. Reconozcan la obligación de los Estados de ejercer la diligencia debida para prevenir, investigar y castigar los actos de violencia, ya sean estos perpetrados por el Estado o por particulares, y de facilitar protección a las víctimas.
- III. Reconozcan que la violencia cometida por los hombres sobre las mujeres es un grave problema estructural y social, basado en las desigualdades de poder entre hombres y mujeres y, por lo tanto, promuevan la participación activa de los hombres en las acciones encaminadas a combatir la violencia contra la mujer.
- IV. Animen a todas las instituciones relevantes que se ocupan de la violencia contra la mujer (Policía, profesionales sanitarios y sociales) a elaborar planes de acción a medio y largo plazo que aporten medidas para prevenir la violencia y proteger a las víctimas.
- V. Promuevan la investigación, la recogida de datos y el establecimiento de redes a nivel nacional e internacional.
- VI. Promuevan la creación de programas de educación superior y centros de investigación, también a nivel universitario, que se ocupen de temas de igualdad, en particular de la violencia contra la mujer.
- VII. Mejoren la interacción entre la comunidad científica, las ONG que actúan en ese ámbito, los responsables políticos, los organismos legislativos, sanitarios, educativos, sociales y las fuerzas de seguridad, con el fin de diseñar acciones coordinadas contra la violencia.
- VIII. Adopten e implanten las medidas descritas en el anexo de esta recomendación en la forma que se considere más apropiada a la luz de las circunstancias y preferencias nacionales y, para ello, consideren la posibilidad de crear un plan de acción nacional para combatir la violencia contra la mujer.
- IX. Informen al Consejo de Europa sobre el seguimiento a nivel nacional de las disposiciones de esta recomendación”.

Con la consideración de estas recomendaciones, entre otras muchas de ámbito europeo como la Recomendación CM/ Rec (2007)17 sobre normas y mecanismos de igualdad entre las mujeres y los hombres, la Recomendación CM/Rec (2010)10 sobre el papel de las mujeres y de los hombres en la prevención y solución de conflictos y la consolidación de la paz o de ámbito mundial en materia de Derechos Humanos, Civiles, Políticos, Económicos, Sociales y Culturales se llegó al “Convenio sobre prevención y lucha contra la violencia contra

la mujer y la violencia doméstica”¹¹⁸ suscrito en Estambul el 11 de mayo de 2011 cuyos objetivos son:

- a. Proteger a las mujeres contra todas las formas de violencia, y prevenir, perseguir y eliminar la violencia contra la mujer y la violencia doméstica.
- b. Contribuir a eliminar toda forma de discriminación contra la mujer y promover la igualdad real entre mujeres y hombres, incluyendo el empoderamiento de las mujeres.
- c. Concebir un marco global, políticas y medidas de protección y asistencia a todas las víctimas de violencia contra la mujer y la violencia doméstica.
- d. Promover la cooperación internacional para eliminar la violencia contra la mujer y la violencia doméstica.
- e. Apoyar y ayudar a las organizaciones y las fuerzas y cuerpos de seguridad para cooperar de manera eficaz para adoptar un enfoque integrado con vistas a eliminar la violencia contra la mujer y la violencia doméstica.

Para garantizar una aplicación efectiva de sus disposiciones por las Partes, el presente Convenio crea un mecanismo de seguimiento específico.

1.11.2. La respuesta del Estado Español. Marco legislativo y estratégico nacional.

En España, las iniciativas para crear conciencia en el sector de la salud a la violencia basada en el género incluyen el establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica para documentar los problemas de salud de las mujeres; la creación de la Comisión contra la Violencia de Género para coordinar los programas; acciones del Servicio Nacional de Salud para implementar compromisos específicos en la ley de España sobre violencia de género, incluida la formación de profesionales de la salud; y el desarrollo de un protocolo común para una respuesta de atención médica a la violencia basada en el género. Además el artículo 149.1 señala que *“El Estado tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias: 1. La regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales”*.

En el año 1998 se elaboró el primer “Plan de acción contra la Violencia Doméstica” (1998-2000)¹¹⁹ impulsado por el Instituto de la Mujer del Ministerio de Trabajo y Asuntos

¹¹⁸ Consejo de Europa (2011), op. cit. en nota 5.

¹¹⁹ Instituto de la Mujer. Plan de acción contra la violencia doméstica (1998-2000). Madrid: Instituto de la Mujer; 1999.

sociales. Posteriormente, se puso en marcha el II Plan Integral contra la Violencia Doméstica (2001-2004)¹²⁰.

Respecto al Código Penal, encontramos las leyes que rigen la consideración y medidas respecto a la VG:

- a. Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de Medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social donde se reconoció el “delito de maltrato ocasional” Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, de Reforma del Código Penal, con la pena de prohibición de aproximación en todos los delitos contra la violencia sobre la mujer y doméstica¹²¹.
- b. Ley 27/2003, de 31 de Julio¹²², reguladora de la Orden de Protección de las víctimas de la violencia doméstica.
- c. De especial importancia es la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género¹²³.

En esta se contempla dentro del Título I de “Medidas de sensibilización, prevención y detección” la sensibilización y formación en el ámbito sanitario (capítulo III, artículo 15):

- a. Las Administraciones sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la VG y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia.
- b. En particular, se desarrollarán programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer en las situaciones de VG a que se refiere esta Ley.
- c. Las Administraciones educativas competentes asegurarán que en los ámbitos curriculares de las licenciaturas y diplomaturas, y en los programas de especialización de las profesiones socio-sanitarias, se incorporen contenidos

¹²⁰ Instituto de la Mujer. II Plan Integral contra la Violencia Doméstica. Madrid: Instituto de la Mujer; 2001.

¹²¹ Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros. Boletín Oficial del Estado, nº 234(30-9-2003).

¹²² Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica. Boletín Oficial del Estado nº 183(1-8-2003).

¹²³ Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado nº 313 (29-12-2004).

dirigidos a la capacitación para la prevención, la detección precoz, intervención y apoyo a las víctimas de esta forma de violencia.

- d. En los Planes Nacionales de Salud que procedan se contemplará un apartado de prevención e intervención integral en VG.

Otros planes específicos posteriores han sido:

- a. Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género 2007-2008¹²⁴.
- b. Plan de Atención y Prevención de la Violencia de Género en Población Extranjera Inmigrante 2009-2012¹²⁵.
- c. Plan Integral contra la Trata de Seres Humanos con fines de explotación sexual 2009-2012¹²⁶.
- d. La Estrategia Nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer es el documento donde se establecen los objetivos y medidas a llevar a cabo durante el periodo 2013 –2016.

En el año 2014 se ha publicado en el Boletín Oficial del Estado la ratificación por España del Convenio sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica de Estambul de 11 de mayo de 2011¹²⁷.

1.11.3. Marco legislativo autonómico en la Región de Murcia.

El Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia repite el mandato Constitucional dirigido a los poderes públicos de la Región de Murcia de promover las condiciones para que la libertad y la igualdad sean reales y efectivas en la Región.

El Estatuto reconoce, en su artículo 10.Uno.20, como competencia exclusiva de esta Comunidad Autónoma la promoción de la mujer, correspondiéndole en el ejercicio de ésta, la

¹²⁴ Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Plan Nacional de sensibilización y prevención de la violencia de género: marco conceptual y ejes de intervención. Madrid: Ministerio de Trabajo y asuntos Sociales. Delegación Especial del Gobierno para la violencia de Género; 2009.

¹²⁵ Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Plan de atención y prevención de la violencia de género en población extranjera inmigrante (2009-2012). Madrid: Ministerio de Sanidad, Serv sociales e Igualdad; 2009.

¹²⁶ Ministerio de Igualdad. Plan Integral de Lucha contra la trata con fines de explotación sexual (2009-2012). Madrid: Ministerio de Igualdad. Subdirección General de Cooperación y Relaciones Institucionales; 2010.

¹²⁷ Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, Estambul 11-05-2011.Boletín Oficial del Estado nº137(6-6-2014).

potestad legislativa, reglamentaria y la función ejecutiva, respetando en todo caso lo dispuesto en la Constitución¹²⁸.

El contenido legislativo está desarrollado en la 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 Murcia¹²⁹.

En el artículo 40 define la VG como “*toda agresión física o psíquica ejercida a una mujer, por razón de su sexo, que sea susceptible de producir en ella un menoscabo de su salud, integridad física, libertad sexual o cualquier otra situación que restrinja su libertad, incluyéndose la ejercida sobre su descendencia menor de edad y personas que dependan de ella siempre que lo hubieran sido por razón de su sexo*” y considera como tal:

- a. Las agresiones físicas o psíquicas a la mujer por quien sea o haya sido su cónyuge o por quien esté o haya estado ligado a ella por análoga relación de afectividad aun sin convivencia. En el caso de mujeres con discapacidad, se incluirán aquellas agresiones ejercidas por hombres de su entorno familiar, aunque no tengan la condición de cónyuge o persona con la que esté ligada por análoga relación de afectividad aun sin convivencia.
- b. Las agresiones y abusos sexuales contra la mujer.
- c. La mutilación genital femenina en cualquiera de sus manifestaciones.
- d. La inducción a una mujer a ejercer la prostitución.
- e. El acoso sexual en el ámbito laboral.
- f. Las detenciones ilegales, amenazas y coacciones.
- g. El tráfico o el favorecimiento de la inmigración clandestina de mujeres.
- h. Las manifestaciones de violencia física o psíquica ejercida sobre la mujer asociadas a la posición de poder que ocupan los varones en la estructura social.

En el artículo 45 dispone que se garantizará la formación necesaria para que, en sus diferentes ámbitos profesionales, puedan prevenir y detectar precozmente los casos de violencia de género y garantizar una intervención adecuada y efectiva al personal implicado.

En el artículo 46 establece que se fomentará la puesta en marcha de convenios y protocolos de actuación con las fuerzas y cuerpos de seguridad, órganos judiciales, forenses,

¹²⁸ Cabrera R, Carazo MJ. Análisis de la legislación. autonómica sobre violencia de género. Madrid: Ministerio de Igualdad. Subdirección General de Cooperación y Relaciones Institucionales; 2008. Colección contra la violencia de género. Documentos: 5.

¹²⁹ 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. Boletín Oficial de la Región de Murcia nº 91(21-4-2007).

Ministerio Fiscal, colegios profesionales de abogados, trabajadores sociales, psicólogos y personal sanitario, que intervienen en la atención de las víctimas de violencia.

En el artículo 47 expresa que se proporcionará a las mujeres una asistencia integral para paliar las consecuencias físicas y psíquicas que la violencia cause sobre ellas, comprendiendo dicha asistencia integral el aseguramiento de su seguridad, la atención a su salud física y mental, así como a sus necesidades económicas, jurídicas y sociales.

En el artículo 48 estipula los dispositivos de atención urgente, de acogida temporal y de atención continuada que comprenderá:

- a. Atención médica.
- b. Asesoramiento jurídico.
- c. Atención psicológica.
- d. Acceso a los recursos sociales habilitados al efecto.
- e. Acogimiento inmediato en centros de emergencia.

En el artículo 51 se especifican las medidas en el ámbito sanitario: *“garantizará la realización de acciones formativas dirigidas al personal sanitario para la atención a las víctimas de VG en los centros de atención primaria, atención especializada y servicios de urgencias, de los centros hospitalarios y la aplicación del protocolo sanitario existente”*.

Esta normativa se modifica posteriormente con la Ley 3/2008¹³⁰ que en su artículo único sobre infracciones dispone: *“Constituye infracción grave el incumplimiento de la obligación de confidencialidad respecto de datos personales, sociales y sanitarios de mujeres que obren en los expedientes tramitados en aplicación de lo establecido en el artículo 48 de la presente Ley”*.

Para la aplicación de la Ley se articularon guías y protocolos:

- a. Protocolo para la detección y atención de la violencia de género en atención primaria de la Región de Murcia. Consejería de Sanidad de Murcia (2007)¹³¹.
- b. Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos. Consejería de la Presidencia. Secretaría Sectorial de la Mujer y de la Juventud. Región de Murcia (2000)¹³².

¹³⁰ Ley 3/2008, de 3 de julio, de Modificación de la 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. Boletín Oficial de la Región de Murcia nº 165 (17-7-2008).

¹³¹ Servicio Murciano de Salud. Protocolo para la detección y atención de la violencia de género en Atención Primaria de la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad de Murcia; 2007.

¹³² Consejería de la Presidencia. Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos. Murcia: Consejería de la Presidencia. Secretaría Sectorial de la Mujer y de la Juventud. Región de Murcia; 2000.

- c. Guía profesional de recursos de atención a mujeres víctimas de violencia de género. 2011¹³³, 2012, 2013 y 2014.
- d. Guía práctica clínica. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja. 2011¹³⁴.
- e. Protocolo regional de prevención y detección de violencia en la mujer mayor de 65 años¹³⁵.
- f. Guía para el impulso y funcionamiento de las mesas locales de coordinación (MLC) contra la violencia de género. 2012¹³⁶.
- g. Plan integral de formación en violencia de género. 2010¹³⁷.
- h. Protocolo de actuación del Dispositivo de atención telefónica urgente para mujeres maltratadas 112 de la Región de Murcia¹³⁸.
- i. Protocolo de actuación de las casas de acogida y piso tutelado de la Región de Murcia Manual de procedimiento de la Red Regional CAVI¹³⁹.
- j. Protocolo del Punto de Coordinación de las órdenes de protección para las mujeres víctimas de violencia de género de la Región de Murcia¹⁴⁰.
- k. Protocolo de Coordinación del Servicio Regional de Empleo y Formación con el Instituto de la Mujer de la Región de Murcia para mejorar la inserción sociolaboral de mujeres víctimas de violencia de género de la Región de Murcia¹⁴¹.

¹³³ Consejería de Sanidad y Política Social. Guía profesional de recursos de atención a mujeres víctimas de violencia de género. 4ª ed. Murcia: Dirección General de Política Social. Consejería de Sanidad y Política Social. Región de Murcia; 2014.

¹³⁴ Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Guía práctica clínica. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2011.

¹³⁵ Instituto de la Mujer de la Región de Murcia. Protocolo regional de prevención y detección de violencia en la mujer mayor de 65 años (S/D).

¹³⁶ Consejería de Presidencia de la Región de Murcia. Guía para el impulso y funcionamiento de las mesas locales de coordinación contra la violencia de género. Murcia: Consejería de Presidencia. Dirección General de Prevención de la Violencia de Género, Juventud, Protección Jurídica y Reforma de Menores; 2012.

¹³⁷ Consejería de Sanidad y consumo de la Región de Murcia Plan integral de formación en violencia de género. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia; 2010.

¹³⁸ Consejería de Justicia y Seguridad Ciudadana. Protocolo de Actuación del Dispositivo de Atención Telefónica Urgente para Mujeres Maltratadas en la Región de Murcia. 112. Murcia: Dirección General de Prevención de la Violencia de Género y Reforma Juvenil; 2011.

¹³⁹ Consejería de Presidencia de la Región de Murcia Protocolo de actuación de las casas de acogida y piso tutelado de la Región de Murcia Manual de procedimiento de la RED REGIONAL CAVI. Murcia: Dirección General de Prevención de Violencia de Género de Prevención de Violencia de Género, Juventud, Protección Jurídica y Reforma Juvenil; 2012.

¹⁴⁰ Consejería de Presidencia de la Región de Murcia. Protocolo de Coordinación Interinstitucional en Violencia de Género de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Presidencia Dirección General de Prevención de Violencia de Género, Juventud, Protección Jurídica y Reforma de Menores; 2012.

¹⁴¹ Portal Violencia de Género. Región de Murcia [www.violenciadegenero.carm.es] Protocolo de Coordinación del Servicio Regional de Empleo y Formación con el Instituto de la Mujer de la Región de Murcia para mejorar la inserción sociolaboral de mujeres víctimas de violencia de género de la Región de Murcia 2010 [consultado 14-01-2015]. Disponible en:

http://violenciadegenero.carm.es/export/sites/default/lineas_actuacion/coordinacion/_descargas/PROTOCOLO_IM_RM-SEF.pdf

- l. Guía y Manual de valoración integral forense de la violencia de género y doméstica. ministerio de Justicia. 2005¹⁴².
- m. Guía de criterios de actuación judicial del Consejo General del Poder Judicial¹⁴³.
- n. Protocolo para la implantación de las órdenes de protección de las víctimas de violencia de doméstica¹⁴⁴.
- o. Protección de actuación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y de coordinación con los órganos judiciales para la protección de la violencia doméstica y de género¹⁴⁵.
- p. Maltrato Infantil: protocolos de actuación¹⁴⁶.

¹⁴² Ministerio de Justicia. Guía y Manual de valoración integral forense de la violencia de género y doméstica. Madrid: Ministerio de Justicia. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones; 2005.

¹⁴³ Consejo General del Poder Judicial. Guía de criterios de actuación judicial del Consejo General del Poder Judicial. 2ª ed. Madrid: Consejo General del Poder Judicial; 2013.

¹⁴⁴ Comisión de Seguimiento de la Implantación de la Orden de Protección de las Víctimas de Violencia Doméstica. Consejo General del Poder Judicial. Protocolo para la implantación de las órdenes de protección de las víctimas de violencia de doméstica. Madrid: Consejo General del Poder Judicial; 2004.

¹⁴⁵ Consejo General del Poder Judicial. Protocolo de actuación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y de coordinación con los órganos judiciales para la protección de la violencia doméstica y de género. Consejo General del Poder Judicial; 2005.

¹⁴⁶ Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. Maltrato Infantil: protocolos de actuación. 2ª ed. Murcia: Dirección General de Familia y Menor. Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración; 2008.

1.12. Situación actual.

1.12.1. Prevalencia.

Los datos de prevalencia de violencia de género son muy variables debido a las dificultades para medir una violencia que es estructural, graduable y llevada a cabo en el ámbito privado: *“Nadie ha puesto en duda que hubiera que medirla, puesto que conocer la magnitud del problema es imprescindible en una política pública: justifica los medios humanos y materiales y además establece una línea base desde la que valorar los resultados del esfuerzo. Cuando además, el lema ha sido “erradicar” la violencia, parece lógico conocer cuánto queda para lograr ese fin. De modo que gran parte de la investigación se ha orientado a conocer las dimensiones del fenómeno”*¹⁴⁷.

Las investigaciones se han realizado directamente mediante encuestas e, indirectamente, mediante indicadores como los datos de mortalidad, denuncias, uso de servicios, condenas y ordenes de alejamiento básicamente.

Estudios internacionales realizados antes del año 1999 en 35 países, concluyeron que entre el 10% y el 52% de las mujeres había sufrido maltrato físico por parte de su pareja en algún momento de su vida, y entre el 10% y el 30% había sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja¹⁴⁸.

El estudio que marcó un hito en las investigaciones fue el “Estudio Multipaís de la OMS”¹⁴⁹ publicado en 2005 en el que equipos formados específicamente entrevistaron a más de 24.000 mujeres pertenecientes a 15 entornos de 10 países con diferentes entornos culturales: Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, Samoa, Serbia y Montenegro, Tailandia y Tanzania. El porcentaje de mujeres que habían sufrido violencia física a manos de sus parejas oscilaba entre el 13% en Japón y el 61% en el entorno provincial de Perú. Japón también registraba el nivel más bajo de violencia sexual (6%), mientras que el más elevado se registraba en Etiopía (59%).

En datos globales y regionales publicados en 2013¹⁵⁰ se puso de manifiesto que a nivel mundial el 30% de las mujeres que alguna vez han tenido pareja han experimentado violencia física o sexual por parte de él (gráfico 5).

¹⁴⁷ Red2Red Grupo. Pernas B (2011), op. cit. en nota 90.

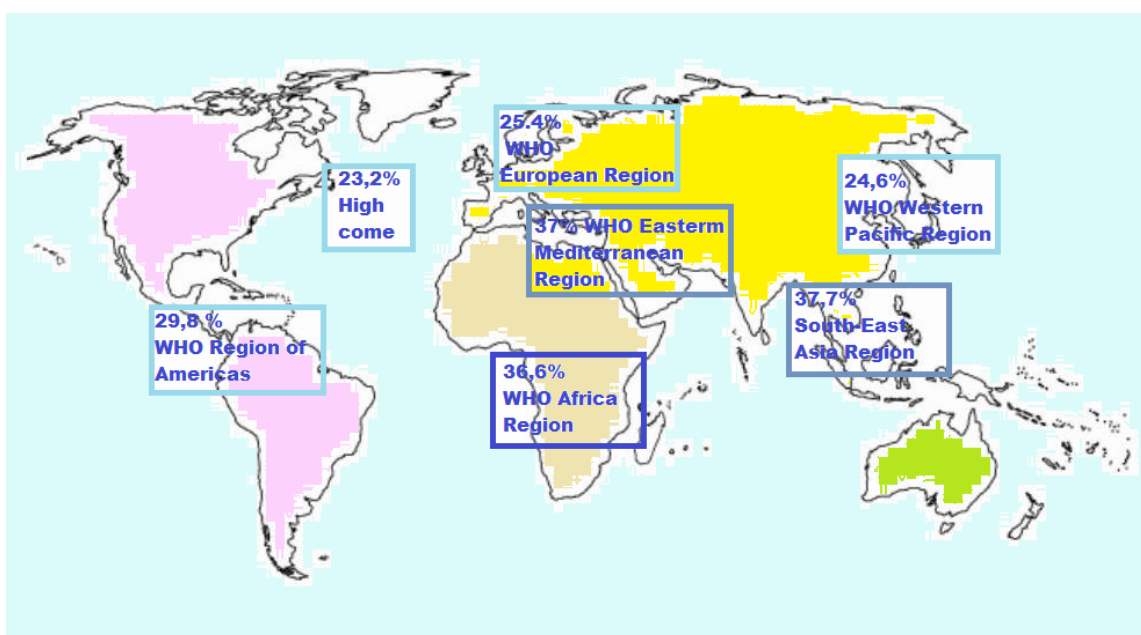
¹⁴⁸ Heise, García Moreno (2003), op. cit. en nota 1.

¹⁴⁹ Organización Mundial de la Salud (2005), op. cit. en nota 30.

¹⁵⁰ World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013.

Los porcentajes de esta violencia varían entre el 23% y el 47% por ciento en las diferentes regiones del mundo. Por la falta de acuerdo sobre las medidas estándar para valorar la violencia psicológica, esta no se ha incluido en el estudio. Se ha llevado a cabo a través de revisión sistemática mediante compilación de la evidencia en la literatura revisada por pares hasta 2008, incluyéndose estudios de datos primarios de encuestas a mujeres mayores de 15 años que representan todas las regiones del mundo.

Gráfico 5. Prevalencia de violencia de género en las regiones de la OMS. Fuente: Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non partner sexual violence. World Health Organization. 2013.



La prevalencia fue más elevada en las Regiones de África de la OMS, el Mediterráneo Oriental y Sur-Este de Asia, donde aproximadamente el 37% de las mujeres que ha tenido pareja alguna vez informó de que había experimentado violencia física y/o sexual por parte de la misma en algún momento de sus vidas. El siguiente lugar lo ocupa la Región de las Américas, con aproximadamente el 30% de las mujeres que ha tenido pareja alguna vez. Como contrapunto, los datos de prevalencia fueron menores en la región de altos ingresos (23%) y en el entorno europeo (25,4%) y las Regiones del Pacífico Occidental, donde el 25% de mujeres informaron de este problema.

Cuando se observan las cifras por tramos de edad, sorprende que la prevalencia aparece elevada ya entre las mujeres jóvenes de 15-19 años, lo que sugiere que la violencia comúnmente comienza temprano. Continúa aumentando progresivamente hasta llegar a su

punto máximo en el grupo de edad de 40-44 años. La prevalencia entre las mujeres de 50 años o mayores es menor, aunque los intervalos de confianza alrededor de estas estimaciones son bastante grandes, y un examen más detallado revela que los datos de violencia de género para la edad avanzada corresponden a grupos que provienen principalmente de países de altos ingresos.

En lo que concierne a la Unión Europea, los resultados reflejan que el 22 por ciento de las mujeres que han tenido una relación de pareja con un hombre ha experimentado violencia física o sexual por su parte. El 43 por ciento de las mujeres ha sufrido alguna forma de violencia psicológica por parte de su actual pareja masculina o una anterior¹⁵¹.

A nivel nacional, las encuestas representativas en Europa han estimado cifras de prevalencia de la violencia de pareja física y/o sexual entre las mujeres de un 32% en Finlandia, 27% en Noruega y 25% en Alemania.

En España, los referentes más usados para valorar la magnitud de la violencia contra la mujer los constituyen las macroencuestas de violencia contra la mujer (1999, 2002, 2006, 2011 y 2015)¹⁵².

El porcentaje de mujeres que señaló haber sufrido violencia de género alguna vez en la vida en la Macroencuesta de 2011, ha sido del 10,9% del total de entrevistadas, lo que equivale a más de 2.150.000 mujeres. Esto refleja un aumento muy importante de la proporción de mujeres que declaraban haber sufrido malos tratos alguna vez en la vida frente a los años 2006 (6,3%), 2002 (6,2%) y a 1999 (5,1%). La variación en los datos de las mujeres que dicen haber sufrido maltrato de género en el último año se incrementó, respecto a los datos de las tres macroencuestas anteriores (que no presentaban variaciones significativas) hasta llegar al 3,0% del total de encuestadas.

En otros estudios de ámbito regional como el realizado en Castilla-La Mancha¹⁵³ (2009) mostró que el 18% de la muestra informó haber sufrido algún tipo de violencia por parte de sus parejas. Por último, en el realizado en Madrid¹⁵⁴ (2010) se encontró en el momento del estudio que en el último año un 8,6% de las mujeres informaron haber sufrido violencia psicológica, 2,4% violencia física y 1,1% violencia sexual.

¹⁵¹ European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). Violence against women: an EU-wide survey. Main results. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014.

¹⁵² Red2Red Grupo. Pernas B (2011), op. cit. en nota 90.

¹⁵³ Ulla, Velázquez, Notario, Solera, Valero, Olivares (2009), op. cit. en nota 49.

¹⁵⁴ Zorrilla B, Pires M, Lasheras L, Morant C, Seoane L, Sánchez LM et al. Intimate partner violence: last year prevalence and association with socio-economic factors among women in Madrid, Spain. *European Journal of Public Health*. 2010; 20(2):169-75.

1.12.2. Macroencuestas de la Delegación del gobierno y el Centro de Investigaciones sociológicas.

La Macroencuesta de Violencia contra la Mujer es el estudio estadístico que se realiza cada cuatro años desde 1999 para conocer el número de mujeres residentes en España que han sufrido o que sufren en el momento del estudio algún tipo de violencia de género.

Fueron promovidas en tres ocasiones (1999, 2002 y 2006) por el Instituto de la Mujer y en ellas se entrevistaba telefónicamente a mujeres de 18 años y más, incluyendo más de veinte mil en las de 1999 y 2002, más de treinta mil en la de 2006. Se referían al maltrato contra las mujeres en el ámbito familiar y no distinguían la violencia de género de la violencia doméstica.

La Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, en el marco de un convenio con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), es la encargada de realizarla desde el año 2011, en cuya ocasión las entrevistas fueron presenciales, realizándose en el domicilio de cerca de ocho mil mujeres de de 18 años y mayores. En esa Macroencuesta se introdujeron algunas modificaciones referentes a la opinión respecto a la violencia de género (para todas las encuestadas) y otras sobre la existencia o no de hijos e hijas menores en los entornos de la violencia y, por último, cambios en relación con la denuncia o no (para las encuestadas que señalaban haber sufrido violencia de género). Se referían al maltrato declarado y proveniente de varones que eran o habían sido marido o pareja de las mujeres encuestadas.

La última Macroencuesta¹⁵⁵ se ha realizado en 2015 con sustanciales cambios metodológicos:

- a. Entrevistas presenciales a 10.171 mujeres representativas, en esta ocasión incluyendo a las de edades 16 y 17 años.
- b. Formación específica a las personas encuestadoras, adaptación del cuestionario a las directrices internacionales de la ONU y Consejo de Europa.
- c. Se pregunta a las mujeres por hechos concretos de violencia física, sexual, psicológica de control o emocional y económica.
- d. Se cumple la petición de Naciones Unidas para que en el año 2015 los Estados proporcionen datos sobre ocho indicadores de violencia contra la mujer.
- e. También se mide por primera vez la violencia física y sexual que sufren las mujeres fuera del ámbito de la pareja o ex pareja en cumplimiento de lo dispuesto en la

¹⁵⁵ Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2015), op. cit. en nota 31.

Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016 sobre hacer visibles otras formas de violencia sobre la mujer.

En una valoración evolutiva de los datos desde 1999 hasta 2011 en el total de mujeres encuestadas, vemos como los porcentajes de maltrato van aumentando progresivamente tanto en el maltrato alguna vez en la vida como en el último año y como alguna vez en la vida pero no en el último año (tabla 5).

Tabla 5. Datos comparativos del total de mujeres entrevistadas en las macroencuestas 1999, 2002, 2006 y 2011 de violencia contra la mujer. Modificado de: "Macroencuesta de violencia contra la mujer 2011".

	Macroencuesta 1999	Macroencuesta 2002	Macroencuesta 2006	Macroencuesta 2011
Total de mujeres de 18 años o mayores	100	100	100	100
Nunca maltrato	94,9	93,8	93,7	89,1
Maltrato alguna vez en la vida	5,1	6,2	6,3	10,9
Maltrato en el último año	2,2	2,3	2,1	3,0
Maltrato alguna vez en la vida pero no en el último año	2,9	3,9	4,2	7,9

Cuando se analiza el grupo de mujeres que han declarado ser víctimas alguna vez en la vida, observamos, sin embargo, que las mujeres que han sufrido maltrato en el último año disminuye a la vez que se eleva la de mujeres que han sufrido maltrato alguna vez pero no en el último año lo que nos da la magnitud de las mujeres que han salido de esta situación (tabla 6).

Tabla 6. Datos comparativos de mujeres víctimas de las cuatro macroencuestas de violencia contra la mujer. Modificado de: "Macroencuesta de violencia contra la mujer 2011".

	Macroencuesta 1999	Macroencuesta 2002	Macroencuesta 2006	Macroencuesta 2011
Maltrato alguna vez en la vida	100	100	100	100
Maltrato en el último año	43,1	37,5	33,3	27,5
Maltrato alguna vez en la vida pero no en el último año	56,9	62,9	66,7	72,5

Si analizamos los datos de la Macroencuesta 2015 (tabla 7) es difícil hacer comparaciones fielmente con las previas ya que se ha incluido a mujeres que no lo estaban previamente (17 y 18 años) y además no se pregunta por maltrato en general sino por situaciones concretas del mismo y los datos están desagregados según la naturaleza de la violencia.

Tabla 7. Violencia física o sexual de alguna pareja o expareja a lo largo de la vida. Fuente: Macroencuesta de violencia contra la mujer. 2015. Avance de resultados. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.

	% sobre total de mujeres residentes en España de 16 o más años	% sobre total de mujeres residentes en España de 16 o más años que han tenido pareja alguna vez en su vida
Física		
SÍ	10,3%	10,7%
NO	88,8%	88,4%
N.C	0,9%	0,9%
Sexual		
SÍ	8,1%	8,4%
NO	91,3%	90,9%
N.C	0,7%	0,7%
Física o sexual		
SÍ	12,5%	13%
NO	86,4%	85,9%
N.C	1,1%	1,1%

1.12.3. Servicio telefónico de información y asesoramiento jurídico en materia de violencia de género.

El 016 es un servicio telefónico de información y de asesoramiento jurídico dirigido a mujeres víctimas de violencia de género, que está enmarcado en el Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género, y que fue aprobado en diciembre de 2006 por el Consejo de Ministros. Se puso en marcha el 3 de septiembre del año 2007 con los objetivos de proporcionar información y asesoramiento adecuados a la situación personal de las víctimas en todo el territorio español. Ofrece atención gratuita y profesional, las 24 horas del día todos los días del año, deriva las llamadas de urgencia al Teléfono Único de

Emergencias 112, informa a las mujeres víctimas de violencia de género y a las personas de su entorno qué hacer en caso de maltrato, sobre recursos y derechos de las víctimas en materia de empleo, servicios sociales, ayudas económicas, recursos de información, de asistencia y de acogida para víctimas, proporciona asesoramiento jurídico. Atiende en 51 idiomas, siendo los más demandados castellano, catalán, gallego, vasco, inglés, francés, alemán, árabe, búlgaro, chino, portugués, rumano y ruso.

A partir de la Conferencia Sectorial de la Mujer celebrada el día 23 de julio de 2007, se han llevado a cabo convenios de colaboración con la mayoría de Comunidades Autónomas y Ciudades de Ceuta y Melilla. De esta forma, las llamadas al 016 son derivadas a los teléfonos autonómicos que garantizan un servicio similar, y en los casos en que la prestación difiere, se atienden por las propias operadoras del 016 a partir de la información facilitada por las propias Comunidades Autónomas. En el caso de la Región de Murcia las llamadas son derivadas al número único de emergencias 112.

La mayoría de las llamadas que se atendieron en el servicio de atención telefónica del 016 desde la puesta en marcha del servicio, fueron realizadas en mayor medida por mujeres que llamaron para plantear consultas sobre su propia situación, en segundo lugar por familiares y amigos de las víctimas y, por último, por profesionales y empresas privadas o públicas. El año que más llamadas se recibieron fue el 2008 con 74.951 con cifras fluctuantes pero inferiores desde entonces hasta el número de 68.651 del año 2014 (gráfico 6). Durante todo este período, el servicio 016 de la Región de Murcia recibió 13.568 llamadas (gráfico 7) y suponen cifras aproximadas al 3 % del total nacional (gráfico 8).

Gráfico 6. Número de llamadas al 016 por año desde 2007 hasta 2014 en España. Fuente: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



Gráfico 7. Número de llamadas al 016 por año desde 2007 hasta 2014 en la Región de Murcia. Fuente: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

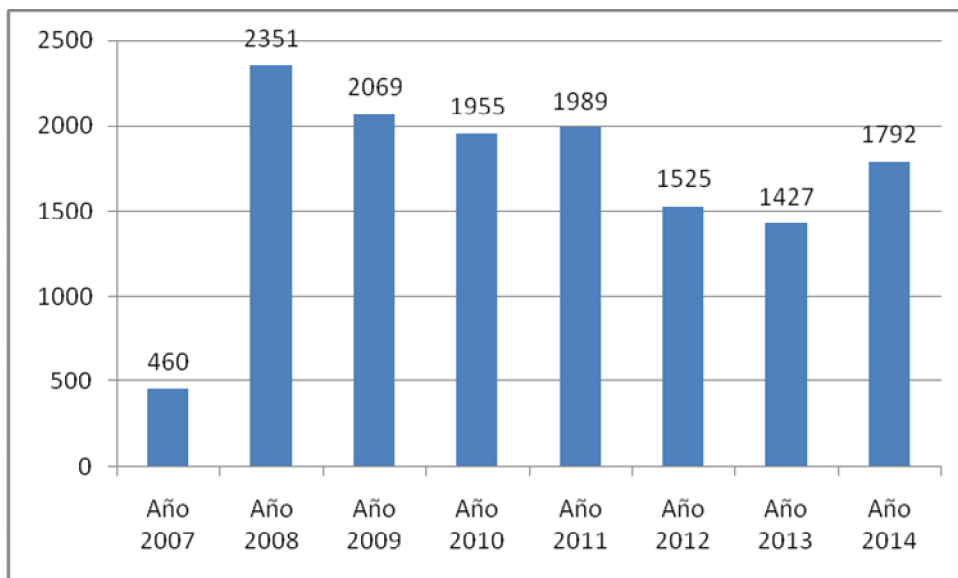
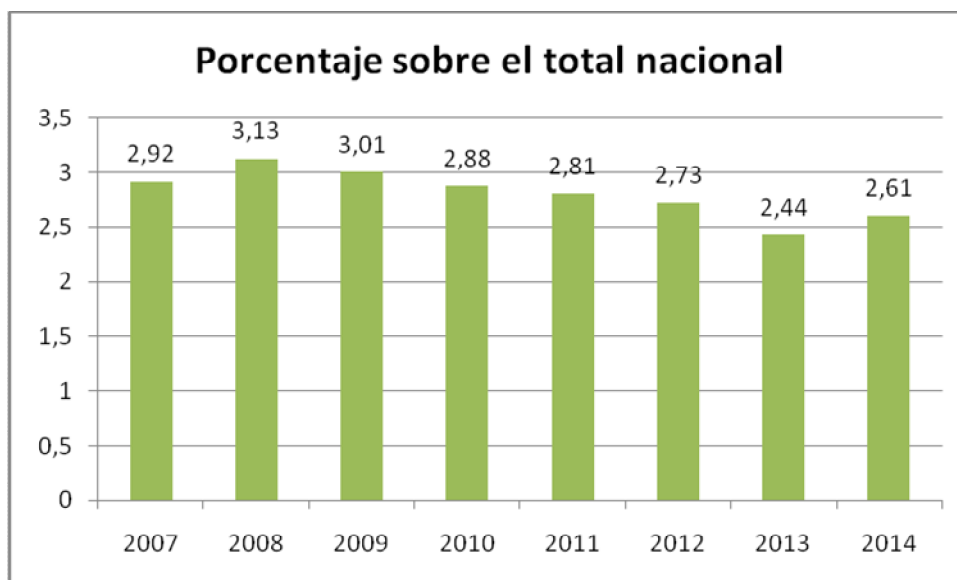


Gráfico 8. Porcentaje de llamadas al 016 por año desde 2007 hasta 2014 en Murcia relacionadas con el número total de llamadas en España. Elaboración propia a partir de datos de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



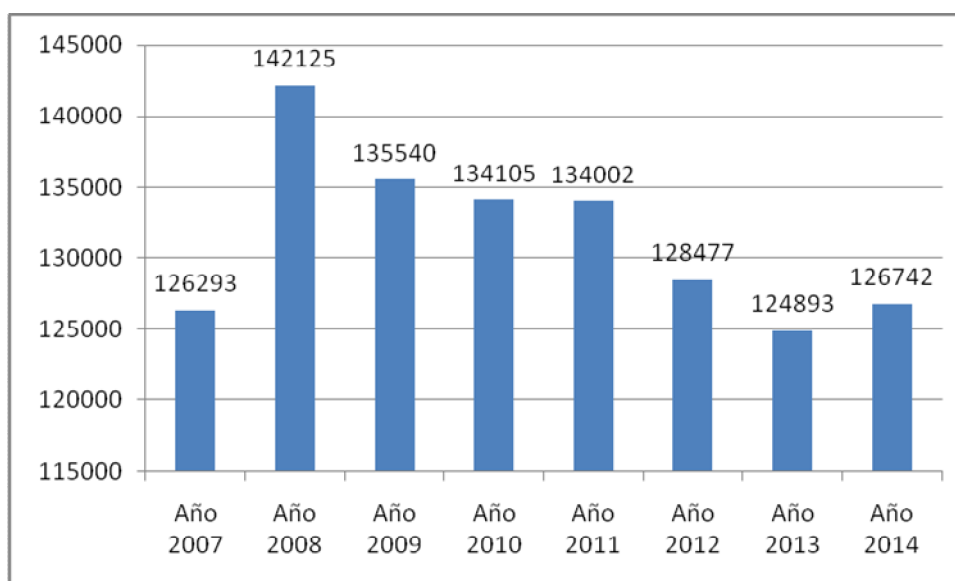
1.12.4. Denuncias de violencia de género en los Juzgados de Violencia sobre la Mujer.

Los Juzgados de Violencia sobre la Mujer entraron en funcionamiento el 29 de junio de 2005 en cumplimiento de lo establecido por la Ley Orgánica 1/2004, de 28 diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Son juzgados del orden penal encargados de la instrucción de los delitos relacionados con la violencia de género. Además, enjuician y sentencian las denuncias por faltas y, por último, dictan sentencia condenatoria por los delitos que se tramitan por juicio rápido cuando existe conformidad entre las partes. En estos momentos existen 106 Juzgados de Violencia sobre la Mujer exclusivos en toda España, cuando en 2005 se inició esta especialización solo con 17 juzgados. Además, existen 355 juzgados compatibles.

Las denuncias siguen un patrón ascendente desde 2007 a 2008 donde alcanza su pico máximo con 142.125 denuncias y después un patrón descendente progresivo hasta las 124.893 de 2013 y un pequeño repunte en 2014 (gráfico 9).

De las 1.052.177 denuncias totales que se presentaron desde 2007 a 2014, 599.785 de ellas fueron interpuestas directamente por víctimas en juzgados o comisarías de policía, 140.427 a través de atestados policiales por intervención directa, 120.036 derivaban de partes de lesiones, y 15.083 fueron interpuestas por familiares de la víctima.

Grafico 9. Denuncias por violencia de género presentadas desde el año 2007 hasta el año 2014 en España. Fuente: Consejo General de Poder Judicial.



En lo referente a la Región de Murcia, a este mismo periodo corresponden 42.916 denuncias (gráfico 10) que suponen una cifra aproximada al 4% del total de denuncias en territorio español (gráfico 11).

Gráfico 10. Denuncias por violencia de género presentadas desde el año 2007 hasta el año 2014 en la Región de Murcia. Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

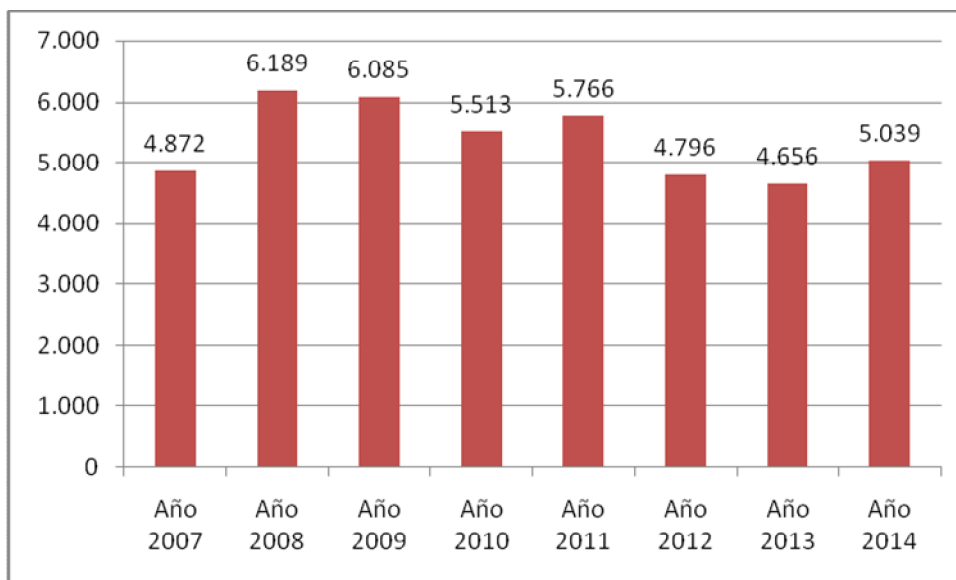
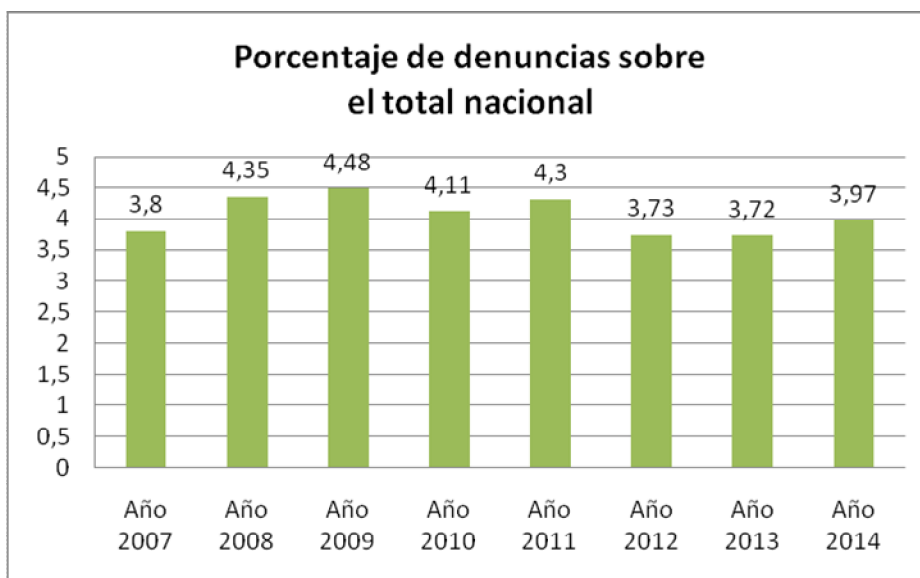


Gráfico 11. Porcentaje de denuncias por año desde 2007 hasta 2014 en la Región de Murcia relacionadas con el número total en España. Elaboración propia a partir de datos de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



1.12.5. Víctimas mortales. Informe anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer.

El número total de víctimas mortales en el periodo que va desde el año 2003 al 2014 es de 766. El 56,2% de las mujeres asesinadas en España en este periodo lo son a manos de su pareja o ex pareja. En 2014 el número de víctimas mortales fue de 54, de las cuales un 35,5% (17 mujeres) habían denunciado a su agresor. Asimismo, 10 víctimas mortales habían solicitado medidas de protección, de las cuales se les habían concedido a 9.

El número de víctimas fluctúa a lo largo de los años alcanzando su pico máximo en 2008 con 76 mujeres asesinadas (gráfico 12).

En el caso concreto de la Región de Murcia el número en el mismo periodo es de 23 mujeres víctimas mortales de violencia de género, destacando que no ha habido ninguna víctima mortal en los años, 2012, 2013 y 2014 (gráfico 13).

Es de destacar que, de las 566 víctimas mortales registradas entre el 1 de enero de 2006 a 31 de diciembre de 2014, único periodo en el que se dispone de estos datos, fueron denunciados por malos tratos 150 agresores (26,5%) mientras que los otros 416 (73,4%) no lo habían sido.

Gráfico 12. Víctimas mortales por violencia de género desde el 1 de enero de 2003 al 31 de diciembre de 2014. Fuente: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

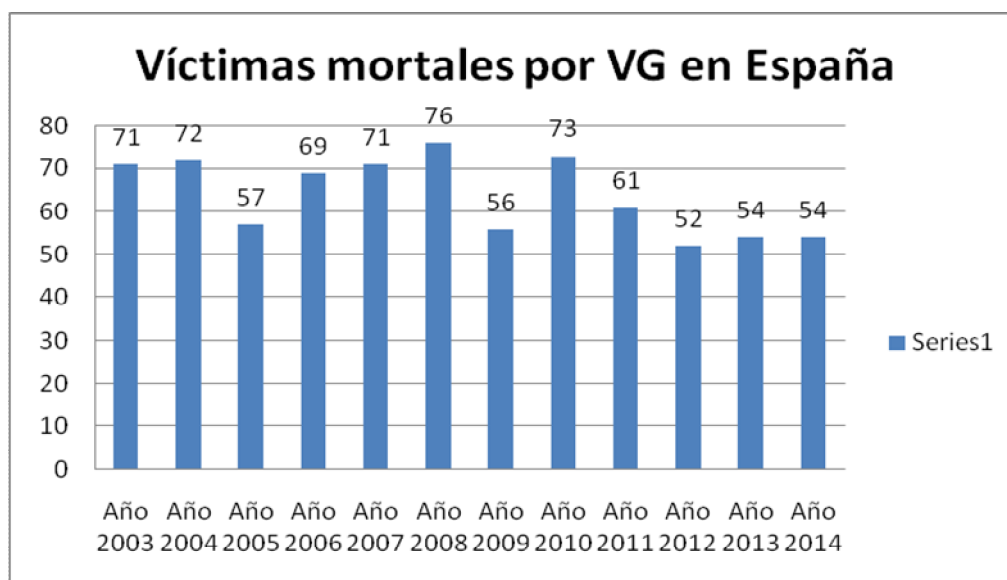


Gráfico 13. Víctimas mortales por violencia de género por nacionalidad desde el 1 de enero de 2003 al 31 de diciembre de 2014. Fuente: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

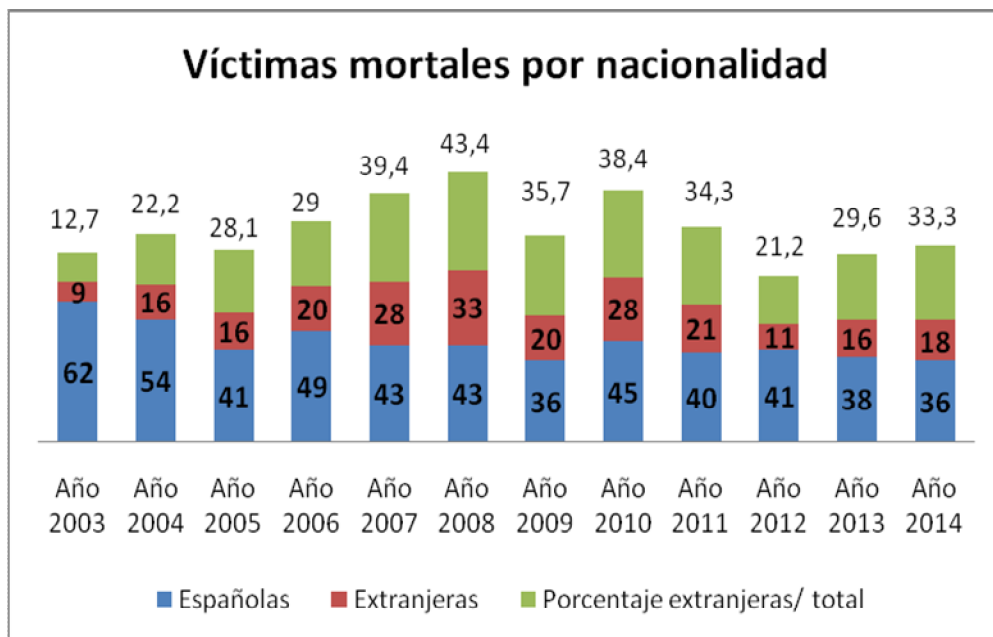
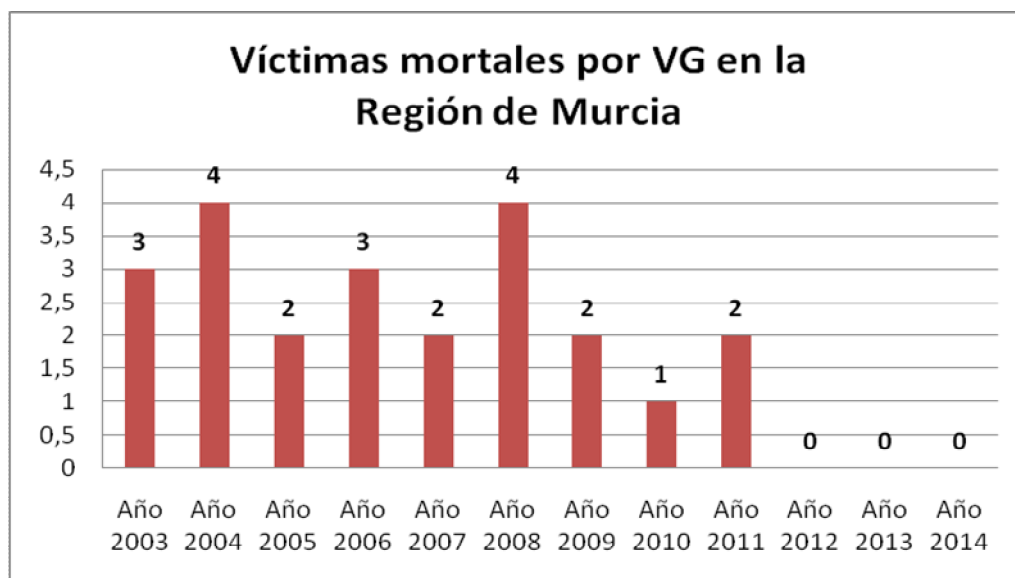


Gráfico 14. Víctimas mortales por violencia de género desde el 1 de enero de 2003 al 31 de diciembre de 2014 en la Región de Murcia. Elaboración propia a partir de datos de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



El Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género se creó en el año 2002 y tiene como objetivo principal el abordar el tratamiento de la violencia de género desde la Administración de Justicia. Está formado por el Consejo General del Poder Judicial, el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la Fiscalía General del Estado, las comunidades autónomas con competencias transferidas en Justicia y el Consejo General de la Abogacía Española y el Consejo General de Procuradores de España. Sus objetivos son:

- Aumentar la eficacia de las actuaciones en el ámbito de la Administración de Justicia, para la erradicación de estas violencias.
- Mejorar la coordinación entre las instituciones, participando en la elaboración de protocolos de actuación.
- Realizar estudios y análisis de las resoluciones judiciales así como propuestas de mejoras y reformas legislativas.
- Seguimiento estadístico del fenómeno en el ámbito judicial.
- Diseñar e impulsar un plan de formación especializada de los miembros de la carrera judicial y fiscal y demás personal al servicio de la Administración de Justicia.

Sus actividades para conseguir estos objetivos son:

- Recopilación y análisis de los datos obtenidos de las estadísticas judiciales, tales como número de denuncias, órdenes de protección, sentencias, víctimas.
- La promoción de análisis, estudios e investigaciones acerca de la respuesta judicial.
- La elaboración de conclusiones y recomendaciones sobre la evolución de la violencia de género.
- La concesión de premios anuales de reconocimiento a la persona, institución o asociación que más haya destacado en la erradicación de la violencia doméstica y de género.
- Especialmente, es un instrumento para mejorar la coordinación de las instituciones que lo forman y abordar las diferentes iniciativas que se propongan para erradicar, desde la Administración de Justicia, la violencia doméstica y de género.

Desde el año 2007 viene emitiendo informes sobre indicadores y aspectos concretos de la atención a víctimas de violencia de género: Los correspondientes a los años 2007 (I), 2009 (II), 2010 (III), 2011 (IV), 2012 (V) y 2013 (VI) presentaron información sobre violencia de

género referida, por una parte, a la fase previa y posterior a la puesta en marcha de la Ley Integral hasta 2007 (I) y de otra a los datos estadísticos hasta 2008 (II), 2009 (III), 2010 (IV), 2011 (V) y 2012 (VI) respectivamente.

Como anexo en el I Informe se presentó el “Sistema de indicadores y variables sobre violencia de género”. En el II Informe se recogió la investigación sobre “Procesos y realidades de las mujeres con discapacidad a causa de la violencia de género”. En el III Informe se publicó el “Informe del grupo de trabajo de investigación sobre el supuesto síndrome de alienación parental (SAP)”. A su vez, el IV Informe incluía un informe, del grupo de trabajo de investigación constituido al efecto, sobre la situación de la infancia y la violencia de género. En los sucesivos informes se han ido incrementando los indicadores utilizados, de forma que en el VII Informe¹⁵⁶ correspondiente a 2014 consta el anuario estadístico con indicadores distribuidos en 14 apartados:

- Víctimas mortales por violencia de género.
- Denuncias por violencia de género.
- Mujeres víctimas de violencia de género con atención policial.
- Datos judiciales sobre violencia de género.
- Servicio telefónico de información y asesoramiento jurídico en materia de violencia de género.
- Servicio telefónico de ayuda a niños y adolescentes en riesgo.
- Usuaras del servicio telefónico de atención y protección para víctimas de violencia de género (ATENPRO).
- Contratos bonificados de mujeres víctimas de violencia (1 de enero de 2003 a 31 de diciembre de 2013) y contratos de sustitución de víctimas de violencia de género (1 de enero de 2005 a 31 de diciembre de 2013).
- Mujeres víctimas de violencia perceptoras de la Renta Activa de Inserción (RAI).
- Perceptoras de la ayuda económica prevista en el artículo 27 de la ley integral.
- Concesiones de autorización de residencia temporal y trabajo de mujeres extranjeras víctimas de delitos de violencia de género.
- Sistema de seguimiento por medios telemáticos de las medidas de alejamiento en el ámbito de la violencia de género.
- Internos en centros penitenciarios con delitos por violencia de género.

¹⁵⁶ Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. VII Informe anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.

- Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género. Instituto Nacional de Estadística.

1.12.6. Informes de Violencia de Género de la Comisión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

En España, el Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de dar la atención precisa a las mujeres víctimas de violencia de género, existe un sistema de vigilancia epidemiológica para documentar los problemas de salud de las mujeres víctimas de violencia de género desde el año 2003.

También se creó la Comisión contra la Violencia de Género en el año 2004 en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para coordinar los programas¹⁵⁷ de atención a las víctimas en las distintas comunidades autónomas del territorio español, dar apoyo técnico y orientar la planificación de acciones sanitarias tal como se recoge en el Capítulo III de la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

Desde el año 2005 viene editando los informes elaborados entre las comunidades autónomas y el MSSSI con el objetivo de conocer la magnitud del problema atendido en los servicios sanitarios así como las acciones que se llevan a cabo para responder al problema de la violencia de género, tanto desde el punto de vista epidemiológico, de sensibilización, y de información a los profesionales sanitarios.

Estos informes adolecen de lagunas de información ya que no todas las CCAA envían sus datos todos los años. Hay que considerar, además, que los datos proceden de dos fuentes que son las historias clínicas y los partes de lesiones, con la posibilidad, en este caso, de que pudiera haber duplicados, con el esfuerzo requerido a las CCAA para que esto no se produzca.

Con la definición de caso de violencia de género, se considera toda mujer mayor de 14 años atendida por el sistema sanitario que reconoce sufrir maltrato por primera vez.

Según datos del Informe de Violencia de Género de la Comisión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en 2011¹⁵⁸, el sistema sanitario detectó e informó 9.614 mujeres maltratadas en edades de 14 años y mayores desde las Comunidades Autónomas (CCAA) a partir del Parte de Lesiones (PL) como fuente de información (tasa de 91,6 por 100.000). Por otra parte, 6083 mujeres maltratadas en esas mismas edades han sido

¹⁵⁷ García-Moreno C. Violence against women: The Spanish Response. *Eurohealth* 2012; 18(2):13-5.

¹⁵⁸ Comisión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Informe de Violencia de Género 2011. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.

casos comunicados por las CCAA a partir de la Historia Clínica (HC) como fuente de información (tasa de 70 por 100.000).

En el ámbito de Atención Primaria (AP), cualquiera que fuera la fuente, casi cuadruplicaba por término medio la detección de casos realizada desde Atención Especializada (AE). Las situaciones eran muy dispares entre CCAA y la incidencia real de mujeres maltratadas atendida por el sistema sanitario era difícil de valorar sin un estudio que corrigiera duplicidades entre fuentes y niveles asistenciales.

El maltrato físico era el más frecuente entre las mujeres detectadas por ambas fuentes y niveles y mayor cuando la fuente es el PL. El nivel especializado detectaba mayor frecuencia de maltrato sexual sobre todo cuando es a partir de los PL que lo señalan en un 13% de los casos detectados por esta fuente. Pero aunque era un indicador que recogían casi todas las CCAA, se desconocía el tipo/s de maltrato en el 66% de mujeres detectadas a través del PL y en una quinta parte de los obtenidos a través de la HC.

Respecto a la Región de Murcia, no constaban datos de HC sino del PL: número de casos detectados en AP 117, en AE 91 (total 208).

Una aportación muy importante de este informe es la presentación de un marco teórico y conceptual para desarrollar una metodología común que permita la identificación, recogida y difusión de Buenas Prácticas (BBPP), que tienen como objetivo permitir el proceso de evaluación y que vienen definidas como: “Aquella intervención o experiencia realizada, promovida o liderada desde los servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) que, basada en el mejor conocimiento científico disponible, demuestra ser efectiva en la prevención, detección precoz, asistencia sanitaria o recuperación de la salud de las mujeres que sufren VG y/o sus hijas e hijos; presentando elementos que faciliten su transferencia o su consideración como práctica innovadora para las actuaciones sanitarias del SNS contra la VG”.

En el Informe de 2012¹⁵⁹, globalmente, el sistema sanitario detectó e informó 9230 mujeres maltratadas de 14 años y mayores desde la CCAA a partir del parte de lesiones. A partir de la fuente de la historia clínica, lo fueron 8795 mujeres. El sistema sanitario, desde la Atención primaria (AP) detectó e informó 6340 mujeres maltratadas de 14 años y mayores (tasa de 49 por 100.000) y otras 2455 mujeres más, a partir de la AE (tasa de 19 por 100.000). En la Región de Murcia la tasa fue de 57,8 por 100.000 mujeres de 14 años y mayores. Continuó la dificultad en la valoración de la incidencia real de mujeres maltratadas

¹⁵⁹ Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. V Informe de Violencia de Género. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.

atendidas por el sistema sanitario, siendo necesario evitar duplicidades entre fuentes y niveles. No fue posible determinar el grado de coincidencia.

En el Informe de 2013¹⁶⁰ se constata el esfuerzo realizado por todos los servicios de salud para eliminar los duplicados entre varios partes de lesiones para una misma mujer aunque no es posible todavía el poder afirmar que no hay duplicidades entre casos detectados y registrados en distintos niveles de asistencia (AP, AE y Urgencias Extra hospitalarias).

Se han recibido datos correspondientes a 2013 de dieciséis CCAA más Ceuta y Melilla, excepto Baleares, lo que significa el 98% de cobertura poblacional. Además, se han obteniendo datos de la Historia Clínica en el 47% de la población lo que supone superar la cobertura respecto a cuando los datos se obtienen desde los partes de lesiones exclusivamente, que cubren el 27% poblacional (tabla 8).

¹⁶⁰ Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. VI Informe de Violencia de Género. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.

Tabla 8. Cobertura poblacional de violencia de género por fuente de información y Comunidad Autónoma. 2013. Fuente: Informe Anual VG. 2013. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

CCAA	Fuentes de información		Mujeres de 14 años y mayores	
	Historia Clínica	Parte de lesiones	Población	Porcentaje
Andalucía		X	3.642.040	18,0
Aragón	X		591.834	2,9
Asturias	X	X	503.953	2,5
Balears, Illes	No ha declarado			
Canarias	X	X	924.300	4,6
Cantabria	X	X	266.637	1,3
Castilla y León	X		1.135.058	5,6
Castilla la Mancha	X	X	895.788	4,4
Cataluña	X		3.287.395	16,2
Comunidad Valenciana	X	X	2.230.283	11,0
Extremadura	X		484.392	2,4
Galicia		X	1.282.185	6,3
Madrid	X		2.907.378	14,4
Murcia		X	613.936	3,0
Navarra	X		277.506	1,4
País Vasco	X		984.648	4,9
Rioja, La	X		139.949	0,7
Ceuta		X	33.090	0,2
Melilla		X	32.070	0,2

Por la fuente "PL" se han identificado 12.819 casos de mujeres maltratadas, lo que significa un aumento respecto a 2012 del 38,9%, mientras que por la historia clínica se han identificado 11.398. El grueso de la identificación tuvo lugar en AP (10.682), con un incremento del 43,7%, mientras que en AE se detectaron 2.137, un 18,8% más que el año anterior. Los mayores incrementos porcentuales se producen en Murcia, siguiéndole en orden Ceuta y la Comunidad Valenciana (tabla 9).

Tabla 9. Casos y tasas por 100.000 mujeres por CCAA, nivel asistencial y fuente de información. Fuente: Informe Anual VG. 2013. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

CCAA	Parte de Lesiones 2013				Historia Clínica 2013				Población 2013 Mujeres= \geq 14 años.
	Nº de casos detectados		Tasa (X 100.000)		Nº de casos detectados		Tasa (X 100.000)		
	AP	AE	AP	AE	AP	AE	AP	AE	
Andalucía	5688	1429	156,2	39,2					3.642.040
Galicia	857	24	66,43	1,86					1.282.185
Murcia	574	252	93,5	41,1					613.936
Ceuta	18	28	54,39	41,1					33.090
Melilla	88	13	216,41	32					32.070
Total (5 CCAA)	72225	1746	128,94	31,16					5.603.321
Aragón					55	502	9,3	84,8	591.834
Castilla y León					545	310	48,01	27,31	1.135.058
Cataluña					2249	2087	68,41	63,48	3.287.395
Extremadura					31	13	6,4	2,68	484.392
Madrid					1342	13	46,16	0,45	2.907.378
Navarra					291	7	104,9	2,5	277.506
País Vasco					414	326	42,05	33,1	984.648
Rioja, La					97	34	69,3	24,3	139.949
Total (8 CCAA)					5024	3292	51,22	33,56	9.808.160
Asturias	285	147	56,55	29,2	303	167	60,12	33,14	503.953
Balears, Illes	No ha declarado								
Canarias	903	88	97,7	9,52	1027	85	111,11	9,2	924.300
Cantabria	19	77	7,13	28,9	54		20,5		266.637
Castilla la Mancha	1072		119,67		1072		119,67		895.788
Comunidad Valenciana	1178	79	66,89	5,88	322	52	14,44	2,33	2.230.283
Total(5 CCAA)	3457	391	71,71	8,11	2778	304	57,62	6,31	4.820.061
Total	10682	2137	102,47	20,5					10.424.282
Total					7802	3596	53,33	24,58	14.629.121

Los datos, desde 2011 a 2013, que son los que constan en los informes del Sistema Nacional de Salud desagregados por nivel asistencial, fuente y comunidades autónomas se encuentran en la tabla 10.

Tabla 10. Tasas de violencia de género por 100.000 mujeres identificados desde 2011 a 2013 por las fuentes “parte de lesiones” e “historia clínica” según nivel asistencial en España. Elaboración propia a partir de datos de los informes anuales de VG. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

	Parte de lesiones		Total AP+AE	Historia Clínica		Total AP+AE
	A. Primaria	A. Especializada		A. Primaria	A. Especializada	
Año 2011	47,9	19,9	67,8	69,5	2,6	72,2
Año 2012	68	16,1	84,1	72,1	14,9	87
Año 2013	102,47	20,5	122,97	53,33	24,58	77,91

Centrándonos en los datos de la Región de Murcia, vemos que muestran un incremento muy importante desde 2011 que es cuando se presentan los datos desagregados por CCAA en los informes de VG del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, siendo dicho incremento máximo entre los años 2012 y 2013: 233,7% y 38,5% en AP y AE respectivamente (tabla 11).

Tabla 11. Casos y Tasas de violencia de género por 100.000 mujeres identificados desde 2011 a 2013 por la fuente “parte de lesiones” según nivel asistencial en la Región de Murcia. Elaboración propia a partir de datos de los informes anuales de VG. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Casos y tasas por 100.000 mujeres =>14 años						
	Atención Primaria		Atención Especializada		Total	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
2011	117	19,2	91	14,9	208	34,1
2012	172	28,05	182	29,68	354	57,73
2013	574	93,5	252	41,1	826	134,6

Los informes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud también ofrecen datos de acciones formativas en materia de VG realizadas en el SNS. Tuvieron un ascenso progresivo en cuanto número de profesionales formados desde 2006 hasta 2012 en el que sufre un descenso hasta niveles de 2009, remontando tímidamente en 2013 (gráfico 14).

Gráfico 14. Evolución temporal de profesionales formados en actividades formativas realizadas en el territorio español desde 2004 hasta 2013. Fuente: Informe Anual VG. 2013. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

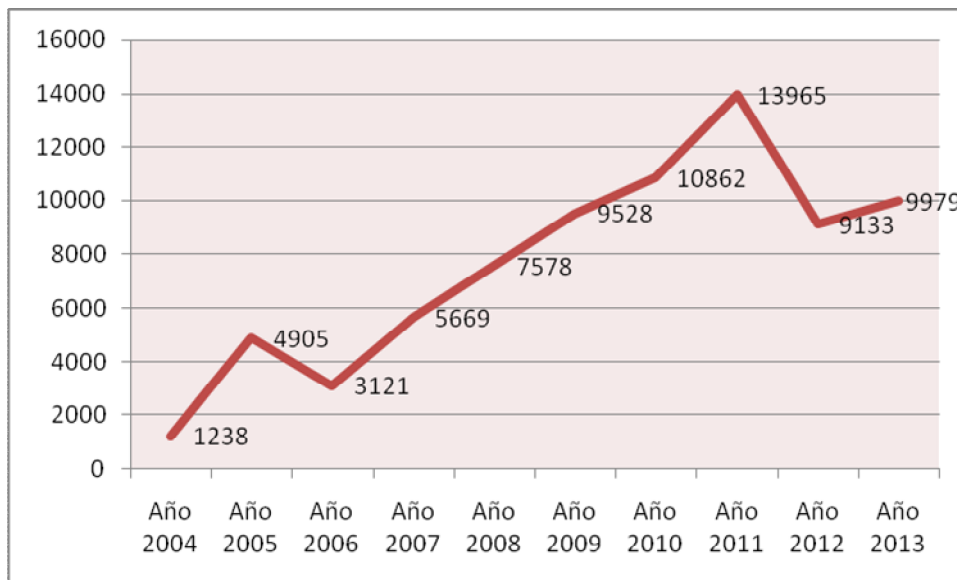
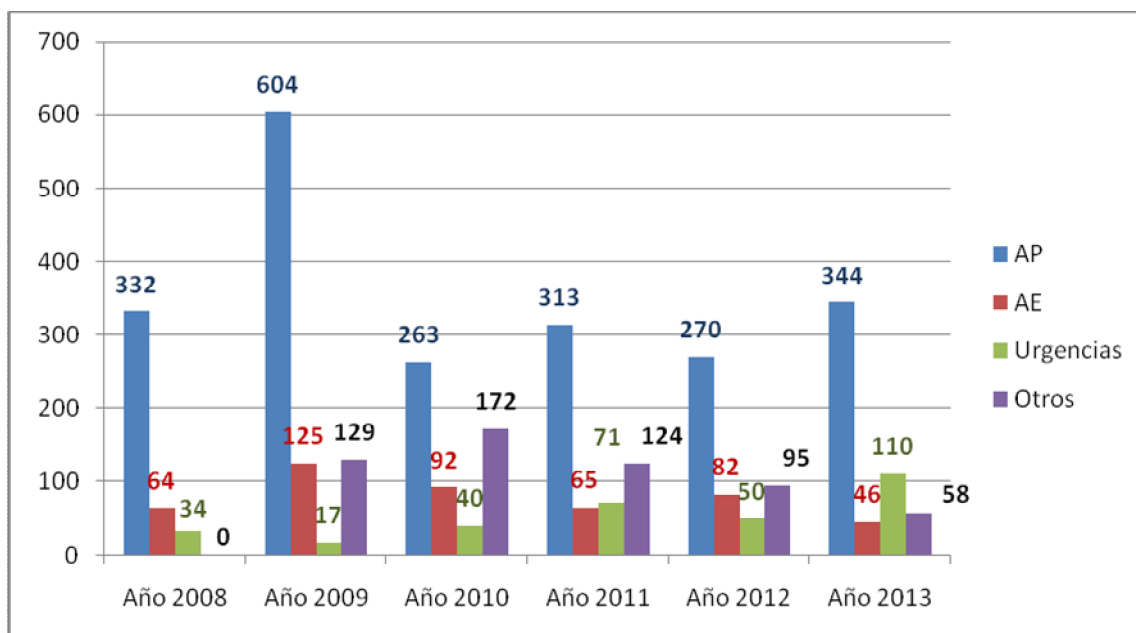


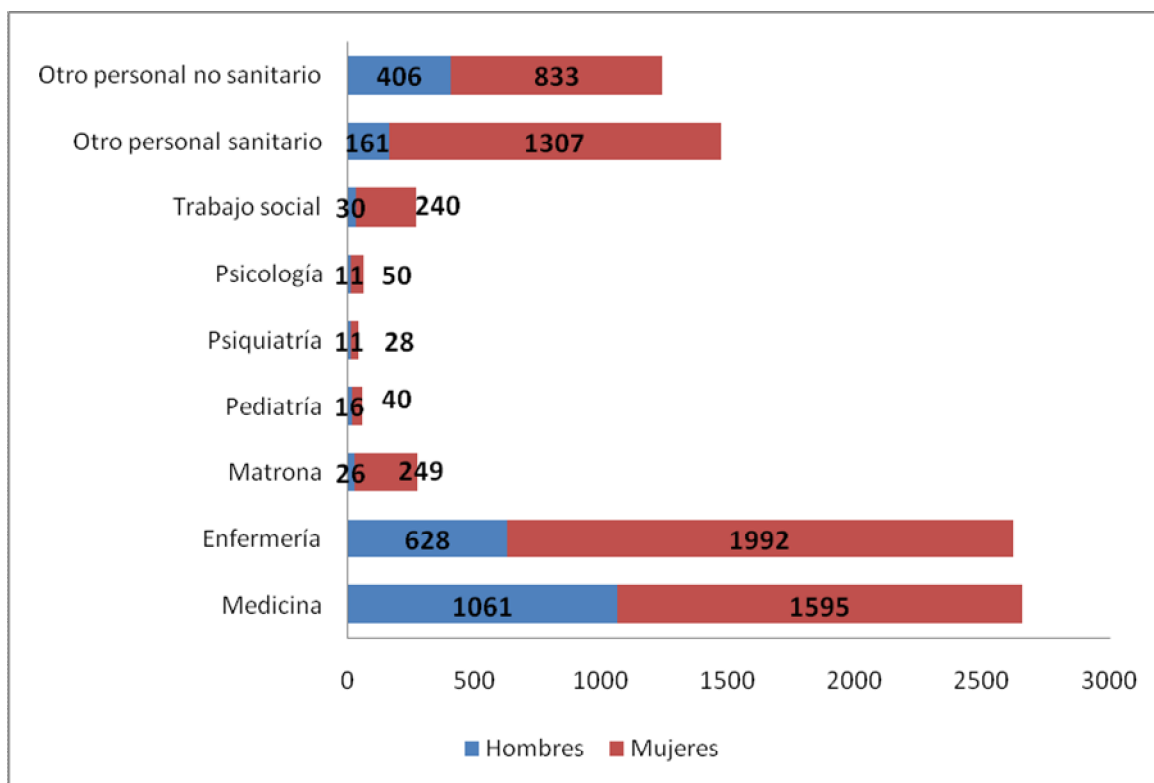
Gráfico 15. Evolución temporal de profesionales formados en actividades formativas realizadas en el territorio español desde 2004 hasta 2013. Fuente: Informe Anual VG. 2013. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



Se observa una tendencia general a que los profesionales sanitarios de Atención Primaria tengan, con diferencia, un mayor número de participantes en actividades formativas, seguido de Atención Especializada y en menor medida, Urgencias (gráfico 15).

En conjunto, la participación de las mujeres es mayor pero a medida que avanzan los años y se van realizando actividades formativas específicas, aumenta el porcentaje de hombres que participa en las mismas, aunque en datos de 2013 aún se mantiene la diferencia (gráfico 16)

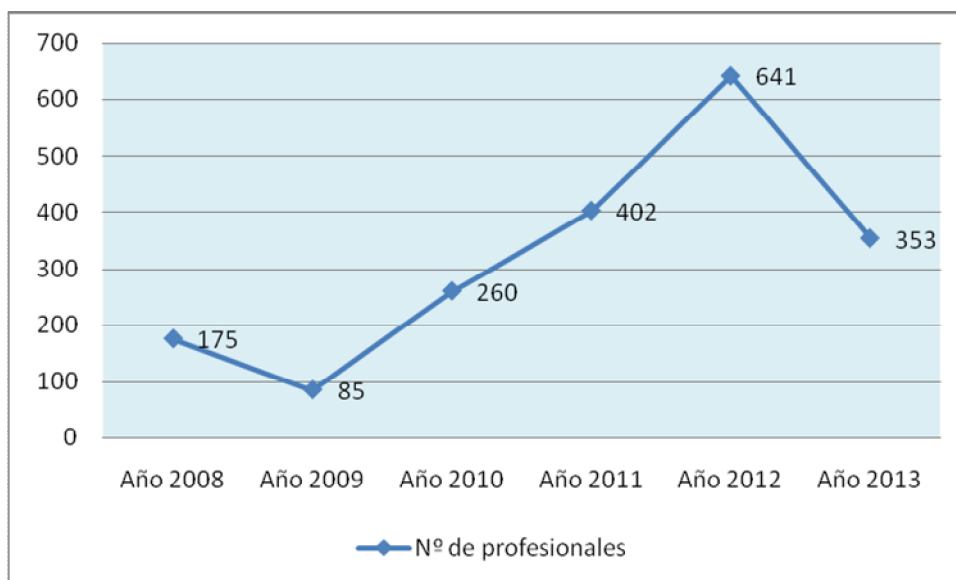
Gráfico 16. Profesionales formados en actividades formativas realizadas en el territorio español desde 2013 desagregados por sexo. Fuente: Informe Anual VG. 2013. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



En lo que corresponde a la Región de Murcia, desde que se dispone de datos, en 2008, se registra un descenso en 2009 y, posteriormente, un ascenso progresivo hasta 2012 con una drástica caída en 2013 (gráfico 17). En dicho año se ha realizado una actividad formativa de sensibilización destinada a Atención Especializada, 2 de formación básica destinadas a Atención Primaria, una actividad avanzada destinada a “otros”, concentrando a profesionales

de distintos ámbitos, 4 actividades para MIR de Medicina Familiar y Comunitaria, 6 destinadas a MIR de otras especialidades y ninguna actividad tipo “formador de formadores”¹⁶¹.

Gráfico 17. Evolución temporal de profesionales formados en actividades formativas realizadas en la Región de Murcia desde 2008 hasta 2013. Elaboración propia a partir de datos del Informe Anual VG. 2013. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



Respecto al perfil profesional de participación, es Enfermería el mayoritario seguido de Medicina y de personal no sanitario, otro personal sanitario, Trabajo Social y Psicología.

¹⁶¹ Comisión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2013), op. cit. en nota 158.

1.13. Las voces discordantes.

A pesar del fuerte marco legal y normativo y del compromiso del Sistema Nacional de Salud en España, Amnistía Internacional viene emitiendo informes, incluso desde antes de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado y, concretamente, los denominados “Obstinada realidad, derechos pendientes” y “¿Qué justicia especializada? A siete años de la Ley Integral contra la Violencia de Género: obstáculos al acceso y obtención de justicia y protección en 2012” que evidenciaban varios motivos de preocupación en el sentido de la falta de implementación efectiva de las medidas legales¹⁶².

Más recientemente se ha emitido otro Informe sobre la situación en España para la Convención para la Eliminación de toda forma de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW)¹⁶³.

Este informe es el resultado del intenso trabajo realizado, entre febrero de 2013 y abril de 2014, por un grupo diverso de organizaciones de mujeres, organizaciones no gubernamentales de cooperación al desarrollo y otras organizaciones de la sociedad civil (que a día 15 de septiembre de 2014 eran 267) unidas en la Plataforma CEDAW Sombra.

La finalidad era participar en el 61º período de sesiones del Comité para la Eliminación de toda forma de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW) en julio de 2015. En dicho informe destaca la preocupación, fundamentalmente, por la incidencia de la violencia contra las mujeres, la trata de mujeres y niñas, la discriminación de las mujeres migrantes, los obstáculos en el acceso a los servicios sanitarios, así como las barreras al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente por parte las mujeres adolescentes.

Aunque en él se reconoce el avance que supuso la Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género y la puesta en funcionamiento de los Juzgados Especializados de Violencia contra la Mujer, también expresa la preocupación porque persisten obstáculos a la protección y a la justicia para las víctimas de violencia de género.

Así mismo, se lamenta que en la ley no se incluyera toda forma de violencia contra la mujer, aparte de la cometida por pareja o ex pareja, esto es: tráfico de mujeres, persecución por orientación sexual etc. y tampoco el derecho a la reparación de forma plena. También

¹⁶² Amnistía Internacional [<https://www.es.amnesty.org>] Catálogo España y Mujeres [consultado 30-7-2015] Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/temas/mujeres/saber-mas/informes-por-pais/espana/>

¹⁶³ Plataforma CEDAW. Informe Sombra (2008-2013) sobre la aplicación en España de la Convención para la Eliminación de toda forma discriminación contra las mujeres (CEDAW) España; 2015.

recoge la preocupación sobre la ausencia de enfoque de género y de derechos humanos de las políticas de austeridad adoptadas en el contexto de la crisis económica en España.

Señala, además, tanto el retroceso en la educación en derechos humanos y en igualdad, tras la desaparición del currículo educativo de la asignatura “Educación para la Ciudadanía” en la reforma educativa de 2013 como los retrocesos en el ámbito del derecho a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva tras la entrada en vigor en septiembre de 2012 del Decreto-Ley 16/2012 que limitó el acceso a la atención sanitaria gratuita para las personas inmigrantes en situación irregular, con el consiguiente impacto para las mujeres inmigrantes, incluidas las víctimas de tráfico de personas.

También se queja de la necesidad de consentimiento expreso de sus representantes legales para las mujeres entre 16 y 18 años y a las mujeres con discapacidad para todos los casos de interrupción voluntaria del embarazo (es preocupante que esta modificación tenga un grave impacto en aquellas mujeres en situación de especial vulnerabilidad que pueda desembocar en un embarazo no deseado o en un aborto no seguro).

El Comité para la Eliminación de toda forma de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW)¹⁶⁴, concluyó, en su 61º período de sesiones en lo que respecta a España y entre otros aspectos de diversos ámbitos (legislativos y en educación):

El Comité recuerda los artículos 12 y la Recomendación General No. 24 (1999) sobre la mujer y la salud, y recomienda que el Estado Parte:

(a) Restaure el acceso universal a la atención sanitaria, incluido mediante la derogación de la modificación del Real Decreto-Ley 16/2012, con el fin de garantizar la atención sanitaria a todas las mujeres en el Estado Parte, independientemente de su situación migratoria;

(b) Asegúrese de que el proyecto de ley sobre el derecho al aborto de las niñas entre 16 y 18 no se adopta; y

(c) Asegure la prestación de un tratamiento adecuado a todas las mujeres que viven con el VIH / SIDA.

¹⁶⁴ Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Concluding observations on the combined seventh and eighth periodic reports of Spain; 2015. CEDAW/C/ESP/CO/7-8.

1.14. Abordaje Integral de la violencia de género.

Teniendo en cuenta que la violencia de género afecta a todas las áreas de la vida de las mujeres que la padecen, es fundamental responder a sus necesidades y las de otras personas sobre las que recae, como los hijos y las hijas. De ahí la importancia de que haya coordinación entre los distintos servicios implicados: sociales, sanitarios, laborales, fuerzas y cuerpos de seguridad y jurídicos. Sea cual sea el ámbito de trabajo de que se trate, los principios básicos¹⁶⁵ de esta atención son:

- Fundamentada en la premisa de los derechos humanos.
- Inclusión de la perspectiva de género.
- Tolerancia cero contra la violencia.
- Perspectiva multicultural.
- Respeto a las individualidades.
- Efectividad de los recursos.

Este abordaje integral tiene como objetivos la seguridad, bienestar y recuperación de las víctimas y sus hijos e hijas para que puedan rehacer su vida y, para ello, es fundamental contemplar los criterios de calidad requeridos en todas las intervenciones.

Para dar respuesta a esta necesidad de abordaje integral, se elaboró en el año 2011 el Protocolo de Coordinación Interinstitucional en Violencia de Género de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia¹⁶⁶ con el objetivo general de ser un documento de trabajo que guíe la actuación, basado en la gestión de casos de todos los profesionales implicados y con los objetivos específicos de “Prestar a las mujeres víctimas de violencia de género una atención especializada y adecuada a sus necesidades, proporcionarles una protección efectiva y facilitar su recuperación integral”.

Incide, entre otros muchos aspectos, en evitar a la mujer la victimización institucional por parte de los profesionales sanitarios. Es necesario el abordaje como un problema social y de salud, ya que de no ser así, la mujer puede ser culpada de la situación lo que desembocaría en una nueva victimización con consecuencias nefastas en el sentido de contribuir a la cronificación del problema. Es importante procurar que la mujer no repita su historia de forma

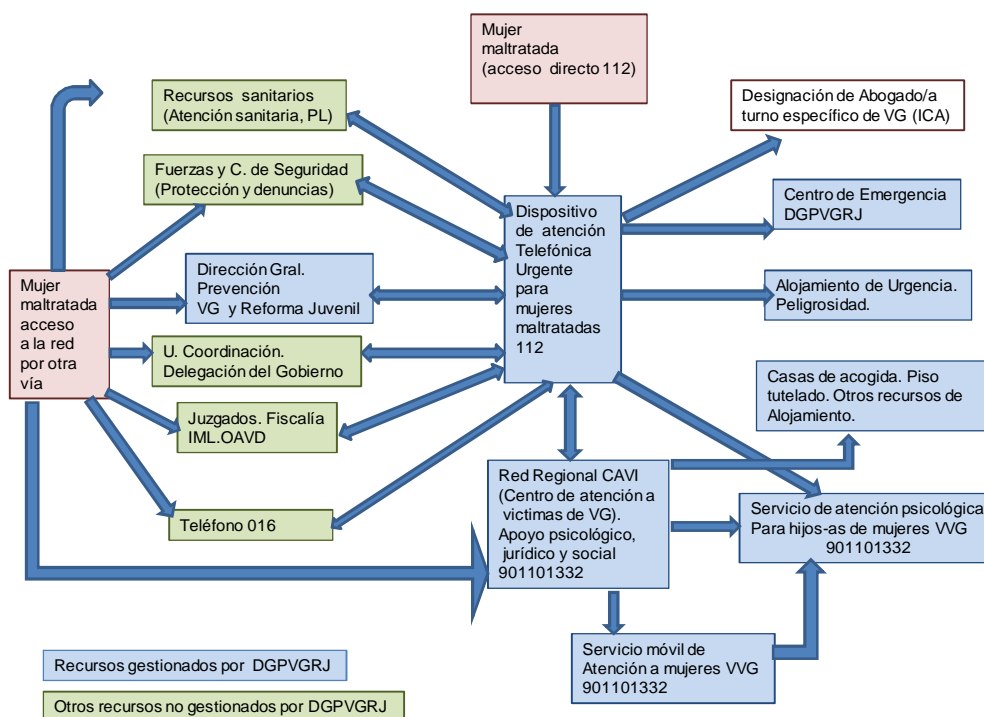
¹⁶⁵ Pérez, Montalvo, Escobar, Quinteros, Sánchez, Tardón (2011), op. cit. en nota 6.

¹⁶⁶ 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. Murcia: Consejería de Presidencia; 2012.

innecesaria de profesional en profesional con el objetivo de minimizar el riesgo de victimización secundaria.

Como resumen de este protocolo de coordinación se elaboró un algoritmo de recursos y las interacciones entre ellos para poder dar respuesta a las necesidades asistenciales de la mujer víctima de violencia de género (gráfico 18).

Gráfico 18: Recursos de atención a Mujeres víctimas de violencia de género de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Fuente: Protocolo de Coordinación Interinstitucional en Violencia de Género Consejería de Presidencia. Dirección General de Prevención de Violencia de Género, Juventud, Protección Jurídica y Reforma de Menores.



1.14.1. Los servicios sanitarios. Enfoque desde la Salud Pública.

Los servicios sanitarios desempeñan un papel crucial para ayudar a las víctimas, ya que la mayoría de las mujeres entran en contacto con ellos en algún momento de su vida (consultas médicos de familia, embarazo, parto, pediatría, como cuidadoras, etc.), incluso muchas de ellas son hiperfrecuentadoras¹⁶⁷.

¹⁶⁷ Observatorio de Salud de las Mujeres. La importancia del personal de los servicios sanitarios ante la violencia de género. En: Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad; 2012. p. 35-39.

Las entrevistas a solas con los profesionales sanitarios (AP, AE sobre todo Psiquiatría, Ginecología, y Urgencias) puede ser una situación única para un acercamiento que abra las posibilidades de la comunicación del problema. Aprovechando estas ocasiones, si los profesionales sanitarios actúan practicando escucha activa con actitud empática, la probabilidad de diagnosticar el problema se eleva considerablemente avanzando hacia la ruptura del silencio, lo que supone el primer paso para afrontar el maltrato. Si no se contempla la situación de maltrato como condicionante de salud, se puede colaborar en la doble victimización de la mujer.

En el ámbito de la salud pública, las intervenciones se clasifican de forma clásica en tres niveles de prevención:

1.14.1.1. Prevención Primaria.

Son las actuaciones que van dirigidas a prevenir la violencia antes de que ocurra. Fundamentalmente, consisten en actividades en educación¹⁶⁸ (reconocimiento de las diferencias y las habilidades sociales y emocionales), en ética del cuidado (comportamiento responsable en el ámbito doméstico y cuidado de personas) y sobre la transformación de los factores de riesgo¹⁶⁹ (roles de género y jerarquización en las relaciones de pareja).

1.14.1.2. Prevención Secundaria.

Acciones más inmediatas al acto violento, como las realizadas en atención primaria, en los servicios de urgencia o el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual si ha habido una violación. Las actividades dirigidas a dar satisfacción a este cometido están recogidas en el “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género” que secuencialmente, se divide en:

1.14.1.2.1. Detección.

El “Protocolo Común del SNS” recomienda preguntar a las mujeres que acuden a consulta, tanto si es la primera visita (apertura de historia clínica) como si se trata de consulta sucesiva habitual y no consta en la historia clínica que se le ha preguntado. Para ello propone

¹⁶⁸ Maestre M. El tratamiento de la violencia de género en el marco de la Educación Secundaria. En: Foro de la violencia contra las mujeres. Córdoba: Ayuntamiento de Córdoba; 2006.

¹⁶⁹ Urruzola MJ. Prevenir la violencia sexista, es posible. En: Foro de la violencia contra las mujeres. Córdoba: Ayuntamiento de Córdoba; 2006.

preguntas exploratorias de abordaje psicosocial, incluyendo la VG y plantea que el personal sanitario debe tener una actitud de alerta y búsqueda activa de conductas, síntomas o signos de sospecha. Las características de accesibilidad, contacto directo y continuado de los servicios de AP y el hecho de contar con equipos multidisciplinares, puede facilitar de forma significativa esta detección precoz.

Existen cuestionarios para la detección de VG. Dos de ellos validados en español, el Index of Spouse Abuse¹⁷⁰ (ISA) y la versión corta del Woman Abuse Screening Tool¹⁷¹ (WAST).

La evidencia en el momento actual no es clara para realizar cribado de VG a todas las mujeres que consulten en AP en el sentido de obtener una mejoría en resultados de salud. En concreto en un análisis de revisión realizado en 2011¹⁷² determinó que los estudios fueron insuficientes para poder establecer conclusiones sobre si el cribado en determinados centros asistenciales funciona, o no, con éxito. Sin embargo, sí que evidenció que los programas con unas determinadas características (soporte institucional, componentes múltiples y conocimiento del contexto) consiguen mejores resultados¹⁷³.

Otra revisión sistemática anterior, de 2002¹⁷⁴, incluyó estudios que habían planteado como objetivo conocer la aceptación del cribado: la proporción de mujeres a favor de la realización de pruebas para la detección temprana de la VG oscila entre un 43 y un 85% de las entrevistadas, mientras que la proporción de médicos a favor es muy variable según el estudio concreto de que se tratara, concluyendo que los estudios no midieron los posibles daños que pudieran resultar de las intervenciones precoces en los centros sanitarios.

Finalmente, un metaanálisis realizado por investigadores españoles¹⁷⁵, concluyó que *“la información disponible, en principio, no justifica la pertinencia de aplicar masivamente pruebas para la detección temprana de la VG en los servicios sanitarios españoles. Sin embargo, esto no exime a las mujeres afectadas de su derecho a una atención socio-sanitaria de calidad.*

¹⁷⁰ Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Jiménez-Martín JM, Hernández-Torres E. Validation of the Spanish version of the Index of Spouse Abuse. J Womens Health (Larchmt). 2009; 18(4):499-506.

¹⁷¹ Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Hernández-Torres E. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en Atención Primaria en España. Gac Sanit. 2008; 22: 415 –20.

¹⁷² O'Campo P, Kirst M, Tsamis C, Chambers C, Ahmad F. Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: evidence generated from a realist-informed systematic review. Soc Sci Med. 2011; 72(6):855-66.

¹⁷³ Consejería de Sanidad y Política Social.[www.murciasalud.es] ¿Existe evidencia acerca de realizar cribado (test validado) de violencia de género a toda mujer que consulte en: Atención Primaria y/o en Urgencias. ¿Existe evidencia de realizar el cribado de violencia a toda mujer embarazada que consulta (ya sea en Primaria, Ginecología o Matrona)? PREEVID [Actualizado 08/04/201/ consultado 10-09-2014] Disponible en: http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=18981&idsec=453.

¹⁷⁴ Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic Review. BMJ. 2002; 325:314-27.

¹⁷⁵ Vives-Cases C, Gil-González D, Carrasco-Portiño M, Álvarez- Dardet C. Detección temprana de la violencia del compañero íntimo en el sector sanitario. ¿Una intervención basada en la evidencia? Med Clin (Barc). 2006; 126:101-04.

Los profesionales sanitarios tienen la responsabilidad de ofrecer e informar de los recursos existentes para abordar la VG”.

La OMS no recomienda el cribado universal¹⁷⁶ sino que los proveedores de atención de la salud deben ser entrenados en cómo responder y estar al tanto de los indicadores de salud física y mental asociados a la violencia, y preguntar acerca de la misma cuando están presentes.

En el ámbito concreto de Salud Mental, la “Guía de práctica clínica de actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja”¹⁷⁷, incluida en Guía-Salud recomienda para el cribado en salud mental, el empleo del Woman Abuse Screening Tool (WAST) corto¹⁷⁸ y el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFYC), en su actualización de 2009¹⁷⁹, aunque no establece una recomendación explícita del cribado de la VG, sí indica que *“los profesionales de atención primaria deben estar alerta e investigar la presencia de factores de riesgo, y situaciones de mayor vulnerabilidad, e intervenir preventivamente en los mismos (prevención primaria); y deben ser capaces de detectar tempranamente el abuso identificando signos de alerta y señales o síntomas para los distintos tipos de violencia (prevención secundaria)”*¹⁸⁰.

Por otra parte, el primer subprograma “Atención al malestar biopsicosocial de la mujer” del “Programa Integral de Atención a la Mujer”¹⁸¹ (PIAM) de la Consejería de Sanidad de la CARM tiene como población diana, entre otras, a mujeres que acuden a la consulta y presentan como factores psicosociales la violencia de género/abusos-relaciones de poder: experiencias infantiles traumáticas, abusos infantiles, violencia, malos tratos, dependencia económica y afectiva.

Las dificultades para la detección están tipificadas en lo que concierne a los actores (mujeres, hijos/as, profesionales) y al sistema sanitario (contexto de la consulta y de la organización) pero existen una serie de actitudes, comportamientos y signos que pueden

¹⁷⁶ WHO. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: WHO; 2013.

¹⁷⁷ Garriga Puerto A, Martín García-Sancho JC. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja. Guía de práctica clínica. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2010.

¹⁷⁸ Escuela Andaluza de Salud Pública. Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Escribá Agüir V, Jiménez Martín JM. Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer. Dirección. General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. S/D.

¹⁷⁹ Fernández-Alonso MC, Buitrago-Ramírez F, Ciurana-Misol R, Chocrón-Bentata L, García-Campayo J, Montón-Franco C, Tizón-García J. Grupo de Prevención de Salud Mental del PAPPS. Prevención de los trastornos de la salud mental. Aten Primaria. 2012;44 Supl 1:52-56.

¹⁸⁰ Consejería de Sanidad y Política Social (2014), op. cit. en nota 173.

¹⁸¹ Servicio Murciano de Salud. Programa Integral de Atención a la Mujer. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social; 2012.

constituir un indicio del problema y que pueden servir de indicadores de sospecha¹⁸² (tabla 12 y tabla 13).

¹⁸² Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012), op. cit. en nota 67.

Tabla 12. Dificultades para la detección de VG. Fuente: Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.2012.

<p>Por parte de las mujeres</p> <ul style="list-style-type: none"> - Miedo (a la respuesta de su pareja, a no ser entendida y ser culpabilizada, a que no se respete la confidencialidad, a no ser capaz de iniciar sola una nueva vida, a las dificultades económicas, judiciales, sociales, a lo que ocurra con sus hijos). - Baja autoestima, culpabilización. Sentimientos de vergüenza y humillación. - Estar viviendo una situación de especial vulnerabilidad. - Ser dependiente económicamente. Estar fuera del mercado laboral. - Deseo de proteger a la pareja. - Desconfianza en el sistema sanitario. - Minimización de lo que ocurre. - Aislamiento y falta de apoyo familiar y social. - Tener incorporadas creencias y valores sexistas. - Estar acostumbradas a ocultarlo. - Percepción del maltrato como algo “normal” dentro de la relación. - Bloqueo emocional por trauma físico y psíquico.
<p>Por parte de los hijos y las hijas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Considerar la violencia como una forma de conducta normalizada. - Negar la violencia como mecanismo de defensa. - Miedo a ser castigados/as o sufrir daños si cuentan la situación. - Tener sentimientos de responsabilidad y culpa. - Vivir un conflicto de lealtades entre su madre y su padre. - Dificultad para exteriorizar sentimientos al ver a la madre cargada de dolor y angustiada.
<p>Por parte del personal sanitario</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estar inmersos en el mismo proceso de socialización sexista que el resto de la sociedad. - Haber internalizado mitos y estereotipos sobre la violencia de género. - No considerar la VG como un problema de salud. - Vivir y/o haber vivido experiencias personales respecto a la violencia. - Creencia de que la violencia no es tan frecuente. - Intento de racionalización de la conducta del agresor. - Miedo a ofender a la mujer, a empeorar la situación, por su seguridad o por la propia integridad. - Desconocimiento de las estrategias para el manejo de estas situaciones. - Formación fundamentalmente biologicista (no abordaje de problemas psicosociales). - Escasa formación en habilidades de comunicación en la entrevista clínica. - Desconocer que los hijos/as son también víctimas de VG. - Creer que la situación de maltrato, si no es directa, no está afectando a la salud de los menores.
<p>En el contexto de la consulta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de privacidad e intimidad, interrupciones durante la consulta. - Sobrecarga asistencial. - Acceso de la mujer a la consulta acompañada de su pareja.
<p>En el ámbito sanitario</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de conocimiento y coordinación entre los distintos recursos. - Insuficiente trabajo interdisciplinar y de equipo. - Insuficiente alcance de programas de formación en VG a la totalidad de profesionales de servicios sanitarios. - Insuficiente desarrollo de mecanismos facilitadores del acceso a los cursos de formación sobre VG al personal sanitario. - Escasez de traductores y mediadores/as interculturales para facilitar la comunicación.

Tabla 13. Indicadores de sospecha de VG. Fuente: Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012.

Indicadores de sospecha para la detección de violencia de género.	
Antecedentes de violencia:	
<ul style="list-style-type: none"> - Haber vivido otras relaciones de maltrato en la pareja. - Haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia, abusos y/o agresiones sexuales. 	
Antecedentes personales y de hábitos de vida:	
<ul style="list-style-type: none"> - Lesiones frecuentes. - Otros problemas de salud frecuentes: dolores, trastornos del sueño y la alimentación. - Abuso de alcohol, psicofármacos u otras drogas. 	
Problemas gineco-obstétricos:	
<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de control de la fecundidad (muchos embarazos, no deseados o no aceptados). - Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos. - Dispareunia, dolor pélvico, infecciones ginecológicas repetidas, anorgasmia, dismenorrea. - Historia de abortos repetidos. Hijos con bajo peso al nacer. - Retraso en la solicitud de atención prenatal. 	
Síntomas psicológicos:	Síntomas físicos frecuentes:
<ul style="list-style-type: none"> - Insomnio. - Depresión. - Ansiedad. - Trastorno de estrés postraumático. - Intentos de suicidio. - Baja autoestima. - Agotamiento psíquico. - Irritabilidad. - Trastornos alimentarios. - Labilidad emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cefalea. - Cervicalgia. - Dolor crónico en general. - Mareos. - Molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, dolor abdominal). - Molestias pélvicas. - Dificultades respiratorias.
Aspectos Sociales:	
Aislamiento, escasas relaciones y actividades fuera de la familia, bajas laborales.	
Utilización de servicios sanitarios:	
<ul style="list-style-type: none"> - Existencia de períodos de hiperfrecuentación y otros de abandono (largas ausencias). - Incumplimiento de citas o tratamientos. - Uso repetitivo de los servicios de urgencias. - Frecuentes hospitalizaciones. - Acudir con la pareja cuando antes no lo hacía. 	
Situaciones de mayor vulnerabilidad:	
<ul style="list-style-type: none"> - Situaciones de cambio vital: Embarazo y puerperio. Noviazgo. Separación. Jubilación propia o de la pareja. - Situaciones que aumentan la vulnerabilidad: <ul style="list-style-type: none"> o Tener hijas o hijos y personas dependientes a su cargo. o Aislamiento tanto familiar como social. o Migración, tanto interna o nacional como extranjera. o Enfermedad discapacitante. o Dependencia física o económica. o Dificultades laborales y desempleo. o Ausencia de habilidades sociales. o Situaciones de exclusión social (prisión, prostitución, pobreza). o Infección por el VIH. 	
Información de que la mujer está siendo víctima de malos tratos a través de: Familiares. Amistades. Profesionales del sistema sanitario u otras instituciones.	

1.14.1.2.2. Valoración.

a. *Biopsicosocial.*

Es fundamental proceder a una exploración física minuciosa para determinar la existencia de lesiones recientes y/o antiguas y la gravedad de las mismas, a una exploración psicológica que nos sirva para valorar alteraciones que precisen intervenciones urgentes, derivación a otro nivel asistencial o tratamiento específico, así como a un abordaje sociofamiliar (estructura y dinámica de la familia, estereotipos, antecedentes de violencia, situación laboral y económica, recursos/apoyos sociales y personales).

b. *Del riesgo.*

Se realizará en cada consulta, tanto del riesgo de la paciente como el de sus hijas/os para determinar con mirada profesional el peligro ya que a veces las mujeres tienden a minimizarlo.

El peligro extremo es la situación actual de sufrir un acto inminente con riesgo muy alto para la vida de la mujer o la de sus hijos e hijas. Se considerará así directamente si la mujer tiene esta percepción.

Por peligro no extremo se entiende la situación actual de violencia cuyas manifestaciones no indican riesgo inminente para la vida de la mujer o de sus hijos/as.

Si la paciente no lo percibe así pero la/el profesional estima lo contrario, debe hablar francamente con ella y , en el caso de que esté planeando abandonar a su agresor, ayudarle a elaborar un plan de seguridad (información sobre el dispositivo 112, preparación de documentos, objetos personales, agenda, dinero, llaves).

Hay algunas circunstancias de alerta de riesgo de lesión grave para la mujer que precisan atención urgente como: la mujer declara temer por su vida, su agresor está presente o vendrá a buscarla, debe volver a una hora determinada para evitar que la golpeen, ha sufrido lesiones graves, requiriendo incluso hospitalización, sufre amenazas o acoso a pesar de estar separados, la frecuencia y la gravedad de las agresiones se van intensificando, agresiones durante el embarazo, agresiones sexuales repetidas, tiene planeado abandonarle o divorciarse en un futuro cercano, el agresor tiene un comportamiento violento fuera del hogar, ha amenazado a sus amigos/as y parientes, consume drogas, no muestra remordimientos, hay antecedentes de denuncias por lesiones graves o sabe que la víctima ha pedido ayuda exterior, violencia también contra los hijos e hijas y aislamiento creciente¹⁸³.

¹⁸³ Servicio Murciano de Salud (2007), op. cit. en nota 131.

Tras la valoración inicial de una mujer que sufre VG, podemos encontrar tres situaciones diferentes, que van a condicionar la intervención que se vaya a llevar a cabo:

- Mujer que presenta indicadores de sospecha pero no reconoce sufrir malos tratos.
- Mujer que reconoce sufrir malos tratos pero no se encuentra en peligro extremo.
- Mujer que reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo.

Es necesario, cualquiera que sea la situación, informar a la mujer de forma comprensible y completa de las intervenciones que se vayan a plantear hacer, sean médico-legales o sanitarias, así como de los recursos disponibles en su situación.

Otra valoración indispensable es la del riesgo de suicidio por lo que en la entrevista es fundamental explorar factores en relación a ello (ideas o intentos previos).

Algunos signos de alarma son la euforia tras un período de desesperanza, audacia temerosa o accidentes múltiples, existencia de remordimientos, autocrítica exagerada, desesperanza, discurso con contenidos suicidas y elaboración del testamento o regalo de pertenencias.

Los indicadores de riesgo más citados son los Intentos de suicidio previos, manifestar deseos de morir o de intentar suicidarse, tener desarrollado un plan de suicidio y tener acceso al método para llevar a cabo su plan¹⁸⁴.

1.14.1.2.3. Intervención.

Hay que considerar que tanto se intervenga o no y, desde luego, la forma en la que se realice en el caso de una mujer víctima, siempre habrá repercusiones.

Volviendo al subprograma “Atención al malestar biopsicosocial de la mujer” del PIAM vemos que establece en su punto 1.4.5 que “en el caso de que se detecte una situación de VG es importante destacar los protocolos de actuación existentes en el SMS. Asimismo, existe un responsable de VG en cada centro asistencial (hospitales, Centros de AP, Centros de Salud Mental, Servicios de Urgencias de AP...) y Trabajador Social del Centro, que podrán orientar sobre la intervención. No obstante, es necesario hacer especial mención a los siguientes aspectos:

- Reforzar la idea de inadmisibilidad de la violencia.

¹⁸⁴ Garriga Puerto, Martín García-Sancho (2010), op. cit. en nota 177.

- Reforzar la idea de que ella no es culpable y no ha hecho nada que pueda ser castigado con violencia.
- Identificar la negación del hecho (violencia) como mecanismo de defensa de la mujer.
- Ofrecer las vías para que explique la demanda de ayuda cuando lo crea oportuno.
- Favorecer la expresión de sentimientos de vergüenza, culpa, lealtad al agresor o de secretos de familia para poder identificarlos como causa de su pasividad.
- Facilitar información sobre la realización de la denuncia y los pasos a seguir.
- Facilitar sistemas de apoyo y/o tratamiento: Centros de Atención Especializada para Mujeres Víctimas de VG (CAVIS), Equipo Municipal de Atención a la Violencia contra las Mujeres (EMAVI) Oficina de Atención a Víctimas, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

Según la situación de riesgo, la intervención recomendada¹⁸⁵ es:

- a. Plan de atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha pero no reconoce sufrir malos tratos.
 - Registrar en la historia clínica la sospecha y la actuación realizada incluida la valoración de vulnerabilidad y riesgo.
 - Informar a la mujer de la valoración que hace el/la profesional de la situación en la que se encuentra.
 - Trabajo en la consulta – seguimiento:
 - Establecer una relación de confianza.
 - Trabajar con la mujer la toma de conciencia acerca de las relaciones de maltrato y el impacto en su salud.
 - Atención integral/interdisciplinar de los problemas físicos/psíquicos/sociales encontrados.
 - Planificar visitas de seguimiento: acompañar a la mujer en el reconocimiento de la situación de violencia y en la toma de decisiones, de manera empática.
 - Proponer, si existe la posibilidad y se considera adecuado, la participación en intervenciones grupales (grupos de mujeres en el centro o en otros recursos de la zona).

¹⁸⁵ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012), op. cit. en nota 67.

- Si existe sospecha consistente de Violencia de Género y se valora la situación como de riesgo para la mujer, se puede comunicar al ministerio fiscal para su investigación.

- b. Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos pero no se encuentra en peligro extremo.
 - Registrar en la historia clínica, incluyendo la valoración de la vulnerabilidad y el riesgo.
 - Informar a la mujer de la valoración que hace el/la profesional de la situación en la que se encuentra.
 - Trabajo en la consulta – seguimiento:
 - Trabajar con la mujer la toma de conciencia del impacto en la salud de la relación de maltrato que está viviendo.
 - Atención integral/interdisciplinar de los problemas físicos/psíquicos/sociales encontrados.
 - Plantear la elaboración de una estrategia de seguridad ante una posible situación extrema.
 - Establecer un plan de consultas de seguimiento para:
 - Plantear y favorecer la toma de decisiones para iniciar cambios en la situación.
 - Acompañar a la mujer en el afrontamiento de su situación.
 - Prevenir nuevas situaciones de violencia.
 - Ofertar, si es posible, la participación en intervenciones grupales (grupos de mujeres en el centro u otros recursos de la zona).
 - Derivar (si se estima necesario y previo consentimiento de la mujer):
 - Al personal de trabajo social del centro sanitario.
 - A los recursos adecuados a la situación en la que se encuentra la mujer.
 - Emitir parte de lesiones cuando proceda.
 - En aquellos casos en que la mujer se niega a denunciar y el personal sanitario tenga fundadas sospechas de la existencia de malos tratos físicos ó psíquicos (no existe constatación clara del origen de las lesiones como para poder emitir el correspondiente parte de lesiones), se recomienda comunicar a la Fiscalía dicha situación, tal como establece el precepto legal. La Fiscalía decidirá en base a los indicios que se puedan aportar ó ampliar, cual es la situación procesal adecuada.
 - Actuación con los hijos e hijas y otras personas dependientes si las hubiera.

c. Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo.

- Registrar en la historia clínica el episodio y las actuaciones realizadas en función de la situación de riesgo físico o psíquico, suicidio, etc. Este registro puede servir como prueba en un proceso judicial.
- Conocer la situación familiar, personas dependientes y los recursos con que cuenta.
- Informar a la mujer de la valoración que hace el/la profesional de la situación de peligro en que se encuentra y plantearle las posibles estrategias a seguir. Transmitirle que no está sola.
- Emitir el parte de lesiones e informe médico, y remitirlo al juez con carácter inmediato (FAX, Email) entregando una copia a la mujer e informándole de sus implicaciones.
- Derivar con carácter urgente a trabajo social o a los servicios de apoyo de 24 horas de emergencias sociales para mujeres maltratadas, teléfono 112 (Emergencias), y/o actuar siguiendo el protocolo de coordinación interinstitucional de la Comunidad Autónoma.

d. Plan de atención a la mujer víctima de agresión sexual¹⁸⁶.

Las agresiones sexuales deben ser asistidas en un hospital y de forma urgente, ya que pueden precisar tratamientos médicos y/o quirúrgicos propios de Ginecología y/o Cirugía. En estos casos, se derivará a la mujer de forma inmediata, sin someterla a exploración ginecológica en AP y garantizando su traslado.

El parte de lesiones y la valoración de la seguridad se realizarán en el hospital desde donde se debe informar al médico/a de familia directamente (no a través de ningún familiar o paciente).

Ya en el hospital se harán las solicitudes pertinentes al IML y se valorará la de ser valorada por la Unidad de Salud Mental.

1.14.1.2.4. Actuación con los hijos e hijas.

Cuando se detecta un caso de VG, si la mujer tiene hijas e hijos, también estos-as necesitan atención desde el Sistema Sanitario, adquiriendo el personal de Pediatría un papel de gran relevancia, así como la coordinación con los trabajadores sociales.

¹⁸⁶ Servicio Murciano de Salud (2007), op. cit. en nota 131.

Esto justifica la inclusión de los datos sobre los niños y niñas víctimas de la violencia de género en los sistemas de recogida de información sobre la VG con las características diferenciales de los niños y niñas como víctimas de la misma.

También es necesaria la creación de equipos multidisciplinares y especializados que atiendan las necesidades de estos niños y niñas de forma directa y separada de sus madres, así como incluir estos aspectos en la atención a sus madres, promoviénolas como sus figuras de protección y promover actuaciones coordinadas entre los servicios de atención a la infancia y los servicios de atención a las mujeres víctimas de violencia de género.

1.14.1.2.5. Valoración de intervención con el agresor.

Aunque las situaciones de maltrato pueden darse en todos los contextos, clases sociales o niveles culturales, sí que es cierto que hay algunos factores, que en los estudios, han demostrado favorecer la posibilidad en un hombre de ser perpetrador de VG tal como citábamos al explicar el modelo ecológico como son la concepción rígida y estereotipada del papel del hombre y la mujer, la experiencia de violencia en la familia de origen, el alcoholismo, el desempleo o empleo intermitente, la pobreza, los rasgos de personalidad controladores, violentos, , con dificultad en el control de impulsos, el aislamiento social y algunos trastornos psicopatológicos como la celotipia.

Las actuaciones sanitarias en AP son las correspondientes a sus necesidades asistenciales como usuario, en función de sus problemas de salud como cualquier paciente y aquellas en las que él mismo (como tal paciente) pidiera ayuda para el problema de su conducta violenta, en cuyo caso, se le ofrecerá información sobre los recursos disponibles en la comunidad autónoma. También se puede detectar atendiendo a unas actitudes de alerta¹⁸⁷:

- Suele acompañar, incluso en las visitas de rutina, a su pareja que denota nerviosismo y contrariedad.
- Tiene conductas controladoras, y muestra empeño en entrar a la consulta para acompañarla y a veces insiste en hablar con el profesional que la ha atendido.
- Suele desacreditar y desvalorizar a su pareja delante del personal sanitario, la interrumpe al hablar, corrigiéndola continuamente y decidiendo por ella.
- Justifica o minimiza sus lesiones o alteraciones psicológicas que puedan ser consecuencia del maltrato como si fueran consecuencia de “su padecimiento de nervios”.

¹⁸⁷ Geldschläger H, Canales OG. Abordaje terapéutico de hombres que ejercen violencia de género. FMC. 2013; 20(2):89-99.

Un 30% de las mujeres maltratadas continúa viviendo con su agresor o en muchos en los que hay una separación, éste podrá formar una nueva pareja con la subsiguiente probabilidad de que se reproduzca la situación. Ésto y las consecuencias negativas para el agresor justifican que el tratamiento global de la violencia de género deba incluir además de la atención a la víctima y sus hijos e hijas, a la pareja o esposo maltratador¹⁸⁸.

Es preciso, para esto, contar con la mujer víctimas de VG y valorar minuciosamente con ella que no suponga un aumento del riesgo y peligro para ella y sus hijos/as, aunque con independencia de este ofrecimiento de ayuda al maltratador, ella deberá tomar sus propias decisiones (obviamente, esta no es la solución a sus problemas ni justifica el comportamiento del agresor).

La entrevista con el maltratador no es fácil para el/la profesional de la salud, pero hay recomendaciones que pueden servir de orientación y ayuda:

- Que la mujer maltratada tenga conocimiento de nuestra intervención y ello no aumente en ningún caso, la situación de riesgos para ella y sus hijos/as.
- Hablar en un tono calmado y seguro, sin juzgar.
- Identificar comportamientos inaceptables y no dejarse intimidar.
- Abordar el problema hablando francamente.
- Permitirle reconocer sus comportamientos violentos y hacerse responsable de sus actos.
- Si tiene problemas psicológicos, toxicomanías o problemas psiquiátricos, ofertar tratamiento en servicios especializados.
- No presumir una rehabilitación espontánea, aunque se confiese avergonzado y arrepentido.
- No dar nunca la dirección de la casa de acogida de su esposa.

Es imposible ignorar las dificultades ya que en la experiencia de los últimos años el denominador común entre los hombres perpetradores de VG es el de la idea subyacente de inferioridad de las mujeres y de la relación de desigualdad que establece con ellas. Entre las aproximaciones a las características de estos hombres se encuentra la negación del problema y la resistencia al cambio, en cuyo caso, la intervención se puede dirigir hacia la entrevista motivacional según el modelo dinámico de Prochaska y Di Clemente¹⁸⁹ pretendiendo el avance de una etapa pre-contemplativa (sin noción de problema) a otra contemplativa (planteamiento de que pudiera haberlo).

¹⁸⁸ Servicio Murciano de Salud (2007), op. cit. en nota 131.

¹⁸⁹ Pérez JM, Montalvo A. Hombres que ejercen violencia. En: *Violencia de Género: Prevención, detección y atención*. Grupo 5. Madrid; 2011.

En lo que sí parece haber acuerdo es en que los programas deben estar incluidos en la red asistencial como un recurso más y realizado por profesionales especialistas en VG, formados específicamente en intervención con maltratadores.

Una consideración aparte, tiene la intervención y tratamiento de los hombres condenados por violencia de género, cuyas competencias corresponden al Ministerio de Interior, a través de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

1.14.1.3. Prevención Terciaria.

Actividades en la atención después de la violencia, como la rehabilitación y la reintegración, y las que van dirigidas a disminuir los traumas o las discapacidades asociadas¹⁹⁰.

1.14.1.3.1. Con las mujeres víctimas de violencia de género.

Las acciones dirigidas a la rehabilitación de la mujer tienen la finalidad de que tomen conciencia de la violencia vivida y a su recuperación a corto, medio y largo plazo, para que puedan desarrollar su vida de forma autónoma, potenciando las habilidades necesarias y el empoderamiento para superar las secuelas del maltrato.

Estas intervenciones se han articulado en centros específicos y en el caso concreto de la Región de Murcia a través de la Red Regional CAVI (Centros de Atención Especializada para Mujeres Víctimas de Violencia de Género)¹⁹¹ donde se atiende a la mujer tanto en situaciones de crisis, como en aquellos casos en los que la violencia supone un largo proceso temporal.

Las intervenciones se realizan a nivel psicológico individual o mediante grupos de terapia y/o grupos psicoeducativos, fomentando los aspectos personales, familiares y sociales que pueden ser facilitadores y la creación de redes sociales entre mujeres como elemento de apoyo personal y social.

Esto supone apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso respetando sus tiempos en el proceso, modificar la visión de sí misma que el maltratador ha inducido para que pueda planificar su vida en lo económico y en lo personal, en la preservación de su seguridad y su salud. Y pasa por trabajar con aspectos muy difíciles de comprender por las propias mujeres, como son la invisibilidad y la tolerancia de la violencia por lo que al principio, el objetivo del/la

¹⁹⁰ Del análisis a la acción. En: Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen. Washington DC: Organización Mundial de la Salud; 2002.

¹⁹¹ Dirección General de Prevención de Violencia de Género, Juventud, Protección Jurídica y Reforma Juvenil. Protocolo de funcionamiento de la Red Regional CAVI. Murcia: Consejería de Presidencia; 2012.

psicólogo/a es reducir ese umbral de tolerancia con el fin de desnaturalizar y hacer visible la violencia a sus propios ojos.

En las sesiones se trabajan aspectos psicoeducativos como las emociones, el apoyo y las redes sociales, el amor romántico y las relaciones de pareja, el autoconcepto y la autoestima, la reestructuración cognitiva, la elaboración del duelo, la detección y superación de la dependencia emocional, la toma de decisiones y la solución de problemas, habilidades de comunicación y pautas educativas con sus menores.

Es preciso individualizar las actividades atendiendo a las diferencias entre las distintas mujeres ya que el impacto psicológico de la violencia es muy variable más allá de las características personales como son el tipo de violencia, la duración de la misma y los condicionantes familiares y sociales e, incluso, las características la atención profesional recibida.

No obstante, sea cual sea la orientación psicoterapéutica que se use hay dos enfoques que están contraindicados en la intervención con mujeres víctimas de violencia de género: la terapia de pareja y la mediación familiar.

En el ámbito de Salud Mental y partiendo de diferentes modelos de intervención, en la Región de Murcia se ha propuesto para la asistencia a mujeres víctimas de VG el modelo RADAR¹⁹² (**R**ecogida de datos. **A**bordar con preguntas directas. **D**iagnóstico confirmatorio. **A**nalizar la seguridad y el riesgo. **R**espuesta sanitaria y social) adaptado del Grupo de Trabajo de Violencia Familiar de Filadelfia para la Red de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud.

En este programa se establece que el colectivo profesional de Salud Mental debe “*ser consciente de la naturaleza y prevalencia de la violencia doméstica, conocer la dinámica de la violencia doméstica y cómo afecta a la seguridad y autonomía de pacientes afectadas, ser capaz de preguntar con sensibilidad sobre la violencia doméstica, de suministrar información sobre las distintas intervenciones y de realizar una valoración de riesgo y conocer los factores asociados al riesgo de incremento de la violencia, homicidio y suicidio*”.

1.14.1.3.2. Con hijos e hijas.

Los criterios de calidad para trabajar con estos niños/as la rehabilitación y la superación son, fundamentalmente, la orientación a garantizar sus derechos, su protección su seguridad y su desarrollo.

¹⁹² Garriga Puerto, Martín García-Sancho (2010), op. cit. en nota 177.

Se debe trabajar de forma integral y coordinada, respetando los tiempos y los ritmos del proceso de los menores y, previamente, tratar con la madre la necesidad de la intervención para tener en cuenta las interferencias ya que hay madres que no lo creen necesario porque los niños/as no se dan cuenta o porque delegan en los profesionales la responsabilidad e, incluso, porque tiene miedo a que se cuestione su rol materno, que se les perjudique o que se le retire la custodia.

Otros aspectos muy importantes y delicados de trabajo son los vínculos materno-filial y paterno-filial así como las distorsiones de las relaciones entre hombres y mujeres¹⁹³.

1.14.1.3.3. Con los hombres maltratadores.

Hay programas dirigidos a la rehabilitación de hombres violentos y a la recuperación y seguimiento de las víctimas ya que si se trata y se hace un seguimiento del maltratador se puede contribuir a la ruptura del ciclo de la VG (no hay que olvidar que no todas las víctimas de VG rompen su relación y/o abandonan la casa común).

En la actualidad las intervenciones con maltratadores son diversas y dependen de lo que los profesionales consideran las causas de la VG yendo desde modelos cognitivo-conductuales hasta otros de control de ira y estrés¹⁹⁴.

En España, cabe citar tres clases de programas¹⁹⁵, dos en medios judiciales (desarrollados en centros penitenciarios o como alternativa a la prisión en centros abiertos) ya que los programas de intervención para maltratadores se han convertido en recurso necesario para las suspensiones de condena condicionadas, en casos de violencia de género; y los de acceso voluntario, realizados en la comunidad, con capacidad de ser usados como recurso al que derivar desde los servicios sanitarios.

Un aspecto a considerar en estos programas es la valoración de la posibilidad de reincidencia, haciéndose preciso contar con herramientas para guiar a los profesionales en su trabajo psicoterapéutico así como valorar cuán eficaz es la intervención.

Clásicamente se ha usado la predicción actuarial que resulta de la suma de factores de riesgo y la predicción clínica se basa en la experiencia profesional de los clínicos. Actualmente se

¹⁹³ Pérez JM, Montalvo A. La atención integral a mujeres víctimas de la violencia de género y sus hijos e hijas. En: *Violencia de Género: Prevención, detección y atención*. Grupo 5. Madrid. 2011. p 155-219.

¹⁹⁴ Lila M, Catalá A, Conchell R, García A, Lorenzo MV, Pedrón V, Terreros E. Una Experiencia de Investigación, Formación e Intervención con Hombres Penados por Violencia contra la Mujer en la Universidad de Valencia: Programa Contexto. *Intervención Psicosocial*. 2010; 19(2): 167-79.

¹⁹⁵ Geldschläger, Canales (2013), op. cit. en nota 187.

han diseñado las guías de juicio clínico estructurado que permiten al experto forense hacer un pronóstico de riesgo¹⁹⁶.

En cuanto a los programas de tratamiento fuera del ámbito penitenciario, voluntarios, son útiles cuando el agresor es consciente de su problema, asume su responsabilidad, está motivado para modificar su comportamiento y completa el programa de tratamiento, aunque los datos muestran que la tasa de abandonos es muy alta¹⁹⁷.

Los resultados ponen de manifiesto que existe relación entre la posibilidad de abandonar el tratamiento y una historia de problemas psicológicos o psiquiátricos, la pauta de consumo de alcohol y la pauta de consumo de otras drogas y también, que los trastornos de personalidad, el comportamiento celoso, el tipo de violencia, el inicio de la conducta violenta y su duración son independientes de la posibilidad de abandono del tratamiento¹⁹⁸.

¹⁹⁶ Ruiz S, Negro L, Ruiz A, García-Moreno C, Herrero O, Yela M. et al. Valoración del riesgo de reincidencia. En: Violencia de género. Programa de intervención para agresores. PRIA. Documentos Penitenciarios 7. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica. Madrid. 2010. p. 57-70.

¹⁹⁷ Echeburúa E, Amor PJ. Perfil psicopatológico e intervención terapéutica con los agresores contra la pareja. Rev Esp Med Legal. 2010; 36 (3):117-21.

¹⁹⁸ Boira B, Jodrá P. Psicopatología, características de la violencia y abandonos en programas para hombres violentos con la pareja: resultados en un dispositivo de intervención. Psicothema. 2010; 22(4). p. 593-99.

1.15. Obligaciones legales.

Tal como recoge la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, la violencia física, psicológica y sexual ejercida sobre las mujeres “*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*” es un delito en los términos previstos en el Código Penal.

Así mismo, la Ley de Enjuiciamiento Criminal señala en su artículo 262: “*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*”. El artículo 355 de esta Ley explicita la obligación de las/los profesionales de la Medicina: “*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*”.

Por último, el Real Decreto 1030/2006 que establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, en su Anexo II, apartado 6.6.3, en el Anexo IV, apartado 2.8, recoge como una función del personal sanitario de Atención Primaria, Atención Especializada y Urgencias, la comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en caso de violencia de género.

En caso de sospecha de VG se comunicará al juzgado de guardia mediante el parte de lesiones o informe médico. Esta información permite poner en marcha las medidas dirigidas a la protección de la mujer y la persecución del delito.

En el caso de otras situaciones de violencia contra la mujer no cometidas por su pareja o ex pareja, se emitirá también el parte de lesiones y se enviará al juzgado de guardia pero no con la consideración de violencia de género¹⁹⁹.

El parte de lesiones queda, a veces, como la única prueba de un posible delito, ya que muchas lesiones desaparecen con el tiempo y servirá para avalar la declaración de la mujer y, lo más importante, para activar medidas de protección. Lo realizará el personal facultativo responsable de la asistencia con letra clara, legible y sin tachaduras o en el formato electrónico disponible, de forma que sirva para determinar exactamente la magnitud de las lesiones así como cualquier dato de interés para la correcta valoración del caso. Es necesario, también, cuidar el lenguaje, sin usar los términos víctima ni agresor, sino paciente y presunto agresor, haciendo constar su relación. Toda la documentación que llegue al

¹⁹⁹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012), op. cit. en nota 67.

juzgado será incorporada al expediente judicial y conocida también el demandado, por la Fiscalía y el personal funcionario, por lo que conviene reservar información clínica particularmente sensible.

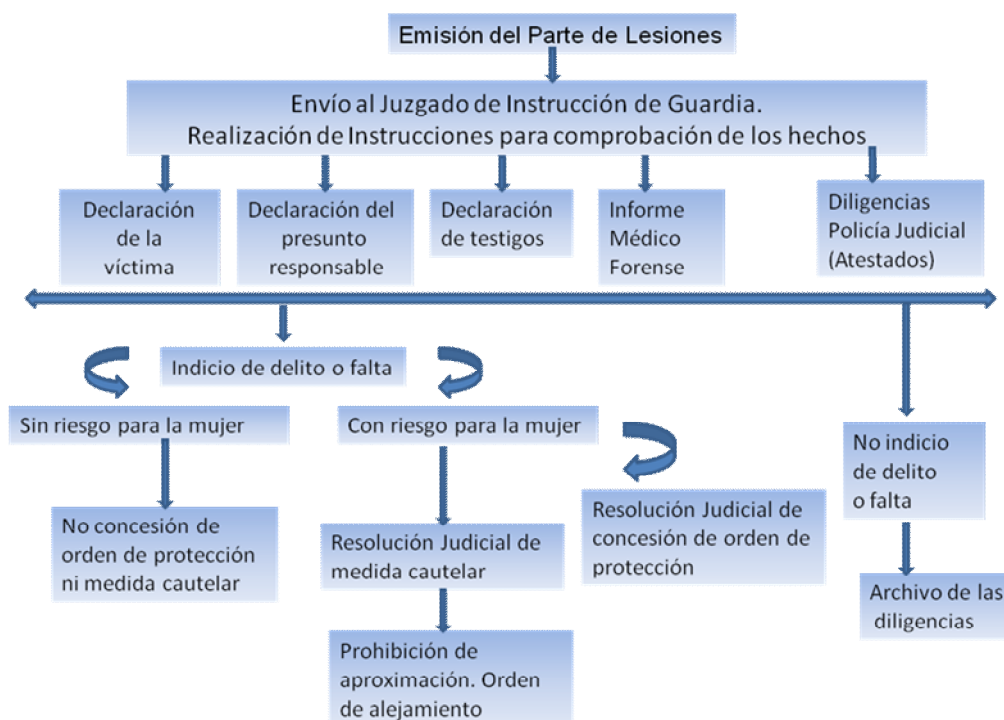
Se confeccionarán tres ejemplares:

Uno que se entregará a la persona interesada siempre que no comprometa su seguridad. Si existiera la duda se le puede facilitar a algún familiar o persona de su confianza con el consentimiento de la mujer.

Otro se archivará en la historia clínica de la mujer en el centro sanitario donde se la atendió, por lo que es muy importante la confidencialidad de los datos. En caso de necesidad se puede redactar el parte de lesiones en un folio, poner su número de colegiado y firmarlo.

El último, una vez cumplimentado, debe salir con urgencia por la vía más rápida posible para ser presentado en el Juzgado de Guardia (Gráfico 19). Su envío no se puede demorar. De ahí la importancia de que estén establecidas claramente las vías de remisión del Parte de Lesiones en los distintos contextos asistenciales.

Gráfico 19. Posibilidades derivadas de las decisiones judiciales a partir de la emisión del parte de lesiones sanitario. Fuente: Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. 2012.



1.16. Los médicos de familia ante la violencia de género.

La Atención Primaria es clave para la detección y tratamiento de la violencia de género, dada la accesibilidad de las mujeres víctimas a sus consultas. Un dato a tener en cuenta son los frecuentes contactos de las víctimas mortales en el año previo a su muerte como oportunidades para la prevención del feminicidio por los médicos de familia²⁰⁰.

Aunque el médico de familia puede realizar algunas actividades de prevención primaria a través de actividades comunitarias, su papel fundamental en la consulta diaria es estar alerta para identificar a mujeres en riesgo de sufrir violencia y, sobre todo, a aquellas en situación de maltrato. La finalidad es darles la atención que requieren y que ellas están dispuestas a aceptar ya que no todas las mujeres tienen las mismas necesidades y una misma mujer puede precisar distintas ayudas en cada momento del proceso de la violencia. Ello implica un correcto manejo de la situación, para lo que es menester formación amplia, incluyendo las consiguientes pautas de derivación a otros recursos si fuera preciso, de hecho, la capacitación mejora la atención a las mujeres víctimas de VG por parte de los profesionales de AP²⁰¹.

Sin embargo, a día de hoy, la detección de mujeres víctimas de VG en AP es aún baja y la respuesta apropiada de los médicos de familia es muy variable dependiendo de la medida en la que se reconoce la violencia, la naturaleza de la misma y los condicionantes personales e institucionales existentes.

1.16.1. Datos de prevalencia en Atención Primaria.

Los datos de prevalencia en estudios realizados en Atención Primaria, presentan discordancia en las cifras encontradas. En una revisión realizada en EEUU de múltiples investigaciones se analizan las causas de las diferencias en los datos de prevalencia según las distintas indagaciones, llegando a la conclusión de que hay una amplia gama en ellas, que puede ser explicado por las inconsistencias de términos y definiciones e, incluso los sesgos motivados por las encuestas autoinformadas. También se ha sugerido que las tasas de

²⁰⁰ Sharps PW, Koziol-McLain J, Campbell J, McFarlane J, Sachs C, Xu X. Health care providers' missed opportunities for preventing femicide. *Prev Med.* 2001; 33(5):373-80.

²⁰¹ Feder G, Davies RA, Baird K, Dunne D, S Eldridge, Griffiths C. et al. Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial. *Lancet.* 2011; 378(9805):1788-95.

prevalencia de maltrato sexual se subestiman porque las mujeres no se atreven a llamar violación o sexo forzado a la violencia sexual que experimentan²⁰².

En un estudio de violencia contra la mujer en Canadá²⁰³ que incluyeron a 202 mujeres en relaciones actuales o recientes con cifras de prevalencia del 14,6%. El abuso emocional se informó en un 10,4%, la amenaza de la violencia en un 8,3%, y la violencia física o sexual en un 7,6% de los encuestados. El abuso emocional se asoció significativamente con la amenaza de la violencia y la violencia física o sexual.

En una revisión²⁰⁴ en la que se identificaron artículos en todos los idiomas publicados desde enero de 1995 hasta julio de 2009, que incluían mujeres adultas entre 16 y 65 años que acudían a médicos de cualquier especialidad y en la que se seleccionaron 37 estudios que se ajustaban a criterios de elegibilidad y calidad de los mismos aunque con algunas limitaciones de heterogeneidad. La mayoría de los estudios se realizaron en clínicas de Medicina Familiar (15/37, 40,5%) (tabla 11) y Urgencias (12/37, 32,4%). De los estudios restantes, 3 tuvo lugar en obstetricia y clínicas de Ginecología, tres se llevó a cabo en clínicas de Medicina Interna y 4 estudios incluyeron más de una especialidad. En general las tasas de prevalencia combinados fueron similares en Medicina Familiar y en Urgencias (38% y 40%, respectivamente).

En estudios de ámbito español cabe incidir:

El realizado en Santa Cruz de Tenerife²⁰⁵. Incluyó 299 mujeres de 18 o más años de edad con pareja, actual o no. Reconocieron algún tipo de maltrato, al menos una vez en su vida, 51,5% de mujeres. Entre ellas, la violencia psíquica fue la más admitida (99,35%), le sigue la física (25,32%) y la violencia sexual fue declarada por el 7,79% de mujeres.

Se llevó a cabo otra investigación en Granada²⁰⁶: Incluyó 391 mujeres mayores de 14 años y con pareja estable, conviviente o no, al menos 3 meses y halló que el 48,6% de mujeres entrevistadas habían presentado algún tipo de maltrato. El más frecuente es el psicológico (45,2%). Le sigue el maltrato físico en el 18,5% de mujeres y el maltrato sexual en el 16% de entrevistadas.

²⁰² Bagwell-Gray ME, Messing JT, Baldwin A. White Intimate Partner Sexual Violence: A Review of Terms, Definitions, and Prevalence. *Trauma Violence Abuse*. 2015; 16(3): 316-35.

²⁰³ Ahmad F, Hogg-Johnson S, Stewart DE, Levinson W. Violence entre partenaires intimes Incidences sur la pratique de la médecine familiale au Canada. *Canadian Family Physician*. 2007; 53.

²⁰⁴ Sprague S, Goslings JC, Hogentoren C, de Milliano S, Simunovic N, Madden J. et al. Prevalence of Intimate Partner Violence Across Medical and Surgical Health Care Settings: A Systematic Review. *Violence Against Women*, 2014; 20(1): 118–36.

²⁰⁵ González-Losada J, Castro-García Y, Tosco-García C, Rufino-Delgado MT, Mirpuri-Mirpuri PG, García-Álvarez CD. Prevalencia de violencia de género en Atención Primaria de Santa Cruz de Tenerife. *Semergen*. 2012;38(2):87-94.

²⁰⁶ Aguar-Fernández A, Delgado-Sánchez M, Castellano-Arroyo JD, Luna del Castillo M. Prevalencia de malos tratos en mujeres que consultan al Médico de Familia. *Aten Primaria*. 2006; 37(4): 241-42.

Existe otro trabajo más amplio realizado en tres comunidades autónomas (Comunidad Autónoma Andaluza, Comunidad de Madrid y Comunidad Valenciana)²⁰⁷: Incluyó 1402 mujeres entre 18 y 65 años de edad y encontró que el 32% del total de mujeres en la muestra sufrió algún tipo de maltrato a lo largo de su vida de las cuales el 7% presentó maltrato físico y emocional a la vez, el 14% maltrato emocional, el 3% maltrato emocional y sexual conjuntamente y el 6% los tres tipos de maltrato. El 52% de estas últimas lo habían sufrido durante más de 5 años. Hay una mayor probabilidad de padecer maltrato en la actualidad habiéndolo sufrido con una pareja anterior en el pasado (Odds ratio = 3,30; intervalo de confianza del 95%, 2,10-5,18).

Por último, cabe citar el que se desarrolló en Castilla- La Mancha²⁰⁸: Incluyó 385 mujeres de 18 años o más con relación de pareja en ese momento o que la hubiesen tenido en algún momento de su vida y, de ellas, un 26,2% (IC 95%: 21,7-31,1%) presentó un resultado positivo del WAST y 25,9 % (IC 95%: 21,3-30,9%) admitió situaciones de abuso, físico, emocional o sexual, actual (11,7%) o pasado (17,4%). La existencia de abuso se relaciona con las variables etnia (OR: 0,14; IC 95%: 0,06-0,34 para las mujeres caucásicas españolas) y estado civil: para las mujeres solteras o viudas (OR: 0,10; IC95%: 0,04-0,24) y casadas o con pareja estable (OR: 0,09; IC95%: 0,04- 0,21) comparado con el grupo de mujeres separadas y divorciadas.

²⁰⁷ Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco-Prieto P, González-Barranco JM, Ayuso-Martín P, Montero-Piñar MI. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la Atención Primaria. *Gac Sanit.* 2006; 20(3):202-8.

²⁰⁸ Cano LM, Berrocoso A, de Arriba L, Bernaldo de Quirós R, Alamar JD, Cardo A. Prevalencia de Violencia de Género en mujeres que acuden a consultas de Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam.* 2010; 3 (1): 10-17.

Tabla 14. Estudios de prevalencia en Medicina de Familia. Fuente: Sprague S, Goslings JC, Hogentoren C, de Milliano S, Simunovic N, Madden J. et al. 2014.

Línea temporal	Estudio	VG en Conjunto (%)	Maltrato Físico (%)	Maltrato Sexual (%)	Maltrato Emocional (%)
Alguna vez en la vida	Elliott and Johnson (1995).	45	31	19	31
	Wagner, Mongan, Hamrick, and Hendrick (1995)	66.1	38.8	24	55
	D. Johnson (1997)	NI	13.9	21	NI
	M. Johnson and Elliott (1997)	44.9	29.1	15.0	29.1
	Marais, de Villiers, Moller, and Stein (1999)	21.5	14.6	1.6	NI
	Coker, Smith, McKeown, and King (2000)	55.1	37.6	23.1	NI
	Grynbaum, Biderman, Levy, and Petasne-Weinstock (2001)	30.8	NI	NI	NI
	Richardson et al. (2002)	27.7 (25-30)	41.1 (38-44)	NI	NI
	Hegarty (2004)	37(31-42)	23.3	10.6	33.9
	Kramer, Lorenzon, and Mueller (2004)	NI	53.8	24.2	54.2
Último año	Paul, Smith, and Long (2006)	NI	43.2	NI	76
	Ruiz-Perez et al. (2006)	31.7	14.1	8.8	30.7
	D. Johnson (1997)	NI	8.2	NI	NI
	Mazza, Dennerstein, and Ryan (1998)	28.9 (24-34)	22.4	NI	20.1(16-24)
	Bauer, Rodriguez, and Perez-Stable (2000)	13	NI	NI	NI
	Grynbaum et al. (2001)	NI	9.8	NI	NI
	Hegarty (2002)	27.6	5.0	1.9	7.6
	Richardson et al. (2002)	NI	16.8 (14-19)	NI	NI
	Kramer et al. (2004)	NI	9.6	3.7	25.4
	McCloskey et al. (2005)	8.6	NI	NI	NI
Últimos 3 meses	Peralta and Fleming (2003)	44.3	10.3	NI	40.6
Últimos 5 años	Coker et al. (2007)	25.6	10.1	24.3	NI
Hace más de 5 años	Hegarty (2002)	41.5	NI	NI	NI
Relación actual	D. Johnson (1997)	NI	NI	NI	5.0
	M. Johnson and Elliott (1997)	20.5	NI	NI	NI
	Coker et al. (2000)	14.8	14.8	5.1	NI
	Coker et al. (2007)	13.3	16.3	13.3	NI
Relación más reciente	Coker et al. (2000)	33.0	18.9	14.4	NI
Última relación	M. Johnson and Elliott (1997)	27,6	NI	NI	NI
	Coker et al. (2000)	46.0	32.0	17.3	10.1

*NI: No informado.

1.16.2. Actitudes, conocimientos y barreras para la detección.

Los estudios varían según la zona geográfica en la que se han realizado y el diseño del estudio diferenciando investigaciones que usan metodología cualitativa y otras que emplean métodos cuantitativos. Una dificultad añadida para la correcta valoración de actitudes en los médicos de familia es la heterogeneidad de los estudios en cuanto a profesionales incluidos y herramientas de medida utilizadas ya que en algunas investigaciones se incluye a todos los profesionales sanitarios de Atención Primaria y los cuestionarios usados son diferentes:

Estudios con metodología cuantitativa

El realizado en Australia en 1992, respecto a las actitudes y prácticas de 96 médicos generales hacia las víctimas de agresión conyugal mediante cuestionarios autoadministrados. Los resultados indican que aunque la mayoría cree que deben desempeñar un papel en la prevención y el tratamiento, muchos médicos no lo hacen. Los profesionales con largo tiempo de ejercicio profesional tienden a tener actitudes más conservadoras sobre las causas de asalto conyugal y sobre el papel de los médicos en la prevención mientras que las profesionales tienen creencias más liberales que los hombres sobre las causas y la intervención. Muy pocos de los médicos habían recibido algún tipo de formación en cuestiones de violencia doméstica y era mínima en los que la tenían²⁰⁹.

En Israel, en el año 1999, mediante cuestionario autoadministrado, se investigó a 236 médicos (130 médicos de familia y 106 médicos generales). Se encontró que, en general, los médicos habían tenido muy poca exposición al problema y estiman que la prevalencia de VG en la comunidad es menos de la mitad de lo que muestra la literatura médica. La mayoría de los encuestados considera la VG como universal, sin relación con la presencia de psicopatología en la mujer, pero estrechamente relacionada con su presencia en el hombre y que era un problema evitable. No lo ven como asunto privado de la pareja, a pesar de esta creencia fue más fuerte para los médicos de familia que para los médicos generales ($P < 0,04$). Ambos grupos tenían puntuaciones moderadas (promedio de 4 en una escala de 0 a 7) para la cuestión de incluir la atención a mujeres maltratadas sin lesiones y la mayoría identificaron correctamente los factores de riesgo de las mujeres maltratadas. Los

²⁰⁹ Easteal PW, Easteal S. Attitudes and practices of doctors toward spouse assault victims: an Australian study. *Violence Vict.* 1992; 7(3):217-28.

médicos de familia informaron una mayor exposición a la materia ($p < 0,001$) y tenían un mejor conocimiento de sus prevalencia y factores de riesgo ($p < 0,001$). También mostraron una mayor tendencia a ver el problema como universal ($p < 0,05$) y como parte de sus responsabilidades profesionales y estaban mejor informados. Sin embargo, ambos grupos tendían a no incluir la atención de mujeres maltratadas sin lesiones físicas dentro de sus deberes profesionales²¹⁰.

En otra investigación publicada en 2003 y realizada en Sudán mediante cuestionario autoadministrado a 142 médicos de edades comprendidas entre 25 y 54 años, se obtuvo una tasa de respuesta del 71,8%, 51,9% eran mujeres y el 31,3% de los encuestados tenían experiencia de más de 10 años. Se encontró que el 42,1% tenían un buen conocimiento del concepto de violencia doméstica, el 27,4% lo veía como un problema de salud considerable y el 20,5% informaron haber encontrado 1-2 casos en el último año. Las barreras para el cribado incluyen la falta de conocimiento y la formación, la falta de tiempo en las clínicas y el miedo de los problemas con los perpetradores. Ser mujer y tener larga experiencia profesional tuvieron correlaciones positivas con un mejor conocimiento sobre la violencia y el deseo de intervenir más allá del tratamiento físico ($P < 0,005$)²¹¹.

También en el año 2003, se publicaron los resultados de un trabajo realizado en Sudáfrica que incluía a 402 médicos seleccionados al azar para una encuesta por correo. En él se encontró que la media del número de pacientes tratadas por violencia doméstica por mes fue de 11,4 (DE = 13,4); para los médicos blancos 15,8, africanos negros 6,2, y para los médicos asiáticos 5,3. La mayoría de los médicos creen que deberían jugar un papel en la prevención y el tratamiento, y sus actitudes hacia las víctimas de violencia doméstica fueron generalmente empática y de apoyo. Los médicos y profesionales con muchos años de servicio tienden a tener puntos de vista más conservadores de las causas y las actitudes de VG y del papel de los médicos en la prevención. Sólo el 9,7% de los médicos habían recibido alguna formación sobre violencia doméstica²¹².

En Méjico se llevó a cabo un estudio transversal en 1999 mediante cuestionario autoadministrado a 269 profesionales, especialistas y estudiantes de pre y postgrado

²¹⁰ Kahan E, Rabin S, Tzur-Zilberman H, Rabin B, Shofty I, Mehoudar O. et al. Knowledge and attitudes of primary care physicians regarding battered women. Comparison between specialists in family medicine and GPs. *Fam Pract.* 2000; 17(1):5-9.

²¹¹ Ahmed AM, Abdella ME, Yousif E, Elmardi AE. Response of Sudanese doctors to domestic violence *Saudi Med J.* 2003 Oct; 24(10):1077-80.

²¹² Peltzer K, Mashego TA, Mabebe M. Attitudes and practices of doctors toward domestic violence victims in South Africa. *Health Care Women Int.* 2003; 24 (2):149-57.

generales. El noventa por ciento de los entrevistados nunca ha recibido capacitación sobre la violencia contra las mujeres. Las actitudes afectivas y cognitivas de los médicos después de recibir capacitación sobre el tema fueron más favorables en comparación con aquellos sin formación. Estas actitudes favorables estaban directamente relacionadas con el número de sesiones de entrenamiento. La mayoría de los participantes (63%) mostraron un moderado grado de conocimiento sobre el tema, mientras que 21% estaban poco informados y 16% estaban altamente informados. El personal médico con un nivel moderado o alto de conocimientos era 2,1 y 6 veces más probable, respectivamente, que tuvieran actitudes más favorables que los que tienen bajo grado de conocimiento. Las mujeres mostraron actitudes más favorables hacia la identificación y referencia hacia las mujeres víctimas de VG. El personal médico con interés por capacitarse en el tema de la violencia contra las mujeres eran 7,6 veces más propensos a mostrar actitudes favorables que el personal no interesado en el tema²¹³.

En Nicaragua se obtuvo información mediante un cuestionario autoadministrado dirigido a médicos, enfermería y auxiliares de enfermería (N=219). Se encontró que el 76.06% de encuestados mostraba una actitud de oposición a la violencia de género. En el análisis multivariante, los factores asociados con la oposición a la violencia de género fueron: profesión médica (OR 6,5; IC del 95%: 2,70 a 15,82), con medio (OR 4,3; IC del 95%: 1,87-10,26) o alto (OR 3,3, 95 IC% 1,03-10,75) grado de conocimiento sobre las normas en VG y la cercanía a los familiares o amigos que fueron víctimas de violencia de género (OR 3,2, IC 95% 1,56-6,80). La falta de formación sobre el tema (59.9%), temor a involucrarse en asuntos legales (52.6%), y el concepto de que la violencia es un asunto privado y no social (50,7%), son las barreras más importantes para la prestación de atención médica. Otras son la falta de apoyo por parte de la institución y la falta de espacios privados para la consulta (50.4%).

Los principales factores que dificultaron la identificación de casos en la práctica médica fueron: el carácter privado de la violencia (50.7%), el temor a que la propia seguridad se vea amenazada (37.8%) y el desconocimiento de lugares de referencia (35.6%). También fue posible observar que a los miembros masculinos del personal médico *“no les gusta identificar los casos (...) hay pocos especialistas para atender a las víctimas y también la propia experiencia de VG en el personal”*. El 81.5% del personal ha identificado casos, y el 92.4% mostró interés en identificar los casos y hacer lo que éstos ameritaban: brindar consejería a

²¹³ Méndez-Hernández P, Valdez-Santiago R, Viniestra-Velázquez L, Rivera-Rivera L, Salmerón-Castro J. La violencia contra las mujeres: conocimientos y actitudes del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. Salud Pública Mex. 2003; 45(6): 472-82.

las víctimas (89.5%) y derivarlas a las instituciones correspondientes (59.9%), como las Comisarías de la Mujer, (48.8%) y ONG especialistas en el tema (38.8%), o bien con psicoterapeutas especializados (46.8%)²¹⁴.

En la Comunidad Autónoma de Castilla y León se realizó otro estudio que incluyó a todos los médicos de familia que trabajan en dicha comunidad (N=2292) mediante cuestionario autoadministrado obteniendo una tasa de respuestas del 36,73 %(832) y concluyendo que la mayoría de profesionales no suele preguntar nunca o casi nunca sobre la posibilidad de VG, que su actitud es positiva, debiendo estar alerta frente a este problema, que hay algunos déficits formativos y que tienen poca seguridad para su abordaje²¹⁵.

Otra investigación desarrollada en Madrid que incluyó a 793 profesionales de AP mediante cuestionario autoadministrado obtuvo una tasa de respuesta del 21,4% (41,1% médicos/as; 37,5% enfermeros/as; 12,5% auxiliares administrativos/as; 3,6% trabajadores/as sociales, y 1,8% matrones/as, auxiliares y celadores/as).

Habían recibido formación el 35,7% de los/as profesionales. El 90,6% de los/as profesionales en los últimos tres meses habían visto una media de 0,88 casos de VG (DE 1,46), mínimo 0 y máximo 10.

El 91,7% de los profesionales encuestados creía que las mujeres víctimas de VG pasan desapercibidas en trabajo habitual. El 76,1% piensa que afecta a todo tipo de mujer, aunque expresaron relación con extranjeras 12,3%; con amas de casa 7,4%; con mujeres sin estudios 4,3%. El 62,3% sabía que existía un protocolo de actuación pero sólo lo conocía el 29,7%. El 57,7% no asociaba la VG con determinadas clases sociales y el 56,7% creía que estar en trámite de separación o divorcio es un factor que influye en que la mujer sea maltratada por su pareja o ex pareja. El 50,6% pensaba que es un problema muy frecuente o bastante frecuente. Respecto a los conocimientos, alcanzaron un nivel de puntuación medio en todas las categorías profesionales, no encontrándose diferencias significativas salvo en los-as trabajadores-as sociales que alcanzó puntuaciones altas.

Para el 93,4% de encuestados, la identificación y la solución de la VG necesita abordaje multidisciplinar: policías, jueces/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales y sanitarios. El 70,7% expresa que este problema es muy/bastante importante.

²¹⁴ Rodríguez-Bolaños RA, Márquez-Serrano M, Kageyama-Escobar ML. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. *Salud Publica Mex.* 2005;47 (2):134-44.

²¹⁵ Herrero S. Conocimientos y actitudes de los médicos de familia de Castilla y León respecto a la violencia doméstica y estudio de opinión de las víctimas de maltrato en relación a su situación [tesis doctoral] Valladolid: Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid; 2011.

Ante una mujer con lesiones físicas, el 69,3% se planteaba este diagnóstico diferencial y el 55,0% mantenían una actitud expectante para detectar casos.

En cuanto a las barreras para la detección: el 51,8% creía que hay problemas organizativos o estructurales en el trabajo que dificultan la detección; el 52,5% tenía miedo a represalias por parte del maltratador y sentía inseguridad por falta de respaldo de otros profesionales y de la institución; el 29% falta de tiempo para entrevistar a la paciente por la alta presión asistencial; el 23,5% falta de formación al respecto; el 11,8% desconocimiento del procedimiento a seguir en su centro; el 5,9% falta de concienciación y de coordinación con otros profesionales. Como aspectos de mejora planteaban: el 59% formación específica; el 53% aumentar el tiempo de atención a cada paciente; el 47% realizar protocolos de actuación claros, el 29,4% poder garantizar confidencialidad a la mujer, escucha activa y empatía²¹⁶.

Estudios con metodología cualitativa.

Cabe citar un estudio realizado en Líbano, en ámbito urbano mediante entrevista semiestructurada a médicos experimentados (≥ 5 años después de la formación) y que tenían contacto intensivo del paciente (≥ 100 consultas / semana). La saturación de temas se logró después de 67 entrevistas. La media de edad de los participantes fue de 45 años (DT 9 años) y 15 eran mujeres. Todos los médicos dijeron que habían encontrado casos de VG en su práctica con una prevalencia estimada que va desde 0,5% a 70% de las pacientes que sufren abusos por parte de los miembros adultos de la familia. Los médicos con mayor duración en la práctica y médicos mujeres informaron de mayor prevalencia que los demás. La exploración de experiencias y opiniones de los médicos reveló seis temas:

- Como una cuestión no médica: muchos médicos consideran la VG un cuestión social, de comportamiento o psicológica en lugar de un problema médico.
- Justificación de la VG: Varios médicos comentaron que ciertas características en una persona invitan a la agresión.
- Papel de los médicos como mediadores para la reconciliación: Algunos propusieron convertirse en mediadores de la reconciliación, trataban de conectar las partes involucradas y discutir el tema con el marido, con el objetivo de resolver la situación en la pareja. Varios médicos pedirían a la mujer que tolerara el comportamiento, fuera

²¹⁶ 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 2010. Rev Esp Salud Pública. 2012; 86: 85-99.

paciente y le darían consejos sobre cómo evitar la violencia. Algunos podrían recetar tranquilizantes y antidepresivos.

- Preocupaciones con respecto a su seguridad personal: Varios médicos expresaron preocupación sobre el riesgo de enredarse en discusiones religiosas que pudieran poner en peligro sus vidas, sobre todo porque las leyes religiosas rigen las relaciones familiares.
- Preocupaciones de un impacto negativo en su práctica clínica: algunos de los médicos anticiparon que involucrarse en la VG puede disuadir a los pacientes de llegar a sus clínicas debido a que es un tema con capacidad de estigmatizar. Los pacientes podrían sentir vergüenza y estar incómodos. Los médicos también temían que iban a estar etiquetados por hacer preguntas personales, la voz correría y los pacientes no se atreverían a pedir sus servicios.
- El escepticismo sobre el apoyo de las autoridades: falta de directrices claras de qué hacer y con quién comunicarse, junto con el escepticismo general sobre la aplicación de la ley de violencia de género²¹⁷.

Otra investigación llevada a cabo en comunidades rurales del centro de Pensylvania, EEUU, mediante entrevista semi-estructurada a 19 médicos para reclutar médicos de Atención Primaria de especialidades en Medicina Familiar, Medicina General, Medicina Interna, Obstetricia-Ginecología.

Se identificaron los temas siguientes:

- No se realiza comúnmente la detección de rutina para VG.
- Algunos médicos no consideraban que el cribado de rutina fuera apropiado salvo “*que haya algo que sugiera que podría estar pasando*”.
- La falta de tiempo, las prioridades que compiten, la inadecuada formación, la incomodidad con este problema impiden el cribado.
- La falta de convencimiento de que la detección de la VG fuera de gran ayuda debido a la falta de recursos efectivos para la derivación y el seguimiento.

²¹⁷ Usta J, Feder G, Antoun J. Attitudes towards domestic violence in Lebanon: a qualitative study of primary care practitioners. Br J Gen Pract. 2014; 64(623):313-20.

- La falta de consenso sobre la prevalencia de la IPV puede contribuir a variabilidad en la gestión de IPV en centros de atención primaria rurales por la creencia de que un problema poco frecuente con estimaciones erróneas de la prevalencia en sus comunidades.
- Los médicos rurales perciben que el abuso emocional es más frecuente que el físico.
- Preguntan sobre VG ante sospecha y signos de alarma (lesiones físicas, quejas somáticas y problemas de salud mental).
- Los trastornos psicológicos y los síntomas somáticos son los motivos de consulta más comunes entre las mujeres VVG, tendiendo a la sobreutilización de los servicios sanitarios.
- Se sospecha VG cuando se observan tácticas de control por parte de la pareja.
- Utilizan varias técnicas de asesoramiento y derivación adecuados al abordar VG entre sus pacientes, validando y suministrando información con el objetivo de tranquilizar a la paciente, que sienta que no está sola y que no es culpable del abuso.
- Informan de las consideraciones de seguridad en situaciones agudas y la participación en un plan de seguridad con sus pacientes.
- Referencia a los recursos locales y desarrollo de un plan de seguimiento para las mujeres.
- Las comunidades rurales presentan desafíos únicos para las mujeres que reciben atención por violencia de género a múltiples niveles:
 - La aceptación de los roles tradicionales de género impide a las mujeres en las comunidades rurales buscar ayuda.
 - El estigma y la baja autoestima impiden que las mujeres rurales tengan acceso a la atención.
 - Las pacientes pueden no considerar la atención primaria como un lugar al que pueden acudir para obtener ayuda.
 - El bajo nivel socioeconómico y la dependencia financiera del abusador en las comunidades rurales impide que las mujeres reciban atención.
 - Los médicos rurales creen que se necesitan intervenciones a nivel comunitario para ayudar a las mujeres rurales que han experimentado violencia de género.
 - La falta de servicios de referencia para ayudar en el cuidado de sus pacientes víctimas fue una barrera adicional para los médicos de cabecera para abordar la violencia de género.

- La interacción con el sistema de justicia penal presenta un reto para los médicos de cabecera rurales que han identificado las mujeres expuestas a VG por las posibles consecuencias jurídicas y su responsabilidad bajo la ley para informar el abuso²¹⁸.

En el suroeste de Ohio se desarrolló una investigación, seleccionando una muestra de conveniencia entre profesionales de Atención Primaria a los que se les realizó una encuesta semiestructurada y también se formaron grupos focales. Se investigó específicamente sobre violencia de género en mujeres mayores. Se halló que los profesionales estaban en un amplio abanico de rigor para identificar y gestionar la VG en las mujeres mayores, que va desde la subóptima a la exhaustiva identificación y desde la subóptima a la minuciosa gestión del problema.

Además de las barreras que se informan habitualmente acerca de la detección de violencia de género en las mujeres más jóvenes, los profesionales describen la comprensión limitada de los diagnósticos comúnmente asociados con violencia de género, la frustración con la falta de voluntad de las mujeres mayores de revelar problemas y pedir ayuda y servicios comunitarios limitados para las mujeres mayores víctimas de violencia de género. Recomiendan que las comunidades patrocinen campañas de sensibilización pública sobre violencia de género como un problema de todas las mujeres y que las agencias de envejecimiento y las de violencia de género trabajen juntas²¹⁹.

En España, se llevó a cabo un estudio en el ámbito de las comunidades de Madrid, Cantabria y Extremadura en 2011²²⁰ con metodología cualitativa mediante grupos de discusión y dio lugar a un informe en el que se clasificaron grupos de opinión:

Grupo “refractario”: Más en médicos que en enfermería:

- Fenómeno minoritario protagonizado por grupos sociales “atrasados” al que se le da un enfoque institucional sobredimensionado.

²¹⁸ McCall-Hosenfeld JS, Weisman CS, Perry AN, Hillemeier MM, Chuang CH. I just keep my antennae out: How Rural Primary Care Physicians Respond to Intimate Partner Violence (IPV). *J Interpers Violence*. 2014; 29(14): 2670–94.

²¹⁹ Zink T, Regan S, Goldenhar L, Pabst S, Rinto B. Intimate Partner Violence: What Are Physicians Perceptions? *JABFP*. 2004; 17(5):332-40.

²²⁰ Colectivo Ioé. Detección y tratamiento de la violencia de género. Actitudes del personal sanitario del Servicio Nacional de Salud [monografía en Internet] Madrid: Colectivo Ioé; 2011[acceso 5 de abril 2013] Disponible en: <http://www.colectivoioe.org/uploads/72af8b64f651f933eade7d01c9920e1a476c8a61.pdf>.

- Enfoque biomédico, limitando la actuación a las lesiones producidas como consecuencia de la VG que sería más un problema social que sanitario.
- Inadecuación de los protocolos existentes en tanto contemplan la indagación en cuestiones personales “de forma indebida”, son farragosos y pueden deteriorar la atención dada la sobrecarga asistencial.
- La formación específica no es necesaria y puede ser contraproducente desde la premisa de que puede fomentar una sospecha generalizada aparte de no aportar soluciones.
- Rechazo a implicarse en situaciones conflictivas: la responsabilidad de tomar conciencia y denunciar es de la mujer.

Grupo “favorable”.

- Enfoque biopsicosocial: Es un problema de salud pública y AP es el marco idóneo para su abordaje.
- Solo una minoría acepta el diagnóstico de VG ya que aunque haya condena hacia las prácticas de violencia contra las mujeres, no se acaba de aceptar que su origen derive de las diferencias sociales de género.
- Apoyo e impotencia: Supone que los profesionales sanitarios pretenden reconducir de forma absoluta la situación hacia una denuncia cuando lo más importante es la atención básica de acompañamiento y asesoramiento sin prejuicios ni coacciones.
- Los recursos institucionales, valorados a veces como insuficientes una vez y desconocidos otras con la crítica de que puedan ser más teóricos que reales.
- La formación es útil y los protocolos: opiniones de que no son tan imprescindibles (autosuficiencia para abordar el problema), opiniones de que deben ser consensuados.
- Necesidad de mayor formación y debate: compromiso personal más que protocolos por parte de unos y problema social con hondo calado en profesionales sometidos a condiciones de trabajo con escasez del tiempo necesario.

Grupo “transicional”. El más numeroso.

- Reticencias a abordar la VG desde AP.
- Por una parte profesionales más bien jóvenes con dificultades para la captación, falta de formación y con otras prioridades en su ejercicio profesional.

- Por otra parte otros formados y sensibilizados, con perspectiva de género pero sin esperanza de solución médica mientras no cambie la mentalidad social incluida la de las víctimas.
- También los defensores del enfoque biomédico.
- Y, por último los que perciben un cataclismo organizativo donde el profesional de AP no puede ser especialista de todo ni dar cabida a todo.
- La AP es el ámbito idóneo pero... con dificultades:
- Atención ya que es una patología que afecta a las víctimas (enfoque biomédico nuevamente).
- Impedimentos de la organización ya que las condiciones de trabajo reales suponen una barrera muy importante.
- Falta de implicación del personal médico ya que, a pesar de los contratiempos, hay recursos y se podría abordar incluso a nivel de campañas preventivas y actuación en población de riesgo.
- Falta de implicación de las víctimas. Por falta de reconocimiento o de actuación. Este punto de vista choca con los protocolos en tanto trasluce carencia de formación.
- Incertidumbre y preocupación por las repercusiones legales cuando se actúa por indicios y signos indirectos más que por denuncia explícita de la mujer.

Centrándonos en la Región de Murcia, se ha llevado a cabo otra investigación cualitativa mediante entrevista semiestructurada a médicos/as y enfermeros/as de AP hasta saturación de datos, en total a 15 profesionales por muestreo de conveniencia. La pregunta de investigación fue: ¿detectan los profesionales sanitarios de Atención Primaria casos de VG?, obteniendo como resultados:

Todos los profesionales sanitarios entrevistados admitieron que la VG era un tema de ámbito social, judicial y también sanitario.

Nueve de los entrevistados (60%) detectaron alguna vez a lo largo de su desarrollo profesional algún caso de Violencia de Género. De ellos 4 eran enfermeras (44,4%), entre ellas una matrona, y 5 médicos (55,6%). En la mayor parte de los casos afirmaron sentirse perdidos y sin conocer bien la forma de actuar. La principal forma de respuesta que tuvieron fue recurrir a otra persona más preparada, habitualmente la trabajadora social.

También admitieron que han podido dejar de detectar casos por sospechas no del todo elevadas, por falta de implicación o por miedo a equivocarse.

Respecto a la detección de casos de VG, la mayoría de los profesionales consideró que era un tema muy importante, sobre el que mantenían una actitud expectante pero no todos lo

consideraban prioritario, de hecho algunos no estuvieron de acuerdo en realizar preguntas de forma sistemática. Reconocieron que la AP era idónea para detectar nuevos casos pero argumentaron sobre barreras existentes.

Los profesionales expusieron como motivos por los que la mujer permanece en esta situación el miedo, la dependencia económica, el vínculo afectivo y los hijos. También se apuntó la dependencia emocional con el agresor y los condicionantes sociales y educacionales de la mujer así como la importancia del apoyo familiar.

La mujer es considerada una víctima, no culpable, pero sí se señaló en tres testimonios que había parte de responsabilidad en tanto no había tomado medidas contra su agresor.

De los quince entrevistados, catorce consideraron que no estaban formados para abordar la detección pero no todos estaban de acuerdo en adquirir formación en el pregrado. Solo siete de los entrevistados conocía el protocolo de VG de la historia clínica electrónica del programa OMI-AP usado en el Servicio Murciano de Salud pero ninguno de ellos lo había usado²²¹.

Estudios con metodología mixta.

Destacamos un estudio realizado en Bogotá, Colombia, en el año 2008, en hospitales que prestan atención primaria, secundaria y terciaria mediante entrevistas semiestructuradas con una muestra de conveniencia diversa de personal de atención de salud de diversas especialidades de 27 centros sanitarios que, en su mayoría, eran mujeres y una breve encuesta estructurada después de la entrevista para medir los conocimientos actuales, actitudes y comportamientos de la detección y la gestión de IPV. Se encontró que sólo siete participantes (26%) preguntó a los pacientes acerca de la violencia doméstica. Un 74% por ciento había recibido formación en VG.

El 67% de los encuestados declaró que habían atendido mujeres víctimas de VG, el 70% declararon tener un protocolo para la gestión de las supervivientes y el 96% sabía dónde remitirlas.

Los encuestados señalaron diversos grados de detección de VG entre sus pacientes de sexo femenino. La mayoría de los encuestados mencionó preguntar sólo cuando se “sospecha que”, si “daño físico”, o si refirió “problemas en casa o con la familia”.

²²¹ Lucas A, Pina F. Detección de casos de violencia de género por los profesionales de la salud en un centro de atención primaria. En: *Mujer y cuidados: retos en salud*. Murcia: Universidad de Murcia. Servicio de Publicaciones; 2014: p. 299-314.

Algunos mencionaron que preguntaban si se daban cuenta de “pistas sutiles durante la entrevista”, tales como depresión, ansiedad o trastornos del sueño; si presentaba múltiples quejas; o historias inconsistentes.

Sólo tres encuestados mencionaron la detección rutinaria de VG en sus pacientes. Se puso de manifiesto la responsabilidad de detectar por parte de todos los profesionales que trabajan en estos centros sanitarios.

Se señalaron como barreras para el cribado la falta de tiempo (lo más citado), la falta de formación, la necesidad de más personal, la falta de tratamientos oportunos cuando se identifica a la superviviente. También porque generalmente el médico se centra en la estabilización física de la paciente y atiende a los problemas médicos y no a los problemas emocionales / psicológicos, las preocupaciones por invadir la privacidad en los casos de falta de voluntad del paciente para revelar una historia de abuso doméstico y el miedo personal de la participación legal en el caso así como la falta de una relación médico-paciente sobre todo en urgencias y en consultas nuevas donde no hay conocimiento personal previo.

Los encuestados señalaron formas para superar las barreras en el cribado de la VG como tener más formación y entrenamiento en la detección, mayor énfasis en la detección, la educación de las pacientes superando el estigma social y la construcción de una relación de confianza y cambios organizativos (más tiempo, más personal y protocolos establecidos)²²².

En Canadá se publicaron en 2004 los resultados de un trabajo llevado a cabo en una muestra aleatoria de 1.000 médicos, ponderada por especialidad (Medicina Familiar, Medicina de Emergencia, la Salud Pública, Obstetricia y Ginecología) y una muestra aleatoria no ponderada de 1.000 enfermeras que trabajan en los Consultorios de Médicos de Familia, atención de Emergencia, Maternal / Neonatos y Salud Pública. La tasa de respuestas fue en las enfermeras del 59,7% y en los médicos del 32,8%. Se les envió un cuestionario autoadministrado que incluía dos preguntas abiertas al final del mismo: “¿Qué es lo que experimenta como barreras para la detección de abuso contra la mujer?” y “¿Qué le ha ayudado o le ayudará a hacer fácil para usted la detección de abuso contra la mujer?”.

En general, las principales barreras para preguntar sobre IPV fueron la falta de tiempo, las conductas atribuidas a las mujeres que viven con el abuso, la falta de formación, idioma / prácticas culturales y presencia de la pareja, mientras que los facilitadores citados con mayor

²²² Baig AA, Ryan GW, Rodriguez MA. Provider barriers and facilitators to screening for partner violence in Bogotá, Colombia. *Health Care Women Int.* 2012; 33 (3):250-61.

frecuencia incluyen capacitación, recursos comunitarios/ soportes profesionales y herramientas/ protocolos/ políticas profesionales²²³.

Por último, en el aspecto específico de las barreras existentes en el abordaje de la VG cabe citar una revisión sistemática de estudios que tuvo en cuenta las barreras detectadas según la evolución temporal de los mismos: Incluyó 22 estudios publicados antes de mayo del año 2011 realizados sobre investigaciones sobre las barreras percibidas para la detección de VG por los profesionales sanitarios. Se identificaron cinco categorías de barreras:

Barreras personales.

En más de la mitad de los estudios incluidos (12/22; 54,5%), los profesionales sanitarios informaron de incomodidad personal con la discusión el tema de la VG como una barrera. Esto fue seguido por la preocupación por la seguridad personal (05/22; 22,7%) y la preocupación de diagnóstico erróneo (3/22; 13,6%). El olvido de preguntar acerca de abuso, historia personal de abuso, y la falta de confianza para remitir a las víctimas fueron informados en dos estudios.

Barreras de Recursos.

Las barreras de recursos más frecuentemente informadas fueron las limitaciones de tiempo (18/22; 81,8%), la falta de conocimiento, la educación o formación (15/22; 68,2%), los inadecuados recursos de seguimiento y falta de personal de apoyo para ayudar a las víctimas (14/22; 63,6%) y la falta de un protocolo (04/22; 18,2%).

Actitudes y Percepciones.

La percepción más reportada fue que no es papel de los profesionales sanitarios el cribado de VG (10/22; 45,5%), seguido por la percepción de que los profesionales sanitarios tienen cuestiones más urgentes para hacer (4/22; 18,2%), que las mujeres maltratadas deben ser culpadas por el abuso (04/22; 18,2%), y que el abuso es poco frecuente (2/22; 9,1%) y la percepción de que las pacientes no quieren referirse al tema porque lo que los profesionales ven como abuso, las pacientes lo ven como algo normal.

²²³ Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen CN, MacMillan HL. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. BMC. Public Health. 2007; 7:12.

Miedo.

El miedo a la invasión de la privacidad y a que las pacientes no abusadas se sientan ofendidas fueron reportados como barreras para el cribado en la mitad de los estudios incluidos (11/22; 50%). A continuación se describió el temor a la reacción y decisiones de la pareja que hagan más difícil el problema para la víctima (04/22; 18,2%). También a la participación de la policía y a que la paciente deje de acudir al profesional si le preguntó acerca del abuso.

Barreras relacionadas con los pacientes.

La barrera informada con más frecuencia es que el idioma interfirió con la detección efectiva (3/22; 13,6%), seguido por la percepción de que las pacientes con problemas psicosociales y/ o personalidades difíciles presentaban dificultades para el cribado (2/22; 9.1%), y que la víctima debía permanecer con el abusador de todos modos (2/22; 9.1%). La percepción de que las pacientes negarían maltrato como causa de la lesión, que tenían repercusiones por ser identificadas, que no querían que constara el abuso en su historial médico, y que las pacientes no eran conscientes de sus derechos también se informaron en un estudio.

Los cambios en las barreras percibidas a través del tiempo.

Nueve de los 22 estudios incluidos en la revisión se publicaron entre 2006 a 10, mientras que se publicaron 13 estudios dentro del rango de 1995 a 2005. La mayoría de las barreras percibidas fueron reportadas proporcionalmente entre los estudios a partir de estos rangos, incluyendo las limitaciones de tiempo, la falta de protocolo, la percepción de que no está dentro de la función de un profesional sanitario, las barreras del idioma, y el miedo ofender a las pacientes no abusadas.

Hubo algunas discrepancias en las barreras que fueron informadas entre los estudios publicados en el rango anterior frente al más tardío. Siete de los nueve (87,5%) de los estudios de la gama más reciente citan la incomodidad personal con la cuestión de la VG como una barrera para la detección, en comparación con cinco de las trece (38,5%) de los estudios publicados entre 1995 a 2005.

El seguimiento inadecuado, los recursos personales y el apoyo para ayudar en la educación de la víctima, la planificación de la seguridad, los aspectos legales y los

sentimientos de que los profesionales sanitarios no pueden ayudar a las mujeres víctimas de VG fueron citados como barreras en cuatro de los nueve (44,4%) estudios publicados entre 2006-2010, en comparación con diez de los trece (76,9%) estudios de la gama anterior.

Tres de los nueve (33,3%) estudios publicados en el rango 2006-2010 han demostrado percepciones más elevadas de que tenían otras cuestiones más acuciantes como una barrera, en comparación con uno de los trece (7,7%) estudios de la gama anterior.

Por último, cinco de los trece (38,4%) estudios incluidos en el rango 1995-2005 informaron como barrera el miedo del profesional a enojar a la mujer no abusada, mientras que fue citada como tal en seis de los nueve (66,7%) estudios de 2006-2010.

Consistencia de barreras en Especialidades.

Las barreras informadas por los profesionales sanitarios en los estudios incluidos fueron similares entre las distintas especialidades médicas, excepto los de Traumatología y Odontología²²⁴.

²²⁴ Sprague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham NK, Bhandari M et al. Barriers to screening for intimate partner violence. *Women Health*. 2012; 52(6):587-605.

1.16.3. La perspectiva de las mujeres.

La mayoría de investigaciones sobre las expectativas de las mujeres acerca de la atención de los profesionales sanitarios en general y de los médicos de familia en particular se han realizado con metodología cualitativa.

Un estudio realizado en Londres mediante entrevistas en profundidad, con dos muestras de mujeres víctimas de VG, una de 10 mujeres durante el puerperio que habían sufrido VG en los últimos 12 meses (incluyendo el embarazo actual), y otra de seis mujeres que habían sufrido VG en los últimos 12 meses, pero no el embarazo actual. La falta de privacidad, la continuidad de las limitaciones de la atención y el tiempo fueron temas dominantes que emergieron en las mujeres en relación con sus contactos con los profesionales de la salud. Muy pocas mujeres divulgan voluntariamente la violencia doméstica a un profesional de la salud y menos aún se les preguntó directamente acerca de la violencia doméstica por alguno de ellos²²⁵.

En los Países Bajos se diseñó un proyecto para explorar las opiniones y experiencias de las mujeres víctimas de VG en relación a la comunicación a su Médico de Familia. En él fueron entrevistadas treinta y seis mujeres en las cuatro semanas después de la comunicación del problema a su Médico de Familia. La mayoría de las mujeres fueron a ver al médico por alguna queja médica, y sólo tres mujeres planeaban revelar el abuso. Veinticinco mujeres valoran un enfoque comunicativo de su médico con empatía o el empoderamiento y nueve valoran más la aproximación instrumental. Ocho mujeres de este último grupo querían esto combinado con un enfoque comunicativo. Un grupo de mujeres (n = 20) perciben un cambio real en sus posibilidades para manejar la situación²²⁶.

Centrándonos en España, cabe citar un estudio exploratorio realizado mediante seis grupos de discusión y ocho entrevistas en profundidad a aquellas mujeres maltratadas consideradas informantes clave, hasta llegar a la saturación del discurso.

Se encontró que las mujeres identifican la asistencia sanitaria sobre todo en relación a las lesiones físicas, pero sí que manifiestan buscar algo más de los profesionales sanitarios aunque no sean capaces de expresarlo por el trance psicológico en el que se encuentran. A

²²⁵ Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health Soc Care Community*. 2003; 11(1):10-8.

²²⁶ Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römkens R, Hezemans D, Lagro-Janssen T. Talking matters: abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation. *Patient Educ Couns*. 2008; 70(3):386-94.

veces esta necesidad de ayuda está detrás de una serie de invenciones para ocultar la agresión.

Los problemas que el maltrato ocasiona, como la ansiedad y la depresión, son tratadas sin abordar como causa la VG y en los casos en los que esta se identifica, no siempre se deriva a las mujeres a otros servicios asistenciales para este problema. Las mujeres atribuyen una misión definida y rígida para cada profesional sanitario, y, en este caso no se considera que el médico de AP esté obligado a preocuparse por este tema sino de los problemas de salud física. Cuando los médicos se preocupan y se ocupan de los problemas psicológicos es interpretado como algo añadido a su función específica.

Por otro lado sí que piden un seguimiento del problema cuando ya está diagnosticado apuntando que son los pediatras de AP los que más se preocupan²²⁷.

Otra investigación llevada a cabo en España, esta vez con metodología cuantitativa, que incluyó a 321 mujeres víctimas de VG atendidas en las Asociaciones de Víctimas de Malos Tratos y Agresiones Sexuales (ADAVAS) de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, desveló que cuando la mujer consulta por primera vez por este problema, en el 56,9% de los casos, tiene lugar en AP, siendo al médico/a de familia en un 50,26% del total de consultados en AP.

El 87,1% de las mujeres víctimas han acudido por algún motivo a su Médico de Familia en los dos últimos años. Cuando se le pregunta a la mujer si su médico conoce que sufre malos tratos, el 37,9% de las mujeres responde afirmativamente, en el 9,2% de los casos por la sospecha del profesional que se lo preguntó directamente; en el 24,9% la víctima se lo contó aunque el profesional no lo había preguntado y en el 65,9% lo conoció por otras personas (familiar, policía...).

Independientemente de esto, cuando el médico de familia se enteró, en el 23,29%, “la escuchó y se preocupó de ella” pero sin dar orientación o indicaciones sobre dónde acudir o pasos seguir, en el 32,6%, además le dio orientaciones y la derivó a otros profesionales que podían ayudarla, en el 31,37% además hizo un seguimiento del problema. En el 6,9% el profesional consideró que era un problema de pareja y que no podía hacer nada por la mujer. El 62,1%, de mujeres no sabe si su médico/a conoce su situación. El 100% considera que los malos tratos son asunto del médico.

²²⁷ Robledo J, de la Fuente D, Salamanca AB, Sánchez S. La atención de los profesionales sanitarios a la violencia de género visto desde la percepción de las mujeres maltratadas. *Nure Investigación*. 2009; 39.

El 91,3% de las mujeres expresan que “no les molestaría que su médico o enfermera le hubieran preguntado si sufría malos tratos” y el 86,87% de ellas piensa que debe incluirse como “una pregunta rutinaria en la historia clínica”²²⁸.

En un metaanálisis de estudios cualitativos se formularon dos preguntas: “¿Cómo perciben las mujeres con antecedentes de VG las respuestas de los profesionales de la salud?” y “¿Cómo quieren las mujeres con antecedentes de VG que sus proveedores de atención de salud respondan a las revelaciones del abuso?”.

Incluyeron estudios hasta el 1 de julio de 2004 y las búsquedas se complementan con el rastreo de citas y el contacto con los investigadores. Se englobaron diseños cualitativos que incluían mujeres de 15 años o más con experiencia de VG y que hablaran inglés.

Se encuadraron 25 estudios (847 participantes).

Las construcciones emergentes fueron en gran medida consistentes entre los estudios y no varían según la calidad del estudio. Se estudiaron con una secuencia temporal: antes de tratar el abuso, en la divulgación y las respuestas inmediatas y posteriores del profesional de la salud. Los constructos clave incluyeron:

- Lo que necesitan de los profesionales sanitarios.

Las mujeres querían profesionales de la salud sin prejuicios, compasivos y sensibles, y capaces de mantener la confidencialidad. Querían que el profesional mostrara una comprensión de la complejidad de la VG, para comprender su naturaleza a largo plazo (y, por tanto, la dificultad de una rápida resolución), y para comprender sus ramificaciones sociales y psicológicas. Las mujeres querían profesionales de la salud para evitar medicalizar el problema.

- Naturaleza de la consulta con profesionales médicos.

Plantear la cuestión de una manera sensible y segura es importante así como la confirmación a las mujeres que la violencia que han sufrido es inaceptable e inmerecida, y desafiar falsas suposiciones hechas por algunas mujeres maltratadas (por ejemplo, que el abuso de alguna manera era su culpa). Ellas esperaban que el profesional de la salud pudiera reforzar su confianza. Las mujeres querían ser capaces de avanzar a su propio ritmo y a no ser presionadas a revelar, dejar la relación, o presentar cargos en contra de su pareja o ex pareja. Las mujeres querían que el profesional de la salud fuera capaz de respetar sus decisiones y compartir la toma de decisiones con ellos.

- Expresión de las necesidades de la mujer.

²²⁸ Herrero (2011), op. cit. en nota 215.

Los sentimientos de las mujeres sobre su abuso eran complejos y afectaron su decisión sobre si se debe discutir el abuso con un profesional de la salud en particular en una consulta concreta. Las mujeres reconocieron específicamente la importancia del profesional para ayudar a abordar estos sentimientos de atención médica.²²⁹

1.16.4. Conflictos éticos.

A veces los profesionales sanitarios entran en conflicto al tener que elegir entre las obligaciones legales y los derechos de autonomía de la mujer así como el respeto a la confidencialidad (en el caso de que las mujeres deseen no denunciar).

Aunque la presentación del parte de lesiones de VG por parte de los médicos a las autoridades de la justicia penal es obligatoria en algunos países, entre ellos España, la OMS hizo algunas recomendaciones basadas en la evidencia científica al respecto en su guía de 2013. El grupo de desarrollo de la guía decidió que los posibles beneficios de notificación obligatoria no superaban restringir la autonomía y toma de decisiones de la mujer. Se adoptó como una recomendación fuerte basada en evidencia muy baja calidad²³⁰.

La evidencia se buscó mediante la pregunta: ¿Cuáles son los efectos en las mujeres y sus hijos de la notificación obligatoria de la VG a la policía? Tras revisar 23 estudios, de los cuales sólo dos midieron el impacto de la notificación obligatoria cuantitativamente, cinco que estudiaron los puntos de vista de los profesionales sanitarios y dieciséis trataron de obtener la perspectiva de las mujeres²³¹.

Desde la perspectiva de los profesionales, las ventajas de los informes obligatorios incluyen la mejora de la recogida estadística, el enjuiciamiento del agresor y mejora la capacidad de respuesta del médico. Sus preocupaciones son las necesidades de recursos y tiempo, la posibilidad de que las mujeres se desanimen para revelar información, la confidencialidad y la autonomía se ven comprometidas, el riesgo de represalias, y las consecuencias de procesamientos sin éxito.

Desde la perspectiva de las mujeres, las ventajas incluyen que es lo que les permite obtener ayuda, quitando la responsabilidad de informarlo ellas mismas, haciendo que se sientan menos solas y culpables, la enseñanza a sus parejas de la gravedad del abuso, y una interacción potencialmente positiva con la policía, por si el registro del incidente fuera útil

²²⁹ Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women Exposed to Intimate Partner Violence: Expectations and Experiences When They Encounter Health Care Professionals: A Meta-analysis of Qualitative Studies. *Arch Intern Med.* 2006;166(1):22-37.

²³⁰ Feder G, Wathen GD, MacMillan HL. An Evidence-Based Response to Intimate Partner Violence: WHO Guidelines. *JAMA.* 2013; 310(5):479-80.

²³¹ World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization. 2013.

en el futuro. Sus preocupaciones incluyen el riesgo de represalia, el miedo a que les quiten a sus hijos, la ansiedad acerca de la interacción con un trabajador social o de otras personas con autoridad, siendo victimizado por el sistema de salud, así como las preocupaciones sobre la autonomía y confidencialidad. Mientras que hay un número de mujeres que apoya notificación obligatoria, parece que hay un número igualmente grande que no lo hace. En particular, algunas mujeres maltratadas parecen estar en contra, especialmente si se trata de la policía ya que sugirieron que la hasta la decisión sobre la presentación de informes debe ser de la mujer y que la seguridad de la mujer y sus hijos deben ser la primera prioridad. Es importante tener en cuenta que puede haber diferencias entre la presentación de informes y el mandato de las obligaciones profesionales (confidencialidad y “non nocere”) y de derecho. Los profesionales deben entender sus obligaciones legales así como sus códigos de práctica profesional, para asegurar que las mujeres están totalmente informadas acerca de sus opciones y las limitaciones de confidencialidad cuando ello sea el caso.

Por lo tanto se plantea un proceso deliberativo en cada situación concreta para encontrar la mejor decisión posible, considerando que la ética de la responsabilidad tiene más alcance que la de la convicción.

Otra situación de conflicto tiene lugar cuando víctima y agresor son pacientes del mismo médico. Esta cuestión fue abordada por un grupo de expertos formado por 15 miembros con experiencia en Medicina Familiar, Ginecología, Urgencias, Ética, Enfermería, Psicología, Derecho y Trabajo Social; un grupo consultor de 11 miembros con representantes de la Medicina, Consumidores, Policía, Psicología, Trabajo social y Enfermería; y participantes de grupos focales, incluyendo 48 mujeres VVG y 10 hombres maltratadores.

Tras un largo proceso, se expusieron los hallazgos y se comentaron los resultados en el panel de expertos.

Las directrices finales fueron aprobadas por el panel y el grupo de consultoría, con comentarios reservados en las directrices para la información de los participantes de los grupos focales.

Se concluyó que no es un conflicto de intereses para el médico tratar a la mujer víctima de violencia de género cuando ambos miembros de la pareja son pacientes del mismo médico siempre que se respete el derecho a la autonomía y confidencialidad; se actúe con honestidad y se preste una atención de calidad a ambos²³².

²³² Ferris LE, Norton PG, Dunn EV, Gort, EH, Degani, N. Guidelines for managing domestic abuse when male and female partners are patients of the same physician. JAMA. 1997; 278(10): 851-57.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

En estas circunstancias, donde se plantea la importancia de los Médicos de Familia en la atención a la violencia de género, procede explorar sus actitudes frente a la violencia de género, su capacitación y abordaje del problema, en concreto los que desempeñan su trabajo en el Servicio Murciano de Salud, para conocer los elementos que influyen en la atención que prestan a las mujeres víctimas de violencia de género y a las personas de su entorno.

Hipótesis.

Los médicos de familia de la Región de Murcia tienen una actitud positiva frente a la violencia de género, pero no conocen los protocolos, no piensan que la detección precoz y sistemática esté justificada y no se sienten capacitados para manejar la situación que genera.

Objetivos.

General.

Describir la actitud de los médicos de familia de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud de la Región de Murcia con respecto a la violencia de género, sus conocimientos y actuaciones frente a dicho problema.

Específicos.

1. Determinar las actitudes y conocimientos de los médicos de familia frente a la violencia de género.
2. Identificar los comportamientos de los médicos de familia en la atención a la VG en cuanto a detección, valoración, intervención y derivación de la mujer víctima así como respecto a sus hijos e hijas y al agresor.
3. Analizar el registro de violencia de género en la historia clínica electrónica de Atención Primaria (HCEAP).
4. Indagar sobre las dificultades y necesidades percibidas por los médicos de familia para la correcta asistencia a las mujeres víctimas de violencia de género en las consultas de Atención Primaria.
5. Explorar cuáles son las propuestas que hacen los médicos de familia para mejorar la detección y la asistencia a las mujeres víctimas de violencia de género en la consulta de Atención Primaria.

3. MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización del presente estudio establecimos tres partes diferenciadas:

1. Análisis del registro de violencia de género en la historia clínica electrónica de Atención Primaria (HCEAP).
2. Análisis de conocimientos, actitudes y actuaciones de los médicos de familia frente a la VG.
3. Exploración de opinión sobre el cribado de violencia de género, dificultades percibidas y propuestas de mejora realizadas por los médicos de familia.

1. Análisis del registro de violencia de género en la historia clínica electrónica de Atención Primaria (HCEAP).

Estudio transversal y descriptivo que incluyó a personas con tarjeta sanitaria individual (TSI) en cuyas historias clínicas constan los códigos CIAP-2 (Codificación Internacional de Atención Primaria) Z12 y Z25 (problemas de relación y violencia) durante los años 2012 y 2013.

Para el acopio de datos se recurrió al registro del programa informático OMI-AP que es el soporte de historia clínica electrónica usado por el Servicio Murciano de Salud de donde se recogieron los registros de los códigos que corresponden a problemas de relación y violencia Z12 y Z25, y sus respectivos descriptores. Se obtuvieron los registros existentes en toda la Región de Murcia a lo largo de los años 2012 y 2013, así como las variables áreas sanitarias, edad y sexo:

Z12, que incluye abuso psíquico/emocional, excluye abuso físico. Equivale en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) a los códigos T74.0, T74.3, Z63.0. Sus descriptores se relacionan en la tabla 15.

Z25, que incluye los problemas de abuso físico hijo/cónyuge, violación, agresión sexual. Excluye los daños físicos y psicológicos que se registrarán en las rúbricas oportunas. Equivale en la CIE 10 a los códigos T74.1, T74.2, T74.8, T74.9, Z65.4, Z65.5. Sus descriptores se relacionan en la tabla 16.

Tabla 15. Descriptores del código CIAP-2 Z12.

Z12	ABUSO (DE) CONYUGE
Z12	ABUSO (DE) ESPOSA/O
Z12	COMPROMISO, ROTURA DE (NOVIOS)
Z12	CONVERSACION CONYUGE
Z12	CONVERSACION MATRIMONIO
Z12	CONVERSACION PADRES (ENTRE)
Z12	CONYUGE RELACION
Z12	DIFICUL. CONYUGE
Z12	DIFICUL. HIJO/A
Z12	DISPUTA CONYUGES/PADRES
Z12	MALTRATO, MALOS TRATOS (DE) CONYUGE
Z12	MATRIMONIAL, CONFLICTO
Z12	MATRIMONIO CRISIS
Z12	MATRIMONIO DIFICULTADES
Z12	MATRIMONIO PROBLEMAS
Z12	PROBLEMA CONYUGE NC
Z12	PROBLEMA INTERPERSON. (CON) CONYUGE NC
Z12	PROBLEMA INTERPERSON. (CON) CONYUGE RELACION NC
Z12	PROBLEMA INTERPERSON. (CON) MATRIMONIAL NC
Z12	PROBLEMA INTERPERSON. NC(CON)CONYUGE ABUSO (VIOLENCIA) NC
Z12	PROBLEMA MATRIMONIAL NC
Z12	RUPTURA SENTIMENTAL (PAREJAS)
Z12	SEPARACION PADRES

En ambos códigos se especifica que el diagnóstico de problemas entre cónyuges requiere el acuerdo de paciente acerca de la existencia del problema y el deseo de ayuda.

Tabla 16. Descriptores del código CIAP-2 Z 25.

Z25	ASALTO
Z25	HECHOS PERJU./VIOLENT.
Z25	PERJUDICIAL, HECHO O SUCESO VIOLENTO
Z25	PROBLEMA RESULTANTE (DE) ASALTO/VIOLENCIA NC
Z25	PROBLEMA RESULTANTE (DE) SUCESOS PERNICIOSOS NC
Z25	PROBLEMA RESULTANTE (DE) VIOLACION NC
Z25	VIOLACION (VIOLENCIA) (NO SEX.)
Z25	VIOLACION VIOLENCIA (ACTOS VIOL.)

De todos los descriptores de ambos códigos de problemas de relación y violencia, hay unos determinados que, de forma menos equívoca, indican violencia de género y que serán recogidos en el estudio (tabla 17).

Tabla 17. Descriptores indicativos de violencia de género.

Código	Descriptor
Z12 (abuso psíquico/ emocional)	ABUSO (DE) CONYUGE
	MALTRATO, MALOS TRATOS (DE) CONYUGE
	PROBLEMA INTERPERSON. NC(CON)CONYUGE ABUSO (VIOLENCIA) NC
Z25 (abuso físico)	VIOLACION (VIOLENCIA) (NO SEX.)
	VIOLACION VIOLENCIA (ACTOS VIOL.)
	PROBLEMA RESULTANTE (DE) VIOLACION NC

2. Análisis de conocimientos, actitudes y actuaciones de los médicos de familia frente a la VG.

Se trata de un estudio descriptivo-transversal en su recogida, y retrospectivo en cuanto a las cuestiones planteadas. El ámbito de estudio son los Centros de Salud de Atención Primaria (AP) del Servicio Murciano de Salud (SMS) de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM). Se determinaron los médicos de familia que trabajaban en Atención Primaria del SMS, a fecha 31 de diciembre 2012, a partir de los datos facilitados por el Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria de la Consejería de Sanidad y Política Social y la Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud y que resultaron ser 828.

Se dividió la población “médicos de familia del Servicio Murciano de Salud” en grupos correspondientes cada uno de ellos a cada una de las nueve áreas que constituyen el mapa sanitario de la Región de Murcia.

Se realizó un muestreo probabilístico. El cálculo del tamaño muestral se realizó para una precisión ϵ del 5%, y nivel de confianza (ic) del 95% y una proporción esperada (p) del 50% (n= 263). Este número se amplió a 309 sujetos ajustando la muestra con una previsión de pérdidas del 15%.

A partir de la relación de médicos por Código Identificador de Área Sanitaria (CIAS) en el momento del estudio, se identificaron los elementos de la muestra mediante estratificación por área con distribución proporcional según el número de médicos de cada una de las 9 áreas sanitarias del SMS y aleatorización sistemática. Con el coeficiente de elevación $N/n = 2,67$ e iniciando el punto de arranque en uno, se fue seleccionando con intervalo alterno cada dos-tres sujetos del listado de CIAS (Tabla 18).

Tabla 18. Población y muestra distribuidas por áreas sanitarias.

Área Sanitaria	Médicos de familia Población (N)	Médicos de familia Muestra (n)	Centros de Salud
1-Murcia-Oeste	143	53	14
2-Cartagena	159	59	16
3-Lorca	98	37	8
4-Noroeste	47	17	6
5-Altiplano	36	14	3
6-Vega del Segura	140	52	15
7-Murcia-Este	116	43	10
8-Mar Menor	57	21	5
9-Vega alta	32	13	4
Total Región de Murcia	828	309	81

Se utilizó un cuestionario que se había diseñado y utilizado para una investigación previa²³³ por Herrero S. en 2011 con modificaciones dirigidas a la consecución de los objetivos de nuestro estudio.

Este cuestionario es un instrumento dividido en siete secciones que miden datos profesionales y sociodemográficos, actitudes, uso de recursos socio-sanitarios, conocimientos y formación y casos de violencia de género atendidos en la consulta de Atención Primaria:

1. Primera sección. Datos profesionales y sociodemográficos. (tabla 19).

1.1. Datos profesionales: año de licenciatura, ámbito de trabajo, Área Sanitaria de desempeño laboral, presión asistencial (número de pacientes del cupo médico, pacientes atendidos diariamente y promedio de tiempo dedicado a ellos) y realización de guardias así como entorno donde se realizan.

1.2. Datos sociodemográficos: Edad, sexo y estado civil.

²³³ Herrero (2011), op. cit. en nota 215.

Tabla 19. Cuestionario. Datos sociodemográficos y profesionales. Modificado de: Herrero S. 2011.

Centro de trabajo: Urbano/ Rural	Área Sanitaria:								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Año de licenciatura:	Estado Civil				Sexo Hombre Mujer		Edad		
Tamaño actual del cupo <500 500-1000 1000-1500 1500-2000 > 2000	Nº medio de pacientes en consulta/día <10 10-20 20-30 30-40 >40								
Número de horas (promedio) de atención directa a pacientes por día:	Hace guardias: Si / No En caso de contestar si, lugar donde las realiza: Centro Salud. PAC. SUAP. 061. Hospital								

2. Segunda sección. Actitudes.

Considera la actitud del médico acerca de la violencia de género. Está constituida por una escala de actitudes de 30 preguntas repartidas en seis dimensiones (tabla 20).

Cada pregunta tiene 5 opciones de respuesta tipo Likert (donde la opción 1 denota el talante más negativo y la 5, el más positivo de cara al abordaje de la violencia de género en la consulta médica).

Se conseguirá una puntuación total que indicará la actitud global del médico ante la violencia de género (viene determinada por la media de puntuación dada a las 30 preguntas). La actitud particular para cada dimensión corresponde a la media de puntuación dada a las preguntas que la forman.

Una puntuación global mayor de 3 estima que el médico tiene una actitud positiva hacia el manejo de la violencia de género en la consulta.

La dimensión 2 consta además de una pregunta abierta, analizada separadamente, sobre otros motivos que tienen los médicos para no preguntar a las pacientes por la existencia de VG.

Las cuestiones planteadas puntúan:

Total acuerdo (5).

Acuerdo (4).

Ni acuerdo/ni desacuerdo (3).

Desacuerdo (2).

Total desacuerdo (1)

Excepto:

D1.3. Como problema exclusivo del ámbito privado.

D3.13. Se debe actuar solo cuando lo demanda el paciente.

D3.14. Debe actuar solo cuando hay lesiones.

D3.15. Se debe limitar a informar a la paciente y derivarla a los servicios especializados.

D4.18. No procede por mi parte ninguna actuación con él.

D4.20. Le invito a cambiarse de médico porque las personas violentas me producen gran rechazo.

Cuya puntuación es inversa, dado que la mínima presencia de la variable denota la actitud más positiva:

- Total acuerdo (1).
- Acuerdo (2).
- Ni acuerdo/ni desacuerdo (3).
- Desacuerdo (4).
- Total desacuerdo (5).

Tabla 20. Escala de actitudes de los médicos de familia frente a la violencia de género. Modificado de: Herrero S. 2011.

Escala de Actitudes		
Dimensiones		Ítems. Preguntas
D1	Consideración de la VG	1. Como problema social 2. Como problema sanitario 3. Como problema exclusivo del ámbito privado
D2	Motivos por los que no se pregunta habitualmente por la VG en AP	4. Miedo a ofender a la paciente 5. Incomodidad e inseguridad 6. No saber cómo preguntarlo 7. No saber controlar la reacción de la víctima 8. Por las obligaciones legales que conlleva para el médico 9. No poder ofrecer soluciones aunque lo detecte 10. No tener tiempo en la consulta 11. Los malos tratos son problema del Trabajador Social Pregunta abierta sobre otros motivos por los que no pregunto en mi consulta sobre la presencia de VG.
D3	Actitud del Médico de Familia ante situaciones de VG	12. El médico debe estar alerta y preguntar sobre factores de riesgo 13. Se debe actuar solo cuando lo demanda el paciente 14. Debe actuar solo cuando hay lesiones 15. Se debe limitar a informar a la paciente y derivarla a los servicios especializados 16. Se debe ofrecer atención a todos los miembros de la familia incluido el agresor con refuerzo de de otros profesionales del EAP y los Servicios Sociales de apoyo
D4	Actitud respecto a las actuaciones en relación con el agresor	17. Contactar con el agresor para entrevistarle 18. No procede por mi parte ninguna actuación con él 19. Le proporciono consejo y orientación 20. Le invito a cambiarse de médico porque las personas violentas me producen gran rechazo
D5	Actitud respecto a las actuaciones en relación a los hijos	21. Habitualmente investigo si son víctimas también 22. Habitualmente se lo comunico al Pediatra 23. Habitualmente se lo comunico al Trabajador Social 24. Pongo el caso en conocimiento del Servicio de Protección a la Infancia
D6	Actuaciones concretas en un caso de VG	25. Valoración del riesgo vital físico 26. Emisión del Parte Judicial ante lesiones físicas leves 27. Valoración del riesgo vital psicológico 28. Realización del Parte de Lesiones en el maltrato psicológico 29. Información a la víctima sobre los recursos sociales 30. Información al Juez o a la Policía ante la sospecha de riesgo de agresión grave para la víctima.

3. Tercera Sección. Derivación a recursos socio-sanitarios y valoración de la respuesta obtenida.

Una vez que se ha establecido que existe violencia de género, se indaga acerca de la derivación a otras instancias implicadas en la atención a las víctimas mediante una pregunta con 5 opciones de respuesta tipo Likert donde 1 es la mínima presencia de la variable y 5 la máxima y, también, acerca de la percepción de eficacia con que estas instancias han respondido formulando otra pregunta de similares características (tabla 21).

Tabla 21. Cuestionario. Derivación a recursos socio-sanitarios y valoración de la respuesta obtenida. Modificado de: Herrero S. 2011.

9. Ante los casos de VG, indique con qué frecuencia suele derivar a otros profesionales o instituciones:					
1. Al Trabajador Social.	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
2. Al Hospital.	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
3. A la Policía.	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
4. Al Juzgado.	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
5. A los Servicios de Salud Mental.	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
6. A Asociación de Víctimas de VG u otras organizaciones de autoayuda.	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
7. A otras (decir cual).					
10. Cuando ha necesitado los recursos sociales (teléfono de atención a las víctimas, policía, servicio de protección a la infancia, etc.) la respuesta que obtuvo ha sido eficaz:					
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca	

4. Cuarta sección. Conocimientos de los médicos.

Explora los conocimientos sobre violencia de género utilizando tres preguntas:

4.1. Plantea seis situaciones de riesgo.

4.2. Plantea seis síntomas de sospecha.

En ambas cuestiones se le plantea al encuestado si existe o no relación entre dichas situaciones/síntomas y la violencia de género.

4.3. Plantea la actuación ante una agresión sexual con tres opciones de respuesta de las cuales solo una es adecuada (tabla 22).

Tabla 22 Cuestionario. Conocimientos de los médicos de familia respecto a la violencia de género. Modificado de: Herrero S. 2011.

11. Algunas situaciones se consideran de mayor riesgo para sufrir VG. Del listado siguiente responda sí o no respecto a aquellas que le parezcan que son situaciones de riesgo:		
1. Tener un marido alcohólico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. Antecedentes en la familia de origen de la víctima de VG	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. Antecedentes en la familia de origen del agresor de VG	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. Que la mujer sufra depresión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. Desempleo o precariedad laboral del agresor	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. Estar embarazada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
12. La presencia de algunos de estos síntomas debería hacernos pensar en la posibilidad de VG:		
1. Crisis de ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. Hiperfrecuentación en la consulta por motivos banales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. Depresión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. Dolores torácicos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. Abdominalgias inespecíficas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. Abortos de repetición	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. Dispepsia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
13. Es viernes a última hora de consulta y usted está de guardia. Tiene que atender a una víctima de agresión sexual (violación). Elija entre estas opciones la que usted llevaría a cabo (solo una) (marcar la opción con un círculo):		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Le realizaría la primera atención tratando las lesiones y lavando y desinfectando las lesiones y la enviaría a continuación al hospital. 2. Tras hacer la primera atención urgente, haría la profilaxis de infecciones y la prevención de embarazo con la píldora post-coital, realizaría parte judicial y la enviaría a casa, citándola el lunes con el Trabajador Social. 3. Valoraría la situación, haría la primera atención de urgencia, realizaría parte judicial y derivaría inmediatamente al hospital en ambulancia. 		

5. Quinta sección. Percepción de la preparación y necesidades formativas.

Pretende averiguar hasta qué punto el médico se ve capacitado para manejar la violencia de género en su trabajo cotidiano, la necesidad de recibir formación y la instrucción recibida mediante tres preguntas con 5 opciones de respuesta tipo Likert donde 1 es la opción mínima y 5 la máxima (tabla 23).

Tabla 23. Cuestionario. Percepción de los médicos de familia sobre su formación en violencia de género. Modificado de: Herrero S. 2011.

14. Respecto a su formación en VG, puntúe del 1 al 5 las siguientes afirmaciones, teniendo en cuenta que: 5 = mucho, 4 = bastante, 3 = algo, 2 = poco, 1 = nada (marcar con un círculo):					
1. Su capacidad para diagnosticar, tratar y orientar a una paciente víctima de VG.	5	4	3	2	1
2. La necesidad de recibir formación y entrenamiento sobre el abordaje de la VG	5	4	3	2	1
3. La formación recibida sobre VG	5	4	3	2	1

6. Sexta sección. Actuación frente al problema de violencia de género en las consultas.

En primer lugar, investiga la frecuencia con la que el médico pregunta por la existencia de violencia de género a las pacientes mediante una pregunta con 5 opciones de respuesta tipo Likert donde 1 es la opción de mayor frecuencia y 5 la de menor (tabla 24).

Tabla 24. Cuestionario. Frecuencia con la que los médicos de familia preguntan a sus pacientes por la violencia de género. Modificado de: Herrero S. 2011.

3. Señale con qué frecuencia pregunta a sus pacientes si son víctimas de VG:				
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca

En segundo lugar se solicita al encuestado un ejercicio de descripción de los casos sobre los que tiene conocimiento en la práctica con su cupo de pacientes (tabla 25).

Tabla 25. Cuestionario. Casos de violencia diagnosticados en los cupos médicos de Atención Primaria. Modificado de: Herrero S. 2011.

15. ¿De cuántos casos de VG ha tenido conocimiento en su cupo aunque usted directamente no los detectara?						
						Nº total: <input type="text"/>
Describa las características de los casos que recuerde:						
Paciente	Edad	Tipo de Maltrato (Tabla 1) Citar todos los tipos encontrados en el caso	Detección del caso (Tabla 2)	Sospechó con anterioridad que pudiera ser víctima de VG (Contestar Si/No)	Nº aproximado de consultas realizadas por la víctima en el último año.	Uso de Psico-fármacos (Contestar Si/ No)
Nº 1						
Nº 2						
Nº 3						
Nº 4						
Nº 5						
Nº 6						
.....						
.....						
.....						
.....						

3. Exploración de opinión sobre el cribado de violencia de género, dificultades percibidas y propuesta de mejora de los médicos de familia.

Se adicionaron tres preguntas abiertas al final del cuestionario que exploraban la opinión de los médicos de familia sobre el cribado de violencia de género, las dificultades para la detección y asistencia a la violencia de género así como las propuestas de mejora que sugerían (tabla 26).

Tabla 26. Preguntas exploratorias sobre opinión de cribado, dificultades y propuestas de mejora.

1. ¿Qué opina sobre el screening de la violencia de género en Atención Primaria?
2. ¿Qué dificultad encuentra para la atención a víctimas de violencia de género en su trabajo diario?
3. ¿Qué propuesta haría para mejorar la atención a mujeres víctimas de violencia de género en su trabajo diario?

3.1. Adaptación del cuestionario y estudio piloto.

Se modificó el cuestionario (Herrero, 2011) con la finalidad de adaptarlo a la organización del Servicio Murciano de Salud y a los objetivos del estudio ya que en nuestro caso la investigación pretendía estudiar fenómenos relacionados con la violencia de género y no sobre la violencia doméstica como en el estudio de Herrero. Los cambios realizados se encuentran contenidos en la tabla 27.

Tabla 27. Modificaciones realizadas al cuestionario Herrero S.

Modificaciones	
Cuestionario Herrero Velázquez	Cuestionario estudio
Provincia de trabajo	Área Sanitaria
Hace guardias: Si / No	Hace guardias: Si / No En caso de contestar si, lugar donde las realiza: Centro Salud. PAC. SUAP. 061. Hospital
Malos tratos(MT) Violencia doméstica (VD)	Violencia de género (VG)
Agresor (Tabla 18) Pareja/ex pareja Hijo/a Padre Madre Otro (especificar):....	Se suprimen estos ítems
	Se introducen: 1. ¿Qué opina sobre el screening de la VG en Atención Primaria? 2. ¿Qué dificultad encuentra para la atención a víctimas de VG en su trabajo diario? 3. ¿Qué propuesta haría para mejorar la atención a mujeres víctimas de VG en su trabajo diario?

El estudio piloto con las citadas modificaciones se realizó en dos centros de salud del Área 2 del Servicio Murciano de Salud: 18 médicos de familia seleccionados por muestreo intencional que informaron acerca de las posibles dificultades de interpretación de las preguntas abiertas que fueron:

- Significado exacto de la palabra screening por lo que se modificó: “¿Qué opina sobre el screening /detección sistemática de la VG en Atención Primaria?”.
- Posibilidad de que los encuestados no tuvieran dificultades para la asistencia a las víctimas de VG por lo que se modificó a “¿Encuentra algún tipo de dificultad para la asistencia a víctimas de VG en su trabajo diario? En caso de que su respuesta sea positiva, ¿cuáles son las más importantes?”.

- Posibilidad de que las dificultades sean distintas para la detección y la asistencia, una vez diagnosticada la situación, por lo que se añadió otra pregunta: “¿Encuentra algún tipo de dificultad para la detección de víctimas de VG en su trabajo diario? En caso de que su respuesta sea positiva, ¿cuáles son las más importantes?” (tabla 28).

Tabla 28. Modificaciones realizadas al cuestionario pre-piloto.

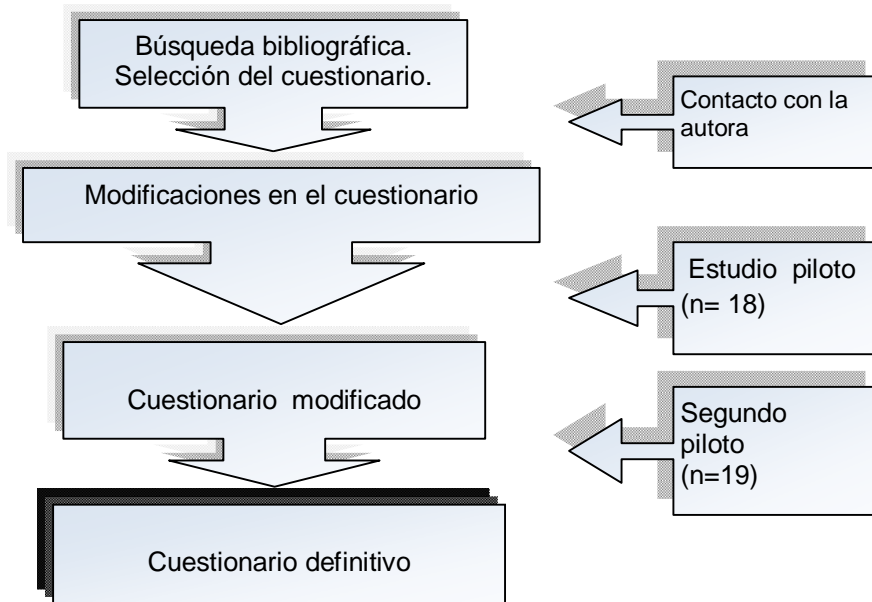
Preguntas exploratorias
1. ¿Qué opina sobre el screening /detección sistemática de la VG en Atención Primaria?
2. ¿Encuentra algún tipo de dificultad para la detección de víctimas de VG en su trabajo diario? En caso de que su respuesta sea positiva, ¿cuáles son las más importantes?
3. ¿Encuentra algún tipo de dificultad para la asistencia a víctimas de VG en su trabajo diario? En caso de que su respuesta sea positiva, ¿cuáles son las más importantes?
4. ¿Qué propuesta haría para mejorar la detección y asistencia a las víctimas de VG en la realidad asistencial actual de Atención Primaria?

Finalmente, se llevó a cabo un segundo estudio piloto en dos centros de salud del Área 1 del SMS que incluyó a 19 médicos de familia seleccionados por muestreo intencional, sin otras incidencias quedando constituido el cuestionario definitivo (Anexo I).

Para ambos estudios piloto, se contactó con los médicos de familia a través de los coordinadores médicos de los centros de salud y se les entregó y recogió el cuestionario personalmente en sus centros, habiéndose explicado previamente cuales eran los objetivos del estudio. Los médicos de familia que participaron en los estudios piloto fueron excluidos cuando se realizó la selección de la muestra.

La representación del proceso de construcción del cuestionario se indica en el gráfico 20.

Gráfico 20. Proceso de obtención del cuestionario para el estudio “Actitudes y actuación de los médicos de familia respecto a la violencia de género en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia”.



3.2. Autorizaciones.

Una vez que se tuvo el instrumento de medida, se confeccionó el proyecto y se presentó al Comité Ético de Investigación Clínica (Anexo III) y a la Comisión de Investigación del Área 2 (Anexo II) de Salud del Servicio Murciano de Salud, obteniendo la aprobación en ambos casos.

Así mismo se solicitó autorización y colaboración para llevar a cabo el estudio al Servicio Murciano de Salud a través de la Dirección General de Asistencia Sanitaria que concedió ambas peticiones con el compromiso por parte de los investigadores del uso de la información únicamente para los objetivos de esta investigación, del respeto de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, de la custodia y posterior destrucción de los archivos que contenían toda la información facilitada así como a remitir cualquier publicación o publicaciones al Servicio Murciano de Salud, citando en las mismas dicha colaboración.

Desde allí se enviaron cartas informativas sobre el proyecto a las gerencias de las nueve áreas sanitarias del SMS y a los coordinadores médicos de los respectivos centros de salud.

Se pidió colaboración a la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia a través de la Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación (DGPOSFI) que accedió a ello dando el apoyo logístico en la Oficina de Seguimiento Estratégico (OSE) y envió información y solicitud de colaboración en la recogida de cuestionarios a los profesionales responsables de violencia de género de cada centro de salud.

También se buscó que la Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria (SMUMFyC) difundiera la información sobre el estudio a sus socios (Anexo VI).

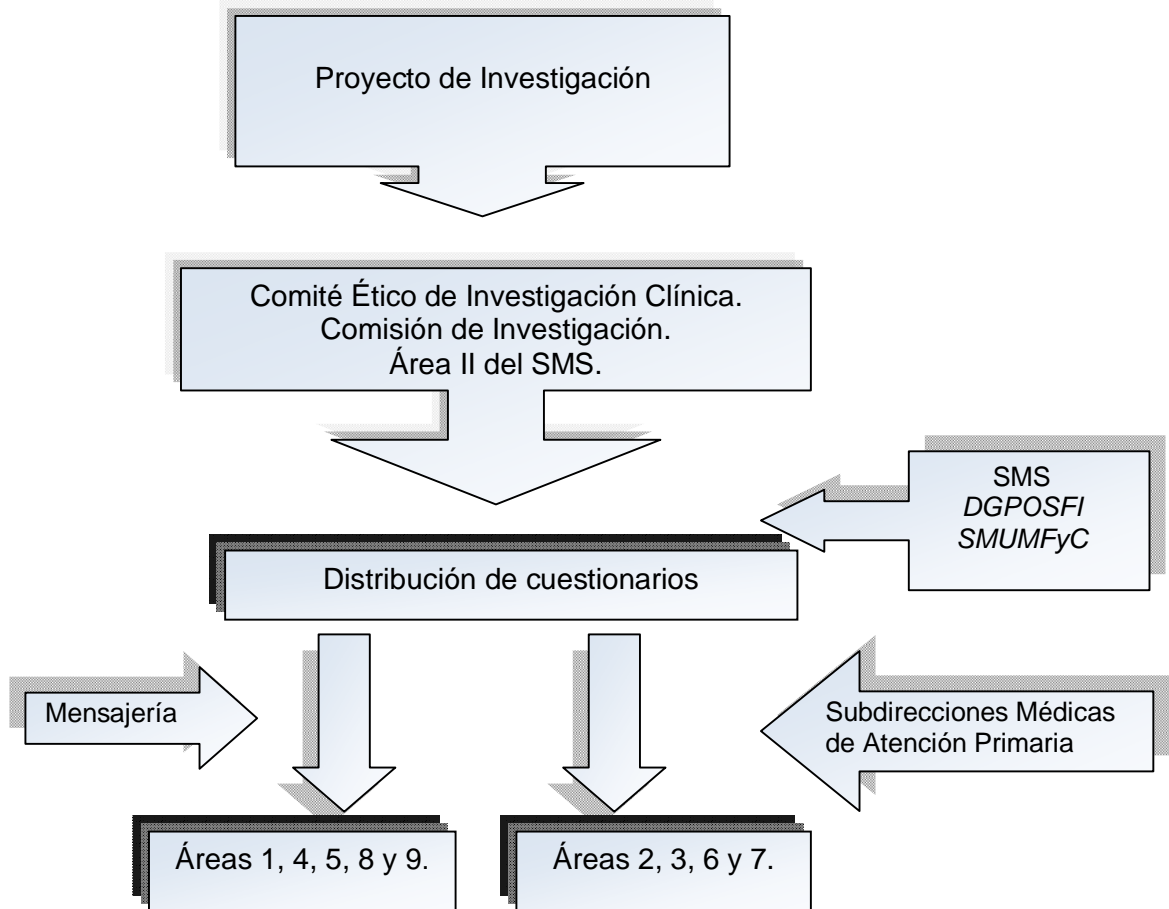
3.3. Distribución de la encuesta.

Se distribuyeron los cuestionarios que fueron dirigidos a los coordinadores médicos de cada Equipo de Atención Primaria. Se acompañaron de una carta informativa sobre el proyecto de investigación y con las instrucciones de distribución de dichos cuestionarios a los médicos de familia seleccionados e identificados por CIAS, así como las de recogida y devolución de los mismos a la Oficina de Seguimiento Estratégico, que iría en sobre timbrado aportado a este efecto (Anexo IV). Cada cuestionario iba acompañado de una carta explicativa dirigida al médico de familia seleccionado para la muestra (Anexo V).

En las áreas sanitarias 2, 3, 6 y 7 se distribuyeron a través de las Subdirecciones Médicas de Atención Primaria por correo interno y en las áreas 1, 4, 5, 8 y 9, por mensajería debido en el primer caso a que no obtuvimos colaboración y en los cuatro últimos casos por cuestiones de lejanía geográfica.

La representación del proceso de autorizaciones y distribución de cuestionarios se indica en el gráfico 21.

Gráfico 21. Proceso de autorizaciones y distribución de cuestionarios.



3.4. Análisis de datos.

Para la primera parte del estudio, **“Análisis del registro de violencia de género en la historia clínica electrónica de Atención Primaria (HCEAP)”**: se introdujeron los datos de las variables (área Sanitaria, edad, sexo, registro en OMI-AP de los códigos Z12 y Z25 y sus respectivos descriptores) en hoja de cálculo Excel y se realizó tratamiento estadístico mediante el programa SPSS 21.0 para Windows: medida de frecuencias y porcentajes.

Para la segunda parte, **“Análisis de conocimientos, actitudes y actuaciones de los médicos de familia frente a la VG”**: se introdujeron los datos de los cuestionarios transformados en sus códigos correspondientes en hoja de cálculo Excel. Para el estudio cuantitativo se practicó tratamiento estadístico mediante el programa SPSS 21.0 para Windows:

En el análisis general de las variables se han empleado los métodos descriptivos básicos obteniendo porcentajes, máximo, mínimo, media y desviación típica. Se ha realizado una distribución de frecuencias para presentar los datos, calculando en primer lugar las frecuencias de las variables independientes.

Se ha procedido de la misma forma para la puntuación de los ítems de las escalas. Para la comparación de medias entre dos grupos se ha utilizado el test de t-Student bajo el supuesto de normalidad comprobada con el test de Kolmogorov-Smirnov.

El test ANOVA se ha empleado para el caso de más de dos grupos una vez comprobado el supuesto de homogeneidad con el test de Levene. Se efectúa regresión logística para conocer las variables relacionadas con la detección de casos.

Para la tercera parte **“Exploración de opinión sobre el cribado, dificultades percibidas y propuestas de mejora de los médicos de familia”** con el uso de preguntas abiertas, la información obtenida se ha analizado mediante técnica de análisis de contenido cuantitativo y cualitativo con método tradicional.

4. RESULTADOS.

4.1. Análisis del registro de violencia de género en la historia clínica electrónica de Atención Primaria en el Servicio Murciano de Salud.

Se obtuvieron 1237 registros de descriptores de ambos códigos CIAP-2 Z12 (abuso psíquico/emocional) y Z25 (abuso físico).

Se distribuyeron en número de 571 para 2012, que suponen un 46,2% y 666 (53,8%) en el 2013. Los registros más frecuentes fueron los correspondientes al código CIAP-2 Z12: 496 (40,1%) en 2012 y 593 (47,9%) en 2013 mientras los del CIAP-2 Z25 constan de 75 en 2012 y 73 en 2013 (6,1% y 5,9 % respectivamente) (tabla 29).

Tabla 29. Registros de códigos CIAP-2 Z12 y Z25 distribuidos por años.

Año	Código	n	%
2012		571	46,2
	Z12 (abuso psíquico/emocional)	496	40,1
	Z25 (abuso físico)	75	6,1
2013		666	53,8
	Z12 (abuso psíquico/emocional)	593	47,9
	Z25 (abuso físico)	73	5,9
Total		1.237	100

De los 1237 registros, el 71,05% corresponden a mujeres (879) y el 28,95% a hombres (358). Por grupos de edad: el mayor número de registros corresponde a los rangos de edad menores de 14 años (26,35%) y el de 25-44 años con el 35,64% del total (tabla 30).

Tabla 30. Registros CIAP-2 Z12 y Z25 distribuidos por grupos etarios.

Edad	n	%
≤14	326	26,35
15-24	108	8,73
25-34	210	16,97
35-44	231	18,67
45-54	161	13,01
55-64	91	7,35
65-74	66	5,33
≥75	44	3,55

Si analizamos los registros que corresponden a cada área sanitaria, observamos que las mayores tasas de registros por 100.000 habitantes corresponden al Área 2 Cartagena y al Área 7 Murcia-Este (tabla 31).

Tabla 31. Registro de códigos CIAP-2 Z12 y Z25. Tasa por 100.000 habitantes distribuidos por áreas sanitarias.

Área Sanitaria	Nº de habitantes	n	Tasa
1-Murcia-Oeste	257.865	219	84,9
2-Cartagena	290.108	299	103,1
3-Lorca	174.009	110	63,2
4-Noroeste	73.935	47	63,6
5-Altiplano	60.312	49	81,2
6-Vega del Segura	259.785	188	72,4
7-Murcia-Este	199.254	202	101,4
8-Mar Menor	104.227	90	86,3
9-Vega Alta	54.954	33	60,1

Respecto a los descriptores más frecuentemente registrados son “separación de padres” con 304 registros (24,6%) y “malos tratos (de) cónyuge” con 300 registros (24,3%) para el código CIAP-2 Z12. En el código CIAP-2 Z25, el descriptor más frecuente es “actos violentos, violencia” con 119 registros (9,6%) (tabla 32).

Tabla 32. Descriptores encontrados con mayor frecuencia en los registros con códigos CIAP-2 Z12 y Z25.

Código	Descriptor	n	%
Z12		1.088	88,0
	SEPARACION PADRES	314	28,8
	MALTRATO, MALOS TRATOS (DE) CONYUGE	300	24,3
	MATRIMONIAL, CONFLICTO	198	15,4
	RUPTURA SENTIMENTAL (PAREJAS)	113	10,3
	PROBLEMA INTERPERSON. NC(CON) CONYUGE ABUSO (VIOLENCIA) NC	77	7,1
	DIFICUL. HIJO/A	54	4,4
	PROBLEMA CONYUGE NC	21	1,9
	CONYUGE RELACION	14	1,1
	CONVERSACION CONYUGE	7	0,6
Z25		149	12,0
	ACTOS VIOLENTOS, VIOLENCIA	120	9,6
	VIOLACION (VIOLENCIA) (NO SEX.)	21	1,7
	ACTOS VIOLENTOS, VIOLENCIA DE GENERO	6	0,5
	ASALTO	2	0,2

Al analizar los datos desagregados por rangos de edad y sexo observamos que la frecuencia de código **CIAP-2 Z12** (abuso psíquico/emocional) es similar en los menores de 14 años (hombres: 159, mujeres: 156).

En el rango de 15 a 24 años ya se observan diferencias respecto a mayor registro de casos en mujeres (hombres: 22, mujeres: 63).

Estas diferencias se van haciendo mayores a partir del rango de 25 a 34 años (hombres: 29, mujeres: 145), en el de 35 a 44 años (hombres: 35, mujeres: 166); en los 45-54 años (hombres: 20, mujeres: 122).

Persisten distancias hasta el grupo de edad de 75 años y mayores aunque ya son menos acentuadas: rango de 55 a 64 años (hombres: 22, mujeres: 57); 65-74 años, (hombres: 11, mujeres: 45); ≥ 75 (hombres: 12, mujeres: 25).

Sin embargo en lo que concierne al código **CIAP-2 Z25** (abuso físico), en el grupo de edad "menores de 14 años" existe diferencia en el sentido de mayor registro de casos en hombres que en mujeres (hombre: 7, mujeres 4).

Esta distancia se invierte y va creciendo el registro de casos en mujeres de modo similar a lo que ocurre con el código CIAP-2 Z12 (tabla 33).

Tabla 33. Registro de códigos CIAP-2 Z12 y Z25 según edad y sexo.

Edad	Sexo	Código		Total
		Z12	Z25	
≤14	Hombre	159	7	166
	Mujer	156	4	160
	Total	315	11	326
15-24	Hombre	22	9	31
	Mujer	63	14	77
	Total	85	23	108
24-34	Hombre	29	9	38
	Mujer	145	27	172
	Total	174	36	210
35-44	Hombre	35	7	42
	Mujer	166	23	189
	Total	201	30	231
45-54	Hombre	20	7	27
	Mujer	122	12	134
	Total	142	19	161
55-64	Hombre	22	4	26
	Mujer	57	8	65
	Total	79	12	91
65-74	Hombre	11	3	14
	Mujer	45	7	52
	Total	56	10	66
≥75	Hombre	12	2	14
	Mujer	25	5	30
	Total	37	7	44

Hemos encontrado 37 registros en los que los descriptores de códigos han sido modificados por el médico de familia que ha codificado (tabla 34).

Tabla 34. Registros con descriptor de código modificado. En cursiva texto modificado.

Z12	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE - <i>EXCONYUGE</i>
Z12	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE -- <i>PAREJA DE HECHO</i>
Z12	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE (<i>PRESUNTOS</i>)
Z12	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE , <i>SOSPECHA</i>
Z12	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE / <i>PADRE</i>
Z12	MALTRATO, MALOS TRATOS (DE) CONYUGE ?
Z12	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE <i>CON INSOMNIO</i>
Z12	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE <i>CON SOMATIZACIONES</i>
Z12	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE <i>EXMARIDO LO DENUNCIA</i>
Z12	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE <i>HIJO</i>
Z12	MALTRATO, MALOS TRATOS (DE) CONYUGE - <i>HIJOS??</i>
Z12	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE <i>INTERVENCION SOCIAL</i>
Z12	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE <i>NOVIO</i>
Z12	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE <i>PAREJA</i>
Z12	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE <i>POLICONTUSIONADA LEVE</i>
Z12	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE <i>PSICOL</i>
Z12	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE <i>PSICOLOGICOS</i>
Z12	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE <i>SOSPECHA</i>
Z12	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE <i>TRASTORNO ADAPTATIVO</i>
Z12	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE <i>X SU EX PAREJA</i>
Z12	MALTRATO, MALOS TRATOS (DE) CONYUGE <i>Y/ OP PÀREJA????</i>
Z12	MATRIMONIO DIFICULTADES EPISODIO <i>QUE SÓLO VEO YO</i>
Z12	PROBLEMA INTERPERSON. NC (CON) CONYUGE ABUSO (VIOLENCIA) NC <i>SOSPECHA DE VIOLENCIA.</i>
Z12	RUPTURA SENTIMENTAL (PAREJAS) <i>ANSIEDAD/DEPRE</i>
Z12	RUPTURA SENTIMENTAL (PAREJAS) <i>DUELO</i>
Z12	RUPTURA SENTIMENTAL (PAREJAS) <i>LLEGARON A JUICIO OCTUBRE12</i>
Z12	RUPTURA SENTIMENTAL (PAREJAS) <i>MALOS TRATOS?</i>
Z12	RUPTURA SENTIMENTAL (PAREJAS) <i>NO RUPTURA, DISCUSIONES</i>
Z12	RUPTURA SENTIMENTAL (PAREJAS) <i>RIESGO SOCIAL</i>
Z12	RUPTURA SENTIMENTAL (PAREJAS) <i>V.GENERO. APOY. PSICOSOCIAL</i>
Z12	SEPARACION PADRES <i>INTERVENCION SOCIAL</i>
Z12	SEPARACION PADRES <i>MADRES 2</i>
Z12	SEPARACION PADRES <i>PSICOLOGIA</i>
Z12	SEPARACION PADRES - <i>RIESGO SOCIAL</i>
Z12	SEPARACION PADRES <i>SOSPECHA MALTRATO</i>
Z12	SEPARACION PADRES <i>TRISTEZA</i>

4.1.1. Descriptores indicativos violencia de género.

Centrando la atención en los descriptores indicativos de violencia de género, encontramos 404 registros de mujeres, con una mayor frecuencia observada en el año 2013 tanto para el código CIAP-2 Z12 como para el Z25 (tabla 35).

La tasa por 100.000 mujeres de 14 años y mayores es de 30,33 para el año 2012 y de 35,5 para el año 2013.

Tabla 35. Registro de descriptores de códigos CIAP-2 Z12 y CIAP Z25 indicativos de violencia de género por años.

Año	Código	n		Población mujeres = / > 14 años	Tasa
		n	%		
2012		186	46,0	613.252	30,33
	Z12 (abuso psíquico/emocional)	175	43,3		
	Z25 (abuso físico)	11	2,7		
2013		218	54,0	613.936	35,5
	Z12 (abuso psíquico/emocional)	203	50,2		
	Z25 (abuso físico)	15	3,7		
Total		404	100		

Por áreas sanitarias, las mayores tasas de registros corresponden al Área 7 (Murcia-Este) y al Área 8 (Mar Menor), aunque en números absolutos, el mayor número de registro corresponde al Área 2 (Cartagena).

Tabla 36. Registros de violencia de género distribuidos por áreas sanitarias. Tasa por 100.000 habitantes.

Área Sanitaria	Nº de habitantes	n	Tasa
1-Murcia-Oeste	257.865	56	21,7
2-Cartagena	290.108	99	34,1
3-Lorca	174.009	42	24,1
4-Noroeste	73.935	15	20,3
5-Altiplano	60.312	17	28,2
6-Vega del Segura	259.785	60	23,1
7-Murcia-Este	199.254	87	43,7
8-Mar Menor	104.227	40	38,4
9-Vega alta	54.954	7	12,7

Los descriptores del código CIAP-2 Z12 encontrados son: “maltrato, malos tratos (de) cónyuge” en 300 casos (93,3%) y “abuso (violencia) NC problema interperson. NC (con) cónyuge abuso (violencia) NC” en 77 casos (19,0%).

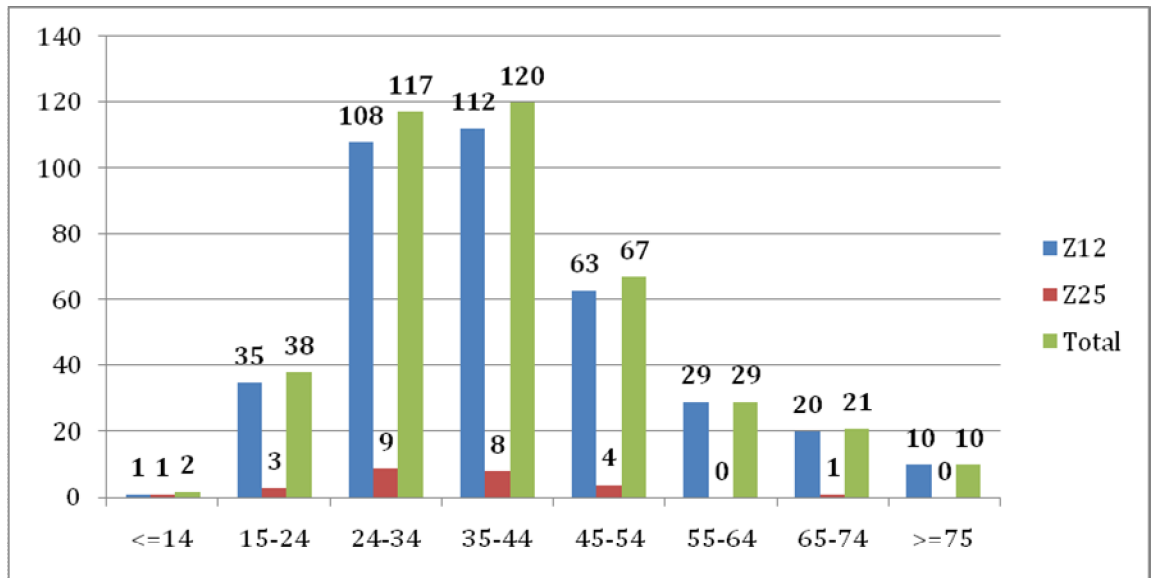
En cuanto al código CIAP-2 Z25, los descriptores hallados son: “actos violentos, violencia de género” en 6 casos (1,4%) y “violación, violencia (actos violentos)” en 21 casos (5,1%) (tabla 37).

Tabla 37. Registro de descriptores de violencia de género por códigos CIAP-2 Z12 y Z25.

Código	Descriptor	n	%
Z12		377	93,3
	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE	300	74,2
	ABUSO (VIOLENCIA) NC PROBLEMA INTERPERSON. NC (CON) CONYUGE ABUSO (VIOLENCIA) NC.	77	19,0
Z25		27	6,6
	VIOLACION VIOLENCIA (ACTOS VIOL.)	21	5,1
	ACTOS VIOLENTOS, VIOLENCIA DE GENERO	6	1,4

Los registros de códigos CIAP-2 Z12 y Z25 en las distintas edades tienen una representación escasa en el grupo de mujeres menores de 14 años (solo un caso) y van aumentando hasta alcanzar el máximo en el grupo de mujeres de 35-44 años con 112 casos y vuelve a disminuir hasta el grupo de mujeres mayores de 75 años con 10 casos registrados (gráfico 22).

Gráfico 22. Registro de descriptores de violencia de género por grupos etarios.



Así mismo, en los registros indicativos de violencia de género, encontramos 19 de ellos que pertenecen a hombres, por lo que fueron excluidos del análisis y se corresponden con los descriptores (tabla 38):

“Maltrato, malos tratos (de) cónyuge”: 17 registros.

“Separación de padres, sospecha de maltrato”: 2 registros.

“Violación, violencia (actos violentos)”: 1 registro.

Tabla 38. Registros de dudosa clasificación. Correspondientes a hombres.

AREA	SEXO	EDAD	CIAP	FECHA	Descriptor
0006	Hombre	>=75	Z12	2013	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE
0007	Hombre	65-74	Z12	2012	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE
0001	Hombre	55-64	Z12	2012	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE
0008	Hombre	55-64	Z12	2012	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE
0002	Hombre	45-54	Z12	2013	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE
0002	Hombre	45-54	Z12	2013	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE
0001	Hombre	35-44	Z12	2012	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE
0003	Hombre	35-44	Z12	2012	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE
0008	Hombre	35-44	Z12	2012	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE
0004	Hombre	25-34	Z12	2013	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE
0007	Hombre	<=14	Z12	2012	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE
0007	Hombre	<=14	Z12	2012	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE
0006	Hombre	<=14	Z12	2013	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE
0007	Hombre	<=14	Z12	2013	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE
0002	Hombre	24-34	Z12	2012	SEPARACION PADRES. SOSPECHA MALTRATO
0006	Hombre	25-24	Z12	2013	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE
0001	Hombre	45-54	Z12	2012	MALTRATO,MALOS TRATOS (DE) CONYUGE
0002	Hombre	<=14	Z12	2013	SEPARACION PADRES SOSPECHA MALTRATO
0002	Hombre	35-44	Z25	2013	VIOLACION VIOLENCIA (ACTOS VIOL.)

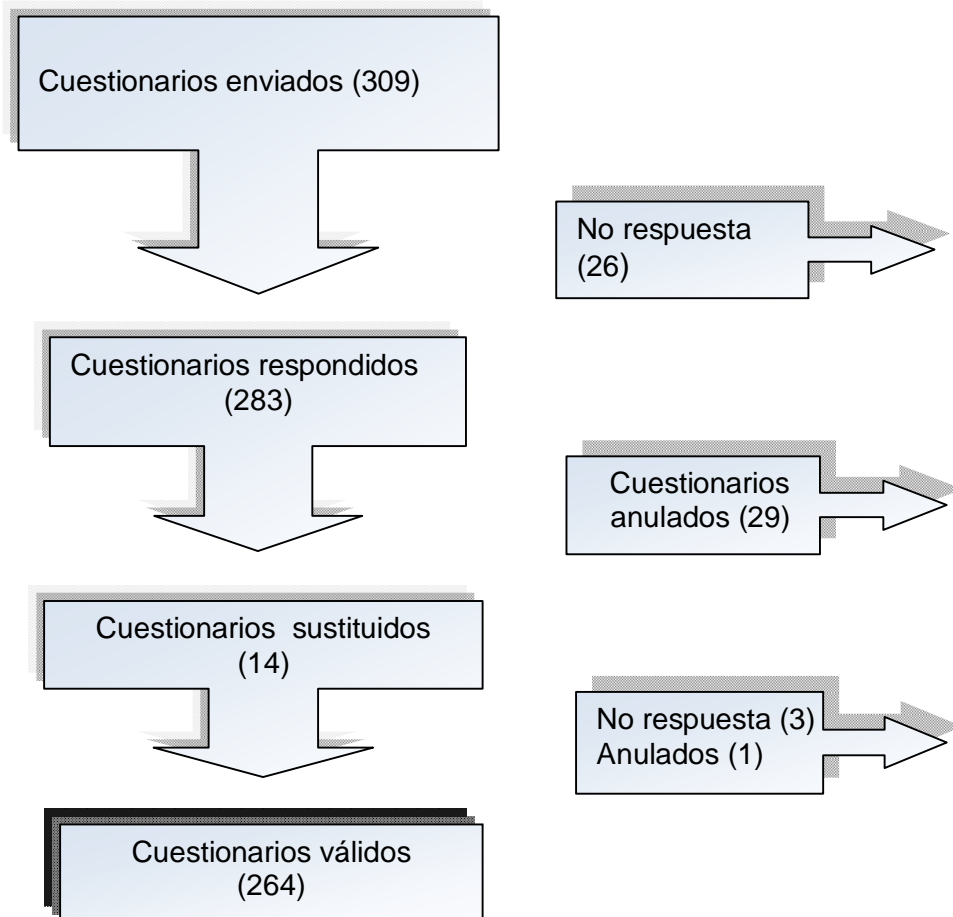
4.2. Análisis de actitudes y actuación de los médicos de familia respecto a la violencia de género.

4.2.1. Obtención de la muestra.

Se enviaron 309 cuestionarios de los que se recibieron 283. De ellos, fue preciso descartar 29 por diversas causas: mala cumplimentación, señalar más de una posibilidad de los ítems de la escala Likert, ausencia de datos sociodemográficos.

En estas ocasiones se incluyó de forma intencional otro médico de familia de la misma zona sanitaria en sustitución del autor del cuestionario anulado. El total de cuestionarios enviados fue de 323.

Gráfico 23. Proceso de obtención de la muestra.



Del total de encuestas enviadas, respondieron 294 médicos de familia (tasa de respuestas: 91,02%), de cuyos cuestionarios, fueron válidos 264 (tasa de respuestas válidas: 81,73 %).

Estos cuestionarios válidos nos fueron remitidos desde los distintos centros de salud de las respectivas áreas sanitarias del Servicio Murciano de Salud. Relacionamos los cuestionarios recibidos de los centros de salud y de sus respectivas áreas sanitarias:

Área 1. Murcia-Oeste: 45 cuestionarios.

- Centro de Salud Alcantarilla-Casco: 3 cuestionarios.
- Centro de Salud Alcantarilla-Sangonera: 4 cuestionarios.
- Centro de Salud Algezares: 0 cuestionarios.
- Centro de Salud Alhama de Murcia: 4 cuestionarios.
- Centro de Salud Campo de Cartagena-Corvera: 3 cuestionarios.
- Centro de Salud El Palmar: 5 cuestionarios.
- Centro de Salud Espinardo: 4 cuestionarios.
- Centro de Salud La Alberca: 4 cuestionarios.
- Centro de Salud La Ñora: 3 cuestionarios.
- Centro de Salud Mula: 3 cuestionarios.
- Centro de Salud Murcia-San Andrés: 6 cuestionarios.
- Centro de Salud Nonduermas: 2 cuestionarios.
- Centro de Salud Aljucer: 2 cuestionarios.
- Centro de Salud Sangonera La Verde: 2 cuestionarios.

Área 2. Cartagena: 50 cuestionarios.

- Centro de Salud Barrio del Peral: 6 cuestionarios.
- Centro de Salud Cartagena Casco Antiguo: 6 cuestionarios.
- Centro de Salud El Algar: 3 cuestionarios.
- Centro de Salud Fuente Álamo: 3 cuestionarios.
- Centro de Salud La Manga-Costa Cálida: 2 cuestionarios.
- Centro de Salud La Unión: 1 cuestionario.
- Centro de Salud Los Barreros: 2 cuestionarios.
- Centro de Salud Los Dolores: 7 cuestionarios.
- Centro de Salud Mazarrón: 3 cuestionarios.
- Centro de Salud San Antón: 4 cuestionarios.
- Centro de Salud Santa Lucía: 0 cuestionarios.

Centro de Salud Virgen de la Caridad (Cartagena-Este): 7 cuestionarios.

Centro de Salud Virgen de la Caridad (Cartagena-Oeste): 6 cuestionarios.

Área 3. Lorca: 31 cuestionarios.

Centro de Salud Águilas Norte: 4 cuestionarios.

Centro de Salud Águilas Sur: 4 cuestionarios.

Centro de Salud La Paca: 2 cuestionarios.

Centro de Salud Lorca Centro: 6 cuestionarios.

Centro de Salud Lorca San Diego: 2 cuestionarios.

Centro de Salud Lorca Sur: 4 cuestionarios.

Centro de Salud Puerto Lumbreras: 3 cuestionarios.

Centro de Salud Totana: 6 cuestionarios.

Área 4. Noroeste: 15 cuestionarios.

Centro de Salud Barranda: 2 cuestionarios.

Centro de Salud Bullas: 3 cuestionarios.

Centro de Salud Calasparra: 3 cuestionarios.

Centro de Salud Caravaca de la Cruz: 3 cuestionarios.

Centro de Salud Cehegín: 2 cuestionarios.

Centro de Salud Moratalla: 2 cuestionarios.

Área 5. Altiplano: 11 cuestionarios.

Centro de Salud Mariano Yago: 3

Centro de Salud Yecla Oeste: 3

Centro de Salud Jumilla: 5

Área 6. Vega del Segura: 45 cuestionarios.

Centro de Salud Abanilla: 2 cuestionarios.

Centro de Salud Alguazas: 2 cuestionarios.

Centro de Salud Archena: 6 cuestionarios.

Centro de Salud Cabezo de Torres: 3 cuestionarios.

Centro de Salud Ceutí: 2 cuestionarios.

Centro de Salud El Ranero: 3 cuestionarios.

Centro de Salud Fortuna: 2 cuestionarios.

Centro de Salud Las Torres de Cotillas: 3 cuestionarios.

Centro de Salud Lorquí: 1 cuestionario.
Centro de Salud Molina-Dr. Antonio García: 0 cuestionarios.
Centro de Salud Molina-Jesús Marín: 7 cuestionarios.
Centro de Salud Murcia-Centro: 5 cuestionarios.
Centro de Salud Santa María de Gracia: 4 cuestionarios.
Centro de Salud Vista Alegre: 5 cuestionarios.
Centro de Salud Zarandona: 1 cuestionario.

Área 7. Murcia-Este: 37 cuestionarios.

Centro de Salud Alquerías: 3 cuestionarios.
Centro de Salud Barrio del Carmen: 6 cuestionarios.
Centro de Salud Beniaján: 4 cuestionarios.
Centro de Salud Beniel: 2 cuestionarios.
Centro de Salud Monteagudo: 2 cuestionarios.
Centro de Salud Murcia-Infante Juan Manuel: 7 cuestionarios.
Centro de Salud Puente Tocinos: 4 cuestionarios.
Centro de Salud Santomera: 3 cuestionarios.
Centro de Salud Vistabella: 4 cuestionarios.
Centro de Salud Llano de Brujas: 2 cuestionarios.

Área 8. Mar Menor: 18 cuestionarios.

Centro de Salud Los Alcázares: 3 cuestionarios.
Centro de Salud San Javier: 3 cuestionarios.
Centro de Salud San Pedro del Pinatar: 3 cuestionarios.
Centro de Salud Torre Pacheco Este: 4 cuestionarios.
Centro de Salud Torre Pacheco Oeste: 5 cuestionarios.

Área 9. Vega alta: 12 cuestionarios.

Centro de Salud Abarán: 4 cuestionarios.
Centro de Salud Blanca: 2 cuestionarios.
Centro de Salud Cieza Este: 3 cuestionarios.
Centro de Salud Cieza Oeste: 3 cuestionarios.

4.2.2. Análisis factorial.

Cuando analizamos una escala, atendemos a su fiabilidad y a su validez. En este caso para valorar la fiabilidad se recurrió al coeficiente alfa de Cronbach que es 0,854. Para estimar su validez, aceptamos que la tiene de contenido basándonos en los datos bibliográficos y que la tiene de constructo mediante análisis factorial.

En dicho análisis, se obtuvo un número de correlaciones mayores que 0,30, sustancialmente alto, por lo que el análisis factorial fue apropiado (tabla 40).

Se examinó la matriz de correlación entera. La prueba de esfericidad de Barlett permitió rechazar la hipótesis nula y afirmar que el análisis factorial es apropiado ($X^2=2623,6$; $gl=435$; $p=<0,001$).

Por último, la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), comparando las magnitudes de los coeficientes de la correlación observada con las magnitudes de los coeficientes de correlación parcial, nos dio un valor estadístico de 0,808.

4.2.2.1. Estimación de los factores.

Para decidir el número de factores que se deben extraer mediante el criterio de raíz latente, tomamos tantos factores como autovalores mayores de 1, en este caso tomamos 7 factores. Así mismo, atendiendo al criterio de porcentaje de la varianza, estos siete factores explican un 57,8% de la varianza total.

Tabla 39. Autovalores y gráfico de sedimentación.

Componente	Autovalores iniciales		
	Total	% de la varianza	% acumulado
1	6,236	20,786	20,786
2	2,639	8,796	29,582
3	2,285	7,617	37,199
4	1,933	6,445	43,644
5	1,597	5,324	48,967
6	1,481	4,936	53,903
7	1,156	3,852	57,755
8	,985	3,282	61,037
9	,941	3,138	64,175
10	,894	2,979	67,154
...

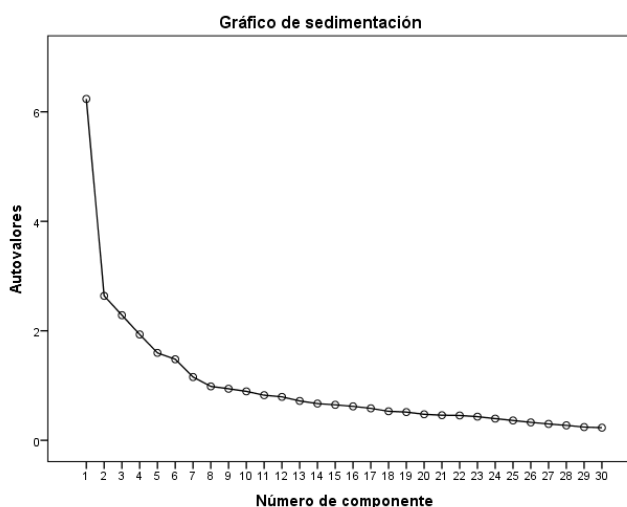


Tabla 40. Matriz de correlación entre variables.

	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30		
P1	0,39	0,31	0,04	0,12	0,12	0,10	0,15	0,18	0,03	0,15	0,16	0,09	0,03	0,05	0,16	0,14	0,09	0,08	0,06	0,05	0,13	0,01	-0,09	0,10	0,04	0,05	-0,02	-0,04	-0,02		
P2	1	0,36	0,08	0,12	0,09	0,03	0,13	0,23	0,09	0,42	0,36	0,16	0,20	0,36	0,21	0,15	0,22	-0,06	0,12	0,13	0,18	0,04	0,04	-0,03	-0,03	0,11	0,13	-0,01	0,02		
P3		1	0,13	0,11	0,07	0,11	0,16	0,23	0,01	0,28	0,23	0,20	0,23	0,37	0,24	0,07	0,18	0,04	0,18	0,03	0,11	-0,01	-0,06	0,11	0,04	0,02	-0,04	0,01	-0,03	-0,03	
P4			1	0,57	0,47	0,42	0,28	0,22	0,13	0,19	0,17	0,29	0,19	0,16	0,17	0,06	0,21	0,06	0,10	0,17	0,16	0,07	0,08	0,06	-0,04	0,12	0,20	0,06	0,07	0,07	
P5				1	0,60	0,52	0,37	0,39	0,23	0,21	0,10	0,15	0,13	0,12	0,10	0,16	0,29	0,12	0,12	0,15	0,12	0,03	0,05	0,03	0,04	0,17	0,17	-0,01	0,00	0,00	
P6					1	0,42	0,39	0,29	0,22	0,18	0,10	0,14	0,13	0,13	0,05	0,06	0,19	0,10	0,13	0,18	0,14	0,07	0,12	0,10	0,01	0,18	0,30	0,13	0,11	0,11	
P7						1	0,47	0,32	0,30	0,19	0,14	0,10	0,15	0,10	0,13	0,12	0,23	0,18	0,12	0,16	0,15	0,09	0,13	-0,30	0,37	0,17	0,09	0,04	0,04	0,04	
P8							1	0,51	0,40	0,32	0,14	0,25	0,11	0,22	0,11	0,02	0,20	0,05	0,21	0,25	0,19	0,09	0,31	0,16	0,30	0,16	0,10	0,15	0,10	0,10	
P9								1	0,42	0,46	0,28	0,26	0,26	0,27	0,22	0,13	0,31	0,04	0,34	0,33	0,34	0,19	0,17	0,39	0,21	0,16	0,13	0,16	0,16	0,19	
P10									1	0,39	0,15	0,26	0,22	0,21	0,08	0,07	0,19	0,08	0,18	0,34	0,24	0,20	0,20	0,17	0,13	0,24	0,24	0,24	0,19	0,19	
P11										1	0,44	0,41	0,36	0,41	0,20	0,28	0,42	0,09	0,26	0,31	0,31	0,21	0,10	0,30	0,03	0,13	0,15	0,19	0,17	0,17	
P12											1	0,25	0,41	0,39	0,32	0,25	0,31	0,12	0,19	0,24	0,30	0,18	0,13	0,24	0,04	0,37	0,07	0,10	0,13	0,13	
P13												1	0,56	0,40	0,16	0,14	0,35	-0,04	0,21	0,18	0,15	0,13	0,10	0,10	0,01	0,02	0,02	0,17	0,10	0,10	
P14													1	0,52	0,39	0,15	0,33	-0,03	0,26	0,21	0,17	0,10	0,00	0,10	0,01	-0,01	-0,07	0,09	0,07	0,07	
P15														1	0,11	0,05	0,29	-0,11	0,22	0,15	0,12	0,02	0,07	0,08	0,00	0,04	0,03	0,19	0,10	0,10	
P16															1	0,39	0,32	0,37	0,17	0,13	0,12	0,07	0,08	0,09	0,01	0,11	0,04	0,00	0,07	0,07	
P17																1	0,51	0,50	0,31	0,17	0,16	0,09	0,13	0,07	0,04	0,10	0,13	0,12	0,12	0,12	
P18																	1	0,38	0,32	0,21	0,22	0,14	0,10	0,19	0,05	0,13	0,04	0,35	0,21	0,21	
P19																		1	0,31	0,08	0,08	0,03	0,08	0,07	0,11	0,11	0,10	0,02	0,10	0,10	
P20																			1	0,08	0,03	0,05	0,10	0,14	0,17	0,08	0,03	0,18	0,10	0,10	
P21																				1	0,63	0,56	0,43	0,38	0,09	0,39	0,03	0,34	0,21	0,21	
P22																					1	0,66	0,33	0,30	0,19	0,36	0,06	0,22	0,17	0,17	
P23																						1	0,36	0,19	0,11	0,17	0,02	0,26	0,19	0,19	
P24																							1	0,21	0,19	0,31	0,24	0,25	0,24	0,24	0,24
P25																								1	0,37	0,42	0,38	0,32	0,38	0,32	0,38
P26																									1	0,33	0,35	0,39	0,35	0,35	0,35
P27																										1	0,38	0,38	0,37	0,37	0,37
P28																											1	0,34	0,34	0,34	0,34
P29																												1	0,31	0,31	0,31
P30																													1	0,31	0,31

Determinante = 3,031E-005

4.2.2.2. Extracción de los factores. Rotación Varimax.

Se usó el método de componentes principales. Una vez decidido el número de factores se obtuvo la solución final que es la matriz de componentes y para facilitar su interpretación se realizaron rotaciones factoriales. Así se transformó la matriz factorial inicial mediante la saturación de factores en otra, matriz factorial rotada, de más fácil interpretación.

En este caso, se eligió la rotación VARIMAX (Varianza máxima), rotación ortogonal para rotar los factores estimados inicialmente, de manera que se mantuviera la incorrelación entre los mismos. Así, se redistribuyó la varianza dentro de los primeros factores (los seleccionados) para lograr un patrón de factores más simple y más significativo (tabla 41).

Tabla 41: Matriz de componentes no rotados vs. Rotados

Matriz de componentes ^a								Matriz de componentes rotados ^a							
	Componente								Componente						
	1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7
P1						0,582		P1						0,668	
P2						0,474		P2						0,697	
P3		-0,426				0,402		P3						0,648	
P4	0,447		-0,502					P4	0,749						
P5	0,486		-0,648					P5	0,826						
P6	0,469		-0,599					P6	0,757						
P7	0,488		-0,558					P7	0,697						
P8	0,547							P8							0,579
P9	0,669							P9							0,612
P10	0,524							P10							0,491
P11	0,662							P11							0,519
P12	0,543							P12	0,442						
P13	0,494							P13	0,710						
P14	0,482	-0,401						P14	0,791						
P15	0,452							P15	0,738						
P16				0,486				P16	0,614						
P17				0,651				P17				0,805			
P18	0,598							P18				0,625			
P19				0,758				P19				0,810			
P20							-0,432	P20				0,589			
P21	0,574				-0,413			P21		0,808					
P22	0,555				-0,428			P22		0,822					
P23	0,405	0,452			-0,479			P23		0,832					
P24		0,508						P24		0,509					
P25	0,440							P25			0,538				
P26					0,439			P26			0,586				
P27	0,430	0,441						P27			0,647				
P28					0,488			P28			0,747				
P29								P29			0,658				
P30								P30			0,615				

No hay cambio en la varianza total explicada (57,8%) aunque sí lo que explica cada factor, 20,786% en el primer factor y sin rotar frente a 9,842% rotado; 8,796% frente a 9,598% del segundo factor, etc. (tabla 42).

Tabla 42: Varianza total explicada.

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	6,236	20,786	20,786	6,236	20,786	20,786	2,953	9,842	9,842
2	2,639	8,796	29,582	2,639	8,796	29,582	2,879	9,598	19,440
3	2,285	7,617	37,199	2,285	7,617	37,199	2,825	9,417	28,857
4	1,933	6,445	43,644	1,933	6,445	43,644	2,475	8,249	37,106
5	1,597	5,324	48,967	1,597	5,324	48,967	2,308	7,692	44,798
6	1,481	4,936	53,903	1,481	4,936	53,903	2,067	6,890	51,688
7	1,156	3,852	57,755	1,156	3,852	57,755	1,820	6,067	57,755

4.2.2.3. Interpretación de los factores.

El primer factor que explicaría el 9,84% de la varianza total, tiene correlaciones elevadas y positivas con los ítems que nos informan de la consideración que el médico de familia le da a la violencia de género: «Como problema social», «Como problema sanitario», «Como problema exclusivo del ámbito privado». Todas ellas hacen referencia a la visión por parte de los facultativos sobre la VG, denominaremos a este primer factor como “**Consideración del problema de la VG**”.

El segundo de los factores encontrados explicaría algo más del 9,5% de la varianza total, con pesos importantes en los aspectos que suponen barreras por parte de los médicos de familia para preguntar a las pacientes acerca de este problema: “Miedo a ofender a la paciente”, “Incomodidad e inseguridad”, “No saber cómo preguntarlo” y “No saber controlar la reacción de la víctima”. Estas preguntas hacen referencia a motivos de sensibilidad y afectividad personales, denominaremos a este factor como “**Barreras emocionales**”.

Un tercer factor aparece entre los extraídos en la matriz rotada, que explicaría el 9,4% de la varianza. Las mayores correlaciones son las obtenidas con aspectos organizativos y de recursos: “Por las obligaciones legales que conlleva para el médico”, “No poder ofrecer soluciones aunque lo detecte”, “No tener tiempo en la consulta” y “Los malos tratos son problema del Trabajador Social”. Designaremos a este factor como “**Barreras operativas**”.

El cuarto factor, explica el 8,3% de la varianza total. Las mayores correlaciones son las obtenidas con los ítems “El médico debe estar alerta y preguntar sobre factores de riesgo”, “Se debe actuar solo cuando lo demanda el paciente”, “Debe actuar solo cuando hay lesiones”, “Limitar a informar a la paciente y derivarla a servicios especializados” y “Se debe ofrecer atención a toda familia incluido el agresor”. Mencionaremos este factor como el “**Actitud profesional ante la VG**”.

El quinto factor, que explica el 7,7% de la varianza lo llamaremos “**Actitud con el agresor**”, por los aspectos que lo forman: “Contactar con el agresor para entrevistarlo”, “No procede por mi parte ninguna actuación con él”, “Le proporciono consejo y orientación” y “Le invito a cambiarse de médico, estas personas me producen gran rechazo”.

El sexto factor, explica un 6,9% de la varianza total. Las mayores correlaciones son las obtenidas con los aspectos “Habitualmente investigo si son víctimas también”, “Habitualmente se lo comunico al Pediatra”, “Habitualmente se lo comunico al Trabajador Social” y “Pongo en conocimiento del Servicio de Protección a la Infancia. Nombraremos a este factor como “**Actitud con los hijos**”.

El séptimo y último factor al que denominaremos como “**Actitud ante un caso específico**”, está compuesto por los ítems: “Valoración del riesgo vital físico”, “Emisión del Parte Judicial ante lesiones físicas leves”, “Valoración del riesgo vital psicológico”, “Realización del Parte de Lesiones en el maltrato psicológico”, “Información a la víctima sobre los recursos sociales” e “Informo al Juez o Policía ante sospecha de riesgo agresión grave”, en tanto enfrenta al médico de familia a una serie de situaciones en las que debe decidir la conducta a seguir.

En la siguiente tabla 43 se muestra el resultado final del análisis factorial.

Tabla 43. Resultado final del análisis factorial.

	Factor						
	1	2	3	4	5	6	7
	CP	BE	BO	AP	AG	AH	AC
P2 Como problema sanitario	0,697						
P1 Como problema social	0,668						
P3 Como problema exclusivo del ámbito privado	0,648						
P5 Incomodidad e inseguridad		0,826					
P6 No saber como preguntarlo		0,757					
P4 Miedo a ofender a la paciente		0,749					
P7 No saber controlar la reacción de la víctima		0,697					
P9 No poder ofrecer soluciones aunque lo detecte			0,612				
P8 Por las obligaciones legales que conlleva para el médico			0,579				
P11 Los malos tratos son problema del Trabajador Social			0,519				
P10 No tener tiempo en la consulta			0,491				
P14 Debe actuar solo cuando hay lesiones				0,791			
P15 Limitar a informar a la paciente y derivarla a servicios especializados				0,738			
P13 Se debe actuar solo cuando lo demanda el paciente				0,710			
P16 Se debe ofrecer atención a toda familia incluido el agresor				0,614			
P12 El médico debe estar alerta y preguntar sobre factores de riesgo				0,442			
P19 Le proporciono consejo y orientación					0,810		
P17 Contactar con el agresor para entrevistarlo					0,805		
P18 No procede por mi parte ninguna actuación con él					0,625		
P20 Le invito a cambiarse de médico					0,589		
P23 Habitualmente se lo comunico al Trabajador Social						0,832	
P22 Habitualmente se lo comunico al Pediatra						0,822	
P21 Habitualmente investigo si son víctimas también						0,808	
P24 Pongo en conocimiento del Servicio de Protección a la Infancia						0,509	
P28 Realización del Parte de Lesiones en el maltrato psicológico							0,747
P29 Información a la víctima sobre los recursos sociales							0,658
P27 Valoración del riesgo vital psicológico							0,647
P30 Informo al Juez o Policía ante sospecha de riesgo agresión grave							0,615
P26 Emisión del Parte Judicial ante lesiones físicas leves							0,586
P25 Valoración del riesgo vital físico							0,538
Autovalores	6,24	2,64	2,29	1,93	1,60	1,48	1,16
% Varianza explicada	9,84	9,60	9,42	8,25	7,69	6,89	6,07
% Varianza explicada acumulada	9,84	19,44	28,86	37,11	44,80	51,69	57,76
KMO				0,808			
Prueba esfericidad de Barlett				p<0,001			

NOTA: Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

CP: Consideración del problema. **BE:** Barreras emocionales. **BO:** Barreras operativas. **AP:** Actitud profesional. **AG:** Actitud con agresor. **AH:** Actitud con hijos. **AC:** Actitud ante un caso.

4.2.3. Datos sociodemográficos y profesionales.

La edad media de los médicos de familia de la muestra es de 50,3 años (DT: 8,1); de los que, 126 son hombres (47,7%) y 138 mujeres (52,3%).

Respecto a su estado civil 45 (17%) son solteros, 199 (75,4%) casados y 20 (7,6%) otros (divorcio, separación matrimonial).

En relación a los factores profesionales: 35 médicos (13,2%), adquirieron la Licenciatura en Medicina en la década de los años 70 del siglo pasado, 120 (45,4%) en los años 80, 76 (28,7%) en los 90 y 33 (12,5%) en la primera década de los años 2000.

Referente al ámbito de trabajo, 167 médicos de familia trabajan en ámbito urbano (63,5%) y 96 en ámbito rural (36,5%).

Los cupos médicos contienen de 500 a 1000 pacientes: 5 de ellos (1,9%), de 1000 a 1500: 161 (61%), de 1500 a 2000: 95 (36%), más de 2000: 3(1,1%).

Dieciséis médicos atienden diariamente a menos de 30 pacientes (6,1%), 102 de 30 a 40 pacientes (38,6%) y 146 más de 40 (55,3%).

Dedican una media de 5,4 horas diarias (DT=0,9) de atención directa a pacientes.

De todos ellos, 138 (52,3%) no realizan guardias frente a 126 (47,7%) que sí las hacen: 104 (82,5%) en Centros de Salud, 9 (7,1%) en Puntos de Atención Continuada (PAC), 4 (3,1%) en servicios de urgencia de AP (SUAP), 9 (7,1%) en urgencias hospitalarias, mientras que ninguno desempeña trabajo de guardia en los servicios del 061 (tabla 44).

Tabla 44. Datos sociodemográficos y profesionales de los médicos de familia.

Variable	Media (DT)	Número de MF	Porcentaje (%)
Edad	50,3 (8,1)		
Sexo			
Hombre		126	47,7
Mujer		138	52,3
Estado civil			
Soltero		45	17,0
Casado		199	75,4
Otro		20	7,6
Año de licenciatura			
Década 1970-80		35	13,2
Década 1980-90		120	45,4
Década 1990-2000		76	28,7
Década 2000-2010		33	12,5
Ámbito de trabajo			
Urbano		167	63,5
Rural		96	36,5
Tamaño del cupo asistencial			
500-1000		5	1,9
1000-1500		161	61,0
1500-2000		95	36,0
>2000		3	1,1
Nº medio pacientes atendidos /día			
<30		16	6,1
30-40		102	38,6
>40		146	55,3
Nº medio horas atención pacientes/día	5,4 (0,9)		
Guardias			
Si		126	47,7
No		138	52,3
Ámbito de realización de guardias			
Centro de salud		104	82,5
Punto de Atención continuada		9	7,1
Servicio de Urgencias de AP		4	3,1
Servicio 061		0	0
Hospital		9	7,1

DT: desviación típica.

4.2.4. Actitudes y barreras para la detección.

4.2.4.1. Actitud de los médicos de familia respecto a la consideración de la violencia de género.

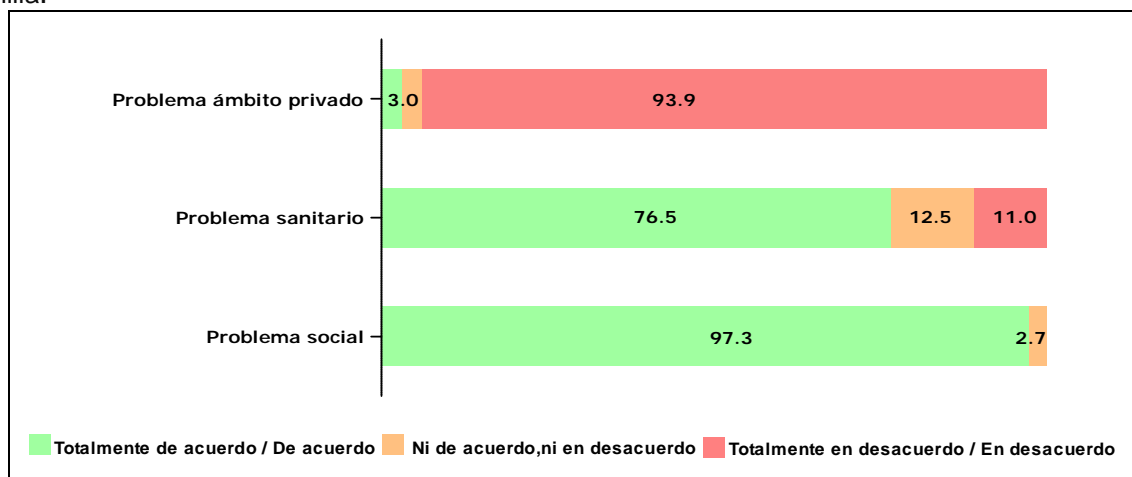
Consideramos que cada factor determina cada una de las dimensiones descritas en el cuestionario a excepción de la dimensión 2 del mismo “Motivos por los que no se pregunta habitualmente por la VG en AP” que se ha desagregado en dos factores: “Barreras operativas” y “Barreras emocionales” para no preguntar sobre la VG en AP.

Cuando analizamos la dimensión que valora cómo consideran el problema de la VG los MF, encontramos que el 3% de los entrevistados está de acuerdo o totalmente de acuerdo con que se trate de un problema de ámbito privado que atañe solo a la pareja frente al 93.9% que manifiesta estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con ello y 3.1% no están de acuerdo ni en desacuerdo.

Declaran estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con que se trate de un problema sanitario el 76.5% mientras el 12.5% no está de acuerdo ni en desacuerdo y el 11% muestra desacuerdo o total desacuerdo en esta cuestión.

Con la consideración de problema social responden en un 97.3% acuerdo o total acuerdo y 2.7% ni acuerdo ni desacuerdo (gráfico 24).

Gráfico 24: Grado de acuerdo en la consideración del problema de la VG por parte de los médicos de familia.



En cuanto a la puntuación obtenida, la media global es de 4,4 y observamos que la media por ítem es más elevada en la consideración de que se trate de un problema social (media 4,8) seguido de la consideración de que sea problema exclusivo del ámbito privado de la pareja (media 4,5) y, en último lugar, un problema sanitario (media 4,0).

Siendo las tres actitudes positivas, la más favorable para dar asistencia a la violencia de género es la que afecta a la consideración de la VG como un problema que sobrepasa el ámbito privado de la pareja en tanto es mayor el grado de desacuerdo con esta expresión y la puntuación obtenida es la que más se acerca a 5.

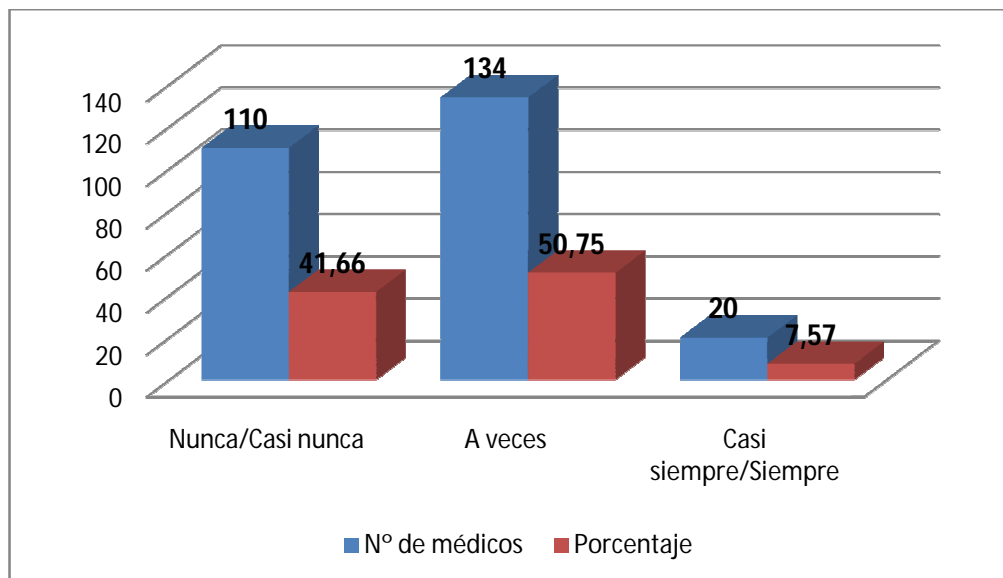
Tabla 45: Puntuación de la consideración del problema de la VG por parte de los médicos de familia.

Consideración del problema de la VG	Mínimo	Máximo	Media
Como problema social	3	5	4,8
Como problema exclusivo del ámbito privado	1	5	4,5
Como problema sanitario	1	5	4,0
TOTAL			4,4

4.2.4.2. Búsqueda de violencia de género por el médico de familia en la consulta.

Refieren preguntar sobre VG en la consulta 110 médicos nunca o casi nunca (41,66%), lo hacen a veces 134 (50,75%), y 20 (7,57%) médicos de familia indagan casi siempre o siempre acerca de la VG en la consulta de Atención Primaria (gráfico 25).

Gráfico 25. Frecuencia con la que los médicos de familia preguntan sobre VG.

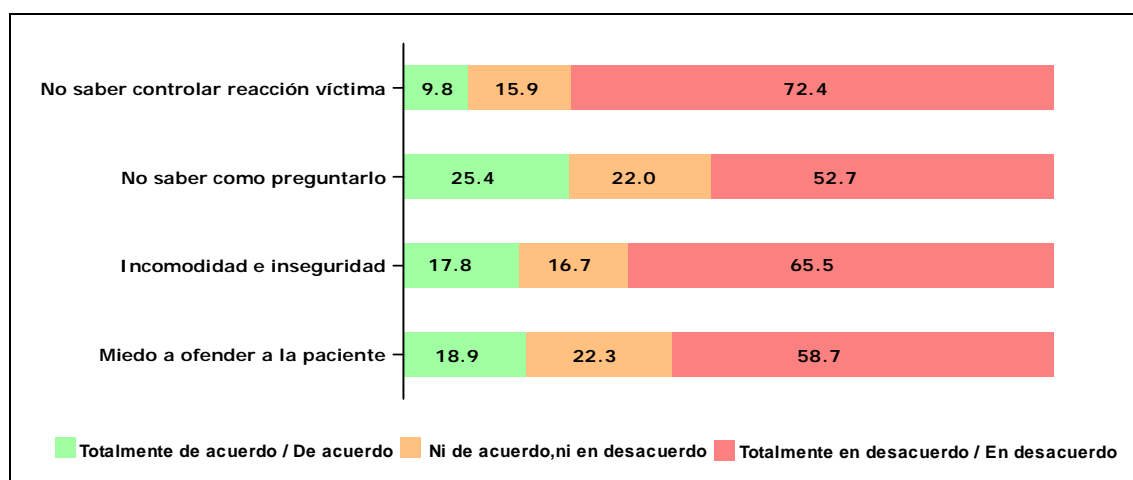


4.2.4.3. Barreras para la detección de la violencia de género.

Al examinar los motivos que, más frecuentemente, dificultan al Médico de Familia la indagación sobre violencia de género nos encontramos con unas razones:

1. Las que clasificamos como de índole emocional:
 - a. Preocupación por no poder controlar la reacción de la víctima: un 9.8% de MF están de acuerdo o totalmente de acuerdo mientras el 15.9% no está de acuerdo ni en desacuerdo y el 72.4% muestra desacuerdo o total desacuerdo al respecto.
 - b. Incomodidad e inseguridad para tratar estos temas con las pacientes: un 17,8% de MF están de acuerdo o totalmente de acuerdo, 16,7% no está de acuerdo ni en desacuerdo y el 65.5% manifiesta desacuerdo o total desacuerdo en razón a ello.
 - c. Miedo a ofender a las pacientes: un 18.9% de MF están de acuerdo o totalmente de acuerdo mientras el 22.3% no está de acuerdo ni en desacuerdo y el 58.7% muestra desacuerdo o total desacuerdo.
 - d. No saber como preguntar acerca de este problema: un 72.4% de profesionales están de acuerdo o totalmente de acuerdo mientras el 15.9% no está de acuerdo ni en desacuerdo y el 9.8% revela desacuerdo o total desacuerdo en lo que a esto se refiere.

Gráfico 26: Barreras emocionales de los médicos de familia para indagar sobre la violencia de género.



Respecto a las puntuaciones obtenidas, la media global es de 3,6.

Desglosado por ítems: preocupación por no poder controlar la reacción de la víctima (media 3,9); incomodidad e inseguridad para tratar estos temas con las pacientes (media 3,6); miedo a ofender a las pacientes (media 3,5); no saber como preguntar acerca de este problema (media 3,4).

La actitud más positiva para la búsqueda de violencia de género se observa respecto a no saber controlar la reacción de la víctima dado que es mayor el grado de desacuerdo y tiene la puntuación más alta.

Tabla 46: Puntuación de barreras emocionales de los médicos de familia para indagar sobre la violencia de género.

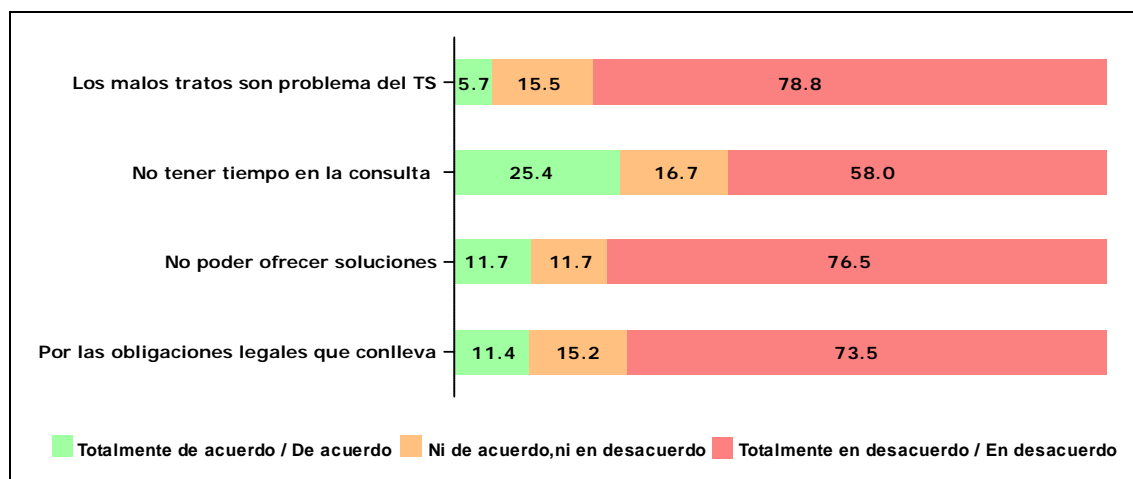
Barreras emocionales	Mínimo	Máximo	Media
No saber controlar la reacción de la víctima	1	5	3,9
Incomodidad e inseguridad	1	5	3,6
Miedo a ofender a la paciente	1	5	3,5
No saber cómo preguntarlo	1	5	3,4
TOTAL			3,6

2. Otras razones relacionadas con cuestiones operativas:

- a. La consideración de que no es una cuestión médica sino del Trabajador Social: un 5,7% de profesionales están de acuerdo o totalmente de acuerdo mientras el 15.5% no está de acuerdo ni en desacuerdo y el 78.8% muestra desacuerdo o total desacuerdo al respecto.
- b. No tener el tiempo exigido para tratar este tema en la consulta: el 25.4% de MF están de acuerdo o totalmente de acuerdo, 16.7% no está de acuerdo ni en desacuerdo y el 58% manifiesta desacuerdo o total desacuerdo.
- c. Preferir no preguntar debido a no poder ofrecer soluciones aunque se detecte: un 11.7% de profesionales están de acuerdo o totalmente de acuerdo mientras el 11.7% no está de acuerdo ni en desacuerdo y el 76.5% dice estar en desacuerdo o total desacuerdo.
- d. Por las obligaciones judiciales que conlleva posteriormente su detección: 11.4% de profesionales están de acuerdo o totalmente de acuerdo mientras el

15.2% no está de acuerdo ni en desacuerdo y el 73,5% revela desacuerdo o total desacuerdo en lo que a ello se refiere.

Gráfico 27: Barreras operativas de los médicos de familia para indagar sobre la violencia de género.



La puntuación media en las barreras organizativas y de recursos es de 3,8.

Desglosada por ítems: consideración de que no es una cuestión médica sino del Trabajador Social (media 4); no tener el tiempo exigido para tratar este tema en la consulta (media 3,4); preferir no preguntar debido a no poder ofrecer soluciones aunque se detecte (media 3,9); por las obligaciones judiciales que conlleva posteriormente su detección (media 3,8) (tabla 47).

Observamos que la actitud más positiva para la indagación de violencia de género se encuentra respecto a que se trate de un problema exclusivo del Trabajador Social dado que es mayor el grado de desacuerdo con esta afirmación y la puntuación es más elevada.

Tabla 47: Puntuación de las barreras operativas de los médicos de familia para indagar sobre la violencia de género.

Barreras operativas	Mínimo	Máximo	Media
Los malos tratos son problema del Trabajador Social	1	5	4,0
No poder ofrecer soluciones aunque lo detecte	1	5	3,9
Por las obligaciones legales que conlleva para el médico	1	5	3,8
No tener tiempo en la consulta	1	5	3,4
TOTAL			3,8

Por último a la cuestión “otros motivos por los que no pregunto en mi consulta sobre la presencia de violencia de género” formulada como pregunta abierta, respondieron 46 de los 264 médicos de familia, lo que supone el 17,42% de los mismos.

Mediante exploración cualitativa de la información de sus respuestas con técnica de análisis de contenido, establecimos siete categorías que denominamos como:

1. Actitud proactiva, en tanto que son médicos de familia que presentan una postura de alerta y suelen preguntar a sus pacientes por la posibilidad de sufrir violencia de género.
2. Actitud reactiva que traduce una disposición de espera a que sea la mujer la que solicite ayuda.
3. Percepción de falta de formación que clasificamos en dos subcategorías: déficit en habilidades comunicativas y déficit en manejo de procedimiento, relacionadas respectivamente con aspectos de relación médico-paciente y con otros aspectos de tipo instrumental propios de los recursos y protocolos existentes.
4. El estilo biomédico de asistencia que predomina en el ejercicio profesional de los médicos de familia (la más citada) y que incluye en lo que a la detección de la violencia de género se refiere:
 - a. La necesidad para el médico de que exista *sospecha* clínica por la presentación de una serie de síntomas aunque estos sean sutiles, considerando que la mayor atención se dará cuando pueda haber problemas “patológicos” como lesiones físicas u otras repercusiones en la salud de la mujer.
 - b. La falta de sistematización para la detección, desde la perspectiva de que los síntomas por los que consulta la paciente pueden corresponder a otras causas aparte de la violencia de género y no se encuentra esta en las primeras hipótesis diagnósticas habituales.
5. Las barreras operativas que reiteran una vez más la falta de tiempo para el médico de familia, pero en este aspecto también se apunta un matiz trascendental que es la falta de tiempo para las mujeres, en tanto el ambiente de presión asistencial no favorece la expresión de este tipo de problemas para ellas.
6. Las características propias de presentación de la violencia de género en las consultas en cuanto a los implicados. Por una parte la víctima suele acudir acompañada del agresor por lo que las probabilidades de que esta hable sobre su problema son

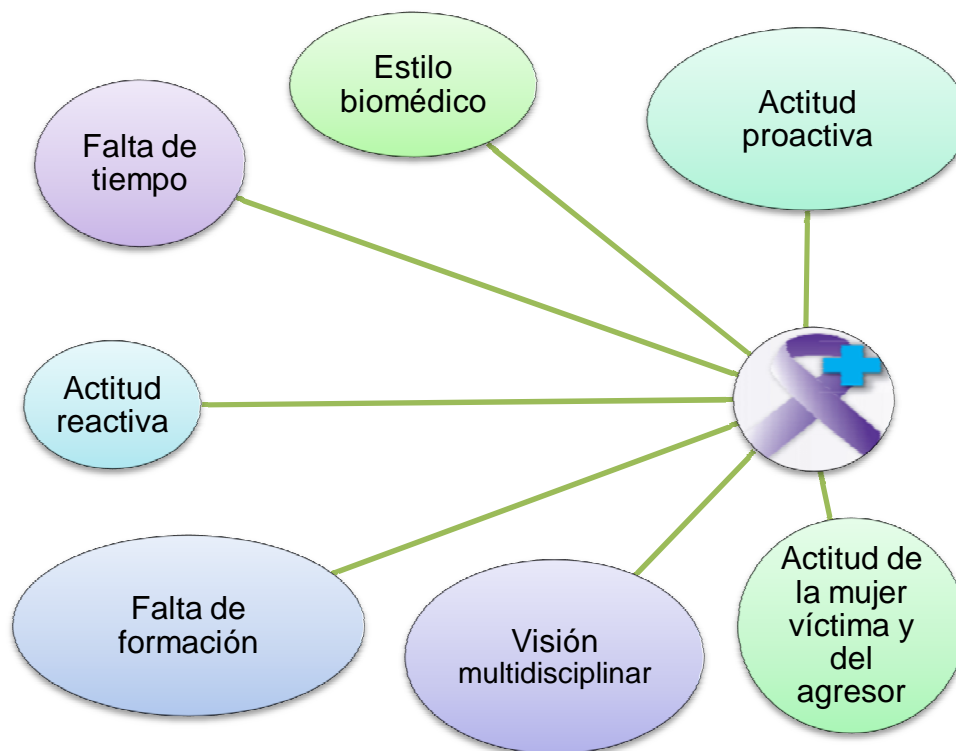
prácticamente nulas y por otra, la postura más habitual que tiene la mujer de negar o no admitir que está sufriendo violencia de género.

7. La visión de abordaje multidisciplinar, pues algunos médicos de familia expresan la necesidad de que haya más actores aparte de ellos mismos como son otros profesionales sanitarios, recursos sociales y autoridades judiciales (tabla 48).

Tabla 48. Otros motivos por los que los MF no indagan sobre la violencia de género en la consulta de Atención Primaria.

Categorías	Subcategorías	Unidad de análisis	Frecuencia (MF)
Actitud proactiva de los médicos de familia.		<i>"No existen motivos para no abordar esta cuestión si se detecta (salvo la negativa de la paciente a ello)". "No tengo ningún problema en preguntar y remitir donde proceda: a Trabajador Social, Psicólogo, Psiquiatría etc..."</i>	9 (19,56%)
Actitud reactiva de los médicos de familia.		<i>"Es la paciente la que tiene que pedir ayuda. No voy a preguntarles a todas las mujeres". "No se trata de solucionar el problema, más bien sobre informar sobre posibilidades de solución, medios a nuestro alcance y alternativas zonales de las que se disponen".</i>	3 (6,52%)
Percepción de falta de formación	Habilidades comunicativas De procedimiento	<i>"La causa principal, en mi caso, es la inseguridad por falta de formación en este terreno. Temo hacer más daño que bien". "No estar bien formada sobre procesos a seguir".</i>	3 (6,52%)
Estilo biomédico	Necesidad de que exista sospecha Falta de sistematización	<i>"No lo hago sistemáticamente, sí cuando hay clínica aunque sea indirecta (malestar, distimia, múltiples consultas etc...)" "Si no hay un mínimo indicio de VG no considero adecuado introducir la cuestión". "Sobre todo por centrarnos en los problemas de aspecto clínico" "Porque aunque "teóricamente" soy consciente de la importancia y de mi posible papel, no lo tengo presente en mi práctica clínica diaria". "No lo tengo estructurado en mi rutina diaria, pese a entenderlo y ser sensible".</i>	21 (45,65%)
Falta de tiempo	Falta de tiempo para el MF Falta de tiempo para la mujer	<i>"Falta de tiempo por la presión asistencial" "Considero que la presión por la demanda no favorece la expresión de estos temas por parte de las pacientes".</i>	7 (15,21%)
Características de la presentación de la violencia de género	Negación de la víctima Presencia del agresor	<i>"Ante la sospecha de VG creo que la paciente niega la existencia sistemáticamente". "Porque el supuesto agresor acude a consulta con la víctima".</i>	4 (8,69%)
Visión de abordaje multidisciplinar		<i>"Considero que es un problema social, se debe abordar conjuntamente desde servicios sociales, autoridades de justicia, servicios sanitarios y asociaciones".</i>	2 (4,34%)

Gráfico 28. Otros motivos de los médicos de familia por los que no preguntan sobre violencia de género.



4.2.4.4. Actitud profesional hacia la violencia de género.

Considera la predisposición profesional de los médicos de familia del Servicio Murciano de Salud para actuar frente a la violencia de género.

En el ítems “ofrecer atención a toda familia” presentan total acuerdo/acuerdo el 73.5% de los médicos de familia, no están de acuerdo ni en desacuerdo el 17.4% y desacuerdo/ total desacuerdo el 9.1%.

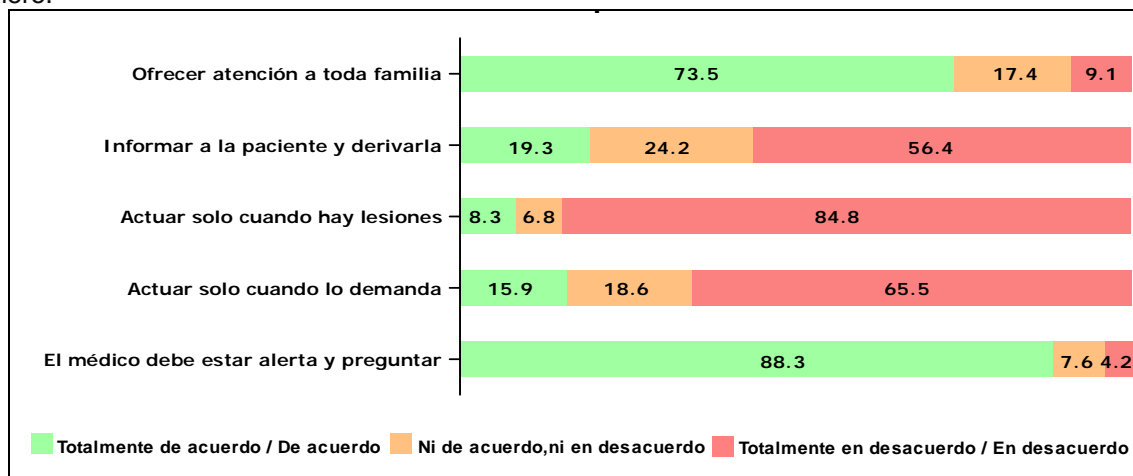
Respecto a “limitarse a informar a la paciente y derivarla”: 19.3% total acuerdo/acuerdo, 24.2% no están de acuerdo ni en desacuerdo y el 56,4% están en desacuerdo/total desacuerdo.

En relación a “actuar solo cuando hay lesiones”: 8.3% total acuerdo/acuerdo, 6,8% no están de acuerdo ni en desacuerdo y el 84,8% están en desacuerdo/total desacuerdo.

Sobre “actuar solo cuando lo demanda la paciente”: 15,9% total acuerdo/acuerdo, 18,6% no están de acuerdo ni en desacuerdo y el 65,5% están en desacuerdo/total desacuerdo.

Referente a “el médico debe estar alerta y preguntar”: 88.3% total acuerdo/acuerdo, 7,6% no están de acuerdo ni en desacuerdo y el 4,2% están en desacuerdo/total desacuerdo.

Gráfico 29. Predisposición profesional de los médicos de familia para actuar frente a la violencia de género.



La puntuación media global en la valoración de esta dimensión es de 3,8; desagregando por ítems: media de 4 en “actuar solo cuando hay lesiones”; 3,6 en “actuar solo cuando lo demanda la paciente”; 3,4 en “limitarse a informar a la paciente y derivarla”, 3,8 en “ofrecer atención a toda familia, incluido el agresor” y 4,2 en “el médico debe estar alerta y preguntar”.

Las actitudes más favorables de los médicos de familia para dar atención a la violencia de género son que “el médico debe estar alerta y preguntar sobre factores de riesgo”, ya que tiene un alto porcentaje de acuerdo y que “el médico debe actuar solo cuando hay lesiones” ya que el desacuerdo con esta afirmación es muy elevado y obtienen las mayores puntuaciones medias de los cinco ítems.

Tabla 49. Puntuación de la predisposición profesional de los médicos de familia para actuar frente a la violencia de género.

Actitud profesional ante la VG	Mínimo	Máximo	Media
El médico debe estar alerta y preguntar sobre factores de riesgo	1	5	4,2
Debe actuar solo cuando hay lesiones	1	5	4,0
Se debe ofrecer atención a toda familia incluido el agresor	1	5	3,8
Se debe actuar solo cuando lo demanda el paciente	1	5	3,6
Limitar a informar a la paciente y derivarla a servicios especializados	1	5	3,4
TOTAL			3,8

4.2.4.5. Actitud hacia los hijos y las hijas.

Otro aspecto explorado es el que se refiere a la actuación con los hijos e hijas de la víctima: se investiga si también sufren maltrato y los profesionales con los que se comparte la información y/o a los que se deriva.

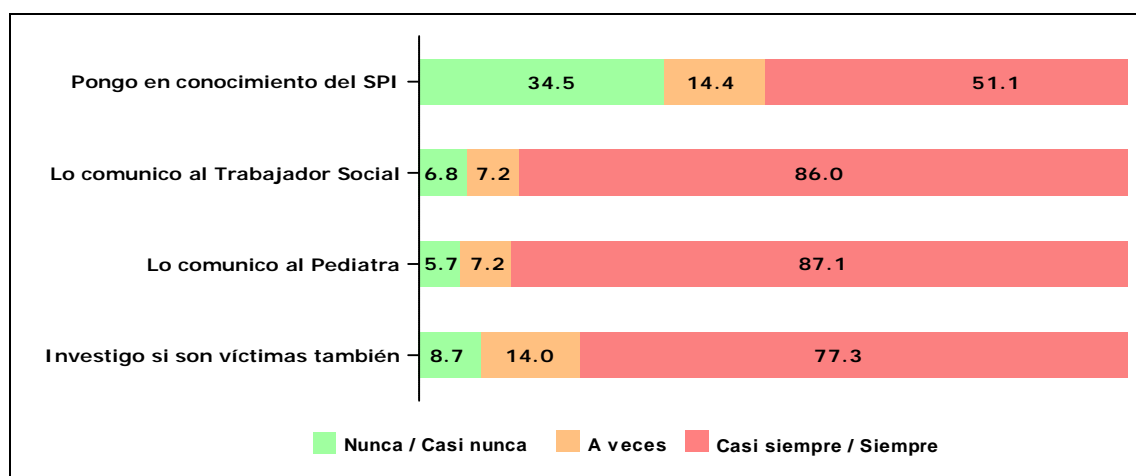
Aquí, el 8,7% de los médicos de familia refieren no investigar nunca o casi nunca si son también víctimas de maltrato, el 14% lo hace a veces y el 77,3%, casi siempre/siempre.

Refieren no poner nunca o casi nunca el problema en conocimiento del servicio de protección a la infancia el 34,5% de los médicos, mientras el 14,4% lo hace a veces y el 51,1%, casi siempre/siempre.

No lo comunican nunca/ casi nunca al Trabajador Social, el 6,8% de los médicos de familia; el 7,2% lo comunican a veces y el 86% casi siempre/siempre.

El 5,7% de los médicos de familia encuestados no lo comunican nunca/ casi nunca al Pediatra; el 7,2% lo hace a veces y el 87,1%, casi siempre/siempre.

Gráfico 30. Actuación de los médicos de familia con los-as hijos-as de la mujer víctima de violencia de género.



La media de puntuación global es de 4,1. Separando los ítems: la media de “habitualmente investigo si son víctimas también” es de 4,1; la de “habitualmente lo comunico al Pediatra” es 4,4; “habitualmente lo comunico al Trabajador Social”, 4,4 y “lo pongo en conocimiento del Servicio de Protección a la Infancia”, 3,4.

Encontramos que las actitudes más favorables son, por igual, comunicarlo al Pediatra y al Trabajador Social.

Tabla 50. Puntuación de la actuación de los médicos de familia con los-as hijos-as de la mujer víctima de violencia de género.

Actitud con los hijos	Mínimo	Máximo	Media
Habitualmente se lo comunico al Trabajador Social	1	5	4,4
Habitualmente se lo comunico al Pediatra	1	5	4,4
Habitualmente investigo si son víctimas también	1	5	4,1
Pongo en conocimiento Servicio de Protección Infancia	1	5	3,4
TOTAL			4,1

4.2.4.6. Actitud hacia el agresor.

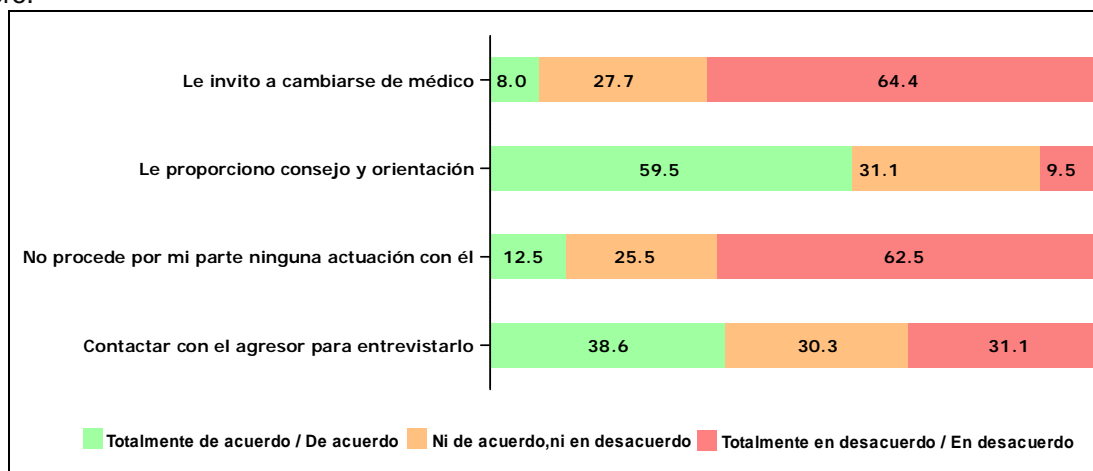
Cuando examinamos la actitud de los médicos de familia con el agresor, descubrimos que el 8% de ellos expresa total acuerdo o acuerdo con la afirmación “las personas violentas me producen gran rechazo, por lo que si puedo, le invito a cambiarse de médico” frente a un 27.7% que no presenta acuerdo ni desacuerdo y el 64.4% que declara desacuerdo o total desacuerdo con tal afirmación.

Referente a la condición “no procede por mi parte ninguna actuación con él”, el 12.5% está totalmente de acuerdo o acuerdo, el 25.5% no indica acuerdo ni desacuerdo y el 62.5%, desacuerdo o total desacuerdo.

Respecto al enunciado “le proporciono orientación y consejo”: 59.5% declara total acuerdo o acuerdo, 31.1% ni acuerdo ni desacuerdo y 9.5% desacuerdo o total desacuerdo.

Y, por último para la aseveración “contacto con él para entrevistarlo”: 38,6% total acuerdo o acuerdo, 30,3% no presenta acuerdo ni desacuerdo y 31.1% desacuerdo o total desacuerdo.

Gráfico 31. Actuación de los médicos de familia con el agresor de la mujer víctima de violencia de género.



En cuanto a la puntuación global correspondiente a la actitud con el agresor, la media global es de 2,8, y desglosado por ítems:

- “Las personas violentas me producen gran rechazo, por lo que si puedo, le invito a cambiarse de médico”: media 3,7.
- “No procede por mi parte ninguna actuación con él”: media 3,.
- “Le proporciono orientación y consejo”: media 3,6.
- “Contacto con él para entrevistarle”: media 3,1.

Tabla 51. Puntuación de la actitud de los médicos de familia con el agresor de la mujer víctima de violencia de género.

Actitud con el agresor	Mínimo	Máximo	Media
Le invito a cambiarse de médico, estas personas me producen gran rechazo	1	5	3,7
No procede por mi parte ninguna actuación con él	1	5	3,6
Le proporciono consejo y orientación	1	5	3,6
Contactar con el agresor para entrevistarle	1	5	3,1
TOTAL			3,5

La actitud más favorable para atender la violencia de género corresponde a “le invito a cambiarse de médico, estas personas me producen gran rechazo”, en tanto el porcentaje de

médicos en desacuerdo con esta afirmación es muy elevada y la puntuación media obtenida es la más alta de los cuatro ítems.

4.2.4.7. Actuación ante casos concretos de violencia de género.

La actuación referida por los médicos de familia ante casos concretos de violencia de género pone de manifiesto la valoración que hacen de la situación de la víctima y el desempeño de obligaciones legales:

El 78% de los médicos de familia informan al Juez o Policía ante sospecha de riesgo agresión grave siempre/ casi siempre, frente al 10,2% que refiere hacerlo nunca/ casi nunca y el 11,7%, a veces.

El 97,7% valora el riesgo vital físico siempre/ casi siempre, frente al 1,9%, que refiere hacerlo a veces.

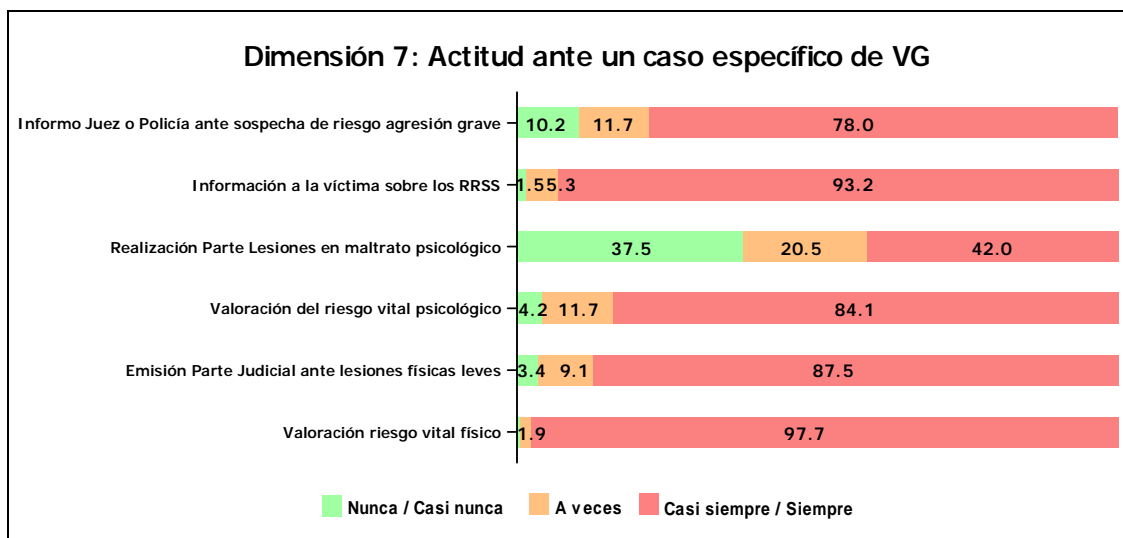
El 84,1% valoran el riesgo vital psicológico siempre/ casi siempre, frente al 4,2% que refiere hacerlo nunca/ casi nunca y el 11,7%, a veces.

El 87,5% de los encuestados emite parte judicial ante lesiones físicas leves siempre/ casi siempre, frente al 3,4% que refiere hacerlo nunca/ casi nunca y el 9,1%, a veces.

El 42% emite parte de lesiones en maltrato psicológico siempre/casi siempre, frente al 37,5% que refiere hacerlo nunca/ casi nunca y el 20,5%, a veces.

El 93,2% informa a la víctima sobre los recursos sociales siempre/ casi siempre, frente al 1,5% que refiere hacerlo nunca/ casi nunca y el 5,3%, a veces.

Gráfico 32. Valoración de la mujer víctima y actuaciones legales frente a la violencia de género de los médicos de familia.



La puntuación media global es de 4,3 y desagregada en los seis ítems que la componen, encontramos: media de valoración del riesgo vital físico: 4,8; de emisión del Parte Judicial ante lesiones físicas leves: 4,5; de valoración del riesgo vital psicológico: 4,4; de realización del Parte de Lesiones en el maltrato psicológico: 4,4; de información a la víctima sobre los recursos sociales: 4,6; de información al Juez o Policía ante sospecha de riesgo agresión grave: 4,2.

Tabla 52. Puntuación de la valoración de la mujer víctima y actuaciones legales frente a la violencia de género de los médicos de familia.

Actitud hacia un caso específico de VG	Mínimo	Máximo	Media
Valoración del riesgo vital físico	2	5	4,8
Información a la víctima sobre los recursos sociales	1	5	4,6
Emisión del Parte Judicial ante lesiones físicas leves	1	5	4,5
Valoración del riesgo vital psicológico	2	5	4,4
Informo al Juez o Policía ante sospecha de riesgo agresión grave	1	5	4,2
Realización del Parte de Lesiones en el maltrato psicológico	1	5	3,2
TOTAL			4,3

De todos los ítems, la actitud menos favorable se refiere a la realización de parte de lesiones ante maltrato psicológico con el total desacuerdo/desacuerdo del 37,5% de los médicos de familia y una puntuación de 3,2.

Tabla 53. Resumen de dimensiones valoradas. Puntuación media y grado de acuerdo (porcentaje de médicos de familia).

Dimensión	Ítems.	PM	TA/A	NA/ND	D/TD
D1. Consideración de la VG.	Como problema social	4,8	97,3%	2,7%	0%
	Como problema exclusivo del ámbito privado	4,5	3%	3,1%	93,9%
	Como problema sanitario	4,0	76,5%	12,5%	11%
	Total D1	4,4			
D2. Barreras emocionales. Motivos por los que no se pregunta habitualmente por VG en Atención Primaria.	No saber controlar la reacción de la víctima	3,9	9,8%	15,9%	72,4%
	Incomodidad e inseguridad	3,6	17,8%	16,7%	65,5%
	Miedo a ofender a la paciente	3,5	18,9%	22,3%	58,7%
	No saber cómo preguntarlo	3,4	25,4%	22,0%	52,7%
	Total D2	3,6			
D3. Barreras operativas. Motivos por los que no se pregunta habitualmente por VG en Atención Primaria.	Los malos tratos son problema del Trabajador Social	4	5,7%	15,5%	78,8%
	No poder ofrecer soluciones aunque lo detecte	3,9	11,7%	11,7%	76,5%
	Por las obligaciones legales que conlleva para el médico	3,8	11,4%	15,2%	73,5%
	No tener tiempo en la consulta	3,4	25,4%	16,7%	58%
	Total	3,8			
	Total D2+D3	3,7			
D4. Actitud del Médico de Familia ante situaciones de VG.	El médico debe estar alerta y preguntar sobre factores de riesgo	4,2	88,3%	7,6%	4,2%
	Debe actuar solo cuando hay lesiones	4,0	8,3%	6,8%	84,8%
	Se debe ofrecer atención a todos los miembros de la familia incluido el agresor con refuerzo de de otros profesionales del EAP y los Servicios Sociales de apoyo	3,8	73,5%	17,4%	9,1%
	Se debe actuar solo cuando lo demanda el paciente	3,6	15,9%	18,6%	65,5%
	Se debe limitar a informar a la paciente y derivarla a los servicios especializados	3,4	19,3%	24,2%	56,4%
	Total D4	3,8			
D5. Actitud respecto a las actuaciones con el agresor.	Le invito a cambiarse de médico porque las personas violentas me producen gran rechazo	3,7	8%	27,7%	64,4%
	No procede por mi parte ninguna actuación con él	3,6	12,5%	25,5%	62,5%
	Le proporciono consejo y orientación	3,6	59,5%	31,1%	9,5%
	Contactar con el agresor para entrevistarle	3,1	38,6%	30,3%	31,1%
	Total D5	3,5			
D6. Actitud respecto a las actuaciones con los hijos		PM	S/CS	AV	CN/N
	Habitualmente se lo comunico al Trabajador Social	4,4	86%	7,2%	6,8%
	Habitualmente se lo comunico al Pediatra	4,4	87,1%	7,2%	5,7%
	Habitualmente investigo si son víctimas también	4,1	77,3%	14%	8,7%
	Pongo el caso en conocimiento del Servicio de Protección a la Infancia	3,4	51,1%	14,4%	34,5%
	Total D6	4,1			
D7. Actuaciones concretas ante un caso de VG.	Valoración del riesgo vital físico	4,8	97,7%	1,9%	0%
	Información a la víctima sobre los recursos sociales	4,6	93,2%	5,3%	1,5%
	Emisión del Parte Judicial ante lesiones físicas leves	4,5	87,5%	9,1%	3,4%
	Valoración del riesgo vital psicológico	4,4	84,1%	11,7%	4,2%
	Información al Juez o a la Policía ante la sospecha de riesgo de agresión grave para la víctima.	4,2	78%	11,7%	10,2%
	Realización del Parte de Lesiones en el maltrato psicológico	3,2	42%	20,5%	37,5%
	Total D7	4,3			
	Total D1+D2+D3+D4+D5+D6+D7	3,9			

PM: Puntuación Media. TA/A: Total Acuerdo/Acuerdo. NA/ND: Ni Acuerdo/Ni Desacuerdo. D/TD: Desacuerdo/Total Desacuerdo. S/CS: Siempre/Casi Siempre. AV: A Veces. CN/N: Casi Nunca/Nunca.

En la valoración global de todas las dimensiones estudiadas, la puntuación media es de 3,9 lo que nos informa de una actitud positiva de los médicos de familia para el abordaje de la violencia de género en Atención Primaria.

La puntuación más alta es la que corresponde a la consideración que tienen los médicos de familia del problema de la violencia de género y, dentro de ella, a la consideración como problema social.

En segundo lugar se puntúan las actuaciones ante un caso concreto de violencia de género y aquí, la más alta se relaciona con la valoración del riesgo vital físico.

Las puntuaciones más bajas atañen a la actitud con el agresor, sobre todo a la cuestión de contactar con él para entrevistarle y a las barreras emocionales como motivo para no preguntar sobre la violencia de género en la consulta, teniendo en esta dimensión la puntuación más baja “no saber cómo preguntarlo”.

4.2.5. Relación entre las variables.

4.2.5.1. Dimensiones y sexo.

Para determinar la relación entre el sexo de los médicos de familia y las dimensiones estudiadas se llevó a cabo la comprobación de normalidad mediante el Test de Kolmogorov-Smirnov obteniendo resultados de nivel de significación mayores que 0,05 por lo que asumimos que la distribución es normal (tabla 54).

Tabla 54: Descriptivo de la valoración de dimensiones por sexo. Test de normalidad.

Variable	Sexo	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Normalidad
							K-S [†]
							p
Consideración del problema	Hombre	126	2,7	5	4,5	0,5	0,553
	Mujer	138	2,3	5	4,4	0,6	0,412
Barreras emocionales	Hombre	126	1,5	5	3,7	0,8	0,553
	Mujer	138	1,8	5	3,5	0,7	0,412
Barreras operativas	Hombre	126	1,3	5	3,8	0,8	0,553
	Mujer	138	2	5	3,8	0,7	0,412
Actitud profesional	Hombre	126	1,2	5	3,7	0,7	0,553
	Mujer	138	2,4	5	3,8	0,5	0,412
Actitud con agresor	Hombre	126	1,5	5	3,5	0,7	0,553
	Mujer	138	1,8	5	3,5	0,6	0,412
Actitud con hijos	Hombre	126	1	5	4,0	1,0	0,553
	Mujer	138	1	5	4,2	0,8	0,412
Actitud ante un caso	Hombre	126	2,5	5	4,4	0,6	0,553
	Mujer	138	2,7	5	4,2	0,6	0,412
Total	Hombre	126	2,3	5	3,9	0,5	0,553
	Mujer	138	3	4,8	3,9	0,4	0,412

K-S[†]: Test normalidad Kolmogorov-Smirnov.

Al comparar las dimensiones estudiadas y el sexo de los médicos de familia mediante la t de Student, encontramos que tienen medias de puntuación más altas los hombres en barreras emocionales, lo que traduciría menos limitación para preguntar a las pacientes por la violencia de género, aunque no llega a ser significativo ($p=0,073$).

En la actitud con los hijos e hijas, son las mujeres las que alcanzan medias de puntuación más elevadas, de forma que su actitud sería más positiva respecto a la atención que se les da sin que sean tampoco diferencias significativas en este caso ($p= 0,093$).

Sí que encontramos diferencias significativas en la actitud ante un caso concreto de violencia de género, donde los hombres alcanzan mayor puntuación que las mujeres ($p=0,042$) (tabla 55).

Tabla 55: Valoración de las distintas dimensiones realizada por hombres y mujeres.

Dimensión	Sexo	Media (DT)	Prueba t para igualdad de medias [†]				
			Dif. Media	ET dif.	IC _{95%} dif.	t ₂₆₂	p
Consideración del problema	Hombre	4,5 (0,5)	0,08	0,07	-0,06 - 0,22	1,180	0,239
	Mujer	4,4 (0,6)					
Barreras emocionales	Hombre	3,7 (0,8)	0,17	0,09	-0,02 - 0,36	1,801	0,073
	Mujer	3,5 (0,7)					
Barreras operativas	Hombre	3,8 (0,8)	0,01	0,09	-0,16 - 0,18	0,101	0,920
	Mujer	3,8 (0,7)					
Actitud profesional	Hombre	3,7 (0,7)	-0,10	0,08	-0,25 - 0,05	-1,295	0,197
	Mujer	3,8 (0,5)					
Actitud con agresor	Hombre	3,5 (0,7)	0,00	0,08	-0,16 - 0,15	-0,061	0,951
	Mujer	3,5 (0,6)					
Actitud con hijos	Hombre	4,0 (1,0)	-0,18	0,11	-0,39 - 0,03	-1,688	0,093
	Mujer	4,2 (0,8)					
Actitud ante un caso	Hombre	4,4 (0,6)	0,15	0,07	0,01 - 0,29	2,040	0,042
	Mujer	4,2 (0,6)					
Total	Hombre	3,9 (0,5)	0,02	0,05	-0,08 - 0,12	0,344	0,731
	Mujer	3,9 (0,4)					

[†]Homogeneidad asumida: Test Levene $p > 0.05$.

4.2.5.2. Dimensiones y estado civil.

Para establecer la relación entre dimensiones estudiadas y estado civil, tanto en el test de normalidad como en el de homogeneidad se obtienen resultados de nivel de significación mayores que 0,05 (tabla 56).

Tabla 56: Descriptivo de puntuación de dimensiones por estado civil. Pruebas de normalidad y homogeneidad.

Dimensión	Estado civil	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Normalidad	Homogeneidad
							KS	Test Levene
							p	p
Consideración del problema	Soltero	45	2,7	5,0	4,4	0,6	0,561	0,692
	Casado	199	2,3	5,0	4,4	0,6	0,217	
	Otros	20	2,7	5,0	4,4	0,7	0,300	
Barreras emocionales	Soltero	45	2,0	5,0	3,6	0,7	0,870	0,262
	Casado	199	1,5	5,0	3,6	0,8	0,565	
	Otros	20	2,0	5,0	3,8	0,7	0,478	
Barreras operativas	Soltero	45	2,0	5,0	3,7	0,7	0,826	0,365
	Casado	199	1,3	5,0	3,8	0,7	0,522	
	Otros	20	2,0	5,0	3,7	0,9	0,261	
Actitud profesional	Soltero	45	1,2	5,0	3,7	0,7	0,783	0,394
	Casado	199	1,2	5,0	3,8	0,6	0,130	
	Otros	20	2,4	5,0	3,8	0,6	0,343	
Actitud con agresor	Soltero	45	2,0	5,0	3,4	0,7	0,478	0,071
	Casado	199	1,5	5,0	3,5	0,6	0,821	
	Otros	20	2,8	4,5,0	3,5	0,4	0,522	
Actitud con hijos	Soltero	45	3,0	5,0	4,1	0,7	0,870	0,155
	Casado	199	1,0	5,0	4,1	0,9	0,957	
	Otros	20	1,0	5,0	4,1	1,0	0,243	
Actitud ante un caso	Soltero	45	2,7	5,0	4,2	0,6	0,565	0,382
	Casado	199	2,5	5,0	4,3	0,6	0,261	
	Otros	20	3,2	5,0	4,2	0,7	0,609	
Total	Soltero	45	2,9	4,7	3,9	0,4	0,739	0,749
	Casado	199	2,3	5,0	3,9	0,4	0,722	
	Otros	20	3,3	4,8	3,9	0,4	0,713	

Mediante la prueba ANOVA realizada, no encontramos diferencias entre las puntuaciones medias obtenidas en la valoración de las distintas dimensiones y el estado civil de los médicos de familia (tabla 57).

Tabla 57: Valoración de las distintas dimensiones realizada según el estado civil de los médicos de familia.

Dimensión	Estado civil	Media	DT	ANOVA	
				F _{2,261}	p
Consideración del problema	Soltero	4,4	0,6	0,003	0,997
	Casado	4,4	0,6		
	Otros	4,4	0,7		
Barreras emocionales	Soltero	3,6	0,7	0,914	0,402
	Casado	3,6	0,8		
	Otros	3,8	0,7		
Barreras operativas	Soltero	3,7	0,7	0,274	0,761
	Casado	3,8	0,7		
	Otros	3,7	0,9		
Actitud profesional	Soltero	3,7	0,7	0,891	0,412
	Casado	3,8	0,6		
	Otros	3,8	0,6		
Actitud con agresor	Soltero	3,4	0,7	0,24	0,787
	Casado	3,5	0,6		
	Otros	3,5	0,4		
Actitud con hijos	Soltero	4,1	0,7	0,002	0,998
	Casado	4,1	0,9		
	Otros	4,1	1,0		
Actitud ante un caso	Soltero	4,2	0,6	0,492	0,612
	Casado	4,3	0,6		
	Otros	4,2	0,7		
Total	Soltero	3,9	0,4	0,307	0,736
	Casado	3,9	0,4		
	Otros	3,9	0,4		

4.2.5.3. Dimensiones y ámbito de trabajo.

Para establecer la relación entre dimensiones estudiadas y ámbito de trabajo (rural, urbano) tanto en el test de normalidad como en el de homogeneidad se obtienen resultados de nivel de significación mayores de 0,05 (tabla 58).

Tabla 58: Descriptivo de la puntuación de dimensiones por ámbito. Prueba normalidad.

Variable	Ámbito	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Normalidad
							K-S [†]
							p
Consideración del problema	Urbano	167	2,3	5	4,5	0,6	0,708
	Rural	96	3	5	4,4	0,6	0,455
Barreras emocionales	Urbano	167	1,5	5	3,5	0,8	0,298
	Rural	96	1,8	5	3,8	0,8	0,665
Barreras operativas	Urbano	167	1,3	5	3,7	0,7	0,643
	Rural	96	2	5	3,9	0,7	0,341
Actitud profesional	Urbano	167	1,2	5	3,8	0,6	0,359
	Rural	96	1,8	5	3,8	0,6	0,780
Actitud con agresor	Urbano	167	1,5	5	3,4	0,6	0,684
	Rural	96	2	5	3,6	0,6	0,540
Actitud con hijos	Urbano	167	1	5	4,1	0,9	0,777
	Rural	96	1	5	4,1	0,8	0,248
Actitud ante un caso	Urbano	167	2,5	5	4,2	0,6	0,196
	Rural	96	3	5	4,4	0,5	0,421
Total	Urbano	167	2,3	4,8	3,9	0,4	0,543
	Rural	96	2,9	5	4,0	0,4	0,419

[†]K-S: Test normalidad Kolmogorov-Smirnov.

Encontramos diferencias entre las medias de puntuación obtenidas en la valoración de la dimensión “Barreras emocionales” entre ambos ámbitos de trabajo de los médicos de familia en el sentido de que los médicos de familia que trabajan en ámbito rural tienen una actitud más positiva para indagar sobre la violencia de género en lo que a esta dimensión se refiere ($p= 0,008$) (tabla 59).

También observamos que los médicos del ámbito rural obtienen puntuaciones más elevadas que los médicos que trabajan en ámbito urbano, aunque sin ser significativas, en las “barreras operativas” ($p=0,073$), en la “actitud con el agresor” ($p=0,052$), en la actitud ante “un caso concreto de violencia de género” ($p= 0,073$) y en la media global de estas dimensiones ($p=0,077$).

Tabla 59. Valoración de dimensiones según ámbito de trabajo.

Dimensión	Ámbito	Media (DT)	Prueba t para igualdad de medias [†]				
			Dif. Media	ET dif.	IC _{95%} dif.	t ₂₆₂	p
Consideración del problema	Urbano	4,5 (0,6)	0,06	0,07	-0,09 - 0,2	0,767	0,444
	Rural	4,4 (0,6)					
Barreras emocionales	Urbano	3,5 (0,8)	-0,26	0,10	-0,45 - -0,07	-2,679	0,008**
	Rural	3,8 (0,8)					
Barreras operativas	Urbano	3,7 (0,7)	-0,16	0,09	-0,34 - 0,02	-1,800	0,073
	Rural	3,9 (0,7)					
Actitud profesional	Urbano	3,8 (0,6)	-0,01	0,08	-0,17 - 0,14	-0,179	0,858
	Rural	3,8 (0,6)					
Actitud con agresor	Urbano	3,4 (0,6)	-0,16	0,08	-0,32 - 0	-1,950	0,052*
	Rural	3,6 (0,6)					
Actitud con hijos	Urbano	4,1 (0,9)	0,01	0,11	-0,21 - 0,23	0,098	0,922
	Rural	4,1 (0,8)					
Actitud ante un caso	Urbano	4,2 (0,6)	-0,13	0,07	-0,28 - 0,01	-1,798	0,073
	Rural	4,4 (0,5)					
Total	Urbano	3,9 (0,4)	-0,09	0,05	-0,2 - 0,01	-1,773	0,077
	Rural	4 (0,4)					

*p< 0.05 **p<0 .01 †Homogeneidad asumida: Test Levene p> 0.05

4.2.5.4. Dimensiones y edad.

Para establecer la relación entre dimensiones estudiadas y la edad, el test de normalidad y el test homogeneidad ofrecen un nivel de significación mayor de 0,05 (tabla 60).

Tabla 60: Descriptivo puntuación dimensiones por grupos edad. Prueba normalidad y homogeneidad.

Dimensión	Edad	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Normalidad	Homogeneidad
							KS	Test Levene
							p	p
Consideración del problema	≤45	77	3,0	5,0	4,5	0,6	0,724	0,252
	45-55	103	2,7	5,0	4,4	0,5	0,194	
	>55	84	2,3	5,0	4,4	0,6	0,615	
Barreras emocionales	≤45	77	1,8	5,0	3,5	0,8	0,451	0,137
	45-55	103	1,5	5,0	3,7	0,7	0,703	
	>55	84	2,0	5,0	3,7	0,8	0,442	
Barreras operativas	≤45	77	2,0	5,0	3,7	0,7	0,128	0,935
	45-55	103	1,8	5,0	3,7	0,7	0,703	
	>55	84	1,3	5,0	3,9	0,7	0,146	
Actitud profesional	≤45	77	1,8	5,0	3,9	0,6	0,176	0,754
	45-55	103	1,2	5,0	3,8	0,6	0,348	
	>55	84	1,2	5,0	3,7	0,6	0,247	
Actitud con agresor	≤45	77	1,8	5,0	3,5	0,6	0,180	0,921
	45-55	103	2,0	5,0	3,5	0,6	0,240	
	>55	84	1,5	5,0	3,5	0,7	0,852	
Actitud con hijos	≤45	77	1,0	5,0	4,1	0,9	0,778	0,784
	45-55	103	1,0	5,0	4,1	0,9	0,398	
	>55	84	1,8	5,0	4,0	0,9	0,184	
Actitud ante un caso	≤45	77	2,7	5,0	4,3	0,6	0,863	0,834
	45-55	103	2,5	5,0	4,3	0,6	0,868	
	>55	84	2,8	5,0	4,3	0,6	0,185	
Total	≤45	77	2,9	4,8	3,9	0,4	0,822	0,531
	45-55	103	2,4	4,9	3,9	0,4	0,133	
	>55	84	2,3	5,0	3,9	0,5	0,765	

La siguiente tabla, muestra el resultado de la prueba ANOVA, realizada a las distintas dimensiones para comprobar si existen diferencias significativas en la puntuación media en dichas dimensiones entre los grupos de edad. Los resultados muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos etarios de los médicos de familia.

Tabla 61: Valoración de las dimensiones estudiadas por grupos etarios.

Dimensión	Edad	Media	DT	ANOVA	
				F _{2,261}	p
Consideración del problema	≤45	4,5	0,6	0,596	0,552
	45-55	4,4	0,5		
	>55	4,4	0,6		
Barreras emocionales	≤45	3,5	0,8	2,080	0,127
	45-55	3,7	0,7		
	>55	3,7	0,8		
Barreras operativas	≤45	3,7	0,7	1,111	0,331
	45-55	3,7	0,7		
	>55	3,9	0,7		
Actitud profesional	≤45	3,9	0,6	1,826	0,163
	45-55	3,8	0,6		
	>55	3,7	0,6		
Actitud con agresor	≤45	3,5	0,6	0,030	0,970
	45-55	3,5	0,6		
	>55	3,5	0,7		
Actitud con hijos	≤45	4,1	0,9	0,328	0,720
	45-55	4,1	0,9		
	>55	4,0	0,9		
Actitud ante un caso	≤45	4,3	0,6	0,297	0,743
	45-55	4,3	0,6		
	>55	4,3	0,6		
Total	≤45	3,9	0,4	0,028	0,972
	45-55	3,9	0,4		
	>55	3,9	0,5		

4.2.5.5. Dimensiones y año de licenciatura.

Para analizar la relación entre dimensiones estudiadas y el año de licenciatura, el test de normalidad muestra un nivel de significación mayor de 0,05 (tabla 62).

Tabla 62: Valoración de las dimensiones estudiadas por año de licenciatura. Test de normalidad.

Dimensión	Licenciatura	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Normalidad	Homogeneidad
							KS [†]	Test Levene
							p-valor	p-valor
Consideración del problema	70's	35	3,3	5	4,5	0,5	0,519	0,864
	80's	120	2,3	5	4,4	0,6	0,360	
	90's	76	2,7	5	4,5	0,6	0,721	
	00's	33	3	5	4,4	0,6	0,337	
Barreras emocionales	70's	35	2,3	5	3,7	0,8	0,685	0,946
	80's	120	1,5	5	3,6	0,8	0,353	
	90's	76	1,8	5	3,5	0,8	0,367	
	00's	33	2	5	3,6	0,7	0,309	
Barreras operativas	70's	35	2,5	5	3,9	0,7	0,519	0,770
	80's	120	1,3	5	3,8	0,7	0,793	
	90's	76	2	5	3,8	0,7	0,634	
	00's	33	2	5	3,8	0,7	0,568	
Actitud profesional	70's	35	2,4	4,8	3,7	0,6	0,811	0,803
	80's	120	1,2	5	3,8	0,6	0,665	
	90's	76	2,2	5	3,9	0,6	0,317	
	00's	33	1,8	4,8	3,8	0,6	0,409	
Actitud con agresor	70's	35	2,3	4,8	3,5	0,6	0,217	0,782
	80's	120	1,5	5	3,5	0,7	0,718	
	90's	76	1,8	5	3,5	0,6	0,465	
	00's	33	2	5	3,6	0,6	0,618	
Actitud con hijos	70's	35	2,3	5	4,1	0,8	0,456	0,709
	80's	120	1	5	4,0	0,9	0,219	
	90's	76	1	5	4,2	0,8	0,281	
	00's	33	2	5	4,1	0,8	0,621	
Actitud ante un caso	70's	35	3,2	5	4,3	0,5	0,199	0,227
	80's	120	2,5	5	4,3	0,6	0,592	
	90's	76	2,7	5	4,3	0,6	0,577	
	00's	33	3	5	4,3	0,6	0,834	
Total	70's	35	3	4,6	4,0	0,4	0,594	0,589
	80's	120	2,3	5	3,9	0,5	0,488	
	90's	76	3	4,8	3,9	0,4	0,892	
	00's	33	2,9	4,6	3,9	0,4	0,596	

[†]K-S: Test normalidad Kolmogorov-Smirnov.

En la tabla 63, observamos el resultado de la prueba ANOVA realizada en las distintas dimensiones para comprobar si existen diferencias significativas en la puntuación media en

cada una de ellas entre los grupos de año de finalización de la carrera. Los resultados muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 63: Valoración de dimensiones por rango de años de licenciatura.

Dimensión	Licenciatura	Media	DT	ANOVA	
				F _{3,260}	p
Consideración del problema	70's	4,5	0,5	0,866	0,459
	80's	4,4	0,6		
	90's	4,5	0,6		
	00's	4,4	0,6		
Barreras emocionales	70's	3,7	0,8	0,5	0,683
	80's	3,6	0,8		
	90's	3,5	0,8		
	00's	3,6	0,7		
Barreras operativas	70's	3,9	0,7	0,396	0,756
	80's	3,8	0,7		
	90's	3,8	0,7		
	00's	3,8	0,7		
Actitud profesional	70's	3,7	0,6	0,531	0,662
	80's	3,8	0,6		
	90's	3,9	0,6		
	00's	3,8	0,6		
Actitud con agresor	70's	3,5	0,6	0,606	0,611
	80's	3,5	0,7		
	90's	3,5	0,6		
	00's	3,6	0,6		
Actitud con hijos	70's	4,1	0,8	0,817	0,485
	80's	4,0	0,9		
	90's	4,2	0,8		
	00's	4,1	0,8		
Actitud ante un caso	70's	4,3	0,5	0,117	0,950
	80's	4,3	0,6		
	90's	4,3	0,6		
	00's	4,3	0,6		
Total	70's	4,0	0,4	0,328	0,805
	80's	3,9	0,5		
	90's	3,9	0,4		
	00's	3,9	0,4		

4.2.6. Derivación a recursos socio-sanitarios y valoración de la respuesta obtenida.

Los resultados a la pregunta: “ante los casos de VG, indique con qué frecuencia suele derivar a otros profesionales o instituciones”, revela:

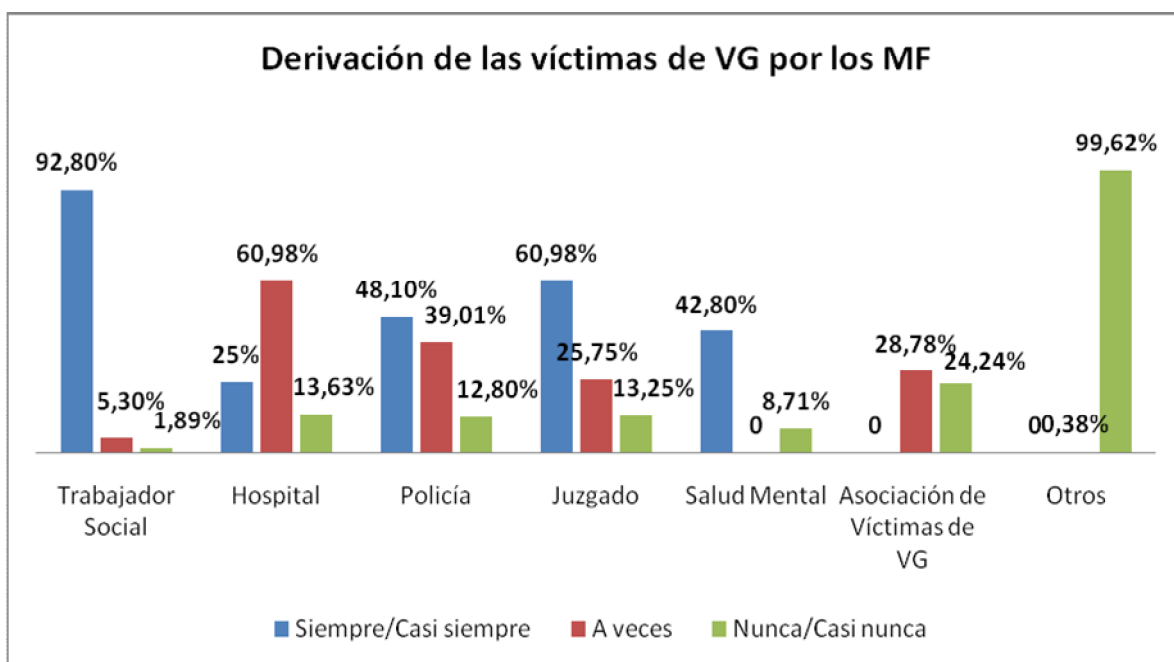
- Que 245 (92,80%) médicos de familia dicen derivar siempre o casi siempre al Trabajador Social; 14 (5,30%) de ellos lo hace a veces y 5 (1,89%), nunca o casi nunca.
- Que, al hospital, refieren que derivan siempre o casi siempre 66 (25%) médicos de familia; a veces, 161 (60,98%) y nunca o casi nunca, 36 (13,63%).
- Que, 127 (48,10%) de ellos, derivan siempre o casi siempre a la Policía; 103 (39,01%), deriva a veces y 34 (12,8%) nunca o casi nunca.
- Que, la derivación al Juzgado, señalan hacerla 161 (60,98%) de los médicos de familia, siempre o casi siempre; 68 (25,75%) de ellos, a veces y 35 (13,25%), nunca o casi nunca.
- En cuanto a Salud Mental, apuntan derivar 113 (42,80%) médicos de familia, siempre o casi siempre; 128 (48,48%), a veces y 23 (8,71%), nunca o casi nunca.
- La derivación a la Asociación de Víctimas de VG u otras organizaciones de autoayuda refiere ser realizada siempre o casi siempre por 124 (46,96%) médicos de familia; 76 (28,78%) lo hace a veces y 64 (24,24%), nunca o casi nunca.
- Que 263 (99,62%) médicos de familia dicen no derivar nunca o casi nunca a otros recursos y un médico de familia (0,38%) deriva a veces.

Como observaciones, determinados médicos de familia exponen otros aspectos:

- Tres médicos de familia apuntan su percepción de que la derivación a Servicios de Protección a la Infancia la hacen los pediatras.
- Cuatro de ellos refieren que no tienen Trabajador Social en el Centro.
- Un médico de familia narra: “llamo personalmente al 112 y hablo con el Trabajador Social y le informo”.
- Dos indican como contacto el número de teléfono de víctimas 016.
- Otro deriva a la Concejalía de la Mujer.
- Cinco de ellos deriva directamente al CAVI (Centro de Atención Especializada para Mujeres Víctimas de Violencia de Género).

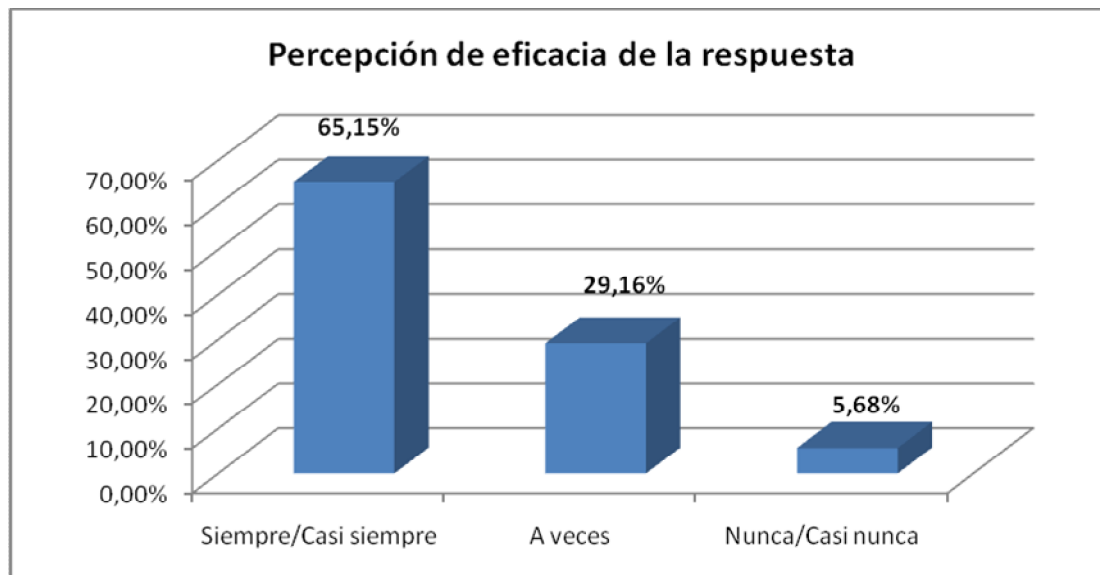
Por tanto el recurso al que más médicos derivan a la mujer víctima de violencia de género es al Trabajador Social, siguiendo en orden, el Juzgado y la Policía (gráfico 33).

Gráfico 33. Derivación a recursos sociosanitarios de las víctimas de de violencia de género por los médicos de familia.



En lo que se refiere a la percepción de eficacia en la respuesta obtenida de parte de los recursos sociales y policiales cuando se les ha requerido, 172 (65,15%) médicos de familia consideran que ha sido eficaz siempre o casi siempre; 77 (29,16%), piensa que lo ha sido a veces y 15 (5,68%) que no lo ha sido nunca o casi nunca (gráfico 34).

Gráfico 34. Eficacia percibida por los médicos de familia de la respuesta obtenida de los recursos sociales y policiales.



4.2.7. Conocimientos de los médicos de familia sobre violencia de género.

En la puntuación obtenida por los médicos de familia en las cuestiones referidas a los factores de riesgo y síntomas de sospecha, donde 0 es la menor nota posible y 10 la mayor, encontramos:

- En las situaciones consideradas de mayor riesgo para sufrir VG: media 7,7 (DT 1,85).
- En los síntomas que deberían hacernos pensar en la posibilidad de VG: media 7,22 (DT 2,94).
- La media global de ambas cuestiones es 7,46 (DT 2,01).

A la cuestión: cuales son factores considerados como situaciones de mayor riesgo de ser víctima de violencia de género, los médicos de familia contestan:

En relación a la mujer:

- Antecedentes en la familia de origen de la víctima de VG: Contestan que sí lo es 219 MF (83%), que no 45 MF (17%).
- Que la mujer sufra depresión: Contestan: si 143 MF (54,2%), no 121 MF (45,8%).
- Estar embarazada Contestan: si 103 MF (39%), no 161 MF (61%) (gráfico 35).

En relación al agresor:

- Antecedentes en la familia de origen del agresor de VG. Contestan: si 256 MF (97%), no 8 MF (3 %).
- Tener un marido alcohólico. Contestan: si 262 MF (99,2%), no 2 MF (0,8%).
- Desempleo o precariedad laboral del agresor. Contestan: si 238 MF (90,2%), no 26 MF (9,8%) (gráfico 36).

Gráfico 35. Respuesta de los médicos de familia ante cuales son las situaciones consideradas de mayor riesgo de ser víctimas de violencia de género. Porcentaje.

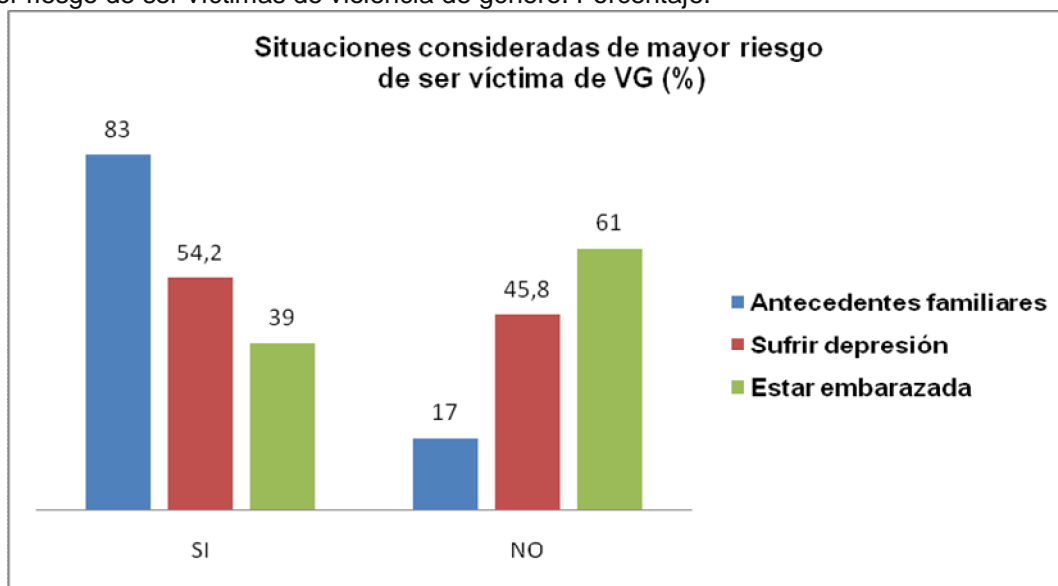


Gráfico 36. Respuesta de los médicos de familia ante cuales son las situaciones consideradas de mayor riesgo de violencia de género en lo que se refiere al agresor. Porcentaje.

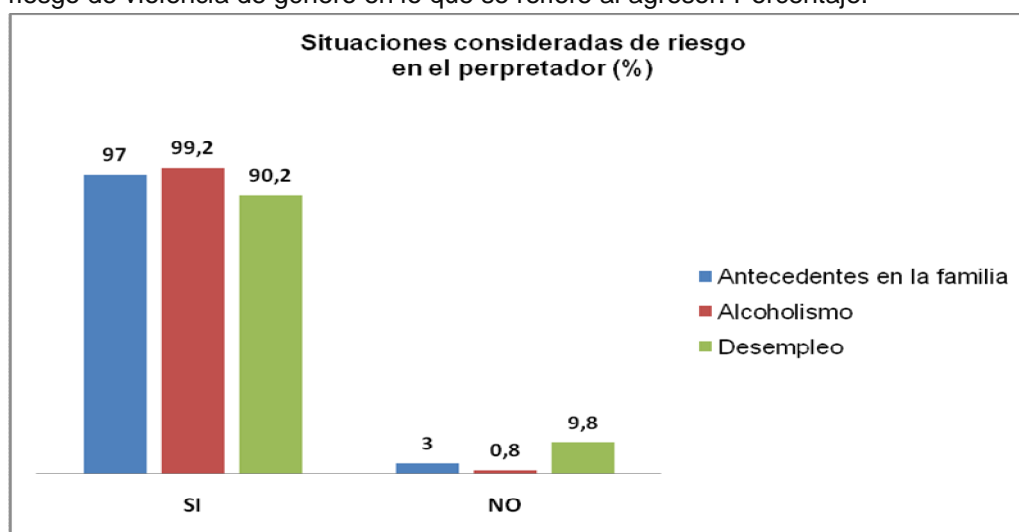
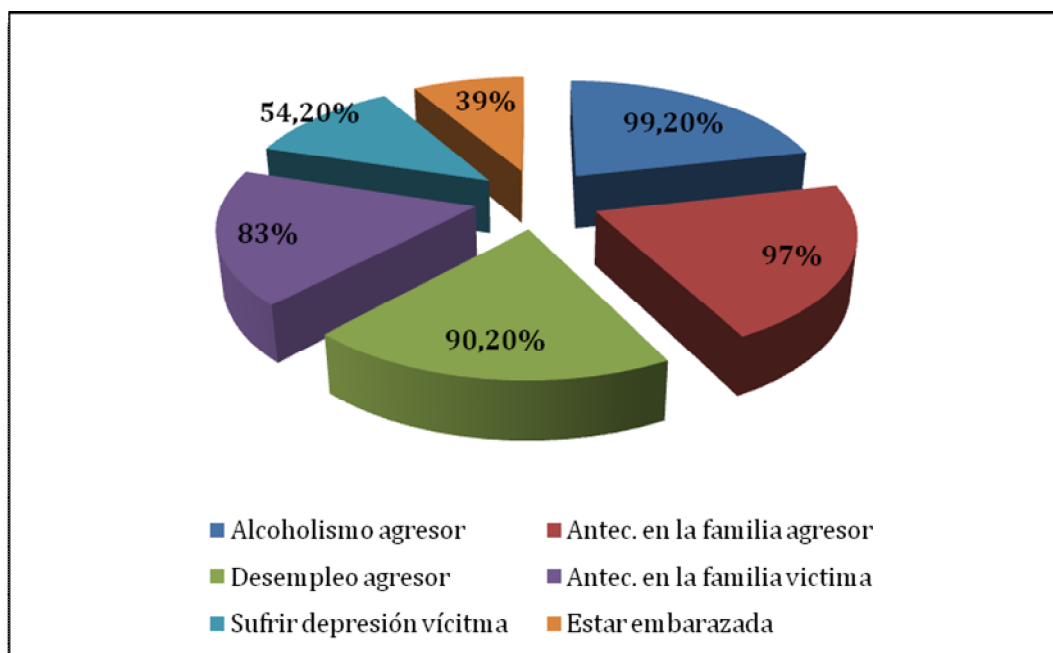


Gráfico 37. Situaciones reconocidas como factores de riesgo de violencia de género por los médicos de familia.



En cuanto a los síntomas que deberían hacer pensar en la posibilidad de VG, la respuesta de los médicos de familia es (gráfico 38):

- Crisis de ansiedad: Contestan: sí, 227 MF (86%); no, 37 MF (14%).
- Hiperfrecuentación en la consulta por motivos banales: Contestan: sí, 231 MF (87,5%); no, 33 MF (12,5%).
- Depresión: Contestan: sí, 224 MF (84,8%); no, 40 MF (15,2%).
- Dolores torácicos: Contestan: sí, 161 MF (61%); no, 103 MF (39%).
- Abdominalgias inespecíficas: Contestan: sí, 175 MF (66,3%); no, 89 MF (33,7%).
- Abortos de repetición: Contestan: sí, 200 MF (75,8%); no, 64 MF (24,2%).
- Dispepsia: Contestan: sí, 118 MF (44,7%); no, 146 MF (55,3%).

Gráfico 38. Respuesta de los MF a los síntomas que deberían hacer pensar en la posibilidad de violencia de género.

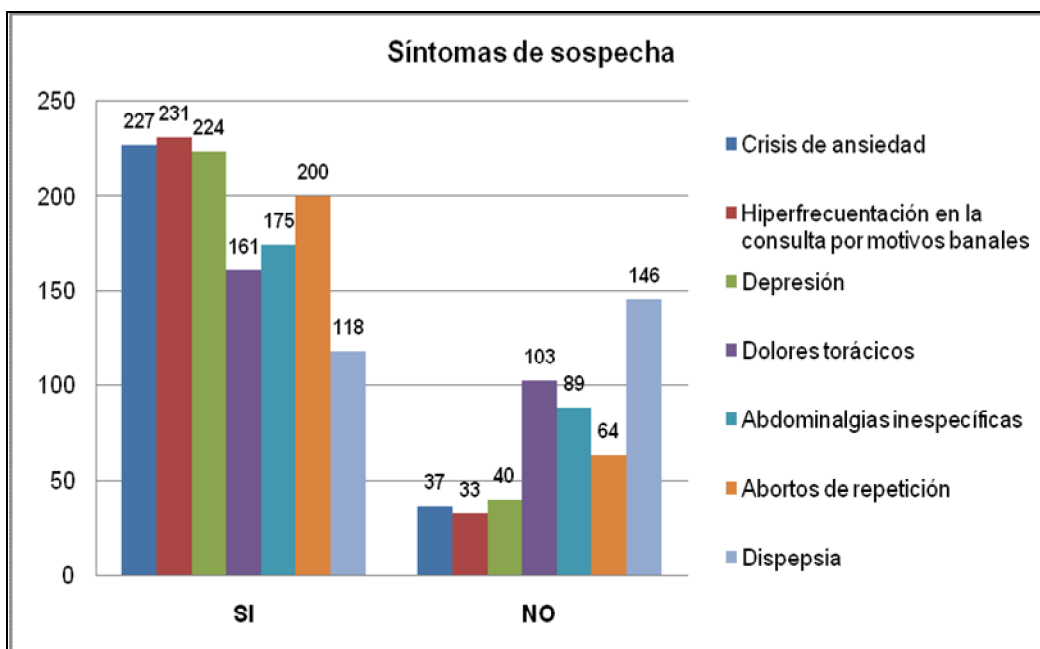
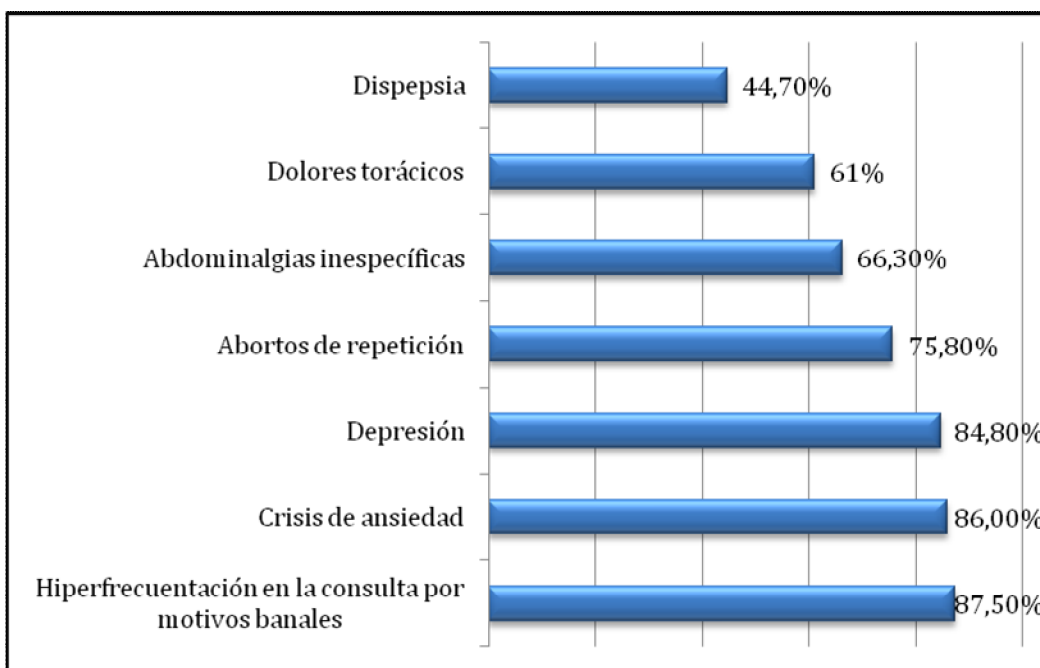


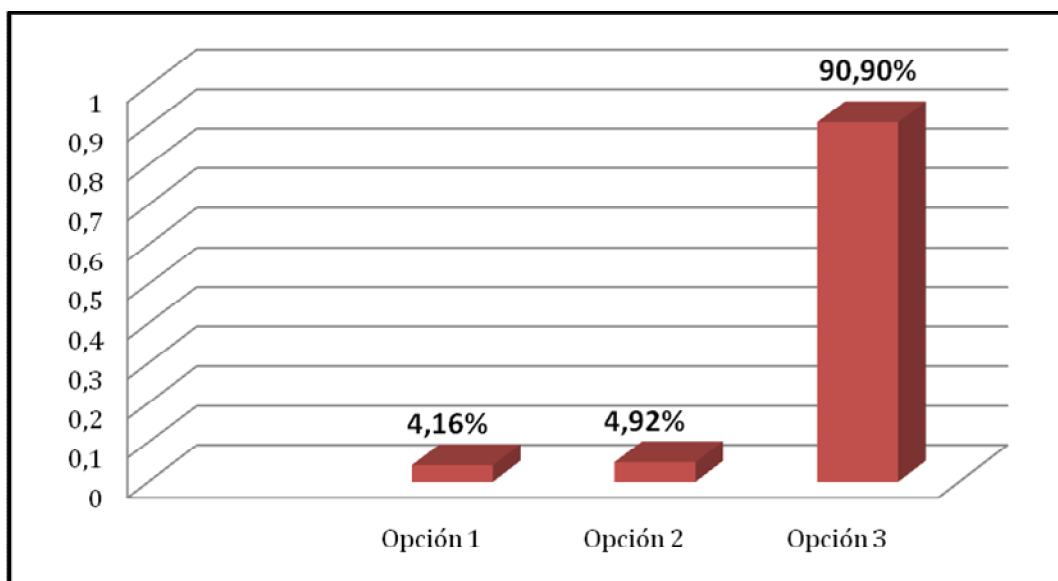
Gráfico 39. Síntomas que deberían hacer pensar en la posibilidad de violencia de género. Porcentaje.



En relación a la cuestión planteada sobre la conducta ante una agresión sexual: “Es viernes a última hora de consulta y usted está de guardia. Tiene que atender a una víctima de agresión sexual (violación). Elija entre estas opciones la que usted llevaría a cabo”, las respuestas emitidas como correctas (gráfico 40) son:

- Opción 1. “Le realizaría la primera atención tratando las lesiones y lavando y desinfectando las lesiones y la enviaría a continuación al hospital”: 11 médicos de familia (4,16%).
- Opción 2. Tras hacer la primera atención urgente, haría la profilaxis de infecciones y la prevención de embarazo con la píldora post-coital, realizaría parte judicial y la enviaría a casa, citándola el lunes con el Trabajador Social: 13 médicos de familia (4,92%).
- Opción 3. Valoraría la situación, haría la primera atención de urgencia, realizaría parte judicial y derivaría inmediatamente al hospital en ambulancia: 240 médicos de familia (90,90%).

Gráfico 40. Respuesta de los MF ante un supuesto de agresión sexual.



4.2.8. Percepción que tienen los médicos de familia de su propia capacitación y necesidades formativas.

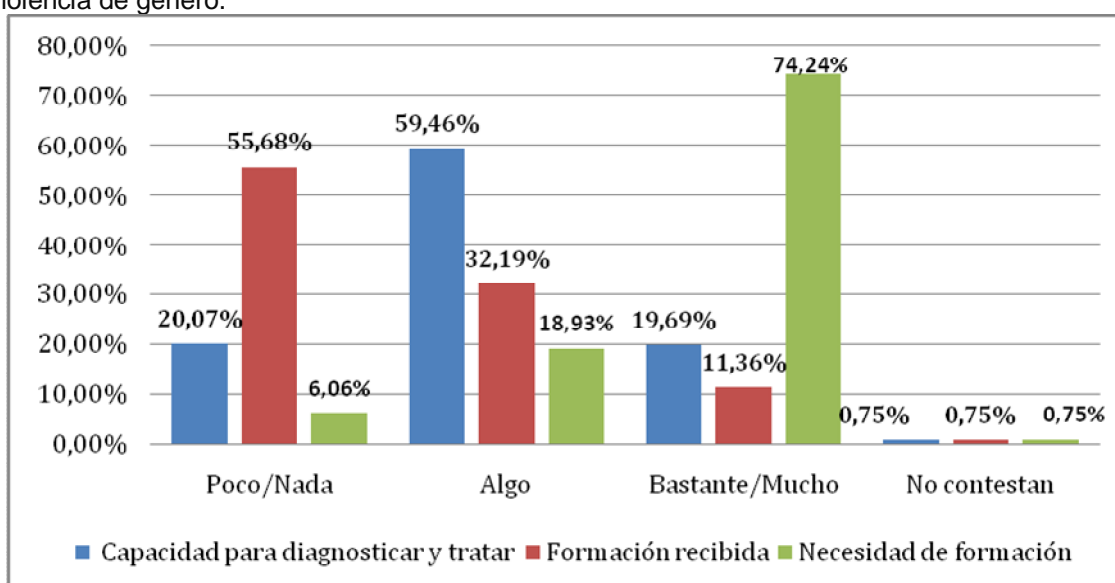
De todos los médicos de familia, 53 (20,07%) piensan que tienen poca o ninguna capacidad para diagnosticar, tratar y orientar a una paciente víctima de VG; 157 (59,46%)

refieren tener alguna capacidad y 52 (19,69%), informan tener bastante o mucha; mientras que dos (0,75%), no contestan.

Respecto a la necesidad de recibir formación y entrenamiento sobre el abordaje de la VG, 16 (6,06%) médicos de familia informan necesitar poca o ninguna; 50 (18,93%), alguna y 196 (74,24%), refieren necesitar bastante o mucha; no contestan: dos (0,75%).

La formación recibida sobre VG es ninguna o poca para 147 (55,68%) médicos de familia; alguna para 85 (32,19%) y bastante o mucho para 30 (11,36%); no contestan: dos (0,75%) (gráfico 41).

Gráfico 41. Capacidad, formación recibida y necesidades formativas de los médicos de familia sobre violencia de género.



4.2.9. Relación entre las variables.

4.2.9.1. Relación entre la puntuación alcanzada y sexo de los médicos de familia.

Para analizar la relación entre el sexo y la nota alcanzada por los médicos de familia en la evaluación de cuáles son las situaciones consideradas de mayor riesgo de sufrir violencia de género y los síntomas que deberían hacer pensar en que existe este problema, el test de normalidad muestra un nivel de significación mayor de 0,05 (tabla 64).

Tabla 64: Descriptivo de la puntuación Riesgo y Síntomas por sexo. Prueba normalidad.

Variable	Sexo	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Normalidad
							K-S [†]
							p-valor
Riesgo	Hombre	126	1,66	10	7,4	1,9	0,753
	Mujer	138	3,33	10	8,0	1,8	0,612
Síntomas	Hombre	126	0	10	6,5	3,2	0,953
	Mujer	138	0	10	7,9	2,6	0,312

[†]K-S: Test normalidad Kolmogorov-Smirnov.

La puntuación media obtenida en “situaciones consideradas de mayor riesgo de sufrir violencia de género” para los hombres fue de 7,7 (DT=1,9) frente a 8,0 (DT=1,8) para las mujeres. La diferencia entre hombres y mujeres fue de 0,56 (ET=0,23) puntos a favor de las mujeres, siendo esta diferencia estadísticamente significativa [$t_{262}=-2,486$; $p=0,014$].

En “los síntomas que deberían hacer pensar en que existe violencia de género”, la puntuación media para los hombres fue de 6,5 (DT=3,2) frente a una puntuación media de 7,9 (DT=2,6) para las mujeres. La diferencia en la puntuación entre hombres y mujeres fue de 1,39 (ET=0,35) a favor de las mujeres, siendo esta diferencia estadísticamente significativa [$t_{262}=-3,937$; $p<0,001$] (tabla 65).

Tabla 65: Puntuaciones medias en las cuestiones sobre violencia de género de los médicos de familia por sexo.

Dimensión	Sexo	Media (DT)	Prueba t para igualdad de medias [†]					
			Dif. Media	ET dif.	IC _{95%} dif.	t ₂₆₂	p	
Riesgo	Hombre	7,4 (1,9)	-0,56	0,23	-1,01 ; - 0,12	-	2,486	0,014*
	Mujer	8,0 (1,8)						
Síntomas	Hombre	6,5 (3,2)	-1,39	0,35	-2,09 ; - 0,70	-	3,937	<0,001***
	Mujer	7,9 (2,6)						

[†]Homogeneidad asumida: Test Levene $p>0,05$. * $p<0,05$ *** $p<0,001$

4.2.9.2. Relación entre la puntuación alcanzada y edad de los médicos de familia.

Para determinar la relación entre las puntuaciones obtenidas y la edad, tanto en el test de normalidad como en el de homogeneidad se obtienen resultados de nivel de significación mayores que 0,05 (tabla 66).

Tabla 66: Descriptivo puntuación obtenida por grupos etarios. Pruebas de normalidad y homogeneidad.

Edad	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Normalidad	Homogeneidad
						KS [†]	Test Levene
						p-valor	p-valor
<=45	77	3,3	10	8,3	1,8	0,840	0,984
45-55	103	3,3	10	7,8	1,7	0,414	
>55	84	1,7	10	7,1	1,9	0,450	
<=45	77	0	10	7,8	2,9	0,567	0,345
45-55	103	0	10	7,6	2,7	0,469	
>55	84	0	10	6,3	3,1	0,721	

[†]K-S: Test normalidad Kolmogorov-Smirnov.

Cuando comparamos las puntuaciones medias en las cuestiones “cuáles son las situaciones consideradas de mayor riesgo de sufrir violencia de género” y “los síntomas que deberían hacer pensar en que existe este problema” entre los grupos de edad, vemos que la puntuación media en “situaciones de mayor riesgo” fue de 8,3 (DT=1,8) para los facultativos con una edad de 45 años o inferior, de 7,8 (DT=1,7) para los médicos con una edad entre 45 y 55 años y de 7,1 (DT=1,9) para los mayores de 55 años.

La prueba ANOVA evidencia que las puntuaciones medias entre grupos es significativamente distinta en al menos un grupo [$F_{2,261}=7,846$; $p<0,001$].

Las comparaciones dos a dos, muestran que las diferencias estadísticamente significativas, se dan entre los médicos con edad inferior o igual a 45 años y los mayores de 55 ($p<0,001$).

Por otra parte, la puntuación media en “síntomas que deberían hacer pensar en” fue de 7,8 (DT=2,9) para los facultativos con una edad de 45 años o inferior, de 7,6 (DT=2,7) para los médicos con una edad entre 45 y 55 años y de 6,3 (DT=3,1) para los mayores de 55 años.

La prueba ANOVA evidencia que las puntuaciones medias entre grupos es significativamente distinta en al menos un grupo [$F_{2,261}=7,146$; $p=0,001$].

Las comparaciones dos a dos, muestran que las diferencias estadísticamente significativas, se dan entre los médicos con edad inferior o igual a 45 años y los mayores de 55 ($p=0,003$); y entre los médicos con edades entre 45-55 años y los mayores de 55 años ($p=0,004$) (tabla 67).

Así, encontramos que los médicos de familia tienen más conocimientos cuanto más jóvenes son.

Tabla 67: Puntuaciones obtenidas por los MF por grupos de edad.

Dimensión	Edad	Media	DT	ANOVA		Comparación múltiple		
				F _{2,261}	p	P _{A/B}	P _{A/C}	P _{B/C}
Riesgo	<=45 (A)	8,3	1,8	7,846	<0,001***	0,199	<0,001***	0,060
	45-55 (B)	7,8	1,7					
	>55 (C)	7,1	1,9					
Síntomas	<=45 (A)	7,8	2,9	7,146	0,001**	0,898	0,003**	0,004**
	45-55 (B)	7,6	2,7					
	>55 (C)	6,3	3,1					

** $p<0,01$ *** $p<0,001$

4.2.9.3. Relación entre la puntuación alcanzada y la frecuencia con la que los médicos de familia preguntan a sus pacientes si son víctimas de violencia de género.

Para conocer la relación entre la frecuencia con la que los médicos de familia preguntan sobre la violencia de género a sus pacientes y las puntuaciones obtenidas, tanto en el test de normalidad como en el de homogeneidad se obtienen resultados de nivel de significación mayores que 0,05 (tabla 68).

Tabla 68: Descriptivo puntuaciones obtenidas por los MF y la frecuencia con la que preguntan a sus pacientes sobre VG.

Dimensión	Frecuencia	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Normalidad	Homogeneidad
							KS [†]	Test Levene
							p-valor	p-valor
Riesgo	Nunca/Casi nunca	110	1,7	10	7,3	1,9	0,396	0,670
	A veces	134	3,3	10	7,9	1,8	0,642	
	Casi siempre/Siempre	20	5	10	8,5	1,7	0,863	
Síntomas	Nunca/Casi nunca	110	0	10	6,4	2,8	0,132	0,301
	A veces	134	0	10	7,8	2,6	0,441	
	Casi siempre/Siempre	20	2,9	10	8,1	2,5	0,251	

[†]K-S: Test de normalidad Kolmogorov-Smirnov.

Cuando comparamos la frecuencia con la que los médicos de familia preguntan a sus pacientes si son víctimas de violencia de género y las puntuaciones medias en las cuestiones “cuáles son las situaciones consideradas de mayor riesgo de sufrir violencia de género” y “los síntomas que deberían hacer pensar en que existe este problema”, la puntuación en “situaciones de mayor riesgo” fue de 7,3 (DT 1,9) para los médicos que no preguntan nunca o casi nunca, de 7,9 (DT 1,8) para los que preguntan a veces y 8,5 (DT 1,7) para los que preguntan siempre o casi siempre.

La prueba ANOVA evidencia que las puntuaciones medias entre grupos es significativamente distinta en al menos un grupo [$F_{2,261}=5,007$; $p < 0,01$].

Las comparaciones dos a dos, muestran que las diferencias estadísticamente significativas, se dan entre los médicos que no preguntan nunca o casi nunca y a veces ($p=0,044$); y entre los médicos que no preguntan nunca o casi nunca y los que lo hacen siempre o casi siempre ($p=0,027$) (tabla XX).

Por otra parte, la puntuación media en “síntomas que deberían hacer pensar en” fue de 6,4 (DT=3,3) para los MF que no preguntan nunca o casi nunca sobre VG, 7,8(2,6) para los que lo hacen a veces y 8,1(DT 2,1) para los que lo hacen siempre o casi siempre.

La prueba ANOVA evidencia que las puntuaciones medias entre grupos es significativamente distinta en al menos un grupo [$F_{2,261}=8,012$; $p < 0,001$].

Las comparaciones dos a dos, muestran que las diferencias estadísticamente significativas, se dan entre los médicos que no preguntan nunca o casi nunca y a veces ($p=0,001$); y entre los médicos que no preguntan nunca o casi nunca y los que lo hacen siempre o casi siempre ($p=0,049$) (tabla 69).

Tabla 69: Puntuación obtenida por los MF según la frecuencia con la que preguntan a sus pacientes si son víctimas de violencia de género.

Dimensión	Frecuencia de pregunta	Media	DT	ANOVA		Comparación múltiple		
				F _{2,261}	p	Bonferroni		
						P _{A/B}	P _{A/C}	P _{B/C}
Riesgo	Nunca/Casi nunca (A)	7,3	1,9	5,007	0,007**	0,044*	0,027*	0,539
	A veces (B)	7,9	1,8					
	Casi siempre/Siempre (C)	8,5	1,7					
Síntomas	Nunca/Casi nunca (A)	6,4	3,3	8,012	<0,001***	0,001**	0,049*	0,975
	A veces (B)	7,8	2,6					
	Casi siempre/Siempre (C)	8,1	2,1					

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

De esta forma, encontramos que los médicos que tienen más conocimientos, son los que más preguntan sobre violencia de género a sus pacientes.

4.2.10. Los médicos de familia y los casos de violencia de género diagnosticados en su cupo médico.

De los médicos de familia encuestados, 233 (88,59%) han respondido a esta sección del cuestionario. El total de casos diagnosticados ha sido de 415, lo que supone una media por médico de familia de 1,78.

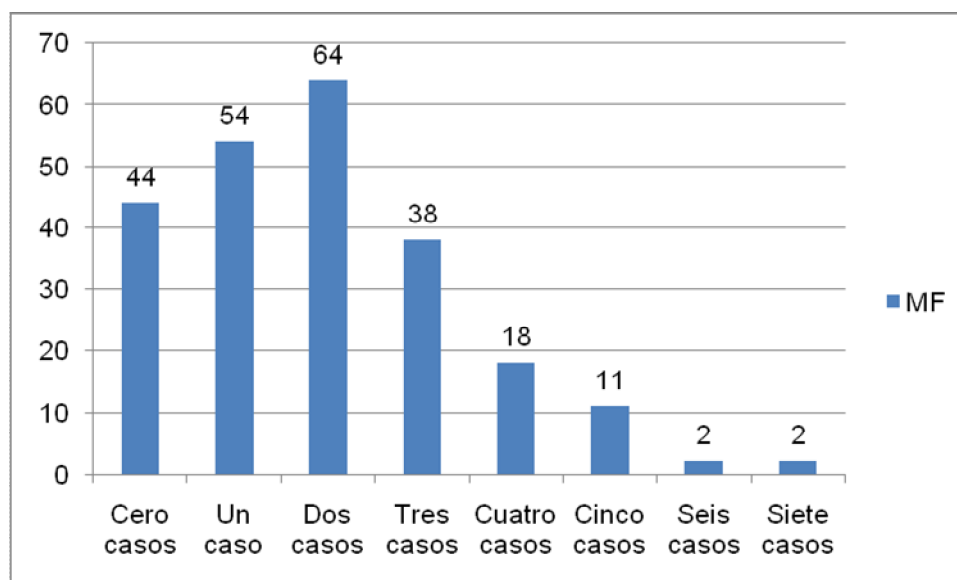
De todos los que han respondido, dicen haber diagnosticado cero casos 44 médicos de familia (18.84%); un caso: 54 de ellos (23.11%); dos casos: 64 médicos de familia (27.46%); tres casos: 38 médicos de familia (16.30%); cuatro casos: 18 médicos de familia (7.72%); cinco casos: 11 médicos de familia (4.72%); seis casos: 2 médicos de familia (0,85%) y siete casos: 2 médicos de familia (0,85%) (gráfico 42).

Así vemos que el máximo de diagnósticos está entre uno y dos casos, siguiendo en frecuencia los que refieren no tener ningún caso en su cupo médico.

Se apuntaron observaciones por parte de cuatro médicos de familia:

- Difícil cumplimentar los apartados porque algunas mujeres se han desplazado a otras zonas y los datos sobre edad o número de visitas no los recuerdo con certeza.
- Solo llevo 3 meses en el cupo.
- Hace poco tiempo que estoy en la consulta, hasta el momento no he tenido pacientes víctimas de violencia de género.
- Hace menos de un año que tengo este cupo.

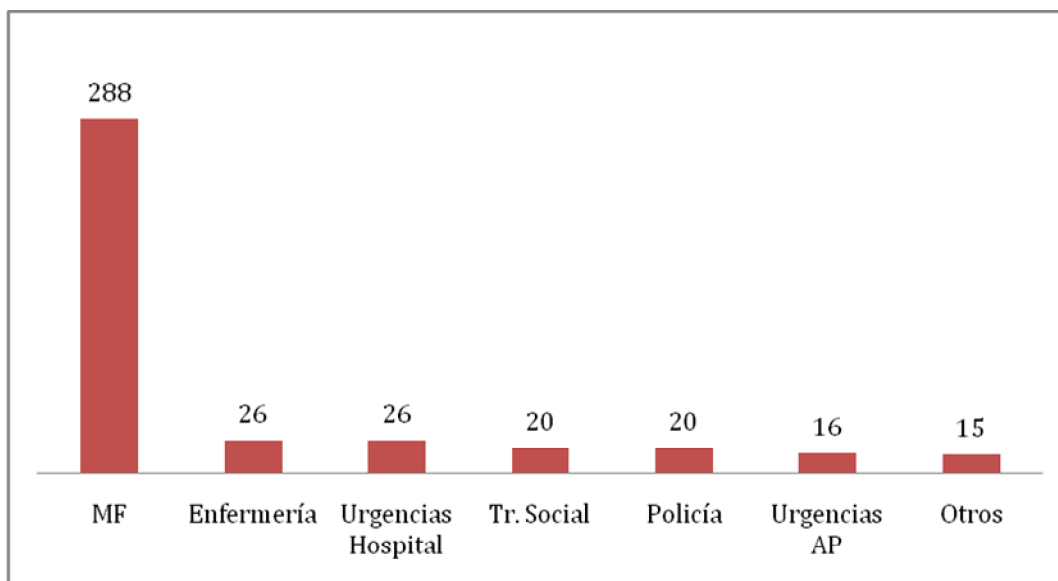
Gráfico 42. Número de casos declarados por los médicos de familia en las consultas de AP.



Los médicos de familia refieren 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%) (gráfico 43).

Como observaciones en "otros": dos médicos de familia señalan que la detección fue por la familia, dos en el juzgado, uno por notificación de los padres, uno relacionado con consumo de drogas y, por último, uno que apunta que la paciente abandonó el centro.

Gráfico 43. Profesionales que han detectado los casos de violencia de género declarados.



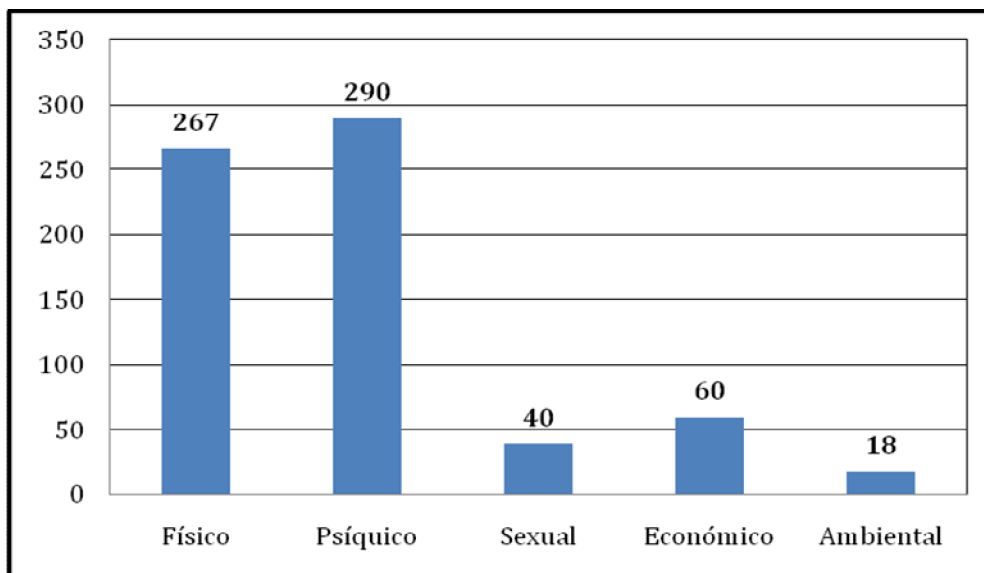
Respecto a las víctimas, la edad media referida es de 50 años (Min. 14, Máx. 87). El número de consultas que estas pacientes han realizado en Atención Primaria en el último año varía de un mínimo de 0 a un máximo de 40 (mediana: 8).

En 113 casos (27,8%) existía sospecha previa por parte del médico de familia de la existencia de este problema mientras que en 294 casos (72,2%) no la había.

De todas las víctimas, habían llevado tratamiento con psicofármacos, 268 de ellas (66,8%) frente a 133 mujeres (33,2%) que no habían tomado este tipo de fármacos.

El tipo de maltrato sufrido por las mujeres fue (teniendo en cuenta que podían concurrir varios tipos): físico, 267 mujeres (65%); psíquico, 290 (70.6%); sexual: 40 (9.7%); económico, 60 (14,6%); ambiental, 18 (4.4%) (gráfico 44).

Gráfico 44. Número de casos de cada tipo de maltrato sufrido por las mujeres víctimas de violencia de género declaradas por los médicos de familia.



4.2.11. Relación entre variables.

4.2.11.1. Diagnóstico de casos y actitudes.

Para establecer la relación entre la consideración del problema y el diagnóstico de mujeres víctimas de VG realizado por los MF, el test de homogeneidad presenta resultados de nivel de significación mayores que 0,05 (tabla 70).

Tabla 70: Descriptivo de la puntuación de consideración del problema por declaración de casos de VG. Prueba de normalidad.

Dimensión	Declaración de casos	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Normalidad
							K-S [†]
							p-valor
Consideración del problema	No	43	3,3	5	4,4	0,5	0,526
	Si	190	2,7	5	4,5	0,6	0,682

[†]K-S: Test de normalidad Kolmogorov-Smirnov.

En la tabla 71, vemos la comparación de la puntuación media obtenida en la consideración del problema entre los médicos que no han informado casos de VG y los que sí han informado algún caso.

Tabla 71. Consideración de la VG en MF que han declarado casos de VG y en los que no lo han hecho.

Dimensión	Declaración de casos	Media (DT)	Prueba t para igualdad de medias [†]				
			Dif. Media	ET dif.	IC _{95%} dif.	t ₂₃₁	p
Consideración del problema	No	4,4 (0,5)	-0,06	0,09	-0,25 ; 0,12	-0,664	0,508
	Si	4,5 (0,6)					

[†]Homogeneidad asumida: Test Levene p>0,05. *p<0,05

La puntuación media en la dimensión *consideración del problema* fue de 4,4 (DT=0,5) para los facultativos que no han detectado ningún caso y de 4,5 (DT=0,6) en los que sí han detectado algún caso.

4.2.11.2. Diagnóstico de casos y sexo del médico de familia.

El 19,2% de los hombres no han diagnosticado ningún caso de VG frente un 17,8% de mujeres. Un 80,8% de los hombres han diagnosticado algún caso de VG frente a un 82,2% de las mujeres.

La prueba Ji-cuadrado evidencia que las diferencias no son estadísticamente significativas [$\chi^2_1 = 0,075$; $p = 0,784$], por tanto no encontramos relación en lo que se refiere a la información de casos por mujeres y hombres.

Tabla 72: Tabla de contingencia. Declaración de casos vs Sexo.

Declaración de casos	Sexo n (%)		Total
	Hombre	Mujer	
No	20 _a (19,2)	23 _a (17,8)	43 (18,5)
Si	84 _a (80,8)	106 _a (82,2)	190 (81,5)
Total	104 (100,0)	129 (100,0)	233 (100,0)

Ji-cuadrado de Pearson: Valor=0,075; gl=1; p=0,784

a. Comparación de proporciones de columna. Cada letra de subíndice indica un subconjunto de Sexo categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel 0,05.

4.2.11.3. Diagnóstico de casos y conocimientos de los médicos de familia.

Para establecer la relación entre la declaración de casos de VG y las puntuaciones obtenidas en las cuestiones de “situaciones de riesgo” y “síntomas de sospecha” tanto en el test de normalidad como en el de homogeneidad se obtienen resultados de nivel de significación mayores que 0,05 (tabla 73).

Tabla 73: Descriptivo puntuación “Situación de Riesgo” y “Síntomas de Sospecha” por declaración de casos de VG. Prueba de normalidad.

							Normalidad K-S [†]
Variable	Declaración de casos	N	Mín.	Máx.	Media	DT	p-valor
Riesgo	No	43	3,3	10	7,9	1,8	0,753
	Si	190	3,3	10	7,7	1,9	0,612
Síntomas	No	43	0	10	6,7	3,5	0,953
	Si	190	0	10	7,4	2,8	0,312

[†]K-S:Test de normalidad Kolmogorov-Smirnov.

Tabla 74: Puntuación “Situación de Riesgo” y “Síntomas de Sospecha” por declaración de casos de violencia de género.

Dimensión	Declaración de casos	Media (DT)	Prueba t para igualdad de medias [†]				
			Dif. Media	ET dif.	IC _{95%} dif.	t ₂₃₁	p
Riesgo	No	7,9 (1,8)	0,17	0,31	-0,44 ; 0,79	0,562	0,575
	Si	7,7 (1,9)					
Síntomas	No	6,7 (3,5)	-0,68	0,49	-1,65 ; 0,29	-1,373	0,171
	Si	7,4 (2,8)					

[†]Homogeneidad asumida: Test Levene p>0,05.

Para comparar la frecuencia con la que el médico pregunta a sus pacientes si son víctima de VG, utilizamos la prueba U de Mann-Whitney (tabla 75). Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia con la que el médico pregunta a sus pacientes si son víctima de VG entre los médicos que no han informado casos de VG y los que sí los han hecho (p<0.05).

Tabla 75: Comparación de la puntuación en estilos de respuesta entre subtipos.

Variable	Declaración de casos (n)		Test U de Mann-Whitney		
	No (43)	Si (190)	U	Z	p
	Mediana± RI	Mediana± RI			
Frecuencia pregunta a pacientes si son víctimas de VG	2 ± 1	3 ± 1	2514,5	-4,371	<0,001***

***p<0,001

4.2.12. Regresión logística para diagnóstico de violencia de género.

La estimación logit para determinar que variables influyen en la información de casos de VG se ha realizado en dos bloques:

El primero, formado por las variables control: sexo, edad, estado civil y ámbito de trabajo.

En el segundo bloque se han añadido además las siete dimensiones del análisis factorial, la puntuación obtenida en la cuestión sobre situaciones consideradas de mayor riesgo para sufrir VG y la obtenida en la cuestión sobre los síntomas que deberían hacernos pensar en la posibilidad de VG. Los resultados se muestran en la tabla 76.

En el modelo del primer bloque, observamos que la edad influye significativa y positivamente en la información de casos, de tal forma, que a mayor edad del médico la probabilidad de informar casos aumenta ($p=0,042$; $OR=1,05$). Las variables sexo, estado civil y ámbito no presentan efectos significativos ($p > 0,05$).

En el segundo bloque, con la introducción en el modelo de las siete dimensiones y las puntuaciones de conocimientos, la edad sigue presentando un efecto significativo en la información de casos de VG, de tal forma, que a mayor edad del médico la probabilidad de información aumenta ($p=0,029$; $OR=1,06$). El sexo, estado civil y ámbito no presentan efectos significativos ($p > 0,05$).

Las dimensiones “barreras emocionales”, “barreras operativas” y “actitud profesional”, presentan efectos significativos sobre la información de casos de VG:

Las barreras emocionales y operativas disminuyen la probabilidad de diagnóstico de casos de VG: barreras emocionales ($p=0,005$; $OR=0,82$) y barreras operativas ($p=0,018$; $OR=0,67$).

Por otra parte, la actitud profesional aumenta el diagnóstico de casos de VG (p=0,002; OR=3,21).

Tabla 76: Análisis de Regresión logística de diagnóstico de casos de violencia de género (n=232).

Variables	B	ET	Wald	Odds ratio (IC _{95%})	p
Bloque 1					
Sexo (Hombre)	-0,341	0,375	0,828	0,711 (0,34-1,48)	0,363
Estado civil (Soltero)	0,494	0,719	0,471	1,64 (0,40-6,71)	0,493
Estado civil (Casado)	0,255	0,608	0,176	1,29 (0,39-4,24)	0,675
Edad	0,046	0,026	4,119	1,05 (1,01-1,09)	0,042*
Ámbito (Urbano)	0,277	0,351	0,625	1,32 (0,66-2,6)	0,429
Constante	-1,07	1,22	0,770	0,343	0,380
Modelo: $\chi^2_5 = 5,38; p = 0,371$					
Hosmer y Lemeshow: $\chi^2_6 = 12,31; p = 0,138$					
R² Nagelkerke = 0,04					
Bloque 2					
Sexo (Hombre)	-0,013	0,419	0,001	0,99 (0,43-2,24)	0,975
Estado civil (Soltero)	0,714	0,778	0,840	2,04 (0,44-9,39)	0,359
Estado civil (Casado)	0,224	0,635	0,124	1,25 (0,36-4,34)	0,725
Edad	0,055	0,025	4,740	1,06 (1,01-1,11)	0,029*
Ámbito (Urbano)	0,307	0,385	0,633	1,36 (0,64-2,89)	0,426
Consideración problema	-0,367	0,364	1,015	0,69 (0,34-1,41)	0,314
Barreras emocionales	-0,205	0,07	7,94	0,82 (0,71-0,94)	0,005**
Barreras operativas	-0,401	0,169	5,610	0,67 (0,481-0,933)	0,018*
Actitud profesional	1,167	0,386	9,150	3,21 (1,51-6,84)	0,002**
Actitud con agresor	-0,223	0,373	0,358	0,8 (0,39-1,66)	0,550
Actitud con hijos	-0,197	0,250	0,625	0,82 (0,5-1,34)	0,429
Actitud ante un caso	-0,574	0,373	2,374	0,56 (0,27-1,17)	0,123
Media_riesgoP11	-0,085	0,112	0,574	0,92 (0,74-1,14)	0,449
Media_sintomasP12	0,088	0,070	1,601	1,09 (0,95-1,25)	0,206
Constante	-1,248	2,627	0,226	0,29	0,635
Modelo: $\chi^2_9 = 21,64; p = 0,010$					
Hosmer y Lemeshow:					
$\chi^2_3 = 4,35; p = 0,824$					
R² Nagelkerke = 0,39					

*p< 0,05 **p< 0,01

Con respecto a la evaluación del modelo completo (segundo bloque), la prueba de significación del modelo muestra que éste es significativo y que por tanto el modelo de regresión logística es válido: $\chi^2 = 21,64$; $p = 0,010$.

Para la evaluación del ajuste del modelo, se han empleado la prueba de Hosmer y Lemeshow que permite contrastar la hipótesis nula de que no existen diferencias significativas entre los valores observados y pronosticados. En este caso podemos afirmar que el modelo es adecuado ($p = 0,824$). De forma global el modelo ha clasificado correctamente al 82,8% de los sujetos.

4.3. Exploración de opinión sobre el cribado de violencia de género, dificultades percibidas y propuestas de mejora realizadas por los médicos de familia.

Las cuestiones por las que se solicita información a los médicos de familia se formulan como preguntas abiertas y el análisis de contenido de la información recabada revela en cada aspecto estudiado:

4.3.1. Opinión sobre la detección sistemática de la violencia de género en la consulta de Atención Primaria (gráfico 45).

Han respondido a esta cuestión 217 médicos de familia (82,92%) de los 264 encuestados. En el análisis de contenido de las respuestas hemos establecido dos categorías:

1. Médicos de familia con actitud favorable: 139 MF (64,05%)(tabla 77) que hemos distribuido en cuatro subcategorías:
 - a. Los que llamamos explícitos o rotundos (82 MF, 37,78% de los que han respondido) que expresan estar a favor de la detección sistemática en la consulta de Atención Primaria de la violencia de género con distintos matices y consideraciones: como adecuada, necesaria, positiva, pertinente, interesante, como fruto de una función más del médico de familia en su trabajo diario, como oportunidad dada a las pacientes para que soliciten ayuda, como ventaja para diagnosticar el problema lo antes posible, haciendo hincapié en las características de la Atención Primaria en cuanto a accesibilidad y conocimiento holístico de las pacientes.
 - b. Los que llamamos favorables con condicionantes (37 MF, 17,05%) en tanto se muestran propicios pero apuntando unos requerimientos específicos que les facilite o, al menos, no les dificulte el trabajo: de tiempo ya que reconocen la limitación que la sobrecarga asistencial y los escasos minutos (hablan de cinco en algunos casos) destinados a cada paciente, suponen para abordar un tema tan delicado como este; de formación, proponiendo un protocolo y entrenamiento para llevar a cabo su desarrollo; de herramientas prácticas como una versión corta del cuestionario de cribado o su inclusión en cartera de servicios para que este problema tuviera un lugar propio en la historia

clínica electrónica de AP; de continuidad asistencial considerando la importancia de una buena relación médico-paciente como requisito de confianza mutua para la exposición y reconocimiento de un problema de tan elevada sensibilidad en la consulta.

- c. Médicos de familia con posturas críticas hacia la práctica habitual. Son 13 MF (5,99%) en el sentido de que, aún siendo algo positivo, no se realiza debidamente y sería mejorable.
- d. Consideración multidisciplinar. Apuntan esta consideración 7 médicos de familia (3,22%), incidiendo en que sea una actividad compartida con todos los profesionales de AP, con especial alusión a los profesionales de enfermería y a los trabajadores sociales.

Gráfico 45: Opinión de los médicos de familia sobre la detección sistemática de la VG. Porcentaje.

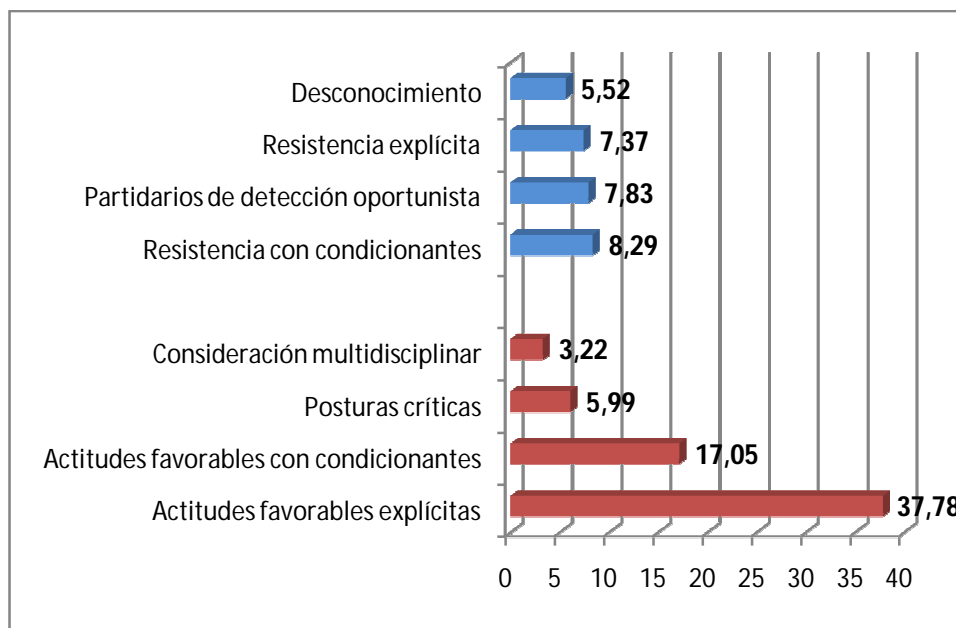


Tabla 77. Actitudes favorables a la detección sistemática de violencia de género en la consulta de Atención Primaria.

Categoría	Subcategoría	Unidad de análisis	Frecuencia (MF)
MF con actitudes favorables	Explícitos	<p><i>"Debe ser parte de nuestro trabajo".</i></p> <p><i>"En general positivo".</i></p> <p><i>"Adecuado, debido a la cercanía y accesibilidad de Atención Primaria".</i></p> <p><i>"La detección sistemática es muy interesante en toda la patología de AP, por supuesto en VG es fundamental por las complicaciones y repercusiones que tiene".</i></p> <p><i>"Me parece bien porque es un problema que afecta directamente a toda la familia, además de a la víctima y es nuestro deber como profesionales de la salud estar atentos a los problemas de salud de nuestras pacientes y lo que hay subyacente a ellos".</i></p>	82 (37,78%)
	Con condicionantes	<p>Tiempo:</p> <p><i>"Como cualquier screening /detección de esto y de patologías frecuentes, opino que es muy recomendable efectuarlo. La falta de tiempo va en contra de efectuarlas. Que es interesante y conveniente realizarlo".</i></p> <p><i>"Pero supone sobrecarga de trabajo que en un contexto de sobresaturación de demanda asistencial como el nuestro es de difícil cumplimiento".</i></p> <p>Formación:</p> <p><i>"Sería un método de actuación muy válido y pasarían desapercibidos menos casos. Además para el médico si hay unos criterios de manejo de estas pacientes sería mucho más fácil".</i></p> <p><i>"Sería adecuado con un protocolo establecido y entrenamiento para hacerlo adecuadamente".</i></p> <p>Herramientas de ayuda:</p> <p><i>"Hay screening corto de VG que estaría bien tenerlo en el escritorio".</i></p> <p><i>"Es muy interesante porque nos valdría como herramienta de detección de la VG al pasarlo de forma sistemática en la cartera de servicios del SMS".</i></p> <p>Continuidad de la atención</p> <p><i>"De acuerdo, aunque requiere empatía entre médico-paciente, el paciente tiene que tener confianza con el médico (para eso se requiere una estancia en el cupo de forma más o menos permanente)".</i></p>	37 (17,05%)
	Posturas críticas hacia la práctica habitual.	<p><i>"Que es casi inexistente".</i></p> <p><i>"Que es fundamental y no se hace bien".</i></p> <p><i>"Deberíamos hacerlo con más frecuencia"</i></p> <p><i>"Me parece bien aunque falta que tomemos conciencia de la existencia del problema: si no se piensa en una enfermedad no se diagnostica".</i></p>	13 (5,99%)
	Consideración multidisciplinar	<p><i>"Es muy importante que todo el centro de salud participe"</i></p> <p><i>"Es nuestra labor, junto con enfermería y trabajador social".</i></p>	7 (3,22%)

2. Médicos de familia con actitudes poco favorables a la detección sistemática de la violencia de género, son 63 MF (29,03% de respuestas), divididos en cuatro subcategorías (tabla 78):

- a. Por resistencia, de forma explícita o absoluta (16MF; 7,37%) porque no ven la necesidad ni la pertinencia o porque no lo ven factible, con la percepción en este caso, de que es una sobrecarga más para el médico de familia.
- b. Resistencia con condicionantes (18 MF; 8,29%) en tanto perciben una serie de condiciones que serían precisos para llevar a cabo el cribado, fundamentalmente:
 - Tiempo: excesiva presión asistencial, poco tiempo por paciente, test de cribado inadecuado por su larga duración.
 - Recursos sobre la base de compromisos políticos reales, se cita la falta de trabajadores sociales en los consultorios y asistencia solo algunos días en los centros de salud.
 - Dificultades derivadas de las propias características de la violencia de género: pacientes de difícil abordaje ya que, con frecuencia, precisan gran inversión de tiempo e implicación emocional por parte de los médicos de familia que las atienden, miedo a la iatrogenia por una excesiva medicalización del problema, complejidad por sus alcances psicológicos y sociales y resistencia de las mujeres víctimas a expresar su situación.
- c. Por desconocimiento (12 MF; 5,52%): no conocen la posibilidad de cribado de violencia de género en AP, en algunos casos ni se han planteado que se pueda hacer.
- d. Partidarios de detección oportunista (17 MF; 7,83%) porque no hay evidencia científica sobre la utilidad de la detección sistemática en la consulta de AP (de la que se deriva la falta de recomendación sobre llevarla a cabo por parte las asociaciones científicas) o por el convencimiento de que está más indicado realizarlo así.

Tabla 78. Actitudes poco favorables a la detección sistemática de violencia de género en la consulta de Atención Primaria.

Categoría	Subcategoría	Unidad de análisis	Frecuencia (MF)
MF con actitudes poco favorables	Resistencia explícita	<p><i>"No lo considero el más adecuado".</i></p> <p><i>"Más carga para el Médico de Familia".</i></p> <p><i>"No me parece pertinente ni factible".</i></p>	16 7,37%
	Resistencia con condicionantes	<p><i>Tiempo</i></p> <p><i>"No se puede hacer por falta de tiempo".</i></p> <p><i>"De forma sistemática me parece difícil porque la consulta siempre está con la agenda completa".</i></p> <p><i>Recursos</i></p> <p><i>"Inviabile sin dotar a la AP de los recursos humanos, económicos y estructurales y de un compromiso REAL político. La AP puede ser un aliado vital pero está sobrecargada actualmente".</i></p> <p><i>Características intrínsecas del problema</i></p> <p><i>"No creo que sea conveniente por la posible iatrogenia en casos de interpretación incorrecta. Peligro de sobrediagnóstico".</i></p> <p><i>"Muy complejo. Difícil abordaje inicial con todas las pacientes".</i></p> <p><i>"Es difícil puede detectar la VG porque aunque preguntemos encontramos resistencia".</i></p> <p><i>"Es difícil el test de screening dada la variabilidad y complejidad de los casos".</i></p> <p><i>"Generalmente son mujeres hiperfrecuentadoras que consumen tiempo y "energía" en estas consultas".</i></p>	18 8,29%
	Desconocimiento	<p><i>"No sé en qué consiste, no he oído hablar de él".</i></p> <p><i>"Llevo poco tiempo en AP por lo que desconozco el screening, no he visto información en el Centro de Salud pero reconozco que no he preguntado".</i></p>	12 5,52%
	Partidarios de detección oportunista	<p><i>"¿Qué es eso del screening de VG en AP? El PAPPS no establece recomendaciones explícitas de cribado de la VG, indicando que los profesionales de AP deben estar "alerta" e investigar presencia de factores de riesgo y situaciones de vulnerabilidad".</i></p> <p><i>"Debe ser screening oportunístico".</i></p> <p><i>"Creo que es aconsejable, cuando haya sospecha de maltrato".</i></p> <p><i>"No me resulta fácil contestar a esta cuestión, en mi opinión considero que es mejor preguntar al paciente en caso de sospecha (por síntomas o signos) en lugar de hacer screening".</i></p>	17 7,83%

4.3.2. Dificultades de los médicos de familia para la detección de mujeres víctimas de VG. (gráfico 46).

A las cuestiones: "¿Encuentra algún tipo de dificultad para la detección de víctimas de VG en su trabajo diario? En caso de que su respuesta sea afirmativa, ¿cuáles son las más importantes?" contestaron 222 médicos de familia de los encuestados (84,09%).

El análisis de contenido fue agrupado en seis categorías (tabla 79):

1. Tiempo, citado por 118 MF (53,15%): la falta de tiempo es un factor limitante fundamental para la detección de violencia de género en la consulta del Atención Primaria. Esta categoría está dividida en dos subcategorías:
 - a. En el acto médico, donde interfiere claramente en la introducción del problema y con la exploración en los “aspectos psicológicos y familiares”.
 - b. En el proceso de asistencia desde el momento en que no permite establecer una relación médico-paciente de confianza.

Se introducen también otras interferencias relacionadas como son las interrupciones, los retrasos que conlleva una correcta atención a la víctima y sus repercusiones en el resto de pacientes que tienen, entonces, que esperar.
2. Formación, referida por 42 MF (18,91%). Dividido en dos subcategorías:
 - a. Respecto a factores instrumentales, percibidos como falta de experiencia y manejo en un problema difícil donde deben implicarse muchos profesionales. Se citan estos elementos tanto para detectar el problema por desconocimiento de un test sencillo como para su correcta orientación, para aplicar protocolos y el papel que, como médico de familia, representa en ellos en tanto se desconocen los recursos y los “pasos a seguir”. Al igual que se habla de la experiencia, se habla también del entrenamiento.
 - b. Por otra parte, se nombra la formación en habilidades de comunicación en el sentido de realizar la entrevista clínica aplicada a la violencia de género, sobre solución de conflictos y destrezas para “derribar su barrera”.
3. Factores relacionados con la víctima, aludidos por 46 MF (20,72%): Se habla de que acude acompañada del agresor, de la vivencia de normalidad de esta situación por ella, de que intenta ocultar el problema, de que lo niega directamente, a veces no hablan castellano, no siguen las recomendaciones, “se echan atrás”, el miedo y la vergüenza que sienten, de forma que supone un obstáculo vivido, según algún comentario como “insalvable”.
4. Miedos y preocupaciones del profesional, referido por 11MF (4,95%). Divididos en dos subcategorías:
 - a. Hacia la paciente, en el sentido de no empeorar la situación que vive si es una víctima y la preocupación de no “violentarla”.

- b. Hacia sí mismo por inseguridad, miedo a involucrarse, a equivocarse, percepción de falta de apoyo “social, psicológico y moral”, el sentimiento de falta de protección frente al agresor y la trascendencia judicial.
- 5. No perciben tener problemas: 27MF (12,16%): de forma categórica (“no”), la mayoría de médicos de familia y algunos con argumentos, basados estos en la disposición de la mujer a contarle, a la adecuada relación médico-paciente y a la orientación a partir de datos de la historia clínica.
- 6. Aspectos estructurales y de organización, citados por 6MF (2,70%), sobre todo la falta de recursos y elementos como la falta de continuidad asistencial y la presencia de los residentes.

Gráfico 46: Dificultades de los médicos de familia para la detección de la VG. Porcentaje.

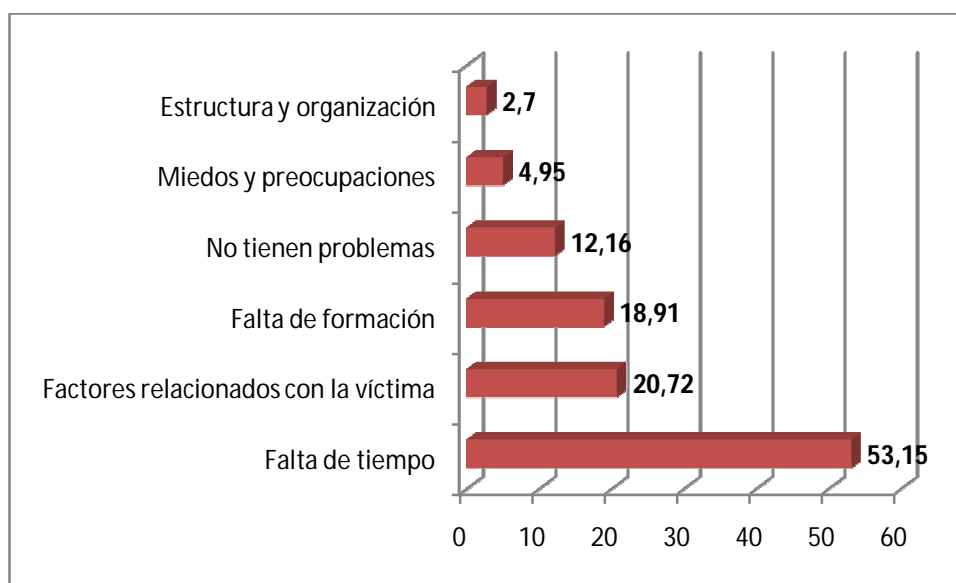


Tabla 79: Dificultades de los médicos de familia para la detección de mujeres víctimas de violencia de género.

Categoría	Subcategoría	Unidad de análisis	Frecuencia (MF)
Falta de tiempo	En el episodio	“Sí, sobre todo el escaso tiempo en consulta para poder crear un clima adecuado con la paciente”. “Sí. La dificultad más importante para detectar víctimas de VG en mi trabajo es la falta de tiempo. Pregunto poco, es preciso más de los 5 minutos de que dispongo por paciente”.	118 (53,15%)
	En el proceso	“Sí, falta de tiempo lo que hace que las víctimas tarden mucho más tiempo en confiar en ti y decírtelo”.	
Escasa formación	Habilidades de comunicación	“Falta de formación sobre solución de conflictos y atención a dichas pacientes”. “Formación y habilidad para derribar su barrera”. “Habilidades de interrogación que no supongan incomodidad para la paciente y para el médico”.	42 (18,91%)
	Instrumentales	“Sí, la inexistencia o desconocimiento de algún test de fácil aplicación”. “Falta de conocimientos por parte de los profesionales tanto de recursos como de forma de actuar”.	
	Ambas	“Fundamentalmente dificultades para que el problema salga en las consultas: problemas de formación, manejo de estas situaciones, aplicar los protocolos y tener clara nuestra actuación”.	
Factores relacionados con la víctima		“A veces, la paciente no desea manifestarlo por miedo a represalias por parte de su pareja”. “Siempre vienen acompañadas de la pareja”. “Normalmente la actitud de la víctima de VG intenta ocultar el problema e incluso lo niega si se le pregunta directamente”. “En mujeres extranjeras el idioma”. “Algunas mujeres lo aceptan como normal”.	46 (20,72%)
Miedos y preocupación	Hacia la paciente	“No saber manejar la situación y miedo a empeorarla. Dificultad para manejar al agresor” “Personalmente, mi mayor dificultad radica en pensar que la mujer puede violentarse por preguntarle por VG”.	11 (4,95%)
	Hacia sí mismo y a equivocarse	“Sí, para no meterme en líos con la justicia o represalias por el agresor”. “En la actualidad existe mucha depresión y no todas van a ser VG”.	
No perciben tener problemas		“Creo que no encuentro dificultades. En principio las pacientes son las que lo confían. A veces ha habido sospechas por mi parte”. “Cuando hay buena relación médico-paciente es fácil. Si no la hay es imposible”. “No existen, salvo que la paciente no quiera afrontarlos, en el caso de ser detectados”.	27 (12,16%)
La organización no ayuda		“Faltan recursos”. “Cuando está el residente no quieren hablar”. “A veces no está su médico”.	6 MF (2,70%)

4.3.3. Dificultades de los médicos de familia para la asistencia a mujeres víctimas de violencia de género (gráfico 47).

A las cuestiones: “¿Encuentra algún tipo de dificultad para la asistencia a mujeres víctimas de VG en su trabajo diario? En caso de que su respuesta sea afirmativa, ¿cuáles son las más importantes?” contestaron 206 médicos del total de encuestados (78,03%) cuyas informaciones se agruparon en seis categorías (tabla 80):

1. Tiempo, informado por 67 MF (25,37%), en virtud al tiempo de atención que se precisa para una correcta actuación.
2. Formación: referida por 40 MF (19,41%), en cuanto a conocimiento de recursos, seguridad en el manejo de la situación, intervención familiar.
3. Factores relacionados con la víctima, citados por 26 MF (12,62%) porque no colabora, “no denuncia”, no tiene confianza en los recursos judiciales, presenta preocupación por sus hijos.
4. Perciben no tener problemas 62 MF (30,09%), la mayoría sin dar explicaciones y los que las dan, están basadas fundamentalmente en el apoyo de trabajadores sociales y la existencia de medios.
5. Aspectos estructurales y de organización, informados por 16 MF (7,76%):
 - a. Para el médico de familia que asume una gran carga burocrática, no tiene recursos de apoyo por trabajadores sociales.
 - b. Para la víctima que tiene pocos recursos sociales, económicos y laborales que le ayuden a salir del maltrato.
6. Riesgos y conflictos, señalados por 6 MF (2,91%) en cuatro áreas definidas: riesgo de represalias por parte del agresor, falta de apoyo del Trabajo Social, derivaciones de los procesos judiciales y conflictos éticos por disonancia entre principios, fundamentalmente autonomía y justicia.

Gráfico 47. Dificultades de los médicos de familia para la asistencia a la violencia de género. Porcentaje.

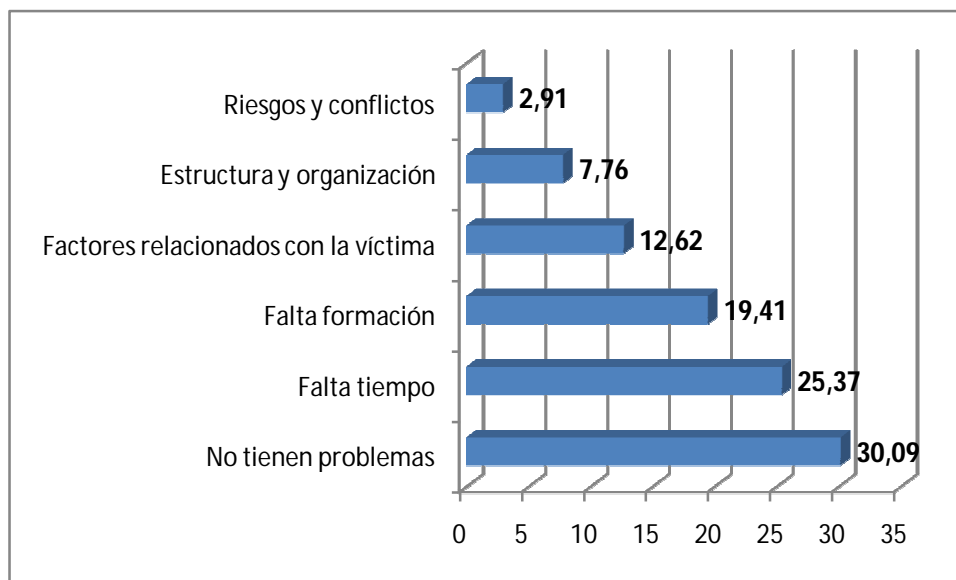


Tabla 80: Dificultades de los médicos de familia para la asistencia a mujeres víctimas de violencia de género.

Categoría	Unidad de análisis	Frecuencia (MF)	
Falta de tiempo	<p><i>"Poco tiempo para dedicarles. Son pacientes que necesitan varias entrevistas y tiempo en ellas para una ayuda adecuada, teniendo en cuenta que muchas de ellas no van a pedir ayuda aunque se detecte el problema".</i></p> <p><i>"Ellas necesitan de tiempo y en las consultas no se dispone de este. Mi media de pacientes/día es superior a 60".</i></p> <p><i>"Dificultad para establecer diálogo por la limitación de tiempo en consulta."</i></p>	67 (25,37%)	
Falta de Formación	<p><i>"Lleva mucho tiempo una consulta de este tipo y no estoy preparado, no tengo la habilidad suficiente para hacerlo".</i></p> <p><i>"No está claro donde es mejor remitir a la víctima de VG para que sea lo menos traumático posible y lo más eficaz".</i></p> <p><i>"No me encuentro cómodo con esta situación por déficit de formación"</i></p> <p><i>"Necesitamos mayor información para conocimiento de todos los recursos disponibles para la atención correcta y rápida de la atención a mujeres víctimas de VG".</i></p>	40 MF (19,41%)	
Factores relacionados con la víctima	<p><i>"Falta de colaboración por parte de la víctima a la hora de toma de decisiones "legales" (denunciar)".</i></p> <p><i>"No reconocen la situación, no hablan claro, manipulan la situación y no dejan actuar".</i></p> <p><i>"Miedo y falta de confianza de la administración de justicia y la policía. Miedo al agresor. Preocupación por los hijos"</i></p>	26 (12,62%)	
No perciben tener problemas	<p><i>"La asistencia se puede dar en mi puesto de trabajo porque hay medios y profesionales implicados".</i></p> <p><i>"En principio no, por la cercanía de la Trabajadora Social y por el protocolo de actuación".</i></p> <p><i>"No, la Trabajadora Social realiza una gran labor".</i></p>	62 (30,09%)	
Aspectos estructurales y de organización	Para el médico	<p><i>"Demasiado énfasis en el aspecto burocrático para el médico".</i></p> <p><i>"El trabajador social solo está en el centro dos días por semana".</i></p>	16 (7,76%)
	Para la víctima	<p><i>"Hay pocos recursos comunitarios donde derivar a la mujer. Mujeres sin recursos económicos es muy difícil plantearles alternativas".</i></p> <p><i>"Los recursos que hay en la sociedad son pocos".</i></p> <p><i>"Después de diagnosticarla, tienen que volver, en general, a su domicilio con sus hijos y con el agresor".</i></p> <p><i>"La falta de trabajo de las mujeres".</i></p>	
Riesgos y conflictos	<p><i>"Estamos solos y no hay un equipo de trabajo social que esté diariamente".</i></p> <p><i>"Cuando se hace un parte el paciente / familiar se enteran del nombre del personal que hizo la denuncia y acuden a reclamar de forma agresiva".</i></p> <p><i>"Tienen también mucho miedo a los partes de lesiones e intentan que no los rellene".</i></p> <p><i>"Temor ante los procedimientos judiciales que se deriven"</i></p> <p><i>"Necesidad de intentar confluir el secreto profesional con el cumplimiento de mi deber de notificación (sobre todo cuando la paciente no quiere que se haga)".</i></p>	6 (2,91%)	

4.3.4. Propuestas de mejora de los médicos de familia respecto a la detección y asistencia a la violencia de género (gráficos 48 y 49).

Se obtuvo respuesta a esta cuestión en 187 de los 264 cuestionarios (71,1%). En su análisis se establecieron ocho categorías (tabla 81):

1. Aumentar la formación en VG: 65 MF (34,7%):
 - a. De los profesionales, en manejo del problema y cauces de derivación y recursos, desde la disposición consciente de la complejidad del problema.
 - b. De las pacientes, para intentar concienciarlas de que no es una situación normal y de que existe la posibilidad de escapatoria.
2. Mejorar la coordinación e implicación:
 - a. Dentro del Centro de Salud: 19 MF (10,1%), con todos los profesionales y, especialmente, con enfermería, trabajadores sociales y matronas.
 - b. Con otros recursos externos como Policía, asociaciones de autoayuda, medios judiciales.
3. Cambios estructurales en Atención Primaria:
 - a. Más tiempo para atender a cada paciente: 44 MF (23,5%), con el objetivo de hacer una correcta investigación, evitando las interferencias en forma de interrupciones, simultaneidad de funciones como las salidas del centro de salud a atender emergencias a la vez que se está pasando la consulta.
 - b. Cambios dentro de la consulta: 8 MF (4,2%). Referentes a mantener una parte de agenda programada, donde poder atender a la paciente con un espacio temporal más favorable aunque con el riesgo de “perderla” si se pospone la atención; sacar de la consulta toda la burocracia posible; poner carteles informativos que motiven para comunicar estas situaciones.
 - c. Cambios a nivel de instancias superiores: 24 MF (12,8%). Proponen cambiar integralmente la AP, mejorar las condiciones laborales (disminución de cupos y tareas burocráticas, ratio pacientes/ médico ajustado a estándares de calidad), más trabajadores sociales, inclusión de la violencia de género en planes personales o cartera de servicios de AP, adaptación del programa informático de historia clínica OMI-AP con alertas ante síntomas compatibles.
4. Protocolos sencillos y ágiles: 18 MF (9,62%), con la finalidad de agilizar al máximo para ajustarse a las condiciones reales de trabajo en AP que sean multidisciplinarios y con circuitos de derivación claros.

5. Necesidad de recursos institucionales: 5 MF (2,6%). Piden organizaciones asistenciales, con unidades de VG que aunaran todos los servicios precisos; para las mujeres, políticas y recursos sociales y económicos que les facilitara salir de esta situación.
6. Práctica meticulosa de los MF: 21 MF (11,2%): concienciación, estar alerta, preguntar sistemáticamente, reconocer los factores de riesgo y los síntomas compatibles.
7. Actuaciones cuidadosas con las mujeres víctimas: 15 MF (8,0%): confidencialidad, buena relación médico-paciente, seguridad, no medicalizar más de lo necesario.
8. Intervenciones comunitarias: 8 MF (4,2%): actividades educativas para concienciar e informar a la sociedad, campañas.

Gráfico 48. Propuestas de los médicos de familia para mejorar la asistencia a la violencia de género.

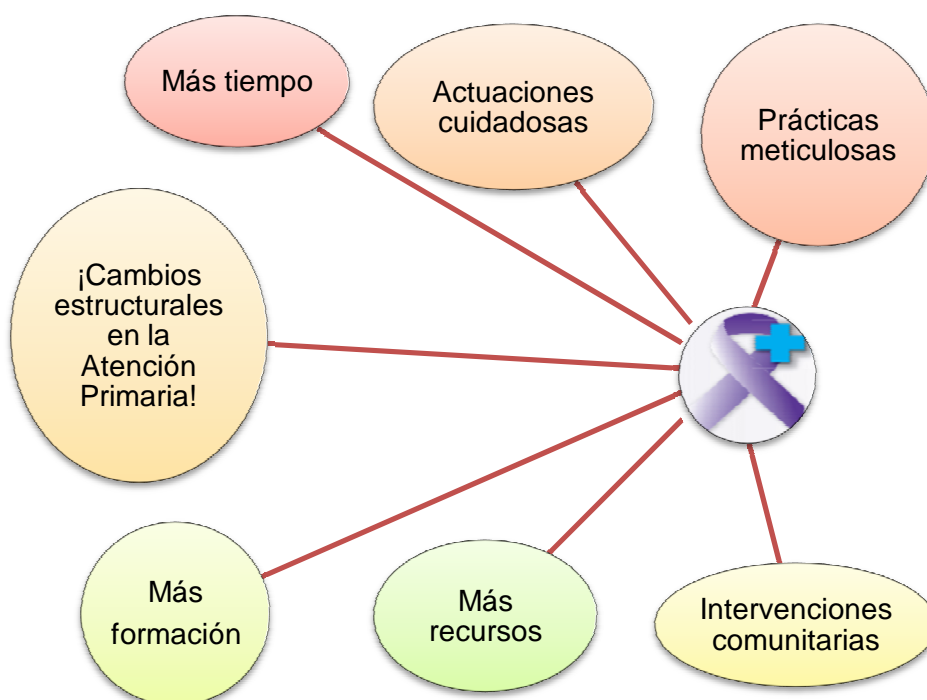
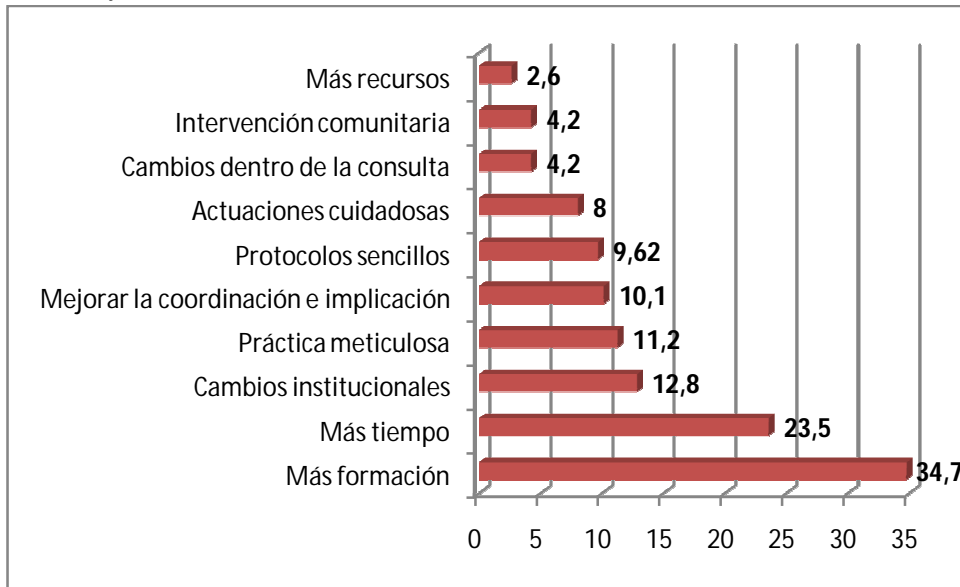


Tabla 81: Propuestas de los médicos de familia para mejorar la detección y asistencia a la violencia de género.

Categoría	Subcategoría	Unidad de análisis	(MF)
Aumentar la formación	Profesional	"Formación específica, no solo a los médicos sino también enfermería con motivación para la detección y habilidades de manejo". "Más cursos para coger herramientas porque considero un tema muy difícil de abordar".	65 MF (34,7%)
	Pacientes	"Toma de conciencia de las propias víctimas de la necesidad de renunciar y apartarse del agresor". "Concienciar a las víctimas/pacientes".	
Mejorar la coordinación e implicación	Profesional Intracentro	"Mayor coordinación Médico-Trabajador Social". "Implicación de todos los profesionales del centro". "Colaboración estrecha con la matrona a la que suelen confiar tales situaciones con mayor facilidad".	19 MF (10,1%)
	Recursos externos	"Aumentar la relación /coordinación entre trabajadores sociales, enfermería, médicos, policía/organizaciones autoayuda".	
Cambios estructurales en AP	Mayor cantidad de tiempo	"Aumentar el tiempo que tenemos por paciente, algo que no creo que vaya a suceder. La asistencia, de todas formas, sí está garantizada siempre aunque se acumule el trabajo". "Un mínimo de 10 minutos para poder atender a cada paciente, formación adecuada, evitar interrupciones en la consulta (teléfono, personal etc...)".	44 MF (23,5%)
	Cambios dentro de la consulta	"Tenerlo protocolizado como otras patologías". "Eliminación del máximo de burocracia prescindible en consulta".	8 MF (4,2%)
	Cambios a nivel de instancias superiores	"Mejorar integralmente el Sistema de Atención Primaria" "Ratio paciente /médico adecuado a estándares de calidad y variables en función de características demográficas, de morbilidad, pirámide poblacional etc" "Creación de un servicio que aunara todos los trámites tanto sanitarios, terapéuticos, burocráticos y judiciales y donde la víctima de VG tuviera un profesional de referencia que la guiara y la ayudar". "Un trabajador social en el centro de salud" "Mejorar las condiciones actuales de trabajo: Retirada de trabajo burocrático para aumentar el tiempo de asistencia". "Incluirlo en Cartera de Servicios o Planes Personales".	24 MF (12,8%)
Protocolos sencillos		"Existencia de un protocolo adecuado, completo, claro y fácil de seguir". "Definir población de riesgo" "Protocolización de actividades, derivaciones y grupos sociales de apoyo concretos en cada área".	18 MF (9,62%)
Necesidad de recursos		"Mayores recursos económicos y sociales para dar soporte a las víctimas". "Mejorar las políticas de protección de la víctima".	5 MF (2,6%)
Práctica meticulosa		"Podría ser valorado inicialmente al abrir la historia del paciente o, mejor, al valorar los estudios preventivos como detección del cáncer de mama o de cuello uterino". "Tendríamos que estar más alerta para la detección de este problema. A veces con la presión asistencial o es posible". "Concienciación del Médico de Familia para estar atento a signos de alerta que puedan esconder VG". "Dedicación e interés".	21 MF (11,2%)
Actuaciones cuidadosas		"Que hubiese un lugar para atender, escuchar y explorar en un espacio de intimidad y respeto a la paciente víctima de VG" "Buena relación médico-paciente"	15 MF (8,0%)
Intervención comunitaria		"Charlas informativas y orientadoras para la población". "Desarrollar campañas específicas".	8 MF (4,2%)

Gráfico 49. Propuestas de los médicos de familia para mejorar la detección y la asistencia de la VG. Porcentaje.



5. DISCUSIÓN.

5. Discusión.

5.1. De material y método.

En este estudio utilizamos dos metodologías, cuantitativa y cualitativa, con el objetivo de conocer la realidad asistencial de los médicos de familia, tanto para cuantificar datos como para mejorar la comprensión de sus experiencias, perspectivas y percepción de obstáculos en la atención a la violencia de género.

La ventaja de usar el registro del programa OMI-AP para el análisis de datos de violencia de género radica en que utiliza toda la población con Tarjeta Sanitaria Individual con la consiguiente accesibilidad a todo lo que haya sido registrado por los médicos de familia en el proceso asistencial en Atención Primaria.

Para el análisis de actitudes, conocimientos y actuaciones y exploración de opinión sobre el cribado, dificultades y propuestas de mejora de los médicos de familia frente a la violencia de género, definimos la población como los médicos de familia que trabajan en centros de salud del Servicio Murciano de Salud, considerando que la Atención Primaria es la puerta de entrada a dicho sistema sanitario y receptor de primer nivel de las mujeres víctimas de violencia de género.

Decidimos hacer un muestreo para mejorar el rendimiento del tiempo y porque consideramos obtener así una mayor tasa de respuestas dada la dudosa accesibilidad del total de los médicos de familia que trabajan en Atención Primaria.

Optamos por una técnica de muestreo probabilístico sistemático estratificado por áreas sanitarias, intentando conseguir la máxima representatividad.

En cuanto al método estadístico, para el análisis del registro de violencia de género en la historia clínica electrónica de Atención Primaria (HCEAP) se midieron frecuencias y porcentajes de los registros de códigos relacionados con la violencia de género para conocer los casos detectados durante el periodo de estudio, correspondiente a los años 2012²³⁴ y 2013²³⁵, en aras de poder realizar comparaciones con datos oficiales de la Región de Murcia a través de los informes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Cuando se determinaron tasas, se hizo en relación a mujeres de 14 años o más solo en lo que se refiere a datos globales de la Región de Murcia. Respecto a las tasas desagregadas por áreas sanitarias, se calcularon en relación a población general ya que no pudimos

²³⁴ Comisión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Informe de Violencia de Género 2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.

²³⁵ Comisión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Informe de Violencia de Género 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informes, estudios e investigaciones; 2014.

acceder a datos demográficos de mujeres de 14 años o más de cada área sanitaria, dado que el censo por municipios no se corresponde con las áreas del mapa sanitario regional.

Para el análisis de conocimientos, actitudes y actuaciones de los médicos de familia frente a la VG se han aplicado métodos descriptivos básicos: frecuencias, porcentajes para las variables nominales; media, desviación típica para las variables métricas y mediana en un caso (consultas en el último año por la víctima) porque los valores eran muy extremos.

Para la exploración de opinión sobre el cribado, dificultades percibidas y propuestas de mejora de los médicos de familia, se ha realizado análisis cualitativo mediante técnica de análisis de contenido con deducción cualitativa, en tanto codifica y categoriza la información obtenida en las preguntas abiertas y, también cuantitativa, ya que establece la frecuencia de cada unidad de registro estudiada²³⁶.

En cuanto al instrumento de medida, nos inclinamos por la encuesta como herramienta de investigación²³⁷ por la posibilidad que ofrece de obtener información acerca de diversos aspectos sobre médicos de familia y violencia de género a la vez.

La decisión del tipo de encuesta a utilizar vino condicionada por la conveniencia de usar un cuestionario ya validado que se ajustara a los requerimientos precisos para conseguir los objetivos del presente estudio y se seleccionó el usado por Herrero²³⁸ en una investigación anterior en Castilla-León. Posteriormente se contactó con su autora vía correo electrónico para obtener su autorización para el uso de dicho cuestionario.

Se modificó el cuestionario de Herrero S. con la finalidad de adaptarlo a la organización del Servicio Murciano de Salud y a los objetivos del estudio ya que en nuestro caso el objetivo era explorar fenómenos relacionados con la violencia de género y no sobre la violencia doméstica como en el citado estudio.

En esta situación, consideramos la pertinencia de realizar un análisis factorial para evaluar la validez y fiabilidad de cada ítem más allá de la valoración global²³⁹. Es deseable que exista un cierto grado de multicolinealidad, ya que el objetivo es identificar variables relacionadas, por lo que el análisis factorial debe tener suficientes correlaciones para poder aplicarse. El número de correlaciones, el examen de la matriz de correlación entera, el rechazo de la hipótesis nula por la prueba de esfericidad de Barlett y la medida de adecuación

²³⁶ Gómez MA. Análisis de contenido cualitativo y cuantitativo. Definición, clasificación y metodología. Revista de Ciencias Humanas [revista en Internet] 1999[acceso 15 de septiembre de 2013]; 20. Disponible en: <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev20/gomez.htm>.

²³⁷ Casas J, Repullo JR, donado J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). Aten Primaria 2003; 31(8):527-38.

²³⁸ Herrero (2011), op. cit. en nota 215.

²³⁹ Batista-Foguet JM, Coenders G, Alonso J. Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. Med Clin (Barc) 2004; 122 (Supl 1): 21-7.

de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) permitieron concluir que lo que el análisis factorial es adecuado con los datos obtenidos.

5.2. De Resultados.

Es preciso realizar algunos comentarios de cada una de las tres partes diferenciadas del estudio:

5.2.1. Registro de violencia de género en la historia clínica electrónica de Atención Primaria.

Encontramos graves dificultades en lo que al registro de violencia de género en la historia clínica se refiere, en diversos aspectos:

El primero desde el punto de vista de la especificidad, ya que al explorar los registros, nos encontramos con descriptores de un mismo código que, aunque tienen un componente social evidente, no pueden tener la misma consideración clínica. Como ejemplo, basta comparar el significado que tienen “separación de padres” y “maltrato, malos tratos (de) cónyuge” para discernir que no tienen ninguna similitud aunque su código sea común (Z12).

En definitiva, los registros Z12 y Z17 (problemas de relación y violencia) no son exclusivos de violencia de género. Esto explicaría varios hallazgos en los resultados, entre ellos el que aproximadamente la cuarta parte de personas que tienen un registro código Z12 tengan una edad inferior a 14 años.

Así mismo explicaría que en los registros indicativos de violencia de género, hayamos encontrado 19 hombres, lo que nos plantea aún más dudas, en tanto no podemos establecer claramente si son hombres víctimas de violencia doméstica, si son agresores o si la codificación ha sido correcta o no, tal como se ha detectado en otros problemas de salud²⁴⁰.

Otro aspecto a considerar es la posibilidad que tiene el médico de Atención Primaria de modificar los registros al codificar, si piensa que no se ajustan plenamente al problema que está diagnosticando (como por ejemplo maltrato, malos tratos (de) cónyuge, “*con somatizaciones*”) o quiere conocer el nivel de confidencialidad que le dio en el momento del registro (como por ejemplo maltrato, malos tratos (de) cónyuge, “*solo lo veo yo*”).

Desde el punto de vista asistencial, en el registro también encontramos modificaciones que el médico ha introducido, creemos, para concretar el proceso seguido en la atención a la

²⁴⁰ Baño JJ, Leal M, Sánchez FJ, Serrano A, Ruiz G, Serna JP. Impacto de curso on-line sobre el grado de conocimiento del programa OMI-AP para médicos. *Semergen*. 2012;38(3):145-50.

víctima: ¿existe sospecha? ¿es un diagnóstico confirmado?, ¿se ha realizado alguna intervención?

Ejemplos de ello son: ruptura, separación de padres, “*sospecha de maltrato*”; maltrato, malos tratos (de) cónyuge “*presuntos*”; maltrato, malos tratos (de) cónyuge, “*lo denuncia*”; maltrato, malos tratos (de) cónyuge, “*policontusionada leve*”.

Esto nos lleva a cuestionar la función que tiene el programa OMI-AP al permitir modificar códigos, en tanto no están claras las ventajas que pueda tener en la atención a la violencia de género.

Todo esto se traduce en la necesidad de revisar de forma particular cada una de las historias clínicas para conseguir una estimación más exacta del problema.

Por otra parte, desde un punto de vista estrictamente legal, según la puntualización de los códigos en la relación con el cónyuge, solo se podría registrar en la historia clínica estos códigos con “el acuerdo de la paciente acerca de la existencia del problema y el deseo de ayuda”.

De aquí deducimos posibles conflictos éticos para los médicos de familia, si tenemos en cuenta lo importante que es para la intervención en violencia de género el registro y la existencia de mensajes para preguntar sobre la VG integrados en el sistema de historia clínica electrónico²⁴¹ y, por otra parte, las consecuencias negativas que pueda tener para un futuro en el supuesto de procesos judiciales donde la mujer no tendría pruebas documentales que acreditaran el problema.

La tasa de registros de violencia de género por 100.000 mujeres de 14 años y mayores obtenida en nuestro estudio en el año 2012 es de 30,33 y 35,5 en el 2013.

Si las comparamos con las tasas por 100.000 mujeres de 14 años y mayores extraídas a partir del parte de lesiones de esos mismos años en la Región de Murcia (57,8²⁴² y 134,6²⁴³ respectivamente) vemos claras diferencias. Cabría esperar que las tasas correspondientes a registros de AP fueran superiores a las obtenidas por parte de lesiones, teniendo en cuenta que en la historia clínica de la paciente constarían las condiciones agudas (expresadas en los partes de lesiones) y las crónicas (expresadas en la historia clínica).

Esto nos hace pensar que hay mujeres víctimas de violencia de género que han precisado atención médica fuera de su centro de salud con emisión de parte de lesiones que no van a su médico de familia o, que si van, no se ha registrado o no se ha hecho

²⁴¹ Gregory A, Ramsay J, Agnew-Davies R, Baird K, Devine A, Dunne D, Eldridge S, Howell A, Johnson M, Rutterford C, Sharp D, Feder G. Primary care identification and referral to improve safety of women experiencing domestic violence (IRIS): protocol for a pragmatic cluster randomised controlled trial”. BMC public health. 2010; (10) 54.

²⁴² Comisión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2014), op. cit. en nota 235.

²⁴³ Comisión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2015), op. cit. en nota 234.

correctamente. Creemos que este problema se podría obviar si existiera una historia clínica única en todo el territorio regional.

Si, además, comparamos los resultados de nuestro estudio con los de prevalencia de violencia de género en Atención Primaria en estudios españoles (30%²⁴⁴, 45%²⁴⁵), también observamos discordancia aunque, en estos casos, la metodología ha sido muy distinta ya que son estudios diseñados específicamente para este objetivo y usa cuestionarios dirigidos a mujeres en vez de registros generales.

Por tanto, podemos deducir que exista un infra-diagnóstico, un infra-registro o ambos, de violencia de género por parte de los médicos de familia en la Región de Murcia, hecho que coincidiría con los resultados de otros estudios de ámbito regional como el llevado a cabo en el Principado de Asturias²⁴⁶ y en estudios locales realizados en el Área 2 Cartagena²⁴⁷. Así mismo, nos planteamos si las tasas de registros más elevadas que hemos encontrado en las áreas Murcia Este, Mar Menor y Cartagena puedan ser debidas a que haya más casos de violencia de género, a que se hayan diagnosticado y/o registrado más o que el registro haya sido más apropiado.

En este punto, cabría preguntarse más allá de las dificultades analizadas en el presente estudio:

- ¿Hay otros motivos por los cuales los médicos de familia no registran adecuadamente la violencia de género? Si los hay ¿de qué forma se podrían corregir?

Podemos deducir que la falta de tiempo y formación son factores contribuyentes. Se podrían corregir con cambios que dieran la posibilidad al médico de disponer de más tiempo para atender a cada paciente para realizar sesiones formativas en los centros sanitarios.

- ¿Se puede instaurar otro sistema de registro? ¿Cómo se puede organizar el flujo de información, de forma que se conozca el problema en la medida precisa para la mejor atención a las mujeres víctimas de violencia de género sin atentar contra su autonomía y confidencialidad? Y, fundamentalmente: sin empeorar su situación.

Una solución cuya dificultad ignoramos, sería la creación de un registro único de VG como el que existe para el Documento de Instrucciones Previas en la historia clínica unificada del Servicio Murciano de Salud. Serviría también para que todos los profesionales

²⁴⁴ Ruiz-Pérez, Plazaola-Castaño, Blanco-Prieto, González-Barranco, Ayuso-Martín, Montero-Piñar (2006), op. cit. en nota 208.

²⁴⁵ Aguar-Fernández M, Delgado-Sánchez, Castellano-Arroyo, Luna del Castillo (2006), op. cit. en nota 206.

²⁴⁶ Muslera-Canclini E, Natal C, García V, Fernández-Muñoz P. Descripción del registro de los casos de violencia de género en las fuentes de información Sanitarias del Principado de Asturias. Gac Sanit. 2009; 23(6): 558-61.

²⁴⁷ Manrique RL, Muñoz A, Fontcuberta J, Pérez F, Martínez JF, De Miguel A. Violencia de género. Registro en OMI-AP y frecuentación en un área de salud. En: Hilando en género. I Congreso Nacional de Violencia de Género y Salud. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2009. C31:1.

relacionados con la asistencia a la mujer tuvieran la información necesaria. Aquí sería fundamental el filtro de acceso a la historia clínica en aras de cuidar la confidencialidad y la seguridad de la mujer.

- ¿Cuáles son las consecuencias de no registrar?
- ¿Cuáles son las consecuencias del registro si la paciente no quiere o no puede pedir ayuda?

Son cuestiones de difícil contestación, dignas de plantearse para realizar estudios que den una respuesta.

5.2.2. Análisis de las actitudes y actuación de los médicos de familia.

En primer lugar, cabe señalar la elevada tasa de respuestas obtenida (81,73% de respuesta válida) que pensamos sea debida a la implicación y colaboración de todas las instancias a las que se convocó para colaborar, especialmente a médicos de familia, coordinadores médicos y responsables de violencia de género de los equipos de Atención Primaria.

Aunque hay un estudio nicaragüense²⁴⁸ realizado en el ámbito de un Programa de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia que incluía a todos los profesionales sanitarios y que informa una tasa de respuesta de 97,3%, otros refieren tasas más bajas^{249,250} entre el 59% y el 61%.

Centrándonos en los que se han llevado a cabo en nuestro entorno, la diferencia es amplia ya que Arredondo²⁵¹ cita una tasa de respuesta del 21,4% aunque con diferencias metodológicas porque incluyó a todos los profesionales de Atención Primaria del Área 8 de Madrid y Herrero²⁵² informa una tasa de respuesta del 36,73% con la salvedad de que en este caso se incluyó a todos los médicos de familia de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

5.2.2.1. Datos sociodemográficos y profesionales.

²⁴⁸ Rodríguez-Bolaños, Márquez-Serrano, Kageyama-Escobar (2005), op. cit. en nota 214.

²⁴⁹ Méndez-Hernández, Valdez-Santiago, Viniestra-Velázquez, Rivera-Rivera, Salmerón-Castro (2003), op. cit. en nota 213.

²⁵⁰ Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, Dunne D, Eldridge S, Sharp D. et al. Domestic violence. Knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *Br J Gen Pract.* 2012; 62 (602): 647-55.

²⁵¹ Arredondo-Provecho, Broco-Barredo, Alcalá-Ponce de León, Rivera-Álvarez, Jiménez Trujillo, Gallardo-Pino (2012), op. cit. en nota 216.

²⁵² Herrero (2011), op. cit. en nota 215.

Encontramos que el perfil medio es un médico de familia de 50 años, edad más elevada que en la de otros estudios de la bibliografía cuya media es de 44 años²⁵³, que su estado civil es casado, hay mayor porcentaje de mujeres aunque con pequeñas diferencias y que obtuvo su Licenciatura en Medicina en los años 80 del Siglo XX.

Pensamos que en esta época aún no se había incluido el enfoque de género para la equidad en salud en los estudios de Pregrado ni Postgrado por lo que estos médicos de familia probablemente tengan su bagaje actitudinal y cognitivo referente a la violencia de género por motivaciones personales y profesionales en base a su experiencia y necesidades formativas. Trabajan, en mayor medida, en ámbito urbano; con un tamaño de cupo asignado de 1000 a 1500 pacientes que podría considerarse como adecuado según consensos alcanzados²⁵⁴ aunque estos no tengan en cuenta la variabilidad del uso de servicios sanitarios por parte de la población²⁵⁵.

Más de la mitad de los médicos de familia atienden a más de 40 pacientes diariamente en un tiempo medio de atención directa de 5,4 horas, cifras más elevadas que las halladas en el estudio de Herrero²⁵⁶ en el que los médicos de familia con más de 40 pacientes al día son el 21,6% y el tiempo de atención directa a pacientes es de 4,1 horas, diferencia que pueda tener relación con aspectos organizativos y/o de recursos o con los diferentes usos del sistema sanitario que hagan los pacientes de ámbito urbano o rural, dado que en dicha investigación los médicos de familia trabajan mayoritariamente en ámbito rural, a diferencia de nuestro estudio.

Este dato significa que se ocupa en atención directa a pacientes el 77,14% del horario total de la jornada laboral y que el tiempo dedicado a cada paciente es menor de diez minutos que es el considerado como el “mínimo decente” por la Comisión de Deontología del Consejo General de Colegios Médicos²⁵⁷.

²⁵³ Ramsay, Rutterford, Gregory, Dunne, Eldridge, Sharp et al (2012), op. cit. en nota 250.

²⁵⁴ Ministerio de Sanidad y Consumo. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. Estrategias para la mejora de la Atención Primaria. Análisis de situación de la Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

²⁵⁵ Xunta de Galicia. Propuestas de transformación de la Atención Primaria en Galicia. Informe Técnico. Santiago de Compostela: Subdirección General de Calidad y Programas Asistenciales. Servicio Gallego de Salud. Escuela Gallega de Administración Sanitaria (FEGAS); 2009.

²⁵⁶ Herrero (2011), op. cit. en nota 215.

²⁵⁷ Consejo General de Colegios Médicos [sede web] Madrid: Consejo General de Colegios Médicos; 2009 [consultado 20-09-2015]. Declaración de la Comisión General de Deontología de Colegios Médicos. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/08_01_25_tiempo_consulta_0.pdf

5.2.2.2. Escala de actitudes.

Respecto a la valoración de las distintas dimensiones estudiadas, encontramos que todas ellas tienen una puntuación mayor de 3, positiva por tanto y que la global es de 3,9, similar a la encontrada por Herrero que fue de 3,85.

Dimensión 1. Consideración del problema de la violencia de género.

Es la dimensión con la puntuación más elevada de las siete estudiadas (4,4). La actitud más favorable dentro de esta dimensión corresponde a la consideración de la violencia de género como un problema social y en segundo lugar a que se trate de un problema exclusivo del ámbito privado, quedando en último lugar el que sea un problema sanitario; en este caso con una puntuación de 4, que aunque indica una actitud positiva, solo es reconocida como tal por el 76,5% de los médicos de familia con la consecuente preocupación que supone que aproximadamente una cuarta parte de ellos no tenga asumido que la violencia de género es un problema sanitario.

Dimensión 2. Motivos por los que no se pregunta habitualmente por la violencia de género en la consulta de Atención Primaria. Barreras emocionales.

La puntuación global es 3,6, y la más favorable corresponde a no saber controlar la reacción de la víctima, seguida de incomodidad e inseguridad y miedo a ofender a la paciente y la menos favorable corresponde a no saber cómo preguntarlo (3,4) con lo que está de acuerdo el 25,4% de los médicos de familia. El 52,7% de los médicos de familia está en desacuerdo con esta afirmación. Consideramos que estos últimos serían los que, teóricamente, no tendrían problemas para indagar sobre la violencia de género en la consulta.

Dimensión 3. Motivos por los que no se pregunta habitualmente por la violencia de género en la consulta de Atención Primaria. Barreras operativas.

Las actitudes más favorables en esta dimensión corresponden, por este orden, a que los malos tratos son un problema exclusivo del Trabajador Social en el que solo están de acuerdo el 5,7 % de los profesionales (serían los que menos se implicarían dado que no reconocen su papel en la detección de la violencia de género), no poder ofrecer soluciones

aunque se detecte con lo que están de acuerdo 11,7% de ellos (hecho que interpretamos como cierto grado de desesperanza), por las obligaciones legales (no constituyen una barrera para el 73.5% de médicos) y la falta de tiempo con la puntuación más baja, esto es, la menos favorable de toda la dimensión.

Respecto a la pregunta abierta sobre otros motivos por los que no se pregunta sobre violencia de género en la consulta solo respondieron el 17,42% de los encuestados.

El documento de texto con la información obtenida revela aspectos adicionales a los obtenidos en el análisis previo de las dimensiones 2 y 3: médicos de familia que se posicionan desde una actitud más favorable como podemos ver en la afirmación de un médico de familia: *“No tengo ningún problema en preguntar y remitir donde proceda: a Trabajador Social, Psicólogo, Psiquiatría etc...”* hasta una más expectante que denota otro: *“Es la paciente la que tiene que pedir ayuda. No voy a preguntarles a todas las mujeres”*, de lo que se desprende una gran variabilidad de la práctica clínica en lo que a la detección de la violencia de género se refiere.

Más allá de las barreras emocionales que veíamos en la dimensión 2, aquí se apuntan los motivos que pueda haber para la inseguridad como son la falta de formación y el miedo a empeorar la situación de la mujer, tal como expresa un encuestado: *“La causa principal, en mi caso, es la inseguridad por falta de formación en este terreno. Temo hacer más daño que bien”*, así como a desconocimiento de protocolos establecidos como afirma otra encuestada: *“No estar bien formada sobre procesos a seguir”*.

Otro obstáculo que se pone de manifiesto, presentando una mayor frecuencia de unidad de registro en el análisis de contenido es el estilo biomédico predominante en el ejercicio profesional de los médicos de familia aún considerando que son los médicos que tienen mayor formación holística de la persona. Se plantea la premisa de la necesidad de sospecha clínica y se reconoce este enfoque de atención como dice un médico de familia *“Sobre todo por centrarnos en los problemas de aspecto clínico”*) así como la falta de sistematización para la detección como cita otro: *“No lo tengo estructurado en mi rutina diaria, pese a entenderlo y ser sensible”*.

Aquí nos planteamos de dónde puedan partir tantas dificultades si hay autocrítica por parte de los médicos de familia y si se reconoce la sensibilidad hacia la violencia de género. Encontramos variables con capacidad para dar explicaciones como es la falta de tiempo, una vez más reiterada, tanto para el médico de familia como para la mujer como expresa un médico de familia: *“Considero que la presión por la demanda no favorece la expresión de estos temas por parte de las pacientes”* porque si ya es difícil para el médico atender un problema de esta naturaleza con prisa y presión, no lo puede ser menos para la mujer.

Si pensamos en la víctima de violencia de género con todas las connotaciones que hemos analizado en la introducción de esta tesis, podemos imaginar como se pueda sentir con sus condicionantes personales de miedo, vergüenza, falta de autoestima, deprimida en un ambiente tan poco proclive a una acomodación y aclimatación que favorezca la expresión de síntomas, y mucho menos el reconocimiento de su problema.

Otra cuestión que pueda explicar la falta de indagación en las consultas son las características de presentación de la violencia de género en la consulta que no se corresponden con otro motivo de consulta habitual en lo que a los implicados se refiere ya que el acompañamiento de la víctima por el agresor impide que esta pueda hablar.

Por otra parte, tampoco es una cuestión que la mujer esté dispuesta a admitir en una primera instancia como refiere otro médico de familia: *“Ante la sospecha de VG creo que la paciente niega la existencia sistemáticamente”*.

Otro aspecto citado es el de que se trata de un problema social que debe ser abordado *“conjuntamente desde servicios sociales, autoridades de justicia, servicios sanitarios y asociaciones”* tal como cita un encuestado. Aunque no pueda suponer aparentemente una barrera esta visión de abordaje multidisciplinar, sí que nos plantea la duda de si se corresponde a un enfoque integral del problema o tenga asociada una especie de justificación o expresión de desbordamiento al tener que enfrentar este problema en la consulta.

Estos resultados concuerdan con los de otros estudios tanto los realizados con metodología cuantitativa²⁵⁸ como los que usan metodología cualitativa²⁵⁹.

Dimensión 4. Actitud profesional ante situaciones de violencia de género.

La puntuación total en esta dimensión es de 3.8. La actitud más favorable afecta a la situación de alerta del médico preguntando sobre factores de riesgo, seguida de que se deba actuar solo cuando hay lesiones aunque en este punto hay un 8,3% de médicos que muestran acuerdo con este proceder.

El que se deba ofrecer atención a todos los miembros de la familia incluido el agresor con refuerzo de otros profesionales tiene el acuerdo del 73,5% de los médicos de familia y la cuestión con menor puntuación (3,4) corresponde a que el médico de familia se debe limitar a informar a la paciente y derivarla a los servicios especializados considerando que con esta

²⁵⁸ Méndez-Hernández, Valdez-Santiago, Viniestra-Velázquez, Rivera-Rivera, Salmerón-Castro (2003), op. cit. en nota 213. Herrero (2011), op. cit. en nota 215.

²⁵⁹ Baig, Ryan, Rodríguez (2012), op. cit. en nota 222. McCall-Hosenfeld, Weisman, Perry, Hillemeier, Chuang (2014), op. cit. en nota 218.

afirmación solo presentan desacuerdo el 56,4% de los médicos encuestados, mientras que el 15,9% piensan que se debe actuar solo cuando lo demanda la paciente, hecho que nos traduce que son muchos los médicos de familia los que mantienen una actitud expectante frente a este problema.

Dimensión 5. Actitud respecto a la actuación con el agresor.

La dimensión con puntuaciones más bajas es la actitud con respecto a las actuaciones con el agresor (3,5) donde sorprende que un 8% de los médicos expresa que le invitaría a cambiar de médico y el 27,75% no presenta acuerdo ni desacuerdo, hecho que nos lleva a considerar que puedan haber motivaciones más emocionales que profesionales.

Hay un tercio de médicos de familia que refiere que contactaría con él para entrevistarlo lo que traduce una actitud claramente proactiva que nos impresiona de un producto más del convencimiento de lo que se deba hacer que de lo que se hace en realidad.

Dimensión 6. Actitud respecto a la actuación con los hijos.

Aparte de puntuaciones favorables, vemos que los apoyos más importantes para los médicos de familia son, en este aspecto, los pediatras y los trabajadores sociales aunque casi una cuarta parte de ellos solo investigan a veces o no lo hacen nunca/casi nunca si los niños son también víctimas de violencia de género.

Además aquí se registran observaciones por parte de algunos médicos de familia en el sentido de que no tienen trabajador social en el centro, extremo que interpretamos como un impedimento para poder atender debidamente a la víctima y por parte de otros que indican que la tarea de derivar al Servicio de Protección a la Infancia (el ítem con puntuación más baja de esta dimensión) corresponde al Pediatra que interpretamos como resultado de una necesidad de compartir decisiones y responsabilidades.

Dimensión 7. Actuaciones concretas ante un caso de violencia de género.

La puntuación total es de 4,3 y, dentro de esta dimensión la más alta (4,8) atañe a la valoración del riesgo vital físico hecho que interpretamos como derivado del claro objetivo para el médico de familia de atender a los aspectos más graves, a las peores consecuencias posibles, aunque sin embargo, llama la atención que aproximadamente una cuarta parte de

médicos de familia no presenten acuerdo con la información al juez o la policía ante la sospecha de riesgo de agresión grave para la víctima.

Aquí cabe plantear la forma en la que los médicos de familia manejan la incertidumbre y lo que tiene más peso ante la sospecha: el riesgo de equivocarse si no se hace la notificación tendrá consecuencias fatales para la mujer.

Con la valoración del riesgo psicológico presentan acuerdo el 84,1% de los médicos de familia lo que supone que investigan los síntomas de la mujer sobre todo en lo referido a depresión e ideación suicida.

En esta dimensión, la menor puntuación (3,2) la obtiene la realización del parte de lesiones en el maltrato psicológico lo que traduciría las limitaciones que presentan los médicos de familia para certificar cuestiones que no son tangibles y quizá una baja percepción de las consecuencias que el maltrato psicológico tiene en la mujer víctima de violencia de género.

No encontramos diferencias entre las dimensiones valoradas y el sexo, al contrario que en el estudio de Herrero S. que encontró que las mujeres lo consideraban un problema sanitario en mayor medida que los hombres.

Tampoco encontramos relación con la edad, el estado civil y el año de licenciatura aunque sí con el ámbito de trabajo en el que observamos diferencias entre los médicos de familia que trabajan en ámbito rural y los que trabajan en ámbito urbano en lo que a las barreras emocionales se refiere ($p= 0,008$), de forma que tienen una actitud más positiva para indagar sobre la violencia de género los médicos que trabajan en ámbito rural.

Pensamos que pueda ser debido a las características propias del trabajo sanitario en este medio con una relación médico-paciente más personalizada que en el ámbito urbano.

5.2.2.3. Búsqueda de violencia de género por el médico de familia en la consulta.

A pesar de la actitud positiva de los médicos de familia para el abordaje de violencia de género en la consulta y de que un 76,5% de ellos están de acuerdo con que se trata de un problema sanitario, hemos encontrado que el 41.66% de los médicos de familia no pregunta nunca o casi nunca sobre violencia de género en la consulta, lo que muestra una considerable disonancia sobre todo si además tenemos en cuenta que solo 20 médicos de la muestra, lo que supone el 7,57%, pregunta siempre o casi siempre.

Estas cifras son más elevadas que las encontradas en Castilla y León²⁶⁰ donde solo el 2,8% dice preguntar siempre o casi siempre por violencia de género pero muy inferiores a las informadas en estudios canadienses²⁶¹ en las que el 42% de los médicos introducen de forma rutinaria el tema en la consulta.

Resulta sorprendente una diferencia tan importante en los resultados obtenidos entre estos dos ámbitos geográficos lo que nos lleva a concluir que nos queda mucho camino por recorrer en la atención sanitaria a la violencia de género en la consulta de AP en la Región de Murcia.

5.2.2.4. Derivación a recursos socio-sanitarios y valoración de la respuesta obtenida.

El recurso socio-sanitario al que dicen derivar más es al Trabajador Social, por el 92,80% de los médicos de familia, lo que traduce la accesibilidad de este recurso en los centros de salud a pesar de que, en las preguntas abiertas, algunos médicos de familia han lamentado que no hubiera Trabajador Social en el centro o que estuviera solo unos días en el mismo.

El siguiente recurso de derivación referido por el 60,98% de los médicos de familia es el Juzgado, probablemente porque se remita a través del parte de lesiones y la Policía, por el 48,10%, interpretamos que por la misma razón.

El mayor número de médicos de familia que refiere derivar a veces, lo hace al hospital y a Salud Mental, lo que tiene su razón de ser en tanto estará indicado remitir según las repercusiones físicas y/ o psicológicas que presente la mujer y el nivel de gravedad y urgencia de las mismas. Aproximadamente la mitad de los médicos de familia derivan a asociaciones de víctimas y de autoayuda y, solo anecdóticamente, a otros recursos como la Concejalía de la Mujer.

Tienen la percepción de que la respuesta de los recursos sociales y policiales ha sido eficaz en un 65,155% de los casos, hecho preocupante ya que significa que en aproximadamente el 35% o solo lo ha sido a veces o nunca/casi nunca cuando esta cuestión debería estar más cercana al 100%. En la información cualitativa algún médico se queja de la respuesta obtenida del hospital: *“Parece que no se lo creen, si la he enviado ha sido por algo”*.

²⁶⁰ Herrero (2011), op. cit. en nota 215.

²⁶¹ Gutmanis, Beynon, Tutty, Wathen, MacMillan (2007), op. cit. en nota 223.

5.2.2.5. Conocimientos de los médicos de familia sobre la violencia de género.

En los supuestos planteados como situaciones de riesgo para sufrir violencia de género a los médicos de familia, la puntuación media es de 7,7. Identifican en lo que se refiere a la mujer como mayor riesgo el que haya antecedentes en su familia de origen, seguido por el padecimiento de depresión y en último lugar el embarazo aunque la mitad de los médicos no considerarían estas dos últimas situaciones como tal y el 17% no consideraría tampoco como tales situaciones los antecedentes familiares.

En relación al agresor identifican en primer lugar como situación de riesgo el alcohol (99,2% de los médicos), porcentaje mucho más elevado que en otros estudios como el de Ramsay²⁶².

En segundo lugar están identificados los antecedentes familiares y, por último, el desempleo o precariedad laboral también por un porcentaje muy elevado de médicos de familia.

De aquí deducimos que las situaciones de riesgo están más identificadas en el agresor que en la víctima y que la mayor asociación que hacen los médicos de familia con la violencia de género es el alcohol.

En cuanto a los síntomas que deberían hacer pensar en violencia de género, están identificados por más médicos de familia la hiperfrecuentación en la consulta por motivos banales, las crisis de ansiedad, y la depresión con porcentajes semejantes; le siguen los abortos de repetición, las abdominalgias inespecíficas y los dolores torácicos, en último lugar se identifica la dispepsia.

En el supuesto de una agresión sexual que se suele presentar más por extraños que por violencia en la pareja en urgencias, observamos que el 90,90% de los médicos optan por la respuesta correcta mientras casi el 10 % optan por las incorrectas por lo que vemos que en esta situación concreta el procedimiento de actuación está claro para la mayoría de médicos de familia.

²⁶² Ramsay, Rutterford, Gregory, Dunne, Eldridge, Sharp et al (2012), op. cit. en nota 250.

5.2.2.6. Percepción que tienen los médicos de familia de su propia capacitación y necesidades formativas.

Encontramos que solo el 19,60 % de los médicos de familia se sienten capacitados para diagnosticar, tratar y orientar a una paciente víctima de la violencia de género, el 20 % piensa que tiene poca o ninguna capacidad y el 59% refiere tener alguna capacidad.

Esto contrasta con las puntuaciones obtenidas en conocimientos, probablemente porque los supuestos planteados no cubren todo el espectro formativo necesario para abordar la violencia de género en tanto ha dejado fuera los protocolos, recursos, habilidades comunicativas etc. centrándose fundamentalmente en cuestiones clínicas.

Tres cuartas partes de los médicos de familia refieren necesitar bastante o mucha formación mientras solo el 16% necesita poca o ninguna y el 18,93% alguna.

Complementando estos datos, la formación recibida es mucha para el 11, 36%, alguna para el 32,19% y ninguna o poca para el 55,68% de los médicos de familia.

De esta forma se plantea un panorama en donde solo el 19,69% de médicos tienen percepción de autoeficacia y esto está relacionado directamente con grandes necesidades formativas y escasa formación recibida, resultados coincidentes con otros realizados en nuestro país por Coll-Vinenta²⁶³.

Si, como se refleja en la bibliografía²⁶⁴, la formación mejora la detección y la atención a la violencia de género este sería un punto fundamental a nivel individual y, sobre todo, institucional, para mejorar la asistencia sanitaria a las mujeres víctimas de violencia de género. Nos parece que tenemos que lamentar que esta conclusión no concuerde con la drástica caída en el número de actividades formativas realizadas en todo el territorio español en general y en la Región de Murcia en particular en los últimos años²⁶⁵.

Encontramos diferencias entre la puntuación obtenida por las mujeres con respecto a los hombres en las situaciones consideradas de mayor riesgo de sufrir violencia de género y en los síntomas que deberían hacer pensar en que existe violencia de género en el sentido de mayor grado de conocimiento por parte de las mujeres. Esta diferencia coincide también con los datos estadísticos de actividades formativas que reflejan los informes del Consejo

²⁶³ Coll-Vinenta B, Echeverría T, Farràs U, Rodríguez D, Millá J, Santiñà M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit.* 2008; 22(1):7-10.

²⁶⁴ Soglin LF, Bauchat J, Soglin DF, Martin GJ. Detection of intimate partner violence in a general medicine practice. *J Interpers Violence.* 2009; 24(2):338-48. Feder G, Davies RA, Baird K, Dunne D, Eldridge S, Griffiths C, et al. Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial. *Lancet.* 2011; 378 (9805):1788-95.

²⁶⁵ Comisión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2015), op. cit. en nota 234.

Interterritorial sobre la mayor asistencia a dichas actividades por parte de las mujeres frente a los hombres.

Ahora cabe preguntarnos a qué responde este hecho ya que en determinados estamentos profesionales como es el de matronas, estaría justificado en tanto es un colectivo donde la diferencia entre el número de mujeres y hombres es muy elevado en el momento actual pero no es así en el colectivo de médicos de familia donde las diferencias entre hombres y mujeres son pequeñas. De hecho entre los médicos de familia del Servicio Murciano de Salud en el momento de selección de la muestra del presente estudio había 429 hombres (51,81%) y 399 (48,19%) mujeres. Podemos concluir simplemente que esto sea así por un mayor interés y motivación por parte de las mujeres del que puedan tener los médicos de familia hombres. Sin embargo, creemos que se trata de una cuestión más profunda porque aunque hay pocos estudios que consideren el papel del género en el abordaje de la violencia de género, sí que encontramos resultados de investigaciones²⁶⁶ que llevan a recomendar que se tengan en cuenta las cuestiones relacionadas con el género para superar las barreras personales a la hora de proporcionar formación.

También encontramos diferencias significativas de conocimientos en los distintos grupos de edad entre los médicos con edad inferior o igual a 45 años y los mayores de 55 años en el sentido de que los más jóvenes tienen más conocimientos en los supuestos que se han planteado en el cuestionario.

Finalmente concluimos que el perfil con mejor formación sería una mujer de menos de 45 años de edad.

También encontramos diferencias significativas entre los conocimientos tanto en situaciones de riesgo como en síntomas entre el grupo de médicos de familia que no pregunta nunca o casi nunca y entre los que preguntan a veces.

Así mismo, estas diferencias se repiten entre los médicos de familia que preguntan a veces y los que preguntan siempre o casi siempre.

Las diferencias son más importantes en las situaciones consideradas de riesgo que en los síntomas que deberían hacer pensar en violencia de género.

Concluimos que cuanto más formación tienen los médicos de familia, más indagan sobre violencia de género en la consulta de Atención Primaria.

De nuevo tenemos la duda si son los médicos que más consideran este diagnóstico los que más formación buscan y si son los más motivados los que sienten la necesidad de formarse. Pensamos que esto pueda derivar en que sean pocos los profesionales que estén

²⁶⁶ Lo Fo Wong S, De Jonge A, Wester F, Mol S, Römken R, Lagro-Janssen T. Discussing partner abuse: does doctor's gender really matter? *Family Practice* 2006; 23(5): 578-586.

muy adiestrados ya que la formación continuada en el Servicio Murciano de Salud no está reglada para todos los profesionales sino que cada uno se forma según su percepción de necesidades e intereses.

5.2.2.7. Los médicos de familia y los casos de violencia de género diagnosticados en su cupo médico.

Los cuestionarios válidos en los que se encuentra respuesta a esta sección son 233 (88,59%).

El número total de casos referidos por los médicos de familia como existentes en los cupos médicos son 415. La media es de 1,78 caso por médico y refieren no tener ningún caso 44 médicos de familia lo que supone el 18.84% del total.

Dos son el número de casos más informado, por 64 médicos, lo que supone el 27,46%. Encontramos dos médicos que informan seis casos y otros dos que informan siete casos.

Refieren que la detección fue realizada en mayor medida por ellos mismos y que solo en el 27,8% de los casos existía sospecha previa lo que nos conduce a plantear como se llegó al diagnóstico: si como introducción del tema por el médico de familia, como reconocimiento espontáneo de la paciente, presentación con lesiones físicas etc...

Solo el 29,9% de los casos refieren que fue detectado por otros profesionales (enfermería, urgencias hospitalarias, Trabajador Social, Policía, Urgencias de AP y otros que en las observaciones son identificados como familiares y amigos). Llama la atención esta información de los médicos de familia si tenemos en cuenta los datos de violencia de género de los informes del Consejo Interterritorial de Salud: la fuente de datos proporcionada por el Servicio Murciano de Salud corresponde a los partes de lesiones y estos han sido realizados con más frecuencia en los Servicios de Urgencia de Atención Primaria, lo que supondría el momento del diagnóstico por agresión física.

Informan que hay un porcentaje muy elevado de mujeres (66,8%) en tratamiento con psicofármacos lo que nos da una idea del impacto del maltrato en la salud psicológica de las víctimas.

Los tipos de maltrato sufrido por las mujeres según refieren los médicos de familia fue con más frecuencia el psíquico (70,6%) y el físico (65%), teniendo en cuenta que podían

concurrir más de un tipo de maltrato en la misma mujer. También son informados como más frecuentes el maltrato psicológico y el físico en la Macroencuesta de 2015²⁶⁷.

Debemos interpretar estos resultados con cautela ya que son informes basados en la memoria de los médicos de familia en el momento en el que realizaron el cuestionario y tendremos que considerar el sesgo del olvido tal como refieren en las observaciones algunos médicos de familia, como uno de ellos que refiere: *“los datos sobre edad o número de visitas no los recuerdo con certeza”*. Creemos que, aunque las víctimas no son olvidadas por los médicos de familia igual que tampoco olvidan otros casos clínicos por su “rareza”, por la singularidad de su evolución o por el impacto emocional que les supuso, sí se pueden olvidar otros datos relacionados con la edad, el número de visitas o el profesional que lo detectó.

También hay que considerar que los cupos médicos no son estáticos si no que las pacientes pueden cambiar de médico dentro de un mismo centro de salud o desplazarse a otro domicilio y cambiar de centro sanitario. Esto supone que un caso puede estar referido por dos médicos distintos o que algún caso no se haya informado porque ya no esté en el cupo del médico de familia que ha cumplimentado el cuestionario, como también se cita en las observaciones: *“difícil cumplimentar los apartados porque algunas mujeres se han desplazado a otras zonas”*.

Así mismo, la casuística que refiere cada médico de familia está limitada por el tiempo que lleva en el cupo médico tal como apunta en observaciones otro de ellos: *“hace poco tiempo que estoy en la consulta, hasta el momento no he tenido pacientes víctimas de violencia de género”*.

No encontramos diferencias en la consideración del problema de la violencia de género entre los médicos de familia que han informado casos de violencia de género en su cupo y los que no lo han hecho.

Las dimensiones con efectos significativos sobre la declaración de violencia de género por los médicos de familia son las barreras emocionales y las barreras operativas relacionadas con menor declaración de casos y la actitud profesional ante los casos de violencia de género, relacionada con mayor declaración de casos.

Esto nos indica que las obligaciones legales, no poder solucionar aunque se detecte o no tener tiempo en la consulta suponen una barrera para la detección de violencia de género en menor medida para los médicos de familia que refieren tener casos en su cupo mientras comparten también en menor medida la idea de que la violencia de género sea un problema exclusivo del trabajador social.

²⁶⁷ Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2015), op. cit. en nota 31.

No encontramos diferencia en la información de casos de violencia de género en el cupo entre sexo, estado civil ni ámbito de trabajo de los médicos de familia.

Sin embargo, sí que encontramos diferencias entre la información de casos de violencia de género en el cupo y la frecuencia con la que los médicos de familia indagan en la consulta, de forma que los que más preguntan, informan más casos.

Interpretamos esto como un resultado muy importante porque, aunque no haya consenso de recomendación de realizar cribado sistemático de violencia de género en las consultas de Atención Primaria, sí que nos orienta hacia un mayor diagnóstico de violencia de género si se examina esta posibilidad.

5.2.3. Análisis de la actitud hacia el cribado, de las dificultades para la detección y la asistencia y de las propuestas de mejora.

Analizamos el documento de texto resultante de la información de respuestas obtenidas en las preguntas abiertas, sin tener prefijadas las categorías de forma que fueron las palabras y frases de los médicos de familia las que nos permitieron su codificación y posterior agrupación en dichas categorías. A pesar de constituir cuatro cuestiones independientes, en los resultados encontramos temas comunes.

5.2.3.1. Opinión sobre la detección sistemática de la violencia de género en la consulta de Atención Primaria.

Contestaron a esta pregunta un número elevado de encuestados (82,92%). Establecimos dos categorías: médicos de familia con actitud favorable que constituyen el 64,05% de los que respondieron a la pregunta y médicos de familia con actitudes poco favorables que son el 29,03% de las respuestas.

Estos resultados nos orientan a que los médicos de familia pueden aceptar prácticas clínicas aunque no haya evidencia científica ni recomendación de expertos si, al situarse en escenarios vividos por experiencias previas o en otros hipotéticos, encuentran ventajas importantes, tal como expresan algunos encuestados en el sentido de que al plantearse esta rutina, se escaparían menos casos o como otro que refiere que le serviría de estímulo a la víctima para pedir ayuda.

Aquí encontramos a los que expresan ser partidarios de forma explícita o rotunda que constituyen el 37,78% del total de médicos que ha respondido a la pregunta y los que se inclinan por esta actividad pero con condicionantes para llevarla a cabo (son el 17,05%)

como la falta de tiempo partiendo del ambiente de sobrecarga asistencial subyacente, la necesidad de formación y herramientas que facilitaran llevarla a cabo como test cortos y ágiles y unas características de atención que favorezcan la relación de confianza médico-paciente como la continuidad asistencial.

También hemos encontrado otras actitudes favorables desde posturas críticas frente a lo que perciben que se hace habitualmente con especial énfasis en la autocrítica y que son el 5,99% de los que han respondido y desde la necesidad de que la atención sanitaria a la violencia de género sea asumida por todos los profesionales de Atención Primaria que son el 3,22% de las respuestas.

Aunque la frecuencia de estas últimas posturas sea baja, son muy significativas en tanto parecen transmitir cierta frustración por no asumir la actividad de cribado.

En las actitudes poco favorables hacia el cribado de los médicos de familia, también hemos encontrado resistencias categóricas por distintas razones que van desde la falta de necesidad hasta la imposibilidad de hacerlo y otras condicionadas.

Como pasaba con las actitudes favorables, lo más frecuentemente citado es la falta de tiempo pero aquí se nos presentan dos temas nuevos que son la falta de recursos que parten de una falta de compromiso político “real” en lo que a la atención de género se refiere y las dificultades que se derivan de la asistencia sanitaria a un problema complejo que necesita muchos recursos de tiempo e implicación emocional y que, con frecuencia, no cuenta con la colaboración de la paciente.

Encontramos otras actitudes poco favorables hacia el cribado por el desconocimiento de que sea posible hacerlo y, también, por posturas partidarias de la detección oportunista, aludiendo a la falta de evidencia científica para su realización.

Por tanto, concluimos que los médicos de familia tienen una opinión favorable sobre la detección sistemática de violencia de género en la consulta y que el tiempo es un factor condicionante fundamental tanto para los médicos con actitudes favorables como para los que tienen actitudes menos o nada favorables.

5.2.3.2. Dificultades de los médicos de familia para la detección de mujeres víctimas de VG.

Ante esta cuestión también hubo una elevada tasa de respuesta (84,09%) y, cabe reseñar que el 12,16% de los médicos refiere no tener problemas para la detección.

El factor de dificultad más frecuente es la falta de tiempo citado por el 53,15% de los médicos de familia, le sigue en frecuencia los factores relacionados con la víctima de violencia de género en cuanto a sus propias conductas en tanto pueda vivir el problema con normalidad

o negarlo o a factores relacionados con el agresor como el miedo o que la acompañe con frecuencia.

Seguidamente en frecuencia, se cita la formación tanto en factores instrumentales y de recursos como de comunicación.

También se citan los miedos y preocupaciones sentidas por el médico hacia sí mismo en el aspecto de errores médicos y de implicaciones legales y hacia la paciente por no saber manejar la situación o por violentar a la víctima.

Por último y, expresada solo por el 2,7% de los médicos se citan los aspectos estructurales y de organización.

5.2.3.3. Dificultades de los médicos de familia para la asistencia a mujeres víctimas de violencia de género.

A esta pregunta respondieron el 78,03% de los médicos de familia y el 30,09% de ellos refirió no tener problemas frente a la cifra del 12,6% de médicos que refería no tenerlos en cuanto a la detección. Nos parece que esto refleja las fortalezas de los médicos de familia para afrontar una situación clínica concreta, sin ambigüedades donde el manejo de la incertidumbre es más sencillo: ya sin miedo a violentar a la paciente ni equivocarse en el diagnóstico ni hacer más mal que bien.

En cuanto a las dificultades percibidas, las más frecuentes son la falta de tiempo (de nuevo), los factores relacionados con la víctima, la falta de formación y los aspectos estructurales y de organización. Estos resultados coinciden con los obtenidos por otros investigadores en estudios de ámbito canadiense²⁶⁸ con metodología similar a la usada en nuestro estudio.

Cuando se habla de aspectos estructurales y de organización se alude a la falta de recursos para que el médico pueda atender a la víctima y para ésta en el sentido de que haya medios sociales y comunitarios que la ayuden a salir de la situación en la que se encuentra.

Otras cuestiones apuntadas por bajo porcentaje de médicos de familia (2.91%), pero no poco importantes, dada su significación, son las que hemos incluido en la categoría de riesgos y conflictos y que se relacionan con la soledad de algunos médicos de familia que no tienen ningún apoyo y que deducimos trabajen en puntos de especial aislamiento o consultorios donde no haya Trabajador Social.

²⁶⁸ Beynon CE, Gutmanis IA, Tutty LM, Wathen CN, MacMillan HL. Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health*. 2012; 12: 473.

En esta misma categoría se alude al conflicto ético cuando las víctimas no quieren que se haga el parte de lesiones por miedo, la inseguridad personal cuando hacen partes de lesiones a la mujer víctima de violencia de género y el temor a los procedimientos judiciales derivados posteriormente.

5.2.3.4. Propuestas de mejora de los médicos de familia respecto a la detección y asistencia a la violencia de género.

Respondieron a esta pregunta el 71,1% de los médicos de familia y la información obtenida es, de alguna forma, una imagen especular de la información obtenida en las preguntas sobre opinión hacia el cribado y dificultades en la detección y asistencia a la violencia de género.

En primer lugar se propone el aumento de formación en violencia de género (34,7% médicos de familia) pero no solo para médicos sino también para enfermería y pacientes.

En segundo lugar y dentro de cambios estructurales de la Atención Primaria se propone tener más tiempo para atender a cada paciente (23,5% de médicos de familia).

Otros cambios estructurales propuestos son, por una parte los que dependen del médico (4,2%) en cuanto a la organización de la consulta, y los que dependen de instancias superiores (12,8%): *“cambiar integralmente la AP”* expresa un médico de familia. Los aspectos concretos que informan son mayor dotación de trabajadores sociales, mejorar las razones tiempo/paciente y pacientes/ médico, desburocratizar la consulta y mejorar el sistema de registro en OMI-AP.

En la categoría “mejorar la coordinación e implicación” (10,1%) incluimos las propuestas relacionadas con lo que interpretamos como la solución que proponen estos médicos de familia para superar la soledad y la sensación de falta de apoyo por otros profesionales del centro de salud como el personal de enfermería y por profesionales externos.

Proponen también la existencia de protocolos sencillos en línea con la necesidad máxima del uso eficiente del tiempo.

Otras propuestas tienen relación con la asistencia sanitaria en el ámbito de la consulta con las consideraciones de calidad asistencial y adecuada relación médico-paciente y que hemos incluido en las categorías “práctica meticulosa” que incluye interés, concienciación del problema para el médico de familia y “actuaciones cuidadosas” con especial énfasis en la confidencialidad y el respeto.

Por último, pero no menos importantes se proponen las intervenciones comunitarias y la necesidad de recursos par a las mujeres víctimas de violencia de género.

Creemos necesario, por la frecuencia con la que se suscita el tema del tiempo, tanto en las dificultades como en las propuestas de mejora expresadas por los médicos de familia, detenernos en ello: cuando los médicos de familia dicen que necesitan tiempo expresan la necesidad de atender a la violencia de género de forma inapelable y completa. Para ello, es preciso un espacio para hacerse una teoría de la víctima, acomodarla, explorar su situación y hacer una aproximación empática²⁶⁹ antes de pasar a la fase resolutive del problema.

Si nos trasladamos al espacio real que describen los médicos de familia y que hemos objetivado en el análisis de variables profesionales de sobrecarga asistencial podemos comprender la dificultad que puede suponer atender a la víctima de violencia de género. Hacemos el ejercicio de repasar las dificultades asociadas que apuntan los médicos de familia: la presencia del residente que puede suponer una interferencia en la entrevista, interrupciones, atención a urgencias y pacientes en la sala, esperando ser atendidos. Nos planteamos como único enfoque posible para la correcta atención sanitaria: considerar que se trata de una “consulta sagrada”²⁷⁰. Aunque todos los encuentros clínicos lo sean, hay algunos, donde cabe incluir la violencia de género, que lo son más y en estas consultas, aunque no se olvide el paso del tiempo, procede aparentar que este se ha detenido.

²⁶⁹ Borrell F. *Práctica clínica centrada en el paciente*. Madrid: Triacastela; 2011.

²⁷⁰ Gervas J, Pérez M, Gutiérrez B. Consultas sagradas. Serenidad en el apresuramiento. *Aten Primaria*. 2009; 41(1):41-44.

6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

6. Limitaciones del estudio.

Las características de los códigos CIAP-2 en el análisis del registro de violencia de género no nos ha permitido determinar la incidencia real de la violencia de género en Atención Primaria ya que determinados casos podrían haber sido mal codificados.

Por otra parte, este estudio tiene los sesgos habituales de los cuestionarios autoinformados en el sentido de la influencia que puede tener la subjetividad y la tendencia personal a responder lo que se considera como correcto o aceptable más que la realidad, aunque pensamos que este sesgo esté minimizado por el carácter anónimo de la encuesta.

No hemos podido hacer el análisis de no respuesta ya que el cuestionario es anónimo y no pudimos identificar a los médicos de familia que no respondieron.

El tamaño de la muestra puede haber condicionado la significación estadística de algunos resultados en el sentido de que habríamos encontrado relación entre algunas variables si la muestra hubiera sido mayor.

En relación a las tasas desagregadas por áreas sanitarias, se calcularon en relación a población general ya que no pudimos acceder a datos demográficos de mujeres de 14 años o más de cada área sanitaria, dado que el censo por municipios no se corresponde con las áreas del mapa sanitario regional.

En la casuística declarada por los médicos de familia debemos tener en cuenta los factores que han podido influir en los datos aportados por ellos, fundamentalmente el tiempo en el cupo, la posibilidad de desplazamiento de las pacientes a otros cupos médicos y el sesgo de memoria en tanto es posible que los médicos de familia hayan olvidado datos de las pacientes informadas.

7. CONCLUSIONES.

PRIMERA.- Los médicos de familia de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud presentan una actitud positiva frente al abordaje de la violencia de género en la consulta aunque no se refleja de forma satisfactoria en sus actuaciones ya que indagan con poca frecuencia acerca de la posibilidad de violencia de género en la consulta de Atención Primaria. Para ellos, la violencia de género tiene la consideración, sobre todo, de problema social más allá del ámbito privado de la pareja y el 23,5% no lo considera como un problema sanitario.

SEGUNDA.- Los médicos de familia son partidarios de no limitarse a actuar solo cuando hay lesiones sino de estar alerta y preguntar sobre factores de riesgo. Asimismo los médicos de familia tienen, en mayor medida, actitudes favorables hacia el cribado sistemático de violencia de género en la consulta de Atención Primaria.

TERCERA.- Los médicos de familia presentan un nivel aceptable de conocimientos en aspectos biomédico siendo superior en las mujeres médicos de familia y en los menores de 45 años. Sin embargo, no se sienten capacitados para atender a la mujer víctima de violencia de género, y refieren haber recibido escasa formación la cual demandan.

CUARTA.- Los médicos de familia tienen menos dificultades para la asistencia a la violencia de género que para la detección y las dificultades más frecuentes para esa detección en la consulta son la falta de tiempo, no saber cómo preguntar para introducir el tema en la consulta y el miedo a ofender a la paciente.

QUINTA.- Los médicos de familia son conscientes de que también proceden actuaciones sobre el agresor para dar consejo y orientación aunque un tercio de los médicos no define su actitud; el 75% investigan si los hijos de mujeres víctimas de violencia de género también sufren maltrato.

SEXTA.- Ante un caso concreto de violencia de género, los médicos de familia refieren realizar valoración del riesgo vital físico e informan sobre recursos sociales, realizando con poca frecuencia el parte de lesiones si el maltrato es psicológico.

SÉPTIMA.- Para los médicos de familia que trabajan en medio rural, las barreras emocionales suponen menos obstáculos para indagar sobre violencia de género que para los que trabajan en medio urbano.

OCTAVA.- De todos los recursos sociosanitarios, al que más recurren los médicos de familia es al Trabajador Social que constituye su mayor apoyo para atender a las mujeres víctimas de violencia de género, aunque sobre la derivación a otros recursos sociales y policiales, el 35% de los médicos de familia informa de que la respuesta no ha sido plenamente eficaz.

NOVENA.- Es escaso el número de víctimas de violencia de género declaradas por los médicos de familia, existiendo relación entre la frecuencia con la que indagan sobre violencia de género en la consulta y el número de casos que informan.

De los casos informados refieren que son mujeres que suelen frecuentar la consulta, que consumen psicofármacos en un alto porcentaje de casos y que los tipos de maltrato que sufren con más frecuencia son el psíquico seguido por el físico.

DÉCIMA.- El registro de violencia de género en la historia clínica electrónica de Atención Primaria presenta importantes limitaciones de tipo epidemiológico, asistencial y ético. Existe un infrarregistro de los casos de violencia de género en la historia clínica electrónica de Atención Primaria en el Servicio Murciano que dificulta el conocimiento exacto de la magnitud sanitaria que tiene la violencia de género en la Región de Murcia. Se hace preciso establecer un sistema de registro que cumpliendo todas las normativas legales nos sirva para hacer un seguimiento de este problema de Salud Pública.

UNDÉCIMA.- Los médicos de familia proponen para mejorar la detección y la asistencia a la violencia de género más formación y cambios estructurales en la Atención Primaria, con mayor incidencia en disponer de más tiempo para atender a cada paciente.

8. APLICABILIDAD.

8. Aplicabilidad.

El presente estudio da claves que pueden servir para mejorar la asistencia a las mujeres víctimas de violencia de género de la Región de Murcia en Atención Primaria.

En primer lugar se ha objetivado una dificultad que, probablemente ya fuera conocida o al menos intuida tanto por médicos de familia como por autoridades sanitarias en lo que al registro de violencia de género se refiere.

Se hace necesaria la incorporación de una forma inequívoca de registro de la VG en la HCEAP para mejorar la atención a este problema de Salud Pública.

Por otra parte, los médicos de familia se han posicionado desde una actitud favorable para atender a las víctimas de violencia de género y se han puesto de manifiesto puntos fuertes y puntos débiles en actitudes, pautas de derivación, casos detectados, dificultades y necesidades.

Dado que entre las dificultades más importantes se encuentran la falta de tiempo, la falta de formación y los factores relacionados con la víctima, ya se encuentran tres puntos importantes sobre los que sería posible actuar.

Obviamente, la falta de tiempo no es algo que dependa de los médicos de familia en mayor medida pero sí se podrían plantear iniciativas de cambios organizativos desde las direcciones de los centros sanitarios que quitaran presión asistencial como cuestiones burocráticas o actividades repetidas en más de un nivel asistencial.

Respecto a los factores dependientes de la víctima, realizar intervenciones comunitarias dirigidas a los ciudadanos en su propio ámbito de barrio o vecindario podría contribuir a despertar conciencias de mujeres y hombres.

En el aspecto de la formación, se hacen necesarias alternativas para subsanar esta situación de necesidades formativas.

En este sentido el Plan Integral de Formación en Violencia de Género de la Región de Murcia nació con unos objetivos ambiciosos que obedecen sobre todo a las necesidades de profesionales muy motivados y basados en la voluntariedad de las personas.

El proceso que proponemos pasaría por actividades formativas para todos los médicos de familia más allá de la voluntariedad de los mismos, de forma compatible con sus actividades asistenciales, incluso dentro del mismo centro de trabajo para que sean más factibles. Dado que los aspectos biomédicos son los más controlados por los médicos de

familia y teniendo en cuenta que sus necesidades de formación se dirigen sobre todo a las áreas de procedimiento y de comunicación, es ahí donde convendría incidir.

Porque la formación continuada tiene sus dificultades de compatibilidad con la asistencia a pacientes, sería conveniente no perder las ocasiones docentes tanto en el pregrado como en el postgrado para impartir actividades en relación a la violencia de género y, tal como hemos visto, enfocada a habilidades comunicativas y de manejo de emociones.

Este estudio también puede ser el punto de partida para futuras investigaciones:

- Inicio de un ciclo de mejora en la codificación de violencia de género en la historia clínica electrónica de AP.
- Estudio cuasi experimental: Realización de intervenciones formativas y repetición del cuestionario para valorar el impacto de las mismas.
- Estudios de prevalencia de violencia de género en Atención Primaria.
- Estudio sobre la perspectiva de las mujeres víctimas de violencia de género.
- Estudio sobre la calidad de los partes de lesiones emitidos en Atención Primaria.
- Estudios diseñados para poder responder a las preguntas:
 - ¿Cuáles son las consecuencias de no registrar el diagnóstico de VG en la HCEAP de las mujeres víctimas?
 - ¿Cuáles son las consecuencias del registro si la paciente no quiere o no puede pedir ayuda?

9. BIBLIOGRAFÍA.

- 1 Actis W, de Prada MA, Pereda C. Actitudes de la población ante la violencia de género en España. Colectivo Ioé. Madrid: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011.
- 2 Aguar-Fernández A, Delgado-Sánchez M, Castellano-Arroyo JD, Luna del Castillo M. Prevalencia de malos tratos en mujeres que consultan al Médico de Familia. *Aten Primaria*. 2006; 37(4): 241-42.
- 3 Ahmad F, Hogg-Johnson S, Stewart DE, Levinson W. Violence entre partenaires intimes Incidences sur la pratique de la médecine familiale au Canada. *Canadian Family Physician*. 2007; 53.
- 4 Ahmed AM, Abdella ME, Yousif E, Elmardi AE. Response of Sudanese doctors to domestic violence *Saudi Med J*. 2003 Oct; 24(10):1077-80.
- 5 Alario C, Bengoechea M, Lledó E, Vargas A. *Nombra: la representación del femenino y el masculino en el lenguaje*. Madrid: Instituto de la Mujer; 1995.
- 6 Alberdi I, Matas N. *La violencia doméstica: Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. Colección Estudios Sociales: 10. Barcelona: Fundación La Caixa; 2002.
- 7 Amnistía Internacional [<https://www.es.amnesty.org>] Catálogo España y Mujeres [consultado 30-7-2015] Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/temas/mujeres/sabermas/informes-por-pais/espana/>
- 8 Amor PJ, Echeburúa E, de Corral P, Zubizarreta I, Sarasua B. Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. 2002. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 2002; 2(2):227-46.
- 9 Anderson KM, Renner LM, Danis FS. Recovery: Resilience and Growth in the Aftermath of Domestic Violence. *Violence Against Women*. 2012; 18(11):1279–99.
- 10 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 año 2010. *Rev Esp Salud Pública*. 2012; 86: 85-99.
- 11 Ayllon E, Orjuela L, Román Y, Czalbowski S, Fernández I, López I. et al. *En la violencia de género no hay una sola víctima: Atención a los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género [Monografía en Internet]* Madrid; Save the Children. 2011 [consultado 30-09-2014]. Disponible en: http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/425/Informe-Violencia_de_genero.pdf

- 12 Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health Soc Care Community*. 2003; 11(1):10-8.
- 13 Bagwell-Gray ME, Messing JT, Baldwin A. White Intimate Partner Sexual Violence: A Review of Terms, Definitions, and Prevalence. *Trauma Violence Abuse*. 2015; 16(3): 316-35.
- 14 Baig AA, Ryan GW, Rodriguez MA. Provider barriers and facilitators to screening for partner violence in Bogotá, Colombia. *Health Care Women Int*. 2012; 33(3):250-61.
- 15 Beynon CE, Gutmanis IA, Tutty LM, Wathen CN, MacMillan HL. Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health*. 2012; 12: 473.
- 16 Baño JJ, Leal M, Sánchez FJ, Serrano A, Ruiz G, Serna JP. Impacto de curso on-line sobre el grado de conocimiento del programa OMI-AP para médicos. *Semergen*. 2012; 38(3):145-50.
- 17 Batista-Foguet JM, Coenders G, Alonso J. Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Med Clin (Barc)*. 2004; 122(Supl.1): 21-7.
- 18 Coll-Vinenta B, Echeverría T, Farràs U, Rodríguez D, Millá J, Santiñà M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit*. 2008; 22(1):7-10.
- 19 Black MC. Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. *American Journal of Lifestyle Medicine* 2011; (5):428–39.
- 20 Boira S, Carbajosa P, Marcuello C. La violencia en la pareja desde tres perspectivas: Víctimas, agresores y profesionales. *Psychosocial Intervention*. 2013; (22):125-33.
- 21 Boira B, Jodrá P. Psicopatología, características de la violencia y abandonos en programas para hombres violentos con la pareja: resultados en un dispositivo de intervención. *Psicothema*. 2010; 22(4). p. 593-99.
- 22 Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Health care utilization and costs associated with physical and nonphysical-only intimate partner violence. *Health Services Research* 2009; 44:1052–67.
- 23 Bonino L. Hombres y violencia de género. Más allá de los maltratadores y de los factores de riesgo. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración. Subdirección general de información administrativa y publicaciones; 2009.

- 24 Cabrera R, Carazo MJ. Análisis de la legislación. autonómica sobre violencia de género. Madrid: Ministerio de Igualdad. Subdirección General de Cooperación y Relaciones Institucionales; 2008.
- 25 Camarasa M, Rodeschini G. Propuesta de nuevos indicadores para medir los efectos de la violencia de género. Barcelona: Fundació SURT; 2009.
- 26 Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002; 359(9314): 1331-36.
- 27 Campbell JC, Batya ML, Ghandour RM, Stockman JK, Francisco L, Wagman J. The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 2008; 15(4): 221–31.
- 28 Cano LM, Berrocoso A, de Arriba L, Bernaldo de Quirós R, Alamar JD, Cardo A. Prevalencia de Violencia de Género en mujeres que acuden a consultas de Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam*. 2010; 3(1): 10-17.
- 29 Casas J, Repullo JR, donado J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de datos (I). *Aten Primaria* 2003; 31(8):527-38.
- 30 Centro de Investigaciones sociológicas [<http://www.cis.es/>] Evolución de la preocupación de los españoles en los sondeos del CIS. Madrid: Centro de Investigaciones sociológicas [consultado 30-06-2015]. Disponible en: www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Indicadores/documentos_html/TresProblemas.html
- 31 Chait L, Zulaica Calvo B. Mujeres drogodependientes maltratadas: análisis para la intervención. *Trastornos Adictivos*. 2005; 7 (2):104-13.
- 32 Colectivo Ioé. Detección y tratamiento de la violencia de género. Actitudes del personal sanitario del Servicio Nacional de Salud [monografía en Internet] Madrid: Colectivo Ioé; 2011[acceso 5 de abril 2013] Disponible en: <http://www.colectivoioe.org/uploads/72af8b64f651f933eade7d01c9920e1a476c8a61.pdf>.
- 33 Comisión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Informe de Violencia de Género 2011. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
- 34 Comisión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Informe de Violencia de Género 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informes, estudios e investigaciones; 2014.
- 35 Comisión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Informe de Violencia de Género 2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015
- 36 Comisión Europea. Cien palabras por la Igualdad: Glosario de términos relativo a la igualdad entre hombres y mujeres. Luxemburgo: Comisión Europea, Dirección General de Empleo, Relaciones Laborales y Asuntos Sociales; 1998.

- 37 Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer. Informe sobre el 57º período de sesiones (4-15 marzo 2013). Supl. 7. Nueva York: Consejo Económico y Social Documentos Oficiales de Naciones Unidas; 2013.
- 38 Comisión de Seguimiento de la Implantación de la Orden de Protección de las Víctimas de Violencia Doméstica. Consejo General del Poder Judicial. Protocolo para la implantación de las órdenes de protección de las víctimas de violencia de doméstica. Madrid: Consejo General del Poder Judicial; 2004.
- 39 Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Concluding observations on the combined seventh and eighth periodic reports of Spain; 2015. CEDAW/C/ESP/CO/7-8.
- 40 Comité Internacional de la Cruz Roja. Resumen de los convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 y de sus protocolos adicionales. 2ª ed. Ginebra: Comité Internacional de la Cruz Roja; 2012.
- 41 Consejería de Justicia y Seguridad Ciudadana. Protocolo de Actuación del Dispositivo de Atención Telefónica Urgente para Mujeres Maltratadas en la Región de Murcia. 112. Murcia: Dirección General de Prevención de la Violencia de Género y Reforma Juvenil; 2011.
- 42 Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. Maltrato Infantil: protocolos de actuación. 2ª ed. Murcia: Dirección General de Familia y Menor. Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración; 2008.
- 43 Consejería de Presidencia de la Región de Murcia. Guía para el impulso y funcionamiento de las mesas locales de coordinación contra la violencia de género. Murcia: Consejería de Presidencia. Dirección General de Prevención de la Violencia de Género, Juventud, Protección Jurídica y Reforma de Menores; 2012.
- 44 Consejería de Presidencia de la Región de Murcia. Protocolo de Coordinación Interinstitucional en Violencia de Género de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Presidencia Dirección General de Prevención de Violencia de Género, Juventud, Protección Jurídica y Reforma de Menores; 2012.
- 45 Consejería de Presidencia de la Región de Murcia Protocolo de actuación de las casas de acogida y piso tutelado de la Región de Murcia Manual de procedimiento de la RED REGIONAL CAVI. Murcia: Dirección General de Prevención de Violencia de Género de Prevención de Violencia de Género, Juventud, Protección Jurídica y Reforma Juvenil; 2012.

- 46 Consejería de la Presidencia. Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos. Murcia: Consejería de la Presidencia. Secretaría Sectorial de la Mujer y de la Juventud. Región de Murcia; 2000.
- 47 Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Guía práctica clínica. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2011.
- 48 Consejería de Sanidad y Política Social. Guía profesional de recursos de atención a mujeres víctimas de violencia de género. 4ª ed. Murcia: Dirección General de Política Social. Consejería de Sanidad y Política Social. Región de Murcia; 2014.
- 49 Consejería de Sanidad y Política Social.[www.murciasalud.es] ¿Existe evidencia acerca de realizar cribado (test validado) de violencia de género a toda mujer que consulte en: Atención Primaria y/o en Urgencias. ¿Existe evidencia de realizar el cribado de violencia a toda mujer embarazada que consulta (ya sea en Primaria, Ginecología o Matrona)? PREEVID [Actualizado 08/04/201/ consultado 10-09-2014] Disponible en: http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=18981&idsec=453.
- 50 Consejería de Sanidad y consumo de la Región de Murcia Plan integral de formación en violencia de género. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia; 2010.
- 51 Consejería de Sanidad. Protocolo para la detección y atención de la violencia de género en Atención Primaria de la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad de Murcia; 2007.
- 52 Consejo de Europa. EL Consejo de Europa y la violencia de género. Documentos elaborados en el marco de la Campaña Paneuropea para combatir la violencia contra las mujeres. (2006-2008). Madrid: Ministerio de Igualdad. Subdirección General de Cooperación y Relaciones Institucionales. 2008. Colección contra la violencia de género. Documentos: 4.
- 53 Consejo de Europa. Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Estambul: Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Oficina de Interpretación de Lenguas: Madrid; 2011.
- 54 Consejo de Europa. Las cuestiones de género son importantes: Manual sobre cómo abordar la violencia de género que afecta a los jóvenes. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2007.
- 55 Consejo de Europa. Recomendación Rec (2002) 5 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre la protección de la mujer contra la violencia y Memorándum explicativo. Estrasburgo: Consejo de Europa; 2002.

- 56 Consejo General de Colegios Médicos [sede web] Madrid: Consejo General de Colegios Médicos;2009 [acceso 20 de septiembre de 2015]. Declaración de la Comisión General de Deontología de Colegios Médicos. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/08_01_25_tiempo_consulta_0.pdf
- 57 Consejo General del Poder Judicial. Guía de criterios de actuación judicial del Consejo General del Poder Judicial. 2ª ed. Madrid: Consejo General del Poder Judicial; 2013.
- 58 Consejo General de Poder Judicial. Grupo de expertos/as en violencia doméstica y de género del Consejo General de Poder Judicial. Análisis de las sentencias dictadas por los tribunales del jurado y por las audiencias provinciales en el año 2011, relativas a homicidios y/o asesinatos consumados entre los miembros de la pareja o ex pareja. Madrid: Consejo General de Poder Judicial; 2014.
- 59 Consejo General del Poder Judicial. Protocolo de actuación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y de coordinación con los órganos judiciales para la protección de la violencia doméstica y de género. Consejo General del Poder Judicial; 2005.
- 60 Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Madrid: Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación; 2011.
- 61 Dahlberg LL, Krug EG. La violencia, un problema mundial de salud pública. En: Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R, eds. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2003. Publicación Científica y Técnica: 588. p. 3-23. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General de 48/104 del 20 de diciembre de 1993. Organización de Naciones Unidas. Distr. GENERAL A/RES/48/104 23 de febrero de 1994.
- 62 De Koker P, Mathews C, Zuch M, Bastien S, Mason-Jones AJ. A systematic review of interventions for preventing adolescent intimate partner violence. *J Adolesc Health*. 2014; 54(1):3-13.
- 63 Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Macroencuesta de Violencia de Género 2011. Madrid: Ministerio de Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
- 64 Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Macroencuesta de Violencia de Género 2015: Avance de resultados. Madrid. Ministerio de Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
- 65 Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. VII Informe anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.

- 66 Delsol C, Margolin G. The role of family-of-origin violence in men's marital violence perpetration. *Clin Psychol Rev.* 2004; 24(1):99-122.
- 67 Del análisis a la acción. En: Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen. Washington DC: Organización Mundial de la Salud; 2002.
- 68 Diaz-Aguado MJ, Carvajal MI. Igualdad y prevención de la violencia de género en la adolescencia. Colección contra la violencia de género. Nº 8. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- 69 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. Murcia: Consejería de Presidencia; 2012.
- 70 Dirección General de Prevención de Violencia de Género, Juventud, Protección Jurídica y Reforma Juvenil. Protocolo de funcionamiento de la Red Regional CAVI. Murcia: Consejería de Presidencia; 2012.
- 71 Easteal PW, Easteal S. Attitudes and practices of doctors toward spouse assault victims: an Australian study. *Violence Vict.* 1992; 7(3):217-28.
- 72 Echeburúa E, Amor PJ. Perfil psicopatológico e intervención terapéutica con los agresores contra la pareja. *Rev Esp Med Legal.* 2010; 36 (3):117-21.
- 73 Ellsberg M, Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Contreras M, Watts C. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? *Lancet.* 2015; 385: 1555–66.
- 74 Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
- 75 Escuela Andaluza de Salud Pública. Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Escribá Agüir V, Jiménez Martín JM. Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer. Dirección. General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. S/D.
- 76 European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). Violence against women: an EU-wide survey. Main results. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014.
- 77 Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women Exposed to Intimate Partner Violence: Expectations and Experiences When They Encounter Health Care Professionals: A Meta-analysis of Qualitative Studies. *Arch Intern Med.* 2006;166(1):22-37.

- 78 Feder G , Davies RA , Baird K , Dunne D , S Eldridge , Griffiths C. et al. Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2011; 378(9805):1788-95.
- 79 Feder G, Wathen GD, MacMillan HL. An Evidence-Based Response to Intimate Partner Violence: WHO Guidelines. *JAMA*. 2013; 310(5):479-80.
- 80 Fernández MC. Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). *Violencia doméstica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo Dirección General de Salud Pública Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología; 2003.
- 81 Fernández-Alonso MC, Buitrago-Ramírez F, Ciurana-Misol R, Chocrón-Bentata L, García-Campayo J, Montón-Franco C, Tizón-García J. Grupo de Prevención de Salud Mental del PAPPS. Prevención de los trastornos de la salud mental. *Aten Primaria*. 2012;44 Supl 1:52-56.
- 82 Ferris LE, Norton PG, Dunn EV, Gort, EH, Degani, N. Guidelines for managing domestic abuse when male and female partners are patients of the same physician. *JAMA*. 1997; 278(10): 851-57.
- 83 Flake DF. Individual, family, and community risk markers for domestic violence in Peru. *Violence Against Women* 2005; 11(3):353-73.
- 84 Flood M. *Where Men Stand: Men's roles in ending violence against women*. Nº. 02. Sydney: White Ribbon Prevention Research; 2010.
- 85 Folia Consultores SL. *Violencia de Género en los Pequeños Municipios del Estado Español*. Colección contra la violencia de género. Doc. 6. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.
- 86 García Moreno C. Gender inequality and fire-related deaths in India. *Lancet*. 2009; 373(9671): 1230-31.
- 87 García-Moreno C. Violence against women: The Spanish Response. *Eurohealth* 2012; 18(2):13-5.
- 88 García-Esteve L, Torres A, Imaz ML. Abordaje diagnóstico de los trastornos mentales asociados al maltrato. *FMC*. 2010; 17 (7):449-59.
- 89 Garriga Puerto A, Martín García-Sancho JC. *Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja*. Guía de práctica clínica. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2010.

- 90 Geldschläger H, Canales OG. Abordaje terapéutico de hombres que ejercen violencia de género. *FMC*. 2013; 20(2):89-99.
Generalitat Valenciana. Manual sobre violencia de género: Proyecto Iceberg. Valencia: Generalitat Valenciana. Consellería de Governació i Justicia; 2013.
- 91 Gervas J, Pérez M, Gutiérrez B. Consultas sagradas. Serenidad en el apresuramiento. *Aten Primaria*. 2009; 41(1):41-44.
- 92 Gold KJ, Singh V, Marcus SM, Palladino CL. Mental health, substance use and intimate partner problems among pregnant and postpartum suicide victims in the National Violent Death Reporting System. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012 Mar; 34(2): 139-145.
- 93 Golding, J. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence* 1999; 14(2): 99-132.
- 94 Gómez MA. Análisis de contenido cualitativo y cuantitativo. Definición, clasificación y metodología. *Revista de Ciencias Humanas [revista en Internet]* 1999[acceso 15 de septiembre de 2013]; 20. Disponible en: <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev20/gomez.htm>.
- 95 González-Losada J, Castro-García Y, Tosco-García C, Rufino-Delgado MT, Mirpuri-Mirpuri PG, García-Álvarez CD. Prevalencia de violencia de género en Atención Primaria de Santa Cruz de Tenerife. *Semergen*. 2012;38(2):87-94.
- 96 Gregory A, Ramsay J, Agnew-Davies R, Baird K, Devine A, Dunne D, Eldridge S, Howell A, Johnson M, Rutterford C, Sharp D, Feder G. Primary care identification and referral to improve safety of women experiencing domestic violence (IRIS): protocol for a pragmatic cluster randomised controlled trial". *BMC public health*. 2010; (10) 54.
- 97 Guedes, A. Hombres y Niños: módulo para el desarrollo de programas[<http://luccaco.com/>] Centro virtual de conocimiento para poner fin a la violencia contra mujeres y niñas. UNIFEM/ONU Mujeres [consultado 28-05-2015]. Disponible en: <http://www.endvawnow.org/uploads/modules/pdf/1328564543.pdf>
- 98 Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen CN, MacMillan HL. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC. Public Health*. 2007; 7:12.
- 99 Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health. Ending violence against women. *Population reports* 1999; 27 (4):1-43.
- 100 Heise L, García Moreno C. La violencia en la pareja. En: Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. eds. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC:

- Organización Panamericana de la Salud; 2003. Publicación Científica y Técnica: 588. p. 95-113.
- 101 Hernández MJ, Sanmartín J, Martínez P, Molina A. Costes de la violencia de género en las relaciones de pareja: Comunitat Valenciana. Nº10. Valencia: Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio de la Violencia; 2006.
- 102 Herrero S. Conocimientos y actitudes de los médicos de familia de Castilla y León respecto a la violencia doméstica y estudio de opinión de las víctimas de maltrato en relación a su situación [tesis doctoral] Valladolid: Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid; 2011.
- 103 Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer Beijing, 4-15 sept 1995. Nueva York: Naciones Unidas.1996.
- 104 Instituto de la Mujer. Plan de acción contra la violencia doméstica (1998-2000). Madrid: Instituto de la Mujer; 1999.
- 105 Instituto de la Mujer. II Plan Integral contra la Violencia Doméstica. Madrid: Instituto de la Mujer; 2001.
- 106 Instituto de la Mujer de la Región de Murcia. Protocolo regional de prevención y detección de violencia en la mujer mayor de 65 años (S/D).
- 107 Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, Estambul 11-05-2011.Boletín Oficial del Estado nº137(6-6-2014).
- 108 Instituto Nacional de Estadística [www.INE.es]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Economía y Competitividad, 2013 [consultado 20-10-2014]. Notas de Prensa 2013. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np820.pdf>
- 109 Instituto Nacional de Estadística [www.INE.es]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Economía y Competitividad, 2012 [consultado 10-10-2014]. Anuario Estadístico de España 2012. Disponible en: http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario12/anu12_02demog.pdf
- 110 Johnson KB, Das MB. Spousal violence in Bangladesh as reported by men: Prevalence and risk factors. *Journal of Interpersonal Violence* 2009; 24(6):977-95.
- 111 Jones L, Hughes M, Unterstaller U. Post-traumatic stress disorder in victims of domestic violence. *Trauma Violence y Abuse*. 2001;(2): 99-119.

- 112 Kahan E, Rabin S, Tzur-Zilberman H, Rabin B, Shofty I, Mehoudar O. et al. Knowledge and attitudes of primary care physicians regarding battered women. Comparison between specialists in family medicine and GPs. *Fam Pract.* 2000; 17(1):5-9.
- 113 Krug EG, Dahlberg LL. La violencia, un problema mundial de salud pública. En: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World report on violence and health.* Geneva: World Health Organization; 2002.
- 114 Landerwerlin GM. Percepción Social de la Violencia de Género. Colección contra la violencia de género. Nº17. Madrid: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2014.
- 115 Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros. *Boletín Oficial del Estado*, nº 234(30-9-2003). Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica. *Boletín Oficial del Estado* nº 183 (1-8-2003).
- 116 Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial del Estado* nº 313 (29-12-2004).
- 117 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. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 91(21-4-2007).
- 118 Ley 3/2008, de 3 de julio, de Modificación de la 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. *Boletín Oficial de la Región de Murcia* nº 165 (17-7-2008).
- 119 Lila M, Catalá A, Conchell R, García A, Lorenzo MV, Pedrón V, Terreros E. Una Experiencia de Investigación, Formación e Intervención con Hombres Penados por Violencia contra la Mujer en la Universidad de Valencia: Programa Contexto. *Intervención Psicosocial.* 2010; 19(2): 167-79.
- 120 Li Y, Marshall CM, Rees HC, Núñez A, Ezeanolue EE, Ehiri JE. Intimate partner violence and HIV infection among women: a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc.* 2014; 17(1): 18845.
- 121 Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römkens R, Hezemans D, Lagro-Janssen T. Talking matters: abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation. *Patient Educ Couns.* 2008; 70(3):386-94.
- 122 Lo Fo Wong S, De Jonge A, Wester F, Mol S, Römkens R, Lagro-Janssen T. Discussing partner abuse: does doctor's gender really matter? *Family Practice* 2006; 23(5): 578-586.

- 123 Lucas A, Pina F. Detección de casos de violencia de género por los profesionales de la salud en un centro de atención primaria. En: *Mujer y cuidados: retos en salud*. Murcia: Universidad de Murcia. Servicio de Publicaciones; 2014: p. 299-314.
- 124 Maestre M. El tratamiento de la violencia de género en el marco de la Educación Secundaria. En: *Foro de la violencia contra las mujeres*. Córdoba: Ayuntamiento de Córdoba; 2006.
- 125 Manrique RL, Muñoz A, Fontcuberta J, Pérez F, Martínez JF, De Miguel A. Violencia de género. Registro en OMI-AP y frecuentación en un área de salud. En: *Hilando en género. I Congreso Nacional de Violencia de Género y Salud*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2009. C31:1.
- 126 McCall-Hosenfeld JS, Weisman CS, Perry AN, Hillemeier MM, Chuang CH. I just keep my antennae out: How Rural Primary Care Physicians Respond to Intimate Partner Violence (IPV). *J Interpers Violence*. 2014; 29(14): 2670–94.
- 127 Martínez MI, Sánchez M. Los costes sociales y económicos de la violencia doméstica en Andalucía. *Documentación Social* 2003; 131:209-29.
- 128 Matud MP, Moraza O. Factores socio demográficos e impacto psicológico en mujeres maltratadas por su pareja. *Clepsydra, Revista de estudios de género y teoría feminista*. 2004; 3.
- 129 Melgar P. *Trenquem el silenci: Superación de las relaciones afectivas y sexuales abusivas por parte de las mujeres víctimas de violencia de género [tesis doctoral]*. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2009.
- 130 Méndez E. La zona gris de la violencia de pareja contra las mujeres inmigrantes. [unaf.org]. Barcelona: Asociación Salut i Família, 2010 [consultado 10-10-2014]. Disponible en: http://unaf.org/wp-content/uploads/2012/05/05_26_11_jornada_salud_i_familia_madrid_estudio.pdf
- 131 Méndez-Hernández P, Valdez-Santiago R, Viniegra-Velázquez L, Rivera-Rivera L, Salmerón-Castro J. La violencia contra las mujeres: conocimientos y actitudes del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *Salud Pública Mex*. 2003; 45(6): 472-82.
- 132 MenEngage. *Boys and men for gender equality*. Washington DC: MenEngage.org; [consultado 30-08-2014]. Disponible en: <http://menengage.org/>
- 133 Ministerio de Igualdad. *Plan Integral de Lucha contra la trata con fines de explotación sexual (2009-2012)*. Madrid: Ministerio de Igualdad. Subdirección General de Cooperación y Relaciones Institucionales; 2010.

- 134 Ministerio del Interior. El Delincuente de Género en Prisión: Estudio de las características personales y criminológicas y la intervención en el medio penitenciario. Madrid: Ministerio del Interior. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias; 2010.
- 135 Ministerio de Justicia. Guía y Manual de valoración integral forense de la violencia de género y doméstica. Madrid: Ministerio de Justicia. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones; 2005.
- 136 Ministerio de Sanidad y Consumo. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. Estrategias para la mejora de la Atención Primaria. Análisis de situación de la Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- 137 Ministerio de Sanidad y Consumo. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. Estrategias para la mejora de la Atención Primaria. Análisis de situación de la Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- 138 .Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid: Observatorio de Salud de las Mujeres; 2012.
- 139 Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Plan de atención y prevención de la violencia de género en población extranjera inmigrante (2009-2012). Madrid: Ministerio de Sanidad, Serv sociales e Igualdad; 2009.
- 140 Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad [<http://www.msssi.gob.es>]. Conferencias Mundiales de la Mujer [consultado 05-06-2015]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ssi/igualdadOportunidades/internacional/onu/confemujer_2.htm
- 141 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
- 142 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Violencia de Género en los Pequeños Municipios del Estado Español. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Delegación del Gobierno para la Violencia de Género; 2009.
- 143 Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Contenidos educativos básicos y materiales didácticos comunes. Formación de profesionales en materia de violencia de Género [Monografía en Internet] Madrid Sistema Nacional de Salud. 2010. [consultado 30-09-2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/materialesEducativosFormacionVG.pdf>

- 144 Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid: Observatorio de Salud de las Mujeres; 2012.
- 145 Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Plan Nacional de sensibilización y prevención de la violencia de género: marco conceptual y ejes de intervención. Madrid: Ministerio de Trabajo y asuntos Sociales. Delegación Especial del Gobierno para la violencia de Género; 2009.
- 146 Montero I, Martín-Baena D, Escribà-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Vives-Cases C, Talavera M. Intimate partner violence in older women in Spain: prevalence, health consequences, and service utilization. *J Women Aging*. 2013; 25(4):358-71.
- 147 Montero I, Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Vives-Cases C, Plazaola-Castaño J, Talavera M, Martín-Baena D, Peiró R. Strategic responses to intimate partner violence against women in Spain: a national study in Primary Care. *J Epidemiol Community Health*. 2012 Apr; 66(4):352-58.
- 148 Montero I, Ruiz-Perez I, Martín-Baena D, Talavera M, Escriba-Agüir V, Vives-Cases C. Violence Against Women from Different Relationship Contexts and Health Care Utilization in Spain Women's. *Health Issues* 2011; 21(5): 400–06.
- 149 Muslera-Canclini E, Natal C, García V, Fernández-Muñoz P. Descripción del registro de los casos de violencia de género en las fuentes de información Sanitarias del Principado de Asturias. *Gac Sanit*. 2009; 23(6): 558-61.
- 150 Naciones Unidas. Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer Informe sobre el 57º período de sesiones (4 a 15 de marzo de 2013). Nueva York: Consejo Económico y Social Documentos Oficiales. 2013: Suplemento núm. 7
- 151 Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. Nueva York: Naciones Unidas; 1996.
- 152 Naciones Unidas. Manual de legislación sobre la violencia contra la mujer. Nueva York: Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. División para el Adelanto de la Mujer; 2010.
- 153 Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. VI Informe de Violencia de Género. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
- 154 Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. V Informe de Violencia de Género. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
- 155 Observatorio de Salud de las Mujeres. La importancia del personal de los servicios sanitarios ante la violencia de género. En: Protocolo común para la actuación sanitaria

- ante la violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad; 2012. p. 35-9.
- 156 O'Campo P, Kirst M, Tsamis C, Chambers C, Ahmad F. Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: evidence generated from a realist-informed systematic review. *Soc Sci Med.* 2011; 72(6):855-66.
- 157 Organización Mundial de la Salud. *Violencia contra la mujer: Un tema de salud prioritario.* Washington DC: División de Salud Familiar y Reproductiva, Organización Mundial de la Salud, Ginebra y la División de Salud y Desarrollo Humano, Organización Panamericana de la Salud; 1998.
- 158 Organización Mundial de la Salud. *La violencia infligida por la pareja y la salud de la mujer.* En: *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Resumen del informe.* Ginebra: OMS; 2005.
- 159 Organización Mundial de la Salud. *Los factores de riesgo y la protección contra la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual.* En: *Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias.* Washington DC: Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Organización Panamericana de la Salud; 2011.
- 160 Orjuela L, Horno P, Perdices AJ, Plaza M, Tovar M. *Manual de atención a niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar [Monografía en Internet]* Madrid; Save the children. 2008. [consultado 30-09-2014]. Disponible en: <http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/157/Manual%20Atencion%20Castellano%20final.pdf>
- 161 Osinde MO, Kaye DK, Kakaire O. Intimate partner violence among women with HIV infection in rural Uganda: critical implications for policy and practice. *BMC Women's Health.* 2011; 11:50.
- 162 Patró Hernández R, Limiñana Gras RM. Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de Psicología.* 2005; 21(1): 11-17.
- 163 Peltzer K, Mashego TA, Mabeba M. Attitudes and practices of doctors toward domestic violence victims in South Africa. *Health Care Women Int.* 2003; 24(2):149-57.
- 164 Pérez JM, Montalvo A, Escobar A, Quinteros A, Sánchez SB, Tardón B. *Violencia de Género: Prevención, detección y atención.* Madrid: Grupo 5; 2011.
- 165 Pérez JM, Montalvo A. *Hombres que ejercen violencia.* En: *Violencia de Género: Prevención, detección y atención.* Grupo 5. Madrid; 2011.

- 166 Pérez JM, Montalvo A. La atención integral a mujeres víctimas de la violencia de género y sus hijos e hijas. En: *Violencia de Género: Prevención, detección y atención*. Grupo 5. Madrid. 2011. p 155-219.
- 167 Pérez JM, Montalvo A. La atención integral a mujeres víctimas de la violencia de género y sus hijos e hijas. En: *Violencia de Género: Prevención, detección y atención*. Grupo 5. Madrid. 2011. p 155-219. Plataforma CEDAW. Informe Sombra (2008-2013) sobre la aplicación en España de la Convención para la Eliminación de toda forma discriminación contra las mujeres (CEDAW) España; 2015.
- 168 Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Hernández-Torres E. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en Atención Primaria en España. *Gac Sanit*. 2008; 22: 415–20.
- 169 Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Jiménez-Martín JM, Hernández-Torres E. Validation of the Spanish version of the Index of Spouse Abuse. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009; 18(4):499-506.
- 170 Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Med Clin (Barc)*. 2004; 122(12):461-67.
- 171 Portal Violencia de Género. Región de Murcia [www.violenciadegenero.carm.es] Protocolo de Coordinación del Servicio Regional de Empleo y Formación con el Instituto de la Mujer de la Región de Murcia para mejorar la inserción sociolaboral de mujeres víctimas de violencia de género de la Región de Murcia 2010 [consultado 14-01-2015]. Disponible en:
http://violenciadegenero.carm.es/export/sites/default/lineas_actuacion/coordinacion/_descargas/PROTOCOLO_IMRM-SEF.pdf
- 172 Protocolo de funcionamiento de la Red Regional CAVI. Dirección General de Prevención de Violencia de Género, Juventud, Protección Jurídica y Reforma Juvenil. Consejería de Presidencia. Murcia.; 2012.
- 173 Quinteros A, Carbajosa P. Hombres maltratadores. Tratamiento psicológico de agresores. Madrid: Grupo 5; 2008.
- 174 Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, Dunne D, Eldridge S, Sharp D. et al. Domestic violence. Knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *Br J Gen Pract*. 2012; 62(602): 647-55.
- 175 Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic Review. *BMJ*. 2002; 325:314-27.

- 176 Recomendación 2002/5 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre la protección de la mujer contra la violencia y Memorándum explicativo. Estrasburgo: Consejo de Europa; 2002.
- 177 Red2Red Grupo. Aguirre R, Cruz JL, Garabato S, Lasheras L, Pires M, Ramasco M. Salud, violencia de género e inmigración en la Comunidad de Madrid. Madrid: Dirección General de Atención Primaria. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención; 2010.
- 178 Red2Red Grupo. Pernas B. El estado de la cuestión en el estudio de la violencia de género. Madrid: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011.
- 179 Regueira-Diéguez A, Pérez-Rivas N, Muñoz-Barús JI, Vázquez-Portomeñe F, Rodríguez-Calvo MS. Intimate partner violence against women in Spain: A medico-legal and criminological study. *J Forensic Leg Med.* 2015; 34:119-26.
- 180 Report of the World Conference to review and appraise the achievement of the United Nations decade for women: Equality, development and peace. Nairobi 15-26 July 1985. New York: United Nations Publication; 1986.
- 181 Resolución aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas 54/134: Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Distr. GENERAL A/RES/54/134 (7 -2-2000).
- 182 Robledo J, de la Fuente D, Salamanca AB, Sánchez S. La atención de los profesionales sanitarios a la violencia de género visto desde la percepción de las mujeres maltratadas. *Nure Investigación.* 2009; 39.
- 183 Rodríguez-Bolaños RA, Márquez-Serrano M, Kageyama-Escobar ML. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. *Salud Publica Mex.* 2005; 47(2): 134-44.
- 184 Ruiz S, Negro L, Ruiz A, García-Moreno C, Herrero O, Yela M. et al. Valoración del riesgo de reincidencia. En: *Violencia de género. Programa de intervención para agresores. PRIA. Documentos Penitenciarios 7.* Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica. Madrid. 2010. p. 57-70.
- 185 Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco-Prieto P, González-Barranco JM, Ayuso-Martín P, Montero-Piñar MI. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la Atención Primaria. *Gac Sanit.* 2006; 20(3):202-8.
- 186 Ruiz-Perez I, Plazaola-Castaño J, Lozano MR. Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. *European Journal of Public Health.* 2007; 17(5): 437-43.

- 187 Salvador Sánchez L. Resilience in violence against women. A new approach for health professionals *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*. 2015;(1): 103-13.
- 188 Santamaría C. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Violencia de género hacia las mujeres con discapacidad: Un acercamiento desde diversas perspectivas profesionales*. Colección contra la violencia de género. Nº11. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- 189 Sanz-Barbero B, Rey L, Otero-García L. Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja. *Gac Sanit*. 2014; 28(2):102-08.
- 190 Schwartz JP, Hage SM, Bush I, Burns LK. Unhealthy parenting and potential mediators as contributing factors to future intimate violence: a review of the literature. *Trauma Violence & Abuse* 2006; 7(3):206–21.
- 191 Sepúlveda A. La Violencia de Género como causa Maltrato Infantil. *Cuad Med Forense*. 2006;12(43-4):149-64.
- 192 Serrano Hernández C. Un estudio sobre los efectos de la violencia de género en el desarrollo psíquico de las mujeres [tesis doctoral] Bilbao: Universidad de Deusto; 2013.
- 193 Servicio Murciano de Salud. Protocolo para la detección y atención de la violencia de género en Atención Primaria de la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad de Murcia; 2007.
- 194 Servicio Murciano de Salud. Programa Integral de Atención a la Mujer. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social; 2012.
- 195 Sharps PW, Koziol-McLain J, Campbell J, McFarlane J, Sachs C, Xu X. Health care providers' missed opportunities for preventing femicide. *Prev Med*. 2001; 33(5):373-80.
- 196 Soglin LF, Bauchat J, Soglin DF, Martin GJ. Detection of intimate partner violence in a general medicine practice. *J Interpers Violence*. 2009; 24(2):338-48. Feder G, Davies RA, Baird K, Dunne D, Eldridge S, Griffiths C, et al. Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2011; 378(9805):1788-95.
- 197 Sprague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham NK, Bhandari M et al. Barriers to screening for intimate partner violence. *Women Health*. 2012; 52(6):587-605.
- 198 Sprague S, Goslings JC, Hogentoren C, de Milliano S, Simunovic N, Madden J. et al. Prevalence of Intimate Partner Violence Across Medical and Surgical Health Care Settings: A Systematic Review. *Violence Against Women*, 2014; 20(1): 118–36.
- 199 Subdirección General de Cooperación y Relaciones Institucionales. El Consejo de Europa y la violencia de género. Documentos elaborados en la Campaña Paneuropea para

- combatir la violencia contra las mujeres (2006-2008). Madrid: Ministerio de Igualdad; 2008.
- 200 The Cochrane Database, Issue 6, 2013. Oxford: Update Software Ltd; 2013 [consultado 15-08-2014] Fellmeth GLT, Heffernan C, Nurse J, Habibula S, Sethi D. Educational and skills-based interventions for preventing relationship and dating violence in adolescents and young adults (Cochrane Review).
Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004534.pub3/epdf/standard>
- 201 Torres C, Robles JM, de Marco S. El ciberacoso como violencia de género en los jóvenes: Un riesgo en la sociedad de la información y el conocimiento. Colección contra la violencia de género. Nº 18. Madrid: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad; 2014.
- 202 Tourné M, Cánovas S, Velasco S, Torres AM, Martínez MT, Brotons J. Las respuestas eficaces de las mujeres maltratadas para salir de la situación de violencia de género: Un estudio cualitativo. En: Hilando en género. I Congreso Nacional de Violencia de Género y Salud. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2009. C62: 1-10.
- 203 Ulla S, Velázquez C, Notario B, Solera M, Valero N, Olivares A. Prevalence of intimate partner violence and its relationship to physical and psychological health indicators. *Int J Clin Health Psychol*. 2009; 9(3): 411-27.
- 204 UNIFEM/ONU Mujer. Femicidio, el asesinato de mujeres por el hecho de ser mujeres, no es más que la punta del iceberg. En: Poner fin a la violencia contra mujeres y niñas: los hechos. El Objetivo de Desarrollo del Milenio sin cumplir. [<http://luccaco.com/>] Centro virtual de conocimiento para poner fin a la violencia contra mujeres y niñas. UNIFEM/ONU Mujeres [consultado 05-06-2015]. Disponible en:
<http://www.endvawnow.org/uploads/modules/pdf/1372349315.pdf>
- 205 UNIFEM/ ONU Mujer. Cronología de Compromisos en las Políticas y Acuerdos Internacionales. En: Elementos esenciales de planificación para la eliminación contra la violencia de mujeres y niñas.
- 206 [<http://www.un.org/>] Centro virtual de conocimiento para poner fin a la violencia contra mujeres y niñas. UNIFEM/ONU Mujeres [2013/ acceso 5 de junio de 2015].
- 207 Disponible en: <http://www.endvawnow.org/uploads/modules/pdf/1372349315.pdf>
- 208 UNIFEM/ ONU MUJER. The Four Global Women's Conferences 1975-1995: Historical Perspective. [<http://www.un.org/>]. United Nations Department of Public Information 2000 [consultado 05-06-2015] Disponible en:
<http://www.un.org/womenwatch/daw/followup/session/presskit/hist.htm>

- 209 United Nations. World Conference on Human Rights Vienna, 14-25 June 1993. New York: United Nations Publication; 1993.
- 210 United Nations. Report of the World Conference to review and appraise the achievement of the United Nations decade for women: Equality, development and peace. Nairobi 15-26 July 1985. New York: United Nations Publication; 1986.
- 211 Urruzola MJ. Prevenir la violencia sexista, es posible. En: Foro de la violencia contra las mujeres. Córdoba: Ayuntamiento de Córdoba; 2006.
- 212 Usta J, Feder G, Antoun J. Attitudes towards domestic violence in Lebanon: a qualitative study of primary care practitioners. *Br J Gen Pract.* 2014; 64(623):313-20.
- 213 Versiones consolidadas del Tratado de la Unión Europea y del Tratado de Funcionamiento de la Unión europea. *Diario Oficial de la Unión Europea.* 26-10-2012. (2012/C 326/01).
- 214 Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, Gil-González D, Torrubiano J, Rohlf s I, Escribá-Agüir V. Perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por violencia del compañero íntimo en España. *Gac Sanit.* 2009; 23(5):410–14.
- 215 Vives-Cases C, Gil-González D, Carrasco-Portiño M, Álvarez- Dardet C. Detección temprana de la violencia del compañero íntimo en el sector sanitario. ¿Una intervención basada en la evidencia? *Med Clin (Barc).* 2006; 126:101-04.
- 216 Walker L. Descriptions of Violence and the Cycle of Violence. En: Walker L. *The Battered Woman Syndrome.* 3ª ed. New York: Springer Publishing Company; 2009. p. 85-105.
- 217 Widom CS, Czaja S, Dutton MA. Child abuse and neglect and intimate partner violence victimization and perpetration: a prospective investigation. *Child Abuse Negl.* 2014; 38(4):650-63.
- 218 White Ribbon. Sydney: WhiteRibbon.org; [consultado 30-08-2014]. Disponible en: <http://whiteribbon.org/au>
- 219 World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: WHO. 2013.
- 220 World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013.
- 221 Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non partner sexual violence. Geneva: World Health Organization. 2013.

- 222 World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization.2013.
- 223 Xunta de Galicia. Propuestas de transformación de la Atención Primaria en Galicia. Informe Técnico. Santiago de Compostela: Subdirección General de Calidad y Programas Asistenciales. Servicio Gallego de Salud. Escuela Gallega de Administración Sanitaria (FEGAS); 2009.
- 224 Zink T, Regan S, Goldenhar L, Pabst S, Rinto B. Intimate Partner Violence: What Are Physicians Perceptions? JABFP. 2004; 17(5):332-40.
- 225 Zorrilla B, Pires M, Lasheras L, Morant C, Seoane L, Sánchez LM et al. Intimate partner violence: last year prevalence and association with socio-economic factors among women in Madrid, Spain. European Journal of Public Health. 2010; 20(2):169-75.

10. ANEXOS.

Anexo I. Cuestionario para el estudio "Actitudes y actuación de los médicos de familia respecto a la violencia de género en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia".

CUESTIONARIO MÉDICOS DE FAMILIA*

1. DATOS BÁSICOS. Responda y marque lo que proceda con un círculo:

Centro de trabajo : Urbano/ Rural	Área Sanitaria: 1 2 3 4 5 6 7 8 9								
Año de licenciatura:	Estado Civil				Sexo Hombre Mujer		Edad		
Tamaño actual del cupo <500 500-1000 1000-1500 1500-2000 > 2000				Nº medio de pacientes en consulta/día <10 10-20 20-30 30-40 >40					
Número de horas (promedio) de atención directa a pacientes por día:				Hace guardias: Si / No En caso de contestar si, lugar donde las realiza: Centro Salud. PAC. SUAP. 061. Hospital					

2. Señale su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

1. La Violencia de Género (VG) es un problema social.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
2. La VG es un problema sanitario.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
2. La VG es un problema solo privado de la pareja.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo

3. Señale con qué frecuencia pregunta a sus pacientes si son víctimas de VG:

<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
----------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

4. Distintos estudios encuentran que, en general, los médicos preguntamos poco sobre la presencia de VG a nuestras pacientes. Los motivos aludidos con mayor frecuencia son los que a continuación se indican. Señale su grado de acuerdo o desacuerdo con cada uno de ellos:

1. No pregunto por miedo a ofender a la paciente.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
2. No pregunto porque me siento incómodo e inseguro al tratar estos temas con los pacientes.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
3. No se como preguntar estos temas.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
4. No pregunto porque me preocupa no poder controlar la reacción emocional de la víctima.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
5. No pregunto por las obligaciones judiciales posteriores que conlleva la detección de estos problemas.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
6. Prefiero no preguntar porque, aunque lo detecte, no puedo ofrecer soluciones apropiadas al problema.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
7. No tengo tiempo y el preguntar sobre este tipo de problemas lo exige.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
8. El problema de la VG no es cosa del médico sino del trabajador social.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
9. Otros motivos por los que no pregunto:					

5. Señale su grado de acuerdo o desacuerdo ante cada una de las posibles actuaciones del médico ante el problema de la VG que se indican a continuación:

1. El médico, ante cualquier paciente, debe de estar alerta ante la posibilidad de VG y preguntar sobre factores de riesgo.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
2. Debe de actuar solo cuando lo demanda la paciente.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
3. Debe de actuar solo cuando hay lesiones.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
4. Este es un problema de gran complejidad por lo que el médico debe limitarse a informar a la paciente y derivarla a servicios especializados.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
5. Debe ofrecer atención a todos los miembros de la familia, incluido el agresor, con el apoyo de otros profesionales del EAP y los Servicios Sociales de apoyo.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo

6. Con frecuencia, víctima y agresor comparten médico. En el supuesto de que usted sea el médico de ambos, señale su grado de acuerdo o desacuerdo ante cada una de las actuaciones con el agresor:

1. Contacto con él para entrevistarle.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
2. No procede por mi parte ninguna actuación con él.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
3. Le proporciono la orientación y consejo.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
4. Las personas violentas me producen un gran rechazo, por lo que si puedo, le invito a cambiarse de médico.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo

7. Si su paciente, víctima de VG tuviera hijos pequeños, responda a cada una de estas afirmaciones:

1. Habitualmente investigo si son víctimas, también ellos, de Malos Tratos.	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
2. Habitualmente se lo comunico al Pediatra.	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
3. Habitualmente se lo comunico al Trabajador Social.	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
4. Lo pongo en conocimiento del servicio de protección de la infancia.	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca

8. A través de la entrevista clínica y exploración ha llegado a la conclusión de que su paciente está siendo víctima de VG. Responda a cada una de las afirmaciones siguientes:

1. Valoro si corre un riesgo grave por sus lesiones físicas.	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
2. Ante lesiones físicas leves, emito parte judicial.	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
3. Valoro de algún modo el riesgo de suicidio.	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
4. En el maltrato psicológico, sin lesiones físicas hago parte judicial.	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
5. Le informo de los recursos sociales.	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
6. Si sospecho que la víctima corre riesgo de agresión grave, informo al juez o a la policía.	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca

9. Ante los casos de VG, indique con que frecuencia suele derivar a otros profesionales o instituciones:

1. Al Trabajador Social.	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
2. Al Hospital.	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
3. A la Policía.	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
4. Al Juzgado.	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
5. A los Servicios de Salud Mental.	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
6. A Asociación de Víctimas de VG u otras organizaciones de autoayuda.	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
7. A otras (decir cual).					

10. Cuando ha necesitado los recursos sociales (teléfono de atención a las víctimas, policía, servicio de protección a la infancia, etc.) la respuesta que obtuvo ha sido eficaz:

<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
----------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

11. Algunas situaciones se consideran de mayor riesgo para sufrir VG. Del listado siguiente responda **sí o no** respecto a aquellas que le parezcan que son situaciones de riesgo:

1. Tener un marido alcohólico	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
2. Antecedentes en la familia de origen de la víctima de VG	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
3. Antecedentes en la familia de origen del agresor de VG	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
4. Que la mujer sufra depresión	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
5. Desempleo o precariedad laboral del agresor	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
6. Estar embarazada	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

12. La presencia de algunos de estos síntomas debería hacernos pensar en la posibilidad de VG:

1. Crisis de ansiedad	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
2. Hiperfrecuentación en la consulta por motivos banales	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
3. Depresión	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
4. Dolores torácicos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
5. Abdominalgias inespecíficas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
6. Abortos de repetición	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
7. Dispepsia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

13. Es viernes a última hora de consulta y usted está de guardia. Tiene que atender a una víctima de agresión sexual (violación). Elija entre estas opciones la que usted llevaría a cabo (**solo una**) (marcar la opción con un círculo):

1. Le realizaría la primera atención tratando las lesiones y lavando y desinfectando las lesiones y la enviaría a continuación al hospital.
2. Tras hacer la primera atención urgente, haría la profilaxis de infecciones y la prevención de embarazo con la píldora post-coital, realizaría parte judicial y la enviaría a casa, citándola el lunes con el Trabajador Social.
3. Valoraría la situación, haría la primera atención de urgencia, realizaría parte judicial y derivaría inmediatamente al hospital en ambulancia.

14. Respecto a su formación en VG, puntúe del 1 al 5 las siguientes afirmaciones, teniendo en cuenta que: 5 = mucho, 4 = bastante, 3 = algo, 2 = poco, 1 = nada (marcar con un círculo):

1. Su capacidad para diagnosticar, tratar y orientar a una paciente víctima de VG.	5	4	3	2	1
2. La necesidad de recibir formación y entrenamiento sobre el abordaje de la VG	5	4	3	2	1
3. La formación recibida sobre VG	5	4	3	2	1

15. ¿De cuántos casos de VG ha tenido conocimiento en su cupo aunque usted directamente no los detectara?

Describe las características de los casos que recuerde:

Nº total:

Paciente	Edad	Tipo de Maltrato (Tabla 1) Citar todos los tipos encontrados en el caso	Detección del caso (Tabla 2)	Sospechó con anterioridad que pudiera ser víctima de VG (Contestar Si/No)	Nº aproximado de consultas realizadas por la víctima en el último año.	Uso de Psicofármacos (Contestar Si/No)
Nº 1						
Nº 2						
Nº 3						
Nº 4						
Nº 5						
Nº 6						
.....						
.....						
.....						

Tabla 1. Tipo de Maltrato	Tabla 2. Detección del caso
1. Físico 2. Psíquico 3. Sexual 4. Económico 5. Ambiental 6. Otros: especificar...	1. Por el Médico de Familia de la víctima 2. Por la Enfermera del cupo 3. Por el Pediatra 4. Por la Matrona 5. En Urgencias de AP. SUAP 6. En Urgencias del Hospital 7. Por el Trabajador Social 8. En Centro de Salud Mental 9. Policía 10. Otros (especificar...)

* Cuestionario Médicos de Familia: Modificado de: "Conocimientos y actitudes de los médicos de familia respecto a la violencia doméstica y opinión de la víctimas de maltrato en relación a su actuación". Sonia Herrero Velázquez; 2011.

16. ¿Qué opina sobre el screening/detección sistemática de la VG en Atención Primaria?

17. ¿Encuentra algún tipo de dificultad para la detección de víctimas de VG en su trabajo diario? En caso de que su respuesta sea positiva, ¿cuáles son las más importantes?

18. ¿Encuentra algún tipo de dificultad para la asistencia a mujeres víctimas de VG en su trabajo diario? En caso de que su respuesta sea positiva, ¿cuáles son las más importantes?

19. ¿Qué propuesta haría para mejorar la detección y asistencia a las mujeres víctimas de VG en la realidad asistencial actual de Atención Primaria?

Anexo II. Resolución de la Comisión de Investigación del Área 2 de Salud del Servicio Murciano de Salud para el presente estudio.



Cartagena, 23 de abril de 2014

La **Comisión de Investigación del Área 2 de Salud y la Jefatura de Estudios del Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena** han revisado la documentación correspondiente al Proyecto de Tesis Doctoral, titulado: **"Actitudes y conocimientos de los médicos de familia respecto a la violencia de género"**, presentado por la investigadora D^a Rosario Morales López.

Tras su revisión atenta se ha acordado la siguiente valoración del proyecto:

No existe ninguna objeción para la realización del citado Proyecto.

Fdo.: Pablo Conesa Zamora
Presidente de la Comisión de
Investigación



Fdo.: Trinitario Sánchez Montón
Jefe de Estudios


Hospital General Universitario
Santa Lucía
C/ Mezquita s/n, Paraje los Arcos
Barrio de Santa Lucía, 30202 - Cartagena - Murcia

Anexo III. Resolución del Comité Ético de Investigación Clínica del Área 2 de Salud del Servicio Murciano de Salud para el presente estudio.



Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social



D^a LALY GÓMEZ SANNICOLÁS, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Sta. M^a del Rosell, Área II de Salud del Servicio Murciano de Salud,

CERTIFICA:

Que este Comité ha revisado la documentación referente al trabajo de investigación: "**Actitudes y conocimientos de los médicos de familia respecto a la violencia de género**" y **acepta** que este trabajo se realice en el Área II de Salud por D^a **Rosario Morales López** como investigadora principal.

Y para que conste se expide el presente certificado en Cartagena a veinticinco de abril de dos mil catorce.



Fdo. D^a Laly Gómez Sannicolás

Mod. I - 1/2
Int./Ext.



Hospital General Universitario "Santa Lucía": C/ Mezquita, s/n. Paraje los Arcos - 30202 Santa Lucía (Cartagena) - Telf. 968 12 86 00
Hospital Universitario "Sta. M^a del Rosell": Paseo Alfonso XIII, 61 - 30203 Cartagena - Telf. 968 50 48 00

Anexo IV. Carta de solicitud de colaboración dirigida a coordinadores médicos de los centros de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud.

En Murcia, a 4 de febrero de 2014

Estimado/a compañero/a:

Quiero informarte de la investigación que actualmente estamos desarrollando en el Departamento de Ciencias Sociosanitarias de la Universidad de Murcia, en colaboración con la Consejería de Sanidad y Política Social y el Servicio Murciano de Salud.

El objetivo principal de esta investigación es estudiar los conocimientos y actitudes de los médicos de familia respecto a la violencia de género.

Por este motivo, me dirijo a ti para pedir tu colaboración:

Se trata de distribuir los cuestionarios que se adjuntan en este sobre a los médicos de familia de tu Centro de Salud que han sido seleccionados por muestreo aleatorio entre todos los CIAS existentes en Atención Primaria.

Dado que es un cuestionario anónimo, los sobres no llevan ninguna identificación pero sí es importante saber las personas que no han respondido con la finalidad de poder sustituir las por otras para alcanzar el tamaño muestral necesario.

Teniendo en cuenta esto, adjunto también un listado de CIAS para señalar los que han cumplimentado el cuestionario.

Una vez cumplimentados los cuestionarios y guardados en sobre cerrado, te ruego los envíes, junto con el listado de CIAS, en el sobre dirigido a la Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación, en el plazo de 10 días a partir de la fecha en la que recibes esta carta.

Te agradezco de antemano el esfuerzo y la dedicación de tu valioso tiempo.

Quedo a tu disposición para cualquier información / aclaración adicional que necesites al respecto (rosario.morales@carm.es) (tfno. 669969659).

Sin otro particular, aprovecho para enviarte un cordial saludo.

Rosario Morales López
Médico de Familia
Centro de Salud Cartagena –Oeste

Anexo V. Carta de solicitud de colaboración dirigida a los médicos de familia de los centros de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud.

En Murcia, a 4 de febrero de 2014

Estimado/a compañero/a:

Quiero informarte de la investigación que actualmente estamos desarrollando en el Departamento de Ciencias Sociosanitarias de la Universidad de Murcia, en colaboración con la Consejería de Sanidad y Política Social y el Servicio Murciano de Salud.

El objetivo principal de esta investigación es estudiar los conocimientos y actitudes de los médicos de familia respecto a la violencia de género. Por este motivo, me gustaría invitarte a participar y expresar tu opinión al respecto rellenando el cuestionario que te adjunto. Comentarte que es anónimo y toda la información facilitada será tratada de forma estrictamente confidencial.

Una vez cumplimentada la encuesta, sólo precisa ser entregada en el sobre facilitado para tal fin al Coordinador Médico o Responsable de Violencia de Género de tu Centro.

Tu opinión es muy importante y permitirá, sin lugar a dudas, obtener información útil para el desarrollo de diferentes actuaciones de mejora en materia de Atención a la Violencia de Género en nuestra Región. Me gustaría, por tanto, agradecerte de antemano el esfuerzo y el valioso tiempo dedicado a esta investigación.

Quedo a tu disposición para cualquier información / aclaración adicional que necesites al respecto (rosario.morales@carm.es)

Sin otro particular, aprovecho para enviarte un cordial saludo.

Rosario Morales López
Médico de Familia
Centro de Salud Cartagena –Oeste

Anexo VI. Carta de solicitud de colaboración dirigida a los socios de la Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria (SMUMFYC).

En Murcia, a 23 de Enero 2014

Estimado/a compañero/a:

Quiero informarte de la investigación que actualmente estamos desarrollando en el Departamento de Ciencias Sociosanitarias de la Universidad de Murcia, en colaboración con la Consejería de Sanidad y Política Social y el Servicio Murciano de Salud.

El objetivo principal de esta investigación es estudiar los conocimientos y actitudes de los médicos de familia respecto a la violencia de género. Por este motivo, en estos días puede ser que recibas un cuestionario si tu CIAS ha sido seleccionado por muestreo aleatorio. Como no podía ser de otra manera se trata de un cuestionario anónimo y toda la información facilitada será tratada de forma estrictamente confidencial.

Te dirijo esta carta para solicitar tu colaboración en este proyecto que forma parte de mi Tesis Doctoral.

Me gustaría, por tanto, agradecerte de antemano el esfuerzo y el valioso tiempo dedicado a cumplimentar el cuestionario previamente citado.

Quedo a tu disposición para cualquier información / aclaración adicional que necesites al respecto (rosario.morales@carm.es)

Sin otro particular, aprovecho para enviarte un cordial saludo.

Rosario Morales López
Médico de Familia
Centro de Salud Cartagena –Oeste

