

# Evolución de la formación en violencia de pareja hacia la mujer de los profesionales sanitarios

Ana Belén Arredondo Provecho

Diplomada en Enfermería. Licenciada en Humanidades. Doctora en Ciencias de la Salud

Sexto premio. III Premios de Investigación CODEM 2019

**Cómo citar este artículo:** Arredondo Provecho, A.B., Evolución de la formación en violencia de pareja hacia la mujer de los profesionales sanitarios. *Conocimiento Enfermero* 5 (2019): 17-36.

## RESUMEN

La violencia de pareja hacia la mujer representa un problema relevante de salud pública. Causa consecuencias en la salud, por ello nos planteamos como objetivos conocer la evolución de la formación de los profesionales sanitarios; identificar los formados; comparar el nivel de conocimiento, opiniones, barreras organizativas y propuestas de mejora.

**Material y método.** Se revisaron los datos referentes a la formación sanitaria. Se realizó un estudio descriptivo transversal, en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Los datos se recogieron en un Excel diseñado para el estudio. Para el análisis estadístico se utilizaron el SPSS 17 y el STATA 12.

**Resultados.** La evolución de la formación de los profesionales sanitarios representa entre el 3-4%. Los profesionales más formados fueron los de atención primaria, seguidos de especializada. En la encuesta, la tasa de respuesta fue del 15% en el último año frente al 60%. El 50.9% creen que no hay consenso en la actuación; el 20% conocen el protocolo de actuación.

**Discusión.** Los profesionales sanitarios a día de hoy tienen una formación escasa en VPM. Cada vez están más concienciados, tienen menos estereotipos y más herramientas de intervención, pero es necesario que las conozcan y las apliquen en el día a día asistencial.

**Palabras clave:** violencia de género; salud pública; violencia de pareja; personal de salud.

## Evolution of training in partner violence towards women of healthcare professionals

### ABSTRACT

Partner violence against women represents one of the problems of most relevant public health. It causes health consequences, so the objective is to know the evolution of training in Violence of Partners towards Women of health professionals; identify who have trained; compare the level of knowledge, opinions, organizational barriers and proposals for improvement.

**Material and method.** The data referring to the training of the health professionals. A descriptive cross-section study was carried out in the Hospital Universitario Fundación Alcorcón. The data collection was done in an Excel spreadsheet designed for the study. For the statistical analysis, SPSS 17 and STATA 12 were used.

**Results.** The evolution of the training of health professionals represents between 3-4%. Primary care professionals were the most trained, followed by specialized care centres. Regarding the results of the survey, the response rate in 2016 was 15% compared to 60% in 2008. 50.9% believed that there is no consensus in the performance; 20% know the protocol of action.

**Discussion.** Today's healthcare professionals have little training in VPM. Every day they are more aware, they have fewer stereotypes and more tools to intervene, but it is necessary they are known and applied in day to day care.

**Keywords:** gender-based violence; public health; intimate partner violence; health personnel.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/83>

## Introducción

La violencia de pareja hacia la mujer está presente en todos los países y se presenta indistintamente en todas las culturas, clases sociales, edades, niveles de educación, categorías económicas y grupos étnicos. Ninguna sociedad puede jactarse de estar libre de ella. Las dimensiones globales del fenómeno son alarmantes [1].

Representa una de las violaciones de los derechos humanos más extendida, que niega a mujeres y niñas la igualdad, seguridad, dignidad, autoestima y el derecho a gozar de las libertades fundamentales. Además, supone un obstáculo para lograr los objetivos de igualdad, desarrollo y paz que marcan las declaraciones internacionales de los derechos humanos [2].

Es un azote ubicuo que desgarrar el tejido comunitario y amenaza la vida, la salud y la felicidad de todos nosotros. Una proporción considerable del coste de la violencia, no solo entendido en términos económicos, corresponde a su repercusión en la salud de la víctima y a la carga que impone a las instituciones sanitarias [3].

No se conoce la magnitud real del problema, ya que las investigaciones que se han llevado a cabo se han realizado a través de encuestas poblacionales o indirectamente mediante indicadores como los datos de mortalidad, denuncias, uso de los recursos disponibles, condenas y órdenes de protección por esta causa.

Un estudio realizado a nivel mundial en 35 países concluye que entre el 10% y el 52% de las mujeres había sufrido maltrato físico por parte de su pareja o expareja en algún momento de su vida, y entre el 10% y el 30% había sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja [4].

Según el informe elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), realizado a través de una revisión sistemática mediante compilación de la evidencia en la literatura revisada por pares hasta 2008 e incluyéndose estudios de datos primarios de encuestas a mujeres mayores de 15 años que representan todas las regiones del mundo, el 30% de las mujeres, que alguna vez han tenido pareja, han experimentado violencia física o sexual por parte de él. El 38% del número total de homicidios femeninos se debe a la VPM. Siendo variables los porcentajes de esta violencia entre el 23% y el 47% en las diferentes regiones del mundo,

aunque no se ha incluido en el estudio la violencia psicológica por falta de acuerdo sobre las medidas estándar para valorarla. [5].

En lo que concierne a la Unión Europea, los resultados reflejan que el 22% de las mujeres que han tenido una relación de pareja con un hombre ha experimentado violencia física o sexual por su parte. El 43% de este número de mujeres ha sufrido alguna forma de violencia psicológica por parte de su actual pareja masculina o una anterior. Las cifras de prevalencia varían en los distintos países de un 32% en Finlandia, 27% en Noruega, 25% en Alemania [6].

En España, para conocer la magnitud del problema se han realizado cinco macroencuestas dirigidas a mujeres de 18 o más años, cada cuatro años. En concreto, se han llevado a cabo en los años 1999, 2002, 2006, 2011 y 2015 [7].

En la primera encuesta (1999), el 12,4% de las mujeres entrevistadas reunieron los requisitos establecidos en la definición de maltrato y el 4,2% fueron autoclasificadas como maltratadas en el último año. En la segunda (2002), los porcentajes que se obtuvieron como resultado para estas mismas cuestiones fueron del 11,1% y 4%; y en la tercera (2006), 9,6% y 3,6% respectivamente. Además, el 63,8%, el 67,7% y el 70,4% de ellas declaran que estas situaciones se venían produciendo desde hacía más de cinco años. En el año 2011 fue del 10,9%, un porcentaje que equivaldría a más de 2.150.000 mujeres [8].

La encuesta más reciente introdujo cambios respecto a las anteriores. Se entrevistó, por primera vez, a mujeres desde los 16 años, se mejoró la metodología y se empleó un nuevo cuestionario adaptado a las directrices internacionales marcadas por la Organización de las Naciones Unidas y la Unión Europea. Esto permitió sacar a la luz nuevos casos de violencia contra la mujer que habían permanecido ocultos en las encuestas anteriores. También permitió comparar los datos con los que se obtuvieron en el contexto de la Unión Europea [9].

En ella, el 12,5% del total de mujeres residentes en España de 16 o más años declara haber sufrido violencia física o sexual por parte de sus parejas o exparejas en algún momento de su vida, frente al 22% de la Unión Europea [9]. En concreto, el 10,3% ha sufrido violencia física, frente al 20% de la UE; el 8,1% ha sufrido violencia sexual, fren-

te al 7% que se aprecia en el contexto europeo. El 25,4%, violencia psicológica de control –como impedirle que vea a otras personas o vaya a determinados sitios–, frente al 35% de la UE. El 21,9% de las mujeres españolas ha experimentado violencia psicológica emocional –como insultos o amenazas–, frente al 32% que se aprecia en el contexto europeo. El 10,8%, violencia económica, frente al 12% de la UE. Asimismo, el 85,2% de las víctimas de violencia física, el 94% de las de violencia sexual y el 95,4% de las de violencia psicológica emocional, manifiesta que los hechos violentos se suelen producir en más de una ocasión. Por otro lado, el 13% de las mujeres ha tenido miedo de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida y el 2,9% afirma haber sentido miedo de manera constante.

Hay un dato esperanzador, el 77,60% de las mujeres declaran que han conseguido salir de su situación de maltrato, frente al 72,48% que lo habían hecho en la encuesta anterior.

El 22,36% de estas mujeres acudieron al sistema sanitario para solicitar ayuda, frente al 29,22% a psicólogos o psiquiatras. No podemos olvidarnos de los menores, ya que el 63,6% de las mujeres afirman que sus hijos/as presenciaron o escucharon estos episodios de violencia.

En la Comunidad de Madrid [10] se han realizado tres encuestas poblacionales a mujeres entre 18 y 70 años para medir la magnitud y el impacto en la salud de la VPM en los años 2004, 2009 y 2014. La evolución de la prevalencia con un IC del 95%, ha sido 10,1% (8,8-11,4), con la participación de 2.136 mujeres; de 12% (10,8-13,2) en 2.835 y 7,6% (6,7-8,6) en 2.992 encuestadas.

De la encuesta de 2014 se obtiene que el 2,2% ha experimentado violencia física y el 1,5%, violencia sexual. En esta última encuesta, dentro de la violencia psicológica, los comportamientos más frecuentes fueron las críticas o la desvalorización, el silencio, desprecio, control y los insultos, los cuales se presentaron con una frecuencia cercana al 50%. El 2,8% (IC 95%: 2,2-3,4) refirieron alguna conducta de acoso o control a través de medios electrónico.

En los últimos años, ha aumentado el número de estudios destinados a la estimación de las consecuencias de estas situaciones para la salud de las mujeres, tanto en nuestro país como en los de nuestro entorno y en EE.UU.

Las conclusiones generales, que se pueden extraer de estos trabajos, son que la VPM aumenta el riesgo de mala salud a la vez que empeora la percepción de esta y que los daños físicos y psicológicos aparecen tanto a corto como a medio y largo plazo [11,12,13].

Un estudio realizado en la Comunidad de Madrid [14] sobre la magnitud, impacto en salud y aproximación a los costes sanitarios, basado en información que proporcionaron las víctimas, concluye que presentan peor salud autopercibida y mayor morbilidad crónica, por lo que necesitan utilizar los servicios sanitarios con mayor frecuencia. Además, refieren más accidentes en el último año, mayor número de consultas por problemas de estado de ánimo y superior déficit de descanso que las mujeres sin situación de violencia. Por ello, son fundamentales para la detección y abordaje de estos casos.

Según los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el año 2018 cuarenta y siete mujeres han sido asesinadas por su pareja o expareja y 3 menores han resultado víctimas de este tipo de violencia [15,16].

Si en algo coincide la comunidad científica internacional es en la necesidad de proporcionar una respuesta multisectorial coordinada para prevenir y tratar la VPM [13,17,18].

La Organización de las Naciones Unidas define la violencia de pareja hacia la mujer (VPM) como: “todo acto de violencia basado en la pertenencia al género femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” [19].

En el contexto español, los términos “violencia de pareja hacia la mujer” y “violencia de género” son completamente equivalentes. El artículo 1.1 de la Ley Orgánica 1/2004, de 29 de diciembre, establece que es: “[L]a violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia” [20].

Las situaciones de violencia sobre la mujer afec-

tan también a los menores que se encuentran dentro de su entorno familiar, víctimas directas o indirectas de esta violencia [20,21]. Para reflejar esta realidad, en España, recientemente se modificó el sistema de protección a la infancia y a la adolescencia que incluye a los menores como víctimas directas de la VG [22,23].

Tal es la envergadura del problema, que el día 24 de julio del año 2017, en España se firma un Pacto de Estado contra la violencia de género. Los esfuerzos que se están llevando a cabo para combatir la VPM son esenciales, por eso es importante que la normativa refleje el empeño por acabar con esta lacra para la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado la VPM como un factor esencial en el deterioro de la salud, ya que las agresiones físicas, psíquicas y sexuales, suponen pérdidas, a veces irreparables, en la esfera biológica, psicológica y social de las mujeres y de sus hijas e hijos. Por ello, la ha declarado como una prioridad de salud pública en todo el mundo de proporciones epidémicas [11].

El sistema sanitario juega un papel importante a la hora de abordar este problema que requiere una intervención multisectorial y multidisciplinar. Desde una perspectiva de salud pública, tan importante como que existan unos protocolos de intervención y abordaje de la VPM es el hecho de que existan programas sólidos de prevención y servicios de apoyo legales y sociales bien coordinados [18,19,20,21]. Los servicios sanitarios cuentan con profesionales de diferentes disciplinas (enfermería, medicina, trabajo social, psicología, matronas, fisioterapeutas, etc.) que han de coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento de las diversas problemáticas a las que pretende dar respuesta el sistema sanitario, haciendo posible la intervención desde un Modelo de Atención Integral a la Salud [18,24].

En muchas ocasiones, se requiere de intervenciones interdisciplinarias con profesionales que no siempre se encuentran en el mismo centro sanitario, por lo que se hace necesaria la coordinación entre todas las instituciones implicadas con la finalidad de dar respuesta integral e integrada a este tipo de situaciones.

En este sentido, es de gran relevancia el papel de las/os trabajadoras sociales entre cuyas tareas se encuentra la investigación de factores psicoso-

ciales que inciden en el proceso de salud-enfermedad, la valoración psicosocial, la elaboración de un proyecto de intervención integral y la derivación y coordinación con otras instituciones y profesionales dentro y fuera del sistema sanitario. Así como su participación en el seguimiento y derivación de las mujeres y, en su caso, de sus hijas/os.

Los profesionales de la salud son, a menudo, el primer punto de contacto para las personas que logran sobrevivir a esta violencia. Por lo tanto, ocupan un lugar privilegiado, no solo para identificar los casos y prestar la asistencia sanitaria adecuada a cada situación, sino también para orientarlas y derivarlas a otros recursos que consideren convenientes para su recuperación. Incluye los recursos que se encuentran fuera del sistema sanitario, como programas específicos o puntos municipales de violencia [25].

Numerosas normativas internacionales hacen referencia a la importancia de la formación de los profesionales sanitarios para intervenir de manera coordinada y multidisciplinar en estas situaciones.

En España su importancia queda recogida en La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género[20].

Como hemos podido comprobar, el sector sanitario ha desempeñado siempre un papel fundamental respecto a la detección y atención de la VPM y ha intentado, en todo momento, ayudar y ofrecer soluciones en los centros sanitarios de cualquier rincón del mundo. Asimismo, se han puesto en práctica numerosos protocolos y políticas de carácter preventivo, asistencial, de formación y de reconocimiento de violencia contra las mujeres, en función de los instrumentos jurídicos nacionales disponibles en esta materia.

A pesar de todas las iniciativas descritas, los profesionales sanitarios manifiestan tener dificultades para detectar la VPM y actuar frente a esta [26,27].

Algunos organismos internacionales han puesto de manifiesto, en numerosas ocasiones, la necesidad de una capacitación efectiva de los profesionales para abordar este problema de salud [28,29], a pesar de lo cual, la bibliografía acerca del grado de formación y de la capacitación de profesionales de la salud en esta materia es relativamente escasa.

## Objetivos

- Conocer la evolución de la formación en VPM de los profesionales sanitarios en España y en la Comunidad de Madrid.
- Identificar el número de profesionales sanitarios en total y por nivel asistencial que han acudido a la formación impartida sobre violencia de pareja hacia la mujer.
- Comparar el nivel de conocimientos, las opiniones y las propuestas de mejora que plantean los profesionales del Hospital Universitario Fundación Alcorcón en los años 2008 y 2016.

## Material y método

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva en bases de datos nacionales e internacionales. Se han revisado también las tesis doctorales sobre el tema de los últimos 5 años. Se ha creado una alerta con los descriptores recomendados por la terminología Mesh y DECS para mantener actualizada la bibliografía hasta concluir el estudio.

Para estudiar la situación de la formación de los profesionales sanitarios se han revisado los Informes de Violencia de Género del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para los años desde el 1998 al 2000 y 2006; del Consejo General del Poder Judicial, para los años del 2001 al 2014 y de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, para el resto.

Los datos referidos a la formación, se recogen desde el año 2004, que es cuando comienzan a aparecer en los informes citados de forma global en los primeros y luego más detallados, hasta el 2016, que es el último año que están publicados.

Para comparar el nivel de conocimientos, las opiniones y describir las propuestas de mejora que plantean los profesionales del HUFA se han realizado dos estudios descriptivos transversales mediante una encuesta anónima y voluntaria realizada en el año 2008 y repetida en el año 2016. La primera fue dirigida a profesionales que trabajaban en urgencias, obstetricia, pediatría, psiquiatría y directivos y se distribuyó en papel. La segunda a toda la organización y se utilizó una plataforma de acceso on-line (SurveyMonkey). Se tomó de un estudio similar realizado por Siendones et al. [30]. Se

modificó mediante el consenso de varios profesionales de la salud con experiencia en formación sobre VPM, para adaptarlo a los objetivos del estudio. Se muestra en el anexo 1.

Consta de 33 preguntas. Las 26 primeras van dirigidas a contestar los objetivos planteados, las 5 siguientes corresponden a los datos sociodemográficos de los profesionales encuestados y las 2 últimas tienen que ver con la formación. Dentro de las 26 primeras se analizan 3 cuestiones:

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

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

## Resultados

La formación de los profesionales sanitarios sobre VPM comienza a registrarse en España en el año 2004. En la CAM desde el año 2005 ya forma parte de la Estrategia general elaborada por la Comisión Técnica para la Coordinación de las Acciones de Salud frente a la Violencia de Pareja hacia las Mujeres. Se plantean acciones formativas Centralizadas desde la Agencia Laín Entralgo en colaboración con las Direcciones Generales implicadas. Además, para su diseño se sigue el “Documento Técnico 122: Criterios de formación en violencia de pareja hacia las mujeres”.

Los datos del año 2005 de la CAM, no aparecen reflejados en los informes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad hasta junio que se unen a los del año 2006, por ello en este estudio se han tomado de los expuestos por la Agencia Laín Entralgo en las Jornadas técnicas sobre VPM organizada por la Comisión Técnica “Análisis de la experiencia de formación de profesionales sanitarios en violencia de género en la Comunidad de Madrid” y disponibles en intranet: [www.salud.madrid.org](http://www.salud.salud.madrid.org).

Esta formación se complementó con los cursos de formador de formadores que impartió para todas las CCAA la Escuela Nacional de Sanidad,

también sirvieron para establecer redes entre profesionales.

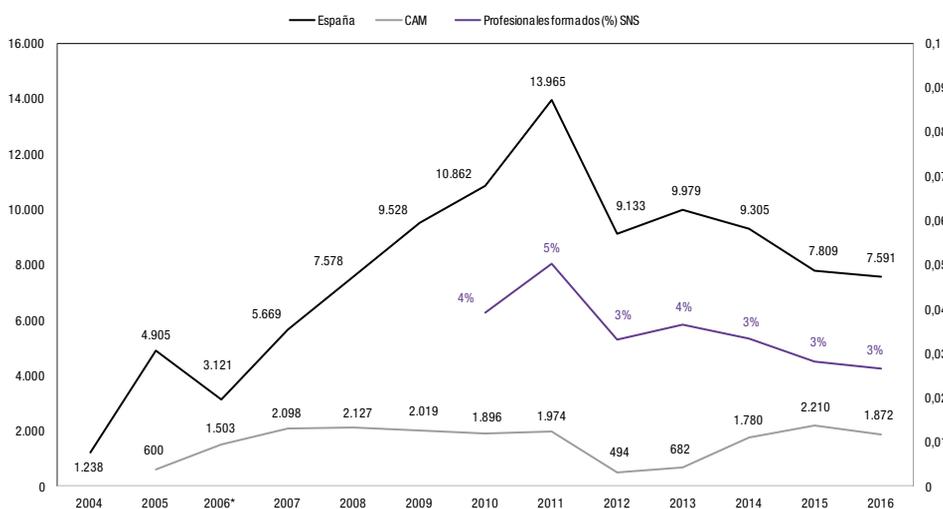
A nivel nacional, se observa un claro aumento desde el año 2006 en el número de profesionales que asisten a la formación, mientras que en la CAM se mantiene. A partir del año 2011 se reduce de manera notable el número de profesionales formados a nivel nacional y autonómico. El porcentaje de profesionales formados en el Sistema Nacional de Salud es pequeño en torno al 3-4%, sin cambios a lo largo del tiempo, como se muestra (Figura 1).

Si analizamos el número de profesionales sanitarios que han recibido formación, vemos que los que más han participado son los de Atención Primaria, seguidos de Atención Especializada, destacando los que trabajan en los servicios de urgencias como los que menos formación han recibido (Figura 2).

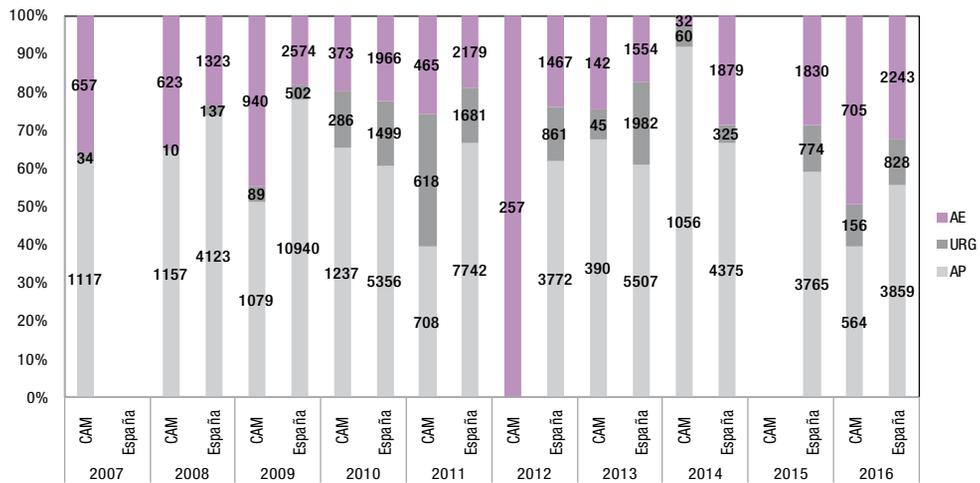
Si comparamos los datos de la encuesta del año 2008 con los de año 2016 de los profesionales de atención especializada del Hospital Universitario Fundación Alcorcón hospital obtenemos los siguientes resultados:

Respecto al nivel de conocimiento hay diferencias estadísticamente significativas en 3 de las 10 preguntas, como se observa en la tabla 1 y en la figura 3.

**Figura 1.** Profesionales que se han formado en España y en la CAM.



Fuente: Elaboración propia a partir de los Informes de Violencia de Género del Ministerio de Sanidad. \*Los datos del 2006 son del 30 de junio del 2005 al 31 de diciembre de 2006. Los datos del 2005 hasta junio de la CAM, se han tomado de los presentados por la Agencia Laín Entralgo en la Jornada Técnica: “Análisis de la experiencia de formación de profesionales sanitarios en violencia de género en la Comunidad de Madrid”. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016.

**Figura 2.** Total de profesionales con formación por nivel asistencial en España y en la CAM.

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de Violencia de Género del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

**Tabla 1.** Nivel de conocimiento de los profesionales 2008-2016.

NIVEL DE CONOCIMIENTO		2008	2016	p-valor
		N=88	N=235	
P5. Crees que el significado de “Violencia doméstica; Malos Tratos; Violencia de género” es el mismo o crees que hay diferencias entre ellos	Hay diferencias	56 (65,1%)	89 (38,4%)	<0,001
	Son similares	30 (34,9%)	143 (61,6%)	
	NC*	2 (2,3%)	3 (1,3%)	
P6. Piensas que la violencia doméstica en nuestra sociedad es un problema:	Algo frecuente y poco frecuente	12 (13,6%)	36 (15,3%)	0,705
	Muy frecuente y bastante frecuente	76 (86,4%)	199 (84,7%)	
P7. Crees que la mayoría de las/los pacientes que la sufren:	Comunican su situación	3 (3,5%)	3 (1,3%)	0,193
	Pasan desapercibidas	82 (96,5%)	232 (98,7%)	
	NC*	3 (3,4%)		
P8. ¿Sabes lo que es el fenómeno “iceberg” en la violencia doméstica?	No	62 (71,3%)	118 (51,1%)	0,001
	Sí	25 (28,7%)	113 (48,9%)	
	NC*	1 (1,1%)	4 (1,7%)	
P9. ¿Conoces cuál podría ser el porcentaje de casos que NO son diagnosticados con los medios actuales?	10%-70%	73 (86,9%)	186 (84,5%)	0,604
	70%-90%	11 (13,1%)	34 (15,5%)	
	NC*	4 (4,5%)	15 (6,4%)	
P10. Sabrías ordenar de más a menos frecuentes los tipos de violencia (un 1 para el más frecuente y un 3 para el menos frecuente):	No	28 (31,8%)	157 (66,8%)	<0,001
	Sí	60 (68,2%)	78 (33,2%)	
P11. Se asocia más la violencia doméstica a clases sociales:	Altas o bajas	40 (45,5%)	111 (47,6%)	0,726
	Las dos por igual	48 (54,5%)	122 (52,4%)	
	NC*		2 (0,9%)	
P14. ¿Cuál de estos tres factores crees que influye más en que existan malos tratos en nuestro medio?	Nivel sociocultural/nivel socioeconómico bajo	49 (58,3%)	129 (57,8%)	0,939
	En trámite de separación o divorcio	35 (41,7%)	94 (42,2%)	
	NC*	4 (4,5%)	12 (5,1%)	

NIVEL DE CONOCIMIENTO		2008	2016	p-valor
		N=88	N=235	
P15. Conoces las repercusiones legales que se pueden derivar de no declarar un caso evidente de violencia doméstica	No	77 (87,5%)	187 (80,3%)	0,13
	Sí	11 (12,5%)	46 (19,7%)	
	NC*		2 (0,9%)	
P16. Conoces las obligaciones legales de los sanitarios ante la mera sospecha de un caso de violencia doméstica	No	55 (62,5%)	133 (56,8%)	0,358
	Sí	33 (37,5%)	101 (43,2%)	
	NC*		1 (0,4%)	
Conocimiento	N	75	204	0,273
	Media $\pm$ Desviación	5,07 $\pm$ 1,63	4,79 $\pm$ 1,72	
	Mediana (p25-p75)	5 (4-6)	5 (4-6)	
	Rango	2-9	1-9	

Figura 3. Resumen de conocimiento de los profesionales 2008-2016.

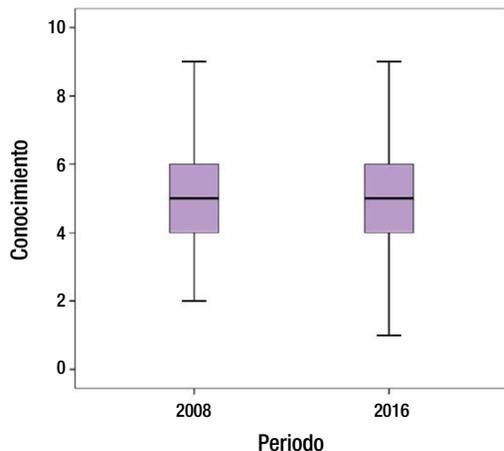


Figura 4. Resumen de conocimiento por categoría profesional 2008-2016.

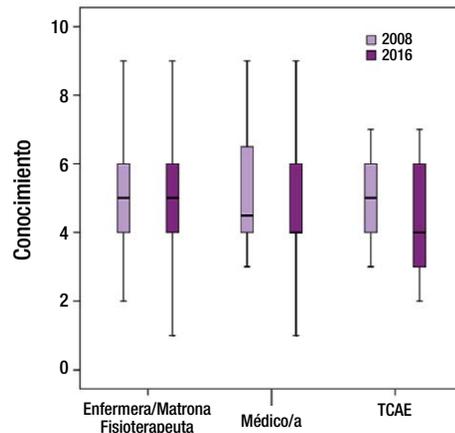


Tabla 2. Nivel de conocimiento por categoría profesional 2008-2016.

CONOCIMIENTO		2008	2016	p-valor
Enfermera/Matron-a/Fisioterapeuta	N	25	83	0,431
	Media $\pm$ Desviación	5,2 $\pm$ 6,5	4,87 $\pm$ 6	
	Mediana (p25-p75)	4 (9-5)	4 (9-5)	
	Rango	1,98-2	1,68-1	
Médico/a	N	16	67	0,763
	Media $\pm$ Desviación	5,19 $\pm$ 6,75	4,96 $\pm$ 6	
	Mediana (p25-p75)	4 (9-4,5)	4 (9-4)	
	Rango	1,91-3	1,79-1	
TCAE	N	24	17	0,763
	Media $\pm$ Desviación	4,88 $\pm$ 6	4,41 $\pm$ 6	
	Mediana (p25-p75)	4 (7-5)	3 (7-4)	
	Rango	1,3-3	1,77-2	

El nivel de conocimientos se mantiene similar en ambos años, como muestra la figura 3.

Por categoría profesional, no hay diferencias estadísticamente significativas entre los años com-

parados, como muestra la tabla 2 y se resume en la figura 4.

Respecto a la opiniones de los profesionales que respondieron a la encuesta, se resumen en la tabla 3.

**Tabla 3.** Opinión de los profesionales aspectos generales de la temática 2008-2016.

OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES		2008	2016	p-valor
		N=88	N=235	
P12. Según tu opinión, las mujeres que sufren maltrato con más frecuencia son:	Amas de casa o Mujeres sin estudios o Extranjeras	24 (27,3%)	45 (19,2%)	0,117
	Cualquier tipo de mujer	64 (72,7%)	189 (80,8%)	
	NC*		1 (0,4%)	
P13. Habitualmente el maltratador es un hombre:	Bebedor o Consumidor de drogas o En paro	24 (27,3%)	31 (13,4%)	0,003
	Como otro cualquiera	64 (72,7%)	200 (86,6%)	
	NC*		4 (1,7%)	
P17. ¿Crees que es importante el problema?	Algo importante/Poco importante	1 (1,1%)	1 (0,4%)	0,005
	Muy importante/Bastante importante	87 (98,9%)	233 (99,6%)	
	NC*		1 (0,4%)	
P20. ¿Crees que hay consenso en la actuación de todos los profesionales que participan en la atención de la mujer víctima de violencia doméstica?	No	57 (68,7%)	115 (50,9%)	0,000
	Sí	26 (31,3%)	111 (49,1%)	
	NC*	5 (5,7%)	9 (3,8%)	
P21. A la hora de identificar y solucionar este problema, crees que es un asunto mas de la/los	Policía o Jueces o Psicólogos o Trabajadores sociales o Sanitarios	6 (6,9%)	5 (2,2%)	0,001
	Todos	81 (93,1%)	226 (97,8%)	
	NC*	1 (1,1%)	4 (1,7%)	
P22. ¿Cuál de estas opiniones cree que se adapta más a la situación actual de este problema, en relación con la infradetección?	Mal	18 (20,5%)	185 (79,7%)	<0,001
	Bien	70 (79,5%)	47 (20,3%)	
	NC*		3 (1,3%)	

\* Porcentajes calculados sobre el total de encuestados, el resto se calculan sobre el total de casos válidos.

**Tabla 4.** Actuación de los profesionales 2008-2016.

PAUTAS DE ACTUACIÓN		2008	2016	p-valor
		N=88	N=235	
P2. ¿Ha detectado en alguna ocasión durante el desempeño de su trabajo algún caso de violencia de pareja hacia la mujer?	No	53 (60,2%)	177 (75,3%)	0,008
	Sí	35 (39,8%)	58 (24,7%)	
P2. ¿Cuántos casos habrás visto en los últimos tres meses durante tu jornada laboral?	1-3	25 (71,4%)	18 (85,7%)	0,245
	4-6	5 (14,3%)		
	7 o más	5 (14,3%)	3 (14,3%)	

PAUTAS DE ACTUACIÓN		2008	2016	p-valor
		N=88	N=235	
P18. En tu trabajo habitualmente mantienes una actitud expectante para diagnosticar estos casos:	Siempre o normalmente no	45 (51,7%)	85 (37,8%)	0,025
	Siempre o normalmente sí	42 (48,3%)	140 (62,2%)	
	NC*	1 (1,1%)	10 (4,3%)	
P19. En tu trabajo, ante un/a paciente con lesiones físicas, te planteas como diagnóstico diferencial la posibilidad de que sea un maltrato	No	37 (43,5%)	69 (31,7%)	0,051
	Sí	48 (56,5%)	149 (68,3%)	
	NC*	3 (3,4%)	17 (7,2%)	

Tabla 5. Opinión de los profesionales aspectos organizativos en la detección 2008-2016.

P25. Crees que hay problemas organizativos o estructurales en tu trabajo que impiden diagnosticar estos casos	No	33 (42,9%)	115 (57,5%)	0,029
	Sí	44 (57,1%)	85 (42,5%)	
¿Por qué?	Falta de formación e información del personal	25 (30,9%)	15 (17,6%)	0,047
	Estamos en una sociedad pasiva. Si no te toca de cerca no se hace nada		1 (1,2%)	
	Demasiada burocracia		2 (2,4%)	
	La mujer niega los hechos		1 (1,2%)	
	Falta de comunicación con la paciente		3 (3,5%)	
	Aspectos jurídicos. Ley de protección de datos		1 (1,2%)	
	Desconocimiento de recursos		10 (11,8%)	
	Desconocimiento del protocolo y coordinación entre profesionales	17 (21%)	27 (31,8%)	0,116
	Alta presión asistencial	14 (17,3%)	30 (35,3%)	0,009

Tabla 6. Propuestas de mejora organizativa de los profesionales en la detección 2008-2016.

Si pudiera cambiar la organización funcional de su lugar de trabajo, ¿qué haría o cambiaría para mejorar la capacidad de detección de mujeres que sufren violencia de pareja?	Mayor tiempo disponible para los pacientes	19 (23,5%)	12 (5,1%)	<0,001
	Lograr mayor coordinación interdisciplinaria	17 (21%)	6 (2,6%)	<0,001
	Más trabajadores sociales y presencia de psicólogo	7 (8,6%)	6 (2,6%)	0,025
	Condiciones que propicien la intimidad. No presencia del agresor	6 (7,4%)	8 (3,4%)	0,205
	Problema de concienciación e implicación	5 (6,2%)	1 (0,4%)	0,005
	Partes de lesiones específicos. Burocracia	3 (3,7%)	1 (0,4%)	0,053
	Formulario de notificación	1 (1,2%)	1 (0,4%)	0,448
	Informar a AP	2 (2,5%)	1 (0,4%)	0,163
	Suficiente personal		3 (1,3%)	
	Formación		16 (6,8%)	
	Guía breve. Coordinación		4 (1,7%)	

**Tabla 7.** Propuestas de mejora en la concienciación de los profesionales. 2008-2016.

PROPUESTAS DE MEJORA		2008	2016	p-valor
		N=88	N=235	
<b>P23. ¿Cuáles cree que son las principales funciones de los profesionales del Hospital en este problema?</b>	Identificar y detectar precozmente los posibles casos	63 (76,8%)	105 (44,7%)	<0,001
	Escuchar, dar confianza y apoyo, informar, asesorar, derivar a otros	47 (57,3%)	38 (16,2%)	<0,001
	Poner en conocimiento de las autoridades, denunciar	26 (31,7%)	33 (14%)	<0,001
	Comunicación y coordinación con otros profesionales		23 (9,8%)	
	Tratar lesiones físicas y apoyo psicológico		19 (8,1%)	
	Protocolo de protección		15 (6,4%)	
	Derivar a Servicios Sociales y psicólogos		7 (3%)	
	Formarse para detectarlo y ponerlo en manos de quien corresponda		6 (2,6%)	
	Educar desde la edad pediátrica y adolescentes para prevenir estos		5 (2,1%)	
<b>Si quisiera modificar el comportamiento de los sanitarios, aumentando su grado de concienciación, ¿con qué tres razonamientos lo haría?</b>	Es un problema que puede afectar a cualquier persona. Tenemos una	32 (39,5%)	35 (14,9%)	<0,001
	Alto coste		1 (0,4%)	
	Problema frecuente y grave. Necesidad de cambio		33 (14%)	
	Impide mostrar su valía en la sociedad machista a la que pertenecemos		18 (7,7%)	
	Mejorar la coordinación con las autoridades competentes		8 (3,4%)	
	Formación específica y conocer el protocolo de actuación		20 (8,5%)	
	Es un problema de salud. Tenemos obligación como profesionales	29 (35,8%)	56 (23,8%)	0,036
	Desamparo de las mujeres y muerte evitable		3 (1,3%)	
	Concienciarse y responsabilizarse		43 (18,3%)	
	Es un problema social importante	13 (16%)	12 (5,1%)	0,002
	Conocer protocolo de actuación		8 (3,4%)	
	Nuestra actuación puede salvar vidas	1 (1,2%)	15 (6,4%)	0,08

Las actuaciones llevadas a cabo se resumen en la tabla 4.

Los profesionales en ambos años creen que hay problemas organizativos y citan algunos, como muestra la tabla 5. Nos dan algunas pistas que favorecerían la detección de casos de violencia como muestra la tabla 6. Plantean algunas propuestas de mejora, que se muestran en la tabla 7.

## Discusión

Desde la puesta en marcha de la Ley de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género en España y de la Ley específica de la Comunidad de Madrid, se están llevando a cabo planes formativos dirigidos a los profesionales sanitarios, sin embargo, aún son escasos los profesionales sa-

nitarios que tienen formación. Ésta está relacionada con un mayor nivel de detección de casos y con una correcta intervención como muestran algunos estudios previos [31-34].

Además la violencia de pareja hacia la mujer aumenta el riesgo de mala salud a la vez que empeora la percepción de esta y los daños físicos o psicológicos aparecen tanto a corto, como a medio o largo plazo [24, 35-39]. A mayor duración e intensidad de la violencia, mayor gravedad de los síntomas [40]. De las mujeres que refieren haber sufrido lesiones por esta causa, el 12,6% recibieron asistencia sanitaria en urgencias ambulatorias u hospitalarias y refieren mayor morbilidad y por tanto, mayor utilización de los recursos sanitarios [35,39]. Los servicios sanitarios son la primera institución a la que acude la mujer por esta causa, por lo tanto deberíamos abordar estos casos minuciosamente y de manera individualizada, poniendo a disposición de la mujer el recurso más idóneo, teniendo en cuenta la fase de cambio en la que se encuentra [24]. Para poder intervenir adecuadamente es clave la formación de los profesionales sanitarios como refleja este estudio y otros previos ya citados en el texto. Los profesionales sanitarios deben de conocer los protocolos de actuación y los recursos específicos con los que puede contar la mujer para asesorarla correctamente.

Tanto en España como en la CAM, los profesionales que más asistieron a actividades de formación fueron los de atención primaria, seguidos de los de atención especializada y los que menos fueron los de los servicios de urgencias. Por lo tanto es prioritario implementar los planes de formación continuada particularmente en atención especializada y en urgencias.

La investigación publicada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2015, identifica un porcentaje más elevado de profesionales con formación específica. Revela que el 60,3% de las doctoras y el 49,7% de los doctores de atención primaria tienen algún tipo de formación en VPM. El hecho de haberla recibido y tener más experiencia se relacionó con una mayor probabilidad de diagnosticar a una víctima de VPM [41]. Sin embargo, como este estudio está centrado en atención primaria, no aporta información sobre la formación del resto de servicios sanitarios, ni sobre otros profesionales como los de enfermería, quienes también se encuentran implicados en la atención a estas víctimas.

Nuestro estudio también pone de manifiesto que son los profesionales de AP los que más formación han recibido y concreta que las actividades realizadas con más frecuencia son las de sensibilización, los profesionales que más participan son los de enfermería, en contraposición con el estudio referido anteriormente [41] y tal cómo manifiesta el Consejo interterritorial [42].

Solo unos pocos profesionales aplican las guías y protocolos puestos en marcha para facilitar la práctica clínica [43], en este estudio, el 80% no conocían el protocolo de actuación del hospital. Los factores asociados a mayores niveles de detección de violencia de género en los/as profesionales fueron haber recibido formación, así como la confianza en la propia habilidad para detectar dichas situaciones, como muestran otros estudios [33, 34, 36].

Con el paso del tiempo, disponen de más herramientas de intervención, pero es imprescindible que las conozcan para que las puedan aplicarlas. En el año 2016, e de los profesionales que han respondido a la encuesta, saben que hay un protocolo de actuación, pero lo conocen el 20%, en contraposición con el 55,3% de atención primaria que si conocían las de su comunidad autónoma y el 33% había leído el protocolo común de actuación sanitaria [35]. Tres cuartas partes de personal de los servicios de urgencias (76%), desconocen la existencia del protocolo de actuación [37].

Cabe destacar los estudios que relacionan la detección de casos con el hecho de haber recibido formación específica y conocer el protocolo de actuación. Así, la investigación de Valdés et al [27] publicada en 2016, realizada con profesionales de enfermería que trabajan en atención primaria, afirma que tener un nivel alto de conocimiento influye en la realización del diagnóstico diferencial ante lesiones físicas y en una mayor aplicación del protocolo, pero no en la detección de forma significativa. Además, explican que la baja detección (29%) se relaciona con bajo conocimiento, autopercepción baja del conocimiento, falta de formación y la falta de aplicación del protocolo. Igualmente, otro estudio realizado en 2014 [44] afirma que el conocimiento de los protocolos de actuación y el haber recibido formación específica está significativamente relacionado con la detección de casos. Sin embargo, en este estudio, el 26% de los profesionales sanitarios encuestados, no hizo nada cuando la detectó y un 5% pensaba que no es su competencia.

De cara a mejorar la coordinación entre los profesionales implicados, independientemente de la institución a la que pertenezcan, se debería plantear una formación básica conjunta. Su objetivo es homogeneizar criterios claros de intervención favoreciendo la elaboración de protocolos conjuntos multidisciplinares de actuación.

Esto es un reto de futuro, pues no es fácil poner en marcha y coordinar este tipo de actividad por la complejidad de las instituciones implicadas, pero sería fundamental para garantizar la seguridad de la víctima y no revictimizarla.

De hecho, el 98% de los profesionales piensan que este problema se solucionaría entre todos los implicados, pero que no hay consenso en la actuación. Difundir las herramientas puestas en marcha, tanto a nivel de la comunidad como del hospital estudiado, podrían favorecer la homogeneización de las actuaciones en el ámbito sanitario y garantizar una atención integral y de calidad complementaria a la que realizan otras instituciones implicadas.

El sector sanitario es ideal para contribuir a los esfuerzos de prevención debido a la colaboración multisectorial que lo caracteriza [17, 18].

Según los resultados de este estudio debería implementarse la formación en todos los niveles asistenciales, pero particularmente en Atención especializada y en urgencias. A pesar de las actividades formativas que se están llevando a cabo desde la administración pública, los resultados obtenidos ponen de manifiesto que un amplio número de profesionales carecen de esta formación específica. Por tanto, resulta necesaria la continuidad de estos procesos formativos junto con la colaboración de otras entidades responsables como son los colegios profesionales.

Por otra parte, debería incluirse de manera oficial en las universidades de Enfermería, Medicina, Trabajo social, Derecho, Psicología, Magisterio, además de formar parte de los programas de acogida en los hospitales tanto para los residentes como para los trabajadores de nueva incorporación.

Hay que plantear la formación buscando estrategias que realmente lleguen al profesional, como realizarla en los lugares asistenciales y en los turnos de trabajo para facilitar su participación, buscando momentos de menos carga asistencial.

No debemos olvidar que la falta de conocimiento, habilidades e información sobre los servi-

cios de apoyo existentes, también puede poner en riesgo la seguridad, la vida y el bienestar de estas pacientes [25]. Plantear un seguimiento y evaluación de las intervenciones realizadas permitirían mejorar la calidad del trabajo [25].

Pocos estudios se han realizado sobre el efecto de la formación en las intervenciones y esto sería muy interesante para plantear actividades formativas que sean capaces de llegar al terreno asistencial. En este sentido, es muy novedoso el taller que planteamos el año pasado utilizando el aprendizaje experiencial, pero aún no hemos medido el impacto. Estamos trabajando en ello.

Se hace imprescindible evaluar el plan de formación en atención especializada con el fin de adaptar la formación a las necesidades reales y cambiantes que van teniendo los profesionales para intervenir en esta problemática.

Como último apunte sobre las recomendaciones en lo referente a la formación de profesionales, se destaca que es fundamental recibir un *feedback* de los casos que se han tratado y que se lleve un análisis de ellos desde un enfoque multidisciplinar. Plantear una evaluación nos puede ayudar a conocer las dificultades que encuentran los profesionales y que podríamos resolver con los recursos y las herramientas puestas en marcha. Adoptar estas modificaciones resulta una tarea compleja debido a la enorme cantidad de hospitales que tiene la Comunidad de Madrid, pero realizable.

Para que el modelo sea posible, es necesario que exista un proceso de formación continua de los profesionales. Según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud [11], la formación debería centrarse en aspectos sobre prevención, detección precoz y, como también coincide el Ministerio de Sanidad español, la atención integral a la mujer y a los menores que viven estas situaciones.

Sin embargo, desde la puesta en marcha de los planes de formación se han llevado a cabo pocas evaluaciones sobre la formación que se imparte en el contexto de la atención especializada. En España, el gobierno Balear evaluó las iniciativas que se han hecho en su territorio [31] y en la Comunidad de Madrid se ha realizado una evaluación intermedia en Atención Primaria [36], pero sería interesante evaluar las acciones formativas de atención especializada y urgencias.

## Limitaciones

Hay que tener en cuenta que se ha estudiado sólo la formación en los profesionales sanitarios y para dar una respuesta multidisciplinar y coordinada como se requiere, falta conocer la formación en el resto de profesionales que intervienen en esta problemática.

Me refiero a los profesionales que intervienen en los puntos municipales de violencia, en programas específicos de intervención, en los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado y en los juzgados especializados en violencia de género.

Tampoco se ha valorado en los trabajadores sociales que son claves en la coordinación y asignación de recursos disponibles.

Todos estos profesionales, además de intervenir con las personas afectadas, pueden emitir informes sobre la afectación de la mujer, si llega a denunciar la situación y el/la Juez/a lo solicita. Resultando claves para que la mujer esté bien asesorada y acompañada antes de tomar una decisión.

## Conclusiones

La intervención en los casos de Violencia de Pareja hacia la Mujer, debe ser exquisita en todo momento y, especialmente, en la primera intervención, ya que de esta actuación deriva que la mujer se planteé abandonar la situación en la que se encuentra. Se ha trabajado mucho en la elaboración de guías y protocolos de actuación como herramientas que faciliten a los profesionales la detección e intervención, el reto está en que las conozcan y las utilicen en su tarea diaria. La formación podría implementar la detección, mejorar la intervención y la coordinación interinstitucional de forma que podríamos garantizar la seguridad de las mujeres que la padecen y de la de las personas que conviven en el hogar. Se hace imprescindible implementar y evaluar las intervenciones formativas, analizarlas y adaptarlas a las necesidades reales que manifiestan los profesionales. Sería fundamental incluirla, como una materia más en la formación universitaria, tanto en pregrado como en postgrado, particularmente en ciencias de la salud, ciencias sociales y derecho.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF. La violencia doméstica contra mujeres y niñas. Innocenti Dig [Internet] 2000 [citado 2017 ago 1];(no 6). Available from: <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/digest6s.pdf>
2. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer: Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. Nueva York: Naciones Unidas; 1996.
3. Miller TR, Cohen MA, Rossman SB. Victim Costs of Violent Crime and Resulting Injuries. *Health Aff (Millwood)* 1993;12(4):186-97.
4. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet* 2008;371(9619):1165-72.
5. García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N. Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2013.
6. Jaspard M, ENVEFF É. Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France. Paris Doc Fr 2003.
7. Red2Red Grupo, Pernas Riaño B. El estado de la cuestión en el estudio de la violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género; 2011.
8. Sigma Dos, S. A. III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres [Internet]. Madrid: Instituto de la mujer; 2006 [citado 2017 ago 3]. Available from: <http://www.usc.es/export9/sites/webinstitucional/gl/servizos/oix/descargas/IIImacroencuesta.2006.IM.pdf>
9. Unión Europea, editor. Violence against women: an EU-wide survey ; main results. Luxemburg: Publications Office of the EU; 2014.
10. Pichiule M, Gandarillas A, Ordobás M, Sonogo M, Zorrilla B, Pires M, et al. Violencia de pareja hacia las mujeres: 3o Encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de

- Madrid, 2014 [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad. Dirección General de Atención Primaria.; 2014 [citado 2017 ago 1]. Available from: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DVPM+19112014+definitivo+\\_2\\_.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352861196413&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DVPM+19112014+definitivo+_2_.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352861196413&ssbinary=true)
11. Organización Mundial de la Salud. Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública. Resolución WHA49.25. [Internet]. Ginebra, Suiza: 1996 [citado 2017 ago 1]. Available from: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/resources/publications/en/WHA4925\\_spa.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf)
  12. De Miguel Luken V de. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Centro de Publicaciones; 2015.
  13. Organización Panamericana de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2002.
  14. Lasheras Lozano L, Pires Alcaide M, Zorrilla Torras B, Sánchez Gómez LM, Seoane Pascual L, Morant Ginestar C. Magnitud, impacto en salud y aproximación a los costes sanitarios de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública; 2008.
  15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Fichas de víctimas mortales por violencia de género [Internet]. 2017a [citado 2017 mar 30]; Available from: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/victimasmortales/fichaMujeres/home.htm>
  16. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Fichas de menores víctimas mortales [Internet]. 2017b [citado 2017 mar 30]; Available from: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/victimasmortales/fichaMenores/home.htm>
  17. Organización Mundial de la Salud. World Health Assembly Resolution on Strengthening the role of the health system in addressing violence, in particular against women and girls, and against children [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014. Available from: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_R15-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R15-en.pdf)
  18. López Rodríguez RM, Peláez Moya S. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de publicaciones; 2012.
  19. Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer [Internet]. 1993 [citado 2017 ago 1]. Available from: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/48/104>
  20. Cortes Generales. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género [Internet]. 2004 [citado 2017 ago 1]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2004/BOE-A-2004-21760-consolidado.pdf>
  21. Asamblea de Madrid. Ley 5/2005, de 20 de diciembre, integral contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid [Internet]. 2005 [citado 2017 ago 1]. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/2006/03/02/pdfs/A08515-08526.pdf>
  22. Moreno-Torres Sánchez J. Modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Guía para profesionales y agentes sociales. [Internet]. Málaga: Save the Children; 2015 [citado 2017 ago 1]. Available from: [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/modificacion\\_del\\_sistema\\_de\\_proteccion\\_a\\_la\\_infancia\\_y\\_a\\_la\\_adolescencia.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/modificacion_del_sistema_de_proteccion_a_la_infancia_y_a_la_adolescencia.pdf)
  23. Cortes Generales. Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia [Internet]. 2015 [citado 2017 ago 2]. Available from: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-8222](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-8222)
  24. Polo Usaola C, Romero Claver I, Pires Alcaide M, García Delgado C, Arredondo Provecho A, Muñoz Cano M, et al. Guía de actuación en atención especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria; 2010 [citado 2017 ago 1]. Available from: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017023.pdf>
  25. UNFPA, WAVE. Strengthening Health System Responses to Genderbased Violence in Eastern Europe and Central Asia: A Resource Package [Internet]. Estambul: UNFPA Regional Office for Eastern Europe and Central Asia; 2014 [citado 2017 ago 24]. Available from: <http://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/WAVE-UNFPA-Report-EN.pdf>

26. Arredondo Provecho AB, Broco-Barredo M, Alcalá-Ponce de León T, Rivera-Álvarez A, Jiménez Trujillo I, Gallardo-Pino C. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2012. *Rev Esp Salud Pública* 2012; 86:85-99.
27. Valdés Sánchez CA, García Fernández C, Sierra Díaz Á. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. *Aten Primaria* 2016; 48(10): 623-31.
28. UNFPA, WAVE. Strengthening Health System Responses to Genderbased Violence in Eastern Europe and Central Asia: A Resource Package [Internet]. Estambul: UNFPA Regional Office for Eastern Europe and Central Asia; 2014 [citado 2017 ago 24]. Available from: <http://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/WAVE-UNFPA-Report-EN.pdf>
29. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening Women for Intimate Partner Violence in Healthcare Settings [Internet]. En: The Cochrane Collaboration, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2015 [citado 2017 ago 15]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007007.pub3>
30. Siendones Castillo R, Perea-Milla López E, Arjona Huertas JL, Agüera Urbano C, Rubio Gallo A, Molina Molina M. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Emergencias* 2002;14(5):224-32.
31. Carmona Franco A, Pou Navarro T. Evaluación de la atención sanitaria especializada ante la violencia de género en las Islas Baleares. Palma de Mallorca: Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum; 2010.
32. Coll-Vinent B, Echeverría T, Farràs Ú, Rodríguez D, Millá J, Santiñà M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit* 2008; 22: 7-10.
33. Ferrer Pérez VA, Bosch Fiol E, Ramis Palmer MC. La formación de los/as profesionales de la salud para afrontar la violencia contra las mujeres en la pareja. *Clínica Salud* 2008; 19: 59-81.
34. Elliott L, Nerney M, Jones T, Friedmann PD. Barriers to Screening for Domestic Violence. *J Gen Intern Med* 2002; 17(2): 112-6.
35. Ortiz-Barreda G, Vives-Cases C. Violencia contra las mujeres: el papel del sector salud en la legislación internacional. *Gac Sanit* 2012; 26(5): 483-9.
36. García Riobobos C, Pires Alcaide M, Lasheras Lozano ML, Abad Revilla A, Duro Martínez JC, Sánchez Suárez JL. Línea estratégica de formación continuada de profesionales de atención primaria sobre violencia de pareja hacia las mujeres. Madrid: 2008.
37. Larrauri Barandela MA, Rodríguez Alonso E, Castro Feijóo TM, Ojea Montes B, Blanco Gómez MA. Conocimiento y actitudes de los profesionales de urgencias sobre la violencia de género. *Rev Páginas en enfermería* 2010; II(7): 36-45.
38. Sanz-Barbero B, Rey L, Otero-García L. Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja. *Gac Sanit* 2014;28(2):102-8.
39. Montero I, Ruiz-Perez I, Martín-Baena D, Talavera M, Escribà-Agüir V, Vives-Cases C. Violence Against Women from Different Relationship Contexts and Health Care Utilization in Spain. *Womens Health Issues* 2011; 21(5): 400-6.
40. 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* [Internet] 2007 [citado 2017 ago 2]; 7(1). Available from: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-7-12>
41. Meneses Falcón C, Marcos Marcos J, Díaz Arjona M, Santos Álvarez C, Parra Almoguera JA, Rey Pérez de Pipaón M, et al. La Atención Primaria frente a la Violencia de Género. Necesidades y Propuestas [Internet]. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género; 2015. Available from: [http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Atencion\\_Primeria\\_VG.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Atencion_Primeria_VG.pdf)
42. Comisión contra la Violencia de Género, Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Informe Violencia de Género 2013 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de publicaciones.; 2013. Available from: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/01-INFORME\\_VG\\_2013.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/01-INFORME_VG_2013.pdf)

43. Salmona M. Comprendre les conséquences psychotraumatiques des violences [Internet]. 2015 [citado 2017 ago 4]; Available from: [https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/2015Comprendre\\_les\\_consequences\\_psychotraumatiques\\_des\\_violences-Cahors-Albi-Rodez.pdf](https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/2015Comprendre_les_consequences_psychotraumatiques_des_violences-Cahors-Albi-Rodez.pdf)
44. Alcaraz CL, Roche FP, Hernández MT, Meseguer CB, Rodríguez JDP, Esparza AO. Formación y detección de la violencia de género en la profesión sanitaria. Rev Enferm UFSM [Internet] 2014 [citado 2017 ago 26]; 4(1). Available from: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/11010>

## ANEXO 1. Encuesta sobre sensibilización de los profesionales de atención especializada en Violencia de Pareja Hacia la Mujer<sup>1</sup>.

1. ¿Conoces algún caso de violencia de pareja hacia la mujer en tu entorno?
  - Sí     No
2. ¿Has detectado en alguna ocasión durante el desempeño de tu trabajo algún caso de violencia de pareja hacia la mujer?
  - Sí     No

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

¿Cómo actuó?

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

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

  - No tengo la formación necesaria     Me preocupa ser llamado/a para testificar
  - No es mi competencia     No tengo tiempo suficiente     Otros .....
3. ¿Sabías que en tu hospital existe una Comisión contra la Violencia de Pareja hacia la Mujer?
  - Sí, ya lo sabía     NO, es la primera noticia que tengo del tema
4. ¿Existe un protocolo de actuación para la atención sanitaria a estas pacientes en tu hospital?
  - Sí     No

4.1. En caso de existir ¿lo conoces?

  - Sí     No
5. ¿Crees que el significado de “violencia de pareja hacia la mujer”; “malos tratos” y “violencia de género” es el mismo o crees que hay diferencias entre ellos?
  - Son similares los tres     Hay diferencias (explícalo) .....
6. Piensas que la violencia de pareja hacia la mujer en nuestra sociedad es un problema:
  - Muy frecuente     Bastante frecuente     Algo frecuente     Poco frecuente
7. ¿Crees que la mayoría de las pacientes que la sufren?:
  - Comunican su situación     Pasan desapercibidas
8. ¿Sabes lo que es el fenómeno “Iceberg” en la violencia de pareja hacia la mujer?
  - No     Sí (explícalo) .....
9. ¿Conoces cuál podría ser el porcentaje de casos que NO son diagnosticados habitualmente?
  - 10 – 30%     30 – 50%     50 – 70%     70 – 90%
10. ¿Sabrías ordenar de más a menos frecuente los tipos de violencia de pareja hacia la mujer? (un 1 para el más frecuente y un 3 para el menos frecuente):
 

Físico ..... Psicológico ..... Sexual .....
11. La violencia de pareja hacia la mujer se asocia más a clases sociales:
  - Altas     Bajas     Las dos por igual
12. Según tu opinión, las mujeres que sufren violencia de pareja hacia la mujer con más frecuencia son:
  - Amas de casa     Mujeres sin estudios     Extranjeras     Cualquier tipo de mujer

<sup>1</sup> Modificada a partir de la utilizada en el estudio de Siendones Castillo R. et al. Violencia doméstica y profesionales sanitarios.

13. Habitualmente el maltratador es un hombre:
- Bebedor     Consumidor de drogas     En paro     "Como otro cualquiera"
14. ¿Cuál de estos tres factores crees que influye más en que exista violencia de pareja hacia la mujer en nuestro medio?
- Nivel sociocultural bajo     Estar en trámites de separación/divorcio
- Nivel socioeconómico bajo
15. ¿Conoces las repercusiones legales que pueden derivarse de no declarar un caso evidente de violencia de pareja hacia la mujer?
- Sí     No
16. ¿Conoces las obligaciones legales de los sanitarios ante la mera sospecha de un caso de violencia de pareja hacia la mujer?
- Sí     No
17. ¿Crees que es importante el problema de la violencia de pareja hacia la mujer?
- Muy importante     Bastante importante
- Algo importante     Poco importante
18. En tu trabajo habitual ¿mantienes una actitud expectante para diagnosticar estos casos?
- Siempre sí     Normalmente sí     Normalmente no     Siempre no
19. En tu trabajo, ante una paciente con lesiones físicas, ¿te planteas como diagnóstico diferencial la posibilidad de que sea un caso de violencia de pareja hacia la mujer?
- Siempre sí     Normalmente sí     Normalmente no     Siempre no
20. ¿Crees que hay consenso en la actuación de todos los profesionales que participan en la atención de la mujer víctima de violencia de pareja?
- Siempre sí     Normalmente sí     Normalmente no     Siempre no
21. A la hora de identificar y solucionar este problema ¿quién crees que debería ocuparse del asunto?:
- Policía     Jueces     Psicólogos     Trabajadores sociales
- Sanitarios     Todos
22. ¿Cuál de estas opiniones crees que se adapta más a la situación actual de este problema, en relación con la infradetección? (elija una opción):
- A. Creo que las pacientes que sufren violencia de pareja deberían insistir más, tener una postura más firme y solicitar más la ayuda de la sociedad.
- B. Creo que es necesario seguir mejorando los sistemas de detección y la coordinación entre los distintos estamentos y profesionales implicados.
- C. Estas pacientes piensan que su problema no tiene solución y que la sociedad no las respalda. Creo que ellas necesitarían cambiar este concepto erróneo y deberían darse cuenta de las posibilidades que existen.
- D. Creo que las pacientes que sufren violencia de pareja no disponen todavía de las facilidades necesarias y precisan más ayuda.
23. ¿Cuáles crees que son las principales funciones de los profesionales del hospital en el tratamiento de este problema?
- .....
24. Si quisieras modificar el comportamiento de los sanitarios, aumentando su grado de concienciación, ¿con qué 3 razonamientos lo harías?
- .....

25. ¿Crees que hay problemas organizativos o estructurales en tu trabajo que impiden diagnosticar estos casos?
- No     Sí ¿por qué? .....
26. Si pudieras cambiar la organización funcional de tu lugar de trabajo ¿qué harías o cambiarías para mejorar la capacidad de detección de mujeres que sufren violencia de pareja?
- .....
- .....
27. Categoría profesional a la que perteneces:
- Enfermería     Auxiliar de Enfermería     Médico/a     Matrona
- Fisioterapeuta     Trabajo social     Celador/a     Auxiliar administrativo/a
- Otras (especificar cuál) .....
28. Desempeñas tus funciones en:
- Urgencias     Hospitalización     Servicios especiales     Dirección
- Consultas     Otros (especificar cuál) .....
29. Sexo:
- Hombre     Mujer
30. Edad: ..... Años de experiencia profesional .....
31. Estado civil:
- Casado/a     Soltero/a     Viudo/a     Separado/a-divorciado/a     Otros
32. ¿Has realizado algún curso de formación sobre violencia de pareja hacia la mujer?
- Sí     No
33. ¿De cuántas horas aproximadamente?
- .....

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

Muchas gracias por su participación.