



LA ATENCIÓN PRIMARIA FRENTE A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

NECESIDADES Y PROPUESTAS

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género



© Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad
Centro de Publicaciones
Pº del Prado, nº 18 - 28014 – MADRID

NIPO en línea: 680-15-159-X

Este estudio a ha sido realizado por la Fundación Casanova.

Equipo de Trabajo:

Carmen Meneses Falcón (Dirección y coordinación, Fundación Luz Casanova)

Jorge Marcos Marcos (Investigador Técnico)

Marta Díaz Arjona (Investigadora Técnica)

Cristina Santos Álvarez (Centro de Salud García Noblejas, Madrid)

Enrique Roberto Durán Garrido (Centro de Salud Eloy Gonzalo, Madrid)

José Antonio Parra Almoguera (Centro de Salud Ntra. Sra. de Fátima, Madrid)

Mireia Rey Pérez de Pipaón (Consultorio Médico Local de VV. del Pardillo, Madrid)

Julia Ruiz Quero (Asesora Fundación Luz Casanova)

Correo electrónico: publicaciones@msssi.es
<http://www.publicacionesoficiales.boe.es>

Índice

Presentación	4
Resumen	6
1. Antecedentes	8
1.1. Salud y violencia de género: Aproximación al marco conceptual	
1.2. La violencia de género como problema social en España	
1.3. Violencia de género en el ámbito sanitario: Magnitud del problema	
1.4. Circunstancias y condiciones de vulnerabilidad en el maltrato por violencia del compañero íntimo	
1.5. Consecuencias de la violencia de género en las mujeres	
1.6. La detección de la violencia de género en Atención Primaria: Barreras y obstáculos para la identificación y diagnóstico del maltrato	
2. Objetivos	42
2.1. Objetivo general	
2.2. Objetivos Específicos	
3. Resultados	43
3.1. Perfil de los encuestados	
3.2. Percepción y opinión sobre violencia de género	
3.3. Información-Formación sobre violencia de género	
3.4. Experiencia en violencia de género del personal médico	
3.5. Obstáculos y dificultades en la atención a la violencia de género	
3.6. Propuestas	
3.7. Observaciones ofrecidas.	
4. Conclusiones	66
5. Recomendaciones	70
6. Metodología	72
6.1. Fase preliminar: revisión bibliográfica y diseño del cuestionario	
6.2. Fase de implementación del estudio	
Agradecimientos	81
Referencias bibliográficas	82
Anexos: Cuestionario	96

Siglas y abreviaturas

AMA	Asociación Médica Americana
AP	Atención Primaria
DGVG	Delegación del Gobierno para la Violencia de Género
MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PAPPS	Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud
SEMERGEN	Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
SEMFYC	Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
SNS	Sistema Nacional de Salud
VG	Violencia de Género

PRESENTACIÓN

La 49ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS (1996) supuso un gran impulso a la formulación de planes de acción para avanzar en la adopción de enfoques científicos en materia de prevención de la violencia. Los primeros estudios confirmaron los indicios: la violencia contra la mujer era un problema mucho más grave y generalizado de lo que se había puesto de manifiesto hasta el momento.

Decía Amartya Sen (2002), en su ensayo *Desigualdad de género. La misoginia como problema de salud pública*, que “el mundo en el que vivimos, se caracteriza por una distribución profundamente desigual del peso de las adversidades entre hombres y mujeres”. Por desigualdades de género en salud, se entienden las diferencias entre varones y mujeres en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas (Whitehead, 1992). En este sentido, la violencia infligida por la pareja, o expareja, se convierte en un elemento central en la consideración de la morbilidad diferencial entre mujeres y hombres.

En España, el trabajo para erradicar la violencia de género adquirió una mayor determinación tras la sanción de la *Ley Orgánica 1/2004 de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*. La promulgación de dicha Ley, no sólo supuso un impulso al desarrollo de actuaciones, sino también, la revalorización del papel del sector salud contra esta lacra social. Ello quedó especialmente patente con la implantación del *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Dicho Protocolo, desarrollado por el Observatorio de Salud de la Mujer y por la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial, fue el primero sobre esta materia propuesto para su aplicación en el conjunto del SNS. Nació con el objetivo general de ofrecer a los profesionales de la salud pautas de actuación ante los casos de violencia del compañero íntimo, tanto en lo que respecta a la prevención y diagnóstico, como a la atención y seguimiento. En diciembre de 2012, el Consejo Interterritorial aprobó la nueva edición del Protocolo Común. Grosso modo, dicha edición contempla una actualización del capítulo de conceptos generales, profundiza en el modelo de atención integral desde los servicios sanitarios y en las características específicas de la actuación sanitaria en condiciones de mayor vulnerabilidad. Del mismo modo, queda ampliado el apartado de «Aspectos Éticos y Legales», incorporando nueva información sobre los conflictos éticos y legales, y ofreciendo más herramientas al personal sanitario para la toma de decisiones (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). Sin embargo, pese a los avances que se han producido en los

últimos años tras la implantación de estas medidas, los estudios ponen de manifiesto que las tasas de identificación de casos de violencia de género siguen siendo bajas, incluso entre las mujeres que presentan mayores factores de riesgo. Ello es especialmente destacable en Atención Primaria (AP). La actuación contra la violencia de género es particularmente importante en este nivel asistencial, no sólo porque las mujeres tienen mucho más contacto con los profesionales, sino también, porque la literatura pone de manifiesto que las mujeres que experimentan situaciones de abuso, suelen referirse al personal médico como profesionales de quienes desearían obtener apoyo.

No existen muchos trabajos nacionales que recojan las necesidades, dificultades y logros que los profesionales de atención primaria se encuentran ante la violencia de género, especialmente del personal médico.

Este estudio, basado en una muestra aleatoria de médicas y médicos de Atención Primaria de todo el Estado, viene a ser una contribución a las investigaciones centradas en la identificación de las dificultades que los profesionales encuentran en la atención a las víctimas de violencia de género. Pese a los esfuerzos introducidos por las distintas administraciones a lo largo de los últimos años, la atención a este tipo violencia desde el ámbito sanitario sigue mostrando deficiencias. Ello subraya la importancia de tomar en consideración a los médicos y médicas de Atención Primaria.

RESUMEN

Los participantes médicos que cumplimentaron el cuestionario estaban distribuidos más o menos equitativamente por sexo, con una edad media de 49 años, con mucha experiencia en Atención Primaria, siendo una muestra con bastante estabilidad laboral y perteneciente a centros de salud urbanos.

El 93,7% consideraba la violencia de género como un problema de salud y al 63,4% no les planteaba incomodidad atender a las pacientes que la sufrían. Los que respondieron que sí les producía incomodidad, destacaban como principal circunstancia de su malestar la impotencia que les generaba el que una mujer no quisiera denunciar a su agresor. El 93,4% de los profesionales encuestados consideraban que estaba entre sus funciones atender a este tipo de pacientes.

Algo más de la mitad (55,6%) había recibido formación sobre violencia de género, valorándola como satisfactoria o muy satisfactoria el 80,3%. Tres cuartas partes de los médicos y médicas (73,8%) conocían los recursos sanitarios para atender a las pacientes con violencia de género, reduciéndose el número cuando se trataba del conocimiento de recursos fuera del sistema sanitario (59,9%). Casi la mitad (49,3%) consideraba que había pocos recursos para atender a las víctimas. Un tercio (33,1%) había leído el protocolo común de actuación sanitaria del 2007, y más de la mitad (55,3%) conocía el de su CCAA. El 77,8% de los médicos y médicas conocía las obligaciones legales ante la detección de un caso de violencia de género, el 85% sabía que estaba obligado a denunciar y el 72,3% que el parte de lesiones se tramitaba de forma diferente y más rápido cuando se especifica que es por violencia de género.

El 72,3% tenía experiencia de atención a mujeres víctimas de violencia de género. El 81,8% conocían las circunstancias que hacían a las mujeres víctimas de violencia de género más vulnerables, y el 43,8% había detectado en su consulta hombres agresores. La detección de las pacientes se realizaba, principalmente, por comunicación de la misma en la consulta. En los casos identificados el 93,1% lo hacía constar en la historia clínica, el 70,3% realizaba un seguimiento de la paciente y el 82,7% se coordinaba con otros profesionales.

Entre los obstáculos para la detección se señalaba el no reconocimiento de la víctima de su situación de maltrato (95,7%), las dificultades idiomáticas y culturales (78,1%), y la falta de tiempo en la consulta que favorezca la comunicación (72,9%). Para valorar adecuadamente el caso muchos médicos y médicas reconocían la necesidad de mejorar sus habilidades para

desarrollar la entrevista clínica en los casos de violencia de género (62,2%) y las principales dificultades en las intervenciones que se requerían, se relacionaban con los problemas éticos que surgían cuando la paciente no quería denunciar (90,8%) y el miedo a perjudicarla en las actuaciones socio-sanitarias que se desarrollasen (72,9%).

Se destacan como propuestas de la muestra estudiada la necesidad de protocolos claros y sencillos, conocer mejor los recursos especializados en violencia de género, mayor formación en entrevista clínica, mejorar la coordinación con los servicios sociales, mayor tiempo en la atención a las pacientes víctimas de violencia de género, y la coordinación con los equipos de salud mental.

1. ANTECEDENTES

1.1. SALUD Y VIOLENCIA DE GÉNERO: APROXIMACIÓN AL MARCO CONCEPTUAL

La creciente preocupación por el aumento de la incidencia de los traumatismos causados intencionalmente en todo el mundo a personas de todas las edades y de ambos sexos, pero especialmente a las mujeres y las niñas, fue el detonante para que la prevención de la violencia fuese declarada un prioridad de salud pública en la 49 Asamblea Mundial de la Salud (OMS, 1996). Haciéndose eco de las recomendaciones formuladas en la *IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo* en septiembre de 1994 en El Cairo (ONU, 1995) y en la *IV Conferencia Mundial sobre la Mujer* en septiembre de 1995 en Beijing (ONU, 1996), para que se abordase urgentemente el problema de la violencia contra la mujer y la niña, la declaración de la Asamblea Mundial puso especial énfasis en las consecuencias de la violencia sobre la salud de las mujeres. Tres años antes, en diciembre de 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas había aprobado la *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*, siendo ésta definida como “todo acto basado en la pertenencia al sexo 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 privada” (ONU, 1994). Dentro de esta consideración quedaron incluidas: la violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia relacionada con la explotación; la violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros ámbitos, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada; y la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ésta tenga lugar. A nivel global, la forma más común de violencia contra la mujer es la violencia ejercida contra la mujer por su pareja o expareja íntima (Ferrer y Bosch, 2005).

En la Conferencia de Beijing (1995), la violencia contra la mujer quedó asociada a la desigualdad en las relaciones de poder entre hombres y mujeres. Es desde esta perspectiva desde la que el maltrato a las mujeres es definido en la literatura como “un patrón de control por coacción, caracterizado por el uso de conductas físicas, sexuales y abusivas” (Davies, 1998). Si bien la violencia es perpetrada tanto por varones como por mujeres, las estadísticas muestran que las mujeres son víctimas en una proporción ampliamente superior (Heise y García-Moreno, 2003). De hecho, se estima que el 90-95% de las agredidas son mujeres (Davies 1998, Ferrer y Bosh 2005). Debido a esto, de forma general, la «violencia del compañero íntimo», término más utilizado en la literatura internacional para denominar la «violencia de género», se refiere a la violencia que los hombres ejercen contra las mujeres (Eguiguren, 2004).

Se estima que aproximadamente un tercio de las mujeres en el mundo son víctimas o supervivientes de maltrato, violaciones o asesinatos (Ruiz-Pérez 2004). La OMS estima que el 35% de las mujeres del mundo han sufrido violencia de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida, que el 30% de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física o sexual por su pareja, y que el 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por sus parejas (OMS 2013). Por otra parte, dado que una proporción considerable de los costes de la violencia corresponde a las repercusiones sobre la salud de las víctimas, la OMS subraya el papel del ámbito sanitario (Krug *et al.*, 2002). Las experiencias desarrolladas principalmente en los países económicamente desarrollados, han puesto de manifiesto el impacto social que los enfoques de salud pública tienen en el abordaje de la violencia de género (Richardson y Feder, 1996). Del mismo modo, la literatura ha descrito de forma amplia cómo las mujeres maltratadas sufren en mayor proporción problemas de salud (Plazaola-Castaño *et al.*, 2004). A ello hay que sumar que en la mayor parte de los contextos, los servicios de salud no sólo son la única institución a la que acuden la mayoría de las mujeres en algún momento de su vida, sino que las mujeres que sufren malos tratos hacen un mayor uso del sistema sanitario. No en vano, son más propensas a tener peor salud que aquellas que nunca han sido maltratadas y padecen en mayor proporción problemas de salud derivados de trastornos de tipo psicológico y de tipo físico (Ortiz-Barreda y Vives-Cases 2012). Es precisamente el contacto de los profesionales de la salud con las mujeres víctimas de violencia, lo que les sitúa en una posición de privilegio en la detección y abordaje de este tipo de violencia (OMS, 2005; Heise, 1999). Sin embargo, existe una infradetección de la violencia de género. Un estudio realizado en cinco centros de salud urbanos detectó que, si bien en torno a un 20% de las mujeres que acceden a los servicios sanitarios padecen una situación

de abuso, se estima que sólo se identifican el 1% del total de casos de mujeres maltratadas (Sugg *et al.*, 1999). Ello adquiere un especial sentido estratégico en el caso de la Atención Primaria (Taket, 2012; García-Moreno, 2002). La naturaleza de dicho nivel asistencial hace que estos profesionales, por su accesibilidad, por la atención integral que prestan, por el conocimiento de la paciente y de su contexto familiar, y porque con frecuencia cuentan con su confianza, desempeñen un papel clave en la prevención, detección precoz, tratamiento y orientación de un problema (Fernández Alonso, 2003); nivel asistencial en el que además se hace imprescindible un abordaje coordinado y complementario con otros profesionales e instituciones (Usta *et al.*, 2012; Cerdà i Alfonso, 2011).

Aunque la violencia económica (evitar que la víctima pueda acceder al dinero, quedando desprotegida y sin recursos, bien por apropiación de los recursos disponibles o impidiendo que ésta trabaje) y la violencia social (cuando el agresor intenta evitar todo posible contacto de la víctima con la sociedad que la rodea, como amigos, familiares o compañeros de trabajo, de manera que quede aislada y sin apoyo a su alrededor) han sido descritas en la literatura dentro de la violencia del compañero íntimo (Hearn, 2013), tradicionalmente se ha diferenciado, en base a la naturaleza de sus consecuencias, entre violencia física, violencia psicológica y violencia sexual (Ellsberg y Heise, 2005; Alberdi y Matas, 2002):

- a) **Violencia física.** Es la más evidente. Abarca cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza y que provoque o pueda producir algún tipo de lesión o daño físico. Son manifestaciones de esta conducta los empujones, las bofetadas, los puñetazos, los golpes con objetos, las quemaduras y patadas que pueden llegar a producir fracturas, los hematomas, las heridas, los cortes, las lesiones de órganos internos y/o las lesiones irreversibles. La consecuencia más dramática de este tipo de violencia es el asesinato de la víctima.
- b) **Violencia psicológica.** Conducta intencionada y prolongada en el tiempo, orientada a la desvalorización de la mujer. Supone: amenazas, humillaciones o vejaciones, insultos, desprecio, culpabilización, exigencia de obediencia, indiferencia y/o desprecio ante las opiniones y actividades realizadas, así como diversas fórmulas de control: chantaje emocional, control económico, y control de las entradas-salidas o aislamiento. Se trata de un tipo de violencia no tan perceptible como la violencia física o la sexual, que además, no sólo es más difícil de demostrar, sino que a menudo, no es destapada por las propias víctimas al pensar que se trata de manifestaciones propias del carácter de la pareja.

c) **Violencia sexual.** Aparece cuando se impone a la mujer, mediante la fuerza, el chantaje o amenazas, algún tipo de comportamiento sexual contra su voluntad. La violencia sexual tiene diversas manifestaciones. La forma más conocida de este tipo de violencia es la que implica contacto físico (va desde la violación, pasando por los tocamientos, u obligar a realizar prácticas u adoptar posturas que la mujer considere degradantes). Sin embargo, la violencia sexual no necesariamente tiene por qué implicar el contacto corporal. Entran dentro de este tipo de violencia, entre otros aspectos, el hecho de forzar a ver material pornográfico, los mensajes y gestos obscenos, o el exhibicionismo. Se suele diferenciar entre tres formas de violencia: acoso sexual, abuso sexual, y agresión sexual:

- El *acoso sexual* se ejerce mediante comportamientos con un componente sexual, tanto verbales como no verbales, no deseados por la mujer, y que la llevan a una situación intimidatoria, humillante, ofensiva o molesta.
- El *abuso sexual* es considerado un atentado contra la libertad sexual de otra persona, por cuanto se realiza sin que medie el consentimiento de la víctima, con independencia de que sean realizados sin violencia o intimidación. Se consideran abusos sexuales no consentidos los que se ejecuten sobre menores de trece años, personas que se hallen privadas de sentido, personas de cuyo trastorno mental se abusase, o personas sobre las que se haya obtenido el consentimiento sirviéndose de una situación de superioridad manifiesta por parte del autor que limite la libertad de la víctima.
- La *agresión sexual* comprende cualquier atentado contra la libertad sexual de una persona que se realiza con violencia o intimidación. Dentro de este tipo de violencia se encuentra la violación (cuando la agresión sexual consiste en la introducción del pene por vía vaginal, anal o bucal, o la introducción de cualquier otro objeto o miembro corporal por vía vaginal o anal). Del mismo modo, también se considera agresión sexual cuando se atenta contra la libertad sexual de la mujer, aunque ello no implique contacto físico entre la víctima y el agresor, como por ejemplo, obligarla a masturbarse o a mantener relaciones sexuales con otras personas.

Posteriormente, se han incluido otros tipos de violencia que han sido considerados importantes componentes de la misma.

- d) **Violencia social.** Supone la evitación de todo contacto con la sociedad que les rodea, como amigos, familiares, compañeros, vecinos... de manera que quede aislada, no pueda pedir ayuda y esté desprotegida al no poder apoyarse en nadie de su alrededor.
- e) **Violencia ambiental.** La destrucción de objetos personales o del hogar de forma violenta, esconder objetos a la víctima.
- f) **Violencia económica.** Implica evitar que las víctimas accedan a los recursos económicos o financieros familiares o propios, controlados por el agresor y dejándola totalmente dependiente del mismo, impidiéndole que trabaje para que sea independiente económicamente.

A lo largo de la última década, frente al abordaje clásico centrado en los «factores de riesgo», ha ido ganando terreno la idea de la necesidad de explicar la violencia de género en función de las características del contexto social, del entorno más próximo a los hechos violentos y de las características de las personas afectadas (Vives-Cases, 2011). Se trata de modelos teóricos para analizar este tipo de violencia desde perspectivas ecológicas-multidimensionales. Estudiar el problema de la violencia de género desde dicha perspectiva, implica renunciar a todo intento reduccionista de acercamiento al fenómeno a partir de la búsqueda de algún factor causal, para “abrir” la mirada al abanico de determinantes entrelazados que están en la raíz profunda del problema (Corsi, 1994). Entre dichos modelos, a lo largo de los últimos años ha adquirido especial notoriedad en el ámbito de las ciencias sociales y de la salud el «marco ecológico integrado» de Lori L. Heise. Se trata de un modelo explicativo de la violencia de género que trata de integrar los hallazgos de diferentes disciplinas que han abordado dicha problemática, principalmente la antropología, la sociología y la psicología (Hearn, 2013). Desde dicho marco, la violencia se analiza desde la consideración de la interacción entre los factores personales, situacionales y socioculturales que pueden actuar como determinantes de la situación de violencia. La forma en que dichos factores operen a lo largo de los cuatro niveles propuestos dentro del modelo (nivel 1: historia personal; nivel 2: microsistema; nivel 3: exosistema; nivel 4: macrosistema), puede suponer una protección frente a la violencia o favorecer su aparición (Heise, 1998).

1.2. LA VIOLENCIA DE GÉNERO COMO PROBLEMA SOCIAL EN ESPAÑA

En España, la Macroencuesta de Violencia de Género 2011 (Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016) señaló que el 72,5% de las mujeres habrían conseguido superar la violencia de género. El 10,9% de las mujeres encuestadas han sufrido maltrato por parte de la pareja en algún momento de su vida, y el 3% manifestaron que estaban viviendo una situación de violencia de género en el momento de la consulta.

Desde el 1 de enero de 2003 al 31 de diciembre de 2013 fueron asesinadas 712 mujeres por sus parejas o ex-parejas en España, y desde enero de 2007 al 31 de diciembre de 2013 se produjeron 925.435 denuncias por violencia de género. Como se indicaba anteriormente, dicha violencia tiene distintas facetas, siendo las más habituales la violencia psicológica y la física. Se trata de formas de violencia que se desarrollan fundamentalmente en el ámbito privado, cuya magnitud, en lo que respecta a los costes sociales y económicos para la sociedad, ha hecho de la violencia del compañero íntimo uno de los caballos de batalla más reconocibles dentro de la agenda política española durante los últimos años (Vives-Cases *et al.*, 2006).

En España, se introduce el delito de violencia doméstica en la reforma del Código Penal de 1989 que contempla en su artículo 425 la sanción con prisión de seis meses a seis años de quien habitualmente ejerciera “violencia física sobre su cónyuge o persona a la que estuviese unido por análoga relación de afectividad, así como sobre los hijos sujetos a la patria potestad, o pupilo, menor o incapaz sometido a su tutela o guarda de hecho”. Aun así, hubo que esperar hasta 1997 para que la violencia de género empezara a ser reconocida como un problema de índole social, judicial y sanitario, siendo a partir de este momento cuando desde las instituciones se empiezan a promover de forma manifiesta medidas de actuación (Olalla *et al.*, 2003). El asesinato de la granadina Ana Orantes en diciembre de 1997, quemada viva por su marido tras relatar su historia en televisión, contribuyó a que la violencia de género empezara a ser contemplada como un problema social real en España (Medina-Ariza *et al.*, 2003). Sólo unos meses después de este suceso, mediante el desarrollo del *III Plan para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres* (1997-2000), se introdujo un área específica sobre la violencia doméstica que tendría un mayor desarrollo tras la aprobación del *I Plan de Acción contra la Violencia Doméstica* (1998-2000), a cuyo desarrollo contribuyó la publicación del *Informe sobre la violencia contra las mujeres* por parte del Defensor del Pueblo (1998).

El *I Plan de Acción contra la Violencia de Doméstica*, el cual contemplaba 6 áreas de actuación (sensibilización y prevención, educación y formación, recursos sociales, sanidad,

legislación y práctica jurídica e investigación), supuso un incremento de unidades en el Servicio de Atención a Mujeres (SAM) dentro de los servicios de las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, el equipamiento de casas de acogida, de pisos tutelados y centros de emergencia, y la creación del Servicio Telefónico de Emergencia 24 horas. Respecto a los servicios de salud, se aprobó y difundió el *Protocolo de actuación sanitaria ante malos tratos domésticos* en el marco del Consejo Interterritorial del SNS. Dicho protocolo, destinado fundamentalmente a la atención inicial de las mujeres con lesiones físicas o sexuales graves, no incluía objetivos y actividades de prevención, detección precoz y evaluación, y no llegó a calar en el ámbito sanitario, entre otras razones, al contemplar como principal actuación de los profesionales de la salud la de ser un instrumento al servicio de los servicios jurídicos (emisión de parte de lesiones). Por su parte, el *Plan Contra la Violencia Doméstica (2001-2004)* contemplaba actuaciones en los servicios educativos, judiciales y sociales, así como la coordinación interinstitucional; sin embargo, quedaron al margen las actuaciones de los servicios sanitarios (Ruiz-Pérez *et al.*, 2004). De esta manera, aunque los dos primeros planes nacionales de actuación contra la violencia doméstica supusieron la puesta en marcha de determinadas actuaciones, así como la toma en consideración de una parte de la comunidad científica en el desarrollo de estrategias para enfrentar el fenómeno, sus resultados fueron muy limitados (Fernández Alonso, 2007).

España da el gran salto legislativo, situándose a la vanguardia mundial en la formulación política en lo que respecta al tratamiento de la violencia de género, con la promulgación de la *Ley Orgánica 1/2004 de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género* (Roggeband, 2012). Según reza en el título preliminar, dicha Ley «*tiene por objeto actuar contra la 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*»; es por ello que «*se establecen medidas de protección integral cuya finalidad es prevenir, sancionar y erradicar esta violencia y prestar asistencia a sus víctimas*» (Gobierno de España, 2004). La entrada en vigor de la conocida como *Ley Integral*, supuso un nuevo impulso para el desarrollo de actuaciones. Entre ellas, la creación del *Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer*, órgano encargado del asesoramiento, evaluación, colaboración institucional, elaboración de informes, de estudios y propuestas de actuación en materia de violencia de género. En el caso concreto del ámbito sanitario, la Ley Integral ha promovido la implantación de programas sustentados en cuatro ejes: (1) la prevención, (2) la detección precoz, (3) la adaptación al contexto y (4) la intervención ante

un caso detectado, que ha de ser integral y coordinada, y que contemplará los campos social, sanitario, psicológico y judicial. Dichas actuaciones han adquirido un mayor nivel de concreción tras el desarrollo, por parte del Observatorio de Salud de la Mujer de la Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS del Ministerio de Sanidad y Consumo y por la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS, del *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Desde finales de 2012 se encuentra disponible la edición revisada de dicho *Protocolo Común* (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

1.3. **VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO SANITARIO: MAGNITUD DEL PROBLEMA**

En los últimos años, cada vez más estudios han puesto de manifiesto la alta prevalencia de violencia de género en todo el mundo (Watts y Zimmerman, 2002). Ello también ha puesto en evidencia la disparidad de dichos datos de prevalencia a nivel internacional (Gregory *et al.*, 2010).

Según cifras del *Estudio multipaís de la Organización Mundial de la Salud sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer*, el porcentaje de mujeres que habían sufrido por parte de la pareja o expareja violencia física o sexual, o ambas, iba del 15% al 71%; oscilando la prevalencia de mujeres quienes habían sufrido abuso físico en algún momento de su vida entre el 10% y el 50% (OMS, 2005). Cifras similares habían sido anteriormente reportadas por el estudio poblacional llevado a cabo por la Universidad Johns Hopkins. Según este estudio, entre el 10% y el 69% de las mujeres de todo el mundo habrían sufrido maltrato físico por parte de su pareja en algún momento de su vida (Heise *et al.*, 1999). En el caso de los países europeos, el estudio estimaba cifras de entre un 18 y un 58%. Según un informe del Lobby Europeo de Mujeres del año 1999, una cuarta parte de las mujeres en la Unión Europea serían víctimas de algún tipo de violencia por parte de su pareja (Fuchs, 1999). Más recientemente, un estudio promovido por el Consejo de Europa no sólo reportó datos similares, sino que señalaba que más de un 10% de las mujeres habrían experimentado violencia sexual (Hagemann-White *et al.*, 2006). La Encuesta Británica sobre el Crimen 2001, informó que el 20% de las mujeres de Inglaterra y Gales habían sido asaltadas físicamente por su pareja actual o anterior en algún momento de sus vidas; cuando las amenazas, los abusos financieros y el maltrato emocional eran incluidos en el análisis, el porcentaje se incrementaba al 25% de las mujeres (Walby y Allen, 2004). Una encuesta realizada por la Agencia de Derechos Fundamentales de la UE y

cuyos resultados han sido publicados en marzo de 2014, revela que el 31% de las mujeres europeas han sufrido violencia física alguna vez en sus vidas desde que tenían 15 años y el 11% violencia sexual. En el ámbito de la pareja, estos porcentajes ascienden al 20% y al 7% respectivamente (FRA 2014).

En el ámbito sanitario, la literatura señala prevalencias que oscilan entre el 20% y el 55% (Bradley *et al.*, 2002). Se trata de un dato cuya lectura adquiere una gran significación, por cuanto la prevalencia de la violencia doméstica de pareja entre las mujeres que buscan atención médica, incluida la Atención Primaria, es mayor que entre la población general (Feder *et al.*, 2009; Roberts *et al.*, 2006). La magnitud de las consecuencias sanitarias de la violencia doméstica de pareja contrasta con su virtual invisibilidad dentro de los servicios de salud. En un cuestionario basado en Atención Primaria, sólo el 15% de las mujeres con un historial de violencia doméstica tenían alguna referencia a la violencia en su expediente médico (Richardson *et al.*, 2002).

El sector salud tiene un papel importante como parte del esfuerzo multisectorial en la prevención primaria (Jewkes, 2002). Sin embargo, su función principal remite a la prevención secundaria y terciaria; especialmente en la violencia de pareja y la violencia sexual. La pronta identificación del problema puede reducir tanto las consecuencias para la salud como la probabilidad de que aumente la victimización. Es por ello que, desde la declaración de la violencia como un problema de salud pública, se ha hecho hincapié en la identificación temprana de las mujeres en el ámbito sanitario (García-Moreno, 2002). Como resultado, en los últimos años, muchas asociaciones profesionales han desarrollado guías y recomendaciones para los profesionales de la salud sobre la forma de identificar a las mujeres que sufren malos tratos, lo que ha desembocado en un intenso debate en torno al *cribado de violencia de género* en los servicios sanitarios (McFarlane *et al.*, 2006; Taket *et al.*, 2004).

Recientemente, Rachel Jewkes (2013) expresaba en *The Lancet* que “*ha llegado el momento de concluir que la identificación rutinaria del abuso en mujeres maltratadas no es la respuesta*”. Se trata de una manifestación que debe ser enmarcada en el devenir de una controversia presente en la literatura desde hace más de 15 años, y que comenzó cuando la AMA recomendó por primera vez realizar un cribado universal para la violencia de género. Con la declaración de la epidemia de la violencia familiar como “*lo suficientemente frecuente como para justificar el screening rutinario para todas las mujeres que acuden a las consultas*”, la AMA se posicionó de forma oficial a favor de la participación activa de los profesionales de la salud

(McCloskey *et al.*, 2005). En la actualidad, existen suficientes evidencias de que el cribado rutinario aumenta la identificación de casos de violencia por compañero íntimo (Rhodes, 2011). Sin embargo, no existen pruebas de alta calidad que muestren que el cribado en los centros sanitarios mejore los resultados en salud de las mujeres maltratadas (Nelson *et al.*, 2004).

Las recomendaciones de la AMA o el *American College of Obstreticians and Gynecologists* de que toda mujer adulta fuera interrogada de forma rutinaria acerca de la posible existencia de abuso o maltrato en los servicios de salud, también supusieron un énfasis en la importancia de desarrollar protocolos para la detección e intervención (Moracco y Cole, 2009; Macmillan *et al.*, 2001). Sin embargo, las guías basadas en la evidencia de sociedades como la *US Preventive Services Task Force* o la *Canadian Task Force on Preventive Health Care*, no respaldaron estas orientaciones, considerando la existencia de “evidencias insuficientes” para la recomendación de un cribado universal (MacMillan *et al.*, 2006; Berg, 2004). Dichas organizaciones no hallan pruebas suficientes para el cribado rutinario por violencia familiar en Atención Primaria, debido a la falta de estudios que muestren que una intervención de cribado en dicho ámbito ayude a reducir los resultados dañinos. Esta perspectiva ha sido reforzada recientemente por algunos estudios aleatorizados de cribado en los que no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de intervención y de control durante el tiempo en que duró el estudio (Macmillan *et al.*, 2009). Todo ello ha ido cambiando progresivamente el foco de atención del cribado universal a la detección selectiva de casos; es decir, de preguntar a todas las mujeres en un entorno determinado, a hacerlo sólo en quienes existan razones de sospecha de abuso debido a los síntomas que presenta. Del mismo modo, la literatura pone de manifiesto que los potenciales resultados negativos del cribado han sido escasamente analizados (Plichta, 2004), existiendo una tendencia general a medir el éxito de las intervenciones por el número de casos identificados, en vez de en la mejora de la condición general de la víctima tras revelar su situación de abuso (McMillan *et al.*, 2006). La mayoría de los estudios de cribado, o carecen de una medida para la disminución del daño potencial de la revelación, o minimizan este potencial en sus informes (McCord-Duncan *et al.*, 2006).

En España, en la línea descrita por otros estudios a nivel internacional, los estudios muestran que cuando se inspeccionan las situaciones de violencia, las mujeres suelen revelar su situación, agradeciendo muchas de ellas a los profesionales sanitarios su interés y apoyo. Ello demuestra que la Atención Primaria es un entorno idóneo y privilegiado para detectar y atender a estas pacientes (Ruiz-Pérez *et al.*, 2005).

En la revisión de estudios efectuada con muestras de mujeres que acuden a Atención Primaria en el contexto español, la prevalencia de maltrato por parte de la pareja oscila entre el 12% y el 51%. Este amplio intervalo puede deberse a las diferencias en la metodología empleada, lo que afecta fundamentalmente a la composición de la muestra, a la definición de los malos tratos y/o a la forma en que se operativiza la medición (Aguar-Fernández *et al.*, 2006). Otros estudios también han apuntado que la gran heterogeneidad de cuestionarios o escalas para medir la violencia de género, podría estar dificultando la comparación de resultados (Muslera-Canclini *et al.*, 2009). En cualquier caso, a este respecto, el estudio de validación externa y comparación de la precisión diagnóstica y concordancia de cuatro de los instrumentos más comunes para identificar la violencia de género en el ámbito sanitario en España (Index of Spouse Abuse, Psychological Maltreatment of Women Inventory short form, Woman Abuse Screening Tool, y Partner Violence Screen), mostró que todos los cuestionarios obtuvieron un buen funcionamiento global para la detección de casos de maltrato por parte de la pareja, así como una alta concordancia entre ellos (García-Esteve *et al.*, 2011).

Los estudios sanitarios en España han dado muestras de la existencia de los distintos tipos de violencia de género. En este sentido, se ha señalado que la violencia psicológica está presente entre el 16,9% y el 88,5%, mientras que la violencia física lo está entre el 5,4% y el 57,1%. En lo que respecta a la violencia sexual, los estudios en España arrojan porcentajes que van del 3,7% al 22,8% (Ruiz-Pérez *et al.*, 2006; Aguar-Fernández *et al.*, 2006; Castro *et al.*, 2009; Ruiz-Peña *et al.*, 2010). La literatura nacional también ha hallado una mayor prevalencia de violencia de género entre mujeres extranjeras o inmigrantes que en las autóctonas (Vives-Cases *et al.*, 2009a).

Tabla 1. Algunos estudios sobre violencia de género realizados en servicios sanitarios en España

Autoría	Participantes	Emplazamiento	Principales resultados
Raya Ortega et al, 2004	425 mujeres de entre 18-65 años. Muestra aleatoria	6 centros de AP de las provincias andaluzas	Frecuencia de maltrato del 31,5%; las mujeres víctimas de maltrato presentaron mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas. El maltrato presentó una asociación significativa con la morbilidad psíquica y con la salud auto-percibida
Ruiz-Pérez et al, 2006a	Muestra aleatoria de 1402 mujeres de 18-65 años	Centros de AP de Madrid, Valencia y Andalucía	Prevalencia por VG del 32%; el 14% solo VP. Tener tres o más hijos, con falta de apoyo social y ser separada, divorciada o viuda, fueron factores asociados de forma independiente a todas las categorías de abuso
Aguar-Fernández et al, 2006	Muestreo consecutivo de 391 mujeres mayores de 14 años	23 consultas de médicos de familia en 3 centros de salud urbanos de Granada	El 48,6% algún tipo de maltrato; el 45,2% VP, el 18,5% VF, y el 16% VS; el 7,75% los tres tipos de violencia
Icart et al, 2006	Muestra consecutiva de 220 mujeres mayores de 18 años.	Consulta de enfermería en Área Básica de Salud de Barcelona	El 11% reportaron VP por el marido en los últimos tres meses. Cumplieron los criterios de ansiedad el 51,81% y los depresivos el 62,72% de las encuestadas. El 15,45% participarían en un grupo de autoayuda
García-Torrecillas et al, 2008	Selección aleatoria de 170 mujeres.	AP, en 4 cupos de 2 centros de salud urbanos de Jaén	El 22,9% presentaba maltrato durante el último año. Al 96,5% de las encuestadas no le disgustaría que su médico de familia abordara las relaciones de pareja, situación que se produce en el 24,7% de los casos
Vives-Cases et al, 2009a	Encuesta Autoadministrada (n=10.202 mujeres)	Centros de AP en España	Prevalencia de VG en las españolas del 14,3% y en las inmigrantes del 27,3%. La probabilidad de violencia de género en las inmigrantes es mayor (<i>odds ratio</i> ajustada = 2,06)
Castro et al, 2009	Selección mediante muestreo aleatorio simple de 167 casos de 19-65 años.	Consultas de AP de dos áreas básicas de salud de la ciudad de Córdoba	VP en 63,1% de las mujeres y 46,9% de hombres; de ellos, el 57,5% consumía de manera habitual benzodiazepinas y el 62,1% antidepresivos. VF en el 20,69% de hombres y 79,31% de mujeres, de los que el 34,48% consumía benzodiazepinas y antidepresivos
Ruiz-Peña et al, 2010	Selección por muestreo consecutivo de 113 mujeres	4 centros de salud de Algeciras	Violencia de género en el 32,4% de las encuestadas. El 88,57% de las mujeres maltratadas sufrían VP, el 57,14% VF y el 22,86% VS
Cano et al, 2010	Muestreo consecutivo de mujeres de 18 ó más años (n=371)	Consultas de AP y puntos de atención continuada (rurales y urbanos) del Servicio de Salud de Castilla-La	Un 26,2% presentó resultado positivo en WAST (<i>Woman Abuse Screening Tool</i>) y 25,9 % admitió situaciones de VG actual (11,7%) o pasado (17,4%). El modelo que mejor predice la existencia de abuso incluye las variables etnia y

		Mancha y al Servicio Valenciano de Salud	estado civil
Ruiz-Pérez et al, 2010	Muestra representativa por Comunidades Autónomas (n=11.475)	Cuestionario autoadministrado a mujeres en consultas de AP	El 24,8% refirieron violencia de género alguna vez en su vida. Prevalencia más baja en Cantabria (18%) y las más altas en Ceuta y Melilla (40,2%). Correlación lineal significativa entre la violencia de género y la tasa de denuncias en las CC.AA
Sala Musach et al, 2010	Muestra aleatorizada (n=400); establecimiento de un grupo de intervención y un grupo control emparejados por edad	Consultas de AP y de Atención a la Mujer (AM).	25,3% violencia de género; 29,4% en el Grupo Intervención y 21,2% en Grupo Control. En AM se detectó el 32,7 y el 17,5%, y en AP el 25,3% y el 25,8% respectivamente
González Lozoya et al, 2011	Consultadas 673 personas, de 18-86 años (68% de mujeres)	Consultas de AP en los Centros de Salud urbanos de Albacete	Solo un 18,2% tenía un adecuado conocimiento sobre quién se considera que ejerce la violencia de género. Asociación independiente entre el conocimiento de la respuesta correcta sobre qué es la violencia de género y las siguientes variables: (1) estado civil, menos probable en casados con respecto a viudos, (2) considerar que la violencia de género implica lesión física, pero no lesiones psicológicas, y (3) no dar la respuesta correcta sobre qué es la violencia doméstica
González-Losada et al, 2012	Entrevistadas 299 mujeres mayores de edad. Selección por muestreo consecutivo	2 zonas básicas de salud de ámbito urbano de Santa Cruz de Tenerife	El 51,5% reconocieron violencia de género al menos una vez en su vida; el 99,35 % refirieron VP, el 25,32% VF y el 7,79% VS.
Montero et al, 2012	1469 mujeres seleccionadas de una encuesta a nivel nacional	Pacientes que buscaban atención médica por cualquier motivo en los servicios de AP	El 87,5% de las mujeres maltratadas tomó algún tipo de acción para superar la situación de violencia de género. La probabilidad de que una mujer respondiera ante el maltratador con una estrategia de distanciamiento (buscar ayuda exterior o dejar temporalmente la relación) era casi tres veces mayor si tenía empleo, era joven cuando comenzó el abuso, había sufrido abusos físicos y psicológicos, y cuando la situación de abuso era inferior a 5 años.

VG: Violencia de Género, VP: Violencia Psicológica, VF: Violencia Física, VS: Violencia Sexual

Otros estudios realizados también en servicios sanitarios -salud mental o servicios de urgencia-, han reportado prevalencias por violencia de género algo inferiores (véase Tabla 2). En los servicios de urgencia, pese a que las mujeres acuden cuando el maltrato es manifiesto, la detección en estos servicios parece inferior a los servicios de AP. Un estudio realizado en el Institut Municipal d'Assistència Sanitària de Barcelona puso de manifiesto que alrededor del 10% de las víctimas por violencia de género son detectadas por el personal sanitario en urgencias. Se trata de un porcentaje considerado bajo, si se tiene en cuenta que las mujeres que sufren este tipo de violencia suelen ser frequentadoras de dichos servicios de urgencias (Echarte *et al.*, 2010).

Tabla 2. Selección de otros estudios sobre violencia de género en España

Autoría	Participantes	Emplazamiento	Principales resultados
Cáceres Carrasco, 2004	166 personas (90 mujeres y 76 hombres)	Derivados a un centro de salud mental por haber experimentado algún tipo de trastorno psicopatológico relacionado con problemas de pareja, proceso de separación, etc	El 62% superó la puntuación indicadora de VP grave y el 46% VF (según el índice de violencia en la pareja de Hudson y McIntosh, 1981). Un 34,1% de las mujeres y un 26% de los varones manifestaron tener miedo a sus respectivas parejas
Fontanil et al, 2005	Encuesta telefónica a 421 mujeres (números por extracción aleatoria)	Principado de Asturias	Aceptaron ser encuestadas el 56,8% de personas contactadas. El 20,2% han sufrido o están sufriendo maltratos. El 6,2% han sufrido maltrato durante el último año. De ellas, el 5,5% conviven con la persona agresora
Escribá-Agüir et al, 2006	Análisis de los 500 informes médicos por presunta VG en la Comunidad Valenciana desde junio a octubre de 2005	Procedencia de los informes: centros sanitarios de la red sanitaria pública de la Comunidad Valenciana	El 68% de los partes fueron emitidos por profesionales de AP y un 32% por médicos hospitalarios. El mayor número se da en mujeres con edades comprendidas entre los 20-39 años
Vives-Cases et al, 2009a	13.094 mujeres de la ENS-06 dispuestas a responder cuestiones sobre VG (87,2% del total de encuestadas)	Estudio basado en la Encuesta Nacional de Salud 2006	VG reconocida en el 1%. La violencia declarada asociada a tener estudios primarios o no tener estudios, tres o más menores y estar separada o divorciada
González y Gimeno, 2009	Muestra de 297 mujeres de entre 18 y 59 años receptoras de 'Prestaciones Económicas Regladas' y Prestaciones Económicas por Protección'	Ayuntamiento de Valencia	El 37,3% de VG. características: familia monoparental, etnia paya, separada, con varias relaciones de pareja previas y trastornos psicológicos
Echarte Pazos et al, 2010	79.787 (el 50,1 % de la muestra) mujeres atendidas	Servicio de Urgencias del Institut Municipal d'Assistencia Sanitaria (IMAS)	Atendidas por VG 604 casos (0,76% de las asistencias). 10,4%, casos detectados por personal sanitario. El 29,6% eran frecuentadoras. El 52,6% presentaba factores de riesgo de VG

Argüelles et al, 2010	Revisión de 716 partes judiciales de lesión emitidos entre enero de 2006 y febrero de 2008	Partes de lesión archivados en un centro de salud de Mallorca	En 48 (6,7%) de los partes quedaba claro que se trataba de un caso de VG. En 60 (8,4%) se podía sospechar VG
García Minguito et al, 2012	700 mujeres con parte de lesiones víctimas de maltrato	Mujeres con procedimiento judicial abierto en un Juzgado de Violencia de Género de Madrid	El 61,2% de partes proceden de servicios de urgencias; el 25,6% de AP. Se especificaba si se trataba de un caso de VG en el 90% de los partes emitidos por los centros de apoyo a seguridad y en el 72,3% de los de AP

AP: Atención Primaria, VG: Violencia de Género, VP: Violencia Psicológica, VF: Violencia Física, VS: Violencia Sexual

Los esfuerzos por disminuir la prevalencia de la violencia de género desde el sector salud en España, no han estado exentos de controversias en torno a la aplicación de un cribado universal en los centros sanitarios. Aunque el problema de la violencia contra la mujer cumple con algunos de los requisitos de la Organización Mundial de la Salud para recomendar un programa de cribado poblacional, los criterios para su diagnóstico no están aún claramente definidos, se desconoce el balance entre riesgo y beneficio de la actuación, y no hay evidencias de que el cribado disminuya la morbi-mortalidad por violencia (Plazaola-Castaño *et al.*, 2008).

La SEMFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria), a través del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), aunque sí recomienda incluir preguntas sobre la existencia de maltrato en el curso de la entrevista clínica, no encuentra evidencias suficientes para recomendar el cribado sistemático en la población general mediante cuestionarios específicos (Fernández-Alonso *et al.*, 2007). Por contra, otras sociedades científicas, caso de la SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria), sí se han mostrado a favor de la aplicación de un cribado sistemático (Cano Martín *et al.*, 2010).

Según el *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género* “el personal sanitario debe tener una actitud de alerta ante la presencia de conductas, síntomas o signos de sospecha” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

1.4. CIRCUNSTANCIAS Y CONDICIONES DE VULNERABILIDAD EN EL MALTRATO POR VIOLENCIA DEL COMPAÑERO ÍNTIMO

La salud y la calidad de vida están en gran medida determinadas socialmente (Navarro, 2009). Si desde una perspectiva amplia se toma en consideración la definición de los determinantes sociales de la salud, éstos tienen que ver con las circunstancias en las cuales la vida se desarrolla (Marmot *et al.*, 2010). En permanente interacción con todos los elementos articuladores de la realidad social, se hace necesario destacar la importancia de los mandatos de género como contribuidores a las desigualdades en salud de hombres y mujeres (MacIntyre *et al.*, 2005). El caso de las desigualdades en salud es especialmente complejo por las muy diversas formas que dichas diferencias han venido adoptando. En este sentido, las consideraciones relativas a las relaciones de poder y los roles de género adquieren gran relevancia (Sen y Östlin, 2007). Dentro de los factores intermediarios de la salud, el sistema de género, no sólo ordena valores, normas, costumbres y comportamientos, sino también, define oportunidades, expectativas y roles, que contribuyen a las diferencias en la exposición y vulnerabilidad a determinados factores de riesgo (Krieger, 2003).

Durante siglos, la consideración de la violencia de género como un fenómeno privado, de puertas adentro, propició que dicha forma de violencia fuera vista como un derecho del marido sobre la esposa, que además, justificaba la no-intervención de la sociedad (Bosh-Fiol y Ferrer-Pérez, 2000). En España, hasta hace pocos años, la violencia física, y menos aún la psicológica, no se consideraba legalmente delito cuando era ejercida dentro del ámbito familiar y de pareja. La violencia que ocurre en la esfera doméstica está oculta y es difícil de determinar, ya que la aceptación de la autoridad ejercida por el hombre sobre la mujer en el ámbito privado suele ser aprendida, aceptada y reforzada socialmente (Baker *et al.*, 2011). Es desde este enfoque teórico, impulsado en gran medida por el desarrollo de estudios desde una perspectiva de género en salud, desde el que se ha ido generando todo un corpus de conocimiento en torno a las circunstancias y condiciones de vulnerabilidad asociadas a las situaciones de maltrato, y al que el sector salud no ha sido ajeno.

El conocimiento de las circunstancias y condiciones de vulnerabilidad en las situaciones de maltrato tuvo un importante impulso tras el estudio sobre el ciclo de la violencia doméstica desarrollado por Lenore Walker en *The Battered Woman* (1979). Aunque su teoría ha recibido críticas, su análisis abrió nuevas vías al entendimiento de cómo se produce, cronifica y agrava la situación, y cómo a menudo se deteriora la propia capacidad de discernimiento de la mujer

afectada, confundida por las declaraciones y los gestos realizados por el agresor en una fase ulterior a la agresión (Aretio, 2007). Walker construyó su modelo explicativo en torno a tres fases esenciales (Walker 1984). El ciclo comenzaría con una “fase de acumulación de tensión”, en la que la víctima percibiría claramente cómo el agresor va volviéndose más susceptible, respondiendo con más agresividad y encontrando motivos de conflicto en cada situación; durante esta fase, la víctima suele intentar calmar a su pareja, complacerla y no realizar aquello que sabe le molesta, con la creencia de que así evitará los conflictos. La segunda fase supone el “estallido de la tensión”, en la que la violencia finalmente se sucede, dando lugar a la agresión. En la tercera fase, denominada por Walker de “arrepentimiento” o “luna de miel”, el agresor pide disculpas a la víctima, le hace regalos y/o trata de mostrar su arrepentimiento. Esta fase va reduciéndose con el tiempo, siendo cada vez más breve y llegando a desaparecer. Es importante apuntar que para Walker, dicho ciclo pretende explicar la situación en la que se da fundamentalmente la violencia física, al considerar que la violencia psicológica no suele aparecer de manera puntual, sino a lo largo de un proceso de sometimiento y control por parte de la pareja. En dicho ciclo, la fase de arrepentimiento adquiere un especial sentido; es lo que mantiene la ilusión de cambio, y puede ser un elemento explicativo de por qué suele haber una continuidad en la relación por parte de la mujer en los primeros momentos de la misma.

Con la intención de estandarizar los criterios relativos al Síndrome de la Mujer Maltratada, Walker revisó su definición y pasó a considerar este síndrome como una subcategoría del Trastorno por Estrés Postraumático (Walker, 1992), una condición psicológica producida por la exposición a un trauma severo. Inicialmente incluyó los siguientes tres síntomas: (a) volver a experimentar el maltrato como si estuviese ocurriendo de nuevo aunque no sea así, (b) intentos para evitar el impacto psicológico del maltrato evitando actividades, personas o emociones, (c) hiperactivación (dificultad para dormir, ira e irritabilidad, dificultad para concentrarse, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto). Walker revisó de nuevo su definición del Síndrome de la Mujer Maltratada en el año 2006 para incluir tres criterios propios adicionales: perturbación de las relaciones interpersonales, distorsión de la imagen corporal u otras alteraciones somáticas, y problemas sexuales o con la intimidad (Walker, 2006).

Sin duda alguna, por qué las mujeres permanecen en relaciones de maltrato, ha sido una cuestión recurrente a lo largo de las últimas décadas (Rhodes et al., 1998). Como forma de favorecer la identificación de casos, en la literatura se ha descrito la importancia de que los profesionales de la salud tengan conocimiento de dichos motivos. En la investigación clínica y social se han formulado diversas teorías explicativas. <<Masoquismo>>, <<indefensión

aprendida>> o <<persuasión coercitiva>>, son algunas de las teorías asociadas al hecho de 'aguantar' en una situación de maltrato (Walker, 2006). Es de destacar las escasas referencias al papel de las emociones y los sentimientos en dichos modelos sobre maltrato (Jenkins, 1994; citado por Escudero Nafs *et al.*, 2005). Sin embargo, se trata de un aspecto de gran interés, por cuanto podría contribuir a la invisibilidad del problema en aquellas parejas en las que la violencia psicológica se constituye en la estrategia fundamental de maltrato. Sea como fuere, la literatura ha puesto de manifiesto los diversos motivos que pueden llevar a una mujer a permanecer junto a su agresor: por dependencia económica, por baja autoestima, para mantener a la familia unida, por la vergüenza y el sentimiento de fracaso ante un proyecto de vida, o por temor a una reacción violenta de la pareja en contra de ella o de sus hijos (Alberdi y Matas, 2002); reacción que puede llegar hasta el asesinato, circunstancia seis veces más frecuente tras manifestarse la decisión de ruptura por parte de la mujer (Richardson y Feder, 1996). Es por todo ello que, la magnitud del problema del maltrato a la mujer es un fenómeno de orden social que ha sido descrito de forma gráfica desde la consideración de la <<teoría del iceberg>>. Que una realidad no se perciba, no quiere decir que no exista. Y en este caso además, se está ante una realidad social de enorme complejidad. Sirva de ejemplo la mención de un proceso paradójico, al menos en teoría: cuando desde dentro del sistema sanitario parecen haberse reducido las resistencias a emitir los correspondientes informes médicos, muchas de las mujeres que sufren la violencia son las que solicitan a sus médicos y médicas que no emitan dichos informes (Aretio, 2007).

Diferentes estudios que han comparado a mujeres víctimas de violencia de género con otras que no sufrían este tipo de violencia, han intentado describir y determinar las circunstancias y condiciones que estas mujeres podrían presentar. Si bien en un principio hubo una tendencia en la literatura científica a hablar de perfiles y características de las mujeres, con posterioridad el análisis se ha ido centrando en la consideración de las situaciones de mayor vulnerabilidad social (Hearn, 2013). La literatura ha puesto de manifiesto que la violencia de género puede afectar a mujeres de diferentes condiciones sociales, económicas, educativas o culturales, y por tanto, resulta más apropiado hablar de condiciones de vulnerabilidad que hacerlo de grupos o perfiles (Bott *et al.*, 2012). En cualquier caso, algunas situaciones parecen estar más presentes en estas mujeres. Entre ellas, atendiendo a la producción científica sanitaria en España destacan las siguientes:

- Las mujeres que sufren violencia de género suelen presentar mayores cargas familiares, con un mayor número de hijos (Fontanil *et al.*, 2005; Ruiz-Peña *et al.*, 2010).

- La salud mental de las víctimas de violencia de género se muestra peor que en el caso de las mujeres no maltratadas, con mayor presencia de depresión, estrés, ansiedad, y desajustes emocionales (Soler *et al.*, 2005). También se ha descrito la presencia de Trastorno de Estrés Postraumático (Calvete *et al.*, 2007). El mal estado de salud mental, se convierte de esta manera tanto en un posible signo de detección, como una consecuencia del maltrato.
- Se ha descrito como un factor de protección el alto nivel educativo, ocupacional y profesional, registrándose una peor situación laboral en aquellas mujeres que viven una situación de maltrato (Vives-Cases *et al.*, 2009b). La dependencia económica de la pareja se ha puesto de relieve entre las mujeres maltratadas (Soler *et al.*, 2005).
- La ausencia de autoridad y poder fuera de la familia es una característica presente en muchas mujeres maltratadas, configurándose como posible factor de riesgo para el maltrato junto a la ausencia de apoyo social (Ruiz-Pérez *et al.*, 2004).
- Las mujeres extranjeras o inmigrantes podrían ser un colectivo con mayor vulnerabilidad a la violencia del compañero íntimo. Estas mujeres presentan mayores dificultades de acceder a servicios públicos, además de poseer un nivel de estudios bajo y un mayor número de menores a su cargo (Vives-Cases, 2009a). Si bien las mujeres inmigrantes piden consejo a su familia o amigos sobre la violencia que sufren, o han denunciado a su pareja en mayor medida que las mujeres autóctonas, por el contrario, éstas últimas acuden más a los profesionales de la salud (Vives-Cases, 2009b).
- La situaciones de precariedad laboral o desempleo, también han sido señaladas como factores de riesgo (González y Gimeno, 2009; González- Losada, *et al.*, 2012).
- El apoyo social se ha mostrado como un factor de protección en la violencia de género (Plazaola-Castaño *et al.* 2008).
- Las mujeres se perciben con peor estado de salud, además de presentar más problemas de salud. Relacionado con esta cuestión también hacen mayor uso de medicación, especialmente psicofármacos u otras drogas (García Torrecillas *et al.*, 2008; Castro *et al.*, 2009). Esta medicalización se ha puesto de relieve como una forma de abordar la violencia que sufre la mujer desde el sistema sanitario, sobre todo, cuando otras alternativas no son alcanzables (Eguiguren 2004).

- Se ha estudiado cómo ciertos colectivos de mujeres pueden estar más expuestos a la violencia porque previamente viven determinadas situaciones de vulnerabilidad. Es el caso de las mujeres usuarias de drogas o drogodependientes. En estas mujeres la incidencia y prevalencia de episodios de violencia por parte del compañero íntimo suele ser más elevada (Chait y Zulaica, 2005).
- Otros trabajos han señalado que tener antecedentes familiares de violencia, podría explicar cierta tolerancia a la violencia del compañero íntimo.
- Las dificultades de reconocimiento de la violencia de género también han sido asociadas con la edad de las mujeres. En este sentido se han señalado dos tipos de perfiles dependiendo de la trayectoria de violencia: las más jóvenes, que no saben auto-identificar la situación, y las más mayores, con malos tratos de larga duración y con dificultad de reconocimiento de la situación (Muñoz-Cobos *et al.*, 2006).
- El embarazo se ha mostrado como un momento vital de mayor vulnerabilidad hacia la violencia; en una muestra de 100 mujeres maltratadas en Málaga, el 61% había recibido malos tratos durante el embarazo (Domínguez *et al.*, 2008).
- Se ha señalado que entre las mujeres discapacitadas, los índices de sufrir violencia doméstica y de género son importantes, y requieren especial atención (Alcaraz-Rousselet *et al.*, 2006).

Con este acercamiento a circunstancias y condiciones, no quedan agotadas todas las posibilidades que pueden contribuir a generar una mayor vulnerabilidad frente a las situaciones de maltrato. Del mismo modo, la toma en consideración de dichas circunstancias y condiciones de vulnerabilidad por parte de la sociedad, pueden estar mediadas por las percepciones y estereotipos que hay establecidos al respecto. Así por ejemplo, el estudio de Esperanza Bosch-Fiol y Victoria A. Ferrer-Pérez (2012) realiza una aproximación a la vigencia actual de ciertos 'mitos' sobre la violencia de género. De forma general, dichos mitos son presentados en diferentes categorías, destacando en cada una de ellas:

- Mitos sobre la marginalidad: la violencia de género solo ocurre en países subdesarrollados; la violencia de género solo ocurre en familias/personas con problemas (pocos recursos, paro...).

- Mitos sobre los maltratadores: los hombres que maltratan a su pareja (o ex pareja) han sido, a su vez, personas maltratadas por parte de sus padres (o han sido testigos de maltrato en su familia de origen); los hombres que maltratan a su pareja (o ex pareja) son enfermos mentales; los hombres que maltratan a su pareja (o ex pareja) consumen/abusan de alcohol y/o drogas; la violencia de género se debe a los celos.
- Mitos sobre las mujeres maltratadas: las mujeres con unas ciertas características tienen más probabilidades de ser maltratadas; si las mujeres que padecen violencia de género no abandonan esa relación, quizá será porque les gusta (mito del masoquismo); si las mujeres padecen violencia de género algo habrán hecho para provocarla.
- Mitos que minimizan la importancia de la violencia de género: la violencia de género es un fenómeno puntual, muy localizado; la violencia psicológica no es tan grave como la física; los hombres y las mujeres son violentos/as por igual en la pareja.

1.5. **CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LAS MUJERES**

Cuando en mayo de 1996, mediante resolución de la 49 Asamblea Mundial de la Salud, los Estados Miembros acordaron declarar la violencia una prioridad de salud pública, varios fueron los argumentos clave: (1) las consecuencias negativas que la violencia tiene para la salud de una proporción muy importante de mujeres, y también otros miembros del grupo familiar que resultan afectados, generalmente los/as hijos/as, (2) el reconocimiento de que los agentes de salud se encuentran con frecuencia entre los primeros que ven a las víctimas de la violencia, tienen una capacidad técnica sin igual y gozan de una posición especial en la comunidad para ayudar a las personas expuestas a dicho riesgo, y (3) los gastos para el sistema sanitario que dichas situaciones suponen, principalmente en lo relativo al mayor uso de servicios.

En los últimos años, la creciente preocupación por la violencia de género ha corrido paralela al desarrollo de estudios centrados en el análisis de la carga económica que este tipo de violencia supone para la sociedad (Walby, 2009; Walters *et al.*, 2004). Algunos estudios estimaron que las mujeres expuestas a la violencia tenían, en promedio, casi el doble de los costos anuales de atención sanitaria que las que no eran víctimas (Wisner *et al.*, 1999). Otros estudios comparativos sobre planes de salud han mostrado que las mujeres víctimas de violencia de género hacen un mayor uso de servicios, hospitalización y consumo de

medicamentos (Campbell, 2002). Estudios más recientes, como el llevado a cabo por Sylvia Walby (2009), apuntan a una estimación de en torno a 18500 millones de euros el costo anual de la violencia de género en el Reino Unido. Por su parte, Kruse *et al.*, (2011), siguiendo un análisis econométrico, reportaron que cada año los costos de atención suponen un incremento a los servicios sanitarios de Dinamarca de 1.800 € para las víctimas en comparación con las no víctimas, debido principalmente a los mayores costos psiquiátricos y atención a los múltiples episodios. Ello sin olvidar, como se señala desde otros estudios, que la consideración al impacto económico de dichas situaciones de maltrato, suele influir en otros componentes, entre los que destacan los costes de productividad y los costes legales (Chan y Cho, 2010).

El mayor cúmulo de evidencias científicas está concentrado en el análisis de las consecuencias que las situaciones de maltrato tienen para la salud de las mujeres (Gregory *et al.*, 2010; Ellsberg *et al.*, 2008; Campbell *et al.*, 2002). De forma general, los efectos del maltrato han sido clasificados en mortales y no mortales (Heise *et al.*, 1999). Entre los efectos mortales derivados de situaciones de violencia de género se encuentran el homicidio y el suicidio. Por su parte, la violencia de género ocasiona numerosos efectos no mortales, incluyendo tanto alteraciones y trastornos crónicos a nivel físico como consecuencias para la salud mental:

La autopercepción de salud es una válida y fidedigna medida de salud y bienestar general, y también, un fuerte predictor de la morbilidad, mortalidad y utilización de los servicios sanitarios (Alexopoulos y Geitona, 2009). La literatura pone de manifiesto cómo las mujeres que experimentan situaciones de violencia por parte de sus parejas, reportan tener peor estado de salud que las no maltratadas (Ellsberg *et al.*, 2008). El efecto más frecuente del maltrato tiene que ver con la salud mental. La violencia de género, ya sea sexual, física o psicológica, suele ir acompañada de maltrato psicológico o emocional (Selic *et al.*, 2011; Tjaden y Thoennes 2000):

Consecuencias para la salud mental: En la literatura han sido descritos el trastorno persistente por estrés postraumático, depresión, ansiedad, intención de suicidio, comportamiento antisocial, baja autoestima, incapacidad para confiar en los demás, miedo a la intimidad, desapego emocional, rememoraciones del hecho traumático (*flashbacks*), brote psicótico, trastornos obsesivo-compulsivos o alteraciones del sueño (Devries *et al.*, 2013; Black, 2011; Warshaw *et al.*, 2009; Coid *et al.*, 2003; Coker *et al.*, 2002a; Golding, 1999).

Consecuencias para la salud física: el impacto que el maltrato puede llegar a tener en la salud física de una mujer ha sido descrito en numerosos estudios. De esta manera, además de las muertes, las mujeres que sufren violencia física y/o sexual por parte de su pareja, suelen

padecer en torno a un 60% más de consecuencias de carácter físico que las que no son víctimas de este tipo violencia (Campbell *et al.*, 2002). Las consecuencias más visibles y evidentes a corto plazo asociados a las situaciones de violencia de género son las lesiones traumáticas (Jewkes, 2002). Dichas lesiones (hematomas, desgarros, abrasiones, fracturas, cortes, pérdida de audición, etc.), junto al miedo y el estrés asociado a la situación de maltrato, han sido fuertemente descritas como elementos facilitadores de la aparición de problemas crónicos (Plazaola-Castaño y Ruiz-Pérez, 2004). En la literatura han sido especialmente descritos los trastornos gastrointestinales, los síntomas neurológicos, las enfermedades cardiovasculares, el síndrome de colon irritable, el síndrome de dolor crónico, la fibromialgia, las infecciones de la vejiga/riñón, las enfermedades articulares y las migrañas/dolores de cabeza (Black, 2011; Bonomi *et al.*, 2009; Leserman y Drossman, 2007; Helweg-Larsen y Kruse, 2003; Coker *et al.*, 2002b). A todo esto, hay que sumar las consideraciones en torno a la salud sexual y reproductiva. La violencia de género ha sido asociada al contagio por enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, los trastornos ginecológicos, enfermedad pélvica inflamatoria, disfunción sexual, así como a otras preocupaciones de salud pública, como la maternidad segura y la planificación familiar, ampliamente relacionados en los casos de violencia de pareja a abortos y embarazos no deseados, atención prenatal tardía, parto prematuro, y otras dificultades asociadas al embarazo como bebés con bajo peso al nacer o muertes perinatales (Roberts *et al.*, 2005; Campbell *et al.*, 2002; Bauer *et al.*, 2002; Hathaway *et al.*, 2000).

En España, la literatura científica centrada en esta área de estudio también ha documentado de forma amplia los efectos de la violencia de género en la salud de las mujeres. Ello ha puesto en evidencia no sólo la evolución temporal del problema (Vives-Cases *et al.*, 2007, 2008), o la relación existente entre la violencia de género y la mayor probabilidad de sufrir enfermedades crónicas (Ruiz-Pérez *et al.*, 2007), sino también, la importancia que la violencia psicológica tiene a la hora de caracterizar el maltrato. Así por ejemplo, en el estudio llevado a cabo por Ruiz-Pérez y Plazaola-Castaño (2005), las mujeres que se refirieron a los tres tipos de maltrato, fueron las más propensas a presentar problemas de salud mental; el nivel de las consecuencias negativas estaba asociado a la intensidad y duración de las experiencias de abuso. Del mismo modo, este estudio puso de manifiesto que todos los tipos de maltrato estaban asociados de forma significativa no sólo a trastornos psicológicos, sino también al uso de tranquilizantes y antidepresivos. El mayor consumo y abuso de medicamentos también fue uno de los resultados recurrentes del estudio realizado por Castro *et al.* (2009) en dos áreas de salud de Córdoba. En la misma línea, los resultados del estudio llevado a cabo por Raya *et al.*, (2004)

mostraron que el maltrato presentaba una asociación significativa con la morbilidad psíquica y con la salud auto-percibida, lo que subrayaba la idea de que las lesiones físicas no son la única «prueba» de la existencia de violencia de género. La asociación de la violencia de género con la baja autoestima, cuadros de depresión, ansiedad, estrés postraumático o intención de suicidio, también han sido descritos (ver por ejemplo, Labrador *et al.*, 2010; Domínguez *et al.*, 2008; García Torrecillas *et al.*, 2008; Pico-Alfonso *et al.*, 2006).

1.6. LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ATENCIÓN PRIMARIA: BARRERAS Y OBSTÁCULOS PARA LA IDENTIFICACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO DEL MALTRATO

El maltrato por violencia del compañero íntimo no es fácil de identificar, existiendo diversos obstáculos que complican su constatación o diagnóstico por parte de los profesionales de Atención Primaria. Por diversas razones, muchas víctimas pasan por el sistema sanitario sin ser identificadas (Djikanovic *et al.*, 2010).

A lo largo de los últimos años ha habido un creciente interés en concienciar e implicar al sector salud en la erradicación de la violencia de género. Para ello uno de los principales focos ha sido aumentar las competencias de los profesionales para atender a las víctimas en los servicios de salud (García-Moreno, 2002). En este sentido, la percepción y actitudes de los profesionales hacia la violencia de género tiene una gran influencia en la capacidad general y preparación para hacerle frente (Zink *et al.*, 2004). Estudios cualitativos centrados en mujeres maltratadas han demostrado que el interés de los profesionales de la salud en su exposición a la situación de violencia reduce los sentimientos de aislamiento, frecuentemente experimentados en estas situaciones (Smith-Stover *et al.*, 2009; Rhodes *et al.*, 2002).

La identificación de un caso de maltrato es un prerrequisito para enfrentar la situación desde el sistema sanitario (Feder *et al.*, 2006), y las tasas de auto-declaración por violencia de género son bajas incluso entre las mujeres con mayores factores de riesgo (Klap *et al.*, 2007). La literatura pone de manifiesto que las mujeres no son propensas a revelar las situaciones de abuso vividas, a menos que se les pregunte directamente por ello (Gutmanis *et al.*, 2007; Ramsden y Bonner, 2002). Sin embargo, todavía pocas mujeres son preguntadas a pesar de presentar signos y síntomas que sugieren la exposición a violencia del compañero íntimo. El estudio realizado por Glass *et al.* (2001) en 11 hospitales de California y Pensilvania demostró

que a menos del 25% de las mujeres que acudieron a los servicios de salud se les preguntó en algún momento sobre violencia física, sexual o emocional por parte de los profesionales de urgencias, incluyendo solo el 39% de las mujeres con un trauma agudo, y el 13% de las que el año anterior habían sufrido un evento violento. Esta evidencia es lo que propició la aparición de la cuestión relativa a si se debe hacer un cribado universal de rutina versus una detección de casos clínicamente indicada, convertido en uno de los grandes debates sobre la salud de las mujeres en la última década (Wathen *et al.*, 2008).

La literatura sanitaria ha señalado diversos factores asociados a los profesionales en torno al hecho de considerar o no el cribado para la violencia de género en sus consultas. Ello incluyendo las creencias y actitudes acerca de la violencia del compañero íntimo, el nivel de comodidad profesional respecto al tema, el sentido de auto-eficacia o el grado de apoyo institucional (Tower, 2006; Chamberlain y Perham-Hester, 2002). Con respecto a las actitudes y creencias, la revisión sistemática llevada a cabo por Todahl y Walters (2011) ha mostrado que los profesionales de la salud tienen menos probabilidades de considerar el diagnóstico por violencia de género, especialmente en las siguientes situaciones, (1) cuando consideran que la detección puede inducir otros problemas, por lo que podría ser contraproducente; (2) cuando creen que el tiempo disponible no les permite abordar este tipo de casos; (3) cuando se considera que las pacientes no responderán, e incluso, que pueden llegar a sentirse ofendidas si es sugerido por el profesional; (4) cuando se cree que la detección de casos de violencia de género no está dentro de su rol profesional, es decir, no se considera un problema médico; o (5) cuando se considera que la violencia de género no es un problema que afecte al tipo de pacientes que acuden a su consulta. De forma paralela, otra cuestión de gran interés ha sido el papel de la formación y el apoyo institucional en la identificación de casos de violencia del compañero íntimo.

Aunque la efectividad de la formación para las médicas y médicos de Atención Primaria no es del todo concluyente (Feder *et al.*, 2011), por lo general, la formación en el cribado en violencia de género aumenta el sentido de los profesionales sobre la auto-eficacia de la intervención e incrementa la frecuencia de cribado y las tasas de detección (García-Moreno, 2002). La falta de formación, conocimiento y educación acerca de este tipo de violencia son barreras para la identificación, tratamiento y derivación de las víctimas de maltrato; de hecho, los niveles bajos de conocimiento han sido correlacionados con las menores tasas de detección (Yeung *et al.*, 2012; Gutmanis *et al.*, 2007). Por otro lado, si bien la formación sobre las tasas de violencia de género, los comportamientos y dinámicas generalmente aumenta los niveles de

cribado de los profesionales, la formación en sí misma no sustenta la actitud y comportamiento para la detección de casos a lo largo del tiempo (Edwardsen *et al.*, 2011). La auto-eficacia y el comportamiento proactivo hacia el cribado están también mediados por factores como el apoyo institucional y la supervisión (Todahl y Walters, 2011). Los profesionales son mucho más propensos a introducir de forma rutinaria el cribado en violencia de género cuando en su entorno de trabajo se le brinda apoyo y se le exige responsabilidad para hacerlo (Allen *et al.*, 2007).

Otra cuestión de gran interés dentro de los estudios sobre violencia del compañero íntimo en el ámbito de los servicios sanitarios, ha sido la respuesta de la paciente ante el cribado. Los estudios muestran de forma consistente que las mujeres, ya sean víctimas o no de violencia de género, consideran que es apropiado que los profesionales de la salud pregunten acerca de la violencia de género (Morse *et al.*, 2012; Plichta, 2007). En la misma línea, la encuesta de la Agencia de Derechos Fundamentales de la UE antes mencionada, muestra que el 87% de las europeas está a favor de que los médicos pregunten de forma rutinaria a mujeres con lesiones sobre el origen de las lesiones, porcentaje que asciende al 93% en el caso de las españolas. De igual modo, la literatura sugiere que las pacientes son más propensas a apoyar el cribado universal en condiciones de intimidad, en un entorno sin prejuicios, sin presión, y de apoyo; sin olvidar el consentimiento informado, especialmente con respecto a por qué se está llevando a cabo un cribado, quiénes tendrán acceso a la información, y cómo puede ser utilizada la información (McNutt *et al.*, 2005; Thackeray *et al.*, 2007). De esta manera, los estudios ponen constantemente de manifiesto que las víctimas prefieren que sea su médico/a quien de forma privada le pregunte sobre violencia de género (Chang, *et al.*, 2005).

En el estudio llevado a cabo por Liebschutz *et al.* (2008), para entender los riesgos y beneficios de revelar la condición de víctimas de violencia por compañero íntimo a los profesionales sanitarios, los encuentros beneficiosos fueron caracterizados por la familiaridad con el médico, el reconocimiento del abuso, el respeto y las referencias pertinentes. Es decir, la satisfacción con haber revelado la situación viene determinada por el valor del encuentro con los profesionales de la salud. En la misma línea, en el estudio desarrollado por Battaglia *et al.* (2003), las mujeres participantes identificaron como características importantes: (1) la capacidad de expresar un sentido de preocupación personal, (2) la comunicación abierta, (3) la confidencialidad de la información médica, (4) compartir la toma de decisiones, (5) la competencia en la atención médica, y (6) tomar el tiempo suficiente para atender a las preocupaciones de las pacientes. En la misma línea, el meta-análisis de estudios cualitativos desarrollado por Feder *et al.* (2006), subrayó que las mujeres que habían experimentado

situaciones de violencia de género por parte de sus parejas o exparejas consideraban más provechosas las relaciones con las y los profesionales caracterizadas por el apoyo respetuoso.

Siguiendo a Usta *et al.* (2012), las actitudes de las mujeres sobre la participación y respuestas del sistema de salud se pueden agrupar en tres categorías dependiendo de factores en los distintos niveles. A nivel personal, la preparación, la autoestima y el temor a que la revelación del abuso agudice el problema, desempeña un importante papel en la decisión de una mujer de dar a conocer su situación personal de abuso. A nivel de los profesionales de la salud, las mujeres víctimas de violencia de género hacen hincapié en la importancia de que los profesionales pregunten sobre la violencia de la pareja en un clima de seguridad y apoyo, proporcionando información para reducir las sospechas sobre el motivo de las preguntas y minimizando el estigma. A nivel organizacional, las mujeres consideran que la falta de tiempo durante la visita, así como la presencia de un médico/a desinteresado son los principales obstáculos para revelar la situación que se está viviendo. Muchas mujeres también aludieron a la falta de buenos sistemas de derivación y coordinación entre los profesionales y los recursos comunitarios.

En España, la magnitud del problema de la violencia de género junto con la baja detección en los servicios sanitarios puesta de manifiesto en diferentes estudios, ha hecho de las barreras y obstáculos para el diagnóstico, uno de los temas estrella en la investigación y la reflexión de diversas instituciones y personas expertas. De esta manera, se ha constatado que en España los médicos y médicas escasamente preguntan por las relaciones familiares o de pareja. En el estudio de García Torrecillas *et al.* (2008), en torno a una muestra aleatoria de 170 mujeres atendidas en Atención Primaria, el 73% de los médicos de familia rara vez o nunca preguntaron por sus relaciones de familia, y el 85,3% por sus relaciones de pareja. Sin embargo, el estudio puso de manifiesto que al 96,5% de las mujeres consultadas no les disgustaría que su médico de familia abordara este tema. Es decir que, en el contexto español, las mujeres no suelen mostrar, por regla general, inconvenientes en hablar de este problema en un contexto seguro, ya sea para desahogarse o para pedir apoyo. Estos resultados, como se veía anteriormente, son ampliamente coincidentes con la literatura internacional. Del mismo modo, las investigadoras e investigadores en España han constatado la falta de preparación entre los profesionales sanitarios para reconocer el maltrato, especialmente en lo relativo a cómo abordar y/o cómo actuar una vez detectado un caso de violencia de género (Fernández Alonso *et al.*, 2006). En la tabla 3 se muestran algunos estudios que han analizado estas cuestiones en los profesionales sanitarios en España.

Tabla 3. Muestra de estudios sobre Violencia de Género realizados con profesionales sanitarios en España

Autoría	Muestra	Emplazamiento	Principales resultados
Siendones et al, 2002	Encuesta anónima a 116 profesionales de un servicio de urgencias hospitalario (médicos, enfermeras y auxiliares)	Unidad de Urgencias del Hospital Comarcal Costa del Sol de Marbella	Participación del 74%. En un test de conocimientos se obtuvo un 51,1% de respuestas correctas. Las principales barreras de actitud ante la VG fueron la desmotivación y desconocimiento; hasta un 66% de los profesionales no suelen plantearse la VG como un diagnóstico diferencial. Como barreras organizativas destacan la presión asistencial
Coll-Vinent et al, 2008	321 profesionales, seleccionados aleatoriamente	Personal médico y de enfermería de hospital urbano de tercer nivel de Barcelona	Respondieron 287 profesionales. El 87,1% consideró la VG un problema importante, pero menos del 50% lo consideró un problema de salud. Menos de la mitad de los encuestados (41,2%) había detectado alguna vez a alguien que se hallara en una situación de violencia intrafamiliar. El 92,% considera adecuado reflejarlo en la historia clínica
Arredondo-Provecho et al, 2008	Muestreo por conveniencia población diana formada por 540 profesionales Muestra obtenida: N=231	Unidades de urgencias del hospital universitario de Móstoles y de la fundación hospital Alcorcón (Madrid)	Tasa de respuesta total del 60% (n=139). Para un 58,2% los malos tratos se asocian a clases sociales bajas. Un 72,8% cree que la violencia se da en mujeres sin estudios, amas de casa o extranjeras. Un 67,6% asocia al agresor a un varón bebedor, consumidor de drogas o que está en paro. El 66,7% no realiza diagnóstico diferencial ante una paciente con lesiones físicas
Larrauri et al, 2010	152 profesionales sanitarios 23% médicos-as	Servicios de urgencias de la provincia de Ourense	El 67,5% habitualmente no mantiene una actitud expectante para detectar los casos de VG. El 94,1% mostró interés por adquirir formación sobre el tema. Un 76,3% desconoce los protocolos. El 40,4% consideró que no hay ni impedimentos organizativos ni estructurales en estos servicios para atender los casos de VG
Rodríguez-Borrego et al, 2011	622 mujeres enfermeras	Hospitales y distritos sanitarios de las ocho provincias andaluzas	El 78,5% de las enfermeras estaban casadas o con pareja estable. El 33,0% había sufrido maltrato. De estos, el 75,1% fue psicológico
Arredondo-Provecho et al, 2012	793 profesionales de AP	Área 8 de Madrid	Tasa de respuesta del 21,4% (n=170). El 70,7% creen que la VG es un problema importante y el 91,7% que habitualmente pasa desapercibido. El 55,2% conocen las obligaciones legales cuando se detecta. El 51,8% piensan que existen barreras organizativas: presión asistencial (29%), falta de formación específica (23,5%), desconocimiento del procedimiento a seguir (11,8%) y de las competencias de cada profesional 12(7%)

Atendiendo a los aspectos sobre los que más ha incidido la literatura científica sanitaria en España, se exponen a continuación algunas de las razones subrayadas en relación a la baja detección de las pacientes maltratadas por el compañero íntimo, así como las dificultades establecidas en relación al abordaje en Atención Primaria:

- ***Por parte de los médicos y médicas:***

- Los médicos de Atención Primaria no consideran que la violencia de género sea un problema de salud. En algunos casos lo consideran un conflicto de pareja.
- La alta presión asistencial que encuentran los médicos en sus consultas de Atención Primaria les impide explorar y dedicar mayor atención a sus pacientes, especialmente a las mujeres con malestares inespecíficos.
- Cierta desmotivación hacia el abordaje del problema.
- El miedo a invadir la intimidad o a ofender a la paciente.
- El desconocimiento de los recursos existentes para atender a las mujeres maltratadas y sentir que recae sobre el profesional sanitario toda la actuación.
- La escasa formación de los profesionales sanitarios sobre violencia de género, sus causas y consecuencias, cómo detectarlo y diagnosticarlo, y cómo actuar en todo el proceso.
- La escasez de espacios en urgencias para preservar la intimidad con las pacientes.
- La falta de instrumentos y procedimientos para manejar el maltrato, es decir, de protocolos claros e información relevante de cómo actuar.
- La falta de tiempo y sobrecarga de trabajo dentro y fuera de las consultas de Atención Primaria.
- Los falsos negativos y el miedo a condenar a un inocente.
- Los médicos se sienten incómodos o inseguros cuando tratan a las pacientes con maltrato por las implicaciones de todo tipo que lleva la actuación, así como el compromiso de trabajo que les supone asumir.

- La falta de sensibilidad y los prejuicios hacia la mujer maltratada.
- La falta de profesionales de otras disciplinas implicados en Atención Primaria como los trabajadores sociales, los cuales son escasos en muchos consultorios o centros de salud; además de una falta de coordinación entre los servicios sociales y sanitarios.
- La negativa de la mujer a reconocer la violencia de su pareja cuando presenta lesiones y el médico le pregunta sobre ellas, argumentando otras causas.
- Dificultades en la coordinación interna de los equipos.
- El temor a la sanción legal ante la negativa a emitir el parte de lesiones y su informe médico en contra de la voluntad de la mujer.
- El enfoque biologicista de la atención como obstáculo para la comprensión del problema.
- Considerar la violencia como un problema de clases sociales bajas, asociando estereotipos, tanto a la figura del maltratador como a la de la víctima.
- Falta de coordinación entre los servicios implicados en la atención integral.
- Inexistencia de registros que recojan información unificada que permitan conocer la situación real de esta problemática en Atención Primaria.

- ***Por parte de las mujeres víctimas de violencia de género***

- El sentimiento de culpa y vergüenza ante la situación que está viviendo.
- Negativa de la víctima al reconocimiento de que es víctima de violencia. No todas las mujeres que sufren abuso se identifican con la imagen de mujer maltratada.
- Sentirse coaccionada para poner la denuncia.
- El miedo y temor al agresor si no encuentra apoyo y respuesta segura.
- Sentirse responsable del abuso, es decir, la autoinculpación.
- Grado de seguridad, atmósfera amigable y de confianza con el médico/a de Atención Primaria.

Muchas son las controversias que han rodeado y rodean la idea de realizar un cribado sistemático de la posible existencia de malos tratos desde la Atención Primaria. Una señal de éstas son los múltiples sistemas existentes para este cribado (Cano Martín et al, 2010). De esta manera, a lo largo de los últimos años se han puesto de relieve escalas y cuestionarios que podrían facilitar la labor de detección a los profesionales sanitarios, especialmente a los médicos y médicas. Se trata de instrumentos orientados a explorar las distintas dimensiones de la salud como consecuencias de las experiencias de abuso, estando la mayoría de ellas validadas en la población española. En la tabla 4 se expone un listado de algunos de los más utilizados en la investigación sanitaria.

Tabla 4. Muestra de algunos de los instrumentos de valoración de la violencia de género más utilizados en el ámbito sanitario español.

Instrumento	Descripción general
Instrumentos de cribado	
Escala de Goldberg	Esta escala, oficialmente conocida como <i>General Health Questionnaire</i> , fue desarrollada por Goldberg <i>et al.</i> , (1988, 1997) para el cribado de cuadros de depresión y ansiedad en consultas no psiquiátricas. En España, entre otros estudios ha sido utilizada por Castro <i>et al.</i> (2009), García Torrecillas <i>et al.</i> (2008), Raya-Ortega <i>et al.</i> (2004) o RuizPerez y Plazaola-Castaño (2005)
Woman Abuse Screening Tool (WAST)	Cuestionario desarrollado por Brown <i>et al.</i> (1996) para la identificación precoz de posibles casos de maltrato en mujeres que acuden a los servicios de AP. Este instrumento fue traducido al español y validado en pacientes hispanohablantes por Forgarty y Brown (2002). La validación de la versión corta del WAST al contexto español fue realizada por Plazaola-Castaño <i>et al.</i> (2008). En España ha sido empleado en estudios como los llevados a cabo por Cano Martín <i>et al.</i> (2010), González Lozoya <i>et al.</i> (2010), o Ruiz Pérez <i>et al.</i> (2010)
Test de Bradley	Cuestionario desarrollado por Bradley <i>et al.</i> (2002) para la identificación de casos de violencia doméstica en AP. Este instrumento fue validado en España por García-Torrecillas <i>et al.</i> (2008), y utilizado en estudios como los de Gonzalez-Losada <i>et al.</i> (2012), Castro <i>et al.</i> (2009).
Abuse Assessment Screen (AAS)	Instrumento desarrollado por McFarlane <i>et al.</i> (1992), inicialmente diseñado para su aplicación en servicios de cuidado prenatal, como forma de identificar a mujeres víctimas de maltrato físico y sexual, y medir la gravedad y frecuencia de los abusos durante el embarazo. Este instrumento ha sido adaptado para su utilización en mujeres con discapacidad física (McFarlane <i>et al.</i> , 2001). En España ha sido empleado, por ejemplo, por Ruiz-Pérez <i>et al.</i> (2010)

Partner Violence Screen (PVS)	Instrumento desarrollado por Feldhaus <i>et al.</i> (1997), en primera instancia, para detectar de forma rápida en los servicios de urgencias a mujeres maltratadas por la pareja. Este instrumento fue validado, y comparada su concordancia con otros, por García-Esteve <i>et al.</i> (2011)
Instrumentos de diagnóstico	
Index of Spouse Abuse (ISA)	Índice diseñado para medir en el ámbito clínico la severidad de la violencia contra la mujer en la pareja. El cuestionario, compuesto de 30 ítems distribuidos en dos escalas independientes, fue desarrollado inicialmente por Hudson y McIntosh (1981) como forma de valorar la frecuencia e intensidad del maltrato en lo que respecta a violencia física, psicológica y sexual. El ISA fue adaptado y validado en España por Plazaola-Castaño <i>et al.</i> (2009). Algunos estudios que en España han empleado este índice son García-Esteve <i>et al.</i> (2011), Ruiz-Pérez <i>et al.</i> (2010), o Delgado <i>et al.</i> (2006)
Conflict Tactics Scales (CTS)	Desarrollada por Straus (1979), es una de las escalas más utilizadas a nivel internacional para obtener datos sobre la gravedad de las agresiones físicas y psicológicas en las relaciones de pareja. El CTS se compone de 18 ítems distribuidos en tres escalas, cada una de las cuales se corresponde con una de las estrategias de resolución de conflictos de Straus: (1) diálogo, (2) agresión verbal, y (3) violencia física. Es uno de los instrumentos más utilizado como referente a la hora de validar nuevas escalas o instrumentos; así por ejemplo, en España, ha sido empleado para la validación de la <i>Escala de Maltrato</i> desarrollada por Delgado <i>et al.</i> (2006). Otros estudios en los que ha sido utilizado el CTS en España son: Buesa y Calvete (2011), Calvete <i>et al.</i> (2007b) o Corral y Calvete (2006)
Psychological Maltreatment of Women Inventory (PMWI)	Elaborado por Tolman (1989), este instrumento mide la frecuencia e intensidad del maltrato psicológico en situaciones de violencia de género. Está compuesto de 58 ítems distribuidos en dos subescalas: (1) dominación-aislamiento, y (2) abuso emocional-verbal. Kisan y Painter (1992), desarrollaron posteriormente una nueva versión del PMWI, el <i>Psychological Maltreatment Inventory (PMI)</i> , donde los ítems se plantean de un modo neutral desde el punto de vista de género. Este instrumento ha sido empleado en España por García-Esteve (2011)
Escala de Maltrato	Desarrollada por Delgado <i>et al.</i> (2006), a partir de preguntas obtenidas y adaptadas de otros instrumentos (<i>Index of Spouse Abuse</i> , <i>Conflicts Tactics Scale</i> y <i>Ambuel</i>), para evaluar el maltrato físico, psicológico y sexual en mujeres. Se trata de un instrumento inicialmente planteado para AP. Entre otros estudios, ha sido utilizado por Ruiz-Peña <i>et al.</i> (2010)
Otros instrumentos	
Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA)	Instrumento para la valoración del riesgo de violencia desarrollado por Kropp <i>et al.</i> (1995). El SARA está conformado sobre la base de 20 factores de riesgo sobre temas tanto de naturaleza clínica como legal.

	Dichos factores aparecen clasificados en dos sub-escalas: (1) en relación al riesgo de violencia en general, y (2) riesgo de violencia contra la pareja-esposa.
Escala de Predicción de Riesgo de Violencia Grave contra la Pareja (EPV)	Escala desarrollada por Echeburúa <i>et al.</i> (2009) es una escala de predicción de riesgo de violencia grave en las relaciones de pareja. La EPV es una escala de 20 ítems dirigida a facilitar a profesionales no clínicos (psicólogos forenses, jueces, policías, trabajadores sociales, etcétera) la predicción de una situación de violencia que permita la adopción de medidas. La revisión de las propiedades psicométricas fue igualmente llevada a cabo por Echeburúa <i>et al.</i> (2010).
Subtle and Overt Psychological Abuse of Women Scale (SOPAS)	Es uno de los últimos instrumentos desarrollados para el análisis del maltrato psicológico. Surge de la idea de Marshall (1996) de que los mensajes dañinos no sólo pueden transmitirse de forma abierta, sino también de manera muy sutil, pudiendo llegar a no ser reconocidos como abusivo por un observador o por la propia persona destinataria del mensaje. El maltrato psicológico sutil es un campo de estudio reciente, por lo que no existen muchos estudios que pongan de manifiesto el alcance de su impacto en la salud mental de las víctimas. Este instrumento, desarrollado en 1999, fue validado por Jones <i>et al.</i> (2005). La adaptación a mujeres españolas y el estudio de las propiedades psicométricas del SOPAS ha sido realizado por Buesa y Calvete (2011)
Cuestionario de Respuesta Emocional a la Violencia (REV)	Instrumento principalmente orientado a situaciones de violencia doméstica y violencia sexual, desarrollado por Soler <i>et al.</i> (2005), en base al <i>Protocolo de Evaluación Psicológica</i> (Centro Mujer 24 Horas. Dirección General de la Mujer, 1999), como forma de identificar niveles de depresión, ansiedad y trastorno por estrés Postraumático (siguiendo los criterios de la DSM-IV-TR).

Fuente: Elaboración propia

Entre las barreras y obstáculos para la detección de la violencia de género en el ámbito sanitario, no hay olvidar la importancia del plano jurídico-penal. En España, a finales de los años noventa del siglo pasado, el mensaje «mujer, denuncia» caló entre los profesionales, entendiendo que ésta era una de las vías más eficaces para abordar el problema. Pero la mayoría de los profesionales de la medicina se mostraron reacios a emitir los informes médicos necesarios para adjuntar al parte de lesiones, lo cual dificultaba de manera notoria el proceso legal de denuncia de las mujeres que habían optado por esta vía. Un amplio conjunto de factores (prejuicios, desconocimiento, inseguridad, entendimiento de que la violencia dentro de la pareja pertenece al ámbito privado, temor a «abrir la caja de Pandora»...) explicaba esta reticencia profesional. Por ello, desde la Administración sanitaria se ha trabajado en la sensibilización del personal para realizar los informes médicos precisos y para que la mujer presentara la denuncia (Areitio 2007). Dentro de este objetivo se insiste en la obligatoriedad legal de la notificación al

Juzgado por parte de los profesionales de cualquier situación sospechosa de constituir un delito de malos tratos. Hay varias normativas en relación con el deber de comunicación al Juzgado: a) Art. 30.3 del Código de Deontología Médica; b) Art. 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, o c) Art. 408 de la Ley Orgánica del Código Penal. Sin embargo, se ha asistido a un proceso paradójico: los médicos son más proclives en muchas ocasiones a la denuncia que las propias pacientes, generándose importantes problemas éticos para el personal médico (Aretio, 2007).

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Estudiar los avances y problemáticas existentes en la detección, atención, derivación y seguimiento de la Violencia de Género en Atención Primaria atendiendo a una muestra aleatoria de todo el Estado español de profesionales de dicho nivel asistencial, con el objetivo de identificar y plantear propuestas que contribuyan a mejorar el sistema de atención a las mujeres que sufren violencia de la pareja o expareja.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.2.1. Analizar las percepciones y opiniones entre el personal médico en torno a la idea de la Violencia de Género como problema de salud pública y su abordaje en el ámbito de la Atención Primaria.
- 2.2.2. Conocer el nivel de información y formación que poseen los médicos y médicas de Atención Primaria sobre Violencia de Género.
- 2.2.3. Conocer la experiencia de los médicos y médicas de familia en la detección de casos por Violencia de Género, analizando las formas de proceder e identificando necesidades a la hora de detectar y abordar los casos por violencia del compañero íntimo.
- 2.2.4. Describir los obstáculos y dificultades que los profesionales de Atención Primaria encuentran en la detección y abordaje de la Violencia de Género en el transcurso de su práctica asistencial.
- 2.2.5. Identificar propuestas e intervenciones de mejora centradas en Atención Primaria para la detección y atención en materia de violencia de género.

3. RESULTADOS

Respondieron al cuestionario 347 médicos de Atención Primaria del Estado, seleccionados aleatoriamente¹.

3.1 PERFIL DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS

El 44,1% (n=153) eran médicos y el 55,9% (n=194) médicas. La media de edad de los facultativos fue de 49 años (DS= 7,74), con una moda de 54 años y una mediana de 51, en un intervalo de 25 a 62 años.

El 13,5% de los médicos pertenecían a consultorios y el 86,5% a centros de salud por lo que la muestra es predominantemente urbana. Los médicos y médicas de Atención Primaria tenían una media de antigüedad de 20 años en el centro donde trabajaban (DS=8,60), con un intervalo entre 1 y 35 años, pero con diferencias significativas entre médicos y médicas ($t=4,41;p=0,000$), ya que los hombres llevaban una media de 22 años y las mujeres de 18 años. El 87,3% contaba con contrato fijo y el 12,7% restante con contrato temporal. El modelo de atención era equipo para el 80,7% y cupo para el 19,3% restante.

3.2 PERCEPCIÓN Y OPINIÓN SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

La mayoría consideraba que la violencia de género era un problema de salud (93,7%), siendo las médicas (96,4%) las que destacaron en sus respuestas afirmativas, si se comparan con los hombres médicos (90,2%) ($p=0,019$). No había diferencias por la antigüedad en el ejercicio médico ($p=0,564$), divididos en dos intervalos: menos de 20 años de experiencia y 20 o más años.

A los facultativos se les pidió que puntuaran la importancia que le daban ellos a la violencia de género, y se ha obtenido una media de 8,9 sobre 10, (DS=1,44), siendo la mediana 9 y la moda

¹ Ver anexo metodológico en el apartado 6 de este estudio.

10. Solo el 25% valoró su importancia por debajo del 8, y el 2% por debajo del 5. Por tanto, se trataba de una muestra de profesionales muy sensibilizados con este problema. No había diferencias por antigüedad médica ($p=0,534$), pero sí por sexo, ya que las médicas alcanzaron una puntuación media mayor ($X=9$) que los médicos ($X=8,7$) pero, aunque descriptivamente las diferencias no sean relevantes, estadísticamente son significativas ($p=0,027$)

El 63,4% ($n=220$) manifestaron que no les planteaba ningún tipo de incomodidad atender a estas pacientes, frente al 36,6% ($n=127$) de los facultativos que sí la experimentaban. Les planteó más incomodidad a los que llevaban menos de 20 años ejerciendo (42,5%) comparado con los que llevaban 20 o más años (32%), con diferencias significativas ($p=0,043$); y respondieron más médicas afirmativamente (42,3%) que médicos (29,4%), ($p=0,014$). Tampoco se relacionaba la incomodidad al atender a las pacientes con haber hecho o no formación ($p=0,760$), aunque pueda haber un sector que perciba una necesidad de mayor experiencia, como se verá a continuación.

Para aquellos que les resultaba incómodo tratar a estas pacientes, el motivo más señalado fue *el sentimiento de impotencia cuando no quiere denunciar a su agresor*; seguido de *la carga emocional que conlleva atender a estas pacientes y la falta de experiencia*.

Tabla 7. Motivos que generan incomodidad en la atención a las pacientes

MOTIVOS	SI % (n)	NO % (n)
Problemas de tiempo	24,8 (86)	11,8 (41)
Por las repercusiones legales	23,3 (81)	13,3 (46)
Por los sentimientos de impotencia cuando la mujer no quiere denunciar	32,9 (114)	3,7 (13)
La carga emocional que conlleva	31,1 (108)	5,5 (19)
Falta de experiencia	29,7 (103)	6,9 (24)
Carezco de formación para atenderlas adecuadamente	23,9 (83)	12,7 (44)
Miedo al deterioro de la relación de confianza médico-paciente	6,6 (23)	30% (104)

La mayoría consideraba que entre las funciones del médico o médica de Atención Primaria estaba la de atender a las pacientes víctimas de violencia de género (93,4%, $n=324$).

3.3 INFORMACIÓN-FORMACIÓN SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO

Había realizado algún tipo de formación sobre violencia de género el 55,6% (n=193) frente al 44,4% (n=154) que no la había hecho; siendo más médicas (60,3%) que médicos (49,7%) (p=0,048); pero sin diferencias por edad (p=0,649) o por antigüedad médica (p=0,372).

Entre los que hicieron formación (n=193), la realizaron hace 3,7 años de media (DS=3,79), con una mediana de 3 años y una moda de 2 años; un 25% hace más de cinco años que se formó. Esta formación fue valorada como útil para el 94,8% (n=183) frente al 5,2% para el que no lo fue. El 19,7% (n=38) consideró que la formación recibida fue muy insatisfactoria o insatisfactoria, mientras que para el 65,8% (n=127) fue satisfactoria, y para el 14,5% (n=28) muy satisfactoria; sin diferencias entre hombres y mujeres (p=0,989), ni por la antigüedad (p=0,064), ni la edad (p=0,169).

Distribuyendo por CCAA y seleccionando solo aquellas con más de 25 cuestionarios, se encuentran diferencias significativas (p=0,014), principalmente entre los médicos y médicas gallegos², pues hay menos facultativos que habían realizado formación en violencia de género. Descriptivamente médicos vascos y catalanes eran los que más habían realizado esta formación.

Tabla 8. Formación en violencia de género por CCAA

	NO	SI	TOTAL
Andalucía	8,0% (9)	15,9% (22)	12,4% (31)
Cataluña	15,9% (18)	22,5% (31)	19,5% (49)
Galicia	33,6% (38)	16,7% (23)	24,3% (61)
Madrid	9,7% (11)	10,9% (15)	10,4% (26)
País Vasco	18,6% (21)	24,6% (34)	21,9% (55)
Valencia	14,2% (16)	9,4% (13)	11,6% (29)
	100,0 (113)	100,0 (138)	100,0 (251)

² Según los residuos corregidos tipificados, que marcan esta categoría como la principal diferencia.

Valorando de 1 a 10 el grado de interés que tuvo la formación recibida en los médicos y médicas, nos señalaron una puntuación media de 8,38 (DS=1,51), con moda y mediana de 9 puntos.

El 44,4% (n=154) tenía conocimiento de casos de violencia de género en su entorno fuera de la consulta, frente al 55,6% (n=193) que desconocía casos al respecto.

El 73,8% (n=256) conocía los recursos de atención a víctimas de violencia de género en el sistema sanitario, sin diferencias por sexo ($p=0,976$), ni antigüedad médica ($p=0,231$) ni edad ($p=0,148$). Fuera del sistema sanitario el conocimiento era menor (59,9%, n=208) y no conocía recursos el 40,1% (n=139), sin diferencias significativas por edad, antigüedad o sexo.

El 11,5% (n=40) creía que había suficientes recursos para atender a las víctimas de violencia de género, el 49,3% (n=171) consideraba que no, y el 39,2% (n=136) lo desconocía.

El 33,1% (n=115) había leído el protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2007, y el 66,9% (n=232) no lo había leído, sin diferencias por sexo ($p=0,395$), antigüedad médica ($p=0,534$) o edad ($p=0,535$). Sin embargo, sí había diferencias significativas ($p=0,000$) entre los que habían hecho formación, pues lo habían leído el 46,6% frente al los que no había hecho formación, que solo lo había leído el 16,2%. De los que lo habían leído, el 85,2% lo consideraba útil, mientras que el 14,8% no tenía esa consideración.

Analizando el conocimiento y la utilidad percibida por los médicos y médicas de las CC.AA que han contestado en mayor medida el cuestionario, se encuentra que en Andalucía y Madrid alrededor de la mitad lo había leído mientras que en Cataluña y País Vasco el porcentaje de lectura estaba en torno al 20%.

Tabla 9. Lectura y utilidad del Protocolo del Ministerio del 2007 por CCAA

	Leído %/n	No Leído %/n	Útil %/n	No útil %/n
ANDALUCÍA	45,2(14)	54,8(17)	92,9 (13)	7,1(1)
CATALUÑA	20,4(10)	79,6(39)	80,0(8)	20,0(2)
GALICIA	29,5(18)	70,5(43)	72,2(13)	27,8(5)
MADRID	46,2(12)	53,8(14)	75,0(9)	25,0(3)
PAÍS VASCO	18,2(10)	81,8(45)	90,0(9)	10,0(1)
VALENCIA	34,5(10)	65,5(19)	90,0(9)	10,0(1)

Respecto al protocolo de actuación de la comunidad autónoma a la que pertenecían los médicos y médicas, el 55,3% (n=192) lo conocía y el 44,7% (n=155) no. También sucedía que los que habían hecho formación lo conocían en mayor medida (64,8%) que los que no la habían hecho (43,5%) con diferencias significativas ($p=0,000$), pero sin diferencias por sexo, edad o antigüedad. Entre los que lo conocían, el 90,1% (n=173) lo consideraba útil. Alrededor de la mitad de los médicos y médicas de las CCAA que se muestran en la tabla siguiente, exceptuando Madrid, había leído el protocolo sobre violencia de género de su CCAA.

Tabla 10. Lectura y utilidad del Protocolo del su CCAA, por CCAA

	Leído	No Leído	Útil	No útil
ANDALUCÍA	61,3 (19)	38,7 (12)	100 (19)	
CATALUÑA	61,2 (30)	38,8 (19)	93,3 (28)	6,7 (2)
GALICIA	49,2 (30)	50,8 (31)	83,3 (25)	16,7 (5)
MADRID	38,5 (10)	61,5 (16)	90,0 (9)	10,0 (1)
PAÍS VASCO	47,3 (26)	52,7 (29)	84,6 (22)	15,4 (4)
VALENCIA	51,7 (15)	48,3 (14)	93,3 (14)	6,7 (1)

El 77,8% (n=270) de los médicos y médicas conocía las obligaciones legales de los médicos de familia ante la violencia de género, sin diferencias por sexo, edad o antigüedad, pero

nuevamente tenían mayor conocimiento los que habían hecho formación previa sobre violencia de género (85,5%) que los que no (68,2%) ($p=0,000$).

El 85% ($n=295$) cree que el médico de Atención Primaria estaba obligado a denunciar la situación de violencia de género que detecta en su consulta, pero el 15% ($n=52$) no. También una mayoría, el 72,3% ($n=251$), sabía que se tramitaba el parte de lesiones de forma diferente y más rápido cuando se especificaba que era por violencia de género, frente al 27,7% ($n=96$) que lo desconocía.

La gran mayoría de los médicos y médicas incluían dentro de la violencia de género la violencia física, sexual, psicológica, social, económica y ambiental.

Tabla 11. Tipos de violencia reconocidos dentro de la violencia de género

VIOLENCIA	SI
FISICA (uso deliberado de la fuerza)	99,7 (346)
SEXUAL (comportamiento sexual contra su voluntad)	99,1(344)
PSICOLOGICA (contra la integridad psíquica y emocional, y la dignidad como persona)	99,1 (344)
AMBIENTAL (golpear o romper objetos del entorno)	85,3 (296)
SOCIAL (limitación de los contactos sociales o familiares, aislamiento del entorno)	96,8 (336)
ECONÓMICA (control del acceso a los recursos económicos o financieros)	92,5 (321)

El 37,5% ($n=130$) se sentía con capacitación suficiente para atender a las pacientes víctimas de violencia de género, frente al 62,5% ($n=217$) que contestó negativamente. Como se viene señalando, los que se habían formado en violencia de género se sentían con mayor capacitación (49,7%) que los que no (22,1%) ($p=0,000$). Los médicos se sentían con más capacitación (45,1%) que las médicas (31,4%) ($p=0,009$), sin diferencias por edad ($p=0,103$), pero sí por antigüedad ($p=0,037$), puesto que aquellos con más antigüedad (42,3%) se sentían más capacitados que los que tenían menos antigüedad (31,4%).

Siguiendo los objetivos de este trabajo, se ha indagado con qué variables de las recogidas se podría relacionar esta cuestión de considerarse o no con capacitación suficiente para atender a las pacientes víctimas de violencia de género, y tras una selección de las variables más

relevantes para el objetivo pretendido, se ha realizado una regresión logística binaria, obteniendo el siguiente resultado:

Tabla 12. Tener capacitación para atender pacientes de violencia de género

	B	ET	Wald	p	OR	IC 95% inferior	IC 95% superior
Formación	,982	,290	11,470	,001	2,671	1,513	4,715
Conoce recursos sanidad	1,071	,385	7,733	,005	2,919	1,372	6,210
Conoce vulnerabilidad en VG	1,278	,447	8,173	,004	3,588	1,494	8,616
Sentirse inseguro ante actuaciones en VG	,422	,316	1,776	,183	1,524	,820	2,834
Falta de Tiempo consulta	-,202	,304	,439	,508	,817	,450	1,485
Falta habilidades entrevista clínica	-1,387	,275	25,390	,000	,250	,146	,429
SEXO	,583	,292	3,994	,046	1,791	1,011	3,171
ANTIGMEDICA	-,025	,025	,974	,324	,976	,929	1,025
EDAD	,044	,029	2,299	,129	1,045	,987	1,106
Constante	-4,155	1,268	10,733	,001	,016		

R^2 de Cox y Snell=0,269; R^2 de Nagelkerke= 0,365

Tener formación, conocer los recursos para violencia de género en sanidad, conocer los factores de vulnerabilidad en violencia de género, ser médico varón y tener habilidades en entrevista clínica³ explicaría la variable dependiente, es decir, sentirse capacitado para atender a estas pacientes.

³ Esta variable actúa en la ecuación de forma negativa, lo que quiere decir que es la que más explica la variable dependiente, pues tener esa habilidad en entrevista clínica tendría cuatro veces más capacidad que en el que no la tiene. (Tabla 12).

3.4 EXPERIENCIA EN VIOLENCIA DE GÉNERO DEL PERSONAL MÉDICO

El 25,6%(n=89) no tenía ninguna mujer víctima de violencia de género diagnosticada como tal en su cupo de pacientes, frente al 72,3% (n=251) que sí las tenía. Entre estas últimas, había más médicas (80,5%) que médicos (65,3%) con víctimas diagnosticadas, habiendo diferencias significativas ($p=0,002$), pero no las había por edad o antigüedad. Profundizando en esta cuestión, se ha realizado una regresión logística para descubrir con qué otras variables podría relacionarse y ser significativa. Mediante el análisis de regresión logística se ha encontrado que tres variables muestran significación estadística.

Tabla 13. Diagnosticar a pacientes de violencia de género

	B	ET	Wald	p	OR	IC95% Inferior	IC95% Superior
Explorar VG en consulta	,536	,369	2,119	,146	1,710	,830	3,521
Antigüedad médica	,048	,024	4,005	,045	1,050	1,001	1,101
Edad	-,030	,027	1,310	,252	,970	,921	1,022
Sexo	-,891	,280	10,098	,001	,410	,237	,711
Conocer vulnerabilidad VG	,583	,325	3,222	,073	1,792	,948	3,389
Haber tenido formación	,878	,278	9,981	,002	2,406	1,395	4,147
Tener capacitación	,313	,309	1,025	,311	1,368	,746	2,509
Constante	,896	1,016	,777	,378	2,450		

R^2 de Cox y Snell=0,120; R^2 de Nagelkerke= 0,175

Según los resultados de la tabla, los facultativos con más experiencia, las médicas y haber tenido formación en violencia de género muestra más probabilidades de diagnosticar pacientes víctimas de violencia de género.

Entre los que sí tenían diagnósticos de violencia de género entre sus pacientes, indicaron una media de 3 mujeres diagnosticadas (DS=3,09), mediana de tres y moda de dos, en un intervalo de una a veinte mujeres. Los 347 médicos habían diagnosticado 429 mujeres víctimas de violencia de género en sus cupos de pacientes.

El 52,2% (n=181) de los médicos señalaron el número de mujeres detectadas por ellos, que supuso una media de casi tres mujeres (2,7; DS=2,87), en un intervalo de 1 a 20, mediana de 2 y moda de 1 (n=181).

El 66,9% (n=232) de los médicos señaló el número de mujeres que fue comunicado por las víctimas, una media de dos víctimas (2,40; DS=1,94).

Ante una paciente con lesiones físicas o traumatismos se planteaba la opción de violencia de género el 34,3%(n=119) de los médicos siempre, algunas veces el 64,3% (n=223) y el 1,4% (n=5) nunca lo consideraba.

Por otra parte, el 17,3% (n=60) incluía siempre como diagnóstico diferencial la violencia de género ante cuadros de ansiedad, depresión, somatizaciones de las mujeres que acudían a sus consultas; el 78,1%(n=271) algunas veces, y el 4,6% (n=16) nunca.

El 81,8% (n=284) conocía las circunstancias que hacían a las mujeres víctimas de violencia de género más vulnerables, y el 18,2% (n=63) no. El 99,1% (n=344) consideraba que el aislamiento social y familiar hacía a las mujeres más vulnerables en sus relaciones de pareja para sufrir violencia de género; el 98,8% (n=343) consideraba que la dependencia económica podría ser otra circunstancia; el 91,4% (n=317) señaló las cargas familiares como otra; el 95,1% (n=330) la discapacidad; el 83% (n=288) el embarazo; y el 94,2% (n=327) ser mujer inmigrante.

El 26,2%(n=91) había detectado algún caso que inicialmente parecía de violencia de género y que tras la valoración y seguimiento no fue tal, frente al 73,8%(n=256) que no ha vivido esa situación profesional, sin diferencias por edad ($p=0,830$), ni antigüedad ($p=0,602$), pero sí por sexo ($p=0,015$), ya que más médicos (32,7%) que médicas (21,1%) habían detectado esta situación alguna vez.

El 43,8% (n=152) detectó en su consulta un hombre agresor de violencia de género, mientras que el 56,2% (n=195) no lo había detectado, sin diferencias por edad ($p=0,931$) ni antigüedad ($p=0,660$), pero sí de nuevo por sexo ($p=0,029$), en este caso más médicas (49%) que médicos (37,3%) detectaron algún agresor en su consulta.

El 67,7% (n=235) se había sentido algunas veces inseguro o insegura ante las actuaciones realizadas con alguna víctima de violencia de género atendida, el 5,5%(n=19) siempre se sentía así y el 26,8%(n=93) nunca había vivido esta situación.

En los casos diagnosticados de violencia de género, el 93,1%(n=323) dejaba constancia en la historia clínica del paciente, o en algún tipo de registro, la situación de maltrato que la mujer estaba viviendo. El 70,3% (n=244) realizaba un seguimiento sobre las intervenciones que se efectuaban con las mujeres víctimas de violencia de género.

El 82,7%(n=287) se coordinaba con otros profesionales cuando atendía una mujer víctima de violencia de género. Como se aprecia en la tabla siguiente, los profesionales con los que tuvieron una mayor coordinación fueron los trabajadores sociales, los profesionales de enfermería, y los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado entre los más señalados.

Tabla 14. Profesionales con los que hay coordinación

PROFESIONALES	SI % (n)	NO % (n)	No Procede % (n)
Trabajador Social	76,1(264)	3,7(13)	0,9(3)
Enfermería	75,5(262)	4,0(12)	0,3(1)
Pediatría	51,9(180)	15,6(54)	8,1(28)
Matronas	32,6(113)	30,8(107)	8,9(31)
Servicios de Urgencia/ emergencia	44,7(155)	24,8(86)	4,6(16)
Servicios especializados en atención a víctimas de VG	54,8(190)	21,6(75)	1,4(5)
Centro de salud mental	55,6(193)	19,3(67)	1,7(6)
Médico forense	24,5(85)	45,2(157)	2,6(9)
Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado	57,1(198)	18,2(63)	1,4(5)

El 24,5%(n=85) de los médicos encuestados preguntaba con regularidad a sus pacientes cuestiones orientadas a detectar la violencia de género directamente, siendo el 75,5%(n=262) de los mismos los que no lo hacían, sin diferencias por sexo, edad o antigüedad. Se ha encontrado una relación significativa entre los que preguntaban en la consulta con regularidad por cuestiones relacionadas con violencia de género y haber diagnosticado o no pacientes con esta

situación de violencia ($p=0,004$). En este sentido, los que preguntaban en la consulta habían diagnosticado o detectado más pacientes víctimas de violencia de género (85,7%) comparado con los que no preguntaban (69,9%).

3.5 OBSTÁCULOS Y DIFICULTADES EN LA ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

El 2% ($n=7$) de los médicos encuestados nunca tuvieron dificultades para detectar o diagnosticar los casos de violencia de género, el 26% ($n=90$) siempre las tenían y el 72% ($n=250$) solo algunas veces.

Las dificultades que los médicos y médicas de atención primaria encontraban en la **detección** eran principalmente *el no reconocimiento del maltrato por parte de la víctima y los obstáculos idiomáticos o culturales de las pacientes* (tabla 15).

Tabla 15. Obstáculos en la detección de los casos de violencia de género

DETECCIÓN	Si % (n)	No % (n)
Que la víctima no quiera reconocer el maltrato	95,7 (332)	4,3(15)
La falta de tiempo en la atención a las pacientes	72,9 (253)	27,1(94)
La formación biologicista (centrado en lo físico) en detrimento de la psicosocial	58,5 (203)	41,5(144)
El Burnout	38,0 (132)	62,0 (215)
Los obstáculos idiomáticos o culturales de las pacientes	78,1 (271)	21,9(76)

Entre los obstáculos anteriores, solo se hallan diferencias en la *“falta de tiempo en la atención a los pacientes”* respecto al sexo ($p=0,005$) puesto que las médicas (78,9%) lo indicaron en mayor medida que los médicos (65,4%); por edad ($p=0,001$) los más jóvenes, 25-44 años, señalaron en mayor medida este obstáculo (84,9%) que los que tenían 45-54 años (73,3%) o 55 o más años (61,5%); y por antigüedad ($p=0,002$) dado que los facultativos con menos de 20

años de experiencia lo indicaron más (81%) que los que tenían 20 o más años de experiencia (66,5%).

La mayor dificultad, que encontraban los médicos, en la **valoración** del caso fue *la falta de habilidades para desarrollar la entrevista clínica* en los casos de violencia de género (tabla 16).

Tabla 16. Obstáculos en la valoración de los casos de violencia de género

VALORACIÓN	SI %/n	No %/n
La falta de privacidad en la consulta para explorar el maltrato	25,1 (87)	74,9 (260)
La falta de habilidades para desarrollar la entrevista clínica en este tema	62,2 (216)	37,8(131)
El desconocimiento de los criterios de riesgo vital	39,3 (136)	60,8 (211)

Se hallaron diferencias significativas por sexo ($p=0,006$) en *la falta de habilidades para desarrollar la entrevista clínica* como obstáculo para la valoración, indicado por más médicas (68,6%) que médicos (54,2%); en *el desconocimiento de los criterios de riesgo vital* también se encuentran esas diferencias por sexo ($p=0,047$), más mujeres (43,8%) respondieron afirmativamente que hombres (33,3%).

Entre las dificultades en las **actuaciones** en los casos de violencia de género, que se expusieron a los médicos, éstos destacaron *los problemas éticos a los que se enfrentaban cuando la mujer no quería denunciar la situación de maltrato, el miedo a perjudicar a la paciente con la intervención que se desarrolle, el temor a denunciar a un hombre inocente en caso de que fuese una denuncia falsa y la escasez o reducción de los servicios socio-sanitarios* (tabla 17).

Tabla 17. Obstáculos en la actuación de los casos de violencia de género

ACTUACIÓN	SI %/n	NO %/n
La escasez o reducción de servicios socio-sanitarios	60,8(211)	39,2(136)
Los problemas éticos si la mujer no quiere denunciar	90,8(315)	9,2(32)
El temor a denunciar a un inocente en caso de denuncia falsa	65,7(228)	34,0(118)
El miedo a las represalias por parte del agresor	37,8(131)	62,0(215)
La dificultad para cumplimentar el parte de lesiones y el informe médico correctamente	21,3(74)	78,4(272)
El miedo a perjudicar a la paciente con la actuación que desarrolle	72,9(253)	26,8(93)
El desconocimiento de los criterios de actuación.	37,2(129)	62,5(217)
El desconocimiento de las obligaciones legales	34,0(118)	65,7(228)

Entre los obstáculos anteriores para actuar, *el miedo a las represalias por parte del agresor* mostró diferencias significativas por sexo ($p=0,002$), el 44,8% de las médicas lo señaló frente al 28,9% de los médicos; por edad también se hallaron diferencias ($p=0,043$), los médicos con una edad entre 45 y 54 años lo afirmaron en mayor medida (45%) que en resto de los dos grupos de edad (25-44 años, 35,5%, y 55 o más, 29,8%). Otro de los obstáculos, *el desconocimiento de los criterios de actuación*, mostró diferencias por sexo ($p=0,005$), antigüedad ($p=0,045$) y edad ($p=0,016$). Más mujeres que hombres (43,8% vs. 28,9%), los médicos con menos experiencia (43,1% vs 32,6%) y los que eran del intervalo de edad más joven, 25-44 años (49,5%) frente a los otros intervalos (31,5% y 34,6%), señalaron esta opción afirmativamente en mayor medida. Lo mismo sucedía con *el desconocimiento de las obligaciones legales*, ya que por sexo ($p=0,013$), edad ($p=0,007$), y antigüedad ($p=0,000$) existían diferencias significativas. El 39,7% de las médicas lo desconocía (27% de los médicos), el 47,3% de los médicos entre 25 y 44 años (28,2% de 45 a 54 años, y el 30,8% de los de 50 o más años).

Las vías o maneras de detección de las pacientes más señaladas por los médicos y médicas fueron: *porque lo comunicaba la paciente o por las sospechas de otros profesionales*, como se muestra en la tabla siguiente:

Tabla 18. Manera de detección de los casos de violencia de género

MODOS DE DETECCIÓN	Si	No
	%/n	%/n
Por cribado sistemático	9,5%(33)	90,5(314)
Por indicadores de riesgo	66,9(232)	33,1(115)
Por diagnóstico diferencial	63,7(221)	36,3(126)
Porque lo comunica la paciente	96,3%(334)	3,7(13)
Por las sospechas de otros profesionales	76,4(265)	23,6(82)

En el supuesto de que los médicos y médicas de Atención Primaria detectaran una situación de violencia de género y la mujer no quisiera denunciarlo, entre las actuaciones que los profesionales sanitarios de atención primaria harían estaban: *registrarlo en la historia clínica, realizar el parte de lesiones, derivar a la paciente a la trabajadora social, intentar persuadirla para que denuncie la situación de maltrato, o le daría tiempo para que se plantease la denuncia más adelante* (tabla 19).

Tabla 19. Actuaciones ante los casos de violencia de género

ACTUACIONES	Si %/n	No %/n
Realizaría el parte de lesiones solo si hubiera lesiones físicas (a)	51,3(178)	48,7(169)
Realizaría el parte en cualquiera de los casos (b)	52,4(182)	47,6(165)
Realizaría el parte de lesiones (a y/o b)	88,2% (306)	11,8%(41)
Lo registraría en la historia	95,1(330)	4,9(17)
La intentaría convencer o persuadir para que denuncie	84,4(293)	15,6(54)
La derivaría al Trabajador/a Social	91,9(319)	8,1(28)
Le daría tiempo para que se plantease la denuncia más adelante	82,7(287)	17,3(60)

3.6 PROPUESTAS

En la tabla 20 se muestra el acuerdo o desacuerdo con una serie de propuestas que se les hicieron a los médicos y médicas de atención primaria para que indicaran su conformidad. En función de las respuestas obtenidas se puede decir que han mostrado un gran acuerdo en que necesitaban protocolos sencillos y claros (97,4%), conocer mejor los recursos especializados en violencia de género (94,8%), necesidad de formación para mejorar sus habilidades para desarrollar la entrevista clínica en los casos de violencia de género (94,5%), mejorar la coordinación con los servicios sociales (93,4%), mayor tiempo en la atención a las pacientes víctimas de violencia de género (92,5%), y la coordinación con los equipos de salud mental (91,4%).

Tabla 20. Propuestas %/n

	Desacuerdo	Acuerdo
Se requiere una mayor formación en entrevista clínica que ayude a detectar a las pacientes con maltrato	4,6(16)	94,5(328)
Los médicos de AP deberían disponer de folletos informativos sobre VG en consulta	9,8(34)	89,3(310)
Se requieren sesiones clínicas con los casos detectados	19,9(69)	79,3(275)
Los protocolos deben estar informatizados	9,5(33)	89,6(311)
Los médicos de atención primaria estamos interesados en formarnos en VG	11,0(38)	88,2(306)
Los médicos de AP deberían coordinarse con los equipos de salud mental en los casos de VG	7,8(27)	91,4(344)
Dentro de la oferta formativa sería aconsejable la rotación en un centro de atención a mujeres víctimas de VG por parte de los médicos y médicas.	21,6(75)	77,5(269)
Se necesitan Protocolos sencillos y claros	0,9 (3)	97,4(338)
Los médicos de AP precisan más tiempo para la correcta atención de las pacientes con VG	5,5(19)	92,5(321)
El PAPPS debería incluir aspectos relacionados con la violencia de género	15,9(55)	82,1(285)
La formación en VG debería ser obligatoria	21,9(76)	76,1(264)
Cada CCAA debería tener su protocolo específico	57,1(198)	40,9(142)
Se debería mejorar la coordinación con los servicios sociales	4,6(16)	93,4(324)
Los médicos de AP precisan conocer mejor los recursos especializados en atención a las víctimas	3,2(11)	94,8(329)
Los médicos y médicas de AP necesitan más formación en VG para desempeñar su tarea profesional con estas pacientes.	7,2(25)	90,8(315)

En todas estas propuestas no se han hallado diferencias por edad o antigüedad, pero sí por sexo. Están más de acuerdo las médicas (98,4%) que los médicos (91,4%) en *se requiere una mayor formación para mejorar sus habilidades para desarrollar la entrevista clínica en los casos de violencia de género* ($p=0,002$); también fueron las mujeres (94,8%) las que manifestaron más acuerdo en la necesidad de coordinarse con los servicios de salud mental ($p=0,038$), que los hombres (88,7%); el 83,9% de las médicas frente al 70,9% de los médicos estaba de acuerdo en la necesidad de que dentro de la oferta formativa se ofreciese rotación en un centro de atención a mujeres víctimas de violencia de género ($p=0,004$). Nuevamente más médicas (97,9%) que médicos (89,9%) mostraron su acuerdo en que se precisaba más tiempo para la atención a las pacientes víctimas de violencia de género ($p=0,001$), y la misma situación reveló el acuerdo mostrado en que PAPPS debería incluir aspectos relacionados con la violencia de género ($p=0,003$), más mujeres (89%) sobresalieron en ese acuerdo que varones (77,2%); expresaron su acuerdo en que la formación en violencia de género fuese obligatoria ($p=0,044$) el 81,7% de las médicas frente al 72,5% de los médicos; por último, otra de las propuestas que mostró diferencias significativas ($p=0,010$) por sexo fue en mejorar la coordinación con los Servicios Sociales (mujeres 97,9% y 91,9% hombres).

3.7 OBSERVACIONES OFRECIDAS.

Los médicos y médicas de la muestra han ofrecido observaciones muy diversas al acabar de rellenar el cuestionario, todas ellas relacionadas con la temática del mismo. Se han ordenado y clasificado para exponerlas a continuación.

En primer lugar, sobre si la violencia de género es o no es una cuestión de salud se han aportado versiones diferentes. Por un lado se considera un problema social con repercusiones en salud, pero por otro se piensa que hay que contextualizarlo más en el tratamiento científico y médico.

Considero que la violencia de género es más un problema social y judicial que médico. El problema médico es por las repercusiones que tiene sobre la paciente, pero su solución no creo que sea médica sino judicial y social.

Hay que desideologizar y desmitificar la violencia de género y llevarla a un terreno más científico. Es una patología con sus criterios diagnósticos, sus factores de riesgo y su posible tratamiento manejo con unos criterios más o menos definidos y que debería tratarse con más rigor científico.

En segundo lugar, el comentario más reiterado fue la necesidad de formación de los profesionales de Atención Primaria, pero refiriéndose a prácticamente todos los profesionales sanitarios.

Los médicos de atención primaria necesitamos más formación y reuniones interdisciplinarias para mejorar la detección y tratamiento del tema en cuestión.

Es necesario formar a los profesionales sanitarios sobre el maltrato.

Es un tema de especial interés para mí en el que me considero razonablemente bien formada. Participo en actividades formativas, en grupos de trabajo y en proyectos de investigación. Creo que habría que implantar la formación pregrado en este tema y luchar por la sensibilización de los profesionales de los diferentes ámbitos que no están lo suficientemente implicados.

Me interesa una actualización en el tema con datos específicos para atender a este tipo de pacientes correctamente: teléfonos y direcciones a las que pueden acudir, cómo denunciar, temas legales (por ejemplo, ¿se puede realizar un parte de lesiones y no emitir la denuncia o hacerlo de forma diferida, cuando la paciente lo acepte?).

Considero que sería fundamental incorporar una perspectiva de género en la formación de los profesionales asistenciales, para entender la violencia de género como algo estructural y no como un problema aislado.

Estos comentarios ponen de relieve la necesidad no solo de formación y actualización de los actuales médicos sino que ésta se produzca ya durante la formación médica, es decir, en el grado de medicina. Otros médicos y médicas van más allá, y plantean la necesidad de incorporar la perspectiva de género tanto en la formación como en la atención, que implica analizar la realidad social y sanitaria desde las desigualdades entre hombres y mujeres, desde las construcciones socioculturales que cada sociedad realiza sobre cada sexo.

En tercer lugar, otro comentario muy recurrente fue el de disponer de procedimientos claros, rápidos y eficaces. Principalmente se refieren a los protocolos, pero no únicamente. Los procedimientos burocráticos a los que se enfrentan los médicos y médicas de familia ralentizan su trabajo.

Sería interesante formación específica y concreta en el tema, así como protocolos rápidos y prácticos e interrelación entre servicios médicos, sociales y jurídicos.

Debería haber un protocolo de actuación común para todo el Estado.

Deberían ser protocolos únicos para todas las comunidades y que todas contaran con los mismos recursos.

Cuando es necesario registrar en la historia, nos encontramos con tal burocracia y formalismo que, en lugar de atender a la paciente, se atiende y se 'pelea' con el sistema informático, por lo que toda la entrevista y acto médico queda deshumanizado.

En la actualidad se ha incluido la detección en nuestro sistema informático y el icono que alerta de la misma por lo que hemos mejorado en ese aspecto pero la descripción del caso es ardua y lenta. Se deberían crear historias únicas en todo el sistema sanitario para obtener la información con respecto a situaciones de violencia de género previas o en otras comunidades. La formación de muchos profesionales al respecto sigue siendo escasa.

Necesitamos más información pero sencilla, practica y funcional. La comunicación entre los distintos recursos debe ser más rápida y fluida.

Como apunta este último comentario, los facultativos echan de menos mejor coordinación entre profesionales, servicios y recursos.

Lo más importante es la coordinación entre los distintos actores del proceso ya que si no se fracciona en distintas actuaciones descoordinadas y a menudo estériles.

Para que la atención de los casos de violencia de género sea integral requiere, aparte de una implicación personal importante, estrechar los lazos con los demás agentes intervinientes: trabajadoras sociales, profesionales de salud mental...

Me parece indicado mayor formación en cuestiones de violencia de género, además de una mejor coordinación entre todos los estamentos (médicos Atención Primaria, juzgados, médicos forenses, asistentes sociales y psiquiatras..).

En cuarto lugar, los médicos y médicas han comentado algunos de los problemas que se encontraban en relación a la detección de las víctimas de violencia de género: el miedo de las víctimas a comunicar lo que le está sucediendo, y el escaso tiempo que dispone el médico o la médica para indagar.

Hay una infradetección evidente en los centros sanitarios debida en parte al miedo y desconocimiento de los profesionales, falta motivación y formación. Yo trabajo en un centro rural, y en este medio es todavía más difícil, pues todos se conocen, y hay más prejuicios.

Los médicos de familia estamos en una posición privilegiada para detectar este tipo de pacientes, pero una vez detectado el problema, creo que el seguimiento y la responsabilidad del proceso deben

pasar a otros estamentos. El médico de familia es la primera línea del sistema, conocemos mejor a los pacientes y tienen más confianza por nosotros, pero nosotros deberíamos derivar a otro estamento: policía, asistente social, jueces... que aconsejase sobre las actuaciones pertinentes y nosotros limitarnos al tratamiento de las lesiones físicas y psicológicas que ello implica. No medicalicemos más procesos.

En consulta tenemos muchos casos que no han sido diagnosticados y que están viniendo a consulta por otros motivos y es muy difícil diagnosticarlos, motivo por el que creo que se pueden hacer muchas más cosas para detectarlas en consulta.

Sabemos y pensamos en general los médicos de Atención Primaria que existe una "bolsa" dentro de nuestros cupos médicos donde se pueda estar ejerciendo en muchos casos la violencia de género. No sabemos muy bien cómo realizar el abordaje de detección y el enfoque que hay que dar al proceso en sí, ya que puede salir el/la paciente "herida" de la consulta ante una insinuación por nuestra parte de que le están realizando violencia de género en su caso.

Suelo preguntar a las mujeres por la violencia dentro de hogar cuando lo sospecho, pero los pacientes se lo toman muy mal, incluso algún paciente se ha cambiado de cupo.

Creo que salvo casos clarísimos, entre el poco tiempo de que se dispone con cada paciente en consulta y lo poco frecuente que es que te lo diga la paciente afectada se pasan por alto más casos de violencia de género de lo que parece.

Como quinto punto, y en relación al último comentario, ha habido referencias al escaso tiempo de consulta que disponen para los pacientes, a la presión asistencial y a cómo esto repercute en la actuación ante el caso. Éstas han sido sus palabras.

Yo creo que no se puede obligar a nadie a hacer algo que vaya en contra de ella, hay que valorar antes cuál es la causa, miedo, dependencia emocional. Me parece muy importante este problema y podemos ayudar pero con cinco minutos por consulta que tenemos estipulado y cien mil programas que cumplir me parece inviable dedicarnos de lleno a este tema, se nos exige demasiado en una consulta para el tiempo que tenemos. Lo dice una médica que le parece que la parte emocional de la persona es básica para su salud, pero en el sistema que tenemos hoy en día es inviable, o se cambian las cosas o tal vez sea mejor que otra institución u organismo dedique el tiempo necesario e imprescindible para una adecuada actuación. Se debería cambiar el concepto que se tiene de la medicina, un concepto holístico, que abarca todos los aspectos, eso con el tiempo por paciente ordenado no es viable, cambiemos eso y todo cambiará.

La violencia de género es un problema social en crecimiento al cual se debería dedicar más tiempo en consulta, 7 horas de consulta de las cuales 4 son para atender demanda asistencial a unos 30-40

pacientes /día con 7 minutos /paciente, a esto hay que sumar el tiempo que se precisa para burocracia administrativa, atención domiciliaria, atención a crónicos, valoración de pruebas diagnósticas, renovación de recetas, visados partes de it. ¿De dónde sacamos tiempo?.

Junto con el tiempo, otro aspecto era la movilidad y poca estabilidad que podrían tener en los centros de salud o consultorios, impidiendo conocer a los pacientes, estableciendo una mayor confianza, que permita a las mujeres víctimas de violencia de género comunicar a sus médicos de familia la situación de maltrato que viven.

Muchas veces el problema en los cupos de atención primaria es la movilidad del médico o la enfermera; conocemos poco a los pacientes y sobre todo su entorno social. Ellos no tienen confianza con nosotros para poderse mostrar más fácilmente.

Es muy importante la estabilidad laboral de los profesionales de la salud, para conseguir la confianza del paciente para poder explicar el problema que está sufriendo, pues a veces cuesta mucho que lo expliquen...

En sexto lugar, se señalan otro conjunto de comentarios que se relacionan con las actuaciones que los médicos y médicas deben enfrentar ante un caso de violencia de género: falta de recursos, burocracia a rellenar, falta de experiencia, criterios claros de diagnóstico, falta de herramientas para la mejor atención, etc.

Lo más grave me parece el no tener un soporte social suficientemente rápido o ágil cuando se presenta un caso de estos.

En las situaciones de violencia de género con las que me he encontrado, he echado en falta sobre todo los recursos para la atención en estas pacientes y me ha parecido complicado el protocolo de cumplimentación del parte de lesiones.

Los médicos de atención primaria en general estamos poco formados en el manejo de este tipo de pacientes, pero dada la situación actual que nos toca vivir en la que cada vez estamos asumiendo mayor grado de complejidad de patologías y menor derivación a la atención especializada, no podemos asumir también el control de este tipo de pacientes si no hay una red de soporte multiprofesional muy bien establecida.

Se deberían tener criterios unificados para el diagnóstico y sobre todo sobre las pautas de actuación ante los casos de violencia de género. Además falta mucha información sobre los aspectos legales.

Creo que la mayoría de profesionales sabemos lo que debemos hacer en un caso urgente, pero quizás habría que saber mejor o protocolizar el seguimiento de estos pacientes en la consulta.

Uno de los problemas en el abordaje de la violencia de género es la dificultad de protocolización. Diferenciando los casos graves o de riesgo vital, en el resto, la intervención va a depender de muchos aspectos tanto relacionados con la mujer (momento del proceso en que se encuentre, cronificación de la situación, red social, recursos propios...) como del propio profesional que la atiende (tiempo, sensibilidad y formación hacia el tema, prejuicios, recursos de la zona,...). Creo que es básico dar herramientas de ayuda a los profesionales dirigidos a la detección y la atención de estas mujeres y sus hijos y trabajar, también desde primaria, en la prevención de este problema de salud.

He apuntado que trato a 5 pacientes de violencia de género, pero creo pueden ser más, ya que soy consciente de que existe un infradiagnóstico de esta patología. En ocasiones las pacientes comienzan a hablar de sus problemas, pero si intentas profundizar se asustan y se marchan, también considero que en muchas de ellas existe una postura de "víctima" y consideran que "los demás" deben ayudarles sin participar ellas demasiado en su solución. Esta situación puede derivarse del miedo e incluso terror en el que viven y que puede resultar paralizante dicho lo cual creo que se necesitaría más apoyo multidisciplinar para estas personas. Cuando digo apoyo me refiero a apoyo real, y no solo el que figura en los papeles y que muchas veces se reduce a mera declaración de intenciones.

Dentro de las actuaciones, y aunque indirectamente se ha mencionado en algunos comentarios, se pone énfasis en las situaciones de las víctimas, especialmente cuando no se produce la denuncia. Aquí surgen los problemas éticos para los médicos y médicas de Atención Primaria, especialmente cuando hay sospechas, no está claro cuál es la mejor actuación.

Vemos como única salida de esta "lacra" la denuncia, sin tener en cuenta la LIBERTAD de decisión y el RESPETO a elegir el camino, sin ser presionada por los profesionales que le aconsejan según "PROTOCOLO" sin valorar el desgaste y la carga emocional que todo ello conlleva. En resumen, creo que hay que pararse más en la persona e individualizar y no en las guías de actuación según expertos.

Lo que me parece más importante de todo, es el situar el tema de la denuncia como un medio más en el soporte de las mujeres víctimas de violencia de género, pero no como el aspecto fundamental e ineludible para que la mujer gane algo de terreno en su situación. Estimo que la formación más importante para los profesionales de Atención Primaria (de Medicina y de Enfermería) debería estar centrada en el necesario acompañamiento de estas mujeres, siendo capaces de respetar su autonomía (excepto cuando hay riesgo vital) y personalizando cada caso.

Lo difícil no es actuar y denunciar cuando la paciente confiesa o se ven signos de traumatismos. Creo que esto se hace, al menos yo lo hago le guste a la víctima o no. Lo difícil es actuar cuando solo se

sospecha, no hay marcas objetivas y la paciente no colabora ¿Qué hacer? en mi experiencia, incluso tras convencerlas de la denuncia lo han negado ante el juez, sobre todo las emigrantes. Resulta frustrante.

De forma minoritaria se cuestiona la discriminación positiva hacia las mujeres en este tema y cómo la violencia también afecta a los hombres y a los menores.

Considero violencia de género tanto la ejercida contra las mujeres como la ejercida contra los hombres. Es menos frecuente pero también ocurre. En el estudio, las respuestas siempre estaban dirigidas en femenino.

En nuestra comarca se realizan sesiones trimestrales en relación al tema de la Violencia de Género, en las que participamos personal sanitario del centro, asistentes sociales, trabajadores sociales, abogados y guardia civil. Se intentan coordinar las actuaciones y estar al corriente de los casos detectados. En el Centro disponemos de un protocolo de actuación.

Pero la violencia en la pareja cuando es la mujer la agresora es minoritaria, tal y como se ha puesto de relieve en encuestas y numerosos estudios, como se ha mencionado en el apartado de antecedentes. La discriminación positiva es una forma de gestionar las desigualdades sociales, y una de éstas es la de género, que sigue persistiendo. En algunas ocasiones muchos de los comentarios críticos hacia la violencia de género suponen el no reconocimiento de las desigualdades de género, la subordinación y la opresión a la que están todavía sometidas muchas mujeres. En este sentido, las alusiones a la falta de sensibilidad y concienciación de muchos médicos y médicas también se han puesto de relieve por algunos facultativos/as.

Creo que la sensibilización sobre el tema de violencia de género depende también mucho del género del médico. Normalmente los médicos varones acuden menos y muestran menos interés en este tipo de actividades formativas.

La violencia de género continúa siendo para muchos profesionales un tema tabú.

Creo que debiéramos implicarnos más en el tema todos los profesionales sanitarios. Espero que trabajos de este tipo sirvan para concienciarnos de la importancia del tema y tomar posiciones respecto al mismo.

Siguen existiendo un montón de profesionales todavía menos sensibles y preparados que yo para este tema de abordaje.

Por último, algunos comentarios se refieren al cuestionario, es decir, al instrumento de recogida de los datos, en unos casos criticándolo y en otros alabándolo.

Este cuestionario nos hace todavía más conscientes de lo mal preparados que estamos para atender la violencia de género.

Hay preguntas y respuestas que pueden precisar matizaciones.

Creo fundamental este tipo de cuestionario para estudiar el papel de los médicos de Atención Primaria en la violencia de género.

Me parece muy positivo que se lleven a cabo este tipo de estudios para conocer más la problemática del tema, así como para poner en marcha todas aquellas medidas que puedan contribuir a disminuir o desaparecer todo tipo de violencia.

4. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos de la encuesta a médicos y médicas de atención primaria son acordes con lo que han mostrado otros estudios sanitarios que han versado también sobre el personal sanitario, aunque existen pocos estudios de este tipo a nivel estatal.

El personal médico que ha colaborado está muy motivado con este tema, tenía mucha experiencia en atención primaria, mayoritariamente pertenecía al ámbito urbano y tenía bastante estabilidad laboral. Se trata de una muestra equilibrada respecto al sexo y con una media de edad de 49 años.

Los facultativos de atención primaria consideraban mayoritariamente (93,7%) la violencia de género como un problema de salud, otorgándole una gran importancia.

Al 63,4% de los profesionales no le incomodaba atender a estas pacientes. El 36,6% que afirmaba sentir incomodidad, aducía como motivos principales el sentimiento de impotencia que se creaba cuando las mujeres no querían denunciar, la carga emocional que conllevaba atender a estas pacientes y la falta de experiencia. Pero nueve de cada diez facultativos (93,4%) consideraba que atender a las pacientes víctimas de violencia de género estaba entre sus funciones en Atención Primaria.

Más de la mitad de la muestra (55,6%) había recibido formación sobre violencia de género, valorándola como útil el 94,8% y como satisfactoria o muy satisfactoria el 80,3%.

Tres cuartas partes de la muestra (73,8%) conocían los recursos sanitarios dirigidos a las pacientes víctimas de violencia de género, aunque fuera del sistema sanitario este conocimiento disminuía (59,9%). El 49,3% consideraba que había pocos recursos para atender a las víctimas.

Solo un tercio (33,1%) había leído el protocolo de violencia de género editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2007, quienes habían recibido formación lo habían leído en mayor medida. El 85,2% de quienes lo habían leído lo consideraban útil.

El protocolo que correspondía a la CCAA de los facultativos era más conocido, por más de la mitad (55,3%), y el 90,1% de los que lo conocían lo consideraban útil.

Ocho de cada diez médicos (77,8%) conocía las obligaciones legales de los médicos de familia ante la violencia de género; siete de cada diez (72,3%) sabía que el parte de lesiones se tramita de manera diferente y más rápido cuando se especifica que por violencia de género y casi nueve de cada diez médicos (85%) conocían la obligación de denunciar las situaciones de violencia de género detectadas en consulta.

La gran mayoría incluía dentro de la violencia de género, la violencia física (99,7%), psicológica (99,1%), sexual (99,1%), ambiental, social (96,8%), económica (92,5%) y ambiental (85,3%), lo que mostraba un buen conocimiento por parte de los profesionales encuestados.

Seis de cada diez médicos y médicas (62,5%) no se percibía con capacitación suficiente para atender los casos de violencia de género, aunque aquellos que hicieron formación se sentían con mayor capacitación (49,7% frente al 22,1% de quienes no habían hecho formación). Además se relacionaba con el conocimiento de los recursos sanitarios para violencia de género, con el conocimiento de las condiciones de vulnerabilidad en las mujeres para sufrir violencia de género, con ser médico varón y con disponer de habilidades en la entrevista clínica.

El 72,3% tenía diagnosticadas pacientes por violencia de género en su cupo, con una media de tres mujeres diagnosticadas. Si se tiene en cuenta que la muestra de facultativos es principalmente urbana, en donde los cupos de pacientes son bastante amplios, puede valorarse como infradetección. Los 347 médicos encuestados tenían diagnosticadas en su cupo 429 mujeres víctimas de violencia de género. El diagnóstico de pacientes víctimas de violencia de género se relacionaba con la antigüedad médica, haber tenido formación y ser médica mujer.

Ocho de cada diez (81,8%) médicos y médicas conocían las condiciones o circunstancias que hacían a las mujeres víctimas de violencia de género más vulnerables. Una cuarta parte (26,2%) de los médicos, más varones que mujeres, detectaron casos que no fueron posteriormente de violencia de género, y cuatro de cada diez (43,8%) facultativos, más mujeres que hombres, había detectado en su consulta un varón agresor.

En los casos detectados por violencia de género se dejaba constancia en la historia clínica en más del 90% (93,1%), en el 70,3% realizaba un seguimiento posterior de las intervenciones y más del 80% (82,7%) se coordinaba con otros profesionales.

Una cuarta parte (24,5%) de los profesionales de Atención Primaria preguntaba regularmente por cuestiones relacionadas con violencia de género. Solo el 2% nunca tenía dificultades para diagnosticar las situaciones de violencia de género, y el modo de detección principal fue por comunicación de las pacientes (96,3%) o sospechas de otros profesionales (76,4%). El cribado sistemático sólo lo aplican el 9,5%.

Entre los obstáculos más habituales para la detección se encontraban el no reconocimiento del maltrato por parte de la víctima (95,7%), los obstáculos idiomáticos y culturales (78,1%) y la falta de tiempo en la consulta (72,9%). La principal dificultad relacionada con la valoración del caso fue la falta de habilidad para desarrollar la entrevista clínica en casos de violencia de género (62,2%). En las actuaciones que se llevaban de los casos de violencia de género, los principales problemas fueron los problemas éticos que se le presentaba al personal médico cuando las víctimas no querían denunciar (90,8%) y el miedo a perjudicar a la paciente con alguna de sus actuaciones (72,9%).

Entre las principales propuestas para mejorar la detección y atención a las mujeres víctimas de violencia de género, los médicos y médicas señalaron que los protocolos fueran sencillos y claros, conocer mejor los recursos especializados en violencia de género, mayor formación para desarrollar la entrevista clínica en casos de violencia de género, mejorar la coordinación con los servicios sociales, mayor tiempo en la atención a las pacientes víctimas de violencia de género, y la coordinación con los equipos de salud mental.

Por último cabe destacar que se han hallado algunas diferencias de género que pueden ser relevantes: las médicas están más sensibilizadas con la violencia de género, se han formado más, diagnostican más casos pero se sienten más inseguras y por ello echan de menos más formación en entrevista clínica y mayor tiempo para atender mejor a sus pacientes. Por el contrario, los médicos varones se sienten más seguros en sus actuaciones en los casos de violencia de género, se sienten más capacitados, aunque tengan menor formación, y detectan más aquellos casos que aparentemente parecen de violencia de género pero finalmente no lo son. Estas diferencias están relacionadas con las construcciones de género en general que la sociedad hace sobre hombres y mujeres y en particular en el ámbito sanitario.

Casi todos los médicos y médicas ofrecieron observaciones al terminar el cuestionario, en donde se reitera la necesidad de:

- formación de los sanitarios y de los futuros graduados médicos,
- disponer de procedimientos claros, rápidos y eficaces ante el caso de violencia de género,
- disponer de más tiempo de consulta y estabilidad en el centro de salud o consultorio, y
- una mayor sensibilización y concienciación entre el personal médico de Atención Primaria en particular y en general entre los profesionales sanitarios.

5. RECOMENDACIONES

A la vista de las conclusiones de la revisión de la literatura científica sanitaria y de la encuesta realizada al personal médico de Atención Primaria, se formulan una serie de propuestas o recomendaciones, que permitan mejorar la atención a las mujeres víctimas de violencia de la pareja.

1. A lo largo de los últimos años ha habido un creciente interés en concienciar e implicar al sector salud en la erradicación de la violencia de género. Para ello uno de los principales focos ha sido aumentar las competencias de los profesionales para atender a las víctimas en los servicios de salud. Sin embargo, a juzgar por los comentarios efectuados por los médicos y médicas encuestados, y teniendo en cuenta la tasa de participación obtenida en el estudio, se requiere una mayor **sensibilización y concienciación entre los médicos y médicas del sistema sanitario** del Estado, sobre la magnitud e implicaciones para la salud de la violencia de género.
2. Los facultativos de Atención Primaria muestran la necesidad de desarrollar **protocolos y procedimientos de actuación ante la violencia de género sencillos, eficaces y comunes para profesionales**, como forma de facilitar las tareas de actuación y seguimiento con las pacientes. Por otra parte, la coordinación entre distintos profesionales y recursos es crucial para la buena atención y seguridad en la intervención con las pacientes. En este sentido, los resultados de la encuesta apuntan especialmente a los servicios especializados en salud mental, pero sin olvidar la importancia de conocer y hacer uso de los recursos comunitarios locales disponibles para dar una respuesta más eficaz a un caso de violencia de género.
3. Los resultados apuntan a que los médicos y médicas participantes en el estudio son conscientes de las dificultades que viven las mujeres para revelar su situación de maltrato. Es por ello que resulta de gran importancia tomar en consideración, tal y como describen los resultados del estudio, que el personal médico de Atención Primaria siga echando de menos una **mayor formación en violencia de género**, ya sea de actualización o de formación por primera vez, y especialmente para realizar entrevistas clínicas en casos de violencia de género, y habilidades para crear un clima de seguridad y confianza en la paciente que no sólo actúe como facilitador en la detección, principal función de los médicos de familia, sino también, en el posterior intervención. Del mismo modo, sería necesario potenciar dicha formación específica en violencia de género desde la etapa de estudio de grado de los futuros médicos/as.

4. Tal como otros estudios han puesto de manifiesto, la necesidad de **dedicar más tiempo a los pacientes en consulta** es crucial para que las mujeres puedan comunicar la situación de violencia que viven, pues el personal médico de familia es el principal profesional sanitario de acceso inmediato y continuo. Las mujeres acuden más a los servicios sanitarios de atención primaria y si se encuentran con un clima de seguridad y escucha pueden plantearles a los médicos y médicas la situación de violencia que sufren.

5. La **coordinación con otras profesiones y recursos de salud y especializados**, en concreto con los recursos de salud mental, es crucial para la buena atención y seguridad en la intervención con las pacientes. Esto es especialmente beneficioso en las mujeres víctimas de violencia de género desplazadas por esta circunstancia, para evitar sobreexponerlas y revictimizarlas. En este sentido, se hace preciso también una buena coordinación entre CCAA, evitando hacer a la víctima repetir todo lo vivido.

6. METODOLOGÍA

6.1. FASE PRELIMINAR: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y DISEÑO DEL CUESTIONARIO

6.1.1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

En la primera fase del estudio, se llevó a cabo una revisión de la literatura científica sanitaria sobre violencia del compañero íntimo. Dicha revisión, circunscrita tanto al ámbito nacional como internacional, fue establecida con un doble objetivo: (1) contribuir a la fundamentación teórica del estudio, y (2) identificar aspectos clave para la propia elaboración del cuestionario.

6.1.1.1. Perfil de búsqueda

En el caso de la revisión de la literatura nacional, se consultaron cuatro bases de datos: (1) IBECS -Índice Bibliométrico en Español en Ciencias de la Salud-, (2) MEDES- Medicina en Español-, (3) IME -Índice Médico Español- e (4) ISOC - Ciencias Sociales y Humanidades-. La búsqueda fue realizada entre el 4 y el 11 de septiembre de 2012. Como forma de recopilar artículos de interés publicados con posterioridad a dicha fecha, se realizó una nueva búsqueda entre el 15 y el 19 de abril de 2013. Se utilizaron como palabras clave distintas combinaciones entre «violencia del compañero íntimo» o «violencia doméstica» o «violencia de género» o «maltrato a la mujer» o «mujeres maltratadas» o «violencia intrafamiliar» y «atención primaria» o «médico de familia» o «servicios de salud» o «servicios sanitarios». En el caso de la base de datos ISOC-Ciencias Sociales y Humanidades (CSIC), como forma de revisar dicha base de datos desde una perspectiva más integral, dada la naturaleza de la cobertura temática de dicha fuente, se incluyó también como palabra clave «violencia». Dichos términos fueron consultados en los tesauros de cada una de las bases de datos o, en su defecto, haciendo uso de los listados de vocabulario controlado.

En lo que respecta a la literatura internacional, las bases de datos bibliográficas consultadas fueron (1) ProQuest, (2) Medline, a través de PubMed, y (3) Science Citation Index y Social Science Citation Index, a través de Web of Knowledge. Esta búsqueda fue llevada a cabo entre el 24 y el 30 de septiembre de 2012, y ampliada entre el 8 y el 12 de abril de 2013. En este caso,

los términos de búsqueda fueron «intimate partner violence» o «partner abuse» o «gender violence» o «battered women» o «domestic violence» o «screening» y «health care system» o «health services» o «primary care» o «general practice».

6.1.1.2. Criterios generales de inclusión

En relación a la revisión de la literatura dentro del contexto español, aunque el proyecto estaba orientado de forma específica al ámbito de la Atención Primaria, el objetivo fue recopilar todos los artículos sobre violencia de género que dentro del panorama nacional hubieran sido indexados en las bases de datos anteriormente mencionadas. Es por ello que la búsqueda no fue limitada temporalmente. Se seleccionaron todos aquellos artículos a los que se podía acceder a texto completo. En dicha selección, si bien estuvo centrada en revistas científicas, no sólo se incluyeron estudios originales, sino también, artículos de revisión, cartas al editor y notas metodológicas publicadas en relación al objeto de estudio.

En lo que respecta a la producción internacional, se estableció el objetivo de hacer una selección de los artículos que más interés pudieran tener para los propósitos concretos del proyecto, publicados en revistas científicas con revisión por pares. Inicialmente se seleccionaron artículos publicados en los últimos 5 años, pero dado el especial interés que el tema objeto de estudio adquirió entre la comunidad científica a finales del siglo pasado y principios del este, la búsqueda fue ampliada con posterioridad para la recopilación de algunos de los artículos con más citas en revistas con factor de impacto dentro del ámbito sanitario anteriores al periodo inicialmente establecido. En este caso, la búsqueda tampoco estuvo limitada a estudios empíricos originales. La selección de la literatura se ha centrado preferentemente en el ámbito sanitario o de salud.

6.1.2. DISEÑO DEL CUESTIONARIO

6.1.1.1. Fase de construcción

Los resultados de este estudio están basados en un cuestionario estructurado diseñado ex profeso entre octubre y diciembre de 2012. Para la definición de las dimensiones y categorías de estudio se tomó como base la literatura especializada. El proceso de construcción del cuestionario fue llevado a cabo por el equipo de investigación. Dicho proceso de elaboración fue desarrollado con la estrecha colaboración de un grupo de médicos de Atención Primaria en

activo. Ello permitió un acercamiento de primera mano a cuestiones relativas a la práctica asistencial en torno al objeto de estudio, y por tanto, al encuestado. En la última parte de construcción del cuestionario, y antes de su pilotaje, éste fue revisado por varias personas expertas en el diseño de cuestionarios ajenos a la investigación. Del mismo modo, antes de la aprobación de la versión definitiva del cuestionario se llevó a cabo un doble pre-test entre personal médico de Atención Primaria. El primer pilotaje fue realizado principalmente para testar una serie de aspectos en relación al contenido, la redacción y la ubicación de los distintos ítems de cuestionario. Fue cumplimentado por 22 médicos y médicas de atención primaria de centros de salud de Madrid, cuyas aportaciones contribuyeron a (1) identificar que las preguntas recogían toda la variación del fenómeno; (2) comprobar el significado de los términos empleados (estandarización de significado); (3) averiguar si era necesario re-ordenar las preguntas dentro del cuestionario para que unas cuestiones no ejercieran influencia en otras; (4) el tiempo necesario para responderlo, y de forma general, (5) conocer las “sensaciones” de los encuestados respecto al cuestionario y su abordaje de la temática de la Violencia de Género en Atención Primaria. Puesto que el cuestionario iba a ser cumplimentado por vía telemática, a principios de febrero de 2013 se volvió a realizar una nueva prueba de pilotaje en versión online del cuestionario por parte de las mismas personas que realizaron el pre-test inicial. Dicha prueba, no sólo sirvió para valorar las posibles diferencias en las respuestas, sino también, las pautas de accesibilidad y usabilidad del cuestionario.

6.1.3. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CUESTIONARIO (VER ANEXO).

En el proceso de elaboración del cuestionario, se terminó optando por un diseño que permitiera una ágil cumplimentación del mismo. Es por ello que no se ha incluido ninguna pregunta abierta o semi-abierta. El instrumento consta de cinco partes, en torno a las cuales se distribuyen 41 cuestiones estructuradas, tal y como se describe a continuación.

- **Parte 1. Percepción-opinión:** Un primer aspecto que se ponía de manifiesto en la revisión documental efectuada, era la controversia existente entre los profesionales médicos sobre si la violencia de género era o no un asunto sanitario. Es por ello que se consideró de interés recoger datos de opinión al respecto. Las preguntas de la 1 a la 5 tienen este cometido.

- **Parte 2. Información-formación:** En segundo lugar, la literatura nacional e internacional, señala las deficiencias en formación y conocimientos que los médicos y médicas tienen sobre la Violencia de Género, lo que ha sido asociado a la infraindentificación de pacientes maltratadas en las consultas. Es por ello que las preguntas de la 6 a la 21 están referidas a la formación y conocimiento que tienen los facultativos.
- **Parte 3. Experiencia:** En la tercera parte, que va de la pregunta 22 a la 36, se abordan una serie de preguntas tendentes a recoger información sobre la experiencia profesional del personal médico de Atención Primaria en torno a los casos de mujeres maltratadas atendidas. En estas preguntas se recoge cómo realiza la detección, el sentimiento ante estos casos y la coordinación con otros profesionales.
- **Parte 4. Obstáculos-dificultades:** Esta parte constituye un eje central del estudio, al abordar el tema de los obstáculos y dificultades que los médicos y médicas de Atención Primaria pueden encontrarse en sus consultas a la hora de detectar, valorar y actuar ante pacientes maltratadas. En torno a estas cuestiones giran las preguntas 37 a 40.
- **Parte 5. Propuestas:** La última parte del cuestionario, compuesta de una única pregunta, la 41, es formulada con el objetivo de evaluar las propuestas que podrían ser relevantes para mejorar la atención a mujeres víctimas de violencia de género.

El cuestionario finaliza con un espacio de observaciones, como forma de ofrecer la oportunidad de que las personas encuestadas puedan comentar o añadir lo que consideren oportuno en relación al objeto estudio. Del mismo modo, al inicio del cuestionario inserta un apartado de aspectos socio-demográficos, como forma de poder describir el perfil de la muestra de médicos y médicas participantes en el estudio.

6.2. FASE DE IMPLEMENTACIÓN DEL ESTUDIO

6.2.1 DISEÑO

Estudio descriptivo transversal de ámbito nacional en base a un cuestionario estructurado diseñado ex profeso.

6.2.2 Muestreo y proceso de recolección de datos.

En el mes de diciembre del 2012 se comenzó a gestionar la Encuesta a médicos de Atención Primaria de todo el Estado. La encuesta fue diseñada desde el comienzo on-line pues resultaba más económica y rápida. También se planteó desde el diseño que se dirigiría a una muestra representativa de médicos de atención primaria del Estado. Para garantizar este criterio se requieren dos requisitos: que sea aleatoria y que sea suficiente.

1. Para la aleatoriedad se precisa conocer el número de médicos en cada centro de salud de cada CCAA, dato para el que se contó con la colaboración de la Subdirección General de Calidad y Cohesión perteneciente a la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Por tanto, el primer objetivo metodológico era realizar el censo con los médicos que había en cada CCAA y en cada centro de salud y/o consultorio.
2. Que la muestra fuera suficiente estaba determinada ya desde el diseño; se planteó una muestra de 2.500 médicos de atención primaria en el Estado, para una varianza del 50%, con un error muestral de 2% y con un nivel de confianza del 95%.

Se valoró oportuno que cada CCAA designara una persona en su Comunidad que fuese la referencia para el estudio y facilitase toda la información, contactos y demás necesidades que se requirieran para realizar la Encuesta.

Una vez obtenidos los centros de salud y el número de médicos en cada uno de ellos se procedió al muestreo (Tabla 1).

Tabla 5. Muestreo aleatorio planteado en función del nº de médicos

COMUNIDADES	nº médicos dado por CCAA	% que corresponde	Nº médicos para 2.500	Nº de médicos para 5000
ANDALUCIA	4936	15,8	395	790
ARAGON	987	3,2	80	160
ASTURIAS	669	2,1	52	105
BALEARES	527	1,7	42	85
CANARIAS	1170	3,8	95	190
CANTABRIA	457	1,5	38	75
CASTILLA LA MANCHA	2118	6,8	170	340
CASTILLA LEÓN	1839	5,9	148	295
CATALUÑA	4369	14	350	700
CEUTA	35	0,1	2,5	5
EXTREMADURA	825	2,6	65	130
GALICIA	2708	8,7	218	435
LA RIOJA	218	0,7	17	35
MADRID	3398	10,9	273	545
MELILLA	33	0,1	3	5
MURCIA	829	2,7	68	135
NAVARRA	577	1,9	48	95
PAIS VASCO	1452	4,7	118	235
VALENCIA	4024	12,9	322	645
TOTAL	31.171	100		5.005

Para no tener que realizar reemplazos, principalmente para sustituir aquellos médicos que no quisieran participar en el cuestionario, se decidió remitir el cuestionario al doble de la muestra diseñada, esto es, cinco mil médicos de Atención Primaria. El muestreo tuvo en cuenta la distribución del número de médicos en función de la CCAA, del tal forma que las muestras, por ejemplo, de Andalucía, Cataluña, Valencia y Madrid disponían de más médicos puesto que poseían una mayor población de médicos de atención primaria.

Las CCAA facilitaron todos los centros de salud que existían en su Comunidades con el número de médicos en cada una de ellos. Los centros de salud se sortearon ponderando por el número de médicos que cada uno de ellos tenía en cada CCAA.

Una vez realizado el muestreo se remitió a las personas designadas en cada CCAA los centros de salud que habían salido en el muestreo, con el número de médicos que había correspondido y el código de acceso al cuestionario para cada uno de ellos.

Al ser una encuesta on-line, para garantizar que no accediese cualquiera al cuestionario, solamente a aquellos médicos que salieron aleatoriamente se les facilitaba un código de acceso al cuestionario, manteniendo en todo momento el anonimato. Por tanto, el administrador de la encuesta sabía qué centros de salud habían cumplimentado el cuestionario y cuántos médicos en cada uno de ellos, pero no la identidad de los mismos. Cuando era más de un médico en un mismo centro de salud se le pedía al director o coordinador del centro o en su defecto “al equipo médico de atención primaria”, que los diese aleatoriamente.

La información se remitió por correo electrónico a las personas designadas en cada CCAA, con el cuestionario en PDF, la carta que iba a enviarse a los directores, coordinadores o equipo médicos de Atención Primaria de cada centro de salud o consultorio, y la carta que recibirían los médicos.

Con fecha 1 de Julio del 2013, se da por finalizada la encuesta y se descarga la base para su depuración, realizada por dos personas de forma separada para triangularla, y comenzar el análisis de los datos.

De los 5000 envíos de códigos de acceso al cuestionario, para los médicos de Atención Primaria del Estado, seleccionados aleatoriamente, han rellenado dicho instrumento 347 médicos, es decir, el 7%, o el 14% para los 2500 previstos como muestra a obtener⁴.

La realización del cuestionario llevaba una media de 15 minutos en la prueba pre test. En la encuesta la media de tiempo invertido ha sido de 18,5 minutos, (DS= 9,99), con una moda de 10 minutos y una mediana de 16,2 minutos. El intervalo fue de 5,9 a 117 minutos⁵. En la tabla 6, se distribuye la muestra por Comunidades autónomas, siendo las de Cataluña, País Vasco y Galicia las más implicadas.

Tabla 6. Distribución de los cuestionarios por CCAA

CCAA	n	%
ANDALUCÍA	31	8,9
ARAGÓN	8	2,3
ASTURIAS	3	,9
BALEARES	13	3,7
CANARIAS	4	1,2
CANTABRIA	9	2,6
CASTILLA LA MANCHA	13	3,7
CASTILLA Y LEÓN	10	2,9
CATALUÑA	49	14,1
EXTREMADURA	6	1,7
GALICIA	61	17,6
LA RIOJA	2	,6
MADRID	26	7,5
MURCIA	10	2,9
NAVARRA	18	5,2
PAÍS VASCO	55	15,9
VALENCIA	29	8,4
Total	347	100,0

⁴ Como se ha mencionado se duplicó el envío para evitar los reemplazos de aquellos que no quisieran participar.

⁵ Un único caso que invirtió 117 minutos. Se entiende que dejó la encuesta abierta mientras realizaba otras tareas a la vez.

6.2.3 ANÁLISIS DE DATOS

Los datos han sido analizados en el programa informático SPSS (versión 20 para Windows). Se comenzó el análisis con tablas de frecuencias (recuento y porcentajes) para las variables cualitativas y estadísticos descriptivos para las variables cuantitativas (medias, mediana, moda, cuartiles, desviación típica...). Se empleó el Chi cuadrado de Pearson como estadístico para medir la relación entre variables y los residuos corregidos tipificados orientaron dónde se encontraban las diferencias entre las categorías. La prueba t de student fue usada para comparar medias entre dos grupos, o Anova un factor cuando eran más de dos grupos. Se realizó análisis de regresión logística binaria cuando las variables dependientes eran dicotómicas. Algunas variables han sido recodificadas reduciendo las categorías originales en un número menor para evitar la dispersión de la muestra al ser ésta no muy grande. Se consideró la significatividad de las diferencias en $p < 0,05$.

6.2.4. ANÁLISIS CUALITATIVO.

Como anteriormente fue descrito, el instrumento utilizado para la recolección de datos finalizaba con un apartado de observaciones. La inclusión de dicho apartado tenía la finalidad de dar la oportunidad a las médicas y médicos involucrados en el proceso de señalar de forma abierta todo aquello que consideran de interés en relación al objeto de estudio. Dicha información fue susceptible de un análisis cualitativo. De esta manera, tras una primera lectura general de las observaciones, fue establecida la clasificación conceptual de las distintas unidades de análisis siguiendo un procedimiento inductivo. Se ha realizado un análisis de contenido, categórico e interpretativo. El proceso de categorización y codificación fue triangulado entre varios miembros del equipo. Se llevó a cabo el análisis con el apoyo del programa NVivo v9.

6.2.5. ASPECTOS ÉTICOS

Siguiendo la actual legislación española, Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre protección de datos personales, toda la información recogida fue de carácter anónimo, garantizándose en todo momento la confidencialidad de la misma, sin referencias a personas o lugares concretos. Todo el equipo de investigación, así como los colaboradores en la misma, suscribió un compromiso de confidencialidad sobre los datos recogidos. Del mismo modo, todas las personas encuestadas fueron informadas sobre los objetivos del proyecto, la institución que lo lleva a cabo y la que lo financiaba.

Agradecimientos

Nuestro más profundo agradecimiento a todos los médicos y médicas de atención primaria del Estado que han participado y colaborado en este estudio, mostrando su motivación y sensibilidad en este tema.

Esta investigación ha sido realizada sin ánimo de lucro, lo que supone que los investigadores no recibieron pago alguno por la labor desarrollada durante el proceso de investigación. Una vez cubiertos los gastos para cumplir los objetivos de estudio, los recursos económicos restantes fueron destinados a las actividades que la Fundación Luz Casanova realiza con las mujeres víctimas de violencia de género y sus hijos e hijas.

Referencias bibliográficas

1. Aguar-Fernández M., Delgado-Sánchez A., Castellano-Arroyo M., Luna del Castillo J.D. (2006). Prevalencia de malos tratos en mujeres que consultan al médico de familia. *Atención Primaria*, 37(4), 241-242
2. Alberdi I, Matas N. (2002). *La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. Barcelona: Fundación La Caixa.
3. Alhabib S., Nur U., y Jones R.(2010). Domestic Violence Against Women: Systematic Review of Prevalence Studies. *J Fam Viol*, 25(4):369–382
4. Alexopoulos E., Geitona M. (2009). Self-Rated Health: Inequalities and Potential Determinants. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 6, 2456-2469
5. Allen CT, Swan SC, Raghavan C, et al. (2009). Gender symmetry, sexism, and intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 24:1816–34
6. Allen, N., Lehrner, A., Mattison, E., Miles, T., y Russell, A. (2007). Promoting systems change in the health care response to domestic violence. *Journal of Community Psychology*, 35(1), 103–120
7. Aretio Romero, A. (2007). Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres. *Gac Sanit.*, 21(4):273-7
8. Arredondo-Provecho, A.B., Broco-Barredo, M., Alcalá-Ponce de León, T., Rivera-Álvarez, A., Jiménez Trujillo, I., Gallardo-Pino, C. (2012). Profesionales de Atención Primaria en Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010. *Rev Esp Salud Pública*, 86(1): 85-99
9. Arredondo-Provecho AB, del Pliego-Pilo G, Nadal-Rubio M, y Roy-Rodríguez R. (2008). Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. *Enfermería Clínica*, 18 (4):175-182
10. Barker, G., Contreras, J.M., Heilman, B., Singh, A.K., Verma, R.K., y Nascimento, M. (2011). *Evolving Men: Initial Results from the International Men and Gender Equality Survey (IMAGES)*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women (ICRW); Rio de Janeiro: Instituto Promundo.
11. Battaglia T, Finley E, Liebschutz J (2003). Survivors of intimate partner violence speak out: Trust in the patient-provider relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 18(8): 617-23
12. Bauer HM, Gibson P, Hernández M, Kent C, Klausner J, Bolan G. (2002). Intimate partner violence and high-risk sexual behaviors among female patients with sexually transmitted diseases. *Sex Transm Dis*, 29:411-6.
13. Berg, A. O. (2004). Screening for family and intimate partner violence: Recommendation statement. *Annals of Family Medicine*, 2(2), 156–160.
14. Black, M.C. (2011). Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. *Am J Lifestyle Med*, 5(5):428-439.
15. Blanco P, Ruiz-Jarabo C, García de Vinuesa L, Martín-García M. (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit*, 18(Supl 1)182-8

16. Bonomi AE, Anderson ML, Reid RJ, Rivara FP, Carrell D, Thompson RS. (2009). Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence. *Arch Intern Med*, 169: 1692–97.
17. Bosch-Fiol E., Ferrer-Pérez V.A. (2012). Nuevo mapa de los mitos sobre la violencia de género en el siglo XXI. *Psicothema*, 24(4),548-554
18. Bosh-Fiol E., Ferrer-Pérez V. (2000). La Violencia de género: de cuestión privada a problema social. *Revista Intervención Psicosocial*, 9(1): 7-19.
19. Buesa, S.; Calvete, E. (2011). Adaptación de la escala de abuso psicológico sutil y manifiesto a las mujeres en muestra clínica y de la comunidad. *Anales de Psicología*; 27(3):774-782
20. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza JA (2012). *Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
21. Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. (2002). Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ*, 324:271-4.
22. Brown JB, Lent B, Brett PJ, et al. (1996). Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. *Family Medicine*, 28:442
23. Cáceres Carrasco, J. (2004). Violencia física, psicológica y sexual en el ámbito de la pareja: papel del contexto. *Clínica y Salud*, 15(1):33-54
24. Calvete E, Corral S, Estévez A (2007a). Cognitive and coping mechanisms in the interplay between intimate partner violence and depression. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 20(4):369-382.
25. Calvete, E., Corral, S. y Estévez, A. (2007b). Factor structure and validity of the Revised Conflict Scales for Spanish Women. *Violence Against Women*, 13(10), 1072-1087.
26. Campbell JC. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359: 1331–36
27. Campbell J, Jones AS, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med*, 162:1157-63.
28. Cano Martín, L.M.; Berrocoso Martínez, A.; Arriba Muñoz, L.; Quirós Lorenzana, R.B.; Alamar Provecho, J.D.; Cardo Maza, A. (2010). Prevalencia de Violencia de Género en mujeres que acuden a consultas de Atención Primaria. *Rev. clín. med. Fam*, 3(1):10-17
29. Castro RA, Vázquez de la Torre JC , Caro MT and Pérula L (2009). Violencia doméstica en la ciudad de Córdoba: estudio de prevalencia y factores asociados. *Medicina de Familia*, 35(5): 221-226.
30. Chait, L; Zulaica Calvo, B. (2005). Mujeres drogodependientes maltratadas: análisis para la intervención. *Trastor. adict.*,7(2):104-113
31. Chamberlain, L., Perham-Hester, K. (2002). The impact of perceived barriers on primary care physicians' screening practices for female partner abuse. *Women and Health*, 35, 55–69.

32. Chan, K.L., y Cho, E.Y. (2010). A review of cost measures for the economic impact of domestic violence. *Trauma Violence Abuse*, 11, 129-143
33. Chang, J. C., Cluss, P. A., Ranieri, L., Hawker, L., Buranosky, R., Dado, D., et al. (2005). Health care interventions for intimate partner violence: What women want. *Women's Health Issues*, 15(1), 21–30.
34. Cerdá i Alfonso, V. (2011). Violencia de género: ¿mejoramos? *Atención Primaria*, 43(9) 465-466
35. Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Richardson J, Moorey S, Feder G. (2003). Abusive experiences and psychiatric morbidity in women primary care attenders. *Br J Psychiatry*, 183: 332–39.
36. Coker AL, Davis KE, Arias I, et al. (2002a). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med*, 23: 260–68.
37. Coker AL, Smith PH, Thompson MP, McKeown RE, Bethea L, Davis KE. (2002b). Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *J Women Health Gend Based Med*, 11(5):465-76
38. Coll-Vinent B, Echeverría T, Farràs U, Rodríguez D, Millá J, Santiñà M. (2008) El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit*, 22(1):7-10.
39. Corsi, J. (1994). *Violencia familiar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Argentina: Paidós.
40. Corral, S. y Calvete, E. (2006). Evaluación de la violencia en las relaciones de pareja mediante las Escalas de Tácticas para Conflictos: Estructura factorial y diferencias de género en jóvenes. *Psicología Conductual*, 2: 215-234.
41. Davies, G. (1998). *Safety planning with battered women*. California: SAGE.
42. Defensor del Pueblo (1998). *Informe sobre la violencia contra las mujeres*. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo.
43. Devries K.M., Mak J.M., Bacchus L.J., Child J.C., Falder G., Petzold M., Astbury J., y Watts C.H. (2013). Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *PLoS Med*, 10(5): e1001439. doi:10.1371/journal.pmed.1001439
44. Djikanovic et al., (2010). Health professionals' perceptions of intimate partner violence against women in Serbia: Opportunities and barriers for response improvement. *Patient Education and Counseling*, 80, 88–93
45. Domínguez Fuentes, J.M.; García Leiva, P.; Cuberos Casado, I. (2008). Violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico: consecuencias sobre la salud psicosocial. *Anales de Psicología*, 24(1): 115-120
46. Duch Campodarbe FR, Ruiz de Porras Roselló L, Gimeno Ruiz de Porras D. (1999). Recursos psicométricos utilizables en atención primaria. Barcelona: Novartis Farmacéutica.

47. Echarte Pazos, J. L; Puente Palacios, I; León Bertrán, N; Díez Fuentes, E; Laso de la Vega Artal, S; Martínez Izquierdo, M. T (2010). Mejorar la calidad asistencial en la atención a la mujer maltratada en los servicios de urgencias. *Emergencias*, 22(3):193-198
48. Edwardsen E.A., Horwitz S.H., Pless N.A., Roux H, Fiscella K.A. (2011). Improving identification and management of partner violence: examining the process of academic detailing: a qualitative study. *BMC Medical Education*, 11:36, doi:10.1186/1472-6920-11-36
49. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. (2008). 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. *Lancet*, 371: 1165–1172.
50. Ellsberg M., y Heise L. (2005). *Researching Violence Against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists*. Washington DC, United States: World Health Organization, PATH.
51. Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., y Corral, P. (2009). Predicción de riesgo de la violencia grave de pareja: un nuevo instrumento de evaluación. En E. Echeburúa, J. Fernández-Montalvo y P. Corral (Eds.): *Predicción del riesgo de homicidio y de violencia grave en la relación de pareja*. Valencia: Centro Reina Sofía.
52. Echeburúa, E., Amor, P.J., Loinaz, I., y Corral, P. (2010). Escala de Predicción del Riesgo de Violencia Grave contra la pareja —Revisada— (EPV-R). *Psicothema*, 22(4),1054-1060.
53. Escribà-Agüir V, Barona-Vilar C, Calvo-Mas C, Carpio-Gesta ML, Fullana-Montoro A (2006). Lesiones por violencia doméstica en la Comunidad Valenciana. *Gac Sanit*, 20(6):510-2
54. Escudero Nafs A., Polo Usaola C., López Jirones M., Aguilar Redo L.(2005). La persuasión coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género I: Las estrategias de la violencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 25(95), 85-117
55. Eguiguren Bravo P. (2004). Violencia de género y salud. *Diálogo Filosófico*, 59, 261-274
56. Feder G., Davies R.A., Baird K., Dunne D., Eldridge S., Griffiths C., Gregory A., Howell A., Johnson M., Ramsay J., Rutterford C., Sharp D. (2011). 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*, 378: 1788–95
57. Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R, et al. (2009). How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme?. Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technol Assess*, 13: iii-347.
58. Feder G.S., Hutson M., Ramsay J., y Taket A.R. (2006). "Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a metaanalysis of qualitative studies," *Archives of Internal Medicine*, 166(1), 22–37.
59. Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL, Norton IM, Lowenstein SR, Abbott JT. (1997). Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA*, 277:1357–61.
60. Fernández Alonso M (2007). El médico de familia ante situaciones de violencia. *Atención Primaria*, 39(2) 57-59.

61. Fernández Alonso, MC; Herrero Velázquez, S; Cordero Guevara, JA; Madereuelo Fernández, JA; González Castro, ML (2006). Protocolo para la evaluación de la efectividad de una intervención sensibilizadora y formativa en profesionales de atención primaria para la mejora de la detección de la violencia doméstica (ISFVIDAP). *Aten Primaria*, 38(3):168-73
62. Fernández Alonso M, Herrero Velázquez S, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata I, García Campayo J, Montón Franco C, Redondo Granado M, Tizón García M, (2003). Violencia en la pareja: papel del médico de familia. *Atención Primaria*, 32(7) 425-433
63. Ferrer Pérez V.A., y Bosch Fiol E. (2005). Introduciendo la perspectiva de género en la investigación psicológica sobre violencia de género. *Anales de psicología*, 21(1): 1-10.
64. Fogarty, C.T., y Brown, J.B. (2002). Screening for abuse in spanish-speaking women. *Journal of the American Board of Family Practice*, 15, 101-111.
65. Fontanil Y., Ezama E, Fernandez R, Gil P, Herrero FJ, Paz D. (2005). Prevalencia del maltrato de pareja contra mujeres. *Psicothema*, 17(1):90-95.
66. FRA – European Union Agency for Fundamental Rights (2014). Violence against Women: an EU wide Survey. Main results
67. Fuchs D. (1999). *European Women’s Lobby Study: Unveiling the Hidden Data on Domestic Violence in the European Union*. Final report. Brussels: European Women’s Lobby. Accesible en: <http://www.womenlobby.org/spip.php?article170&lang=en>
68. Garcia-Esteve L., Torres A., Navarro P., Ascaso C., Imaz M.L., Herreras Z., y Valdés M. (2011). Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario. *Med Clin (Barc)*, 137(9):390-397
69. García Minguito, L.; Casas Sánchez, J.D.; Rodríguez Albarran, M.S. (2012). Propuesta de baremo (de escala) para analizar la calidad de los partes de lesiones en casos de violencia de género. *Gac Sanit*, 26(3):256-60.
70. García Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, et al. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women’s health and domestic violence. *Lancet*, 368:1260-9.
71. García Moreno C. (2002). Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service reponse to violence against women. *Lancet*, 359:1509-14.
72. García Torrecillas JM, Torío Durántez J, Lea Pereira MC, García Tirado MC and Aguilera Tejero R. (2008). Detección de violencia contra la mujer en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 40 (9): 455-461
73. Glass N, Dearwater S, Campbell J (2001). Intimate partner violence screening and intervention: data from eleven Pennsylvania and California community hospital emergency departments. *J Emerg Nursing*, 27:141-149.
74. Gobierno de España. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. [Consultado 5/04/2013]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>

75. Goldberg D, Gater R, Sartorius N, Ustun T, Piccinelli M, Gureje O, Rutter C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*, 27:191–7.
76. Goldberg DP, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 97:897-9.
77. Golding JM. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *J Fam Violence*, 14: 99–132.
78. González Sala, F.; Gimeno Collado, A. (2009). Violencia de Género: Perfil de Mujeres con Ayuda Social. *Interv. psicosoc*;18(2):165-175
79. González-Losada, J; Castro-García, Y; Tosco-García, C; Rufino-Delgado, M. T; Mirpuri-Mirpuri, P. G; García-Álvarez, C. D. (2012). Prevalencia de violencia de género en atención primaria de Santa Cruz de Tenerife. *SEMERGEN*, 38(2):87-94
80. González Lozoya, I.; Serrano Martínez, A.; García Sánchez, N.; del Campo Giménez, M.; Moreno Ruiz, B.; González Lozoya, A.B.; Montoya Fernández, J.; Téllez Lapeira, J.M.; Escobar Rabadán, F. (2011). Conocimientos sobre violencia de género de la población que consulta en Atención Primaria. *Atención Primaria*, 43(9):459-464.
81. Gutmanis, C. Beynon, L. Tutty, C. N. Wathen, and H. L. MacMillan, (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses, *BMC Public Health*, 7,12.
82. Gregory A., Ramsay J., Agnew-Davies R., Baird K., Devine A., Dunne D., Eldridge S., Howell A., Johnson M., Rutterford C., Sharp D., y Feder G. (2010). 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*, 10:54, doi:10.1186/1471-2458-10-54
83. Hagemann-White C, Katenbrink J, Rabe H (2006). Combating violence against women. Stocktaking study on the measures and actions taken in Council of Europe member States. Strasbourg: Council of Europe.
84. Hathaway JE, Mucci LA, Silverman JG, Brooks DR, Mathews R, Pavlos CA. (2000). Health status and health care use of Massachusetts women reporting partner abuse. *Am J Prev Med*, 19:302-7
85. Hearn, J. (2013). The sociological significance of domestic violence: Tensions, paradoxes and implications. *Current Sociology*, 61(2), 152-170
86. Heise, L. y García-Moreno (2003). La violencia en la pareja. En E.G. Krug, L.L. Dahlberg, J.A. Mercy, A.B. Zwi y R. Lozano (Eds.), *Informe mundial sobre violencia y salud* (pp. 97-131). Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud (Ed. original en inglés 2002, Organización Mundial de la Salud).
87. Heise L., Garcia-Moreno C. (2002). Violence by intimate partners. In: Krug E, Dahlberg LL, Mercy JA, et al., editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization.
88. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. (1999). *Ending violence against women*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program.

89. Heise L.L. (1998). Violence Against Women: An Integrated, Ecological Framework. *Violence Against Women*, 4(3), 262-290.
90. Helweg-Larsen K, Kruse M. Violence against women and consequent health problems: a register-based study. *Scand J Public Health* 2003;31:51-7.
91. Hudson W.W., McIntosh S.R. (1981). The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions. *Journal of Marriage and the family*, 43, 873-884
92. Icart Isern M.T., Pulpón Segura A.M., Icart Isern C., Bielsa Alquezar M. (2006). Maltrato psicológico en una muestra de mujeres atendidas en atención primaria. *Atención Primaria*,38(10), 580-581
93. Jewkes R. (2013). Intimate partner violence: the end of routine screening. *Lancet*, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60584-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60584-X)
94. Jewkes R. (2002). Intimate partner violence: causation and primary prevention. *Lancet*, 359: 1423–29
95. Jones S, Davidson WS, Bogat GA, Levendosky A, von Eye A. Validation of the subtle and overt psychological abuse scale: an examination of construct validity (2005). *Violence Vict.*, 20(4):407-16.
96. Kasian, M., y Painter, S.L. (1992). Frequency and severity of psychological abuse in a dating population. *Journal of Interpersonal Violence*, 7, 350-364.
97. Klap R., Tang L., Wells K., Starks S.L., Rodriguez M. (2007). Screening for Domestic Violence Among Adult Women in the United States. *Journal of General Internal Medicine*, 22:579-584
98. Klostermann K, Mignone T, Chen R (2009). Subtypes of alcohol and intimate partner violence: a latent class analysis. *Violence Vict* , 24:563-577.
99. Krantz G. (2002). Violence against women: a global public health issue. *J Epidemiol Community Health*;56:242-3.
100. Krieger N. (2003). Genders, sexes, and health: What are the connections-and why does it matter? *International Journal of Epidemiology*, 32(4): 652–657.
101. Kropp, P.R., Hart, S., Webster, C.D., y Eaves, D. (1995). *Manual for the Spousal Assault Risk Assessment Guide (2nd. ed.)*. Vancouver: British Columbia Institute on Family Violence.
102. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. (2002). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization.
103. Kruse M., Sørensen J, Brønnum-Hansen H, Helweg-Larsen K. (2011). The Health Care Costs of Violence Against Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(17) 3494–3508
104. Labrador Encinas FJ, Fernández-Velasco MR, Rincón P (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*, 22(1), 99-105

105. Larrauri Barandela MA, Rodríguez Alonso E, Castro Feijoó TM, Alfonso Pérez Z, Ojea Montes B, Blanco Gómez MA. (2010). Conocimientos y actitudes de los profesionales de urgencias sobre violencia de género. *Revista Páginas enferurg.com*, 2(7):36-39.
106. Leserman J, Drossman DA. (2007). Relationship of abuse history to functional gastrointestinal disorders and symptoms. *Trauma Violence Abuse*, 8:331-343.
107. Liebschutz J., Battaglia T., Erin Finley E., y Averbuch T. (2008). Disclosing intimate partner violence to health care clinicians - What a difference the setting makes: A qualitative study. *BMC Public Health*, 8:229 doi:10.1186/1471-2458-8-229
108. Macintyre, S., McKay, L. and Ellaway, A. (2005) Who is more likely to experience common disorders: man, women, or both equally? Lay perceptions in the West of Scotland. *International Journal of Epidemiology*, 34 (2):461-466
109. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, et al. (2009). Screening for intimate partner violence in health care settings: A randomized trial. *JAMA*, 302:493-501.
110. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle M, McNutt LA, Worster A, Lent B, Webb M, McMaster Violence Against Women Research G (2006): Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*, 296(5):530-536.
111. MacMillan HL, Wathen CN with the Canadian Task Force on Preventive Health Care (2001). *Prevention and Treatment of Violence Against Women*. In: Systematic Review & Recommendations. London, Ontario: Canadian Task Force.
112. Marmot M., Allen J., Goldblatt P. (2010). A social movement, based on evidence, to reduce inequalities in health. *Social Science & Medicine*, 71, 1254-1258.
113. Marshall, L. L. (1996). Psychological abuse of women: Six distinct clusters. *Journal of Family Violence*, 11, 369-399.
114. McFarlane, J., Hughes, R.B., Nosek, M.A., Groff, J.Y., Swedlend, N., & Mullen, P. (2001). Abuse assessment screen-disability (AAS-D): measuring frequency, type, and perpetrator of abuse toward women with physical disabilities. *Journal of Womens Health Gender-Based Medicine*, 10, 861-866.
115. McFarlane J, Parker B, Soeken K, et al. (1992). Assessing for abuse during pregnancy: severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA*, 267:3176-8.
116. McNutt, L., Waltermaurer, E., McCauley, J., Campbell, J., Ford, D. (2005). Rationale for development of the computerized intimate partner violence screen for primary care. *Family Violence Prevention and Health Practice*, 3, 1-13.
117. McCloskey LA, Lichter E, Ganz M, Williams CM, Gerber MR, Sege R, Stair T, Herbert B (2005). Intimate partner violence and patient screening across medical specialties. *Acad Emerg Med*, 12:712-22.
118. McCord-Duncan EC, Floyd M, Kemp EC, Bailey B, Lang F (2006). Detecting Potential Intimate Partner Violence: Which Approach do Women Want? *Family Medicine*, 38(6):416-422.

119. McFarlane, J., Groff, J., O'Brien, J., & Watson, K. (2006). Secondary prevention of intimate partner violence. *Nursing Research*, 55(1), 52e61.
120. Medina-Ariza, J., Barberet, R. (2003). Intimate Partner Violence in Spain Findings From a National Survey. *Violence Against Women*, 9(3), 302-322
121. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014): Análisis de la Macroencuesta de Violencia de Género 2011. <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/publicaciones/estudiosinvestigaciones/home.htm>
122. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016. <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/EstrategiaNacional/home.htm>
123. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). Últimos datos de violencia de género. <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portaEstadistico/home.htm>
124. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género 2012.
125. Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. [Consultado 05/03/2013]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>
126. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. III Plan para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres 1997-2000. Madrid: Instituto de la Mujer.
127. Montero I., Ruiz-Pérez I., Escribà-Agüir V., Vives-Cases C., Plazaola-Castaño J., Talavera M., Martín-Baena D., Peiró R. (2012). Strategic responses to intimate partner violence against women in Spain: a national study in primary care. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 66(4), 352-358
128. Moracco KE, Cole TB (2009). Preventing Intimate Partner Violence: Screening Is Not Enough. *JAMA*, 302(5):568-570
129. Morse DS, Lafleur R, Fogarty CT, Mittal M, Cerulli C. (2012). "They Told Me To Leave": How Health Care Providers Address Intimate Partner Violence. *J Am Board Fam Med*, 25(3), 333-342.
130. Muslera-Canclini, E.; Natal, C.; García, V.; Fernández-Muñoz, P. (2009). Descripción del registro de los casos de violencia de género en las fuentes de información sanitarias del Principado de Asturias. *Gac. sanit. (Barc.)*;23(6):558-561
131. Muñoz-Cobos F, Burgos-Varo M, Carrasco-Rodríguez A, Martín-Carretero M, Río-Ruiz J, Villalobos-Bravo M, Ortega-Fraile I (2006). Investigación cualitativa en mujeres víctimas de violencia de género. *Atención Primaria*, 37(7): 407-412
132. Naciones Unidas (1996). Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. [Consultado 12/03/2013]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

133. Naciones Unidas (1995). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. [Consultado 12/03/2013]. Disponible en: <http://daccess-ddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/29/PDF/N9523129.pdf?OpenElement>
134. Naciones Unidas (1994). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. [Consultado 12/03/2013]. Disponible en: http://www.eclac.cl/mujer/noticias/paginas/3/27453/Declaracion_eliminacion.pdf
135. Navarro V. (2009). What we mean by social determinants of health *Global Health Promotion*, 16(1): 05–16.
136. Nelson HD, Nygren P, McInerney Y, Klein J. (2004). Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: A review of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, 140:387–96.
137. Olalla García T., Cedenilla N., Cañones Garzón PJ (2003). Violencia doméstica, violencia de sexo. *Revista de la SEMG*, 56, 475-484.
138. Organización Mundial de la Salud (2005). Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Geneva: OMS.
139. Organización Mundial de la Salud (1996). Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública. [Consultado 25/04/2013]. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf
140. Organización Mundial de la Salud (2013). Nota descriptiva 239. Violencia de Pareja y violencia sexual contra la mujer
141. O'Campo P., Kirst M., Tsamis C., Chambers C., Ahmad F. (2011). Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: Evidence generated from a realist-informed systematic review. *Social Science & Medicine*, 72, 855-866.
142. Ortiz-Barreda y Vives-Cases 2012: Violencia contra las mujeres: el papel del sector salud en la legislación internacional. *Gaceta Sanitaria* 2012; 26(5):483–489
143. Pico-Alfonso MA, García-Linares MI, Celda-Navarro N, Blasco-Ros C, Echeburúa E, Martínez M. (2006). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *J Women's Health*, 15(5):599-611.
144. Plazaola-Castaño J., Ruiz-Perez I., Escriba-Agüir V., et al. (2009). Validation of the Spanish version of the Index of Spouse Abuse. *Journal of Women's Health*, 18:499–506
145. Plazaola-Castaño, J.; Ruiz-Pérez, I.; Montero-Piñar, M.I. (2008). Apoyo social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja. *Gaceta Sanitaria*, 22(6):527-533
146. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Hernández-Torres E. (2008). Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. *Gac Sanit*, 22(5):415-20.
147. Plazaola-Castaño J., Ruiz-Pérez, I. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Med Clin (Barc)*, 122(12):461-7

148. Plichta, S. B. (2007). Interactions between victims of intimate partner violence against women and the health care system: Policy and practice implications. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8, 226–239.
149. Plichta SB (2004). Intimate partner violence and physical health consequences: policy and practice implications. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(11):1296-1323.
150. Ramsden C, Bonner M (2002). A realistic view of domestic violence screening in an emergency department. *Accid Emerg Nursing*, 10:31–39
151. Raya Ortega L, Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Brun López-Abisab S, Rueda Lozano D, García de Vinuesa L, González Barranco JM, Garralón Ruiz LM, Arnalte Barrera M, Lahoz Rallo B, Acemel Hidalgo MD, y Carmona Molina MP. (2004). La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Aten Primaria*, 34(3):117-27
152. Rhodes KV, Kothari CL, Dichter M, Cerulli C, Wiley J, Marcus S. (2011). Intimate Partner Violence Identification and Response: Time for a Change in Strategy. *J Gen Intern Med*, 26(8):894–9
153. Rhodes KV, Lauderdale DS, He T, Howes D, Levinson W (2002). “Between me and the computer”: increased detection of intimate partner violence using a computer questionnaire. *Ann Emerg Med*, 40:476-484.
154. Rhodes, N.; McKenzie, BE. (1998). «Why do battered women stay? Three decades of research», *Agresion and Violent Behavior*, 3(4), 391-406
155. Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. (2002). Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *British Medical Journal*, 324:274-7.
156. Richardson J, Feder G. (1996). Domestic violence: a hidden problem for general practice. *Br J Gen Pract*, 46(405): 239–242.
157. Roberts G., Hegarty K., Feder G. (2006). *Intimate partner abuse and health professionals: new approaches to domestic violence*. London: Elsevier.
158. Roberts TA, Auinger P, Klein JD. (2005). Intimate partner abuse and the reproductive health of sexually active female adolescents. *J Adolesc Health*, 36(5):380–385.
159. Rodríguez-Borrego M.A., Vaquero Abellán M., Bertagnolli I., Muñoz-Gomariz E., Redondo-Pedraza R., Muñoz-Alonso A. (2011). Violencia del compañero íntimo: estudio con profesionales de enfermería. *Atención Primaria*, 43(8) 417-425
160. Roggeband, C. (2012). Shifting Policy Responses to Domestic Violence in the Netherlands and Spain (1980-2009). *Violence Against Women*, 18(7), 784-806
161. Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño J., Vives-Cases C., Montero-Piñar M.I, Escribà-Agüir V., Jiménez-Gutiérrez E., Martín-Baena D., y G6 para el Estudio de la Violencia de Género en España (2010). Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. *Gaceta Sanitaria*, 24(2),128-135

162. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, del Río-Lozano M. (2007). Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. *Eur J Public Health*, 17(5): 437-443
163. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Álvarez-Kindelán M, Palomo-Pinto M, Arnalte-Barrera M, Bonet-Pla A, Santiago-Hernando ML, Herranz-Torrubiano A, Garralón-Ruiz LM and the Gender Violence Study Group. (2006a). Sociodemographic Associations of Physical, Emotional, and Sexual Intimate Partner Violence in Spanish Women. *Ann Epidemiol*, 16(5):357-363.
164. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco-Prieto P, GonzálezBarranco JM, Ayuso-Martín P, Montero-Piñar MI, y el Grupo de Estudio para la Violencia de Género (2006b). La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gac Sanit*, 20: 202-8
165. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J. (2005). Intimate Partner Violence and Mental Health Consequences in Women Attending Family Practice in Spain. *Psychosomatic Medicine* 67(5):791-797.
166. Ruiz-Pérez, I.; Blanco-Prieto, P.; Vives-Cases, C. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl.2), 4-12
167. Ruiz Peña M, González Peña M, López Álvarez J, Iglesias Hernández M, Barros Rubio C, González Amaya S, Fernández Crespo T (2010). Violencia de género en un área de salud. *Medicina de Familia-SEMERGEN*, 36(4): 202-207
168. Selic P., Pesjak K., Kersnik J. (2011). The prevalence of exposure to domestic violence and the factors associated with co-occurrence of psychological and physical violence exposure: a sample from primary care patients. *BMC Public Health*, 11:621
169. Sen G. y Östlin P. (2007). Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. [Consultado 25/04/2013]. Accesible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf
170. Sen A. (2002). Desigualdad de género. Cuando la misoginia como problema de salud pública. [Consultado 05/05/2013]. Disponible en: <http://www.letraslibres.com/revista/convivio/desigualdad-de-genero-la-misoginia-como-problema-de-salud-publica> [original en inglés].
171. Smith-Stover C, Poole G, Marans S (2009). The domestic violence home-visit intervention: impact on police-reported incidents of repeat violence over 12 months. *Violence Vict*, 24:591-607.
172. Soler E, Barreto P, González R (2005). Cuestionario de respuesta emocional a la violencia doméstica y sexual. *Psicothema*, 17(2), 267-274
173. Straus MA. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: theConflicts Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and Family*, 41:75-88
174. Sugg NK, Thompson RS, Thompson DC, Maiuro R (1999). Domestic violence and primary care. *Arch Fam Med*, 8:301-306.

175. Taket A. (2012). Responding to domestic violence in primary care. We know more about what works but questions remain. *British Medical Journal*;344, doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e757>
176. Taket, A., Wathen, C., & MacMillan, H. (2004). Should health professionals screen all women for domestic violence? *PLoS Medicine*, 1(1), e4ee9
177. Thackeray, J., Stelzner, S., Downs, S., y Miller, C. (2007). Screening for intimate partner violence: The impact of screener and screening environment on victim comfort. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 659–668.
178. Tjaden, P., y Thoennes N. (2000). Prevalence and Consequences of Male-to-Female Intimate Partner Violence as Measured by the National Violence Against Women Survey. *Violence Against Women*, 6(2):142-161.
179. Todahl J, Walters E (2011). Universal screening for intimate partner violence: a systematic review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(3), 355–369.
180. Tolman, R.M. (1989). The development of a measure of psychological maltreatment of women by their male partners. *Violence and Victims*, 4, 159-177.
181. Tower L.E. (2006). Barriers in screening women for domestic violence: A survey of social workers, family practitioners, and obstetrician–gynaecologists. *Journal of Family Violence*, 21(4), 24.
182. Usta J, Antoun J, Ambuel B, Khawaja M (2012). Involving the Health Care System in Domestic Violence: What Women Want. *Ann Fam Med*; 10(3):213-220
183. Vives-Cases C. (2011). Un modelo ecológico integrado para comprender la violencia contra las mujeres. *Feminismo/s* 18, 291-299.
184. Vives-Cases C, Gil-González D, Plazaola-Castaño J, Montero-Piñar MI, Ruiz-Pérez I, Escriba-Aguir V, Ortiz-Barreda G, Ruiz-Pérez I (2009a). Violencia de género en mujeres inmigrantes y españolas: magnitud, respuestas ante el problema y políticas existentes. *Gaceta Sanitaria*, 23(Supl.1) 100-106
185. Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, Gil-González D, Torrubiano-Domínguez J, Rohlfes I y Escribá Agüir V (2009b). Perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por violencia del compañero íntimo en España. *Gac Sanit*, 23(5):410–414
186. Vives-Cases, C., Torrubiano-Domínguez, J. y Álvarez-Dardet, C. (2008). Distribución temporal de las denuncias y muertes por violencia de género en España en el periodo 1998-2006. *Rev Esp Salud Pública*, 82: 91-100
187. Vives-Cases C, Carrasco-Portiño M, Álvarez-Dardet C. (2007). La epidemia por violencia del compañero íntimo contra las mujeres en España. Evolución temporal y edad de las víctimas. *Gac Sanit*, 21(4):298-305
188. Vives-Cases C. (2006). Intimate partner violence against women in Spain. *J Epidemiol Community Health*, 60:652-3.
189. Walby S. (2009). The Cost of Domestic Violence: Up-date 2009. Accesible en: http://www.ndvf.org.uk/statistics_and_research_on_domestic_violence

190. Walby S, Allen J (2004). Domestic violence, sexual assault and stalking: findings from the British Crime Survey. London: Home Office Research Study 276. [Consultado 15/03/2013]. Accesible en : <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20110218135832/rds.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/04/hors276.pdf>
191. Walker, Lenore E. (2006). Battered Woman Syndrome. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1087: 142–157.
192. Walker, Lenore E. (1992). Battered women syndrome and self-defense. Symposium on Woman and the Law, *Notre Dame Journal of Law, Ethics and Public Policy* , 6(2), 321-334
193. Walker, Lenore E. (1984). *The Battered Woman Syndrome*. Springer, New York.
194. Warshaw, C., Brashler, B., y Gil, J. (2009). Mental health consequences of intimate partner violence. En C. Mitchell y D. Anglin (Eds.), *Intimate partner violence: A health based perspective*. New York: Oxford University Press.
195. Waters, H., Hyder A, Rajkotia, Y., Basu, S., Rehwinkel, J. A., & Butchart, A. (2004). The economic dimensions of interpersonal violence. Geneva, Switzerland: WHO.
196. Wathen CN, Jamieson E, MacMillan HL, McMaster Violence Against Women Research Group (2008). Who is identified by screening for intimate partner violence? *Women Health Iss*, 18:423–432.
197. Watts Ch., Zimmerman C. (2002). Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet*, 359:1232-7.
198. Whitehead M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*, 22: 429-455.
199. Wisner, C. L., Gilmer, T. P., Saltzman, L. E., & Zink, T. M. (1999). Intimate partner violence against women: Do victims cost health plans more? *Journal of Family Practice*, 48, 439-443
200. Yeung H., Chowdhury N., Malpass A., y Feder G.S. (2012). Responding to Domestic Violence in General Practice: A Qualitative Study on Perceptions and Experiences. *International Journal of Family Medicine*, doi:10.1155/2012/960523
201. Zink T, Regan S, Goldenhar L, Pabst S, Rinto B. (2004). Intimate partner violence: what are physicians' perceptions? *J Am Board Fam Med*, 17:332–40.

Anexo: CUESTIONARIO A MÉDICOS/AS DE ATENCIÓN PRIMARIA

DATOS DE CONTROL

- I. Sexo:
 1. Hombre
 2. Mujer
- II. Edad:.....
- III. Tipo de centro:
 1. Consultorio
 2. Centro de salud
- IV. Antigüedad como médico de atención primaria:..... años.
- V. Tipo de contrato:
 1. Fijo
 2. Temporal
- VI. Municipio.....
- VII. CCAA.....
- VIII. Tipo de atención:
 1. Equipo
 2. Cupo

PERCEPCIÓN- OPINIÓN

1. ¿Considera usted que la Violencia de Género (VG) es un problema de salud?
 1. Si
 2. No
2. ¿Qué importancia le da usted a la VG? En una valoración de 0, ninguna importancia, a 10, mucha importancia, indíquenos su posición.
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. ¿Le plantea algún tipo de incomodidad atender este tipo de pacientes?
 1. Si
 2. No (*Pasar pregunta 5*)

4. ¿Qué motivos le hace sentir incomodidad? (Por favor, responda a cada motivo expuesto)

Motivos	Si	No
1. Problemas de tiempo		
2. Por las repercusiones legales		
3. Por los sentimientos de impotencia cuando la mujer no quiere denunciar		
4. La carga emocional que conlleva		
5. Falta de experiencia		
6. Carezco de formación para atenderlas adecuadamente		
7. Miedo al deterioro de la relación de confianza médico-paciente		

5. Entre las funciones del médico de AP ¿Considera usted que se encontraría la de atender a las pacientes víctimas de VG?

1. Si 2. No

INFORMACIÓN- FORMACIÓN

6. ¿Ha realizado usted algún tipo de curso, seminario, conferencia... sobre VG?

1. Si 2. No (Pasar a la pregunta 11)

7. ¿Cuándo lo hizo? Hace años

8. ¿En qué grado cumplió sus expectativas el curso recibido?

1. Muy insatisfactorio
 2. Insatisfactorio
 3. Satisfactorio
 4. Muy satisfactorio

9. ¿Le fue útil la información recibida?

1. Si 2. No

10. Por favor, valore el interés que tuvo en recibir dicha formación sobre VG de 1 a 10 (1 muy poco interés, 10 mucho interés)

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Fuera de la consulta, ¿sabe usted de algún caso de VG en su entorno?
1. Si 2. No
12. ¿Conoce los recursos para atender a las víctimas de VG en el sistema sanitario?
1. Si 2. No
13. ¿Y fuera del sistema sanitario?
1. Si 2. No
14. ¿Cree usted que los recursos existentes son suficientes?
1. Si 2. No 3. No lo sé
15. ¿Ha leído el protocolo común de la actuación sanitaria ante la VG editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2007?
1. Si 2. No (*Pasar a la pregunta 17*)
16. ¿Le ha sido útil?
1. Si 2. No
17. ¿Conoce o ha leído el protocolo de actuación de su Comunidad Autónoma?
1. Si 2. No (*Pasar a la pregunta 19*)
18. ¿Le fue útil?
1. Si 2. No
19. ¿Conoce las obligaciones legales de los médicos de familia ante la VG?
1. Si 2. No
20. ¿Cree usted que el médico de familia está obligado a denunciar, o a poner en conocimiento de la autoridad competente, la situación de violencia de género que detecte en su consulta?
1. Si 2. No
21. ¿Sabe usted que se tramita de forma diferente y más rápido el parte de lesiones cuando se especifica que es por violencia de género?
- 1.Si 2. No

22. ¿Qué tipo de violencia incluiría usted en la VG? (Por favor, marque su respuesta en cada una de ellas)

TIPO DE VIOLENCIA	SI	NO
1. Física (uso deliberado de la fuerza)		
2. Sexual (comportamiento sexual contra su voluntad)		
3. Psicológica (contra la integridad psíquica y emocional, y dignidad como personal)		
4. Ambiental (golpear o romper objetos del entorno)		
5. Social (limitación de los contactos sociales o familiares, aislamiento del entorno)		
6. Económica (control del acceso a los recursos económicos o financieros)		

23. ¿Considera usted que tiene la capacitación suficiente para atender a pacientes víctimas de VG?

1. Si 2. No

EXPERIENCIA

24. ¿Cuántas mujeres, aproximadamente, tiene usted diagnosticadas de VG en su cupo de pacientes?

0. Ninguna (*Pasar a la pregunta 25*)..... pacientes

25. ¿Cuántos de estos diagnósticos han sido detectados por usted?

26. ¿Cuántos han sido comunicados por la propia paciente?.....

27. Ante una paciente con lesiones físicas y/o traumatismos ¿Se plantea como opción la VG?

1. Nunca 2. Algunas veces 3. Siempre

28. ¿Se plantea la VG como diagnóstico diferencial en cuadros de ansiedad, depresión o somatizaciones?

1. Nunca 2. Algunas veces 3. Siempre

29. ¿Conoce las circunstancias que hacen más vulnerables a las mujeres víctimas de VG?

1. Si 2. No

30. De las siguientes circunstancias, que se exponen a continuación, indíquenos en cada una de ellas si usted considera que hace a las mujeres más vulnerables en sus relaciones de pareja para sufrir VG

CIRCUNSTANCIAS	Si	No
1. Aislamiento social y familiar		
2. Dependencia económica		
3. Cargas familiares		
4. Discapacidad		
5. Embarazo		
6. Mujeres inmigrantes		

31. ¿Ha detectado usted algún caso que inicialmente pareciese VG y que tras su valoración y seguimiento no fuese tal?

1. Si 2. No

32. ¿Ha detectado en su consulta algún hombre-agresor de VG?

1. Si 2. No

33. ¿Se ha sentido inseguro/a en las actuaciones realizadas con alguna de las víctimas de VG atendidas?

1. Nunca 2. Algunas veces 3. Siempre

34. ¿En los casos diagnosticados de VG deja usted constancia en la historia clínica de la paciente, o en algún tipo de registro, la situación de maltrato?

1. Si 2. No

35. ¿Realiza un seguimiento sobre las intervenciones que se realizan con las mujeres víctimas de VG?

1. Si 2. No

36. Ante un caso de Violencia de Género ¿Se coordina usted con otros profesionales?

1. Si 2. No (Pasar a la pregunta 38)

37. ¿Se coordina usted con los siguientes profesionales que aparecen a continuación en los casos de VG? (por favor, marque su respuesta en cada uno de los profesionales señalados)

Profesionales	Si	No	No
1. Trabajador/a social			
2. Enfermería			
3. Pediatría			
4. Matronas			
5. Servicio de Urgencia /Emergencia			
6. Servicios especializados en atención a las víctimas de violencia de género			
7. Centro de salud mental			
8. Médico Forense			
9. Cuerpos y fuerzas de Seguridad del Estado			

38. Pregunta con regularidad a sus pacientes cuestiones orientadas a detectar VG directamente?

1. Si 2. No

OBSTÁCULOS- DIFICULTADES

39. ¿Le resulta difícil diagnosticar o detectar los casos de VG?

1. Siempre 2. Algunas veces 3. Nunca

40. ¿Qué dificultades encuentra usted en la detección, valoración y actuación ante las mujeres víctimas de violencia de género? (Por favor, Marque su respuesta en cada una de las dificultades que se exponen)

Profesionales	Si	No
DETECCIÓN		
1. Que la víctima no quiera reconocer el maltrato		
2. La falta de tiempo en la atención a los pacientes		
3. La formación biologicista (centrado en lo físico) en detrimento de la psicosocial		
4. El Burnout		
5. Los obstáculos idiomáticos o culturales de las pacientes		
VALORACIÓN		
6. La falta de privacidad en la consulta para explorar el maltrato		
7. La falta de habilidades para desarrollar la entrevista clínica en este tema		
8. El desconocimiento de los criterios de riesgo vital		

ACTUACIÓN		
9. La escasez o reducción de servicios socio-sanitarios		
10. Los problemas éticos si la mujer no quiere denunciar		
11. El temor a denunciar a un inocente en caso de denuncia falsa		
12. El miedo a las represalias por parte del agresor		
13. La dificultad para cumplimentar el parte de lesiones y el informe médico correctamente		
14. El miedo a perjudicar a la paciente con la actuación que desarrolle		
15. El desconocimiento de los criterios de actuación.		
16. El desconocimiento de las obligaciones legales		

41. ¿Cómo suele detectar usted a estas pacientes? (Por favor, marque su respuesta en cada uno de los modos de detección)

Modos de detección	Si	No
1. Por cribado sistemático		
2. Por indicadores de riesgo		
3. Por diagnóstico diferencial		
4. Porque lo comunica la paciente		
5. Por las sospechas de otros profesionales		

42. Si detectara una situación de VG y la mujer no quisiera denunciar, ¿Cómo actuaría o sería su actuación? (Por favor, señálenos su actuación en cada una de las actuaciones que se le presenta)

Actuaciones	Si	No
1. Realizaría el parte de lesiones solo si hubiera lesiones físicas		
2. Realizaría el parte en cualquiera de los casos		
3. Lo registraría en la historia		
4. La intentaría convencer o persuadir para que denuncie		
5. La derivaría al Trabajador/a Social		
6. Le daría tiempo para que se plantease la denuncia más adelante		
7. No haría nada		
8. Contactaría con el 016		

PROPUESTAS

43. De las siguientes propuestas de mejora indíquenos su grado de acuerdo, siendo el 1 muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo con cada proposición expuesta.

1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Poco acuerdo 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo

1. Se requiere una mayor formación en entrevista clínica que ayude a detectar a las pacientes con maltrato	1	2	3	4	5
2. Los médicos de AP deberían disponer de folletos informativos sobre VG en consulta	1	2	3	4	5
3. Se requieren sesiones clínicas con los casos detectados	1	2	3	4	5
4. Los protocolos deben estar informatizados	1	2	3	4	5
5. Los médicos de atención primaria estamos interesados en formarnos en VG	1	2	3	4	5
6. Los médicos de AP deberían coordinarse con los equipos de salud mental en los casos de VG	1	2	3	4	5
7. Dentro de la oferta formativa sería aconsejable la rotación en un centro de atención a mujeres víctimas de VG por parte de los médicos y médicas	1	2	3	4	5
8. Se necesitan Protocolos sencillos y claros	1	2	3	4	5
9. Los médicos de AP precisan más tiempo para la correcta atención de las pacientes con VG	1	2	3	4	5
10. El PAPPS debería incluir aspectos relacionados con la violencia de género	1	2	3	4	5
11. La formación en VG debería ser obligatoria	1	2	3	4	5
12. Cada CCAA debería tener su protocolo específico	1	2	3	4	5
13. Se debería mejorar la coordinación con los servicios sociales	1	2	3	4	5
14. Los médicos de AP precisan conocer mejor los recursos especializados en atención a las víctimas	1	2	3	4	5
15. Los médicos y médicas de AP necesitan más formación en VG para desempeñar su tarea profesional con estas pacientes.	1	2	3	4	5

OBSERVACIONES

Por favor, si lo considera oportuno puede añadir todo aquello que quiera sobre el tema de estudio.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN