

UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Conocimiento y Actitudes de los Profesionales Sanitarios de Urgencias y Emergencias sobre la Violencia de Género.

D. Blas Ignacio de Gea Guillén

2018

UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

TESIS DOCTORAL:

Conocimiento y Actitudes de los Profesionales Sanitarios de Urgencias y Emergencias sobre la Violencia de Género.

Presentada por:

Blas Ignacio de Gea Guillén.

Dirigida por:

Dra. María José López Montesinos.

Dra. Matilde Campos Aranda.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente quisiera agradecer a mis directoras de tesis, Dra. María José López Montesinos, y Dra. Matilde Campos Aranda, por todas las horas de trabajo que hemos tenido que realizar, para que esta tesis doctoral llegará a buen puerto, tantas horas ha permitido finalizar este laborioso trabajo, agradecerles su guía y sus consejos, gracias a ellas este trabajo ha podido terminar con una gran satisfacción para mí, muchas gracias a las dos.

Ha sido una labor muy complicada a lo largo de estos años, ya que he tenido que compaginar mi trabajo, la universidad y mi familia. Aunque ha resultado muy difícil compaginar todo, al final el resultado ha merecido la pena.

También quiero agradecer a todos los profesionales sanitarios tanto médicos como enfermeros que han colaborado con nuestra investigación de forma desinteresada. Mi reconocimiento a todos estos profesionales (médicos, enfermeros, auxiliares, técnicos, celadores, conductores, etc) que realizan todos los días un esfuerzo titánico, dedicándose en cuerpo y alma a su trabajo, llevándose muchas veces a casa, preocupaciones, haciéndolo lo mejor que pueden, todo por el bien de los enfermos. También quiero dar las gracias a mis compañeros y jefes de la Gerencia de Urgencias y Emergencias de la Región de Murcia (061), y especialmente a mis compañeros de la UME Yecla y Caravaca. De la misma manera, reconocer las facilidades que la Coordinadora Regional de Enfermería de la Región de Murcia, para que se pudiera llevar a cabo los trámites de autorización de nuestra investigación ante el Servicio Murciano de Salud.

La plasmación en esta tesis doctoral de un duro trabajo durante varios años supone, por un lado, la consecución de un objetivo, pero por otro lado conviene recordar que durante el camino recorrido para finalizar, uno se va encontrando con personas que le ayuda y se preocupa por todo, quiero agradecer a esas personas sus horas dedicadas a mí. Y como no, acordarme

también de mis alumnos de Enfermería del Campus de Lorca, muchas gracias por estos años tan bonitos para mí.

Aunque no puedo agradecer uno a uno a todas las personas que de algún modo me han ayudado, si quiero reconocer la ayuda, ánimos y momentos de distracción de mis amigos, compañeros, alumnos y familiares por todas las palabras de aliento, que me han ido impulsado a finalizar este proyecto.

Finalmente, mi agradecimiento incondicional, al apoyo recibido de mi familia, especialmente de mi madre Manuela, gracias por su comprensión y ayuda, a mis hermanos Ginés Alfonso, Antonio, Amparo y Loli, por todos los apoyos en los momentos malos, por sus ánimos y aliento, también acordarme de mis cuñadas, pero sobre todo a mis sobrinos Manuel, Alfonso, Ana y Antonio por esos momentos de compañía y risas, os quiero mucho, además también quiero agradecer en estos últimos años a María José por su ayuda, apoyo y compresión. Y como no, acordarme mucho de mi padre fallecido Antonio, siempre estas en mi recuerdo, todo lo que habéis luchado ambos, tiene la recompensa de unos hijos muy agradecidos y orgullosos de sus padres. De mi familia quiero destacar la humildad, nobleza y dedicación, conceptos inculcados en todos nosotros.

Ahora a por el siguiente objetivo.....

A mi familia

"A una mujer, nunca se debe de tratar con golpes, gritos y humillaciones,
se quiere, se ama, y sobre todo se respeta"

ÍNDICE.

RESUMEN.

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO 1

MARCO TEÓRICO 9

1. *Diferencias conceptuales entre Género y Sexo* 11

2. *La Violencia en general y la Violencia de Género* 17

   2.1 La Violencia en la sociedad 19
   2.2 Definición de la Violencia de Género 21
   2.3 Consideraciones históricas de la Violencia de Género. 28

3. *Conceptualización de la Violencia de Género. Tipos de Violencia de Género* 31

   3.1 La Violencia de Género oculta 33
   3.2 Perfil de la mujer maltratada 36
   3.3 Perfil del maltratador 39
   3.4 Perfiles especiales de Violencia de Género 41
   3.5 Tipos de Violencia de Género 44
   3.6 Medios de apoyo 50
   3.7 Violencia de Género en la mujer inmigrante 52
   3.8 Colectivos familiares especiales y Violencia de pareja 55

4. *Principales consecuencias en la salud de la mujer víctima. Violencia de Género y la Universidad. Día mundial para la eliminación de la Violencia de Género* 57

   4.1 Principales consecuencias en la salud de la mujer víctima 59
   4.2 Violencia de Género y Universidad 65
   4.3 Día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer 67

5. Importancia de la Violencia de Género en la sociedad actual. Legislación. Teléfono 016 69

5.1 Distribución mundial de la Violencia de Género 72

5.1.1 *Violencia de Género en los países Subdesarrollados* 72
5.1.2 *Violencia de Género en los países Desarrollados* 73

5.2 Legislación sobre Violencia de Género 77
5.3 Planes estatales de Protección contra la Violencia de Género 83
5.4 Evolución actual de la Violencia de Género en España 87
5.5 Creación del Teléfono de Emergencias para la Violencia de Género (016) 90

6. Los profesionales de la salud ante la Violencia de Género 93

6.1 Los profesionales sanitarios esenciales en la detección, atención y protección de la víctima de Violencia de Género 95
6.2 Actuación ante la mujer con Violencia de Género 99
6.3 Los profesionales sanitarios especialistas en Violencia de Género 103
6.4 Situaciones especiales en Violencia de Género 106

7. Formación y recursos sanitarios en Violencia de Género 109

7.1 Importancia de los profesionales sanitario de Urgencias como primer contacto de las víctimas de Violencia de Género 111
7.2 Formación sanitaria adecuada en Violencia de Género 113
7.3 Conocimiento del Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género y del resto de protocolos existentes 120
7.4 Recursos disponibles para la atención a la mujer en Violencia de Género 129
7.5 Importancia de la utilización de los protocolos, procedimientos e instrumentos de diagnóstico para la Violencia de Género 139
7.6 Una mejor formación permite más detección y atención a las víctimas de Violencia de Género 146

OBJETIVOS 155

MATERIAL Y MÉTODOS 159

1. Preparación de la investigación 161
2. Tipo de estudio y población 163
3. Muestra 163
3.1 Tamaño de la muestra 163
3.2 Procedimientos para la recopilación de datos 163
4. Material y método 164
4.1 Preparación del cuestionario 164
4.2 Cuestionario 165
5. Material y métodos estadísticos 168

RESULTADOS 171

- *Variables sociodemográficos y sociolaborales del estudio* 175

1. Resultados de las variables sociodemográficos y sociolaborales 177
1.1 Profesión 177
1.2 Sexo 179
1.3 Trabajo actual 180
1.4 Edad 182

- *Variables Propias del estudio* 185

2. Experiencia profesional en la atención de mujeres víctimas de Violencia de Género 187
2.1 Experiencia en la atención de casos en Violencia de Género durante su vida profesional 188
2.2 Grado de experiencia según el número de mujeres atendidas 190
2.3 *Tipos de Violencia de Género que atienden* 193
2.3.1 Violencia sexual 193
2.3.2 Violencia física 195
2.3.3 Violencia psíquica 197
2.3.4 Violencia económica 199
2.3.5 Violencia social 201

3. Conocimiento de la existencia y aplicación del Protocolo Específico de Actuación en caso de Violencia de Género 203

3.1 *Conocimiento de la existencia en su centro de trabajo del Protocolo Específico de Actuación en caso de Violencia de* Género 203

3.2 Aplicación en su centro del trabajo del Protocolo Específico de Actuación en caso de Violencia de Género 205

4. Opinión sobre la formación de pregrado recibida en Violencia de Género 207

5. Necesidad de mayor formación específica en relación a la Violencia de Género 209

6. Interés por su formación específica realizada en relación con la Violencia de Género 212

7. Consideración de la Violencia de Género como un problema de Salud Pública . 215

8. Opinión sobre la necesidad de profesionales sanitarios con formación específica en Violencia de Género 217

- *Relaciones entre las variables* 221

Relaciones entre las variables sociodemográficas, sociolaborales y las variables propias del estudio 223

1. Relaciones entre la Profesión y las variables propias del estudio 225

1.1 *Relación entre la profesión y el "Grado de experiencia según el número de mujeres atendidas"* 225
1.2 *Relación entre la profesión y el "Conocimiento de la existencia del Protocolo Específico de actuación"* 226
1.3 *Relación entre la profesión y la "Aplicación del Protocolo Específico de actuación"* 228
1.4 *Relación entre la profesión y la "Necesidad de mayor formación específica"* ... 230
1.5 *Relación entre la profesión y el "Interés por su formación específica"* 231
1.6 *Relación entre la profesión y la opinión sobre la "consideración de la Violencia de Género como un problema de Salud Pública"* 232

2. Relaciones entre su Trabajo actual y las variables propias del estudio 234

2.1 *Relación entre su Trabajo actual y la "Necesidad de mayor formación específica"* 234
2.2 *Relación entre su Trabajo actual y el "Interés por la formación específica"* 236
2.3 *Relación entre su Trabajo actual y el "Grado de experiencia según el número de mujeres atendidas"* 237

3. Relaciones entre su Edad y las variables propias del estudio 238

3.1 *Relación entre su Edad y el "Grado de experiencia según el número de mujeres atendidas"*..... 238
3.2 *Relación entre su Edad y la Opinión sobre la "formación de pregrado"*..... 239
3.3 *Relación entre su Edad y el "Conocimiento de la existencia del Protocolo Específico"* 240
3.4 *Relación entre su Edad y la "Necesidad de mayor formación específica"* 241
3.5 *Relación entre su Edad y la "Opinión sobre la necesidad de profesionales sanitarios con formación específica"* 242

4. Relaciones entre Sexo y las variables propias del estudio 243

4.1 *Relación entre Sexo y la Experiencia en la "atención de casos"*..... 243
4.2 *Relación entre Sexo y el "Grado de experiencia según el número de mujeres atendidas".* 245
4.3 *Relación entre Sexo y el "Conocimiento de la existencia del Protocolo Específico de atención"*..... 246
4.4 *Relación entre Sexo y la opinión sobre la "formación de pregrado"*..... 248
4.5 *Relación entre Sexo y la "Necesidad de mayor formación específica"* 249
4.6 *Relación entre Sexo y la opinión sobre la "Consideración a la Violencia de Género como un problema de Salud Pública"*..... 250
4.7 *Relación entre Sexo y la "Opinión sobre la necesidad de profesionales sanitarios con formación específica"* 252

Relaciones entre las variables propias del estudio.....253

5. Relaciones entre la Experiencia en la "Atención de casos" y las variables propias del estudio ..... .255

5.1 *Relaciones entre la Experiencia en la "Atención de casos" y la "Necesidad de mayor formación específica"* 255
5.2 *Relaciones entre la Experiencia en la "Atención de casos" y la "Interés por la formación específica"* 257

6. Relaciones entre el Grado de experiencia según el "número de mujeres atendidas con Violencia de Género" y las variables propias del estudio..... 258

6.1 *Relaciones entre el Grado de experiencia y el "Conocimientos de la existencia del Protocolo Específico"*..... 258

6.2 *Relaciones entre el Grado de experiencia y la "Aplicación del Protocolo Específico"* 260
6.3 *Relaciones entre el Grado de experiencia y la "Necesidad de mayor formación específica"* 262
6.4 *Relaciones entre el Grado de experiencia y el "Interés por su formación específica"* 263
6.5 *Relaciones entre el Grado de experiencia y la "Opinión sobre la necesidad de profesionales sanitarios con formación específica en Violencia de Género"* 264

7. Relaciones entre los diferentes tipos de Violencia de Género de las mujeres atendidas por los profesionales 265

8. Relaciones entre la opinión sobre la "formación de pregrado en relación con la Violencia de Género" y las variables propias del estudio 266

8.1 *Relaciones entre la opinión sobre la "formación de pregrado" y el "Interés por su formación específica"* 266

9. Relaciones entre la opinión sobre la "Necesidad de mayor formación específica" y las variables propias del estudio 267

9.1 *Relaciones entre la "Necesidad de mayor formación específica" y la "Opinión sobre la necesidad de profesionales sanitarios con formación específica"* 267

10. Relaciones entre la opinión sobre la "Consideración de la Violencia de Género como un problema de Salud Pública" y las variables propias del estudio. 269

10.1 *Relaciones entre la opinión sobre la "Consideración de la Violencia de Género como un problema de Salud Pública" y la "Opinión sobre la necesidad de profesionales sanitarios con formación específicas en Violencia de Género"* 269

DISCUSIÓN 271

CONCLUSIONES 295

Futuras líneas de investigación 299

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 301

ANEXO 331

Anexo 1. Algoritmo de actuación ante Violencia Domestica en Atención Primaria 333

Anexo 2. Informe Clínico de Malos Tratos 334

Anexo 3. Medidas derivadas de las decisiones judiciales a partir de la emisión del parte de lesiones sanitario 336

Anexo 4. Algoritmo de actuación ante violencia domestica en Atención Primaria. 337

Anexo 5. Medidas derivadas de la concesión de una orden de protección 338

Anexo 6. Listado de los protocolos de Violencia de Género más recientes 339

Anexo 7. Instrumentos de Cribado y de Diagnóstico 342

Anexo 8. Autorizaciones de la investigación 346

Anexo 9. Encuesta 349

Anexo 10. Consentimiento informado 352

ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICOS.

1. **Tablas**:

- **Tabla 1**.Tipos de Violencia de Género 48
- **Tabla 2**. Principales consecuencia de la violencia en la salud de las mujeres 62
- **Tabla 3**. Listado de toda la normativa existente en materia de Violencia de Género 80
- **Tabla 4**. Test de cribado de la The Ongoing Violence Assessment Tool (OVAT) 141
- **Tabla 5**. Test de cribado Woman Abuse Screening Tool (WAST) 142
- **Tabla 6**. Indicadores sobre formación de profesionales en Violencia de Género 152
- **Tabla 7**. Perfil profesional y adscripción del profesorado en Violencia de Género 153
- **Tabla 8**. Distribución de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias según su profesión 177
- **Tabla 9.** Distribución de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias según su sexo 179

- **Tabla 10**. Distribución de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias según su trabajo actual..... 180
- **Tabla 11**. Distribución de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias según su trabajo actual sin agrupación de los profesionales que trabajan en Urgencias Extrahospitalarias..... 181
- **Tabla 12**. Distribución de la edad de los profesionales sanitarios de nuestra muestra..... 182
- **Tabla 13**. Agrupación por edad de los distintos profesionales sanitarios de nuestra muestra..... 183
- **Tabla 14**. Experiencia en la atención de casos de Violencia de Género por parte de los profesionales sanitarios de nuestra muestra..... 188
- **Tabla 15**. Datos del número de mujeres atendidas por los profesionales sanitarios de nuestra muestra..... 190
- **Tabla 16**. Grado de experiencia de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias en función del número de casos que habían atendido..... 191
- **Tabla 17**. Número de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que habían atendido a mujeres víctimas de Violencia Sexual..... 193
- **Tabla 18**. Número de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que habían atendido a mujeres víctimas de Violencia Física..... 195
- **Tabla 19**. Número de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que habían atendido a mujeres víctimas de Violencia Psíquica..... 197
- **Tabla 20**. Número de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que habían atendido a mujeres víctimas de Violencia Económica..... 199
- **Tabla 21**. Número de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que habían atendido a mujeres víctimas de Violencia Social..... 201
- **Tabla 22**. Conocimiento de la existencia de Protocolo Específico de Actuación en caso de Violencia de Género..... 203
- **Tabla 23**. Aplicación alguna vez en su centro de trabajo el Protocolo Específico de Violencia de Género, solo en profesionales que conocen su existencia y han atendido casos..... 205
- **Tabla 24**. Opinión de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias sobre la formación de pregrado en Violencia de Género..... 207
- **Tabla 25**. Cantidad de profesionales de Urgencias y Emergencias que manifiestan tener una mayor necesidad de formación específica en Violencia de Género..... 210
- **Tabla 26**. Interés que presentan los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias por su formación específica en Violencia de Género..... 213
- **Tabla 27**. Opinión de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias sobre si consideran a la Violencia de Género como un problema de Salud Publica..... 215

- **Tabla 28**. Nueva variable creada a partir de la agrupación de los ítems 16 al 19 de nuestro cuestionario 218
- **Tabla 29**. Opinión de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias sobre las necesidades de profesionales sanitarios con formación específica sobre la Violencia de Género 219
- **Tabla 30**. Resultados del estudio entre la profesión y el grado de experiencia en función del número de casos atendidos con Violencia de Género 225
- **Tabla 31**. Resultados del estudio entre la profesión y el conocimiento de la existencia del Protocolo Específico de actuación en caso de Violencia de Género 226
- **Tabla 32**. Resultados del estudio entre la profesión y la aplicación del Protocolo Específico conociéndolo y atendiendo a víctimas 228
- **Tabla 33**. Resultados del estudio entre la profesión y la necesidad de mayor formación específica en relación a la Violencia de Género 230
- **Tabla 34**. Resultados del estudio entre la profesión y el interés por su formación específica en Violencia de Género 231
- **Tabla 35**. Resultados del estudio entre la profesión y la opinión sobre la consideración de la Violencia de Género como un problema de Salud Pública .. 232
- **Tabla 36**. Resultados del estudio entre el trabajo actual de los profesionales del estudio y la necesidad de mayor formación específica en Violencia de Género 234
- **Tabla 37**. Resultados del estudio entre el trabajo actual de los profesionales de nuestro estudio e interés por la formación específica en Violencia de Género 236
- **Tabla 38**. Resultados del estudio entre el trabajo actual de los profesionales de nuestro estudio y el grado de experiencia en función al número de casos atendidos con Violencia de Género 237
- **Tabla 39**. Resultados del estudio entre la edad de los profesionales de nuestro estudio y el grado de experiencia en función al número de mujeres atendidas con Violencia de Género 238
- **Tabla 40**. Resultados del estudio entre la edad de los profesionales de nuestro estudio y la opinión sobre la formación de pregrado en Violencia de Género 239
- **Tabla 41**. Resultados del estudio entre la edad de los profesionales de nuestro estudio y el conocimiento de la existencia del Protocolo Específico 240
- **Tabla 42**. Resultados del estudio entre la edad de los profesionales de nuestro estudio y la necesidad de mayor formación especializada en Violencia de Género 241
- **Tabla 43**. Resultados del estudio entre la edad de los profesionales de nuestro estudio y la opinión sobre la necesidad de profesionales sanitarios con formación específica 242

- **Tabla 44**. Resultados del estudio entre el sexo de los profesionales de nuestro estudio y experiencia en la atención de casos de Violencia de Género 243
- **Tabla 45**. Resultados del estudio entre el sexo de los profesionales de nuestro estudio y el grado de experiencia en función al número de mujeres atendidas con Violencia de Género 245
- **Tabla 46**. Resultados del estudio entre el sexo de los profesionales de nuestro estudio y el conocimiento de la existencia de un Protocolo Específico de actuación en caso de Violencia de Género 246
- **Tabla 47**. Resultados del estudio entre el sexo de los profesionales de nuestro estudio y la opinión sobre la formación pregrado en Violencia de Género 248
- **Tabla 48**. Resultados del estudio entre el sexo de los profesionales de nuestro estudio y la necesidad de mayor formación específica en relación la Violencia de Género 249
- **Tabla 49**. Resultados del estudio entre el sexo de los profesionales de nuestro estudio y la opinión sobre la consideración de Violencia de Género como un problema de Salud Pública 250
- **Tabla 50**. Resultados del estudio entre el sexo de los profesionales de nuestro estudio y la opinión sobre la necesidad de profesionales sanitarios con formación específica en Violencia de Género 252
- **Tabla 51**. Resultados del estudio entre la experiencia en la atención a casos de Violencia de Género y la necesidad de mayor formación específica 255
- **Tabla 52**. Resultados del estudio entre la experiencia en la atención a casos de Violencia de Género y el interés por la formación específica 257
- **Tabla 53**. Resultados del estudio entre el grado de experiencia y el conocimiento de la existencia del Protocolo Específico de actuación en casos de Violencia de Género 258
- **Tabla 54**. Resultados del estudio entre el grado de experiencia y la aplicación del Protocolo Específico de actuación en profesionales que lo conocen y han atendido casos 260
- **Tabla 55**. Resultados del estudio entre el grado de experiencia y la necesidad de mayor formación específica en relación a la Violencia de Género 262
- **Tabla 56**. Resultados del estudio entre el grado de experiencia y el interés por su formación específica en relación a la Violencia de Género 263
- **Tabla 57**. Resultados del estudio entre el grado de experiencia y la opinión sobre la necesidad de profesionales sanitarios con formación específica en Violencia de Género 264
- **Tabla 58**. Resultados del estudio entre la Violencia de Género de tipo física y la Violencia de tipo psíquica que presentan las mujeres atendidas por los profesionales sanitarios 265

- **Tabla 59**. Resultados del estudio entre la opinión sobre su formación de pregrado y el interés por su formación específica en Violencia de Género 266
- **Tabla 60**. Resultados del estudio entre la necesidad de mayor formación específica y la opinión sobre la necesidad de la existencia de profesionales sanitarios con formación específica en Violencia de Género 267
- **Tabla 61**. Resultados del estudio entre la opinión de los profesionales sanitarios con respecto a la consideración de la Violencia de Género como un problema de Salud Pública y la opinión sobre la existencia de profesionales sanitarios con formación específica 269

2. **Figuras**:

- **Figura 1**. Circulo de la Violencia de Walker 34
- **Figura 2**. Triangulo de la Violencia 45
- **Figura 3**. 25 de noviembre Día Internacional contra la Violencia de Género 67
- **Figura 4**. Mesas Locales de Coordinación contra la Violencia de Género 133
- **Figura 5**. Sistema Integral de Gestión Unificada de Expedientes de Violencia de Género (SIGUE) 134
- **Figura 6**. 112 Dispositivo de Emergencia 24 horas para la atención de mujeres maltratadas 135
- **Figura 7**. Distribución según la profesión de los participantes de nuestro estudio 177
- **Figura 8**. Distribución según el sexo de los participantes de nuestro estudio 179
- **Figura 9**. Distribución según el trabajo actual de los participantes de nuestro estudio 180
- **Figura 10**. Porcentaje de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias agrupados por edad 183
- **Figura 11**. Experiencia en la atención de casos de Violencia de Género por los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias 188
- **Figura 12**. Distribución del grado de experiencia de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias en función del número de casos que habían atendido 191
- **Figura 13**. Porcentaje de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que habían atendido a mujeres que presentaban Violencia Sexual 194
- **Figura 14**. Porcentaje de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que habían atendido a mujeres que presentaban Violencia Física 195
- **Figura 15**. Porcentaje de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que habían atendido a mujeres que presentaban Violencia Psíquica 197
- **Figura 16**. Porcentaje de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que habían atendido a mujeres que presentaban Violencia Económica 199

- **Figura 17**. Porcentaje de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que habían atendido a mujeres que presentaban Violencia Social 201
- **Figura 18**. Distribución de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que tienen conocimiento de la existencia del Protocolo Especifico de actuación en caso de Violencia de Género 204
- **Figura 19**. Distribución de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que aplican del Protocolo Específico teniendo conocimiento de su existencia y que han llegado a atender víctimas 206
- **Figura 20**. Distribución de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias según su formación de pregrado en Violencia de Género 208
- **Figura 21**. Distribución de la opinión de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias según la necesidad de mayor formación específica en Violencia de Género 210
- **Figura 22**. Distribución de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias según su interés por la formación específica en Violencia de Género 213
- **Figura 23**. Distribución de la opinión de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias si la Violencia de Género es un Problema de Salud .. 216
- **Figura 24**. Distribución según la opinión sobre las necesidades de profesionales sanitarios con formación específica sobre la Violencia de Género 219
- **Figura 25**. Porcentaje de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que conocen la existencia del Protocolo Específico de actuación en caso de Violencia de Género 227
- **Figura 26**. Porcentaje de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que no lo aplican el Protocolo Específico de actuación a pesar de conocerlo y haber atendido a víctimas 229
- **Figura 27**. Porcentaje de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que están de acuerdo con la consideración de la Violencia de Género como un problema de Salud Pública 233
- **Figura 28**. Porcentaje de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias según su sexo en función de la experiencia en la atención casos de Violencia de Género 244
- **Figura 29**. Porcentaje de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias según su sexo que conocen la existencia del Protocolo Específico de actuación en caso de Violencia de Género 246
- **Figura 30**. Porcentaje de profesionales sanitarios según su sexo según que consideran a la Violencia de Género como un problema de Salud Pública 250

3. **Gráficos**:

- **Gráficos 1**. Evolución del número de profesional. Formación en materia de Violencia de Género. Evolución 2004 – 2013..... 151
- **Gráficos 2**. Evolución del número de profesional por Comunidades Autónomas. Formación en materia de Violencia de Género. Evolución 2008 – 2013 151

RESUMEN/ABSTRACT.

RESUMEN.

La Violencia de Género (VG) constituye uno de los problemas de salud pública más importantes que afecta a la mujer, con una prevalencia relativamente alta y que normalmente pasa desapercibida si no se realiza una acción vigilante. Los profesionales sanitarios desempeñan un papel primordial para realizar una detección, protección y atención adecuada de la víctima. Estas acciones, se deben de llevar a cabo cuando las mujeres acuden a los servicios de Urgencias y Emergencia, que constituyen el eslabón inicial para la puesta en marcha de todas las medidas recogidas en el Protocolo Común de actuación Sanitaria, que se encuentra para la utilización en sus centros de trabajo. Los profesionales sanitarios deben de tener una formación adecuada, para reconocer y atender adecuadamente a la víctima, pero además deben conocer el Protocolo y aplicarlo, ya que se considera fundamental para poder beneficiar a la víctima. Los profesionales sanitarios, si lo demandan o lo necesitan, pueden acudir a cursos de formación en VG puestos a su servicio.

Objetivo.

Estudiar la opinión, experiencia, formación y conocimiento de los profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeros/as) sobre la VG en los servicios de Urgencias Extrahospitalaria y Hospitalaria.

Métodos.

Para responder a este objetivo se realizo un estudio observacional trasversal empleando un cuestionario en el que se han analizado variables sociodemográficas, sociolaborales, y otras propias del estudio, tales como la experiencia que tienen los profesionales objeto del mismo sobre la VG, el conocimiento y la utilización del Protocolo Específico de actuación sanitaria, la formación que tienen de pregrado, la necesidad de formación específica, el interés que manifiestan por su formación, la opinión sobre la consideración de la VG como un problema de salud y sobre la necesidad de profesionales sanitarios especialistas.

El análisis de los cuestionarios se realizó utilizando el programa informático IBM SPSS Statistics 19©, se analizaron las frecuencias absolutas y los porcentajes, el cálculo de medias y desviaciones típicas, análisis factorial, contraste de proporciones, análisis de tablas de contingencias mediante el test de la Chi cuadrado de Pearson complementado con el análisis de residuos, comparando variables con la T de Student combinada y el Análisis de Varianza Simple (ANOVA).

Resultados.

El número total de cuestionarios estudiados fue de 635, repartidos de forma aleatoria en profesionales sanitarios de los servicios de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias, entre los meses de enero y diciembre de 2013, evitando las fechas estivales.

Tras analizar los datos obtenidos, se observó que más del 85% de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias habían atendido casos de VG, principalmente violencia física, de éstos más del 13% tenían mucha experiencia en VG. Sin embargo, más del 20% de estos profesionales no conocen la existencia del Protocolo Específico de actuación en caso de VG, destacando que de los profesionales que lo pueden aplicar, más del 20% no lo aplica. Con respecto a la formación de pregrado, más del 51% la considera como mala o muy mala, además más del 75% de éstos opinan que necesitan mayor formación específica en VG, no obstante más del 42% no tienen ningún interés por la misma. Finalmente, más del 20% de estos profesionales siguen sin considerar a la VG como un problema de salud pública, mientras que más del 84% opinan que es necesario la creación de profesionales sanitarios especialistas.

Conclusiones:

Es fundamental que, debido al alto porcentaje de casos de VG atendidos por profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias conozcan el Protocolo y lo apliquen en su atención a las víctimas, así como que reciban formación adecuada sobre la VG para incrementar sus conocimientos y evitar la infradetección y falta de atención de mujeres con VG.

***ABSTRACT*.**

Intimate partner violence (IPV) is one of the most important public health problems affecting women, with a relatively high prevalence and which usually goes unnoticed if vigilant action is not taken. Health professionals play a key role in the detection, protection and adequate care of the victim. These actions must be carried out when women resort to the emergency and urgency services, which constitute the initial link for the implementation of all the measures included in the Common Health Action Protocol, which is available for ist use in their workplace. Health professionals must have proper training to recognize and adequately care for the victim, but they must also know the Protocol and apply it, as it is considered essential for the benefit of the victim Health professionals, if they demand it or need it, can attend IPV training courses put at their service.

Objetive.

To study the opinion, experience, training and knowledge of health professionals (doctors and nurses) on the IPV in Prehospital Emergency Services and Hospital Emergency Services.

Methods

In order to respond to this objective, a cross-sectional observational study was carried out using a questionnaire in which socio-demographic, socio-labor, and other variables of the study were analyzed, such as the experience that the professionals have on the IPV, the knowledge and the use of the Specific Protocol of health action, the training they have at undergraduate level, the need for specific training, the interest they show in their training, the opinion on the consideration of IPV as a health problem and on the need for specialist health professionals.

The analysis of the questionnaires was done by using the IBM SPSS Statistics 19 © software, the absolute frequencies and percentages were analyzed, the calculation of means and standard deviations, factorial analysis, contrast of proportions, analysis of contingency tables by means of the Pearson's chi-

squared test supplemented with residue analysis and comparing variables with the Student's *t*-distribution and the Analysis of Variance (ANOVA).

Results.

The total number of questionnaires studied was 635, randomly distributed among health professionals in the Prehospital Emergency Services and Hospital Emergency Services, between the months of January and December 2013, avoiding the summer dates.

After analyzing the data obtained, it was observed that more than 85% of the health professionals in the urgencies services and emergencies had attended IPV cases, mainly physical violence, of these more than 13% had a lot of experience in IPV. However, more than 20% of these professionals do not know the existence of the Specific Protocol for action in case of IPV, highlighting that of the professionals that can apply it, more than 20% do not apply it. Regarding to undergraduate training, more than 51% consider it as bad or very bad, and more than 75% of them think that they need more specific training in IPV however, more than 42% have no interest in it. Finally, more than 20% of these professionals still do not consider IPV as a public health problem, while more than 84% believe that the creation of specialist health professionals is necessary.

Conclusions.

It is essential that, due to the high percentage of IPV cases attended by the urgencies services and emergencies health professionals, doctors and nurses know the Protocol and apply it in their attention to the victims, they should also receive adequate training on IPV to increase their knowledge and avoid infradetection and lack of attention of women victims of IPV.

Palabra clave

Mujer, Violencia, Violencia doméstica, Violencia intrafamiliar, Violencia de Género, Salud, Emergencias, Urgencias, Medicina, Enfermería, Urgencias Extrahospitalaria

Key words

Women, Violence, Domestic violence, Intrafamilial violence, Intimate partner violence, Health, Emergencies, Urgencies, Medicine, Nursing. Prehospital Emergency

INTRODUCCIÓN.

La problemática de la Violencia de Género, constituye en la sociedad actual, una situación difícil de controlar, ya que la mayoría de las veces ésta circunscrita al ámbito familiar, de manera que solamente suele ponerse de manifiesto en los casos más graves: lesiones a las mujeres, incluyendo tanto afectaciones físicas, psíquicas o dando lugar a escenarios más graves que concluyen con la muerte de la víctima que los sufre (Consejo del Poder Judicial, 2012). Desde todos los ámbitos de la sociedad, se está intentando actuar para disminuir la incidencia de casos, requiriendo la participación de profesionales interdisciplinarios, en los que se incluyen profesionales de las Fuerzas de Seguridad del Estado (Policías Locales, Policías Nacionales y Guardia Civil), el estamento judicial (jueces, fiscales), la protección social (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales) y los profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeros/as) (Coll-Vinent, 2008; Ruiz, 2006).

Consecuentemente los sistemas de salud, unido a sus profesionales, deberán de actuar, constituyendo un eslabón muy importante que puede incidir positivamente sobre dicho problema, ya que muchas de estas víctimas acuden a los centros sanitarios como primera puesta en contacto para poner en marcha todo el engranaje posterior que compone el sistema de protección destinado para este tipo de mujeres maltratadas (España. Ley Orgánica 1/2004, 2004; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012; Organización Mundial de la Salud, 2013). Los profesionales sanitarios tienen una escasa percepción de la problemática de la Violencia de Género que puede dificultar aún más si cabe, su detección (Arredondo-Provecho, 2012).

Una adecuada utilización de los recursos sociosanitarios, los programas de sensibilización y una buena formación con respecto a la Violencia de Género**,** parece intervenir de forma decisiva en un cambio de actitud que sirva de ayuda para la actuación correcta y adecuada hacia este problema, con independencia del país donde se ejerza la actividad profesional (Rojas, 2014).

En la sociedad actual, donde los valores son cada vez más claros, en la que los componentes de la misma, se encuentran cada vez más convencidos de que las acciones llevadas a cabo por las personas que maltratan a la mujer,

deben ser aisladas y perseguidas de todos los ámbitos, con el objetivo principal de evitar que estos actos se prolonguen en el tiempo, unido al desarrollo de nuevas acciones de protección que van encaminadas a que se consiga definitivamente la erradicación de este tipo de violencia. Estos actos cometidos contra las mujeres víctimas de Violencia de Género, conviene que sean puestos en conocimiento de la población, evitando su ocultación y desconocimiento (Ruiz, 2006).

Los profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeras/os) constituyen una parte fundamental para hacer evidentes todos esos casos de maltrato que normalmente, pueden pasar desapercibidos, por lo que muchas veces, se necesita que dichos profesionales sean capaces de detectar todos los casos posibles, de ahí que se debe de contar con una adecuada formación, con conocimientos claros, concisos, y lo más actualizados posibles en relación con la problemática de la Violencia de Género (Campbell, 2002; de la Fuente, 2005). Para detectar e identificar este hecho, se cuenta con numerosas pruebas de cribado (Jahanfar, 2014). Los profesionales sanitarios son a menudo, el primer profesional que se acerca a la mujer víctima de Violencia de Género, debido a que ocupa una posición fundamental para poder ofrecerle ayuda, esto ocurre en especial con los profesionales de Atención Primaria (Centro de Salud, y Urgencias de Atención Primaria), de ahí la importancia del asesoramiento y la escucha activa; para una mejora del estado psicológico de la víctima, para una disminución de su temor y el consecuente aumento de su calidad de vida y seguridad (Hegarty, 2013, Siendones, 2002, Lasheras, 2008) .

La Violencia de Género no es un problema que ha aparecido recientemente, ya que los actos de Violencia de Género se extienden desde la Edad Media e incluso deben de considerarse que los actos de malos tratos hacia la mujer, se han producido desde el inicio de la humanidad (Iglesias, 2012). A principios del siglo XX, es cuando se empieza a conocer los casos más importantes por su relevancia pública, al constituir un problema sociosanitario en el que se inicia con actuaciones desde diversos estamentos, como las organizaciones judiciales, estamentos policiales e instituciones

sanitarias (Consejo del Poder Judicial, 2012; Alonso, 2004; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.1, 2009).

Conviene tener en cuenta la concepción errónea de la existencia prefijada de un perfil de mujer maltratada (Palacios, 2001), pero también de maltratador (Mota, 2008), ya que claramente no existe uno concreto sino que sería un conjunto de características típicas que pueden o no estar presentes, tanto en la víctima como en el agresor.

Se debe considerar que las consecuencias de la Violencia no solamente se circunscriben a la pareja, viéndose muchas veces afectados otros miembros que constituyen el seno familiar, tales como los hijos que habitan en la misma vivienda familiar, u otros miembros de la misma, de manera que se tiene que estar expectante para poder valorar, no solo a la mujer víctima sino también a los niños u otros miembros de la familia, que conviven con ella (Oudesluys-Murphy, 2014).

Los familiares más cercanos a la víctima e incluso amigos de la familia donde tiene lugar los hechos de Violencia de Género, resultan clave, ya que son ellos, los que ponen en conocimiento de las instituciones (sanitarias, judiciales y/o policiales) que la mujer esta siendo víctima de este tipo de maltrato (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014; Prazaola-Castaño, 2008).

En la presente tesis doctoral queremos destacar todos los aspectos relevantes relacionados con la Violencia de Género, centrándonos en la diferencia entre genero y sexo, así como la realización de una conceptualización de este problema, que constituye en la actualidad una evidente situación de alarma social, ya sea por el número de denuncias existentes**,** como por el número de víctimas mortales (Consejo del Poder Judicial, 2012), que pone de manifiesto la importancia del tema y reseñando los antecedentes más importantes.

Nuestra investigación se centra en los profesionales sanitarios, concretamente en los que ejercen sus funciones en los Servicios de Urgencias, tanto Hospitalaria como Extrahospitalaria, conformado por médicos/as o enfermeros/as, ya que generalmente son los que actúan desde el primer contacto con la mujer víctima de malos tratos. La existencia del Protocolo Común para la actuación Sanitaria ante casos de Violencia de Género (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 1, 2012), implica la importancia de este hecho, puesto que el conocimiento del mismo y su aplicación parece ser esencial como instrumento de detección y actuación dentro del desarrollo de la actividad profesional, a lo largo de cualquier momento durante la atención sanitaria a la mujer (de la Fuente, 2005). Los profesionales sanitarios disponen de una serie de instrumentos de cribaje y/o diagnóstico que ayudan a la detección de mujeres víctimas, siempre y cuando su utilización sea de forma adecuada (Ministerio Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012).

Los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias deberían de contar con una formación específica en Violencia de Género, así como solicitarla según sus necesidades para conseguir un buen grado de formación y habilidades de comunicación, y apoyo a la víctima (Wand, 2006) ya que la falta de formación específica, constituye un obstáculo para la detección y abordaje del problema (Blanco, 2006).

Nuestra investigación esta estructurada en seis grandes bloques. El primero de ellos, contiene el *Marco teórico* en el que se hace un análisis pormenorizado de la situación actual en lo referente a la Violencia de Género, mostrando a los profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeros/as) como los referentes más importantes en la actuación ante este problema. Además se incluirán aspectos tan trascendentales como la detección y el apoyo a las víctimas de malos tratos, el conocimiento y aplicación del Protocolo Común de actuación Sanitaria en casos de Violencia de Género, así como la formación específica que tienen los profesionales sanitarios al respecto.

En el segundo bloque destacamos la *Metodología de la investigación*, en donde se encuentran incluidos los objetivos del estudio, los pasos previos para la preparación de la investigación, el tipo de estudio que hemos utilizado, la población objeto de estudio, la muestra, el procedimiento para la recopilación de datos, el material y método utilizado en nuestra investigación, y los métodos estadísticos utilizados.

En el tercer bloque presentamos el conjunto de *Resultados* que incluyen las variables sociodemográficas y sociolaborales del estudio, las variables propias del estudio, relaciones y asociaciones entre variables dependientes e independientes.

En el cuarto bloque se mostrará la *Discusión* para pasar posteriormente añadir en el quinto bloque las *Conclusiones* más importantes de nuestro estudio, y finalmente en el sexto bloque, aparecerá el conjunto de todas las *Referencias Bibliográficas* utilizadas en el estudio y *Anexos*.

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación muestra un estudio sobre la problemática de la Violencia de Género, en la que se intentará identificar cual es la sensibilización de los profesionales de Urgencias y Emergencias, de los ámbitos hospitalarios y extrahospitalarios, en lo referente a su detección, formación y actuación.

Conviene reflexionar y considerar que las cifras mortales de mujeres víctimas de Violencia de Género presentan una escalada que parece difícil de contener, ya que cada año sorprende con un número escalofriante de mujeres que mueren a manos de sus agresores pero también, como hecho positivo, gracias a los programas de sensibilización dirigidos a la población, así como la creación del teléfono de Emergencias para la Violencia de Género (016), donde las mujeres y/o los ciudadanos pueden denunciar cualquier hecho que puede ser constitutivo de Violencia de Género, han permitido un incremento del

número de mujeres que denuncian a sus agresores (Consejo del Poder Judicial, 2014; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2009).

Los profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeros/as) como participes dentro de la *Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer* (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014), y para lograr una sociedad libre de esta violencia, necesitan llevar a cabo acciones de formación, sensibilización para el perfeccionamiento de sus aptitudes y competencias personales y profesionales para una atención adecuada y de calidad a las víctimas, que mejoraría sustancialmente la infradetección producida por la falta de estrategias formativas para el personal, (Siendones, 2002), y la escasa utilización de Guías Didácticas de Diagnóstico e Intervención Sanitaria en este tipo de Violencia (Magdalena, 2011).

Desde las administraciones públicas se están llevando a cabo una serie de medidas encaminadas a incrementar el grado de formación específica en este tipo de violencia de sus profesionales sanitarios (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009), estableciendo contenidos educativos adecuados para la atención de mujeres víctimas de malos tratos, e incluso fomentando el autoaprendizaje o facilitar la constitución de los/as Responsables de Violencia de Género en los diferentes centros sanitarios (Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia, 2011)

Por lo tanto, diversos estudios (García, 2013; Siendones, 2002; Arredondo-Provecho, 2012) afirman que una formación adecuada de los profesionales sanitarios reduciría la infradetección y ayudaría a las mujeres evitando estas situaciones de violencia, con una disminución de los riesgos y de las consecuencias sobre la víctima, consiguiendo incrementar el apoyo social y familiar para afrontar de forma eficaz las consecuencias de los actos de violencia (Zubizarreta, 1994; Echeburúa, 2002, Gilroy, 2015).

MARCO TEÓRICO.

1. DIFERENCIAS CONCEPTUALES ENTRE GÉNERO Y SEXO.

Un análisis sobre los problemas de Violencia de Género, obliga a un previo conocimiento de conceptos, en lo que a género y sexo se refiere, ante la equivocada concepción de igualdad en el significado de las dos terminologías

En la sociedad actual sigue existiendo una marcada diferenciación entre hombres y mujeres en lo que a desigualdades se refiere, no sólo en el ámbito laboral sino también en diversos ámbitos de la vida diaria, existiendo claramente definidas en aspectos salariales, accesos a puestos de responsabilidad, reconocimiento profesional y en el desempeño de funciones dentro del ámbito familiar (Cruz, 2004).

El problema se presenta como “desigualdad en relación al sexo o al género” ya que se emplea de forma indistinta una palabra u otra (Giddens, 1994; Martínez, 2000).

Esta situación requiere por tanto de una clarificación de estos dos términos. Así pues, es conveniente, primeramente delimitar por un lado “sexo” (RAE, 2005), estableciéndose como la "*distinción biológica femenino/masculino u hombre/mujer*" o también se refiere (OMS, 2005) a las características biológicas que generalmente no son mutuamente excluyentes, ya que existen individuos que poseen ambos pero estas características tienden a diferenciar a los humanos, como hombres y mujeres. A su vez, como indica la Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, 1996), el sexo hace referencia a los datos corporales, y en concreto al aparato genital; por lo que se trata de una construcción natural, con la que nace cada individuo.

Etimológicamente, la palabra género, de naturaleza latina, procede de “*genus, generis*”, definida por la Real Academia de la Lengua Española (RAE) (2005), como un “*conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes*”, o también puede mostrarse, como “*la clase o tipo a la que pertenecen personas o cosas*”. O incluso como indica Hernández (1998), sería un principio que organiza la vida social, en la que se acomodan las cualidades, cultural y socialmente construidas, que distinguen a los hombres y a las mujeres, aunque también, tal como señala García-Berrio (2007), se puede

definir como la categoría social tradicionalmente impregnada de política, y por efecto de dicha asimilación, por tanto muchas veces trae consigo la carencia tradicional de representación femenina en política, que está directamente relacionada en su génesis con las diferencias en estatus y poder asociadas históricamente a determinados colectivos humanos considerados como inferiores, dependientes, subordinados, subyugados o, en el lenguaje de la modernidad, discriminados.

Pero conviene establecer claramente una diferencia, entre género y sexo, ya que a pesar de que las definiciones son muy claras y establecen manifiestamente datos ineludibles diferenciales, para evitar desconcierto y aclarar definitivamente estos dos términos que llevan a confusiones, empleándose de forma indistinta, deberemos de insistir en dichas diferencias evidentes y relevantes. Así pues, sexo (FAO, 1996) alude a las diferencias entre el macho y la hembra, es una categoría física y biológica, con funciones de reproducción específicas de cada uno. El macho engendra o fecunda y la hembra concibe, gesta, pare y amamanta. Mientras que género (masculino o femenino) es una categoría construida social y culturalmente, se aprende y por lo tanto puede cambiar, presentándose un cambio de actitud al respecto.

En un análisis de las diferencias de género a partir de las imágenes que los hombres y mujeres adultos tienen de sí mismos y de sus logros (Giddens, 1994), se pone de manifiesto que las mujeres se definen a sí mismas en términos de relaciones personales, y juzgan sus logros en referencia a su capacidad para cuidar a los otros. El tradicional rol que realiza la mujer es el de cuidadora y compañera. Pero dichas tareas son a menudo infravaloradas por los hombres, quienes consideran que para conseguir el éxito se debe de poner énfasis solo mediante el logro individual (Amador, 2010).

Pese a todo lo anterior, frecuentemente sigue llevando al desconcierto y a la confusión, y no solo a la población, sino a los propios profesionales de la salud al definir aspectos que identifiquen al individuo en cuestión de sexo o de género (Martínez, 2000). Ésta confusión terminológica a menudo se observa, incluyéndose dentro de corrientes de pensamiento que han establecido las

diferencias entre el significado de sexo y género, en el primero de ello establece que el sexo queda establecido como cualquier dimensión psicológica en varones y mujeres, por lo que se fundamentan en el diformismo sexual, y dejan al término género al sistema de valores, a los arquetipos que pueden tener diferentes implicaciones psicosociales derivadas de la posición, ya sea familiar, educativa o social y a las relaciones de poder entre los sujetos por el mero hecho de ser varones o mujeres. En definitiva se puede establecer, que las diferencias entre los sexos en los procesos psicológicos básicos son, en gran medida, efecto de los roles sociales y por lo tanto dicha diferencia se debe sustancialmente a diferencias de género (Servicio Nacional de la Mujer, 1998).

Se debe de seguir haciendo pedagogía y clarificando el término género, ya que (Rohlfs, 2000) es un concepto sociocultural ligado a las costumbres y al significado que se da a las atribuciones femeninas y masculinas, que pueden diferir entre sociedades y en el tiempo; no es una variable ni sinónimo de mujer ni tampoco debe utilizarse de manera intercambiable con la palabra sexo, en principio, es inmutable y no modificable.

Teniendo en cuenta todas las definiciones existentes y la diferenciación que notoriamente se establece entre ambos conceptos, se siguen utilizando indistintamente en la documentación bibliográfica, lo que puede llevar a confusión y a divagaciones en su manejo. Por eso se quiere dejar bien claro que ambos conceptos no son iguales.

La conceptualización y diferenciación entre sexo y género debe de ser establecida con la utilización de un lenguaje terminológico, que permita delimitar a ambos claramente, atendiendo a su vez a las particularidades del concepto “género femenino” ante los cambios sociales producidos, evidenciándose en la diferencia de las mujeres jóvenes, respecto a sus madres. La incorporación de la mujer al mundo laboral (Aragón, 2005), y el incremento de mujeres en el ámbito universitario (más del 50% del total de los universitarios), es una muestra de ello (Cruz, 2004). Sin embargo, a pesar de todo, el número de mujeres que se incorporan a los consejos de Administración y cargos directivos de las grandes empresas, es todavía muy reducido,

constituyendo menos del 18% del total de directivos presentes en dichos Consejos de Dirección. Del mismo modo, existe una diferencia sustancial entre el salario recibido por una mujer que realiza el mismo trabajo que su compañero varón.

Esta diferenciación salarial entre hombres y mujeres, como se recoge en el informe de la Secretaría Confederal para la Igualdad del Sindicato Unión General de Trabajadores (UGT) (2012), en la que se hace referencia a datos del año 2009, pone de manifiesto que en la Unión Europea, las mujeres perciben de salario, una media de un 17'1% menos que sus compañeros varones, desempeñando el mismo puesto de trabajo, y que en el caso particular de España, es ligeramente menor, concretamente en un 16'7%. En cuanto a las tasas de desempleo en mujeres se observa un incremento en relación a los hombres, sobre todo en situaciones de crisis, como la actual. Las desigualdades salariales entre las diferentes Comunidades Autónomas de nuestro país quedan muy patentes, encontrándonos con diferencias notables entre las Comunidades Autónomas más ricas (Madrid, Cataluña y País Vasco) en comparación con las Comunidades Autónomas más pobres (Andalucía, Extremadura, Castilla La Mancha y Murcia), y siendo esta aún mayor en las actividades profesionales científicas y técnicas. La diferencia incluso, es más injusta cuando se refiere a la pensión de jubilación, habiendo diferencias significativas entre la pensión percibida por jubiladas y la pensión que reciben los jubilados. Para proteger los derechos derivados de la diferencia de género, existen en Europa un conjunto de leyes, que evitan las discriminaciones derivadas de esto (González, 2011).

Hemos intentado establecer, como primer punto a considerar en nuestro estudio, esta clara diferencia de dos términos que se emplean indistintamente, y no solamente por la sociedad, sino incluso por los profesionales que trabajan y se enfrentan diariamente a situaciones de Violencia de Género. Considerar cuales son las particularidades socioeconómicas que se muestran entre hombres y mujeres, nos permitirá tener una conciencia más clara sobre éstos dos conceptos, así como la posibilidad de establecer diferencias muy claras entre varones y mujeres.

2. LA VIOLENCIA EN GENERAL Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

2.1 LA VIOLENCIA EN LA SOCIEDAD.

Después de poner de manifiesto las diferencias conceptuales entre sexo y género en la que se incluían toda la problemática que conlleva, ahora se intentará dar a conocer los problemas de violencia más importantes que suelen afectar de diversas formas a los individuos y/o colectivos, en nuestra sociedad. La violencia es un acto muy generalizado y que adopta diferentes formas, pudiéndose presentar en todos los ambientes donde se convive, como la calle, el trabajo y principalmente los hogares (Pérez, 2007). Esta violencia, la sufren tanto hombres como mujeres pero, independientemente de la forma, su naturaleza o sus consecuencias, es realizada mayoritariamente por varones.

La violencia, considerada como toda acción violenta o acción llevada a cabo contra el modo natural de proceder (Real Academia de la Lengua Española, 2005), suele presentar acciones diferenciadoras con respecto a otras actitudes que tienen los seres humanos, de manera que sería considerada como el uso intencional de la fuerza o el poder físico de hecho, o también es usada como amenaza contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga mucha probabilidad de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. (OMS, 1996). Tanto es así, que la violencia física siempre está relacionada con consecuencias psíquicas que puede perdurar en el tiempo sobre las personas que la han sufrido (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

Los actos violentos se han ejercido desde que el hombre adquiere la capacidad mental para la lucha por la supervivencia, pasando por etapas donde era utilizada para diversas finalidades como invasiones, cuyo objetivo era principalmente conseguir nuevos territorios, o bien, como consecuencia de conflictos sociales, rebeliones e incluso formaba parte de la vida. La violencia se ha extendido por varías etapas de nuestra historia desde la Edad Media, Edad Moderna y la Edad Contemporánea, hasta llegar a la actualidad. Pero además, ha imperado en todos los niveles sociales y siempre ha ido unida a cuestiones de luchas de poder, dominación y conquista. La consecuencia más

grave ha sido el incremento sustancial del número de víctimas como consecuencia de la modernización de las armas de guerra. Estos actos violentos generalmente, siempre han perjudicado a las personas más desvalidas y débiles tales como niños, discapacitados, ancianos y mujeres. Los hechos violentos derivados de las relaciones sociales, se consideraban como puntuales, reflejo de comportamientos muy similares, dentro de estos hechos violentos se encontraban los asesinatos pasionales, las riñas callejeras que acaban con muertes, los grupos violentos organizados, los malos tratos en el marco de la familia y la violencia juvenil e infantil en las escuelas (Iglesias, 2012; Mendoza, 1999).

Existen diferentes manifestaciones de la violencia en las relaciones humanas, pudiendo concurrir a la vez más de una, ya sea por el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales (Krug, 2002), o derivadas de un factor de riesgo que produce consecuencias en la salud en los individuos o colectivos que la sufren (WHO, 1996; Swanson, 2000).

La Organización Mundial de la Salud (1996) en su primer informe sobre violencia, indica que ésta representa un problema de salud de primer orden, ya que afecta a la salud de las mujeres, por lo que es conveniente animar a las instituciones gubernamentales, para la realización de actividades de salud pública, poniendo en marcha medidas de análisis, prevención y tratamiento de situaciones de violencia. Estas medidas se deben de acometer convenientemente, para aumentar la conciencia acerca de los problemas de violencia en el mundo y dejar claro que puede prevenirse. Así como, abordar las causas y sus consecuencias, en los diferentes tipos de violencia, ya se trate de violencia juvenil, de maltrato o por el descuido de los menores por los padres u otras personas a cargo, la violencia en la pareja, el maltrato de las personas mayores, la violencia sexual, la violencia autoinfligida o la violencia colectiva.

2.2 DEFINICIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

Dentro de la propia definición de violencia, ya se incluyen particularidades en referencia a la violencia contra la mujer. En la definición recogida en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2005), se hace referencia al termino de Violencia como "*toda acción en modo de violentar a una mujer",* por lo que se da relevancia expresa a la violencia llevada sobre éstas. Precisamente, y advirtiendo que la violencia contra la mujer es un problema relevante y con alcance internacional, ya que afecta por igual a todos los países, aunque estos sean más o menos desarrollados, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012), dicta una resolución que marca un antes y un después en la actuación en casos de violencia y especialmente en la violencia machista.

En la 49ª Asamblea Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 1996), se deja ver una gran preocupación por el dramático aumento en todo el mundo de la incidencia de lesiones intencionales, que afectan a personas de todas las edades y de ambos sexos, pero especialmente a mujeres y niños. Este cambio de actitud hacia la violencia contra la mujer se pone en marcha a partir de la Resolución WHA49.25 (Krug, 2002), sobre la prevención de la violencia, destacando que se trata de una prioridad de Salud Pública, en la que las organizaciones estatales tienen que poner énfasis para acometer acciones de prevención. En el contenido de esta resolución, se indica claramente que la violencia es un importante problema que suele afectar a mujeres de todo el mundo, poniendo de relieve que la mayoría es invisible, sobre todo la violencia que es infringida en el hogar (violencia con mayor incidencia), en los lugares de trabajo e incluso en las instituciones médicas y sociales encargadas de atender a las personas.

Aunque la mayoría de las veces se piensa que la violencia contra las mujeres es cometida solamente por la propia pareja que convive en el mismo lugar que la mujer que es agredida, ésta muchas veces también es perpetrada por una amplia gama de personas y entidades, en la que se incluyen, desde

otros miembros de la familia; o más aún, conocidos ocasionales y extraños; o la violencia perpetrada por las instituciones del barrio y la comunidad, o por bandas delictivas, o ocasionada por las organizaciones y empresas comerciales, con la que muchas veces se relaciona la mujer (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2006).

La mayoría de los tipos de violencia y especialmente la violencia perpetrada sobre la mujer es un tipo de violencia oculta que suele esconderse guardando silencio, ya que generalmente da lugar a una multitud de consecuencias (lesiones físicas, psíquicas, aislamiento social y económico). Las lesiones ocasionadas a niños y/o a mujeres, suelen ser debidas a la existencia de tres tipos de violencia: la violencia autoinfligida, la violencia interpersonal y la violencia colectiva (Organización Mundial de la Salud, 2012).

- La "Violencia Autoinfligida", incluye los comportamientos suicidas, tales como los pensamientos suicidas, intentos de suicidio también llamados “parasuicidio” o “intento deliberado de matarse”. En algunos países en concreto, las autolesiones se presentan como acciones derivadas de hábitos y costumbres culturales, como es el maltrato que incluye actos de automutilación.
- La "Violencia Interpersonal" se puede subdividir en "Violencia Familiar o de Pareja" y en "Violencia Comunitaria". La primera es la que se produce sobre todo entre los miembros de la familia o de la pareja, y que por lo general sucede en el hogar, aunque no siempre. Mientras que la "Violencia Comunitaria" es la que se produce entre personas que no guardan parentesco, que pueden conocerse o no y sucede por lo general fuera del hogar.
- La "Violencia Colectiva" a su vez se divide en "Violencia Social", "Violencia Política" y "Violencia Económica". La "Violencia Social" es la violencia cometida por grupos más grandes de individuos o incluso por el propio Estado. Mientras que la "Violencia Política" incluye la que sucede en la guerra y otros conflictos violentos afines. Y finalmente, la "Violencia Económica" que comprende los ataques por parte de grupos más fuertes sobre otros más débiles motivados por el afán de lucro económico.

Estos tipos diferentes de violencia suelen originar lesiones sobre todo en mujeres y/o niños, ya que son actos que al afectar a individuos muy vulnerables de la sociedad, derivan con mayor frecuencia a secuelas de gran importancia. Según la naturaleza de los actos violentos, se deben de dividir teniendo en cuenta los efectos producidos en la víctima, pudiendo aparecer actos de violencia física, sexual y psíquica, pero en la que también se incluyen las acciones de privación o el descuido (Krug, 2002)

Dentro de todos los tipos de violencia, se suelen destacar los casos de «violencia en la pareja o Violencia de Género», que ocupan un lugar destacado, sobresaliendo muchas veces sobre el resto de conductas violentas existentes (Campbell, 2002; Prazaola, 2004; Coll-Vinent, 2008). Como primer paso, conviene precisar la definición de Violencia de Género que permita saber, ante qué problema nos enfrentamos, pero debemos de aclarar, que existe una multitud de definiciones de Violencia de Género.

Debemos de tener en cuenta, que no existe una definición universalmente aceptada por todos. Una de las definiciones más extendida, además de la más empleada, fue la que se extrajo de la 85ª Asamblea General de las Naciones Unidas, celebrada el 20 de diciembre de 1993. En dicha Asamblea se recogió una declaración sobre la erradicación de la violencia contra la mujer (Organización Mundial de la Salud, 1996). En esta declaración se define a la Violencia en la Pareja o Violencia de Género como "*todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas para tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada*". Al mismo tiempo se consideró que esta forma de violencia recoge, tanto la violencia física, sexual y psicológica, consumada en el ámbito familiar, comunitario o perpetrada y tolerada por el Estado.

A partir de esta definición muchos autores han incluido nuevos términos para hacerla propia, pero la anterior definición de Violencia de Género es la que más consenso ha conseguido y sigue siendo la más enunciada en toda la

bibliografía consultada. De ahí, que muchas veces se refiera a Violencia de Género con otro término también muy utilizado, que es la violencia machista. Esta es definida como «*aquella que es infligida por su marido o pareja masculina, teniendo vínculos afectivos, generalmente dependen económicamente de él, que ejerce gran influencia sobre la dinámica del maltrato y las estrategias para hacerle frente*» (Swanson, 2000, Gilroy, 2015).

Como no podría ser de otra manera, la Asamblea General de las Naciones Unidas (Organización Mundial de la Salud, 1996), además consideró a la Violencia de Género como un Problema de Salud, pero no solo circunscrita a un solo ámbito, él de la salud, si no que la consideraba como un problema global. Esta Asamblea estableció que se deberían de desarrollar una serie de políticas, acciones a nivel de educación pública y programas de acción, cuyo fin último sea reducir el número de mujeres víctimas de Violencia de Género, estableciendo como premisa clara, que este tipo de acciones se debe de acometer globalmente. Por lo tanto es importante, la creación de nuevas conceptualizaciones, cuestiones metodológicas y hallazgos en referencia a la Violencia de Género, en las que recojan conceptos básicos que contengan numerosa documentación relacionada con el género, el poder, la sexualidad y la violencia infligida a nivel transnacional. De manera que todos estos conceptos puedan permitir identificar los factores culturales, tales como las vinculaciones entre el sexo y la violencia a través de las imágenes estereotipadas que los medios reflejan, y que como consecuencia pudieran aumentar el riesgo de sufrir actos violentos, debido a que dichas imágenes representen conceptos erróneos de ellas (Kalokhe, 2015).

Las imágenes estereotipadas y los factores culturales pueden aumentar la aparición de violencia contra las mujeres, lo que conlleva consecuencias negativas para la salud, tanto física como mental, e incluso pueden dar lugar a una serie de comportamientos asociados con la victimización de este tipo de violencia, tales como el embarazo no deseado y/o aborto, poniendo en riesgo la salud de la víctima de malos tratos. (Russo, 2006).

La mayoría de las definiciones existentes de Violencia de Género o Violencia del Compañero Íntimo (VCI), tienen un denominador común, que aparece reflejado en numerosa documentación, ya que se suele identificar este tipo de violencia como aquella infringida por el varón como consecuencia de su situación de superioridad (Campbell, 2002; Plazaola, 2004, Coll-Vinent, 2008). Recientemente se está incluyendo también al hombre como receptor de dichos malos tratos, debido a que actualmente se está produciendo cambios constitucionales de los diferentes tipos de familia, pasando de familias constituidas por relaciones heterosexuales, a la aparición de familias homosexuales y/o lesbianas. Todo esto hace que cambie en parte la conceptualización del problema, y provoca una diferente valoración del mismo, donde los trabajos de investigación y las leyes se quedan obsoletos y necesitan nuevas actualizaciones recientes, aunque se sigue considerando que los malos tratos más graves son aquellos recibidos por las mujeres. (Hegarty, 2013)

En la sociedad actual, los datos referidos a los casos de Violencia de Género (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; Organización Mundial de la Salud, 2013), demuestran que son muy preocupantes, observándose que las cifras de muertes se van incrementando año tras año. La sociedad y los profesionales sanitarios cada vez son más conscientes de la importancia del problema, debido en parte, al incremento del conocimiento del número de casos y por otro lado, al darse a conocer y no quedar circunscrito al ámbito privado y seguir con el ocultismo. Este problema ha suscitado una alarma social entre los medios de comunicación (Martín, 2006), a lo que hay que añadir a la vez que se va adquiriendo la consideración de Problema de Salud Pública, no solamente por parte de los profesionales sanitarios sino también de la población en general (Swanson, 2000; Organización Mundial de la Salud, 1996).

La Violencia de pareja o Violencia del Compañero Íntimo (VCI), se sigue englobando en una sociedad machista (Lorente, 1999). Muchos hombre suelen recurrir a ella para mantener su autoridad, debido a que ven amenazada las normas y roles familiares que suelen representar ellos, tanto en la familia como en la propia relación con su compañera sentimental, puesto que ven vulnerada

su sensación percibida de masculinidad y lo consideran como un desafío hacia ellos.

Teniendo en cuenta las reflexiones internacionales sobre malos tratos a las mujeres (Swanson, 2000; Asamblea General de las Naciones Unidas, 2006), nos encontramos que en la sociedad española se han venido produciendo desde hace años actos de violencia machista al intentar mantener una sociedad de patriarcado (Lorente, 1999), a la vez que se ponía de manifiesto la creciente necesidad de una lucha activa contra la Violencia de Género, ante una sociedad donde la igualdad entre hombres y mujeres no era real ni efectiva (Giddens,1994; Martínez, 2000). Todo esto hizo que en España fuese aprobada por unanimidad parlamentaria la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (España. Ley Orgánica 1/2004, 2004).

En dicha Ley se establece como inicio fundamental, una definición de Violencia de Género, en su artículo 1.1 refiriéndose a ella como **"***todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad*". Además en esta ley se fundamenta que este tipo de violencia se ejerce sobre "*mujeres, por parte de quienes sean sus cónyuges o de quien estén o haya estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres*". Con esto se introduce en España el reconocimiento legal de Violencia de Género, estableciendo diferencias notables con respecto a otros tipos de violencia, además de incluir la autorización mediante la adopción de medidas de reconocimiento de derechos, en donde otras víctimas de otro tipo de delitos no pueden beneficiarse.

Vistas algunas de las definiciones más destacables y relevantes de Violencia de Género, también es importante decir que aún hoy, existe poco consenso respecto a la terminología más adecuada que se puede utilizar; así, se habla de manera indistinta de «violencia de género», «violencia sexista», «violencia doméstica», «violencia sexual», «violencia en el ámbito domestico»,

«violencia en la pareja», «malos tratos hacia la mujer», «violencia contra las mujeres», y un término muy reciente utilizado que es la «Violencia del Compañero Íntimo», aunque todas al final encierran un mismo significado. No entraremos en polémica sobre cuál de ellas es la definición más correcta, por lo que nosotros emplearemos indistintamente un término u otro ya que**,** aunque la denominación sea diferente, el significado final es el mismo.

2.3 CONSIDERACIONES HISTÓRICAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

En cuanto a las referencias históricas de la Violencia de Género en España, en un estudio de la Historia de la Edad Media (Segura, 2008), se pone de manifiesto que el tema de la violencia ejercida sobre la mujer ha tenido escasa atención. En la Edad Media, la violencia que sufren las mujeres no se reducía sólo al maltrato, sino a un entramado social mucho más complejo, que se derivaba de la supremacía de un sistema patriarcal, que era el principal generador de violencia sobre las mujeres, donde los hombres eran los que decidían sobre el comportamiento y las posibilidades sociales de las mujeres. La ley no era igual para todas/os. Así, el adulterio se consideraba solamente como un pecado femenino, éste era delito para la mujer y por tanto era castigada con la muerte, mientras que el hombre era castigado solamente con una multa. El marido podría repudiar a su mujer o abandonarla y casarse con otra. La violencia que se ejercía sobre las mujeres, mediante el conducto legal laico y religioso, era algo muy frecuente. Tal y como indica la autora, fue a partir del siglo XII, cuando se inicia una cierta modificación en la situación de las mujeres, no necesariamente beneficiosa, derivada de la moda imperante en el momento que consistía en el amor cortés, como una filosofía del amor, que supuso una total sumisión del enamorado a la dama y ésta siempre distante, con una actitud admirable.

Pero ya acercándonos a la Edad Contemporánea, dicha violencia se fue engendrando en una sociedad del patriarcado, ya que estaba autorizada incluso por las instituciones, ésta estaba sustentada por el hombre que ejercía su dominación sobre las mujeres y sus hijos, de manera que muchas veces esa autoridad dada por el patriarcado, dominaba toda la organización social desde la política, el derecho, la cultura, cualquier ámbito social e incluso las relaciones interpersonales estaban marcadas, de ahí que la violencia iba íntimamente unida a este hecho, sufriéndola particularmente las mujeres. Este tipo de sociedad de dominación, ha marcado todas las etapas de nuestra historia (Castells, 1998).

Históricamente, la Violencia de Género siempre se ha instaurado en situaciones en las que la estructura familiar-nuclear estaba compuesta por el padre-madre-hijos, que ha sido el modelo familiar imperante en nuestra sociedad desde la revolución industrial, siendo la fuente de todas las normas sociales y de comportamiento, sobre todo en las relaciones hombre-mujer. Generalmente se ha establecido una sociedad del patriarcado, instaurándose una organización social en la que el poder político, económico, religioso, militar y sobre todo en la organización familiar, estaban encabezadas por hombres. Éstos eran considerados como el cabeza de familia "ganador del pan", creando además la figura del "ama de casa", que era la encargada de los cuidados, y ejerciendo el autosometimiento, conformando una figura inseparable del modelo familia-nuclear del patriarcado.

Esta figura de familia-nuclear ha llegado a nuestros días, estableciéndose normas muy rígidas en cuanto a los papeles desempeñados por hombres y mujeres, diseñadas dentro de una sociedad capitalista, donde se han desarrollado sociedades mal estructuradas que favorecen conductas asimétricas históricas, y que incitan a que el ser masculino sea superior, dominante, activo, autónomo, público y racional, mientras que lo femenino es considerado como algo inferior, dominado, pasivo, dependiente, privado y afectivo, lo cual legítima determinadas relaciones de dominación (Gil, 2007).

3. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO. TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

3.1 LA VIOLENCIA DE GÉNERO OCULTA.

No se debe centrar la violencia contra la mujer como un hecho puramente puntual (Martín, 2006), ya que ésta se va cronificando, llegándose a considerar a la violencia física la punta del iceberg de la vivencia de la violencia incrustada y oculta en la sociedad actual. La mujer es consciente de su sufrimiento pero, con el tiempo, deja de ser consciente de que no merece ese sufrimiento. De alguna manera, esa conciencia de la injusticia de no merecerse ese sufrimiento, es la voz de alarma que empuja a la lucha contra esa situación. Por eso, cuando el maltrato se prolonga es porque ella «consiente», ya que aprendió el rol que le enseñaron y el que él marca, se siente culpable y responsable de lo que pasa, llegando a pensar que no se somete lo suficiente, e intenta "portarse mejor" para que él no se “vuelva a enfadar”. Niegan la realidad autoengañándose, autoinculpándose y usando estos mecanismos como dispositivos de protección, reduciendo así su nivel de ansiedad, pero también su capacidad para salir de esta situación. Sin embargo, no olvidemos que no se necesita ningún tipo de acción o reacción por parte de la víctima para que se produzca maltrato, ya que el objetivo final de éste es el sometimiento de su víctima (Garcia-Moreno, 2005).

Toda mujer que es agredida por su compañero sentimental y es sometida como consecuencia a ese maltrato, suele seguir una serie de fases a lo largo del tiempo que constituyen y fundamentan, lo que Walker (1989) denomina el ciclo de la Violencia (Figura 1), que está compuesta por tres fases:

- Primeramente se comienza con la fase denominada *acumulación de tensión*. En ésta, la tensión es el resultado del aumento de conflictos en la pareja. El maltratador es hostil, aunque aún no lo demuestra con violencia física, y además la víctima trata de calmar la situación y evita hacer aquello que cree que disgusta a su pareja, pensando que puede evitar la futura agresión. Esta fase se puede dilatar durante varios años.
- Se continúa con la llamada fase de *explosión violenta***,** que es el resultado de la tensión acumulada en la fase anterior. En esta segunda etapa se pierde por completo toda forma de comunicación y entendimiento, y el

maltratador ejerce la violencia en su sentido amplio, a través de agresiones verbales, psicológicas, físicas y/o sexuales. Es en esta fase cuando se suelen denunciar las agresiones o se solicita ayuda, ya que se produce en la víctima lo que se conoce como "crisis emergente".

- Finalmente aparece la última fase que la denomina como fase de *arrepentimiento*, durante la cual, la tensión y la violencia desaparecen y el hombre se muestra arrepentido por lo que ha hecho, colmando a la víctima de promesas de cambio. Esta fase se ha venido a llamar también de "*luna de miel*", porque el hombre se muestra amable y cariñoso, emulando la idea de la vuelta al comienzo de la relación de afectividad. A menudo la víctima concede al agresor otra oportunidad, creyendo firmemente en sus promesas. Aquí se hace más difícil que la mujer trate de poner fin a su situación, ya que, incluso sabiendo que las agresiones pueden repetirse, en este momento ve la mejor cara de su agresor, lo que alimenta su esperanza de que ella le puede cambiar.



Figura: 1. Circulo de la Violencia de Walker (Garriga, 2010).

Pero profundizando más en el tema particular de la Violencia de Género, no debemos olvidar la necesidad de detallar las características y particularidades que presentan tanto los sujetos que infringen los malos tratos, como determinar, cuáles son las características de las mujeres víctimas, pero también deberemos de mostrar cuáles son los perjuicios sobre otros componentes que conforman el núcleo familiar (hijos, familiares cercanos, etc.).

3.2. PERFIL DE LA MUJER MALTRATADA.

Normalmente, la persona maltratada suele tener un denominador común, aunque debemos de decir que no existe un perfil concreto de mujer maltratada típica (Palacios, 2001). En nuestro estudio nos hemos de centrar en la persona más indefensa, la mujer, que es la víctima de la violencia y que habitualmente puede presentar rasgos psicológicos de dependencia, ya que puede que haya sufrido maltrato en la infancia y/o adolescencia. Muchas veces son educadas en una relación de asimetría con respecto al varón, con cierta tendencia a perpetuar en sus propias relaciones, esta postura de superioridad (Selic, 2014).

Los rasgos denominadores comunes más característicos que se deben de intentar identificar dentro del perfil de maltratada, son la baja autoestima, la asunción de la violencia como un modo de relación que hay que tolerar y la admisión del rol pasivo, estableciéndose lo que se conoce como, síndrome de la mujer maltratada (Selic, 2014, Seligman, 1975). Dentro de este cuadro psicológico complejo, suele caracterizarse la víctima, por una *indefensión aprendida,* donde asume psicológicamente su incapacidad para controlar las agresiones; se aprecia una *baja respuesta conductual,* ya que la víctima renuncia física y psicológicamente a oponerse a las agresiones y finalmente aparece una *identificación con el agresor,* en la que la víctima cree merecer la agresión y justifica al agresor (Seligman, 1975).

La víctima del maltrato cumple con la mayoría de los criterios de Trastorno de Estrés Postraumático (TEP), recogido dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Edición IV de la American Psychiatric Association (DSM-IV). Este tipo de trastorno de estrés, se asocia a una mayor inadaptación global, de manera que con una frecuencia relativamente alta, la víctima de malos tratos suele mostrarse con carencia manifiesta de apoyo social y familiar (Zubizarreta, 1994), dando lugar a manifestaciones psicológicas graves (depresión, ansiedad, intento de autolisis, etc.), siendo este echo muy evidente en las mujeres que han sufrido un episodio de violencia sexual, ocasionando muchas más secuelas psíquicas que

físicas. Los actos que conducen a esta situación, se producen como consecuencia de relaciones sexuales forzadas, e incluso pueden ser llevadas a cabo por violaciones realizadas cuando la mujer esta embarazada (Tiwari, 2014).

En innumerables ocasiones, a las mujeres maltratadas se les cataloga con desequilibrios emocionales, pero solo un porcentaje muy bajo presenta historiales de psiquiatría anterior, además algunas de ellas suelen haber sufrido este maltrato o han sido testigos de maltrato en la familia de origen, actuando como un factor de riesgo para sufrir con posterioridad malos tratos (Pence, 1993).

Las mujeres víctimas de violencia doméstica suelen presentar una serie de repercusiones psicopatológicas. En un estudio realizado sobre las víctimas que acudieron en busca de tratamiento psicológico a Centros de Asistencia Psicológica para Víctimas de Violencia Familiar se demostró que un alto porcentaje presentaban Trastornos de Estrés Postraumático (TEP) y que este resultado era muy similar a las víctimas de agresión sexual (Echeburúa, 2002). Para su evaluación, se utilizaron diversos instrumentos, sirviéndose para ello de una entrevista semiestructurada realizada a las víctimas, junto con la utilización de varias escalas de medida, como la escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS), la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, un inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, Inventario de Depresión de Beck (BDI), Escala de Valoración de la Depresión (HRS), Escala de Autoestima (EAE) y Escala de Inadaptación (IG).

Las víctimas de malos tratos, que muchas veces están afectadas con síntomas de ansiedad y depresión, llevan consigo una profunda inadaptación a la vida diaria y una interferencia grave en el funcionamiento cotidiano. Pero como ya se ha indicado, muchas de ellas carecen de apoyo social y familiar (Zubizarreta, 1994), e incluso siguen conviviendo con su agresor, ya que algunas, aún siguen dependiendo económicamente de él (Gilroy, 2015). Todo

esto configura un cuadro generalizado y muy complejo, que no permite definir un perfil concreto de la mujer que sufre violencia domestica.

Muchas de las consecuencias psicológicas y emocionales pueden estar presentes en la mujer que acude reiteradamente o de forma puntual a los servicios sanitarios, bien para recibir asistencia, o cuando se pone en contacto con estos servicios para cumplir otros asuntos sanitarios, como acudir a los programas de atención del niño sano, programas de salud y educación sexual, programas de prevención del cáncer de mama, o la recepción de educación sanitario dirigido hacia la mujer. Muchas veces se pueden confundir e incluso esconder dichas agresiones, de aquí que los profesionales sanitarios deberán de estar atentos ante cualquier duda al respecto para la puesta en marcha del Protocolo de Actuación para su detección e incluso alertar a los medios de ayuda a la víctima (Arredondo, 2012; Coll-Vinent, 2008; España. Ley Orgánica 1/2004, 2004).

3.3 PERFIL DEL MALTRATADOR.

Hay que exponer qué criterios, características y personalidad tiene el individuo que suele infringir malos tratos, por lo que conviene establecer cuál es el perfil de un maltratador, que al igual que en la víctima, no existe un patrón determinado de maltratador sino un conjunto de características comunes en los mismos. Los agresores de mujeres, son varones cercanos a las agredidas, las agresiones suelen producirse dentro del ámbito doméstico, o bien cuando la víctima y el agresor ya no conviven, también en espacios públicos o privados, pero en un número importante de veces se da la agresión en la calle o en las proximidades de su domicilio. Entre las características más importantes nos podemos encontrar con individuos que desempeñan cualquier trabajo, o con cualquier nivel cultural, o económico, etc., y dejando claro que no suele sufrir enfermedad, síndrome o trastorno psiquiátrico alguno (Mota, 2008).

Normalmente nos encontraremos con maltratadores dominantes (con personalidad antisocial, violenta y agresiva tanto dentro del ámbito doméstico como fuera de él), y maltratadores dependientes (con un perfil criminalístico más introspectivo o depresivo, mediante el cual la violencia es ejercida exclusivamente en el ámbito doméstico). Como otra de las características más importantes de un maltratador (Ibáñez, 2004) nos encontramos con esa personalidad dependiente mencionada anteriormente, labilidad emocional, carencia de empatía, autoestima baja, dificultad para el control de impulsos, celotípicos, dominantes o posesivos, que suelen utilizar comportamientos defensivos como negación, minimización, justificación, razonalización y desplazamiento de la culpa hacia la víctima.

En un porcentaje elevado, que puede llegar a más del 60% de los agresores, éstos suelen abusar del consumo de drogas tales como el alcohol y la cocaína. La Violencia de Género se puede considerar como daño colateral del abuso de drogas, pero esto no justifica para nada dicho comportamiento violento hacia la mujer. Estos agresores que ejercen malos tratos sobre sus compañeras, tienden en mayor proporción a ejercer más violencia sexual que

física, aunque todo esto depende muchas veces del carácter más o menos agresivo de la personalidad del agresor (Farapi Antropologia Aplikatua, 2007).

Solamente una cuarta parte de los agresores suelen tener algún tipo de diagnóstico psiquiátrico en el momento del ingreso en prisión, pudiendo presentar trastornos de adaptación relacionado con el estado de ánimo depresivo, trastornos de personalidad, psicosis, trastornos depresivos mayores, trastornos bipolares y generalmente también pueden presentarse otros trastornos psíquico-orgánicos. Estos datos se obtuvieron de las características especiales que presentaban los maltratadores que se encontraban en prisión a consecuencia de ser acusados en sentencia firme por Violencia de Género. Aunque dentro de la globalidad del perfil del maltratador, constituyen un porcentaje pequeño, lo que demuestra que en una amplia mayoría de los maltratadores acontece, en alguna medida, el consumo de alguna droga o alguna enfermedad mental, de ahí que muchas veces los profesionales sanitarios pueden identificar la presencia de algún tipo de riesgo de Violencia de Género o la aparición de nuevos episodios de violencia, pudiendo posibilitar su prevención cuando los pacientes (agresores) acuden a nuestros servicios (Cherrez, 2014).

Para poder reducir la incidencia de maltratadores o evitar su recaída, muchas veces se puede actuar ante este tipo de personalidad de forma adecuada, con la utilización de diferentes terapias cognitivas. Dichas terapias consisten en la aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual, permitiendo un cambio del comportamiento (sentirse mejor, aprender a controlar sus emociones, mejorar su autoestima y valoración social, e incluso poder mantener bajo control y canalizarlos, tanto la ira como los celos de una forma adecuada). El tratamiento cognitivo-conductual debe de realizarse de forma individualizada y debe de contener una serie de etapas para ser posible el cambio, pasando por una etapa de precontemplación, contemplación, preparación, acción y sobre todo el mantenimiento, pudiéndose establecer un buen control, bien por presión de su pareja o por mandato judicial (Echeburúa, 2009).

3.4 PERFILES ESPECIALES DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

Dentro de la amplía gama de mujeres víctimas de Violencia de Género podemos encontrarnos con mujeres adolescentes y jóvenes, mujeres discapacitadas o mujeres inmigrantes, pero también se debe de incluir las personas que sufren un daño colateral como consecuencia de ser espectadores de dichos maltratos, tales como los niños/as o adolescentes fruto de la relación de pareja y los familiares cercanos.

En las mujeres adolescentes y jóvenes, es donde se observa una mayor prevalencia de malos tratos al compararlo con el resto de grupos de edad (OMS, 2013), oscilando entre el 8 al 56 %, además este grupo suele sufrir más violencia física y sexual que otros tipos de violencia. Esto parece ser debido principalmente a mayores factores de riesgo que otros grupos de edad, ya que generalmente son mujeres que suelen tener conductas de riesgo y poco saludables. Entre las conductas de riesgo de este tipo de mujeres se encuentra el consumo abusivo de sustancias tóxicas, la práctica de conductas sexuales de alto riesgo, falta de actividad física y algunas veces, puede desencadenar situaciones de embarazo precoz. También se asocian con una mayor prevalencia de haber podido sufrir maltrato durante la infancia, o carecer de una estructura familiar estable o incluso ser miembro de familias numerosas (Stöckl, 2014). Las relaciones de riesgo asumidas por las jóvenes, las suelen consentir e incluso exculpar a los chicos causantes de los malos tratos y éstos, aceptar que no son culpables de los mismos, considerando la violencia como algo normal dentro de la relación (Bascón, 2013).

Otro grupo de mujeres vulnerables a ser víctimas de Violencia de Género, lo constituyen las mujeres discapacitadas, donde más del 40% de éstas, son víctimas de este tipo de abuso, además el 12% habrían sufrido en concreto abuso sexual. Los autores del maltrato generalmente, son su cónyuge o ex cónyuge en un 37% de los casos, seguidos por los padres en un 15%. Este tipo de violencia se perpetraba bajo la presión, utilizando generalmente como arma el miedo. Estas mujeres discapacitadas víctimas de malos tratos, en un 55%

habían tratado de conseguir asistencia especializada recurriendo a los profesionales sanitarios, pero muchas veces ocurría que, o bien los servicios de asistencia no existían adaptados a su discapacidad, o el intento para obtener asistencia no fue el adecuado, generalmente por las dificultades para la atención, y esto impedía aún más un apoyo correcto y adecuado (Nosek, 1997).

En la población española ha aumentado considerablemente el porcentaje de mujeres inmigrantes (Instituto Nacional de Estadística, 2015), y como consecuencia también ha habido un incremento del número de casos de Violencia de Género (Consejo del Poder Judicial, 2012). Estas víctimas acuden a los profesionales sanitarios en menor medida, que las mujeres españolas en busca de ayuda profesional, aunque presentan una prevalencia mayor de sufrir este tipo de violencia que las mujeres españolas (Torrubiano, 2013).

Esto puede ser debido a que no saben cómo hacerlo, desconocen los mecanismos de protección con los que pueden contar, o tienen dificultades para contactar con los profesionales que le pueden ayudar, ya sea por problemas de idioma, religión o/y cultura. Sin embargo, en la actualidad se ha observado un incremento sustancial en el número de inmigrantes víctimas de malos tratos que acuden a los servicios sanitarios para su denuncia, o para solicitar protección o ayuda. Una atención adecuada podría disminuir considerablemente los problemas que las mujeres inmigrantes tienen a la hora de realizar una denuncia, o poner en conocimiento su situación a los profesionales sanitarios. No obstante, gracias a todas las iniciativas gubernamentales de protección, ayuda y detección, se ha conseguido aumentar significativamente el número de mujeres inmigrantes que denuncian ser víctimas de malos tratos o son detectadas por los profesionales sanitarios (Vives, 2009).

Aparte de las consecuencias que suele presentarse en la mujer víctima de Violencia de Género, es importante destacar que este problema no solo afecta a la propia víctima, sino también a otras personas del entorno familiar, destacando los efectos sobre los niños y/o adolescentes que conviven en el

lugar donde se producen los malos tratos (Holt, 2008). Estos niños y/o adolescentes presentan mayor riesgo de sufrir abuso emocional, físico y/o sexual unido a problemas emocionales y de comportamiento, e incluso pueden desarrollar una mayor exposición a la presencia de otras adversidades en su vida. Estas víctimas indirectas de la Violencia de Género, ya sea como meros observadores o también implicados en la misma, presentan mayor propensión a sufrir síndromes depresivos, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y consumir mayor cantidad de psicofármacos (Bauer, 2013). La huella es mucho más evidente**,** tanto sobre la salud física como sobre la psicológica de estas víctimas, sobre todo si existe un fuerte apego con el adulto causante de la agresión, conviven bien con el agresor o con la mujer que sufre el maltrato, por lo que cuando se detecta algún caso de Violencia de Género, también se deberá controlar al círculo más próximo a la víctima. Para mitigar el impacto sobre este tipo de víctimas inocentes, se debe contar con una serie de medidas de protección que disminuyan los efectos sobre ellos.

3.5 TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

Después de considerar las diferentes características comunes presentes en los perfiles de mujer maltratada y del maltratador, nos centraremos en los diferentes tipos de Violencia de Género que pueden encontrarse en las víctimas.

Existen varias formas de evaluación de las diferentes situaciones de Violencia de Género. Una de ellas es la dada por Johnson (2000) que recoge una clasificación distinguiendo cuatro tipos de violencia. La primera, se trata de la denominada, *Violencia común de pareja* (common coupel violence: CCV) con este termino, se refiriere a aquella violencia que aparece de forma aislada, surge en el contexto de una discusión puntual, no está inserta en una estrategia de control, es generalmente de baja intensidad, tiene poco riesgo de escalada y es más probable que sea mutua. Se trata de un episodio de enfrentamiento que puede entrañar algún tipo de violencia física.

También se refiere a otro tipo de violencia denominada como *terrorismo íntimo* (Intimate terrorism: IT) entendiéndose como un fenómeno en el que la violencia es un elemento dentro de una estrategia más general de controlar la conducta de la pareja. En este caso la violencia no es mutua, es más probable que cause lesiones e incluye también prácticas de control no violentas como el abuso emocional (mitigar la autoestima de la mujer, alterar la percepción de sí misma y de su lugar en el mundo).

Incluye el término de *resistencia violenta* (Violent Resistance: VR), especificándola como la autodefensa (o prevención) que se practica contra la violencia que ha sido ejercida por el otro miembro de la pareja, generalmente el hombre, de manera que la víctima responde de forma violenta contra él. Se encuadra aquí, el caso de la mujer que mata al marido maltratador, aunque no es el único supuesto posible de este tipo de violencia.

Finalmente, define lo que es el *control mutuo violento* definiéndolo como una especie de terrorismo íntimo bilateral, en el que tanto la mujer como el hombre se golpean mutuamente.

En cuanto a las raíces socioculturales de la Violencia de Género, en un análisis bibliográfico (Espinar, 2007), se concluye que el esquema propuesto por Johan Galtung (1990) distingue, tres formas de violencia (Figura: 2), así habla de *violencia directa*, destacando que es la más fácilmente visible en forma de conductas. La denominada *violencia estructural*, referida a situaciones de explotación, discriminación o dominación, y por último se refiere a la *violencia cultural*, como el conjunto de justificaciones que fomentan o permiten las distintas formas de violencia directa o estructural. Galtung, indica que todos estos tipos de violencia están relacionadas entre sí, con la presencia de consecuencias tanto políticas como analíticas, y propone que para la erradicación de las mismas, se debe de intervenir llevando a cabo estrategias de control dirigidas hacia los tres tipos de violencia, pero su actuación debe de ser llevada de forma diferenciada. Dentro de todas estas medidas se debe de incluir, la protección de las víctimas, unido a cambios de fundamentos estructurales y culturales, modificando relaciones de género, familiares, posición de la mujer en la sociedad, expectativas y generación de estereotipos y definiciones tradicionales de lo que es, ser hombre y ser mujer.

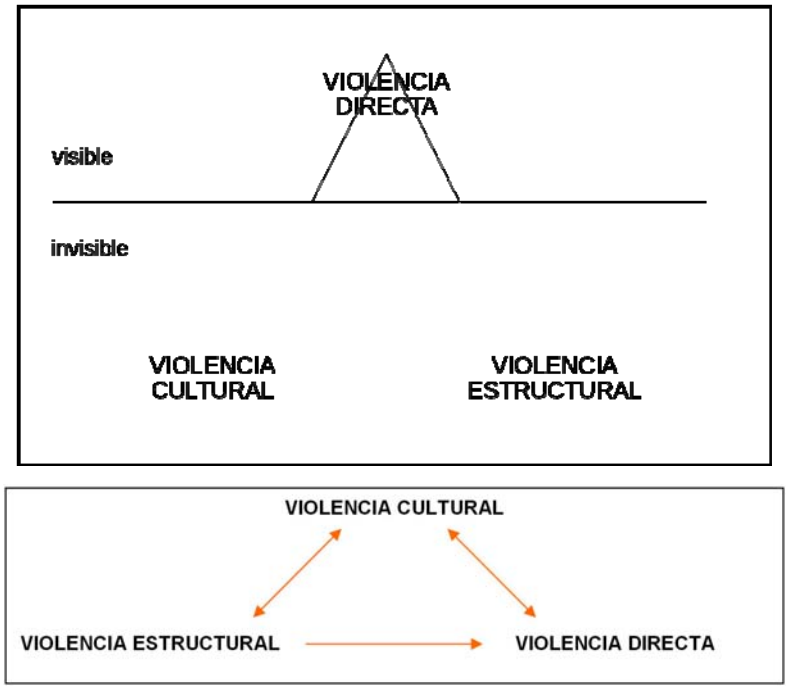


Figura: 2. Triangulo de la Violencia (Galtung,1990)

Pero en definitiva, una de las clasificaciones más importantes y más utilizadas en lo referente a los diferentes tipos de Violencia de Género**,** que se

centra en las consecuencias que ésta tiene sobre la mujer maltratada y que sigue siendo la más genéricamente conocida es la que permite diferenciar o distinguir entre violencia física, psíquica, sexual, económica y social (Johnson, 2011; Mota, 2008).

Por tanto, precisando y dejando claramente delimitado los diferentes tipos de Violencia de Género existentes (Johnson, 2011; Organización Mundial de la Salud, 1996; Campbell, 2002), empezaremos por un lado, definiendo primeramente la *violencia física,* que es la más visible, ya que puede ser percibida objetivamente por otros, porque habitualmente deja huellas externas. Esto ha supuesto que sea el tipo de Violencia de Género más comúnmente reconocido social y jurídicamente. Este tipo de violencia abarca cualquier acto no accidental, causado con las manos o con algún objeto o arma, como bofetadas, golpes, palizas, cortes, heridas, fracturas, quemaduras, … La violencia física es aquella que, además, facilita la toma de conciencia de la víctima.

Otra forma de violencia que puede dejar huellas importantes y que permanece mucho más en el tiempo es la *violencia psíquica*, que va siempre acompañada de otro tipo de violencia. Implica una manipulación en la mujer, y se incrementa con el control y la dominación del agresor, que es el objetivo último de la Violencia de Género. La violencia psíquica incluye amenazas, humillaciones, exigencias de obediencia, intento de convencer a la víctima de que ella es la culpable de cualquier problema, insultos, control de las salidas de casa, humillaciones en público, descalificación constante de la mujer, retenerle el dinero, destrucción de bienes de la mujer, maltrato físico de mascotas, aislamiento…

No menos importante resulta la *violencia sexual*, que se produce siempre que se imponga a la mujer una relación sexual contra su voluntad, ya sea completa o incompleta. Según Alberti y Matas (2002), ésta “se ejerce mediante presiones físicas o psíquicas que pretenden imponer una relación sexual no deseada mediante coacción, intimidación o indefensión”. Aunque podría incluirse dentro de la violencia física, se considera que el objeto es la

libertad sexual de la mujer, y no tanto su integridad física. Hasta hace poco, la legislación no contemplaba este tipo de agresiones como tales, siempre que se produjeran dentro del matrimonio.

Otro tipo de violencia, no muy conocida generalmente es la *violencia económica*, en este tipo de violencia el agresor controla el acceso de la víctima al dinero. Impide a la mujer trabajar de forma remunerada, o bien le obliga a entregarle sus ingresos, haciendo él uso exclusivo de los mismos (Gilroy, 2015).

Finalmente está la violencia menos conocida por todos y que merma las relaciones con el resto de personas del entorno de la mujer víctima, se trata de la *violencia social* en la que el maltratador limita los contactos sociales de su pareja, alejándola de su familia y amigos, aislándola de su entorno y limitando así un apoyo social importantísimo en estos casos (Cirici, 2010).

En la tabla siguiente (Tabla 1), se resumen los diferentes tipos de Violencia de Género que pueden mostrarse de forma habitual sobre una mujer que es víctima de violencia del compañero íntimo y, aunque puede estar presente en ocasiones solo una de ellas, aunque lo más habitual es encontrar varios tipos de violencia en las mujeres que sufren malos tratos (Coker, 2000).

Tabla: 1. Tipos de violencia
Violencia emocional
Destinada a conseguir el dominio y el sometimiento psicológico de la mujer. Consiste en insultos y lenguaje soez, desvalorizaciones, ridiculizaciones, humillaciones, culpabilizaciones, ataques a la autoestima y desconfianza enfermiza hacia ella (celotipia).
Violencia física
Destinada a controlar a la mujer a través de la fuerza física, utilizando medios agresivos con las manos, objetos, armas u otros. Puede poner en riesgo la vida de la mujer conduciendo de forma temeraria, negando auxilio en situación de necesidad, echándola de casa, etc.
Violencia sexual
Cualquier forma de abuso de índole sexual, incluyendo coacciones psicológicas y/o físicas para obtener sexo, obligar a prácticas sexuales no deseadas por la mujer: forzar a la mujer a mantener sexo estando enferma, embarazada o en el posparto; intercambio de parejas; sexo con animales; utilización de pornografía o juguetes sexuales; grabación de las sesiones sexuales y uso indebido de las nuevas tecnologías, etc.
Violencia económica
Sometimiento de la mujer a través del control económico. Pueden utilizarse distintas estrategias: desde privar a la mujer del acceso a las cuentas, hasta obstaculizar su desarrollo laboral, apropiarse indebidamente de sus bienes patrimoniales o explotar laboralmente a la mujer
Violencia social y de control
Consiste en controlar las relaciones externas de la mujer, aislándola progresivamente para que no tenga apoyos. También se incluyen en este apartado las conductas que no respetan la privacidad de la mujer, por ejemplo el control de las llamadas, del correo electrónico, de la correspondencia, etc.
Violencia ambiental
Romper o estropear objetos, espacios o animales pertenecientes a la mujer. Esta forma de violencia puede tener un valor simbólico, como romper fotos o cartas, o un valor material, como hacer desaparecer joyas, apropiarse del coche o estropearlo, romper los muebles, cortar los árboles, torturar e incluso matar a los animales domésticos, quemar la casa, etc.

Tabla1. Tipos de Violencia de Género (Cirici, 2010).

El Centro de Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Estados Unidos, solamente reconocen cuatro tipos de Violencia de Género, incluyendo la violencia física,

sexual, la amenaza de violencia física o sexual y el abuso emocional o psicológico. La diferencia de esta clasificación de los CDC con respecto a la clasificación de Johnson, Organización Mundial de Salud, Campbell y Cirici (Johnson, 2011; Organización Mundial de la Salud, 1996; Campbell, 2002; Cirici, 2010) es la inclusión de la amenaza de violencia física o sexual, definiéndola como el uso de palabras violentas, gestos o armas que pueden tener intención de causar la muerte, incapacidad, lesión o daño físico o sexual a la mujer cuando el maltratador utiliza ese vocabulario o forma de referirse a la mujer (Centers for Disease Control and Prevention, 2006).

3.6 MEDIOS DE APOYO.

Después de haber analizado los diferentes tipos de Violencia de Género que suele presentarse en las mujeres víctimas, es importante considerar el tipo de apoyo social con el que cuentan, ya que puede ser fundamental como factor de protección, no solo para las mujeres maltratadas, sino también para los familiares que conviven en el entorno familiar de la víctima.

Dicho apoyo social, engloba diferentes dimensiones, desde el apoyo familiar, apoyo institucional y apoyo profesional, presentando tres coberturas fundamentales: apoyo emocional, apoyo instrumental y apoyo en la que se utiliza la información. Este apoyo social consiste principalmente en una ayuda real que es percibida por la mujer, ya sea a través de los familiares, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, etc., tanto en el plano emocional como instrumental. La propia familia se debe de considerar como la principal fuente de apoyo. Esta amplía red de apoyo (apoyo emocional, instrumental, de utilización de información, etc) puede influir positivamente en las mujeres que han sufrido maltrato a lo largo de su vida y disminuir el riesgo de sufrir una nueva agresión (Prazaola-Castaño, 2008).

Para disminuir y evitar los efectos adversos en la salud de la mujer como consecuencia de ser víctimas de Violencia de Género se hace necesario, como hemos visto, proporcionarle medios de apoyo, por eso dentro de las políticas de protección la World Health Organization (WHO, 2013) ha diseñado una Guía Clínica en la que se redactan un conjunto de recomendaciones, en las que se incluyen algunas acciones centradas en la atención a la mujer y otras acciones dirigidas a los proveedores de salud. Los profesionales de la salud deben de proporcionar el primer soporte de apoyo, consistente en escuchar a la mujer, mantener la máxima confidencialidad (excepto cuando se deba de redactar informes al respecto), y por otro lado, si no es posible darle dicho apoyo, se deberá garantizar una ayuda adecuada, con la realización de las pruebas de Screening, evaluar la situación para ver si existiera situación de riesgo, proporcionando información mediante folletos informativos sobre malos tratos, asesorando en caso de problemas psicológicos e incluso con derivación a

salud mental. Como tratamiento se puede realizar una terapia cognitiva conductual (TCC), sobre todo en situaciones de trastorno de estrés postraumático (TEPT).

Cuando se produzca en la mujer falta de seguridad se deberá de proporcionar casas de acogida pero, si existieran casos especiales, como por ejemplo cuando la mujer esta embarazada, habría que realizar acciones de protección y recomendaciones prenatales. En último lugar, si además en su núcleo familiar cuenta con niños que están expuestos a esta situación de Violencia de Género, se debe recomendar una intervención psicoterapéutica dirigida a los niños. En esta guía clínica se recogen todas estas recomendaciones en caso de encontrase con una mujer que es víctima de malos tratos, ya que facilita la acción en política de protección por parte de los profesionales sanitarios.

Los Organismos Públicos facilitan también una red de apoyo institucional, poniendo a disposición de las víctimas un conjunto de servicios como es el caso de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia CARM, 2015) en las que se incluye un Servicio de Atención Psicológica para Hijos e Hijas de Mujeres Víctimas de Violencia de Género, Recursos de alojamiento, Servicio de Interpretación Telefónica de Idiomas para Mujeres Víctimas de Violencia de Género, Punto de Coordinación de las Órdenes de Protección para Mujeres Víctimas de Violencia de Género, el Sistema Integral de Gestión Unificada de Expedientes de Violencia de Género y la Red de Centros de Atención Especializada para Mujeres Víctimas de Violencia de Género: Red Regional CAVI, que posteriormente analizaremos con profundidad.

3.7 VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA MUJER INMIGRANTE.

Como ya hemos visto, si la situación de malos tratos es ocultada y mantenida en silencio en mujeres nacionales, parece que está ocultación se produce aún más, cuando ese tipo de maltrato se ejerce sobre mujeres inmigrantes. La población femenina inmigrante constituye una parte cada vez más importante de la sociedad de nuestro país, cuya progresión en la actualidad sigue en aumento. Aunque en los últimos años, se ha observado una disminución considerable de población inmigrante, en la actualidad el 7,82% de la población española es inmigrante, y del total de la población inmigrante, las mujeres constituyen el 49,02% (Instituto Nacional de Estadística, 2015). Todo esto sugiere que nos centremos en este grupo poblacional especialmente.

La actitud preventiva hacia la Violencia de Género debe ser igualmente dirigida a éstas, como la que va destinada hacia las mujeres españolas, a pesar de que su prevalencia no es la misma, siendo mayor en las mujeres inmigrantes (Ruiz, 2006). Dicha prevalencia se observa en una investigación en la que se evidencia, cuál era su prevalencia, según el país de donde procedían las mujeres inmigrantes residentes en España en el año 2011. En ésta, se reveló que la prevalencia de la Violencia de Género, se situaba en un 15,6% en las mujeres ecuatorianas, el 10,9% en las marroquíes y el 8,6% en las rumanas (Torrubiano, 2013), aunque parecen cifras relativamente bajas, se debe tener en cuenta que las mujeres no suelen acudir a los centros para solicitar ayuda, lo que justificaría estos porcentajes (Prazaola-Castaño, 2008).

El silencio de la mujer inmigrante y su negativa a solicitar ayuda, apoyo y protección cuando sufren violencia por parte de sus parejas, puede estar condicionado por diversos factores como son los económicos o laborales, idioma, cultura y religión. Factores que, a su vez, aumentan las barreras ya existentes, por su condición de inmigrante (Sanz, 2004).

Pero además, en el supuesto de que la mujer extranjera víctima de Violencia de Género decidiera denunciar, muchas de ellas suelen encontrarse en situación de ilegalidad en nuestro país, lo que constituye una condición aún más compleja para este colectivo, y aumenta sus niveles de inseguridad. (Montañés, 2010). Esta cierta inseguridad debe tenerse en cuenta en este tipo de víctimas, ya que constituye una importante limitación para poder denunciar a su agresor, presentando especialmente una vulnerabilidad manifiesta (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Muchas de las mujeres inmigrantes que se encuentran en nuestro país son explotadas como esclavas sexuales, dedicándose a la prostitución, extorsionadas por los proxenetas y maltratadas por los clientes. Estas mujeres suelen ser víctimas de casos de Violencia de Género, muchas veces encontrándose en situaciones de Trata de Seres Humanos con fines de explotación sexual, especialmente niñas y mujeres jóvenes, que constituyen una vertiente de comercio ilícito, manifestado con situaciones de desigualdad en muchos lugares del mundo.

Algunas mujeres incluidas en este colectivo pueden encontrarse en situación de irregularidad con hijos a su cargo, y es por esta circunstancia por lo que no denuncian a su maltratador, debido a la situación de ilegalidad en nuestro país y la coacción a la que están sometidas. Todo esto hace que se carezca de estadísticas oficiales que revelen con exactitud el número de mujeres inmigrantes dedicadas a la prostitución que son maltratadas, aunque se estima que el porcentaje es muy elevado (Montañés, 2010). En la actualidad se cuenta con un Plan a nivel Estatal, ya desarrollado denominado "Plan Integral de lucha contra la Trata de Seres Humanos con fines de explotación sexual", en el que se engloban acciones específicas para actuar sobre las mujeres víctimas de malos tratos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.2, 2010), así como la existencia de un Protocolo en el que se recogen las principales Recomendaciones Éticas y de Seguridad para entrevistar a mujeres víctimas de la trata de personas (Putting Women First) (Organización Mundial de la Salud, 2003), que contempla como debe ser la estructuración de la entrevista, cuando debe realizarse, recomendaciones sobre cuales son los

recursos con los que puede contar la víctima en caso de necesidad, e información sobre organizaciones de apoyo.

Pero sobre todo se debe de tener en cuenta, todos los riesgos con los que los profesionales se pueden encontrar cuando atienden a este tipo de mujeres víctimas, por lo que deben ser muy discretos al proporcionar toda la información, ya sea de forma individual o con la ayuda de terceras personas (interpretes, etc.).

3.8 COLECTIVOS FAMILIARES ESPECIALES Y VIOLENCIA DE PAREJA.

Como ya vimos, es importante también dar a conocer otras circunstancias especiales que plantean dudas a la sociedad en lo referente a los diferentes tipos de Violencia de Género que pueden aparecer, según el tipo de estructura familiar.

Aunque la Violencia de Género está circunscrita a la violencia que sufre una mujer por parte de un hombre (España. Ley Orgánica 1/2004, 2004), en algunos momentos se cuestiona también, cuando la relación no es entre un hombre y una mujer, sobre todo en aquellas relaciones donde ambos miembros son del mismo sexo, en las que la relación de superioridad no se ve tan claramente. Cabe destacar que el 31,5 % de los homosexuales son víctima de Violencia del Compañero Íntimo (VCI) (National Coalition of Anti-Violence Programs NCAVP, 2010), comprobándose que las cifras de prevalencia son aún mayores que la Violencia del Compañero Íntimo que se produce entre parejas heterosexuales (Goldberg, 2013), pero sobre todo se observa en las cifras de violencia sexual, donde aún son más elevadas.

Como característica fundamental y definitoria en los malos tratos entre personas del mismo sexo, encontramos que no existe una distensión muy clara entre el agresor y la víctima, lo cual contribuye a dificultar mucho más el reconocimiento de este tipo de violencia y realizar una correcta categorización. La Violencia de Género está construida sobre una sociedad patriarcal donde prima el poder y el control del agresor sobre la víctima, y en este tipo de relación, como decíamos anteriormente, no es tan manifiesta. A pesar de que la sociedad actual sigue a pasos agigantados su evolución, todavía queda mucho camino por recorrer, ya que los servicios de ayuda y detección a esta nueva situación, no cuentan con mucha experiencia (Oliffe, 2014).

En alguna literatura revisada, se recoge el término “violencia de pareja” (Weil, 2015), en vez de Violencia del Compañero Íntimo (VCI). Este nuevo término se define "como una amenaza real o daño psicológico, físico o sexual

por su pareja o ex pareja pero, aparte de darse entre parejas heterosexuales, también puede ocurrir en parejas del mismo sexo", modificando sustancialmente las líneas generales de la Violencia de Género e incluyendo colectivos que hasta ahora estaban fuera de este tipo de violencia. Por lo tanto, el cuidado de la víctima que experimenta violencia de pareja requiere un enfoque multidisciplinar que involucra recursos médicos, institucionales y comunitarios. El papel del profesional sanitario es hacer el diagnóstico, brindar una atención sociosanitaria continua, apoyo emocional, evaluar la seguridad de la víctima y asegurar un seguimiento adecuado.

El término de "Violencia de Pareja" en sentido amplio, sin que se emplee en exclusiva a la violencia ejercida por el hombre contra la mujer, y que incluya como término fundamental "la violencia ejercida por una persona de superioridad contra otra persona inferior (sin dependencia exclusiva al género)" (Weil, 2015), no está recogida dentro de la legislación española actual (España. Ley Orgánica 1/2004, 2004).

4. PRINCIPALES CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE LA MUJER VÍCTIMA. UNIVERSIDAD Y VIOLENCIA DE GÉNERO. DÍA MUNDIAL PARA LA ELIMINACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

4.1 PRINCIPALES CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE LA MUJER VÍCTIMA.

Los profesionales sanitarios cuentan con una gran cantidad de manuales de asistencia sanitaria, en muchos de los cuales se incluyen capítulos específicos para la Violencia de Género, que nos permiten conocer las consecuencias negativas que en la mujer produce dicho maltrato, no solamente en la vertiente física, sino en otras que resultan incluso más importantes ya que no suelen dejar huella visible (Russo, 2006; Campbell, 2009).

Así, por ejemplo, en el Manual de Urgencias de la Asociación Americana de Enfermería de Emergencias (Newberry, 2006), muestra de forma explícita cuales son las consecuencias que producen la situación de malos tratos en la víctima. Este manual pone de manifiesto que pueden aparecer multitud de trastornos que van desde un traumatismo grave hasta síntomas físicos y mentales más leves, que suelen aparecer durante la identificación de la víctima de Violencia de Género en la actuación de los Servicios de Urgencias.

Las anomalías médicas y psicológicas crónicas, las lesiones menores y mayores, la depresión, la conducta suicida, las enfermedades de transmisión sexual, el abuso de sustancias e incluso la muerte, son consecuencias muchas veces de situaciones de Violencia de Género. Además de dichas lesiones existen anomalías relacionadas con el estrés, como el dolor crónico del cuello y la espalda, cefaleas recurrentes, dolor pélvico crónico, indigestión, diarrea, estreñimiento, gastritis y colon espástico, que destacan como signos y síntomas inespecíficos que pueden ser sugestivos de abuso por Violencia de Género, y ante los que los sanitarios deberán estar alerta para su detección, indicando que debemos tener en cuenta que muchas veces la paciente describe el pretendido “accidente” de un modo dubitativo, evasivo o turbado, o evitan el contacto ocular (OMS, 1996; Campbell2, 2002; Blanco, 2004; Henwood, 2000).

No solo se deben de observar los signos y síntomas sino también se deberá valorar la extensión y el tipo de lesión que puedan presentar, y que esta no se corresponde con las explicaciones ofrecidas por la víctima. También se debe de valorar sí presenta un historial de lesiones traumáticas o de visitas frecuentes al Servicio de Urgencias, y además niega el abuso físico, pero sin embargo, presenta hematomas no declarados, con áreas de eritema o hematomas con la forma de una mano o de algún objeto; desgarros, quemaduras, cicatrices, fracturas o múltiples lesiones en varias fases de curación; fracturas mandibulares; o perforación del tímpano, así como lesiones en áreas ocultas por la ropa o el pelo (Hurley, 2005).

Generalmente hay que distinguir entre un traumatismo accidental que produce lesiones en las extremidades, y las lesiones por Violencia de Género que se producen normalmente en el tronco y las extremidades (Emergency Nurses Association, 2006). Otra característica muy destacable es que el compañero (u ofensor sospechoso) acompaña a la víctima, insiste en permanecer cerca e intenta responder a todas las preguntas dirigidas a la mujer. Además, cuando se realiza una exploración más detallada, la paciente termina admitiendo un abuso pasado o presente, físico o emocional, como víctima o como testigo infantil (Sánchez, 2010).

Muchas de las consecuencias de los actos de violencia, que suelen sufrir estas mujeres pueden ser de vital importancia y afectar a su salud, pero además pueden haberse quedado embarazadas por el agresor (embarazos no planificados) y como consecuencia de la violencia física recibida por parte de sus parejas, incluso pueden haber tenido abortos espontáneos a lo largo de su vida antes de la posible detección (Stöckl, 2012).

Pero las consecuencias pueden ser más graves incluso cuando la mujer está embarazada, ya que la Violencia recibida por la mujer puede ser causa de muerte fetal e incluso de la propia víctima, siendo los responsables generalmente los compañeros íntimos de la víctima. Los profesionales sanitarios se pueden encontrar con víctimas con indicios de abusos sexuales, o que son madres de un niño que sufre abusos sexuales, normalmente acuden

con un retraso sustancial en el tiempo entre el momento de la lesión y la asistencia para el posible tratamiento, evitando solicitar atención médica antes, o porque hayan esperado a que se marchase el agresor. También pueden presentar trastornos psicosomáticos, como crisis de angustia, ansiedad, sensación de sofoco o depresión y, algunas de ellas, se pueden quejar de manera inespecífica de un dolor crónico (sobre todo de espalda o dolor pélvico), sin signos físicos aparentes que a menudo significa miedo al abuso físico inminente o real (Campbell2, 2002).

Este tipo de mujeres suelen presentar mayor incidencia de enfermedades psiquiátricas, aunque éstas suelen aparecer después del maltrato, pero no es una causa de éste. Proporcionar un ambiente que conserve la intimidad máxima de la víctima, se debe de considerar como fundamental. Por lo tanto, los servicios sanitarios constituyen la base fundamental para la prevención, detección y el diagnóstico de la Violencia de Género, y generar grupos de profesionales especialistas en Violencia de Género que puedan evitar problemas de organización, que permitan la identificación del maltrato y redacte un parte de actuación en los posibles casos (Blanco, 2004; Siendones, 2002; Cobo, 2010).

Dentro de las consecuencias sintomatológicas más importantes que suelen aparecer en una víctima de Violencia de Género y que afectan al estado de salud de la mujer, se encuentran todas las definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996). En dichas consecuencias se diferencia entre afecciones psicológicas y de conducta, los problemas sexuales, reproductivos y ginecológicos, las alteraciones físicas y la presencia de lesiones traumáticas, tal y como se refleja en la siguiente tabla (Tabla 2):

Tabla 2. Consecuencia de la violencia en la salud de las mujeres				
Psicológicas y de conducta.	***Sexuales***	***Reproductivas y ginecológicas***	***Físicas***	***Lesiones físicas traumáticas***
Depresión y ansiedad. Sentimientos de culpa y vergüenza. Baja autoestima. Trastornos psicosomáticos. Crisis de pánico y fobias. Conductas inseguras (no protegidas). Trastornos de la alimentación (bulimia, anorexia). Trastornó de estrés politraumático. Abuso de drogas, alcohol, tabaco. Escaso cuidado personal.	Disminución de la libido. Anorgasmia. Falta de autonomía sexual.	Embarazos no deseados. Embarazos de alto riesgo y complicaciones. Enfermedades de transmisión sexual, incluido infección por VIH. Abortos en condiciones inseguras. Infecciones urinarias de repetición. Dolores pélvicos crónicos.	Dolores crónicos. Cansancio. Síndrome de colon irritable. Funcionamiento físico reducido. Fibromialgia. Problemas gastrointestinales (dispepsias).	Fracturas. Contusiones y hematomas. Roturas del tímpano

Tabla 2. Principales consecuencia de la violencia en la salud de las mujeres (OMS 1996).

De todas las consecuencias más importantes producidas en la salud de las mujeres, que están sufriendo problemas de Violencia de Género, destacaremos la alta probabilidad de padecer infecciones por el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), al ser forzadas en numerosas ocasiones, ha mantener relaciones sexuales sin protección por su compañero sentimental. Estas mujeres también se suelen asociar con la aparición de conductas de abuso de sustancias tóxicas (como alcohol y drogas) debido al entorno social en el que se encuentran (Li, 2014). Es esencial por tanto, realizar medidas de

prevención, cuyo propósito sea disminuir la prevalencia de mujeres que además de ser victimas de Violencia de Género, puedan contraer una infección por VIH como consecuencia de una conducta sexual violenta sin protección de su compañero sentimental o de algún compañero con el que ha convivido con situaciones de riesgo social (Argento, 2014).

Dentro del informe de Salud y Género que realizó la Organización Mundial de la Salud titulado “Women and health: today's evidence tomorrow's agenda” (WHO, 2009), en el que se plasma un análisis pormenorizado de las situaciones de la mujer en momentos claves de su vida, como la adolescencia y la vejez. En este informe se describe cuáles son las necesidades específicas de las mujeres, así como los problemas de salud que pueden aparecer a lo largo de dichos periodos, en la que enfatiza sobre todo en cuestiones como la violencia que pueden soportar durante la adolescencia y edad adulta, al suponer estas etapas del ciclo vital de la mujer, fases de importante riesgo para la salud sexual y reproductiva de las mujeres, al aparecer asociados con algunos trastornos mentales y con otros problemas crónicos de salud.

Estos tipos de trastornos pueden venir asociados específicamente por la violencia ejercida por la pareja, ya que aparte de que la salud de las mujeres se ve deteriorada más, éstas siguen siendo discriminadas, y es aquí, donde los servicios de salud tienen que actuar para prevenir la aparición dentro de todos los tipos de violencia. En estos casos, la violencia ejercida por la pareja siempre va acompañada por violencia sexual. Tanto es así que constituye una de las causas más frecuentes de violencia sexual que atienden los Servicios de Urgencias. De ahí que en un 36,0% son agresiones intrafamiliares (marido, pareja) y en un 20,8% son agresiones por el ex marido o ex pareja (Grau, 2011).

Estas mujeres que acuden generalmente a los servicios de Urgencia y, en la mayoría de los casos presenta, como ya hemos visto, un mayor riesgo de dolor crónico, abuso de drogas y alcohol, con presencia de depresión e intentos de suicidio, pero en la mayoría de las ocasiones acuden a estos servicios con un cuadro sintomatológico muy inespecífico, por lo que se debería de someter

a un test de cribado con preguntas muy especificas relacionadas con la posibilidad de sufrir Violencia de Genero (Little, 2000), ya que, en innumerables situaciones, los protocolos de detección no sirven y muchas de ellas no expresan realmente su situación, constituyendo barreras para una intervención eficaz (Hurley, 2005).

4.2 VIOLENCIA DE GÉNERO Y UNIVERSIDAD.

La Violencia de Género se debe de considerar como consecuencia de un efecto multicausal, en el que se engloban un conjunto de creencias y de actitudes que tienen las personas sobre la mujer y que generalmente suelen desencadenar en procesos de violencia. La modificación de estas creencias sexistas y del conjunto de actitudes predeterminadas van encaminadas a conseguir efectos de tolerancia cero gracias a la utilización de medidas preventivas. No es posible erradicar esta lacra social desde el principio, sí la mayoría de chicos/as en nuestra sociedad, crecen rodeados de creencias y actitudes de no paridad entre hombres y mujeres, e incluso culpabilizan de la Violencia de Género a las propias víctimas. Es esencial, por tanto, realizar actividades formativas de prevención, ya que si se crean en un mayor nivel educativo, desencadena un menor nivel de tolerancia hacia la violencia contra las mujeres, al provocar una modificación de dichas creencias y actitudes predeterminadas. (Ferrer, 2006)

La opinión de la comunidad universitaria con respecto a la Violencia de Género es importante, ya que constituyen el futuro de la sociedad y de la profesión; y por tanto el germen que permita que estén bien formados con relación a los malos tratos. Aunque no existe realmente una asignatura que presente contenidos directos sobre los malos tratos, sí que en alguna de ellas se trata la temática de forma puntual y específica, gracias a la introducción de forma paulatina de los nuevos planes de estudios. Aparte de conocer cuál es la opinión de los alumnos universitarios en lo relativo a la Violencia de Género, es fundamental trabajar e incluir dentro de todo el desarrollo curricular del alumnado, materias que trabajen con el genero, pero todavía parece más importante centrarse en esta problemática sustancial en la vida de la mujer, y que se introduzca una asignatura que incluya la Violencia de Género como contenido específico y curricular. Actualmente el Ministerio de Educación esta estudiando la posibilidad de su inclusión dentro de la carrera de Enfermería, de una asignatura denominada como Enfermería en la Violencia de Genero, con 3 ECTS (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2014). Aunque la mayoría de las asignaturas universitarias de las titulaciones sociosanitarias, contienen

cierto contenido curricular sobre maltrato, solamente existen ciertas asignaturas optativas y de libre disposición con contenido sobre género y maltrato (Ferrer, 2011).

En la Universidad nos podemos encontrar en la actualidad con creencias sexistas marcadas, que pueden influir en la opinión que los varones presentan cuando con posterioridad se enfrentan a situaciones de Violencia de Género. La realización por parte de éstos, de contenidos con influencia formativa de igualdad, parece modificar dicha condición y por lo tanto su opinión, una buena formación especializada en Violencia puede incrementar significativamente la sensibilización de este alumnado (Macias; 2012). Concretamente los futuros y actuales profesionales de Enfermería, aunque opinan tener conocimientos teóricos necesarios en Violencia de Género, indican que carecen muchas veces de la confianza para poder llevar a cabo funciones de detección (Bradbury-Jones, 2015).

4.3 DÍA INTERNACIONAL DE LA ELIMINACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES.

Para la concienciación de la problemática de la Violencia de Género, el día 25 de noviembre se celebra el Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres (Figura 3). Este día fue aprobado en la resolución A/RES/48/104 23 de febrero de 1994, por la Asamblea de Naciones Unidas. En dicha resolución, se denuncia que la Violencia de Género es una violación de los derechos humanos, como consecuencia de la discriminación que sufren las mujeres, tanto en leyes como en la práctica. Se considera una pandemia a nivel mundial, a la que se le une la persistencia de desigualdades por razón de género, que afecta e impide el avance en muchas áreas. Con la celebración de este día, se quiere erradicar la pobreza, la lucha contra el VIH/SIDA, la paz y la seguridad de las mujeres, utilizando para ello, un conjunto de medidas de prevención, como actuación esencial.

El porqué de este día, se escogió para honrar a las hermanas Mirabal, tres activistas políticas de la República Dominicana que fueron brutalmente asesinadas en 1960 durante la dictadura de Rafael Trujillo (1930-1961). (Asamblea General de las Naciones Unidad, 2015)



Figura: 3 : 25 de noviembre Día Internacional contra la Violencia de Género (Naciones Unidad, 2015).

5. IMPORTANCIA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA SOCIEDAD ACTUAL. LEGISLACIÓN. TELÉFONO 016.

5.1 DISTRIBUCIÓN MUNDIAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

5.1.1 *Violencia de Género en los países Subdesarrollados*.

La Violencia de Género no solamente es conocida por sus consecuencias en los países desarrollados, sino que constituye un problema de vital importancia y un problema oculto en los países subdesarrollados, tal como lo demuestra la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), al realizar un estudio en diez países en vías de desarrollo acerca de la salud de la mujer y la violencia doméstica, estableciendo que la Violencia de Género se encuentra dentro de una situación global que afecta a mujeres de todos los países, sus cifras oscilan desde el 15 al 71% de las mujeres que fueron consultadas, y ellas declaraban que habían sufrido violencia física o sexual perpetrada por el marido o la pareja. Incluso muchas de las mujeres víctimas supuso su primera experiencia sexual, con el agravante de que ésta no fue consentida (24 % en el Perú rural, 28% en Tanzania, 30% en el Bangladesh rural, y 40% en Sudáfrica), y también es patente que entre un 4 a un 12 % de las mujeres, declararon haber sufrido malos tratos durante el embarazo.

La problemática es más grave al presentarse en el citado documento, que unas 5000 mujeres son asesinadas anualmente por miembros de su propia familia en defensa de su honor en todo el mundo, que sigue existiendo tráfico de mujeres y niñas para trabajos forzados y explotación sexual, que sigue consintiéndose los matrimonios forzados e infantiles, y que 1 de cada 5 mujeres y que 1 de cada 10 hombres, refieren haber sido abusados sexualmente en su infancia, con un incremento sustancial de la posibilidad de que en un futuro se vean implicados en otras formas de abuso. Todo esto supone una vulneración de los derechos humanos de muchas mujeres y niñas, y un problema actual y futuro (Naciones Unidas, 2015).

Para dar visibilidad a la Violencia de Género oculta sobre todo en algunos países como Colombia y especialmente, en las comunidades

indígenas, se ha llevado a cabo con conjunto de medidas encaminadas a un mayor reconocimiento de estas situaciones de violencia y acciones de identificación, promoción de actuaciones de reflexión y puesta en marcha de medidas de protección ante las mujeres víctimas de malos tratos. Estas mujeres desconocen que lo son y qué medios de protección tienen a su alcance. Se ha promovido la creación de grupos de trabajo para fomentar medidas de apoyo, unido a la creación de talleres para identificar posibles casos de malos tratos, dirigidos a los profesionales encargados de su identificación y a la comunidad, que permita un cierto grado de sensibilización (Yépes, 2010).

Como ya hemos destacado, la prevalencia de Violencia de Género, en los países subdesarrollados se sitúa en cifras relativamente altas (OMS, 2005), pero no se pueden recoger otros datos como el grado, el tipo de violencia, consecuencia sobre la mujer, etc, ya que muchas veces, la violencia de pareja es aceptada e incluso permitida, según el tipo de cultura (Serrano, 2002).

5.1.2 Violencia de Género en los países Desarrollados.

La Violencia de Género en los países desarrollados, sí presentan datos, como los diferentes grados, los tipos de maltrato que presentan las mujeres víctimas, en la que se incluye desde el maltrato emocional y psíquico, hasta el maltrato sexual dentro de las agresiones físicas graves, aunque se hace difícil obtener cifras sobre su frecuencia real, ya que a menudo no existen denuncias, por lo tanto no siempre se recogen cantidad exacta que pongan de manifiesto la violencia más presente. De ahí que tendremos que tener en cuenta, que la prevalencia de Violencia de Género es muy variable al no existir una definición estándar clara en todos los países, ya sea para la recolección de estos datos, o para la presentación de informes relativos a las víctimas y el tipo de abuso, al no encontrarse muchas veces un diagnóstico evidente, reflejado documentalmente (Ruiz-Pérez, 2006; OMS, 2013)

La estimación anual que se hace de mujeres víctimas en países desarrollados, como por ejemplo en los Estados Unidos, en el que existe un Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo en Violencia de Género se sitúa en cifras de un 23,6 % de la población total, de este porcentaje de mujeres víctimas se destaca que entre el 1,8 al 4,6% eran mujeres embarazadas. Datos que dan relevancia a este hecho**,** aunque gran parte de éstos se mantienen ocultos y en ocasiones, no se ajustan a las cifras reales (Centers for Disease Control and Prevention, 2012).

Dentro del conjunto de cifras disponibles, los únicos datos de Violencia de Género más relevantes y fiables, son los que se refieren a las cifras de mortalidad, recogidos por los organismos judiciales (Consejo del Poder Judicial, 2012), que se limitan al número anual de muertes por millón de mujeres. Estos datos son escasamente utilizados, pero si suponen un punto de atención y alarma para la sociedad. Sin embargo, resulta de mayor utilidad la incidencia acumulada expresada por proporción de mujeres afectadas a lo largo de períodos no bien definidos (como la vida conyugal o en pareja, etc) (Alonso, 2004). Esto no aparece realmente reflejado en ningún informe oficial sobre las cifras de Violencia de Género, sin embargo resultan de mayor utilidad que las cifras de muertes anuales dadas por dichos organismos.

A nivel mundial se han elaborado varias encuestas poblacionales a lo largo de los últimos 20 años, en 50 países diferentes, de manera que han puesto de manifiesto que entre el 10 al 50% de las mujeres encuestadas habían sido sometidas a violencia física por sus parejas íntimas, en algún momento de sus vidas. Diversos estudios realizados en otros países desarrollados, demostraron también la realidad evidente de que la Violencia de Género, aun estando presente, no aparece reflejada en las cifras reales de muchos estudios (Serrano, 2002 y OMS, 2005).

Del conjunto de datos procedentes de varios países respecto a las cifras relativas a la incidencia aproximada de este tipo de violencia en la que se pone patente la importancia de este problema, destacamos que en países como Canadá (Rodgers, 1994), el 29% de las mujeres de 18 años o más que han

vivido en pareja, habían sido víctimas de violencia física. En los países de la Unión Europea (Presidencia de la Unión Europea, 2002) en los que también se han realizado estudios en los últimos años, destinados a obtener datos de base sobre el número de mujeres sometidas a Violencia Doméstica. Demuestra dicha notabilidad datos, como los de Irlanda, donde 1 de cada 5 mujeres, en el Reino Unido 1 de cada 4, en Portugal y Alemania 1 de cada 3**,** son víctimas de Violencia de Género.

En España, la prevalencia de Violencia de Género ejercida por la pareja que acude a los servicios de salud, se sitúa entre 25% y el 32% (Ruiz-Pérez, 2006). Otros datos más recientes revelan la disparidad de cifras existentes, como se refleja en la evidente diferencia de prevalencia entre las cifras de Violencia de Género en las mujeres españolas y mujeres extrajeras residentes en España. Resulta relevante que las cifras de mujeres españolas que son víctimas de malos tratos, actualmente se sitúa en un 14,3%, no obstante se ha observado un incremento sustancial de dichas cifras en las mujeres inmigrantes que viven en España, que se sitúa en un 27,3% (Vives, 2009). A estos datos tan dispares, se les debe de añadir la existencia de una cierta variabilidad geográfica con modificaciones de dichas cifras. Tanto es así, que podemos encontrar cifras muy altas en Ceuta y Melilla pudiendo llegar hasta un 40% de mujeres víctimas o en las Islas Baleares donde las cifras se sitúan en el 32,5%, pasando a cifras menores del 18% en Cantabria, Aragón y la Rioja. La Comunidad Autónoma de Murcia se encuentra dentro del termino medio con datos de prevalencia de Violencia de Genero de un 29%, pero es de destacar sin embargo que la edad de comienzo de los malos tratos se sitúa en los 22 años, una edad relativamente temprana. (Ruiz-Pérez, 2010).

El aumento significativo de adolescentes que son víctimas de Violencia de Género, se observa en los datos que se han obtenido a lo largo del año 2015, donde se ha experimentado un aumento significativo, situándose en 9 víctimas menores de 18 años, mientras que entre 18 y 20 años sube sustancialmente la cifra hasta 29 víctimas (Portal Estadístico. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2015). Desde hace unos años, muchas de las jóvenes se sienten influenciadas por la propia sociedad, considerando

los actos de vejaciones, la coacción de la propia mujer, la privación de la vida social, e incluso las agresiones en actitud violenta del agresor, como algo normal, tanto es así que las situaciones de violencia se acomodan dentro de la relación de pareja y esta actitud influye con posterioridad en la salud de la víctima (García, 2013).

En cuanto a datos históricos con respecto a los casos de violencia contra la mujer, podemos afirmar que a lo largo de 1997 murieron 91 mujeres a causa de Violencia de Género, un 90% de las cuales estaban en situación de “separadas” de sus parejas, habían iniciado los trámites de separación legal, o habían denunciado reiteradamente a su agresor (Consejo del Poder Judicial, 2012). Sin embargo en el año 2001 (Serrano, 2002), la cifra se redujo sustancialmente a 69 mujeres. Si nos referimos al maltrato "declarado", referente a los datos obtenidos de una encuesta realizada por el Instituto de la Mujer (Instituto de la Mujer, 2010), se afirma que la violencia doméstica afecta a 640.000 mujeres mayores de edad (4,2% de la población total). Pero si hacemos referencia a las que están en situación de maltrato, que no lo reconocen explícitamente, las cifras estimadas se elevan sustancialmente hasta 1.865.000 mujeres (12,4% de la población total).

La situación de la Violencia de Género en España en estos últimos años, no supone ninguna mejora o diferencia en relación a otros países de su entorno, no observándose diferencias significativas, como han demostrado varios estudios (Consejo del Poder Judicial, 2012; Alonso, 2004; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.1, 2010). Teniendo en cuenta su significación social, el Observatorio de la Violencia de Género del antiguo Ministerio de Igualdad, en el año 2009 (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010), realizó un análisis titulado “Balance del 2009”, que reveló como dato a destacar que el número de denuncias realizadas había experimentado un aumento significativo en el periodo que se extiende desde el primer trimestre del año 2007 con 29277 denuncias, hasta el segundo trimestre del 2009 con un número de 34983 denuncias, lo que demostraba que las políticas de concienciación y la puesta en marcha de medidas que ayudaban a

las mujeres a poder denunciar dichos casos de Violencia de Género, estaban dando los frutos esperados.

Además, se observó que el número de homicidios por Violencia de Género, aunque aún eran relativamente altos, indicaban una ligera bajada, desde los 76 homicidios en el año 2007 hasta los 55 en el año 2009, lo que supuso una disminución del 27’6%. No obstante se pone de manifiesto que ha habido una disminución de homicidios de al menos 8’3% en el espacio comprendido entre 2003 – 2009, justo en el momento de la aprobación de las medidas de protección a las víctimas y la puesta en marcha de la Ley Orgánica 1/2004**.**

Referente a los datos de actualidad, a lo largo del año 2017, han fallecido 49 mujeres a manos de sus agresores, la mayoría de nacionalidad española, que en su gran mayoría convivían con su agresor y el 21% habían presentado denuncia previas, e incluso muchas de ellas tenía o habían solicitado medidas de protección, a estos casos debemos de incluir como víctimas indirectas a los 24 niños ya que han quedado huérfanos, no obstante existen 8 víctimas directas de Violencia de Género, que habían fallecido a manos del agresor. Sin embargo, se ha observado una disminución del número de casos con respecto al año 2015, pero con un pequeño repunte en relación al año 2016, pero además se ha experimentado un aumento muy importante del número de denuncias año tras año (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

5.2 LEGISLACIÓN SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO.

Una vez visto, que la Violencia de Género, es un problema fundamental, no sólo por el número de víctimas afectadas sino porque es un acto que afecta a mujeres de todo el mundo, y que en nuestro país es evidente que las cifras revelan la necesidad de un reglamento jurídico que proteja a las víctimas, no solo de los agresores sino que también les de amparo ante la sociedad, se han desarrollado un conjunto de leyes encaminadas a la protección de las mujeres víctimas.

Toda la legislación existente en nuestro país la encontramos dividida en documentación legislativa española y autonómica sobre Violencia de Género, (González, 2010; Mercado, 2009; García, 2008). Información que encontramos en el Documento elaborado por la Dirección de Documentación, Biblioteca y Archivo de la Secretaría General del Congreso de los Diputados, en su Dossier número 150 (en la IX Legislatura), de diciembre de 2008 (España Informe de la subcomisión creada en el seno de la comisión de igualdad para el estudio y el funcionamiento de la ley integral de medidas contra la Violencia de Género y, en su caso, propuestas de modificación, 2009) donde se expone que dentro de la documentación española, a nivel estatal encontramos leyes como la Ley de enjuiciamiento criminal (incluido en los artículos 13 y 544 terminal), la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (recogiendo en los artículos 23, 66, 83, 84, 88, 89, 108, 149, 153, 173, 188, 234, 244, 318, 318 bis, 515 y 617), o la Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica.

A su vez encontramos, la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros, el Real Decreto 355/2004, de 5 de marzo, por el que se regula el Registro central para la protección de las víctimas de violencia doméstica, y finalmente la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (España. Ley Orgánica 1/2004, 2004). Esta Ley destaca dentro de sus

principios fundamentales, todas las medidas encaminadas a fortalecer la sensibilización ciudadana con respecto a la prevención ante casos de Violencia de Género, dotando a los poderes públicos de instrumentos eficaces en los ámbitos educativo, servicios sociales, publicitario, mediático y sanitario (donde encontraríamos a los profesionales sanitarios). Junto con consolidar los derechos de las mujeres víctimas de Violencia de Género, además de reforzar los Servicios Sociales de información, de atención, de emergencia, de apoyo y de recuperación integral, garantizar derechos en el ámbito laboral y funcionarial, fortalecer el marco penal y procesal para la protección integral de las víctimas, coordinar los recursos e instrumentos de los distintos poderes públicos, promover la colaboración y participación de las entidades, asociaciones y organizaciones, fomentar la especialización de los colectivos profesionales que intervienen en la información, atención y protección a las víctimas y por último garantizar el principio de transversalidad de las medidas, teniendo en cuenta las necesidades y demandas de las mujeres víctimas de Violencia de Género.

Gracias a la puesta en marcha de la Ley Orgánica 1/2004, sobre las Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, se ha observado una disminución del número de víctimas mortales mientras que en el lado opuesto se ha producido un aumento significativo de número de denuncias (Consejo del Poder Judicial, 2014).

Así pues es importante tener en cuenta la Ley 1/2004 (España. Ley Orgánica 1/2004, 2004), que tiene por objetivo la actuación contra la violencia como manifestación de la discriminación, de la situación de desigualdad y de las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, todas esta acciones son ejercidas 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. Pero también establece medidas de protección integral cuya finalidad es prevenir, sancionar y erradicar esta violencia y prestar asistencia a sus víctimas (Ramos, 2014). Aún habiendo disminuido considerablemente el número de homicidios, con ligeros repuntes

en momentos concretos, la violencia de pareja sigue pasando desapercibida y en muchas ocasiones, oculta en el seno de la familia (Ruiz-Pérez, 2006).

Dentro de la legislación autonómica cabe destacar la cantidad importante de documentación al respecto existente en relación a la Violencia de Género (González, 2010; Carazo 2012), en la que se presenta como columna vertebral la Ley Orgánica 1/2004, y se aplican diversas particularidades autonómicas con un fin último: la protección de la mujer en caso de enfrentarse a esta problemática (Tabla 3). En la Región de Murcia se encuentra la aprobada Ley 7/2007, de 4 de abril, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y de Protección contra la Violencia de Género (España. Ley 7/2007, 2007), cuyo objetivo principal se centra en "hacer efectivo el principio de igualdad entre hombres y mujeres, con una acción de regulación y promoción de la misma y además de realizar medidas de protección ante la Violencia de Género".

Esta Ley, aplicada en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Murcia, presenta como principios generales, la no discriminación de las mujeres a favor de los hombres, la eliminación de la violencia ejercida contra las mujeres en todas sus formas y manifestaciones, la transversalidad como principio que comporta aplicar la perspectiva de genero en las fases de planificación, ejecución y evolución de todas las políticas llevadas a cabo por las distintas administraciones públicas, la eliminación de las discriminaciones tanto directas como indirectas, la planificación como marco de ordenación estable en materia de igualdad de oportunidades, la coordinación, la protección del derecho a la maternidad y por último, la corresponsabilidad, entendida como la asunción de responsabilidad por parte de los hombres en las tareas domésticas, el cuidado, la atención y la educación de hijos e hijas, se trata e una ley muy completa que pone en marcha un conjunto de medidas para evitar discriminación, facilitando y planificando su acción en la sociedad (Carazo, 2012).

TABLA 3. LISTADO DE TODA LA NORMATIVA AUTONÓMICA EXISTENTE
Andalucía
Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía
Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género.
Aragón
Ley 4/2007 de 22 de marzo, de Prevención y Protección Integral de mujeres víctimas de violencia en Aragón.
Asturias
Ley 2/2011, de 11 de marzo, para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género.
Baleares
Ley 12/2006, de 20 de septiembre: Normas reguladoras para la mujer de la Comunidad Autónoma de Baleares
Comunidad Canaria
Ley 16/2003, de 8 de abril, de prevención y protección integral de las mujeres contra la violencia de género. Ley 1/2010, de 26 de febrero, Canaria de Igualdad entre Mujeres y Hombres
Cantabria
Ley 1/2004, de 1 de abril. Integral para la Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas.
Comunidad Autónoma Castilla-La Mancha
Ley 5/2001, de 17 de mayo, de Prevención de Malos Tratos y Protección a las Mujeres Maltratadas. Ley 12/2010, de 18 de noviembre, de igualdad entre mujeres y hombres de Castilla-La Mancha.
Comunidad Castilla-León
Ley 7/2007 de 22 de octubre de modificación Ley 1/2003 de Igualdad de oportunidades entre Hombres y Mujeres de las Cortes de Castilla y León). Ley 13/2010, de 9 de diciembre, contra la violencia de género en Castilla y León. Ley 1/2011, de 1 de marzo, de evaluación del impacto de género en Castilla y León.
Cataluña
Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. (BOE 30-05-08)
Galicia
Ley 7/2004, de 16 de julio, gallega para la igualdad de mujeres y hombres (Título I, 14 a 19)
Ley 11/2007 de julio, de Galicia sobre las normas reguladoras de prevención y el tratamiento integral de la violencia de género.
Comunidad de Madrid
Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid.
Murcia
Ley 7/2007, de 4 de abril, Ley para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y de Protección contra la Violencia de Género en la Región de Murcia. Ley 3/2008, de 3 de julio, de Modificación de la Ley 7/2007, de 4 de abril, para la igualdad entre mujeres y hombres, y de protección contra la violencia de género en la Región de Murcia
Comunidad Navarra
Ley Foral 22/2002, de 2 de julio, para la adopción de medidas integrales contra la violencia sexista.
Ley Foral 12/2003, de 7 de marzo, de modificación de la Ley Foral 22/2002, de 2 de julio, para la adopción de medidas integrales contra la violencia sexista.
Ley Foral 33/2002, de 28 de noviembre, de fomento de la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.
Comunidad Valenciana
Ley 9/2003, de 2 de abril, de la Generalitat, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres
Decreto 20/2004, de 13 de febrero, por el que se crea el Observatorio de Género de la Comunidad Valenciana. (Título II, Cap. VI, Art. 33 al 39)
País Vasco
Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la igualdad de mujeres y hombres. Capítulo VII (fragmento) (Título III, Cap. III, Art. 50 al 62)
La Rioja
Ley 3/2011, de 1 de marzo, de prevención, protección y coordinación institucional en materia de violencia en La Rioja
Extremadura
Ley 8/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre Mujeres y Hombres y contra la Violencia de Género en Extremadura

Tabla: 3. Listado de toda la normativa existente en materia de Violencia de Género. **Fuente**: Elaboración Propia a partir de González, 2010; Mercado, 2009; García, 2008; Carazo, 2012 y Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres, 2015.

Existe un abanico muy amplio de legislación autonómico de protección contra Violencia de Género, pero tenemos que tener en cuenta, como ya hemos indicado, que todas parten de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, elaborado a partir de un conjunto de leyes encaminadas principalmente a dejar efectivo el principio de igualdad entre hombres y mujeres, centrándose en políticas de igualdad ante la sociedad civil, y que han culminado a partir del desarrollo de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Además de lo expuesto, tanto el Gobierno Central como los autonómicos deben realizar informes sobre el cumplimiento y la aplicación de toda la legislación existente, dirigiéndolo directamente al parlamento donde se realizan funciones de control legislativo. (García, 2008)

La legislación en materia de Violencia de Género se actualiza constantemente a lo largo del tiempo, se extiende desde la primera ley en la que se establecen las medidas concretas de Protección Integral contra la Violencia de Género (España. Ley Orgánica 1/2004) hasta el año 2015, en las que se ha modificado sustancialmente con el objetivo de mejorar dichas medidas. En el listado siguiente, se incluyen las modificaciones más recientes, aunque tenemos que tener en cuenta que en años sucesivos aparecerán nuevas modificaciones al respecto.

Listado de la legislación en materia de Violencia de Género más actual. (2011 - 2015)

- Plan Integral de Lucha contra la Trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual (2015-2018)
- Ley Orgánica 7/2015, de 21 de julio, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
- Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
- Ley Foral 14/2015, de 10 de abril, para actuar contra la violencia hacia las mujeres
- Decreto 1/2014, de 9 de enero, por el que se regula la creación del Centro de Recuperación Integral para Mujeres que Sufren Violencia de Género.

- Decreto 1/2014, de 3 de enero, por el que se regula la Comisión Institucional de La Rioja para la coordinación de actuaciones de sensibilización, protección y recuperación integral de las víctimas de violencia
- Estrategia Nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer. 2013-2016
- Decreto 16/2013, de 26 de febrero, por el que se autorizan los Reglamentos de Régimen Interno de los dispositivos de la Red Extremeña de Atención a las Víctimas de Violencia de Género.
- Ley 7/2012, de 23 de noviembre, integral contra la violencia sobre la mujer en el ámbito de la Comunitat Valenciana.
- Estrategia de la UE para la erradicación de la trata de seres humanos (2012 – 2016)
- Directiva 2011/99/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de diciembre de 2011, sobre la orden europea de protección
- Directiva 2011/36/UE del parlamento europeo y del consejo, de 5 abril de 2011, relativa a la prevención y lucha contra la trata de seres humanos y a la protección de las víctimas
- Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011.
- Ley 8/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre mujeres y hombres y contra la violencia de género en Extremadura.

Fuente**: Fundación Mujeres (Internet), 2015**

5.3 PLANES ESTATALES DE PROTECCIÓN CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

Además de toda la legislación nacional y autonómica presentada, existen planes estatales específicos, tales como la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia sobre la Mujer 2013 - 2016, el Plan de Atención y Prevención de la Violencia de Género en Población Extranjera Inmigrante y el Plan Integral contra la Trata de Seres Humanos.

En cuanto a la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia sobre la Mujer 2013 - 2016 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad1, 2014), se presenta la puesta en marcha de forma coordinada, de medios materiales y humanos para la consecución de la eliminación de la violencia que sufren las mujeres, ya que constituye un compromiso de los poderes públicos. Nace de la conceptualización de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (Resolución 48/104, 20 de diciembre de 1993) (OMS, 1996), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas y de lo que se recoge en el artículo 1 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (España. Ley Orgánica 1/2004, 2004), integrando valores inspiradores (respeto a la dignidad humana, igualdad y no discriminación y buen trato). Dentro de los principios estratégicos de actuación se incluye la integralidad, multidisciplinariedad, globalidad, eficacia y eficiencia; y finalmente la mejora continua y participación. A lo que se le une los principios de intervención tales como la orientación a mujeres que sufren violencia y sus hijos e hijas, la autonomía, la orientación a profesionales, la orientación ciudadana, proactividad y el trabajo en red. Tanto los principios estratégicos de actuación como los principios de intervención constituyen el eje central de toda la intervención de esta Estrategia Nacional, en la que queda demostrado el papel trascendente de los profesionales sanitarios en funciones tan importantes como la detección y la atención de casos de Violencia de Género.

La creación de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, constituye el órgano responsable del seguimiento de esta Estrategia Nacional, que en colaboración con las administraciones, instituciones y entidades implicadas, se encargarán de ir eliminando las situaciones de silencio, que son consideradas como el mayor cómplice del maltrato, y aumentar su concienciación social utilizando la respuesta institucional mejorada, poniendo gran atención a los menores y a las mujeres especialmente vulnerables, además de la visibilización y atención a otras formas de violencia sobre la mujer. Para ello, como ejes de carácter transversal, utilizará la formación y sensibilización de agentes, la coordinación, el trabajo en red, la excelencia operativa, la evaluación, el seguimiento y la mejora del conocimiento en este ámbito (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad1, 2014).

Unido al anterior, aparece el Plan de Atención y Prevención de la Violencia de Género en la Población Extranjera Inmigrante (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad2, 2014), encargado de prestar atención a esta población, ya que España se ha convertido en los últimos años en un país, donde la inmigración ha aumentado considerablemente hasta cifras del 11,3% sobre la población total residente en España. En el año 2013 según el Instituto Nacional de Estadística (INE) las mujeres inmigrantes constituían el 4,66% de la población total (Instituto Nacional de Estadística, 2015) y, a su vez, el número de víctimas extranjeras y la proporción de agresores extranjeros, ha aumentado significativamente.

Con este plan se pretende realizar estrategias de prevención, atención, medidas dirigidas a hombres y mujeres, considerando el contexto cultural de las mujeres extranjeras y por tanto implicando una adaptación de las medidas. El plan pretende equilibrar a la población inmigrante afectada con los recursos existentes. Su estructura incluye cinco ejes: información, formación, sensibilización, atención adaptada a las circunstancias de la mujer extranjera víctima y un conjunto de medidas estructurales. Dentro de la formación como objetivo primordial es formar a los profesionales que intervienen en la asistencia a mujeres extranjeras víctimas. El antiguo Ministerio de Igualdad firmó un convenio de colaboración con las Sociedades Científicas Médicas

Sanitarias, en la que se incluían actuaciones que permiten un contacto frecuente y estrecho entre ambas instituciones, y que se encarguen de posibilitar, que la atención de Urgencia y Emergencia se desarrolle con un papel importante dentro de la atención común hacia este colectivo. Pero como un escollo muy importante se encuentran las múltiples diferencias culturales, que ocasionan el recelo de la mujer extranjera a ser examinada por facultativos varones, lo que supone algunas resistencias en mujeres extranjeras afectadas de Violencia de Género, por lo que las acciones debe de ir encaminadas a la resolución de este tipo de dificultades, como consecuencia de las diferencias culturales que pueden aparecer (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad2, 2014).

Finalmente, el Plan Integral contra la Trata de Seres Humanos es fundamental, ya que se trata de un fenómeno muy preocupante y constituye una de las violaciones más graves de los derechos humanos, pero sobre todo cuando se refiere a la trata de seres humanos con fines de explotación sexual, especialmente de mujeres y de niñas que son sus principales víctimas, constituye una de las vertientes más crueles de este ilícito comercio. Las causas fundamentalmente son la creciente desigualdad entre países, la pobreza y su feminización, la persistencia de la discriminación de las mujeres, el desempleo, la división sexual del trabajo, la falta de educación y la imposibilidad de acceder a los recursos en los mismos términos que el resto de la población. Estas mujeres son captadas en sus países de origen, y son traídas a España engañadas, por lo que es difícil que recurran a los recursos de apoyo y auxilio para denunciar su situación.

Entre los objetivos del plan, se encuentra la sensibilización de la sociedad promoviendo la tolerancia cero contra este tipo de delitos, combatir las causas, desarrollar medidas integrales donde se incluyen todos los colectivos, asegurar la asistencia y protección a las víctimas y luchar contra la explotación sexual. Entre las acciones llevadas a cabo en dicho plan, se encuentra la elaboración de protocolos de detección y denuncia de situaciones de trata de blancas y explotación en los ámbitos sanitario, social y educativo. Para el reconocimiento de este tipo de situaciones se debe de potenciar la

formación del personal sanitario, la adquisición de materiales divulgativos donde se recojan los derechos y los recursos que disponen las víctimas de manera que se puedan entregarse en los servicios sanitarios y finalmente mantener un contacto directo con el resto de las instituciones públicas implicadas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2010).

5.4 EVOLUCIÓN ACTUAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ESPAÑA.

A pesar de todos los planes y la cantidad de leyes existentes, tanto estatales como autonómicas, en nuestro país se siguen dando casos en los que el maltrato, al final conduce a la muerte de la mujer víctima que los sufre. Resulta importante tener en cuenta cuál es el perfil de las víctimas mortales en nuestro país, permitiéndonos aclarar algunas de las características más comunes que se dan en este tipo de mujeres. En un informe relativo a los datos más relevantes obtenidos en el año 2011 (Consejo General del Poder Judicial, 2012), del total de las 62 mujeres que fallecieron a manos de sus parejas o ex parejas, la mayoría aún convivía con el agresor, aunque también se destaca el fallecimiento de dos hijos junto a sus madres. Estos datos suponen un descenso del 15%, con respecto al año 2010, de las que una amplía mayoría (72%) fueron asaltadas y asesinadas en el domicilio familiar, mientras que el 28% restante fueron asesinadas fuera del mismo. Las víctimas eran en un 65% españolas y el 35% restante, extranjeras. Del informe se extrae que las mujeres que denuncian, lo hacen por hechos de aparente menor gravedad (como insultos, desprecios o humillaciones) y deja patente que aún es necesaria una mayor implicación de medidas de protección en el entorno familiar, el apoyo social y de los poderes públicos.

En otro informe sobre la evolución de la Violencia de Género en España, si que se ha observado una reducción de las denuncias en un 5% en el primer trimestre de 2013 (Consejo del Poder Judicial; 2014), de estas denuncias el 67% fueron presentadas por mujeres españolas y el 33% restante, por mujeres extranjeras, sin embargo, al final habían renunciado a la continuación del proceso el 12,74% del total de las denuncias presentadas. Además del total de personas enjuiciadas como maltratadores, el 69,1% eran hombres españoles, mientras que el 30,9% de los denunciados eran hombres extranjeros.

Datos actualizados demuestran la gran variabilidad en el número de víctimas mortales, tal y como recoge el portal estadístico de la Violencia de

Género del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017), las cifras de mujeres fallecidas en los últimos años se sitúa entre las 60 víctimas del año 2015 a las 44 del año 2016, hemos querido destacar un hecho puntual a la par importante que sucedió en el año 2010 donde se produjo una elevación del número de víctimas, con 73 mujeres muertas a manos de su compañero sentimental, además elevándose sustancialmente en el mes de abril el número de víctimas, ya que, durante ese mes el número de mujeres asesinadas por su agresor fue de 10, un 333.3% mayor que el mes de abril de 2009, con tres víctimas más, considerándose como el más trágico desde 1999. Pero en líneas generales, salvo ese caso puntual, se ha observado una disminución del número de víctimas de Violencia de Género. Según los datos recogidos por el Instituto de la Mujer Español (Instituto de la Mujer, 2014), contrastado con los obtenidos por el Ministerio del Interior, se ha observado que el número de víctimas por Violencia de Género hasta septiembre del 2015 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015), asciende a una cifra de 30 mujeres que han fallecido a manos de sus compañeros sentimentales. En dichas cifras destaca que el mayor porcentaje de mujeres víctimas oscila entre los 31 y 50 años, dentro de éstas la mayoría convivían en el mismo domicilio que su agresor, suponiendo un agravante.

Aunque los datos a nivel nacional demuestran que las cifras de víctimas son elevadas, conviene tener en consideración las diferentes cifras por Comunidades Autónomas. Haciendo un pequeño resumen del número de víctimas mortales a lo largo de 2015 hasta el mes de septiembre de ese mismo año, el mayor número de víctimas se produjo en Andalucía con la muerte de 7 mujeres, seguida por Cataluña y Comunidad Valenciana con 5 mujeres, Galicia con 3 mujeres y finalmente en la Comunidad de Madrid donde se produjeron 2 víctimas mortales. De las 60 mujeres víctimas mortales producidas en España en el 2015, solo 13 habían denunciado, un dato muy significativo que indica que todavía se tiene que hacer mucho para llegar a disminuir estos casos, muchas veces incluso el agresor mata a los hijos constituyendo en este caso una venganza del agresor contra la propia víctima o su familia (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015; Campbell, 2009). En el último año 2017, las cifras de víctimas se sitúan en 49 fallecidas, de las que

solamente 11 habían denunciado, la edad de mayor frecuencia era mujeres de entre 21 y 50 años que en su mayoría conviven con su agresor (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

Las cifras circunscritas a la Región de Murcia, han mejorado considerablemente en el periodo comprendido entre el año 2009 y el 2014 con el fallecimiento únicamente de 5 mujeres, y resaltando que no ha habido ninguna victima mortal en los últimos 3 años. En el caso particular de Murcia, en un porcentaje que oscila entre el 23 y el 42% del total de las víctimas en ese mismo periodo de tiempo, tanto el agresor como la víctima eran de origen extranjero, advirtiéndose las nuevas peculiaridades de una sociedad cada vez más multirracial (Instituto de la Mujer, 2014), en los años 2015 con 1 víctima y el 2017 con 3 víctimas se ha observado un aumento puntual del número de víctimas mortales (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

Aunque debemos de recordar que la estructura familiar a cambiado, existiendo también otros tipos de uniones familiares a parte de la unión heterosexual (tales como las uniones homosexuales, lesbianas) (Hegarty, 2013), se evidencia la muerte de siete hombres víctimas de violencia doméstica, en la que cinco fallecieron a manos de su mujer pero dos a manos de otro hombre (que era su pareja sentimental) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

5.5 CREACIÓN DEL TELÉFONO DE EMERGENCIAS PARA LA VIOLENCIA DE GÉNERO (016).

Una identificación precoz y adecuada de posibles víctimas de Violencia de Género unido al reconocimiento de aquellos factores de riesgo presentes en casi todas ellas (mujer que convive con su agresor, o tener una edad comprendida entre los 31 a 50 años pero sobre todo que sufran este tipo de violencia e intenten ocultarlo) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.1, 2010; Consejo General del Poder Judicial, 2012, Consejo General del Poder Judicial, 2014; Instituto de la Mujer, 2014) configura un escenario ideal para intentar disminuir las cifras de víctimas diseñando especialmente un conjunto de medidas encaminadas a disminuir la incidencia de nuevos casos.

Estas características son comunes a todas las víctimas, por lo que es esencial su reconocimiento y con posterioridad la puesta en marcha de medidas de protección ante estas mujeres en situación de riesgo (España. Ley Orgánica 1/2004; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2008), y evitar así el desenlace, muchas veces fatal y que constituyen una alarma social muy destacable.

Para aumentar todos los mecanismos y medios al alcance de la mujer objeto de este tipo especial de violencia, el Gobierno de España (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2013) dentro de su compromiso para priorizar actuaciones contra la Violencia de Género, e instaurándolo dentro del Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género, se aprobó en diciembre de 2006 por el Consejo de Ministros, la creación el 3 de Septiembre de 2007 del teléfono de Emergencias para la Violencia de Género (016). Dicho elemento se considera elemental teniendo en cuenta que las llamadas se atienden de forma anónima y sin dejar huella en la factura de teléfono, un hecho que hace que las mujeres o los ciudadanos puedan denunciar cualquier hecho que puede ser constitutivo de Violencia de Género. Con posterioridad, ha pasado a denominarse como teléfono de Ayuda al Maltrato (016), pero sigue teniendo como objetivo principal convertirse en un

instrumento global y sistemático de la actuación de las distintas Administraciones Públicas para sensibilizar al conjunto de la sociedad, sobre la dimensión y las consecuencias de la Violencia de Género y para adoptar actuaciones destinadas a su prevención y erradicación.

En cuanto a los servicios que ofrece este teléfono, son de atención gratuita, atendido por un equipo de profesionales multidisciplinares, conformado por personas con formación especializada en materia de Violencia de Género, con una atención las 24 horas del día y los 365 días del año, extendido a todo el territorio español, con la posibilidad de derivación en caso de necesidad de emergencia al 112, con una coordinación con los servicios similares de las Comunidades Autónomas, y con una información a las mujeres víctimas. También facilita información al entorno sobre qué hacer en caso de maltrato, sobre recursos y derechos de las víctimas en materia de empleo, servicios sociales, ayudas económicas, recursos de asistencia y de acogida para víctimas de este tipo de violencia, asesoramiento jurídico y la atención en seis idiomas de forma habitual (castellano, catalán, gallego, vasco, inglés y francés).

Actualmente atiende hasta en 51 idiomas diferentes y un teléfono, el 900 116 016 exclusivo para personas con discapacidad auditiva. Como datos relevantes desde su apertura relativamente joven 2007 – 2012, se han llegado atender 1.580.614 llamadas, la media de llamadas diarias es de 182, la mayoría entre las 10 y las 15 horas, el 75% de las llamadas las realiza la propia victima de la violencia, el 22 % de las llamadas las realizan los familiares y allegados y mientra que solo el 3% otros llamantes (abogados, personal sanitario, trabajadores sociales, fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, vecinos, amigos, etc.). El conocimiento de dicho servicio es fundamental para evitar ignorar la importancia de este problema por parte de la sociedad (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.1, 2015). Para ello, en los informativos nacionales aparece siempre insertado en sus informaciones el teléfono 016 (Goldáraz, 2011), para hacerse eco de sentencias o, al dar a conocer algún suceso de Violencia de Género. Este conocimiento también es reflejado sobre los profesionales sanitarios y otros cuerpos que lo puede utilizar

en caso de sospecha de un caso, o la puesta en marcha de la maquinaria destinada a la protección de la víctima (Rojas, 2015).

6. LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

6.1 LOS PROFESIONALES SANITARIOS ESENCIALES EN LA DETECCIÓN, ATENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

En la presente investigación es fundamental centrarnos en los profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeros/as) de Urgencias y Emergencias que generalmente atienden a mujeres que pueden ser víctimas de Violencia de Género, por lo que resulta conveniente conocer si poseen la formación necesaria para la detección de estas mujeres, así como identificar la necesidad de formación sobre el tema, interés por adquirirla y si conocen o no la existencia del Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género o si éste se ha llegado a aplicar o si éstos, han aplicado alguna vez en su centro de trabajo.

Nuestra sociedad, en general, parece que está sensibilizada frente al problema de la Violencia de Género, aunque no siempre es así, ya que algunos profesionales sanitarios no perciben la violencia doméstica como un problema de salud (OMS, 1996; Swanson, 2000). Así lo demuestra un estudio realizado en el Hospital Clínico de Barcelona, mediante un cuestionario dirigido al personal médico y de enfermería, valorando su actitud y opinión en relación a este tema. En dicho estudio quedó demostrado que la gran mayoría de los encuestados, concretamente el 92%, consideraban a la Violencia de Género como un problema social e incluso, el 62% de los profesionales sanitarios indicaban que se trataba exclusivamente de un problema judicial, mientras que menos del 50% de los médicos y enfermeros encuestados, consideraban que sí era un problema de salud personal y/o pública (Coll-Vinent, 2008). Este porcentaje tan bajo de profesionales sanitarios que consideran que se trata de un problema de salud, favorece la infradetección, aunque como ya hemos indicado, exista una alta prevalencia de Violencia de Género en relación a las mujeres que acuden a los servicios de salud, situándose éste, entre el 25% y el 32% (Ruiz-Pérez, 2006), que unido al nivel medio de conocimientos que tienen estos profesionales en referencia a la violencia doméstica, hace plantearse las posibles medidas que mejoren dichos datos (Siendones, 2002).

Estas circunstancias hacen que su percepción esté influida y condicionada, ya que los profesionales creen que no tienen todos los conocimientos necesarios para atender a las víctimas. Es por ello, que los profesionales suelen alegar falta de preparación para abordar este tema, y por consiguiente, se cree necesario aumentar la formación del personal médico y de enfermería en temas tan importantes cómo la identificación y tratamiento dirigido a las mujeres que acuden en busca de ayuda (Coll-Vinent, 2008).

En realidad los profesionales sanitarios, concretamente los/as enfermeros/as, están capacitados para detectar casos de Violencia de Género, sobre todo ante mujeres que reiteradamente acuden a consulta y posiblemente son víctimas de malos tratos (de la Fuente, 2005), pues entre otras cosas, se debe, por un lado, al establecimiento de una relación de confianza con la mujer, lo que posibilita que ellas puedan expresar en algún momento los problemas de violencia oculta y, por otro lado, aún estando capacitados, los profesionales siguen manifestando una evidente necesidad de mayor formación específica en Violencia de Género (Bradbury-Jones, 2015).

La ayuda de los protocolos existentes facilita mucho la labor a los/as enfermeros/as y del resto de profesionales sanitarios en general, en su desdén diario en la consulta, cuando se enfrentan a algún posible caso de Violencia de Género. Una buena concienciación en la utilización de estos protocolos, de una forma adecuada y continuada, mejoraría aún más los índices de detección (De la Fuente, 2005). No obstante, considerar a la Violencia de Género como un problema de salud pública (OMS, 1996), debe ser uno de los primeros objetivos a alcanzar, puesto que se consideran a los servicios sanitarios como una parte importante y fundamental para la detección. Dar prioridad a aumentar el conocimiento de los profesionales sanitarios con respecto a este problema a nivel internacional, debe de considerarse como algo básico para reducir el índice de mujeres víctimas de malos tratos (Krug, 2002).

La percepción y sentimientos que dichos profesionales sanitarios tienen con referencia a este tipo de violencia debe de tenerse en cuenta, ya que ésta puede influir en su detección o sensibilización. Tanto es así, que en un estudio

realizado en Brasil a profesionales de enfermería y medicina, se observó que las enfermeras mostraron sentirse incómodas cuando debían preguntar a las pacientes algún tema en relación a la violencia doméstica, lo que indicaba, todavía más, una limitación que podía influir en la detección y atención de las posibles víctimas (Franzoi, 2011).

A pesar de la prioridad dada por la OMS a los profesionales sanitarios (WHO, 2013), muchas veces éstos, no reconocen las agresiones físicas ejercidas contra las mujeres que acuden a los centros sanitarios (Ruiz-Pérez, 2004) y, mucho más desapercibidos pasan el maltrato psíquico, ambiental y sexual, la dominación y el aislamiento (Mota, 2008), por lo que las mujeres no suelen recibir la atención adecuada.

Las mujeres acuden habitualmente a los servicios sanitarios, por lo que los centros de salud y los servicios de planificación familiar, salud mental y urgencias pueden ser un lugar clave para la prevención, la detección precoz y el abordaje inicial de la mujer maltratada o para desarrollar los instrumentos disponibles para la detección y atención desde el sistema sanitario, considerándolo específicamente en los grupos vulnerables, constituido por las mujeres que pueden o que ya sufren violencia, o al grupo familiar que convive con la víctima (Raya, 2004).

Como demuestran varios estudios de la literatura consultada (Glass, 2001; Mota, 2008; Wand Timothy, 2006; Schimanski, 2009, Newberry, 2006, y Alberdi, 2002), la formación en Violencia de Género que deben recibir los profesionales de la salud debe ser de calidad, además de incluir aspectos fundamentales para la detección de nuevos casos, utilizando múltiples estrategias, así como permitir la puesta en macha de los recursos disponibles que las administraciones regionales y nacionales ponen a disposición de estas mujeres.

Es fundamental promover el conocimiento por los profesionales sanitarios del “Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género”, así como de los modelos de comunicación a Fiscalía y a los Órganos

Judiciales y remitir el parte de lesiones correspondiente de las víctimas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 1, 2012). Todo esto será desarrollado con posterioridad a lo largo de todo el recorrido de nuestro estudio.

6.2 ACTUACIÓN ANTE LA MUJER CON VIOLENCIA DE GÉNERO.

Los actos o las amenazas de violencia contra la mujer, ya se trate de actos que ocurren en el hogar o en la comunidad, o de los actos perpetrados o tolerados por el Estado, infunden miedo e inseguridad en la vida de las mujeres e impiden lograr la igualdad, el desarrollo y la paz, por lo que esto puede ser una limitación para acceder a un mecanismo de auxilio (Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), 1998).

Unido a esto, como ya vimos, se encuentra todavía la existencia del poder históricamente de desigual entre mujeres y hombres, que suele manifestarse con actos de violencia contra ellas, lo que ha conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación contra la mujer y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo, e incluso, a la adquisición de actitudes de miedo que dificultan y mucho el acceso a medios de lucha contra la Violencia de Género (Segura, 2008).

En el ciclo vital de las mujeres, la violencia ante ellas (SERNAM, 1998) va siguiendo esencialmente pautas culturales. La denominación violencia doméstica, invisibiliza las diferencias de condición entre víctima y agresor, por lo que muchas veces no es aceptable en el marco del análisis de género, siendo el término más aceptable la denominación de Violencia de Género, aunque como ya indicamos nosotros no entraremos a valorar la denominación más correcta, ya que como hemos visto y veremos la evolución de dicha denominación es trascendental y de cierta importancia, pero sobre todo esta evolucionando constantemente.

Ante una sociedad cada vez más multicultural, los profesionales sanitarios se tienen que adaptar a los diferentes ideales culturales con los que se enfrenta en su lugar de trabajo, donde cualquier forma de violencia puede ser valorada o aceptada, dependiendo de la mujer a la que estén atendiendo en ese momento (OMS, 2012). La violencia contra la mujer en la pareja

(Plazaola-Castaño, 2004) constituye un importante factor de riesgo para la salud de ellas, tanto física como mental, por lo que muchas de las víctimas buscan asistencia sanitaria para los problemas derivados de la violencia que sufren. Por lo que es importante que la asistencia sanitaria se realice mediante intervenciones integrales, utilizando para ello una formación acorde a la importancia del problema y adecuada a la situación a la que se enfrentan.

Esta formación puede regular la variabilidad e improvisación que muchas veces asumen los profesionales sanitarios cuando se encuentran ante mujeres que presentan signos y/o síntomas de un abuso por parte de su pareja, permitiendo una respuesta profesionalizada y manifestando muestras de una gran seguridad evitando así las improvisaciones (Lasheras, 2008).

Considerando que prácticamente todas las mujeres entran en contacto con los servicios de salud en algún momento de su vida, ya sea para una revisión, por motivos relacionados con la maternidad o para acompañar a algún familiar en el ámbito sanitario, éste se convierte en un contexto privilegiado para identificar a las mujeres que sufren abusos por parte de sus parejas, de manera que los profesionales sanitarios se convierten en la piedra angular de la atención (Ruiz-Pérez, 2004).

Los diferentes organismos oficiales, como la OMS, consideran que la sociedad debe implicarse y tomar parte importante para su disminución y erradicación con la participación de todos los agentes sociales y sanitarios (Swanson, 2000; OMS, 2013). No solamente debe ser un problema de salud, sino que debe ser considerada como una violación de los derechos humanos de la mujer (Blanco, 2004; Coll-Vinent, 2008). Por lo que una actuación adecuada llevada a cabo sobre la población con el fin de promover la denuncia de los posibles casos, así como poner en marcha acciones de sensibilización sobre los profesionales de la salud, para que puedan reconocer casos de Violencia de Género, evitando el paso desapercibido de las mujeres que acuden a los servicios de Urgencias de nuestro Sistema de Salud, favorecería la disminución de la incidencia de este tipo de maltrato (OMS, 2013).

Un aspecto importante es que una vez comprobados los factores de riesgo que presenta la víctima, cuando acude a las consultas de los profesionales (Cherniak, 2005) y, tras establecer prioritariamente un buen plan de seguridad (Swanson, 2000) que haga disminuir la situación de peligro que presenta la víctima, se debe de realizar un buen asesoramiento que actúe incrementando sustancialmente la autoestima de la mujer maltratada. Los profesionales deberán por tanto, asesorar además de esclarecerle todas las dudas e indicarle todos los medios materiales y humanos con los que cuenta y, si es necesario, derivar a los recursos locales y/o estatales para su protección incidiendo en la recuperación de su salud cuando la paciente sufre dicho maltrato (Cirici, 2010).

Una vez establecido todo lo referente al asesoramiento y protección de la víctima, es importante instaurar con ella una relación de continuación para valoración, asesoramiento y control de los problemas que puedan mostrarse con posterioridad (Weil, 2015).

La mayoría de los Servicios Sanitarios como Centros de Salud, Servicios de Urgencias y Emergencias, han desarrollado Protocolos y Procedimientos de Actuación, con el propósito de identificar, detectar, seguir y responder a las demandas de la asistencia de las mujeres víctimas de malos tratos. Los profesionales de la salud deben estar involucrados con la policía y el sistema judicial para el tratamiento correcto e integral dirigido a la víctima (Henwood, 2000). Pero además de establecer esta relación con otros organismos implicados en la atención de la víctima, los profesionales deben de utilizar de forma adecuada, los programas de Screening existentes pudiéndose utilizar en cualquier servicio al que acude la mujer, desde servicios frecuentados habitualmente tras una lesión, hasta los menos frecuentados, como puede ser la consulta del dentista o cirugía maxilofacial, a las que acuden derivada de las lesiones leves ocasionadas por el maltrato físico (Coulthard, 2004)

En ocasiones, ante estos problemas que pueden presentar en las citadas consultas, estas mujeres son infravaloradas, por lo que no se investiga si son víctimas de malos tratos, ni qué tipo de maltrato presentan en el

momento de acudir a la consulta. Una de las causas aparentes de ese paso desapercibido, es la falta de tiempo que tienen los profesionales sanitarios para poder atender de forma adecuada a las mujeres que van a su consulta, a lo que se le debe añadir que la mayoría de las víctimas presentan, generalmente, más violencia psíquica que física o sexual, por lo que es más difícil de detectar y atender (Ruiz-Pérez, 2010).

6.3 LOS PROFESIONALES SANITARIOS ESPECIALISTAS EN VIOLENCIA DE GÉNERO.

Debemos ahondar más sobre el tema, e intentar averiguar si los sanitarios ven necesaria la creación de una figura sanitaria especialista en Violencia de Género, que atienda a la víctima tanto en los Centros Sanitarios como en su domicilio, tal y como ocurre en países como Estados Unidos (Willson, 1998), donde queda evidente la existencia de la figura de la enfermera de práctica avanzada con experiencia en las habilidades de búsqueda de casos. Esta enfermera de prácticas avanzadas se encarga de aconsejar en cuestiones de prevención, manejo de casos y el conocimiento de recursos y referencias.

Para la adquisición de estas habilidades deben actuar como proveedores/as esenciales para la prevención de la violencia doméstica y su detección, puesto que la Violencia de Género, por si misma, presenta una complejidad clave que hace que en los sistemas sanitarios sea necesario un plan de acción conjunta constituido por un equipo interdisciplinar compuesto principalmente, por enfermeras líderes, educadores, investigadores y otros profesionales que intervienen en ayudar a diseñar y desarrollar acciones necesarias para reducir su incidencia.

Los profesionales de enfermería (Bradbury-Jones, 2015) que se encuentran en contacto con mujeres que pueden ser víctimas, sobre todo en Atención Primaria y especialmente en los Servicios de Urgencias y Emergencias, gracias a los programas de Screening (vacunaciones, programas de detección de cáncer de mama y también dentro del programa de detección prenatal, cuando la mujer acude para la revisión de su embarazo), pueden actuar mediante la identificación de dichos casos y/o proveerle de medidas para poder evitar su aparición o proporcionarles recursos, que en sus manos permitan actuar desde el inicio (Hegarty, 2013). Pero no solo deben de actuar en las mujeres con sospecha de poder sufrir casos de Violencia de Género, sino que debe de intervenir sobre mujeres en general, aunque no se sospeche

de ser víctimas de malos tratos, de manera que estos sirvan para proveerle de medios de prevención mediante tácticas de control de factor de riesgo (como por ejemplo, actuar desde la adolescencia, en proceso de identificación de posibles casos y realizar medidas de prevención del acoso por parte de sus parejas)

Viendo la importancia que tiene este hecho, el Parlamento Europeo, propone; a todos los estados miembros, la creación de “multi-agencias”, en las que las víctimas puedan contactar con las autoridades, en las que existan responsables en diferentes organismos tales como, en la policía, fiscales, servicios sociales y sanitarios y que estos responsables sean profesionales especialistas para tratar de forma eficaz a las víctimas de Violencia de Género (Parlamento Europeo, 2005).

La existencia de este tipo de profesionales específicos que puedan atender de forma más eficaz, correcta y eficientemente a las mujeres una vez que han sido detectadas, además de forjar grupos de trabajo con profesionales asistenciales, evitaría problemas de organización que pueden impedir la identificación y establecimiento de nuevas pautas de actuación (Blanco, 2004; Siendones, 2002; Cobo, 2010), para ello fundamental es crear estos responsables de Violencia de Género en cada área para conseguir intervención apropiada no solo dirigidas hacia la víctima sino también hacia el profesional que la detecta (Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia, 2011).

Aquí es donde enfermería puede desarrollar una faceta importante en los sistemas sanitarios con una cierta especialización. Dentro del asesoramiento de este tipo de profesionales especialistas se encontraría también proporcionar a las víctimas habitaciones para poder refugiarse del agresor, apoyo emocional, así como todos los bienes materiales que necesite, con el fin de desenvolverse, tales como ropa, vivienda, abogados o dinero (Willson, 1998).

Resultaría fundamental que estos profesionales sanitarios especialistas deberían coordinarse con otros profesionales tales como policía, jueces, psicólogos y trabajadores sociales (Siendones, 2002). Es esencial que exista una buena comunicación entre los profesionales sanitarios con el juez de guardia para la protección de la víctima por lo que la existencia de profesionales especialista facilitaría esta labor (Palomo, 2004).

La actuación de estos profesionales de Urgencias y Emergencias permitiría instaurar mayores vínculos con la mujer, pues acude a los mismos de forma repetida, continuada y no siempre para demandas de la propia víctima. De manera que cuando se establezca esa relación más estrecha con la víctima, es ese el momento ideal para realizarle la pregunta directa, indicándole si está siendo víctima de dicho maltrato (Sala, 2010). Es aquí donde los profesionales especialistas sobre todo en los servicios donde acude por primera vez la víctima tras producirse una lesión (Servicios de Urgencias), desempeñarían una función muy importante ya que estarían involucrados en la atención de la víctima desde inicio, de manera que proporcionaría esa atención integral tan necesaria sabiendo lo que precisa desde el principio.

6.4 SITUACIONES ESPECIALES DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

Se debe de tener en cuenta no sólo los diversos aspectos que pueden estar presente en las mujeres víctimas de Violencia de Género o servir de llamada de atención a los profesionales sanitarios, ya que no sólo son las maltratadas quienes acuden a los Servicios de Urgencias para recibir atención. Se ha comprobado que, tanto la víctima como el agresor, acuden hasta 10 veces con mayor frecuencia a los centros hospitalarios para ser atendidos de patologías traumáticas, producidas durante la agresión, en comparación con individuos (hombres y mujeres) de su misma edad y características.

Las lesiones que suelen presentarse, serán más graves dependiendo del estado psicopatológico del agresor y sobre todo, de la agresividad que presente el mismo. Por lo tanto, en los Servicios de Urgencias de Traumatología de los centros hospitalarios se deberá prestar atención cuando, tanto víctima como agresor, acudan para recibir asistencia y se tenga sospecha de que ésta haya sido ocasionada como consecuencia de un proceso de malos tratos (Kothari, 2014).

En la actualidad, la conformación de los colectivos sanitario se ha observan un aumento significativo del porcentaje de mujeres y esto es especialmente importante en el colectivo enfermero, que está constituido por más 84% del total (INE, 2013). Estas profesionales sanitarias también pueden ser víctimas, todo esto conforma un escenario posible ya que puede que dichas profesionales puedan sufrir actos de Violencia de Género por parte de sus parejas convirtiéndose éste, en un posible problema en crecimiento, tal y como queda reflejado en un estudio realizado en enfermeras que desarrollaban sus actividades profesionales en Hospitales de diferentes distritos sanitarios de Andalucía (Rodríguez, 2011).

En este estudio, se pudo extraer que un 33% de las encuestadas habían sufrido algún tipo de maltrato, lo que supone un aumento de la prevalencia con

respecto a la población general española (Ruiz-Pérez, 2006). Sin embargo, llamaba la atención que dentro del tipo de maltrato que presentaban las enfermeras, el más frecuente era el maltrato psicológico, pero la ocultación de este maltrato por parte de las víctimas era más habitual que con respecto a la población general, a pesar de ser profesionales sanitarias. Las enfermeras víctimas deberían de tener más posibilidades para conseguir ayuda y apoyo, supuestamente al ostentar una mayor sensibilidad hacia este tipo de agresiones, pero al parecer, no ejercían el poder que suelen contar en esa posición de privilegio.

7. FORMACIÓN Y RECURSOS SANITARIOS EN VIOLENCIA DE GÉNERO.

7.1 IMPORTANCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIO DE URGENCIAS COMO PRIMER CONTACTO DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

Los profesionales sanitarios de Urgencias constituyen el primer contacto que tienen los pacientes, entre ellos se encuentra las mujeres víctimas de Violencia de Género, cuando se ponen en contacto con el Sistema Sanitario en caso de necesidad importante, rápida y urgente (Lasheras, 2008). Todo usuario que acude a este tipo de Servicio deben de ser clasificado utilizando un sistema de triaje de urgencias y emergencias, conocido como "emergency triage", por la que suelen pasar las mujeres víctimas de Violencia de Género, pero el lugar donde se realiza esta clasificación no es propicio para la valoración de este tipo de pacientes (Committee on Health Care for Underserved Women, 2012).

Debemos de tener en cuenta, que no en todas la Comunidades Autónomas se cuenta con los mismos recursos, ni la misma organización sanitaria, aunque es generalizado que existe diferencias entre la atención recibida a nivel hospitalario que a nivel extrahospitalario (Pastor, 2017). Además sigue sin existir una especialidad propia de Urgencias tanto para médicos como para enfermeros, lo que dificulta aun más si cabe la actuación adecuada y acorde a las circunstancia laborales tan particulares (Coll-Vinent, 2015), siendo muy importante la adquisición de destrezas profesionales, habilidades y técnicas adecuadas para poder reconocer síntomas de Violencia de Género en una posible víctima (Sánchez, 2015).

En la actualidad, estos servicios de Urgencias se encuentran saturados se trata de un problema global que suele afectar a un gran número de pacientes. Estos servicios de Urgencias son considerados como los ámbitos asistenciales que con más frecuencia se pueden llevar a cabo acciones de detección, tratamiento de lesiones y síntomas más graves de las pacientes que

llegan para recibir asistencia (Hegarty, 2013). Pero la situación de saturación, el reducido tiempo que se dispone para valorar a este tipo de pacientes y los cambios organizativos y asistencias tan cambiante minuto a minuto debe de considerarse como un problema que suele afectar a la calidad y la seguridad de este tipo de paciente (Flores, 2011)

7.2 FORMACIÓN SANITARIA ESPECÍFICA EN VIOLENCIA DE GÉNERO.

Gracias a todos los esfuerzos realizados por las organizaciones sociales, unido con las medidas de prevención y actuación que se han llevado a cabo por las autoridades judiciales, políticas y sanitarias (Raya, 2004), pero sobre todo a la propia sensibilización de la sociedad y de los profesionales (Macias, 2012), se ha conseguido que en la actualidad se haya producido una disminución significativa del número de víctimas por Violencia de Género (Consejo General del Poder Judicial, 2012; Instituto de la Mujer, 2014). Aunque en un número considerable de veces son los profesionales sanitarios y especialmente los profesionales que trabajan en los servicios de Urgencias y Emergencias, los encargados de identificar y poner en marcha todos los mecanismos para la protección de la mujer víctima, tanto médicos como enfermeros deben estar formados para poder identificar los posibles casos o situaciones de riesgo de las víctimas, así como proporcionarle los mecanismos de apoyo y/o atención que precise en ese momento. Además como ya indicaremos son los Servicios de Urgencias y Emergencias, los sitios más adecuados para dichas acciones, ya que constituyen el eslabón inicial con la que la víctima se pone en contacto cuando ha sufrido malos tratos, resultado esencial que dichos profesionales tenga una muy buena formación en Violencia de Género y conozcan sobre todo el Protocolo de Actuación Sanitaria en casos de Violencia de Género (Dirección General de Salud Pública y Alimentación, 2008; Blanco, 2004; Siendones, 2002; Rojas Loría, 2015; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 1, 2012).

La relevancia de la formación es tan importante, que el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), que se celebro en febrero de 2010, aprobó, entre otras cosas importantes, los contenidos comunes básicos relativos a la formación de los profesionales sanitarios cuyo objetivo final es realizar una actuación común ante casos de Violencia de Género. Para ello, el Consejo analizó el Informe anual de Violencia de Género del año 2008 (Consejo General del Poder Judicial, 2009), en el que evaluaban

las características más importantes, comunes y destacadas de las mujeres que morían a manos de sus parejas; y cual era las característica de las mujeres que tenían mayor riesgo.

Tras el estudio y la evaluación actualizada de esta situación de violencia, en la que también se incluyeron un número importante de artículos científicos relativos al análisis pormenorizado de este tipo de violencia, se comenzó con la elaboración de los contenidos básicos de la formación. Dentro de los contenidos educativos para la formación de los profesionales sanitarios, aparecían el marco normativo actualizado con todo el marco legal básico en la materia, materiales didácticos como libros y monografías, además de un conjunto de páginas web de instituciones especializadas en género y Violencia de Género (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010).

Incluido dentro del contenido didáctico se estableció como básico, una división en 6 grandes áreas, abarcando desde áreas que contenían conceptos básicos sobre género, desigualdad y Violencia de Género, otra área relativa al impacto de la violencia sobre la salud de las mujeres, en otra aparece reflejada la actitud del personal sanitario ante dicha situación, además de la actuación sanitaria en Atención Primaria y Especializada pero sobre todo en los servicios de Urgencias, la realización exhaustiva de la valoración de la víctima, los recursos con los que cuenta, las derivaciones a otros servicios especializados y finalmente se centraba en los aspectos éticos y legales. Todo esto, permitía a los profesionales que se formen de una forma tácita y fehaciente en relación con todos los conceptos, procedimientos y el marco legal existente, para permitir aumentar la detección de un mayor número de mujeres víctimas de violencia machista, proporcionando las medidas adecuadas de protección y poder establecer los sistemas de apoyo que puedieran necesitar los profesionales sanitarios (Bugarín, 2014).

Siguiendo las directivas marcadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, unido a la inclusión de aquellos aspectos relevantes que se recogen en el Protocolo de Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

(Dirección General de Salud Pública y Alimentación, 2008), propuso la conformación de un marco de Estrategias de Acciones en Salud frente a la violencia hacia las mujeres. En este documento se ofrecía una serie de criterios básicos para facilitar la planificación y programación de acciones formativas orientadas a la prevención, detección y atención a las mujeres expuestas a la violencia por parte de sus parejas. En este marco, se establece que dentro de los criterios básicos de los programas formativos, se debe de incluir la perspectiva de género, además de que dichos contenidos se engloben desde una perspectiva integral, interdisciplinar y especializada, especialmente en la atención de la víctima en los Servicios de Urgencias y Emergencia. Asimismo, se indica que todos los programas formativos deben de estar dirigidos hacia las mujeres, con acciones de prevención y tratamiento, pero en los que se deberán de incluir también a los hijos e hijas, como víctimas testigos presentes en un hogar, se trata de un sector de la población poco protegido y muchas veces olvidado (Horno Goicoechea, 2006).

Por tanto, se ve necesario facilitar un plan de seguridad y de derivación efectiva de estas víctimas con programas de seguimiento una vez que son detectadas sobre todo cuando acuden o son asistidas por profesionales de Urgencias inmediatamente después de haber sido agredidas. Si tras la realización de informes referentes a la situación familiar de la víctima, se observara la presencia de niños en situación de riesgo, los profesionales de Urgencias deberán de poner en marcha medidas correctoras y de ayuda para evitar esa situación de riesgo y los efectos negativos que pudieran aparecer (Cherniak, 2005).

Si se realizara una formación adecuada de los profesionales sanitarios que atienden a dichas víctimas, permitiría contar a estos con todos los medios que permitieran mejorar la detección de casos de Violencia de Género, la prevención y llevar a cabo medidas de actuación sobre la víctima. Esta importancia queda dispuesta en una Guía Didáctica de Diagnóstico e Intervención Sanitaria en Violencia de Género, en concreto la que ha publicado el Instituto Asturiano de la Mujer y el Servicio de Salud del Principado de

Asturias (Magdalena, 2011), en la que se incluye como uno de los objetivos principales, la formación adecuada del profesional sanitario.

Para ello, los profesionales deberán de adquirir una serie de conocimientos teóricos y un conjunto de habilidades que faciliten el diagnóstico y la intervención en estas situaciones. Se trata por tanto, de un proceso lento de aprendizaje con la incorporación de herramientas de intervención, trabajo multidisciplinar y un adecuado uso de los recursos existentes. Esta guía didáctica está dividida en dos partes, en la primera, se hace una breve revisión teórica de los conocimientos fundamentales sobre malos tratos y violencia, mientras que, en la segunda parte se realizan cuatro talleres didácticos en la que se combinan la utilización de medios audiovisuales con trabajos en grupo sobre diferentes casos de Violencia de Género a los que se puede enfrentar los miembros de un equipo sanitario.

La Consejería de Sanidad y Consumo, concretamente en la Región de Murcia, siguiendo también los criterios del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), ha puesto en marcha el Plan Integral de Formación en Violencia de Género que se establece como el marco general para el diseño y desarrollo de las actividades de formación en Violencia de Género. Dentro del conjunto de actividades van dirigidas a todo el personal sanitario y no sanitario del Servicio Murciano de Salud, en el que establecen una serie de actuaciones transversales de prevención, intervención y asistencia, poniendo gran interés en los/as responsables de Violencia de Género de los diferentes centros de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias y de los centros hospitalarios de la Región de Murcia (Gea, 2009).

Estos responsables deben de cursar las diferentes actividades de formación contempladas en el itinerario formativo. Además conforma la red de responsables de Violencia de Género, realizarán acciones de sensibilización, de análisis de las dificultades, propondrán soluciones para facilitar a los profesionales sanitarios que lo soliciten, la implantación y la puesta en conocimiento del Protocolo Común para la Actuación en caso de Violencia de Género y finalmente el propósito principal es seguir con la consolidación de la

red de responsables de Violencia de Género (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2010).

La importancia de la formación no solo tiene que estar centrada en la Violencia de Género propiamente dicha, como ya se ha indicado varias veces, sino que también deberá de incluir aspectos de igualdad y respeto a los derechos fundamentales de la infancia y adolescencia, refuerzo de la prevención en sentido amplio con actuaciones tales como la visibilización del problema, de concienciación, de formación de agentes, en los que se incluye los profesionales sanitarios (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014; Blanco, 2004).

La formación constituye el primer eje transversal de la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer, ya que una formación adecuada permitiría la consecución de los objetivos establecidos dentro de la estrategia, no obstante para que los resultados sean buenos y de calidad, primeramente se necesitará que los profesionales se quieran formar, y por tanto, ostenten aspectos como responsabilidad individual, capacidad, capacitación, preparación e implicación. Con las acciones de formación, responsabilidad, motivación y sensibilización se conseguiría el perfeccionamiento de sus aptitudes y competencias personales y profesionales que irían encaminadas a la consecución del objetivo común, que es lograr una sociedad libre de violencia contra la mujer (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014; Siendones, 2002; Rojas, 2015).

Mediante la formación especializada se suele adquirir y desarrollar el conjunto de recursos profesionales, destrezas, habilidades y técnicas para poder relacionarse con la víctima. Todo esto, constituye un aspecto necesario dentro del conjunto de estrategias de intervención profesional, en la que también se incluye la escucha activa, la distancia terapéutica, la capacidad de contención, la identificación y el manejo de los aspectos contratransferenciales (constituido por el conjunto de efectos que se producen en la subjetividad del profesional que atiende a estas víctimas generalmente es todo lo que le

provoca, lo que le suscita o lo que le hace sentir) (Blanco, 2004; Sánchez, 2015).

Se debe de establecer como principio fundamental dentro de los criterios de formación en Violencia de Género, un entrenamiento en aspectos tales como la detección, valoración y capacitación en una intervención de crisis. Dentro de esos cursos de formación específica se debería de incluir contenidos actitudinales con capacidad para generar una actitud proactiva para intervenir e intentar hacer un seguimiento de dichos casos seguir los casos. Todo esto, debe de permitir desarrollar una capacidad crítica frente a los estereotipos sexistas, desarrollar actitudes empáticas estableciendo contacto con las mujeres expuestas, establecer estrategias didácticas, que deberían de potenciar para el desarrollo de una mirada autorreflexiva de los profesionales que las atienden (Siendones, 2002; Sánchez, 2015). Pero sobre todo, se recomienda dentro de los programas formativos, la realización de experiencias grupales interdisciplinares y multiprofesionales, que favorezcan el intercambio de experiencias y la puesta en escena de situaciones comunes a la práctica profesional. No solamente se debe de cumplir todos estos aspectos, además lo idóneo es que la formación tenga continuidad y se intercale en periodos formativos normales, se trabaje en la práctica cotidiana, y que ésta se priorice sobre quienes están en la primera línea de atención a las mujeres, tales como profesionales que trabajen en Atención Primaria, Servicios de Urgencias y Emergencia y Atención Especializada como Ginecológica y Obstetricia, Traumatología y Salud Mental (Lasheras, 2008).

Para que la atención ofrecida a la víctima sea eficaz y eficiente, la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2009), estableció una serie de Criterios de Calidad para la Formación Básica de profesionales que se encuentran en contacto con las víctimas de malos tratos. Dentro del conjunto de objetivos generales que deberían de cumplir a la finalización de su formación, estaría la de proporcionar a la víctima una atención integral, continuada y de calidad desde la perspectiva de género, proponiendo además un conjunto de medios que faciliten la mejora de la

calidad y de la equidad en la atención, incluso los profesionales deberían de apoyar a la Administración Pública Sanitaria en la organización de su propia formación, compartiendo los procesos, materiales y las buenas prácticas con sus compañeros para la extensión de este proceso de sensibilización. De esta manera, la formación sería compartida y llegaría al mayor número de profesionales posible.

La importancia en la formación es tan evidente, que en un Informe del Parlamento Europeo sobre "la Violencia ejercida contra las mujeres y las futuras acciones que se debe de llevar a cabo", se pide a los Estados miembros de la Unión Europea, que entre las medidas que se deben adoptar para asegurar la protección y el apoyo de las víctimas (en las que se incluye también a las víctimas potenciales), está la de proporcionar una formación adecuada a los cuerpos policiales, al personal judicial, al personal sanitario especialmente de los Servicios de Urgencias, educadores, monitores de jóvenes y asistencia social; de manera que puedan detectar la aparición precoz de síntomas de violencia, y ponerlo en conocimiento lo más rápidamente posible (Parlamento Europeo, 2005).

Para realizar a dichas mujeres un tratamiento adecuado, sobre todo los/as profesionales sanitarios/as de Urgencias a parte de realizar una búsqueda de nuevas herramientas sobre todo en cuestiones como la detección y la valoración, deberían formarse de forma correcta ya que no son capaces de ayudar a estas mujeres adecuadamente, si no rompen sus prejuicios (Sánchez, 2015).

7.3 CONOCIMIENTO DEL PROTOCOLO COMÚN PARA LA ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y DEL RESTO DE PROTOCOLOS EXISTENTES.

A los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias, como hemos visto, se les puede dotar de una formación específica adecuada para la atención a las víctimas de malos tratos, pero esto no es suficiente para que ésta sea completa e integral. Es importante que éstos, también puedan recurrir cuando crean que es necesario, a una serie de herramienta que les facilite el trabajo cuando surjan dudas o necesidad de algún tipo de consulta. Esta herramienta es el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, ya que constituye la guía básica de consulta habitual de los profesionales sanitarios que atienden a las víctimas y es empleado principalmente para disminuir los posibles errores u omisiones, que les puedan surgir en el desarrollo normal de la atención ante una posible víctima (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 1, 2012).

El protocolo se elaboró gracias a la participación de grupos de trabajo muy heterogéneos, con la representación de los diferentes miembros de las Comunidades Autónomas, de los representantes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, miembros del Instituto de la Mujer y miembros de las diferentes Delegaciones del Gobierno en temas de la mujer. Se pone en marcha debido al cumplimiento de las medidas y actuaciones de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (España. Ley Orgánica 1/2004).

Esta gran herramienta tiene por objetivo principal "establecer una pauta de actuación normalizada y homogénea para el Sistema Nacional de Salud (SNS), tanto para la detección precoz como para la valoración y actuación ante los casos detectados y el seguimiento de los mismos. Además de ofrecer orientaciones al personal sanitario del Sistema Nacional de Salud para la

atención integral - física, psicológica, emocional y social - a las mujeres que sufren Violencia de Género y que acuden a un centro sanitario".

Igualmente en su punto número 5, establece la importancia que tiene el personal de los Servicios Sanitarios en la actuación para el reconocimiento de casos de Violencia de Género, estableciendo que "desde los servicios sanitarios se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las mujeres que sufren violencia, ya que la mayoría de las mujeres entran en contacto con ellos en algún momento de su vida (embarazo, parto, cuidado médico de los hijos o hijas, cuidado de las personas mayores, etc.). Además, los malos tratos afectan a la salud de las mujeres por lo que éstas acuden más a los servicios sanitarios, en particular a Atención Primaria, Urgencias, Obstetricia y Ginecología y Salud Mental". Estableciendo la atención en Urgencias como un punto de especial importancia para la detección y atención de la víctima y que su papel es muy importante para evitar el paso desapercibido de las víctimas.

La protección y actuación de este Protocolo va dirigida a mujeres mayores de 14 años que sufren violencia y malos tratos, con independencia de quien sea el agresor. La mayoría de las actuaciones se centran en la violencia ejercida por la pareja o ex parejas, ya que ésta es la forma de violencia más común en nuestro país (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 1, 2012).

El conocimiento de la funcionalidad de este Protocolo Común de Actuación Sanitaria es imprescindible, ya que las víctimas acuden generalmente a los servicios sanitarios para su atención, y especialmente a los Servicios de Urgencias y Emergencias Hospitalarias y Extrahospitalarias. Estos servicios deben actuar de forma rápida y efectiva, ya que muchas veces se pone en riesgo la vida de la propia mujer. Sin embargo, en el ámbito de la atención de Urgencias y Emergencias, se deben de superar una serie de inconvenientes que pueden dificultar la detección y actuación en la víctima. En este tipo de servicios tan especiales y específicos, los profesionales sanitarios tienen una alta rotación laboral, unas capacidades limitadas para llevar a cabo una formación adecuada y principalmente trabajan en ambientes de mucho

estrés y rapidez, por lo que a veces puede considerarse como algo limitado y no ser detectadas muchas situaciones de Violencia de Género. Pero sin embargo, la asistencia de urgencias es el mejor momento para la prevención, detección y actuación en las mujeres víctimas ya que éstas, son más sensibles al haberse visto implicadas con lesiones recientes y evidentes (Hegarty, 2013).

La puesta en marcha de este tipo de Protocolo y su conocimiento por parte de todos los profesionales sanitarios, especialmente de aquellos que se encuentren en contacto directo con las víctimas, conseguiría en muchos casos la paralización de situaciones que pueden desencadenar a una posible situación de Violencia de Género. Aunque es muy difícil que se puedan identificar los casos de Violencia de Género cuando no existe lesión física, se puede llegar a ser capaz de identificarlos, si los profesionales sanitarios, profundizan mediante una relación terapéutica, en aquellos elementos psicosociales y de género que tienen que ver con la forma y el estilo de vida de quién la padece (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012).

En el mismo Protocolo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 1, 2012), se hace referencia en un apartado exclusivo, a la actuación en caso de que una mujer que sufre Violencia de Género acuda a los Servicios de Urgencia de Atención Primaria y/o Especializada (Anexo 1. Algoritmos de actuación sanitaria en caso de Violencia de Género).

El Protocolo incluye recomendaciones para la ejecución de un conjunto de medidas en el caso de producirse una detección. Dentro de estas medidas se incluye la de mantener una actitud alerta prestando atención sobre todo a los signos y síntomas que puedan hacer pensar que la paciente sufre malos tratos, unido a un conjunto de intervenciones asistenciales, especialmente fundamental resulta la atención al estado de salud de la mujer en las vertientes física y/o psicológica, pero sobre todo se debe de establecer un diagnóstico y realizar una atención adecuada a las características de la víctima. Se establece como algo fundamental, realizar una valoración de la seguridad y del riesgo en la que se encuentra la mujer, proporcionándole toda la información que precise

y se derivará de acuerdo a los protocolos sanitarios e interinstitucionales existentes en cada Comunidad Autónoma.

Finalmente, pero no menos importante, se realizará un conjunto de acciones legales, ya que existe la obligación de poner en conocimiento de la autoridad judicial la existencia de algún posible caso. De manera que se deberá de cumplimentar un parte de lesiones en la que se constatará la existencia de malos tratos o si esas lesiones pueden provenir de un posible caso, detallando en un informe médico todas las lesiones presentes en la víctima (Anexo 2. Informe clínico por malos tratos), y además se deberá de adjuntar con el correspondiente "parte al Juzgado" y se notificará al mismo, de la forma más rápida y completa posible (Anexo 3. Medidas derivadas de las decisiones judiciales a partir de la emisión del parte de lesiones sanitario).

Toda la información recogida deberá quedar registrada en la historia clínica de la paciente. En el informe médico por malos tratos deberá recogerse por un lado, los datos de filiación de la víctima, exposición de los hechos que motivan la asistencia con la fecha, hora y lugar de la agresión según la declaración de la víctima, antecedentes personales de interés, la exploración física donde se describa las lesiones, el estado emocional actual de la víctima, exploraciones complementarias si las hubiera, el diagnóstico, tratamiento aplicado, el plan de actuación y las observaciones que precise. En este informe deberá de costar los datos del facultativo que la atendió, con el número de colegiado, la fecha y firma de la víctima.

Los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias pueden recurrir, cuando lo precisen, al conjunto de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género que están incluidas en la Ley, aunque también tienen que tener presente, que cada Comunidad Autónoma las ha adaptado a las circunstancias especiales de su ámbito de actuación (España. Ley Orgánica 1/2004, 2004). En esta Ley se establece el deber que tienen los sanitarios de aplicar los protocolos ante estas agresiones, para que puedan realizar una detección precoz además de proporcionales el apoyo asistencial a las víctimas que necesiten.

La aplicación del Protocolo debe de estar relacionada con la asistencia directa a la víctima, muy frecuente en los Servicios de Urgencias por lo que convierte a los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias, en el cuerpo sanitario perfecto para la atención de las víctimas (Hegarty, 2013, Cirici, 2010). Sin embargo, la asistencia a las víctimas se debe de realizar en un ambiente donde perdure la tranquilidad, seguridad y privacidad de la mujer, conservando la confidencialidad durante el desarrollo de la misma y que además se recoja toda la información y se incorpore en la historia clínica de la paciente. Esto muchas veces, es difícil de realizar en los Servicios de Urgencias y Emergencias, ya que el ambiente donde se desarrolla este tipo de trabajo no es el propicio, aunque esto resulte una desventaja, se debe de superar (Committee on Health Care for Underserved Women, 2012).

A pesar de que la aplicación constituye el eje central de la atención a las víctimas con Violencia de Género, muchos de los profesionales sanitarios no suelen aplicarlo porque incluso desconocen de su existencia, generalmente por falta de formación al respecto, constituyendo un grave problema para la víctima al no recibir la atención adecuada (Alonso, 2006).

La aplicación del Protocolo, la puesta en común de conceptos, los recursos y la capacitación del profesional sanitario son imprescindibles ya que juega un papel fundamental para fortalecer todos los servicios que se ponen en marcha dirigidos a la víctima. Además este Protocolo suele emplearse generalmente para los casos en los que la víctima se niega a denunciar, o cuando los profesionales que la atienden tienen fundadas sospechas de que sufre malos tratos físicos o psíquicos, en los que no se observan claras evidencias de ellos. Ante una sospecha fundada, éstos deben poner en marcha dicho protocolo como ya hemos dicho anteriormente, además de redactar un parte de lesiones, si las hubiera y finalmente deberán de emitir una comunicación a la Fiscalía para que investigue el caso (Colombini, 2008, Ortiz-Barreda, 2011).

En muchas ocasiones no se conoce las causas por la que los profesionales sanitarios no aplican el Protocolo cuando se encuentran en

contacto con una víctima, por lo que resulta fundamental conocer y evaluar cual es la causa, intentando averiguar cual es el grado de formación, las barreras de actitud y las barreras organizativas, además de las propuestas de mejora. En un estudio realizado sobre profesionales sanitarios, se analizaron como datos de relevancia, que el 51,1% de éstos, presentaban un nivel medio de conocimiento sobre la problemática de la Violencia de Género, además del total de profesionales consultados, y aunque reconocen que la violencia de Género es un problema importante, existe un tercio de los mismos, que desconocían el funcionamiento del protocolo interno de actuación en caso de atender a una víctima y dentro de los profesionales que conocían el protocolo, el 78% consideraban que lo aplicaban bien.

Pero además el 84,1% de los sanitarios opinan que la resolución de los casos de Violencia de Género, así como la puesta en marcha de acciones de prevención, detección y atención debe ser una labor conjunta que compete a policías, jueces, psicólogos, trabajadores sociales y los propios sanitarios, mientras que el 41,5% de los sanitarios consideraban que la infradetección mejoraría si hubiera un cambio de actitud y ésta fuera más activa tanto de las víctimas como de los profesionales. Finalmente, el 78% de los sanitarios considera que la principal función con respecto a los casos de Violencia de Género es la identificación y la detección, seguido del asesoramiento, la escucha activa y el apoyo; y por último, la denuncia de los hechos (Siendones, 2002).

Con el propósito de que su aplicación sea efectiva en todos los casos de mujeres que consultan en los servicios de salud sobre todo en los servicios de Urgencias y Emergencia, que tengan o hayan tenido pareja y gracias a la inclusión de acciones para la detección precoz, la atención en programas específicos y la existencia de una comisión de multiprofesionales encargada de la elaboración de un Protocolo de detección y actuación específico, se han mejorado sustancialmente los índices de detección. Para ver cual es el conocimiento del Protocolo Común de Actuación, con el objetivo de mejorar la atención prestada a las víctimas cuando consultan en Atención Primaria (tanto en Equipos de Atención Primaria y Servicios de Urgencia) (Anexo 4. Algoritmo

de actuación ante violencia domestica en Atención Primaria), se debe considerar un objetivo elemental el establecimiento dentro de las pautas de actuación la detección del agresor, como causante del hecho, pero también incluir la mejora de la coordinación multidisciplinar y poder evaluar la eficacia del conjunto de recursos disponible (Tourné, 2007).

Los profesionales sanitarios, en el afán de conseguir una disminución de las cifras de mujeres que mueren a manos de su pareja, intentan aumentar su nivel formativo en Violencia de Género. Las acciones formativas incluyen el conocimiento de este Protocolo, además de acciones y actuaciones adecuadas dirigidas a las víctimas (España. Ley Orgánica 1/2004, 2004). El conocimiento de la necesidad de formación se debe de considerar algo esencial, puesto que una formación adecuada aumentaría considerablemente la detección de casos de Violencia de Género que si no fuese así, pasarían desapercibidos (O'Doherty, 2014, Hegarty, 2013, Bugarín, 2014) pero una de las partes fundamentales de la acción formativa dirigida a dichos profesionales debería ser al incluir el conocimiento del Protocolo de Actuación Sanitaria ya que incluye aspectos fundamentales para la atención de las víctimas.

Esta formación constituye uno de los eslabones más importante, cuyo objetivo es disminuir el número de víctimas e incrementar sustancialmente la identificación. Una formación adecuada mejoraría en casi el doble las detecciones con respecto a otros profesionales que también están facultados para la detección, como policías o trabajadores sociales (Jahanfar, 2014), por lo tanto, la formación específica debe de considerarse como un pilar fundamental para una adecuada atención y debe construir la base en la que se fundamenta todo el conocimiento en relación a dicho problema (Sánchez, 2015). Sin embargo, resulta paradójico que solamente un porcentaje muy bajo de ellos realizan cursos o asistencias al congresos relacionados con este tema (Coll-Vinent, 2008; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

No sólo los profesionales sanitarios cuentan con un Protocolo. Existe otro que se aplica a nivel pericial y que permite adquirir nuevas destrezas para la identificación de lesiones, se trata del Protocolo médico-forense de

Valoración Urgente del Riesgo de Violencia de Género. Este protocolo médico-forense publicado en el año 2011 por el Ministerio de Justicia (Ministerio de Justicia, 2011) rige las actuaciones de los médicos forenses en caso de presentarse ante una paciente con Violencia machista. Una vez detectada la víctima, por otros estamentos (policial o/y asistencial), éstas deben de ser valoradas por el forense en un plazo no inferior a las 72 horas en los casos urgentes.

Este protocolo puede extrapolarse también a los profesionales sanitarios que se encuentran ejerciendo su función asistencial en los centros sanitarios de atención primaria y hospitalaria de Urgencias, pues pretende establecerse como una herramienta imprescindible que orientará y ayudará a la autoridad judicial y, en su caso, al Ministerio Fiscal para la adopción de las medidas oportunas en temas de Violencia de Género (tales como medidas de protección para ella o sus hijos, asistencia social, y económica, etc) (Anexo 5. Medidas derivadas de la concesión de una orden de protección).

Los profesionales sanitarios desarrollan una labor fundamental, indicando las lesiones presentes en el momento de su detección y su posterior evaluación por el médico forense. Este protocolo médico-forense se estructura en 5 grandes apartados, en el primero de ellos aparecen las fuentes de información, indicando la importancia de cómo debe de realizarse la valoración basándose en un juicio clínico estructurado, la realización de pruebas complementarias con la aplicación de la Escala de Predicción del Riesgo de violencia contra la pareja generalmente utilizando la versión revisada (EPV-R de Echeburúa, 2010) y la realización de un conjunto de pruebas que permitan detectar posibles lesiones ocultas. Incluye también la valoración médico-forense del riesgo de Violencia de Género y finalmente la emisión del informe médico-forense de valoración del riesgo. Este cuestionario que consta de 20 ítems, cuyo objetivo final es facilitar la valoración de riesgo para realizar si precisa la víctima, acciones de protección. Puede ser utilizado por los profesionales sanitarios, ya que de una forma rápida permite evaluar a la víctima en el mismo instante de ser detectada o atendida (Echeburúa, 2010).

Existe un amplio grupo de Protocolos de Actuación que pueden ser utilizados en diferentes circunstancias presentes en la víctima de Violencia de Género y sobre las diferentes víctimas que pueden sufrirla. Aunque nuestro estudio solamente se ha centrado el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, ya que se trata del protocolo nacional aplicable a toda España, conviene dar a conocer esta amplía gama de Protocolos y Procedimientos de actuación en diferentes situaciones (Anexo 6. Listado de los Protocolos de Violencia de Género más recientes). Con todos los protocolos y procedimientos existentes se ha experimentado un aumento considerable de los índices de detección, pero además se ha observado que la víctima recibe una atención más eficaz y adecuada a sus circunstancias (de la Fuente, 2005, Cirici, 2010; Sethi, 2004; Mota, 2008, Ruiz-Pérez, 2004).

7.4 RECURSOS DISPONIBLES PARA LA ATENCIÓN A LA MUJER EN VIOLENCIA DE GÉNERO.

Este Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, es de aplicación nacional, aunque cada Comunidad Autónoma ha adaptado éste y ha confeccionado uno o varios específicos junto a diversas Guías Clínicas para su territorio. En la Comunidad Autónoma de Murcia existe un conjunto de protocolos que ayudan más a los profesionales para poder actuar ante una situación de riesgo. Para disminuir la situación de riesgo en las mujeres víctimas dicha Comunidad Autónoma instauro un Protocolo de Coordinación Interinstitucional en Violencia de Género que entró en vigor el año 2012, orientado a guiar la actuación, desde un punto de vista práctico basado en la gestión de casos. En éste suelen intervenir profesionales de todas las entidades tales como la Consejería de Presidencia, Consejería de Sanidad y Política Social, Consejería de Educación, Formación y Empleo, Delegación del Gobierno, Presidente del Tribunal Superior de Justicia de Murcia, Fiscalía de Murcia, y diversos Colegios de Abogados de Murcia en el ámbito geográfico de la misma, teniendo como objetivo la prestación a las mujeres víctimas una atención especializada y adecuada a sus necesidades, proporcionando una protección efectiva y facilitando la recuperación integral de las mismas, en este protocolo se incluye tanto los recursos de activación como los recursos de acogida, jurídicos y de atención psicológica disponibles para las víctimas (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM), 2013).

Resulta imprescindible la existencia de la coordinación con otros organismos implicados en la atención de las víctimas, tanto es así que Ministerio de Justicia ha elaborado un Protocolo de Coordinación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado con los Órganos Judiciales, los Colegios profesionales y demás implicados en la protección de las víctimas de Violencia de Género (Ministerio de Justicia, 2007), que desde el año 2007, proporciona a las víctimas, "garantías y homogenización del servicio de asistencia letrada en la formulación y presentación de una denuncia y/o solicitar una orden de protección, mejora del servicio policial a la víctima, la

formulación policial del atestado y el establecimiento de las pautas generales para la información y asistencia".

Esta prestación de asistencia jurídica será proporcionada de forma inmediata y especializada por los Colegios Profesionales de Abogados, pero será fundamental la coordinación entre los cuerpos de seguridad del Estado y estos Colegios Profesionales, gracias a las actuaciones llevadas a cabo por el funcionario que recibe a la víctima, de manera que ésta pueda recibir el derecho legal a una asistencia letrada adecuada a su situación.

Pero para que la víctima sea detectada y reciba una atención adecuada sobre todo en el primer escalón asistencial, en la Región de Murcia se cuenta con un Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos en Atención Primaria, publicado por la Consejería de Sanidad desde el año 2007, así mismo la Consejería de la Presidencia, concretamente de la Secretaría Sectorial de la Mujer y de la Juventud, ha publicado en el año 2011 una Guía profesional de recursos de atención a mujeres víctimas de Violencia de Género, además de una Guía Práctica Clínica de Actuación en Salud Mental con Mujeres Maltratadas por su Pareja desde el año 2011 y, finalmente, existe un Protocolo Regional de Prevención y Detección de Violencia en la Mujer mayor de 65 años (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM), 2015). Estos últimos protocolos y Guías de Práctica Clínica tienen como finalidad incrementar los índices de detección y atención de las víctimas, conformando el conjunto de recomendaciones básicas para evaluar los riesgos que pueden presentar las víctimas detectándolas y poniendo en marcha las medidas protectoras.

Incluido dentro de los servicios que las administraciones públicas disponen, como hemos visto, se incluyen una serie de medidas implicadas en la protección y atención de la víctima y de los miembros familiares. Así en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, se dispone de importantes recursos como:

- Los Centros de emergencia, que dependen del Instituto de la Mujer, gestionados por la/el trabajador/a del 112, que ofrece alojamiento y protección a la mujer y a sus hijos/as, con posibilidad de derivar a

recursos sociales, psicológicos y jurídicos. Éstos disponen de asistencia de 24 horas, son centros de corta estancia máximo 15 días, en los que se garantiza la privacidad e intimidad de la víctima.

- También se disponen de Casas de acogidas o centros de alojamiento y atención temporal que les proporciona a las víctimas y a sus hijos un tratamiento integral, promoviendo su autonomía personal y facilitando medios, son centros de estancia media aproximadamente de entre 3 a 6 meses.
- Las mujeres y menores a su cargo, pueden optar a un piso tutelado u hogar funcional y temporal, una vez que han pasado anteriormente por la casa de acogida y precisan aún de algún tipo de apoyo, conviven hasta poder alcanzar su autonomía.

La atención conjunta se lleva a cabo en los Centros de Atención Especializada para Mujeres Víctimas de Violencia (CAVIS), cuyo propósito es la atención de forma integral y continuada desde las perspectivas psicológicas, sociales y jurídicas de una víctima de Violencia de Género, con la finalidad de que puedan enfrentarse a su vida de forma independiente, proporcionándoles habilidades sociales y de equilibrio psicológico para superar las secuelas de maltrato. En estos centros se realiza su intervención a medio y largo plazo, con trabajadores sociales, psicólogos y sesiones de información grupal, asesoramiento grupal psicológico, jurídico, información, orientación y asesoramiento socio-laboral, derivación y acompañamiento a otros servicios y coordinación con equipos y recursos de atención a las víctimas de violencia doméstica (Consejería de Presidencia de la Región de Murcia, 2011).

Dentro de las actuaciones permanentes que cuenta la Región de Murcia se incluyen:

- El Protocolo de Coordinación Interinstitucional en Violencia de Género que tiene la finalidad de ser un documento de trabajo, que guía la actuación práctica basada en la gestión de casos, de los profesionales y entidades presentes en el ámbito geográfico de la Región de Murcia, y cuyos objetivos son:

- Prestar a las mujeres víctimas de Violencia de Género una atención especializada y adecuada a sus necesidades.
- Proporcionar una protección efectiva.
- Facilitar su recuperación integral.

- El Protocolo de Coordinación para mejorar la Inserción Sociolaboral de Mujeres Víctimas de Violencia de Género de la Región de Murcia, es el encargado de favorecer a las mujeres víctimas de violencia de la Región de Murcia que se encuentren en desempleo, y que deseen trabajar, de esta manera puedan contar con el apoyo de personal técnico especializado del Servicio de Empleo y Formación de la Región de Murcia (SEF) que, atendiendo a las circunstancias personales de la mujer, pueda diseñar un itinerario personalizado que mejore sus posibilidades de inserción sociolaboral.
- El Impulso de las Mesas Locales de Coordinación contra la Violencia de Género, como instrumento de trabajo promovido por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM), y liderado en cada Ayuntamiento por la Concejalía competente en la materia, en el que están representados todos los ámbitos implicados en la lucha contra la Violencia de Género, con la finalidad de optimizar las actuaciones en materia de prevención y mejorar la atención a las víctimas. Su objetivo principal es el de desarrollar políticas locales que contribuyan a erradicar la Violencia de Género, lo que se traduce en:
  - Una mejora de la detección precoz de casos.
  - Fomentar la coordinación de las entidades y recursos implicados
  - Agilizar la atención y respuesta ofrecida a las mujeres
  - Mejorar las acciones de sensibilización y prevención a profesionales y ciudadanía.

  La Mesa Local de Coordinación estará formada, al menos, por los siguientes miembros (Figura 4):
  - Concejal/a competente en materia de violencia de género

- Técnica/o de la Concejalía
- Centro de Atención Especializada para Mujeres Víctimas de Violencia (CAVI) de referencia
- Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (Policía Nacional y Guardia Civil)
- Policía Local
- Servicios Sanitarios
- Servicios Sociales de Atención Primaria
- Dirección General de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM) competente en materia de violencia de Género



Figura 4. Mesas Locales. **Fuente**: Consejería de Presidencia de la Región de Murcia, 2011

Dentro de los recursos que favorecen la coordinación en materia de Violencia de Género, desde la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia se ha impulsado una herramienta informática denominada Sistema Integral de Gestión Unificada de Expedientes de Violencia de Género (SIGUE) (Figura 5), se trata de una aplicación electrónica destinada a aumentar la coordinación y homogeneización del tratamiento de la información referida a las víctimas de Violencia de Género. En ella se comparte información entre los profesionales que atienden a dichas mujeres, y se trata de simplificar la recogida de información y su posterior consulta, por parte de profesionales de los distintos recursos que intervienen en los procesos de atención e intervención con las mujeres víctimas en la Comunidad Autónoma de Murcia. Se concibe como una aplicación dinámica que permite la adaptación a necesidades futuras de los

recursos actuales, así como a la inclusión de agentes que podrán formar parte del sistema con posterioridad. Los agentes integrados son:

- Dirección General competente en materia de violencia de género de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
- Dispositivo de Atención Telefónica Urgente para Mujeres Maltratadas 112.
- Centros de Atención Especializada para Mujeres Víctimas de Violencia de Género (CAVI).
- Centro de Emergencia.
- Casas de acogidas y pisos tutelados.
- Punto de Coordinación.
- Servicio de Atención Psicológica para Hijos/as de Mujeres Víctimas de la Violencia de Género.



Figura 5. Sistema Integral de Gestión Unificada de Expedientes de Violencia de Género (SIGUE). **Fuente**: Consejería de Presidencia de la Región de Murcia, 2011

Sobre todo se debe de destacar la existencia del Protocolo de Actuación del Dispositivo de Atención Telefónica Urgente en el teléfono de emergencias 112 en la Región de Murcia, donde se canalizan todas las respuestas ante casos de maltrato en la que se garantiza la atención y la protección de la mujer víctima cuando recurre a su ayuda, permitiendo su asesoramiento especializado, dando respuestas rápidas a los problemas planteados y permitiendo una coordinación apropiada de todos los organismos implicados en su asistencia (sanitarios de los servicios de Urgencias, sociales, de asistencia jurídica y psicológica, protección policial y alojamiento de urgencia). Una vez recibida una llamada de urgencia, esta es atendida valorándose si necesita una

atención urgente o no urgente, poniéndose a disposición de la mujer todo el dispositivo necesario para su correcta atención. La llamada es atendida por un trabajador social que suele realizar a la mujer una entrevista semiestructurada, con ella se valora el riesgo y se intenta garantizar la seguridad de la víctima (Figura 6) (Consejería de Justicia y Seguridad Ciudadana de la Región de Murcia, 2014)

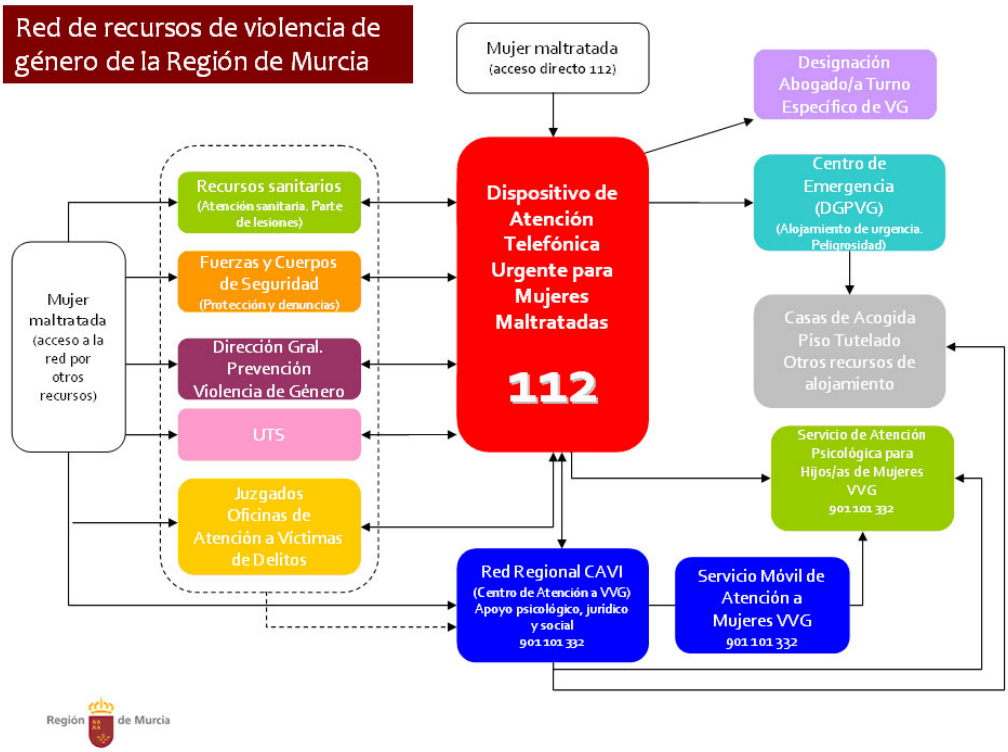


Figura 6. 112 Dispositivo de Emergencia 24 horas para la atención de mujeres maltratadas

Es importante que el profesional sanitario de Urgencias conozca no solamente los protocolos y Guía de Práctica Clínica que tiene para su utilización en caso de que sea necesario emplearlo, sino también es preciso que los sanitarios conozca los distintos dispositivos que tienen que poner en marcha una vez que se detecta un caso de Violencia de Género. Así pues ante posibilidad de que una mujer puede ser víctima, se debe poner en marcha el dispositivo con una llamada al teléfono de emergencias (112), donde se activará con la colaboración de la Dirección General de Prevención de la Violencia de Género y Reforma Juvenil, una serie de mecanismos para la

protección de la víctima. Con este dispositivo la víctima puede obtener asesoramiento para la interposición de denuncias, medidas preventivas, desplazamiento y alojamiento de emergencia, atención médica, atención psicológica, centros de atención especializada para mujeres víctimas de violencia (CAVIs), con seguimiento, información y asesoramiento en gestión de ayudas sociales y económicas (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2010).

En toda España existe una serie de redes de Atención Integral para la Violencia de Género como es el caso de la Comunidad de Madrid, en donde existen centros para víctimas de violencia que consta de un conjunto de recursos específicos, residenciales y no residenciales. Estas redes tienen como objeto proporcionar una atención integral para mujeres, menores y personas dependientes que han sido víctimas de Violencia de Género. Los servicios principales que se prestan son alojamiento, manutención, atención psicosocial, orientación jurídica, orientación laboral y seguridad. Existen también los Puntos Municipales del Observatorio Regional de Violencia de Género de la Comunidad de Madrid que fueron creados con el objetivo de desarrollar acciones de carácter preventivo y de sensibilización, estos puntos se establecen con una cierta cercanía a la población, ya que permiten una atención prolongada a la víctima muy cerca de su domicilio, pero al igual que los servicios regionales proporcionan información, orientación, permiten la derivación y acompañamiento a las víctimas de Violencia de Género, que así lo requieran (Comunidad de Madrid, 2014).

Otra Comunidad Autónoma destacada en la atención a las víctimas es Andalucía que cuenta con el conjunto muy amplio de Guías y publicaciones sobre Violencia de Género destacando las Unidades de Valoración Integral de Violencia de Género (UVIVG), y su Plataforma de asesoramiento jurídico online. Las Unidades de Valoración Integral de Violencia de Género (UVIVG) son unidades técnicas de apoyo a los Juzgados especializados creados para la atención de este problema, con los objetivos de dotar al sistema judicial de los instrumentos periciales y de valoración más eficaces para fundamentar sus resoluciones y analizar las situación de la mujer, la situación de los menores

afectados, así como el perfil del agresor, a fin de tratar de anticipar su comportamiento futuro para generar sistemas eficaces de protección (Junta de Andalucía, 2015).

Un aspecto muy descuidado, poco visible y poco detectable por parte de los profesionales sanitarios es el relacionado con la Violencia de Género en su aspecto psíquico. Para incrementar la visualización del aspecto psicológico-psíquico y la posibilidad de actuar, en la Región de Murcia existe una Guía de Práctica Clínica que recoge la actuación que se debe de llevar a cabo en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja. Elaborada por un equipo multidisciplinar de psiquiatras, enfermeros/as, etc, que se han centrado sobre todo en los trastornos por estrés postraumático, depresión, abuso de alcohol, intento de autolisis y abuso de drogas que suelen tener una prevalencia elevada en estas víctimas. Todos estos trastornos conforman el conjunto de problemas más frecuentes que aparecen en este tipo de mujeres y que suelen pasar desapercibidos para los profesionales sanitarios. En la citada Guía se aconseja realizar, por un lado una intervención indirecta, generalmente realizada por servicios tales como los de urgencia, ginecología y salud mental, que se deberá de llevar a cabo mediante los sistemas de detección o cribado, y, por otro lado, un conjunto de intervenciones directas que incluyen actuaciones de defensa de la situación familiar y personal de la mujer víctima de violencia, y acciones de psicoterapia actuando sobre la misma (Garriga, 2010).

No obstante en la Región de Murcia, dentro del conjunto de todas las intervenciones en salud, y tras la puesta en común por parte de un equipo multidisciplinar de profesionales, se ha llegado a la conclusión, de que la utilización de un único modelo que englobe todas las actuaciones podría mejorar sustancialmente la atención dirigida a este tipo de víctimas. Dicho modelo unificado lo han llamado RADAR (donde la R es la Recogida de los datos de la salud mental de la víctima, A constituye el abordaje de la situación con preguntas directas, son generalmente las denominadas preguntas de cribado, la D constituye el diagnóstico confirmado, después de haber realizado las preguntas de cribado y en caso de ser positivo, luego pasan a la A que

consiste en analizar la seguridad y el riesgo tanto para ella como para sus hijos, pero también se valora el riesgo de suicidio, y finalmente se realiza la R que consiste en dar respuesta sanitaria y social, y se pone a disposición de la mujer, las alternativas terapéuticas disponibles) (Consejería de Presidencia de la Región de Murcia, 2011).

Aunque nos hemos centrado en los recursos de la Comunidad Autónoma de Murcia, cada Comunidad Autónoma suele disponer también de una serie de dispositivos a disposición de las víctimas. Como ocurre en el caso de la Comunidad de Madrid, como ya habíamos mencionado anteriormente que dispone de la Red de Atención Integral para la Violencia de Género, en la que se incluyen los centros para víctimas de violencia (residenciales y no residenciales), puntos municipales del Observatorio Regional de Violencia de Género (que realizan acciones de carácter preventivo y de sensibilización y apoyo), el teléfono de Información General 012, y otros servicios y recursos para las víctimas y sus familiares (Comunidad de Madrid, 2014). Sin embargo en Cataluña se realiza la atención de las víctimas en los servicios y oficinas de información y atención a las mujeres (Oficinas de Información del Instituto Catalán de las Mujeres, los Servicios de Información y Atención a las Mujeres (SIAD), los Servicios de Intervención Especializada en Violencia Machista (SIE), las Oficinas de atención e información del ICD, los Servicios de intervención en crisis graves y la Red de atención y recuperación integra). Todo esto, constituye el conjunto coordinado de recursos y servicios públicos de carácter gratuito para la atención, asistencia, protección, recuperación y reparación de las mujeres que han sufrido o sufren violencia machista (Generalidad de Cataluña, 2014). Éstos son sólo unos ejemplos de todo el conjunto de recursos que disponen las víctimas de Violencia de Género repartidos por toda España.

7.5 IMPORTANCIA DE LA UTILIZACIÓN DE LOS PROTOCOLOS, PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO PARA LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.

Dentro de las recomendaciones más importantes de la Asociación Americana de Enfermería de Urgencias de Estados Unidos (Emergency Nurses Assocciation, 2006) se aconseja el desarrollo y la utilización de protocolos y procedimientos de uso habitual para la evaluación y la identificación de víctimas de Violencia de Género. Dentro de los objetivos principales de dicha recomendación se encuentra la evaluación del tratamiento correcto de los síntomas o las lesiones presentes en las víctimas. Dichos protocolos debe de ofrecer soporte emocional, ayudar a la víctima para que establezca un plan de seguridad e identifique las oportunidades disponibles. Incluye también proporcionar la información sobre la protección legal, así como de los servicios de soporte y los recursos comunitarios disponibles. La identificación de la víctima requiere sensibilidad, comprensión y un alto índice de sospecha. Pero dentro de todas las recomendaciones anteriores, se insiste en la necesidad de realizara una batería de preguntas explícitas para el cribado que generalmente aumentan la frecuencia de las tasas de identificación de las mujeres sometidas a este tipo de violencia en comparación con la atención habitual (O'Doherty, 2014; Hegarty, 2013), hemos de decir, que no ha quedado demostrado que la utilización de dichas pruebas de cribado reduzcan la mobimortalidad de las víctimas (Jahanfar, 2014), pero a pesar de todo se recomienda su utilización.

Es difícil establecer un Protocolo o Procedimientos que sea lo más eficaz posible, ya en un estudio realizado en Pensilvania y California, se facilita una serie de recomendaciones dentro de la práctica clínica para la detección y la interpretación de casos de Violencia de Género o Violencia del Compañero Íntimo (VCI) en los servicios de Urgencia Hospitalaria (Glass, 2001). Dichas recomendaciones fueron realizadas a partir de encuestas a mujeres que acudían por casos de malos tratos a dichos servicios. Se estableció que existían determinados protocolos estándar o test de cribado que evidenciaban

buenos índices de detección cuando se actuaba sobre víctimas de Violencia de Género si las víctimas acudían a los Servicios de Emergencias. Se consideró que con independencia del protocolo utilizado, una aplicación precoz y adecuada favorecía el afloramiento de casos, ya que muchos de estos protocolos facilitaban su detección y atención adecuada.

Como hemos indicado con independencia de la prueba de cribado que se utilice, se ha comprobado que éstas aumentan sustancialmente la identificación efectiva de mujeres víctimas de malos tratos. Pero también es fundamental fomentar el uso de procedimientos de intervención que se lleven a cabo sobre la víctima (Hegarty, 2013). Se considera como básico que, una buena formación específica en Violencia de Género dirigida a profesionales de la salud que trabajan en servicios de emergencia, mejora no solamente la identificación de la víctima cuando se realizan de forma adecuada utilizando estos cuestionarios de cribado, sino que permite una mejor atención de estas mujeres maltratadas.

Ahora nos vamos a centrar en los tests/cuestionarios de cribado de mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas. Aunque existe una gran variedad de cuestionarios, nosotros solamente vamos a desarrollar algunos de ellos, ya que si son tests con gran cantidad de ítems, muchas veces estos dificultarían la actividad en los Servicios de Urgencias, ya que el tiempo dedicado a cada paciente está estipulado por su situación de gravedad y este debe de ser bien empleado. Sin embargo, existen otros tests de cribado más sencillos que pueden emplearse ya que consisten en test con unos pocos ítems rápidos de realizar (Ernst, 2004).

Uno de estos tests rápidos es el de "*The Ongoing Violence Assessment Tool*" (OVAT), (Weiss, 2003) constituido por 4 preguntas sencillas de realizar (Tabla 4), parece tener igual resultado que otros test con mayor número de preguntas, y puede ser empleado en los Servicios de Urgencias y de Emergencias, en el que el tiempo esta muy limitado (Ernst, 2004). Esta forma de cribado utilizado en mujeres que llegan a los Servicios de Urgencias, consiste simplemente en tres o cuatro preguntas simples, en el que su

utilización requeriría poco tiempo para poder actuar y que ha permitido demostrar su eficacia, ya que es capaz de detectar aun porcentaje relativamente elevado de mujeres víctimas (Feldhaus, 1997).

The 4-Question Ongoing Violence Assessment Tool (OVAT)

1. Within the last month my partner has threatened me with a weapon.

True False

2. Within the last month my partner has beaten me so badly that I had to seek medical care.

True False

3. (Circle the best response) Within the last month my partner has had no respect for my feelings.

Never Rarely Occasionally Frequently Very Frequently

4. Within the last month my partner has acted like he or she would like to kill me.

True False

Tabla: 4. Test de cribado de la The Ongoing Violence Assessment Tool (OVAT). **Fuente**: Weeis et al., 2003

Otro test de cribado rápido y por tanto con posibilidad de poder utilizarse en los Servicios de Urgencias y Emergencias para detectar casos, es el "*Woman Abuse Screening Tool*" (WAST) (Brown, 1996) (Tabla 5). Este instrumento supone un método lo suficientemente práctico y flexible para poder ser administrado en la práctica diaria, es de fácil comprensión para las mujeres. Contiene una serie de preguntas, donde la mujer ha de indicar la intensidad o frecuencia en cada una de las cuestiones que se le plantea, desde la de menor intensidad o frecuencia con la puntuación más baja, hasta la de mayor intensidad o frecuencia con la puntuación más alta.

El objetivo del test es indicar el grado de abuso que sufren las mujeres. El test *Woman Abuse Screening Tool* (WAST), fue evaluado en un posterior estudio (Brown, 2000), aplicándolo sobre médicos de familia en las que se examinó, las diferentes capacidades de detección de mujeres maltratadas por parte de éstos, así como su disposición a seguir utilizando para la práctica diaria y se comprobó que era una medida fiable y válida para la detección de dichos abusos en el ámbito de la práctica clínica. Dicho instrumento fue

traducido al español y validado por Forgarty y Brown (2002) en pacientes hispano-hablantes en EEUU.

Woman Abuse Screening Tool (WAST)

1. In general how would you describe your relationship?
   - □ A lot of tension
   - □ Some tension
   - □ No tension

2. Do you and your partner work out arguments with:
   - □ Great difficulty
   - □ Some difficulty
   - □ No difficulty

3. Do arguments ever result in you feeling put down or bad about yourself?
   - □ Often
   - □ Sometimes
   - □ Never

4. Do arguments ever result in hitting, kicking, or pushing?
   - □ Often
   - □ Sometimes
   - □ Never

5. Do you ever feel frightened by what your partner says or does?
   - □ Often
   - □ Sometimes
   - □ Never

6. Has your partner ever abused you physically?
   - □ Often
   - □ Sometimes
   - □ Never

7. Has your partner ever abused you emotionally?
   - □ Often
   - □ Sometimes
   - □ Never

8. Has your partner ever abused you sexually?
   - □ Often
   - □ Sometimes
   - □ Never

Tabla 5. Woman Abuse Screening Tool (WAST **Fuente**: Brown, 1996

Este cuestionario de cribado de malos tratos validado, hace que sea de gran utilidad para los profesionales de Urgencias ya que presenta como característica fundamental la posibilidad de aplicarlo para casos que pudieran presentarse en Atención Primaria y en Urgencias de Primaria al constar de pocas preguntas (Delgado, 2006). Pero aporta también datos para la identificación de las dos dimensiones del maltrato, por un lado los malos tratos de menor gravedad y por tanto, fácilmente ocultables; y por otro lado la presencia de malos tratos de mayor gravedad y por tanto, difícilmente ocultables. Con este test de cribado es posible la evaluación de forma subjetiva como las mujeres con malos tratos presentan una peor opinión sobre su salud, así como evaluar la posibilidad de detectar síntomas mayores tales como el consumo abusivo de medicamentos y la presencia de alteraciones psíquicas (MacMillan, 2006).

Se han mostrado los dos tests de cribado que con más probabilidad se pueden utilizar por parte de los profesionales de nuestro estudio para la atención de estas mujeres cuando acuden a sus servicios de Urgencias. Estos, complementan y sirven de ayuda a los protocolos y procedimientos que, como hemos dicho, resultan de vital importancia para facilitar las acciones preventivas, de detección y ayuda a los profesionales sanitarios, sin embargo existen una gran variedad de Instrumentos para la Detección y el Diagnóstico de la Violencia Contra la Mujer (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012). Durante el desempeño de sus funciones asistenciales, el empleo de los diferentes tests, entrevistas semiestructuradas y/o cuestionarios para diagnosticar y/o detectar casos de maltrato en la pareja, son fundamentales.

Utilizar cualquiera de los instrumentos fiables y con una cierta validez que permitan incidir en un mayor diagnóstico y detección de casos de Violencia de Género, es una función primordial de cualquier cuestionario o/y test. Por ello, estos profesionales cuentan con un amplio y extenso listado de instrumentos de cribaje y diagnóstico muy heterogéneo que puede ser empleados para el normal desarrollo de sus funciones asistenciales,

permitiendo aumentar la capacidad de diagnóstico, detección y ayuda a dichas mujeres (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012) (Anexo 7. Listado de instrumentos de cribado y de diagnóstico utilizados para casos de Violencia de Género). Si dichos profesionales emplean de forma adecuada el conjunto de preguntas incluidas en dichos tests, sobre mujeres susceptibles de estar sufriendo un caso de Violencia de Genero, deben de tener en cuenta, como indica Sethi (2004) que dichas mujeres no suelen sentirse incómodas durante su realización, que además dichos test han demostrado que aumentan los índices de detección y que promueven una atención adecuada de las mismas (Sethi, 2004).

Independientemente de la prueba o test de cribado que se utilice en el momento en que la mujer acuda a los servicios sanitarios, la gran mayoría de los profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeros/as) tienen que tener y exigirles una formación adecuada para poder aplicarlo, de forma que las pruebas o tests de cribado que se manejen, sean de la forma más adecuada, y en las mejores condiciones. Si dicha formación es adaptada a los profesionales, suele producir un incremento sustancial de las tasas de identificación de las mujeres víctimas de Violencia de Género, evitando el paso desapercibido de ésta, y también permitiendo dar el apoyo fundamental que necesitan las víctimas. (Jahanfar, 2014).

Pese a la cantidad de tests de cribado y diagnósticos existentes, se ha analizado en una actualizada revisión sistemática de evidencias, las recomendaciones de las pruebas de cribado más adecuada para que se utilicen a mujeres víctimas de Violencia de Género (Intimate Partner Violence (IPV)) por la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). En esta revisión se señala, que los tests de cribado sirven fundamentalmente para recoger toda la información sobre el abuso de estas mujeres en los centros de atención sanitaria evidenciándose que no existe una prueba de cribado que sea específica, al no haber ningún tests que puede reconocer a la gran mayoría de las posibles víctimas (Hegarty, 2013).

El Protocolo de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género puesto en marcha desde el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, facilita la intervención sobre esta problemática a todos los profesionales sanitarios, cuyo conocimiento supone acciones de implicación y concienciación, por lo que es necesario que estos realicen la formación necesaria para poderlo llevar a cabo, llevarlo a cabo. Dentro de todas las funciones llevadas a cabo por parte de los profesionales sanitarios se encuentran los métodos de cribaje y de diagnóstico cuando un profesionales se pone en contacto con una posible víctima como ya hemos dicho, pero también se encuentra la cumplimentación de un parte de lesiones (Anexo 2), al cual le debe dedicar el tiempo necesario para que se formule correctamente, se trata de un modelo relativamente extenso, que dificulta considerablemente la labor sobre todo a los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias donde el tiempo esta muy limitado, considerándose necesario la realización un protocolo específico para dichos profesionales (Ministerio Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012; Calvo, 2014).

7.6 UNA MEJOR FORMACIÓN EN LOS PROFESIONALES DE URGENCIAS PERMITE MÁS DETECCIÓN Y ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

La formación en Violencia de Género de los profesionales sanitarios es básica cuando se refiere a aspectos que afectan a la atención de estas víctimas, como ya hemos visto, pero cobra especial importancia en los profesionales que trabajan en los Servicios de Urgencias al ser frecuentemente, el primer contacto que la víctima tiene con los Sistema de Salud. Teniendo en cuenta que generalmente su formación influye en la detección de los malos tratos y en la atención que las posibles víctimas pueden precisar en esos momentos (Coll-Vinent, 2008; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 1, 2012). En nuestro estudio se pretende conocer si los profesionales sanitarios de Urgencias tienen mayores necesidades formativas e interés por recibirla, ya que son los que los que primeramente se ponen en contacto con la víctima. Hay varios estudios (Blanco, 2004; Wand, 2006; Schimanski, 2009) que demuestran que los profesionales sanitarios que atienden a mujeres víctimas manifiestan mayor necesidad de formación específica en Violencia de Género, pero estos no se centran en los profesionales de Urgencias sino que se centran en otros profesionales que incluso no tienen contacto con la víctima.

Así, en la revisión de nuestro estudio se pone de manifiesto la existencia de algunos programas en los que se recogen el conjunto de acciones de tolerancia cero contra la Violencia de Género, en relación a la atención de las víctimas en los servicios de Urgencias, en la que se destaca como eje primordial la formación especializada de los profesionales sanitarios de urgencias que las atienden. Todo esto queda reflejado en un trabajo realizado sobre atención a las víctimas en los servicios de Urgencias del Gobierno Estatal de Australia (Wand, 2006) donde se examinaban las recomendaciones actuales de enfermería y de la literatura médica existentes sobre la Violencia

de Género, estableciendo que el reconocimiento temprano de estas situaciones, uso de estrategias como la moderación y la tolerancia cero, son medidas de último recurso. Se destaca a su vez, que es importante contar con políticas prácticas, protocolos y procedimientos de gestión de las agresiones, pero sobre todo poner énfasis en la formación que dará lugar al desarrollo de habilidades, comunicación eficaz con la víctima y el establecimiento de estrategias de negociación efectivas por parte de los profesionales de Urgencias.

En otro estudio realizado en Nueva Zelanda (Schimanski, 2009), se evidencia que la Violencia de Género se ha convertido en uno de los principales problemas de salud debido al aumento exponencial de la mortalidad y morbilidad. El documento incide en la necesidad de proceder a un cambio en su abordaje para mejorar su detección y prevención, indica que pese a que la prevalencia de víctimas de Violencia de Género es muy alta en los Servicios de Urgencias, su identificación y la auto-revelación es baja, pese a que incluso muchas víctimas presentan peligro para su propia vida. Propone la realización de programas de cribado de calidad, de corta duración, con la que los profesionales sanitarios que trabajan en dichos Servicios, que pudieran identificarlo evitando el impacto de esta situación, desarrollando programas de formación continuada para disminuir al máximo las consecuencias negativas de la conducta violenta sobre la mujer.

En España (Blanco, 2004), las actuaciones se han iniciado una década después en relación a otros países, a pesar de que la Violencia de Género afecta al menos a 1 de cada 7 mujeres, en las que se incluyen agresiones físicas, junto al maltrato psíquico y sexual que muchas veces pasan desapercibidos en los servicios sanitarios, sobre todo en los Servicios de Urgencias, al no ser reconocidas por los profesionales de la salud. Esto generalmente es debido a un abordaje biologicista de la atención, la falta de tiempo y la falta de formación específica, que son obstáculos para la detección y abordaje. Para actuar de forma adecuada propone diversas recomendaciones entre las que se encuentran la realización de programas de salud para la atención a este tipo de mujeres, que deben ser de atención multidisciplinar.

Insiste en que es necesario el apoyo en políticas de salud, fomentar la investigación sobre la Violencia de Género, con la realización de estudios para avanzar en la comprensión de la violencia y su impacto. Pero especialmente, propone incluir la Violencia de Género en los programas de formación de los profesionales, que no debe ser tanto una formación clínica sino vivencial, dirigida al análisis y la reflexión sobre las propias actitudes, las creencias y los prejuicios, que muchas veces permanecen ocultos.

Los centros sanitarios, especialmente en los Servicios de Urgencia, son lugares privilegiados para la prevención, la detección precoz y la atención de la mujer maltratada. Pese a esto, la ocultación de la violencia recibida por la víctima se ve destacada en una encuesta realizada a mujeres que acudieron a consulta con patologías diferentes a situaciones de maltrato, realizada en los Servicios de Urgencia de Medicina General, Cirugía, Traumatología y Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Andalucía a lo largo del año 2003 (Alonso, 2004). En relación a las preguntas específicas de maltrato, el 20% de las pacientes respondieron afirmativamente que habían sufrido maltrato alguna vez, pero solamente el 8% acudieron para recibir asistencia especializada al hospital, denotando que aunque sufren maltrato la mayoría no acuden a los centros hospitalarios para recibir la atención necesaria; y sí acuden lo ocultan, por lo que se insiste que una formación específica dirigida hacia los profesionales de la salud incrementaría los índices de detección y atención adecuada.

Se ha propuesto el empleo de un modelo teórico de enfermería para la intervención de las víctimas de violencia doméstica, pues su conocimiento mejoraría la atención de las víctimas (Reyes, 2008). Constituye una adaptación del Modelo del Sistema Conductual de Dorothy Johnson en los que se ha añadido algunos elementos en distintos subsistemas. Dentro del subsistema de dependencia dará lugar a una adaptación que supondría desarrollar capacidades de afrontamiento, produciéndose una disminución de las consecuencias en la mujer. Actúa también sobre el subsistema de trastornos de la alimentación, adicción y sus consecuencias, donde se deben prestar atención a los problemas relacionados con la conducta, la anorexia, bulimia y el

abuso de drogas, alcohol o tabaco. Pueden aparecer trastornos en el subsistema de eliminación con problemas derivados de estreñimiento o diarrea, o sobre el subsistema sexual con manifestaciones de alteraciones ginecológicas. Igualmente en el subsistema de agresión/protección, en el que como la agresión es generalmente unidireccional y ocurre en el anonimato, considerándose como algo personal, encontrándose muy afectado. En lo relativo al subsistema de afiliación que es el más afectado, se debe de trabajar en fortalecer las redes de apoyo, orientando hacia redes formales e informales y pedir ayuda en el entorno más cercano como su familia amigos y/o vecinos. Por lo que sería fundamental que los profesionales de enfermería que trabajan en los servicios de Urgencias, se encuentren alertas ante situaciones cambiantes en los subsistemas anteriores, e intentando identificar a las posibles víctimas que acuden a sus servicios para recibir atención.

Para poder actuar y evitar las consecuencias en la salud de la víctima, es importante que éstas puedan recurrir a los profesionales sanitarios con formación específica en Violencia de Género en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria. Éstos no solamente se pueden encargar de la detección de casos de maltrato, sino que además mediante la valoración de riesgos pueden poner en marcha las medidas de protección que facilitan las acciones de ayuda a la víctima. Todo esto se puede conseguir gracias al empleo de medidas de escucha activa, gracias a la información proporcionada a la víctima y si es necesario, la derivación a sitios específicos de atención que le permita establecer o fortalecer sus redes de apoyo social, tales como la creación de grupos de promoción de la salud, de autoayuda y de apoyo emocional empatizando con la víctima mediante reconocimiento y continuo apoyo (Weil, 2015). Para ello, se suele utilizar un abordaje interdisciplinar e intersectorial, aunque no se puede afirmar tácitamente que todas la medidas anteriores puedan disminuir la probabilidad de volver a ser maltratadas por una pareja actual. El tener un apoyo social y emocional se puede considerarse que sea un factor protector o de prevención frente a la violencia, que se verá si es efectivo, en la práctica y a lo largo del tiempo (Izquierdo, 2010).

La escasa formación en habilidades de comunicación junto con un alcance insuficiente de la formación específica en Violencia de Género, manifestado por los profesionales sanitarios de Urgencias, suele ocasionar dificultades para la detección y atención de las víctimas, sin embargo contrasta con la existencia de una gran facilidad para el acceso a los cursos de formación específicos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad1, 2012). A pesar de que dicha formación, conforma el pilar fundamental para éstos, solamente un porcentaje relativamente bajo, recibe dicha formación específica (Peltzer, 2003). La falta de ésta, queda demostrada en varios estudios en la que se observa el bajo conocimiento que tienen los profesionales en relación a la Violencia de Género (Rodríguez, 2011; Méndez, 2003). A esto se le suma, que un porcentaje relativamente bajo, que no supera el 40% de los profesionales sanitarios, habían recibido formación específica, a pesar de que éstos demandaban dichos cursos (Arredondo-Provecho, 2006), muy diferente a la opinión de profesionales sanitarios de Urgencias de otros países, como Colombia, donde el 76% de éstos si habían recibido formación específica (Baig, 2012).

El Sistema Nacional de Salud, realiza una serie de acciones formativas en materia de Violencia de Género, tanto es así que durante el año 2013, un total de 9979 profesionales sanitarios participaron en 558 actuaciones formativas, pero solamente el 16% del total, eran profesionales que provenían del ámbito de las Urgencias sanitarias (Grafico 1). La mayoría de los profesionales sanitarios acudieron a cursos de sensibilización, una gran mayoría eran mujeres, y dentro de las diferentes categorías, los que más acudieron fueron profesionales médicos seguidos por enfermeros/as. La asistencia por Comunidades Autónomas, dentro de las que mayor participación tuvieron, se encontraban Andalucía, seguida por Valencia, País Vasco, Madrid, Castilla León, Murcia, Galicia y Aragón. Se impartieron los mismos contenidos tanto a profesionales de Atención Especializada como a los de Urgencias. Pero solamente 5 Comunidades Autónomas (Andalucía, Cantabria, Valencia, Madrid y el País Vasco) habían formado a profesionales del ámbito de Urgencias. No solamente esto, sino que además, sólo 4 Comunidades Autónomas (País Vasco, Ceuta, Murcia y Valencia) formaron a profesionales sanitarios con

contenidos avanzados en Violencia de Género (Grafico 2). En estos últimos años sí que se ha observado un incremento sustancial del número de profesionales sanitarios que han asistido a cursos de Formación Específica en Violencia de Género, destacando el año 2011, donde acudieron a dichos cursos de formación más de 13000 profesionales, seguimos por tanto en un buen camino (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014)

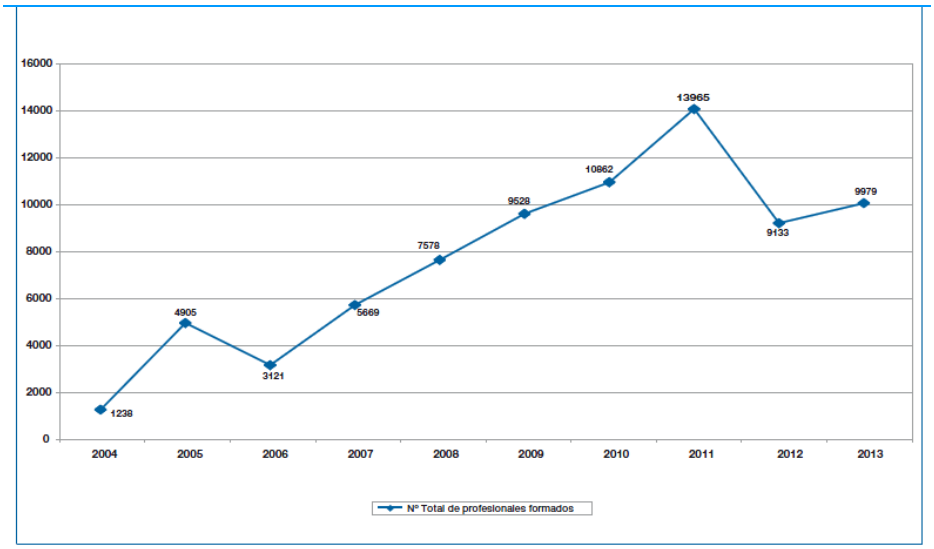


Grafico: **1**. Evolución del número de profesional. Formación en materia de Violencia de Género. Evolución 2004 - 2013. **Fuente**: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014

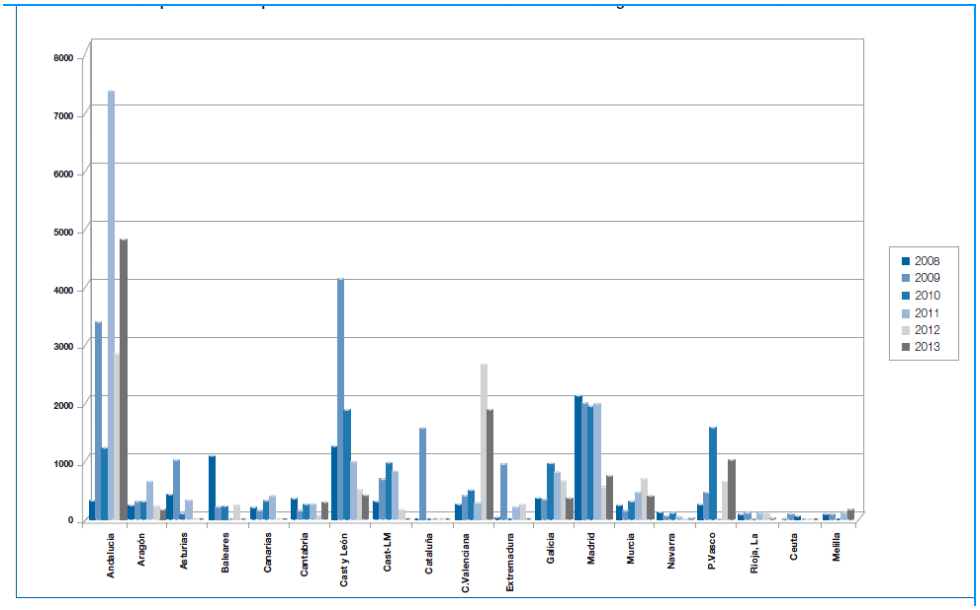


Grafico: **2**. Evolución del número de profesional por Comunidades Autónomas. Formación en materia de Violencia de Género. Evolución 2008 - 2013. **Fuente**: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014

La participación de profesionales sanitarios se ha mantenido casi constante a pesar de las campañas dirigidas a la formación de estos

profesionales. Esto se evidencia en los datos publicados por la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia después de publicar su Protocolo de detección y actuación para Violencia de Género, y de realizar cursos formativos específicos en Violencia de Género a lo largo del año 2008. La formación consistió en 7 cursos de formación divididos en 5 cursos básicos, y 2 de actividad de sensibilización y solamente otras acciones formativas no especificas expresamente de Violencia de Género. La acogida al mismo fue muy escasa, el número de asistentes con menor porcentaje fueron los profesionales de sexo masculino y el grupo profesional que más participo en los cursos de formación fueron los profesionales médicos, seguidos por enfermeros/as, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales. Como se sigue observando en la actualidad, sigue existiendo una deficiencia en la asistencia a cursos formativos específicos en Violencia de Género destacando que durante ese año no asistió ningún profesional de los servicios de Urgencias (Tabla 6 y 7) (Ministerio de Sanidad y Política Social 2010).

Tabla 6. Indicadores sobre formación de profesionales en violencia de género (Murcia, 2008)

Cobertura	**Atención primaria**			**Atención especializada**			**Urgencias**			*Total*		
	N	H	M	N	H	M	N	H	M	N	H	M
Cursos básicos impartidos*	2	19	27	3	10	39	-	-	-	5	29	66
Actividades de sensibilización realizadas	1	8	30	1	6	15	-	-	-	2	14	45
Otras acciones formativas no específicas de violencia de género en que se incluye algún módulo acerca de este tema	-	-	-	1	6	15	-	-	-	1	6	15
Número de horas lectivas	48	-	-	50	-	-	-	-	-	98	-	-

H, hombres que asistieron a los cursos, actividades, etc. De ese ámbito; M, mujeres que asistieron a los cursos, actividades, etc. De ese ámbito; N, número.

*Una acción formativa tendrá la consideración de curso básico de formación cuando dure alrededor de 20 horas docentes y se considerará actividad de sensibilización cuando tenga una duración inferior a 10 horas, según los criterios aprobados en diciembre de 2007 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).

Fuente Ministerio de Sanidad y Política Social 2010

Tabla 7. Perfil profesional y adscripción del profesorado en Violencia de Género (Murcia, 2008)

Profesorado*															
Perfil profesional	**Medicina**			**Enfermería**			**Psicología**			**Trabajo social**			**Otros**		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
	-	6	6	1	1	2	-	5	5	-	3	3	5	5	10

Adscripción	Administración general			Administración autonómica			Administración local			Otras instituciones públicas		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Universidad			ONG			Personas expertas			Otras instituciones privadas		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

H, hombres que asistieron a los cursos, actividades, etc. De ese ámbito; M, mujeres que asistieron a los cursos, actividades, etc. De ese ámbito; ONG, organización no gubernamental; T, total.

*Según los criterios aprobados en diciembre de 2007 por el CISNS se recogerán los siguientes datos relativos al profesorado para evaluar la calidad de la formación de profesionales en el SNS: número de profesionales, sexo, perfil (medicina, enfermería, derecho, etc.) y adscripción (Administración general, autonómica, local, universidad, agente social, ONG o asociación).

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010

Para evitar este problema de baja asistencia, se ha creado en la Región de Murcia un Plan Integral de Formación en Violencia de Género (Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia, 2011) cuyo objetivo principal es la coordinación y el control de la formación en materia de Violencia de Género, en el que se intenta llegar al máximo número de profesionales sanitarios. Este Plan se ha elaborado incluyendo los contenidos más adecuados a las competencias laborales del puesto de trabajo que desempeñan dichos profesionales. Los cursos de formación están impartidos por un equipo de profesores del ámbito multidisciplinario, que son expertos en Violencia de Género, coordinados y constituyen el estamento encargado de la acreditación de las horas docentes recibidas por el personal de los Servicios Sanitarios asistente. En dicho plan integral se facilita la asistencia a los cursos de formación en Violencia de Género, destacando la importancia de fomentar la constitución de los/as responsables de Violencia de Género en los diferentes centros de Atención sanitaria que conforman el Servicio Murciano de Salud, en los que se incluye la Atención Primaria, los Servicios de Urgencias

extrahospitalaria y los distintos servicios de los centros hospitalarios de la Región de Murcia. Para ello, se favorece la participación y los espacios de análisis junto a la reflexión, priorizando en la participación dinámica que fomenta el autoaprendizaje. Este Plan Integral de Formación en Violencia de Género de la Región de Murcia está compuesto por cuatro niveles formativos, comenzando con un nivel básico, pasando por un nivel avanzado, seguidamente con un nivel experto y finalmente por un nivel transversal.

OBJETIVOS.

1. Estudiar la experiencia de los profesionales sanitarios (médicos y enfermeros) que trabajan en Urgencias y Emergencias Hospitalaria y Extrahospitalarias relacionado con la atención de Violencia de Género.

2. Estudiar el nivel de conocimiento y manejo que hacen de los protocolos específicos sobre la actuación en caso de Violencia de Género.

3. Conocer la demanda de estos profesionales sobre necesidad e interés sobre su formación específica en Violencia de Género.

4. Conocer la opinión sobre si la Violencia de Género es un problema de Salud Pública y sobre la necesidad de que existan profesionales sanitarios especialistas.

5. Estudiar las relaciones existentes entre los distintos colectivos sanitarios estudiados con respecto a la experiencia, el nivel de conocimiento y su percepción de la formación específica en Violencia de Género.

MATERIAL Y MÉTODOS.

1 PREPARACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

El diseño de este trabajo estuvo dividido en dos apartados:

1. Revisión y análisis bibliográfico en el que se recogió la información referente al tema objeto de nuestro estudio, para una descripción del análisis de la situación actual y elaboración del Marco teórico de nuestra investigación.

2. Trabajo de campo en el que se identifican aspectos relacionados con los objetivos del estudio, así como características sociodemográficas y sociolaborales de los componentes de la muestra (profesionales sanitarios médicos/as y enfermeros/as de los Servicios de Urgencias Hospitalaria y Extrahospitalaria), mediante un cuestionario de opinión.

Para la revisión bibliográfica se realizo una búsqueda de artículos científicos, libros, guías de Práctica Clínica, protocolos y procedimientos de actuación, utilizando diferentes medios de búsqueda como metabuscadores (Tripdatabase, Epistemonikos, NHS Evidence), Sumarios de Evidencia (Preevid, Update, Dynamed, Guia Salud, Enfermería al día), Sinopsis de síntesis (Dare), y revisiones sistemáticas (The cochrane Library, Cochrane Clinical Answers, Biblioteca Cochrane Plus, Revisiones sistematica en Pubmed) y base de datos de estudios (Embase, Pubmed, Cuidenplus, Índice Médico Español). También se utilizó el buscador Google Académico. Además se utilizó la herramienta de Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCs) para la búsqueda de las siguientes palabras clave: “género”, “violencia”, ”violencia de género”, “formación” y “protocolos”, obteniendo a su vez la traducción en inglés de dichas palabras: “gender”, “violence”, “Violence Against Women ”, “formation”, y “protocolo”.

Para la fórmula de la búsqueda se empleó “Violencia de Género” AND “formación”, “Violencia de Género” AND “protocolo” para las bases de datos

españolas y “violence against women” AND “formation” y “protocolo” para las bases de datos internacionales.

Como criterio de inclusión, en cuanto a la temporalidad de la revisión bibliográfica, seleccionamos aquella documentación, como manuales, artículos o estudios que estuvieran, en inglés o español, publicados entre 1979 y 2017, y con acceso a texto completo, sobre la temática objeto de estudio.

Mientras que como criterios de exclusión se descartó los estudios no publicados o no disponibles a texto completo, publicados en otro idioma distinto del inglés o español, no contemplados en los contenidos del estudio. La fecha de búsqueda se realizó entre Febrero de 2011 y Septiembre de 2017. Se encontraron numerosos artículos y publicaciones relacionadas, analizándose estudios observacionales, transversales, descriptivos, así como estudios retrospectivos, revisiones bibliográficas, además de incluir manuales y protocolos de actuación, en relación al maltrato en materia de género

Finalizada la búsqueda bibliográfica se procedió a la confección del cuestionario (García, 2004) y, finalmente, se realizó el trabajo de campo, consistente en pasar el cuestionario, previamente validado a los profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeros/as) de los Servicios de Urgencias Hospitalaria y Extrahospitalaria (Saturno, 2010; Bohrnstedt, 1984).

Dicho cuestionario se repartió a los profesionales sanitarios incluidos en el estudio, previa autorización del departamento de Enfermería de la Universidad de Murcia a la Coordinadora Regional de Enfermería de la Región de Murcia, autorizando su realización, además se solito permiso al Director Gerente de la Gerencia de Emergencias 061 de la Región de Murcia, autorizándola (Anexo 8. Autorización para la investigación).

2 TIPO DE ESTUDIO Y POBLACIÓN.

Se ha realizado un *estudio observacional transversal* para estudiar el ***conocimiento y las actitudes de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias sobre la Violencia de Género***.

La población objeto de estudio estaría constituida por los profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeros/as) que ejerzan su trabajo en los Servicios de Urgencias Hospitalaria y Extrahospitalaria

3 MUESTRA.

La muestra se ha obtenido de forma aleatoria a partir de profesionales sanitarios pertenecientes a la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias del 061 (061 de Murcia) y de los Servicios de Urgencias Hospitalaria de las 9 Áreas de Salud que conforman el sistema sanitario de la Región de Murcia (Murciasalud.es, 2015).

3.1 Tamaño de la muestra.

Se calculo el tamaño mínimo para la realización del estudio que se estimó en 500 profesionales. En nuestro caso se recogieron 635 encuestas realizadas a profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeros/as) que ejerzan su trabajo en los Servicios de Urgencias Hospitalaria y Extrahospitalaria.

3.2 Procedimientos para la recopilación de datos.

El número total de cuestionarios recogidos fue de 676, pero de éstos, estaban bien cumplimentados un total de 635. Las pérdidas totales fueron de 38 cuestionarios, (ya que no fueron rellenados correctamente por los profesionales debido a errores de anotación o por

falta de alguno de los datos del cuestionario). El número de cuestionarios mal cumplimentados ha supuesto el 5’64%.

4 MATERIAL Y MÉTODO.

4.1 Preparación del Cuestionario.

El cuestionario se realizó a partir de la elaboración de un grupo focal con la participación de profesionales expertos en Violencia de Género, de cada servicio (urgencias hospitalaria, extrahospitalaria y de centro de salud), en las que formularon cuales eran las opiniones, deseos, necesidades y deficiencias que los profesionales sanitarios tenían acerca de esta problemática. De esta manera y teniendo en cuenta el conjunto de inquietudes, necesidades y desconocimientos que surgieron del grupo focal en la que se incluyo la consulta de la bibliografía existente por parte del investigador relacionada con la Violencia de Género a partir de una serie de artículos científicos sobre la detección de casos, cursos de formación, perfiles de los profesionales etc. se elaboró el cuestionario definitivo empleado en este estudio. El cuestionario se realizo siguiendo los modelos existentes, y facilitando su compresión y lectura, utilizando por tanto un lengua sencillo y fácilmente comprensible (Anexo 9. Encuesta sobre Violencia de Género para profesionales sanitarios). Posteriormente el cuestionario se revisó por el grupo de expertos para su validación definitiva (método Delphi). A los profesionales que intervinieron en el grupo focal se les proporciono la obtención de consentimiento informado (Anexo 10. Consentimiento informado para participar en el grupo focal), de manera que fue firmado todos los profesionales que participaron, se aseguro el carácter anónimo de este grupo, ya que se realizó en una sala donde solamente accedieron los sanitarios que intervinieron y la persona que recogió los datos para luego formular el cuestionario junto con la aplicación de la bibliografía consultada (Saturno, 2010; Fowler, 1993; Aday, 2006).

4.2 Cuestionario.

Los cuestionarios fueron repartidos de forma aleatoria en todos los servicios donde se encuentra ejerciendo los profesionales sanitarios de nuestro estudio, esperando que la participación de los profesionales fuera lo más alta posible. La recogida de datos tuvo lugar entre los meses de enero y diciembre de 2014, evitando las fechas estivales, ya que durante ese periodo es frecuente que los profesionales que se encuentre ejerciendo no sean los propios de la unidad. Los cuestionarios se realizaron en los centros de trabajo de los participantes, concretamente las urgencias hospitalarias de los diferentes centros hospitalarios, y en los centros de urgencias extrahospitalarias (Servicios de Urgencias Extrahospitalaria (SUE) y la Unidades Móviles de Emergencia (UME))

El cuestionario elaborado permite conocer las actitudes que tienen los profesionales sanitarios en relación a la Violencia de Género. Se han observado **variables sociodemográficas**, **sociolaborales**, ya que éstas pueden estar relacionadas con el conocimiento, la implicación y la concienciación que pueden presentar los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias con respecto a la Violencia de Genero y las variables propias del estudio, que con posterioridad se detallarán.

Variables sociodemográficas medidas son:

- **edad**.
- **sexo**.

Variables sociolaborales medidas son:

- **profesión.**

- **servicio donde esta ejerciendo actualmente su función**.

En la parte del cuestionario cuyas variables están relacionadas con los objetivos del estudio, se han obtenido realizando un análisis factorial entre los ítems del cuestionario (del 5 hasta el 23) A partir del cual se obtuvieron los distintos factores que nos permite medir los aspectos relacionados objeto del estudio. Todas estas variables constituyen las ***variables propias del estudio*** y son las siguientes:

- **Experiencia** que tienen los profesionales del estudio sobre la Violencia de Género (ítems 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11). Con la experiencia se pretende valorar por un lado si los profesionales de nuestro estudio han tenido contacto con alguna víctima, también se valora el grado de experiencia según el número de víctimas atendidas y por último, valoramos el tipo violencia presentaban las mujeres que habían atendido.

- **Conocimiento** y la **aplicación del Protocolo Específico de Actuación en caso de Violencia de Género** esta relacionada con la implicación y la concienciación de los profesionales sanitarios de nuestro estudio con respecto a dicho problema. Hemos analizado dichos aspectos en los ítems 12 y 13. No obstante también resulta fundamental conocer si existen profesionales sanitarios que **conociendo** dicho protocolo, **no** lo **aplican**, a pesar de tener la oportunidad al **atender** a víctimas.

- **Formación de Pregrado** que tienen los profesionales sanitarios encuestados (ítem 14). Con

este aspecto se pretende establecer cuales la opinión relativa de los profesionales sanitarios de nuestro estudio, haciendo referencia a los conocimientos previos, en Violencia de Género que han recibido los profesionales sanitarios de nuestro estudio en la Universidad.

- **Opinión relativa a la Necesidad de formación específica en Violencia de Género** (ítems 15 y 18). El conocimiento de opinión sobre dicha necesidad supone valorar el nivel de sensibilización que tienen acerca de este problema y por otro lado cual es el nivel de concienciación relativa a la búsqueda de información sobre la Violencia de Género.

- Opinión sobre el **Interés que manifiestan por su formación en Violencia de Género** (ítems 16 y 17). El interés viene determinado por su voluntad de realizar los cursos de formación específica para incrementar su preparación profesional, demostrando su preparación para enfrentarse a las víctimas, además de que estos cursos deben de ser lo más actualizados posibles (menos de 5 años) y estar accesibles para un conocimiento generalizado de todos los profesionales sanitarios.

- **Consideración de la Violencia de Género como un problema de salud pública** (variable ítem 19). La Violencia de Género se considera como un problema de Salud Pública, ya que da lugar a graves consecuencias sobre la salud de la mujer, por lo que es importante saber si nuestros profesionales están de acuerdo con su consideración.

- Opinión **sobre la necesidad de profesionales sanitarios especialistas en Violencia de Género** (ítems 20. 21, 22 y 23). Consideramos fundamental conocer cual es la opinión que tienen los profesionales sanitarios de nuestro estudio sobre la necesidad de profesionales sanitarios específicos encargados de guiar, asesorar y proporcionar los medios necesarios para los profesionales que están en contacto con las posibles víctimas. El conocer esta opinión es esencial al existir muchas dudas sobre la creación de este profesional especializado.

5 MATERIAL Y MÉTODOS ESTADÍSTICOS.

El análisis de los cuestionarios se realizo mediante el programa informático IBM SPSS Statistics 19©.

Se ha procedido de la siguiente manera:

- Para la descripción de las variables cualitativas se ha realizado el análisis de las frecuencias absolutas y los porcentajes de las mismas.
- Para la descripción de las variables cuantitativa, se realizo el cálculo de medias y desviaciones típicas.
- Se ha realizado un análisis factorial para la determinación de las dimensiones propias del estudio.
- Para el análisis de las variables propias del estudio se llevaron a cabo los cálculos de medias y desviaciones típicas, el análisis de las frecuencias absolutas y los porcentajes de las mismas, también se llevo a cabo su comparación mediante un contraste de proporciones.
- Para comparar variables cualitativas se han realizado análisis de tablas de contingencias mediante el test de la Chi cuadrado de Pearson complementado con el análisis de residuos.
- Para comparar variables cualitativas y cuantitativas se han realizado la T de Student combinada para comparar dos medias.

- Para comparar más de dos medidas se utilizado Análisis de Varianza Simple (ANOVA), en ambos casos, previa comparación de Varianzas.

RESULTADOS.

En este capítulo presentamos, los resultados de las variables estudiadas procedentes de las respuestas de los profesionales sanitarios (Médicos/as y Enfermeros/as) de Urgencias y Emergencias del ámbito Hospitalario y Extrahospitalario, obtenidos de nuestro cuestionario. Los resultados se van a detallar divididos en tres partes:

En la **primera parte** mostraremos los resultados descriptivos de las variables sociodemográficas y sociolaborales de la población estudiada.

En la **segunda parte** se expondrán también los resultados descriptivos de las variables propias del estudio, con el objetivo de conocer si dichos profesionales sanitarios poseen experiencia profesional en la atención de mujeres víctimas de Violencia de Género, si tienen conocimiento de la existencia del Protocolo Específico de Atención Sanitaria, y si lo aplican, datos sobre la opinión de la Formación de Pregrado en Violencia de Género, la opinión sobre las necesidades de mayor Formación Específica e interés por la misma, conocer si consideran la Violencia de Género como un problema de Salud Pública y, finalmente, determinar cual es la opinión sobre la necesidad de profesionales sanitarios especialistas.

En la **tercera parte**, mostraremos las relaciones entre las variables propias del estudio con las variables sociodemográficas y sociolaborales, y por último, presentaremos los resultados de relación de asociación entre cada variable con otras variables propias del estudio.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y SOCIOLABORALES DEL ESTUDIO.

1. RESULTADOS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y SOCIOLABORALES.

1.1. PROFESIÓN.

Los resultados de nuestra muestra son los siguientes (Tabla 8):

Profesión.

	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de Confianza
Médicos/as	325	51,2	47,2 - 55,2
Enfermeros/as	310	48,8	44,8 - 52,8
Total	**635**	**100,0**	

Tabla 8. Distribución de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias según su profesión.

La gráfica de distribución según la profesión de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias Hospitalarias y Extrahospitalarias (Figura 7), es la siguiente:

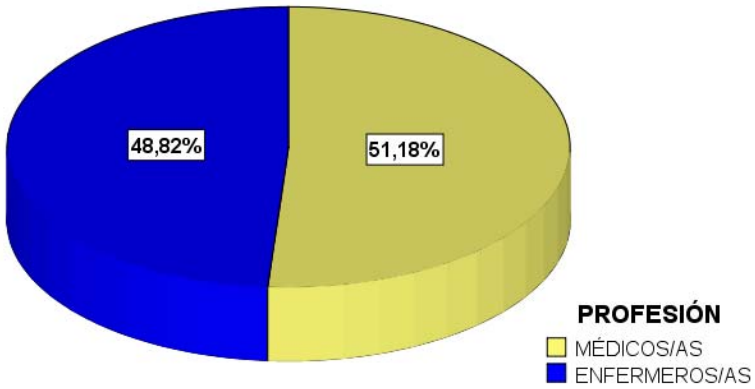


Figura 7. Distribución según la profesión de los participantes de nuestro estudio.

Con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a la estimación de la proporción, podemos decir que la proporción de profesionales sanitarios médicos/as de Urgencias y Emergencias, se sitúa entre un 47,2 - 55,2 %, mientras que la proporción de

enfermeros/as se sitúa entre 44,8 – 52,8%. Lo que supone que en nuestro estudio el porcentaje de ambos colectivos es muy parecido.

1.2. SEXO.

Los resultados de nuestra muestra son los siguientes (Tabla 9):

Sexo.

	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de Confianza
Hombres	282	44,4	40,4 – 48,8
Mujeres	353	55,6	51,6 – 59,6
Total	**635**	**100,0**	

Tabla 9. Distribución de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias según su sexo.

La gráfica de distribución según el sexo de los profesionales sanitarios de nuestro estudio, es la siguiente (Figura 8):

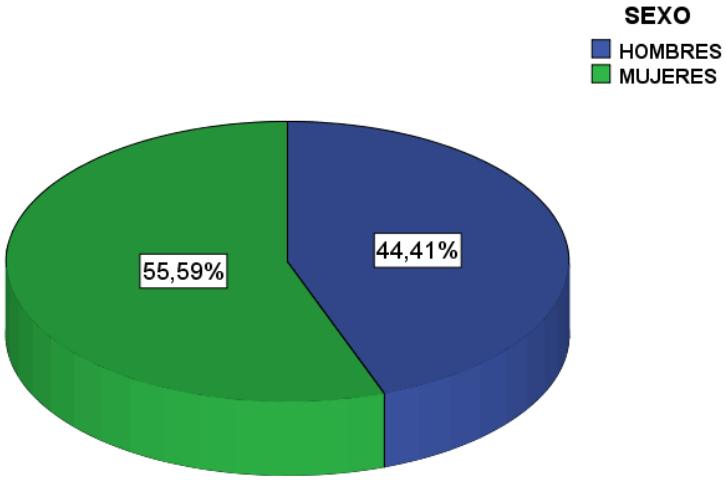


Figura 8. Distribución según el sexo de los participantes de nuestro estudio.

Con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a la estimación de la proporción, podemos decir que la proporción de los profesionales sanitarios “hombres” se sitúa entre un 40,4% – 48,4%, mientras que el porcentaje de mujeres se sitúa entre 51,6% – 59,6%. Observándose una distribución homogénea según el sexo de nuestros profesionales sanitarios.

1.3 TRABAJO ACTUAL.

Los resultados de nuestra muestra son los siguientes (Tabla 10):

Trabajo actual

	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de Confianza
Urgencias hospitalarias	351	55,3	51,3 – 59,3
Urgencias extrahospitalarias	284	44,7	40,4 – 48,7
Total	**635**	**100,0**	

Tabla: 10. Distribución de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias según su trabajo actual.

La gráfica de distribución según el trabajo actual de los profesionales de nuestro estudio, es la siguiente (Figura 9):

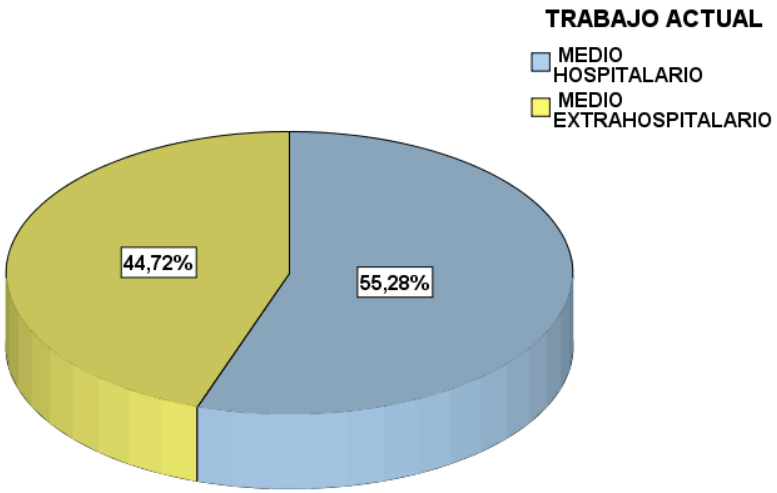


Figura 9. Distribución según el trabajo actual de los participantes de nuestro estudio.

Con un nivel de confianza al 95%, correspondiente a la estimación de una proporción podemos decir que, el porcentaje de profesionales que trabajan en el ámbito de las Urgencias Hospitalarias se sitúa entre un 51,3 – 59,3% mientras que entre un 40,7 – 48,7% trabajan en las Urgencias Extrahospitalarias. Dentro de todos los profesionales de nuestro estudio, la mayoría trabajan en el medio hospitalario.

Hay que tener en cuenta que los profesionales sanitarios que trabajan en el medio extrahospitalario pueden distribuirse a su vez, en profesionales que ejercen:

- en los Servicios de Urgencias y Emergencias de Atención Primaria (SUE),
- y en las Unidades Móviles de Emergencias (UME).

De esta manera, quedan distribuidos de la siguiente forma, un 30,29% (N = 193) trabajan en los Servicios de Urgencias y Emergencias de Atención Primaria (SUE), mientras que el 14.33% (N = 91) trabajaban en Unidades Móviles de Emergencias (UME). En la siguiente tabla (Tabla 11), se muestra distribuidos a los profesionales que trabajan en el ámbito extrahospitalario:

Trabajo actual sin agrupación de las Urgencias Extrahospitalarias.

	Frecuencia	Porcentaje
Urgencias Hospitalarias	351	55,3
Servicios de Urgencias y Emergencias de Atención Primaria (SUE)	193	30,4
Unidad Móvil de Emergencias (UME).	91	14,3
Total	**635**	**100,0**

Tabla: 11. Distribución de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias según su trabajo actual sin agrupación de los profesionales que trabajan en Urgencias Extrahospitalarias.

1.4 EDAD.

Los resultados de nuestra muestra (Tabla 12):

Edad	
Media	40,14
Mediana	39,00
Desviación estándar	9,074

Tabla: 12. Distribución de la edad de los profesionales sanitarios de nuestra muestra.

La media de edad del conjunto de profesionales sanitarios que respondieron a nuestro cuestionario, se situó en 40,14 años. Con un nivel de confianza al 95%, correspondiente a la estimación de la proporción podemos decir que, la edad media de los profesionales de Urgencias y Emergencias esta comprendida entre los 39,43 – 40,85 años.

Hemos agrupado la edad de nuestros profesionales en los siguientes grupos:

- ***Profesionales sanitarios Jóvenes*** cuya edad esta comprendida entre los 20 y los 35 años.
- ***Profesionales sanitarios de Mediana Edad*** comprendidos entre los 36 y 50 años.
- ***Profesionales sanitarios de Mayores*** son aquellos que tienen más de 50 años

La agrupación por edades de nuestra muestra quedará de la siguiente manera (Tabla 13):

Agrupación de los profesionales por edad

	Frecuencia	Porcentaje
20 - 35 años	224	35,3
36 - 50 años	299	47,1
más de 50 años	112	17,6
Total	**635**	**100,0**

Tabla: **13**. Agrupación por edad de los distintos profesionales sanitarios de nuestra muestra

La gráfica de distribución según la agrupación de edad de estos profesionales (Figura 10), es la siguiente:

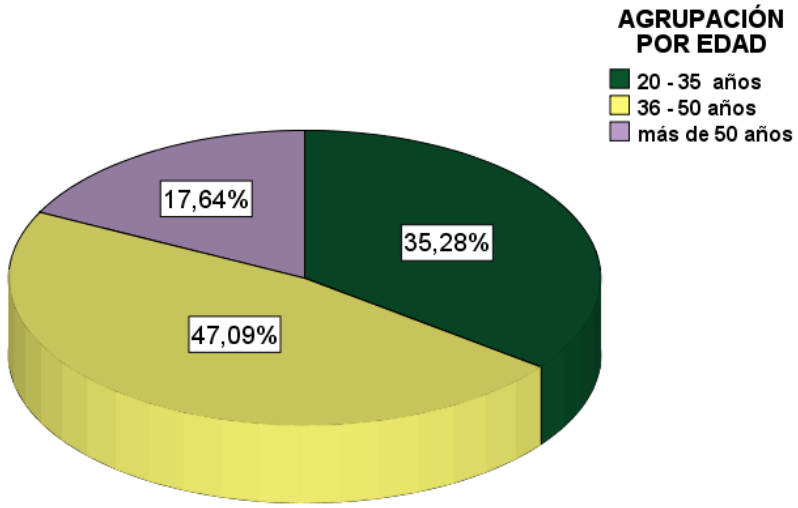


Figura: 10. Porcentaje de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias agrupados por edad.

VARIABLES PROPIAS DEL ESTUDIO.

2. EXPERIENCIA PROFESIONAL EN LA ATENCIÓN DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

La **experiencia profesional** en la atención de casos de Violencia de Género de los profesionales sanitarios es fundamental conocerla ya que con ella podemos ver si dichos profesionales han tenido experiencia en la atención a mujeres víctimas, y que grado de experiencia tienen. Para ello se formularan como ya hemos dicho anteriormente una serie de preguntas recogida en los ítems 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11 de nuestro cuestionario. Dicha experiencia puede medirse de distintas formas, en primer lugar, es fundamental saber si los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias **han atendido** casos de Violencia de Género, y por tanto han tenido **experiencia** con mujeres víctimas y, a continuación es importante determinar que **grado de experiencia** han tenido, para ello a los profesionales sanitarios los clasificaremos teniendo en cuenta el número de mujeres que han llegado a atender. Pero además, es trascendental especificar de una forma clara, el **tipo de Violencia de Género** (Física, Psíquica, Social, sexual o Económica) que presentaban las mujeres que habían atendido estos profesionales.

Por tanto, la experiencia de dichos profesionales, en la atención de mujeres víctimas de Violencia de Género, la hemos estudiado:

- Con el ítem número 5, conoceremos si estos profesionales habían atendido algún caso de Violencia de Género a lo largo de su vida laboral, de esta manera podemos valorar la experiencia que tienen estos profesionales.

- Con el ítem 6, conoceremos cuál es su grado de experiencia teniendo en cuenta el número de mujeres que llegaron a atender.

- Y con los ítems 7, 8, 9, 10 y 11, conoceremos que tipo de violencia presentaban las mujeres que habían atendido, ya sea violencia física, psíquica, sexual, económica o/y social.

2.1 EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN DE CASOS EN VIOLENCIA DE GÉNERO DURANTE SU VIDA PROFESIONAL.

En la tabla siguiente quedan reflejados los resultados de nuestra muestra (Tabla 14):

Experiencia en la atención a casos de Violencia de Género

	Frecuencia	Porcentaje
Si	559	88,0
No	76	12,0
Total	**635**	**100,0**

Tabla: 14. Experiencia en la atención de casos de Violencia de Género por parte de los profesionales sanitarios de nuestra muestra.

La gráfica de distribución según la experiencia en la atención de casos de Violencia de Género en los profesionales sanitarios de nuestro estudio, es la siguiente (Figura 11):

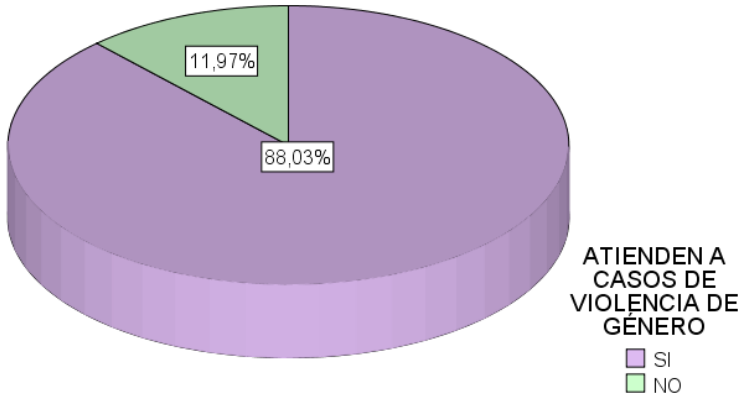


Figura 11. Experiencia en la atención de casos de Violencia de Género por los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias.

Con un 95% de nivel de confianza podemos decir que el porcentaje de estos profesionales que atienden casos de Violencia de

Género en algún momento de su vida profesional esta comprendido entre 85% al 91%.

Mediante el contraste de una proporción podemos decir que más del 85% de estos profesionales han atendido algún caso de Violencia de Género, con una $p<0,05$. Esto indica que un alto porcentaje de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias han atendido algún caso de Violencia de Género, y por tanto tienen experiencia con mujeres víctimas, lo que justifica nuestro estudio, ya que demuestra que casi todos han tenido contacto con alguna mujer víctima por lo que se ve necesario una necesidad de formación y concienciación de estos profesionales.

2.2 GRADO DE EXPERIENCIA SEGÚN EL NÚMERO DE MUJERES ATENDIDAS.

Los profesionales de Urgencias y Emergencias pueden tener diferente grado de experiencia según el número de mujeres víctimas atendidas, esto queda reflejado en la siguiente tabla (Tabla 15) en la que a continuación mostramos los resultados que corresponden a nuestra muestra:

Mujeres con Violencia de Género que llegaron a atender	
Media	10,89
Desviación típica	,638

Tabla 15. Datos del número de mujeres atendidas por los profesionales sanitarios de nuestra muestra.

La media de mujeres atendidas por nuestros profesionales se sitúa en 10,89 casos. Con un 95% de nivel de confianza podemos decir que el número de mujeres con Violencia de Género que los profesionales sanitarios de nuestro estudio habían llegado a atender esta comprendido entre 10,84 y 11,94 mujeres.

Ahora agruparemos a los profesionales sanitarios de nuestro estudio según el **grado de experiencia**, en función del número de casos que habían atendido, se lleva a cabo dicha agrupación ya que nos permite ver más claramente a los sanitarios distribuidos en tres grupos diferentes, quedando distribuidos como a continuación exponemos (Tabla 16):

- Profesionales que ***no tienen experiencia*** en la atención a casos de Violencia de Género son aquellos que no han atendido a ninguna víctima.
- Profesionales con ***poca experiencia***, aquellos que han atendido a pocos casos, oscilando desde 1 a 10 casos.
- Profesionales con ***moderada experiencia***, aquellos que han atendido de 11 a 19 casos.

- Profesionales con ***mucha experiencia o experimentados***, aquellos profesionales sanitarios que han atendido a un número de víctimas igual o mayor a 20 casos.

Grado de experiencia en función al número de mujeres atendidas

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna Experiencia en la atención a casos de violencia de género	71	11,2
Poca Experiencia en atención	402	63,3
Moderada Experiencia en atención	55	8,7
Mucha Experiencia o experimentados en atención	107	16,9
Total	**635**	**100,0**

Tabla: 16. Grado de experiencia de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias en función del número de casos que habían atendido.

En la siguiente gráfica de distribución aparecen agrupados los/as médicos/as y enfermeros/as en función del grado de experiencia en la atención de mujeres víctima de Violencia de Género (Figura 12):

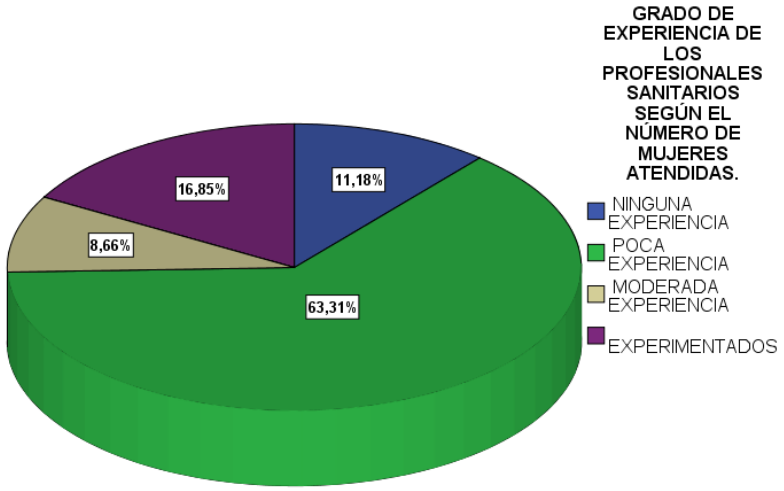


Figura 12. Distribución del grado de experiencia de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias en función del número de casos que habían atendido.

Mediante el contraste de una proporción, podemos decir que más del 24% de estos, poseen mucha o moderada experiencia en función del número de mujeres que habían llegado a atender víctimas de Violencia de Género, con una $p<0,05$. Pero dentro de éstos, más del 13% eran profesionales experimentados, con una $p<0,05$.

2.3 TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO QUE ATIENDEN.

Como ya hemos indicado anteriormente, la Violencia de Genero se puede presentar de diferentes tipos, ya sea Violencia Física, o/y con Violencia Psíquica, o/y con Violencia Sexual, o/y con Violencia Social, o/y Violencia Económica. Veremos a continuación cada uno de los tipos de Violencia de Género que atendieron los profesionales sanitarios de nuestro estudio que habían tenido experiencia con este tipo de víctimas.

2.3.1 VIOLENCIA SEXUAL.

Aquí mostramos los resultados de nuestra muestra correspondiente a los profesionales que atendieron a mujeres con Violencia Sexual (Tabla 17):

Violencia Sexual.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	196	34,7
	No	369	65,3
	Total	565	100,0
Total		**565**	

Tabla: 17. Número de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que habían atendido a mujeres víctimas de Violencia Sexual.

Mediante la siguiente gráfica representamos a estos profesionales que habían atendido mujeres que presentaban Violencia Sexual (Figura 13):

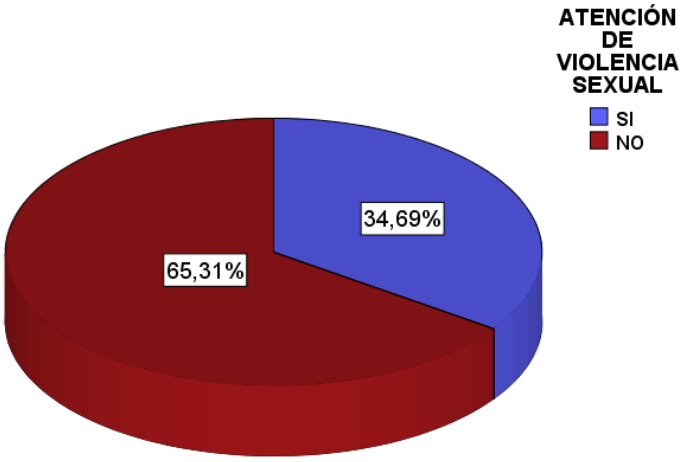


Figura: 13. Porcentaje de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que habían atendido a mujeres que presentaban Violencia Sexual.

A partir de los resultados de nuestra muestra, con el nivel de confianza del 95%, podemos establecer que la proporción de los profesionales de nuestro estudio que habían atendido a mujeres con Violencia Sexual se sitúa entre el 30,7% y el 38,7%.

Mediante el contraste de una proporción podemos decir que más del 36% de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que tienen experiencia, habían atendido a mujeres que habían sufrido Violencia Sexual, con una $p<0,05$.

2.3.2 VIOLENCIA FÍSICA.

A continuación se presentan los resultados correspondientes a la muestra de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que tienen experiencia que habían atendido a mujeres víctimas de Violencia Física (Tabla 18):

Violencia Física.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	558	98,4
	No	9	1,6
	Total	567	100,0
Total		**567**	

Tabla: 18. Número de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que habían atendido a mujeres víctimas de Violencia Física.

La gráfica de distribución correspondiente a los profesionales de nuestro estudio, que habían atendido a mujeres con Violencia Física es la siguiente (Figura 14):

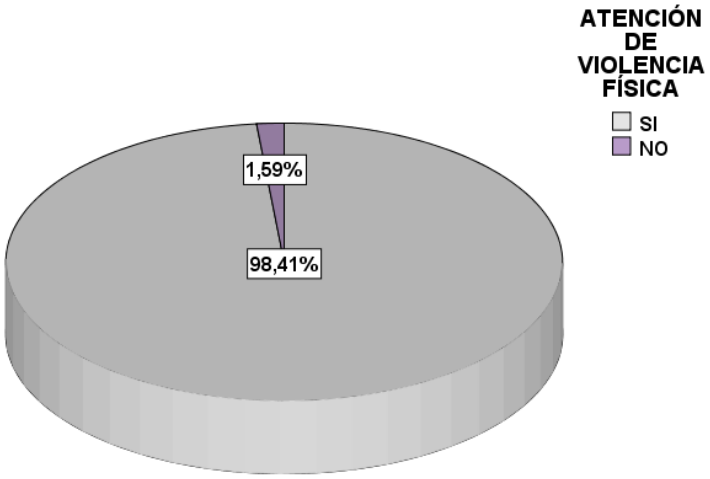


Figura: 14. Porcentaje de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que han atendido a mujeres que presentaban Violencia Física.

A un nivel de confianza del 95%, se ha estimado que entre el 98,1% y el 98,7% corresponde a la proporción de estos profesionales que habían atendido a mujeres que habían sufrido Violencia Física.

Mediante el contraste de una proporción podemos decir que más del 95% de los profesionales de Urgencias y Emergencias que tienen experiencia habían atendido a mujeres que habían sufrido Violencia Física, con una $p<0,05$. La violencia Física es la violencia que más atendieron los profesionales con experiencia.

2.3.3 VIOLENCIA PSÍQUICA.

Realizamos a continuación el análisis de los resultados de nuestra muestra que representa a los profesionales sanitarios que tienen experiencia y habían atendido a mujeres víctimas de Violencia Psíquica (Tabla 19).

Violencia Psíquica.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	503	88,7
	No	64	11,3
	Total	567	100,0
Total		**567**	

Tabla: 19. Número de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que habían atendido a mujeres víctimas de Violencia Psíquica.

La gráfica de distribución correspondiente a los profesionales sanitarios de nuestro estudio que habían atendido a mujeres con Violencia Psíquica, es la siguiente (Figura 15):

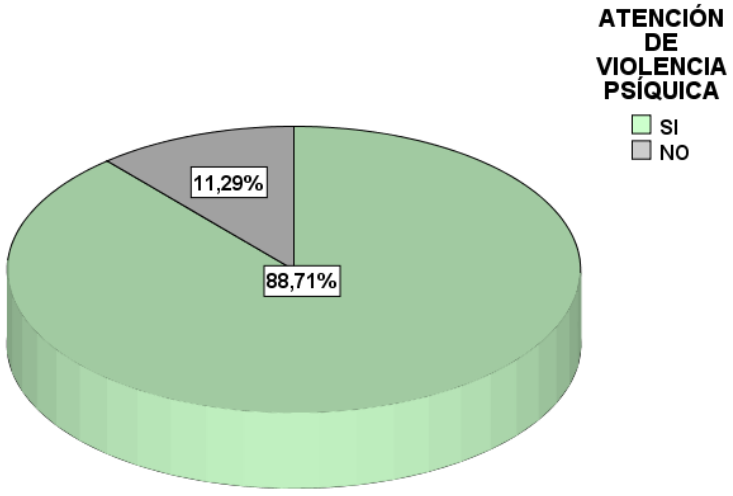


Figura:15. Porcentaje de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que habían atendido a mujeres que presentaban Violencia Psíquica.

Se ha estimado, con un nivel de confianza del 95%, que entre el 85,7% y el 91,7% corresponde a la proporción de estos profesionales, que habían atendido a mujeres que han sufrido Violencia Psíquica.

Mediante el contraste de una proporción, podemos decir que más del 75% de los Profesionales Sanitarios de Urgencias y Emergencias que tienen experiencia habían atendido a mujeres que habían sufrido Violencia Psíquica, con una $p<0,05$.

2.3.4 VIOLENCIA ECONÓMICA.

Realizamos a continuación el análisis de los resultados de nuestra muestra que representa a los sanitarios de nuestro estudio que tienen experiencia, que habían atendido a mujeres víctimas de Violencia Económica (Tabla 20).

Violencia Económica.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	141	24,9
	No	426	75,1
	Total	567	100,0
Total		**567**	

Tabla: 20. Número de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que habían atendido a mujeres víctimas de Violencia Económica.

A continuación se muestra la gráfica de distribución de estos profesiones que habían atendido a mujeres con Violencia Económica, (Figura 16):

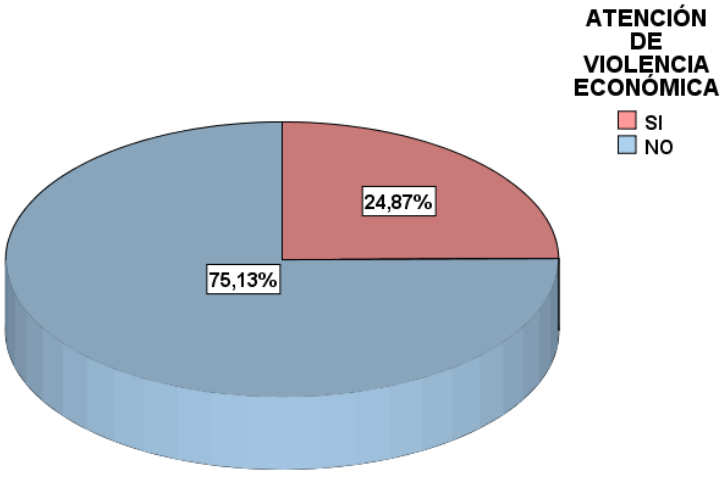


Figura: 16. Porcentaje de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que habían atendido a mujeres que presentaban Violencia Económica.

Con un nivel de confianza del 95%, podemos decir que la proporción de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias, que habían atendido mujeres que sufren Violencia Económica se sitúa entre el 21,9% y el 27,9%.

Mediante el contraste de una proporción, podemos decir que más del 23% de estos profesionales con experiencia, habían atendido a mujeres que habían sufrido Violencia Económica, con una $p<0,05$.

2.3.5 VIOLENCIA SOCIAL.

Los resultados de nuestra muestra en cuanto a la atención de mujeres con Violencia Social por parte de los profesionales sanitarios de nuestro estudio con experiencia, son los siguientes (Tabla 21):

Violencia Social.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	252	44,4
	No	315	55,6
	Total	567	100,0
Perdidos	Sistema	68	
Total		**635**	

Tabla: 21. Número de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que habían atendido a mujeres víctimas de Violencia Social.

Ahora mostramos la gráfica de distribución los/as profesionales médicos/as y enfermeros/as de Urgencias y Emergencias que habían atendido a mujeres con Violencia Social (Figura 17):

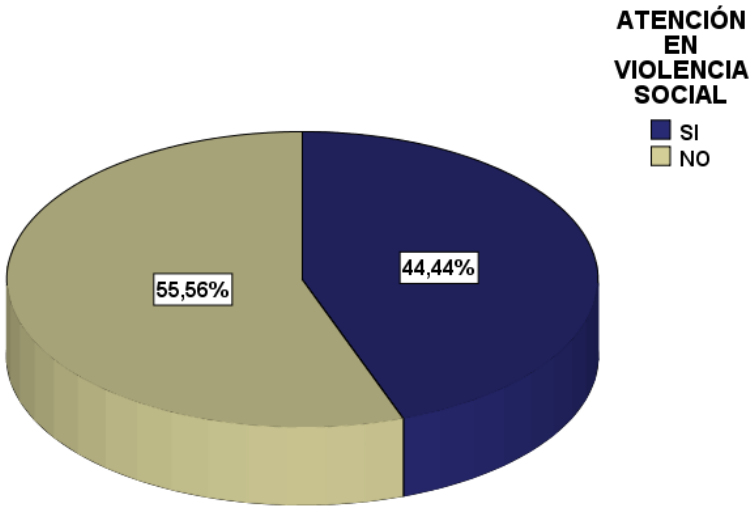


Figura: 17. Porcentaje de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que habían atendido a mujeres que presentaban Violencia Social.

Con un intervalo de confianza del 95%, se puede decir que la proporción de estos profesionales que habían atendido a mujeres que

sufren Violencia Social, se sitúa en el intervalo que va del 41,4% a el 45,4%.

Mediante el contraste de una proporción podemos afirmar que al más del 42% de éstos con experiencia, habían atendido a mujeres que habían sufrido Violencia Social en algún momento de su vida profesional, con una $p<0,05$.

Haciendo un resumen con respecto a los datos más importantes, observados en relación a los tipos de Violencia de Género que presentaban las mujeres víctimas que habían atendido los Profesionales Sanitarios de nuestro estudio, podemos decir que el mayor porcentaje de atención corresponde a aquellos profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias con experiencia que habían atendido a mujeres con Violencia Física, seguido por los que habían atendido a mujeres con Violencia Psíquica, mientras que las menos atendidas son las mujeres que presentaban Violencia Sexual, Social y Económica. Aunque seguramente, muchas de estas mujeres no solamente presentarían un solo tipo de violencia.

3. CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA Y APLICACIÓN DEL PROTOCOLO ESPECÍFICO DE ACTUACIÓN EN CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

El protocolo Específico de actuación en caso de Violencia de Género es fundamental para diagnóstico y para la atención de dichas víctimas. Su conocimiento resulta esencial y su aplicación obligatoria para todos los profesionales sanitarios que pueden estar en contacto con dichas mujeres. Su aplicación supone que los profesionales sanitarios están concienciados e implicados con la Violencia de Género. Por tanto es importante conocer, si los profesionales sanitarios de nuestro estudio, saben de la existencia en su centro de trabajo, de dicho Protocolo Específico y posteriormente también analizaremos si estos mismos profesionales han aplicado alguna vez el mismo. Estos datos corresponden a los ítems número 12 y 13 de nuestro cuestionario.

3.1 CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA EN SU CENTRO DE TRABAJO DEL PROTOCOLO ESPECÍFICO DE ACTUACIÓN EN CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

Los resultados de nuestra muestra son los siguientes (Tabla 22):

Conocimiento de la existencia del Protocolo Específico de actuación en caso de Violencia de Género

	Frecuencia	Porcentaje
Si	484	76,2
No	151	23,8
Total	**635**	**100,0**

Tabla: 22. Conocimiento de la existencia del Protocolo Específico de actuación en caso de Violencia de Género.

En la siguiente gráfica de distribución, se muestran el porcentaje de estos profesionales sanitarios que tienen conocimiento de la

existencia del Protocolo Específico de actuación en caso de Violencia de Género (Figura 18):

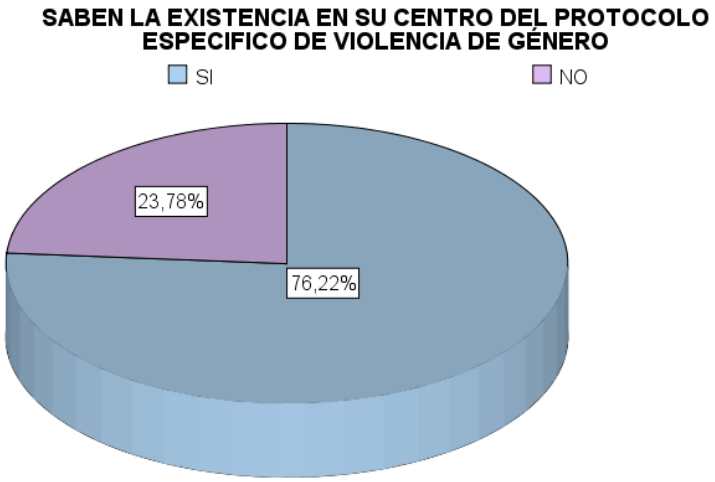


Figura: 18. Distribución de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que tienen conocimiento de la existencia del Protocolo Específico de actuación en caso de Violencia de Género.

Aunque resulta fundamental saber quién conoce el protocolo, más importante es saber quién **no** lo **conoce**, puesto que esto supone que dichos profesionales sanitarios tienen un grado de conocimientos e implicación menor en Violencia de Género, por lo que nosotros nos centraremos en estos últimos. Hemos estimado, con un nivel de confianza del 95%, la proporción de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que **no conocen** la existencia del Protocolo Específico de actuación en caso de Violencia de Género, está comprendido entre el 20,8% y el 26,8%.

Mediante el contraste de una proporción, podemos decir que en general **más del 20%** de estos profesionales **no conocen** la existencia del Protocolo Especifico, con una $p<0,05$ lo cual supone **poca concienciación** en la Violencia de Género.

3.2 APLICACIÓN EN SU CENTRO DE TRABAJO DEL PROTOCOLO ESPECÍFICO DE ACTUACIÓN EN CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

A continuación, tras estudiar si los profesionales sanitarios de nuestro estudio sabían de la existencia del Protocolo Específico, es de vital importancia conocer los profesionales que estando en condiciones de aplicar el Protocolo, realmente lo aplican. Dichos profesionales deben de cumplir estas dos condiciones:

1. Que **conozcan** la existencia de dicho Protocolo.
2. Que hayan **atendido** algún caso de Violencia de Género.

Los resultados correspondientes a nuestra muestra se reflejan en la siguiente tabla (Tabla 23):

		Frecuencia	Porcentaje
Aplicación del Protocolo Específico	Si	340	77,4
	No	99	22,9
	Total	**439**	**100,0**

Tabla: 23. Aplicación alguna vez en su centro de trabajo del Protocolo Específico de Violencia de Género, solo en profesionales que conocen su existencia y han atendido casos.

En la siguiente gráfica de distribución, se muestran el porcentaje de estos profesionales sanitarios que han aplicado el Protocolo Específico teniendo conocimiento de su existencia, pero solo en aquellos profesionales que han llegado a atender a víctimas (Figura 19):

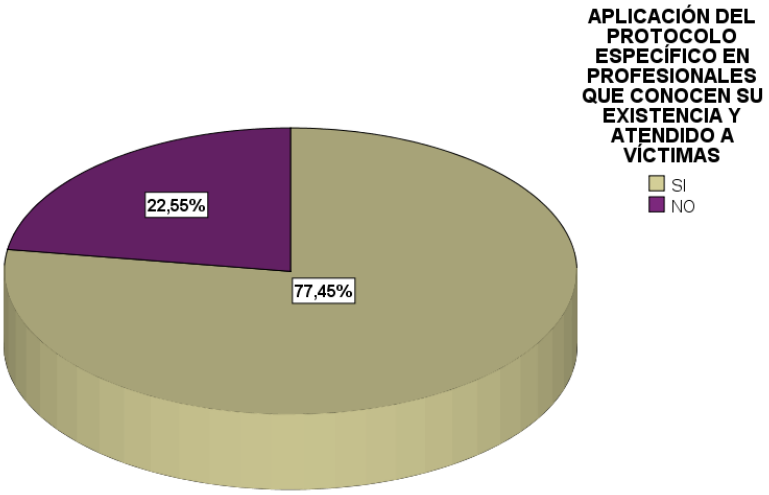


Figura: 19. Distribución de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que aplican del Protocolo Específico teniendo conocimiento de su existencia y que han llegado a atender víctimas.

Mediante el contraste de una proporción, podemos decir que en general **más del 20%** de los profesionales que pueden aplicar el Protocolo, **no lo aplican**, con una $p<0,05$. Indicando el bajo grado de **implicación y concienciación** que algunos profesionales sanitarios presentan actualmente

4. OPINIÓN SOBRE LA FORMACIÓN PREGRADO RECIBIDA EN VIOLENCIA DE GÉNERO.

Parece imprescindible conocer cual es la base o nivel previo de conocimientos que han recibido los profesionales de nuestro estudio en relación a la problemática de la Violencia de Género. De manera resulta fundamental conocer cual es la opinión que tienen nuestros profesionales en relación a la formación de pregrado sobre la Violencia de Género que habían recibido. En la siguiente tabla aparecen los resultados referidos a nuestra muestra (Tabla 24):

Formación de pregrado en Violencia de Género

	Frecuencia	Porcentaje
Buena – Muy buena	91	14,3
Regular	207	32,6
Mala – Muy mala	337	53,1
Total	**635**	**100,0**

Tabla: 24. Opinión de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias sobre la formación de pregrado en Violencia de Género.

La distribución gráfica según "la opinión sobre la formación de pregrado en Violencia de Género" recibida por estos profesionales, es la siguiente (Figura 20):

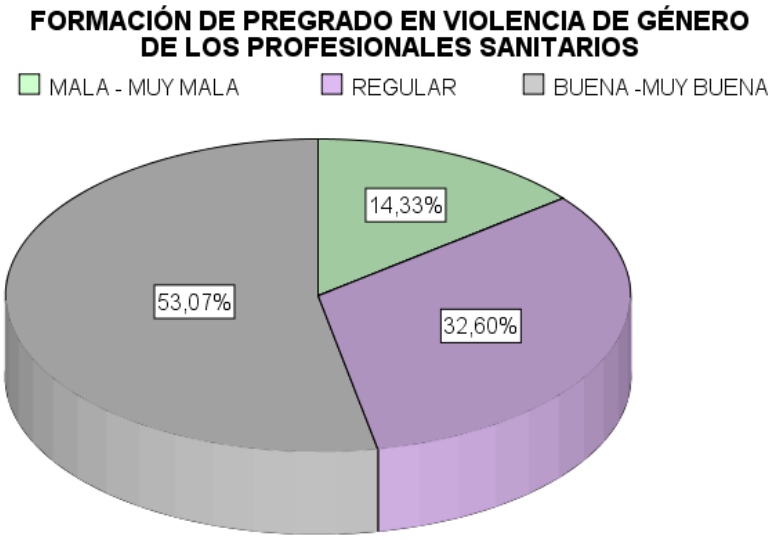


Figura: 20. Distribución de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias según su formación de pregrado en Violencia de Género.

Con un nivel de confianza del 95, entre el 49,1% y el 57,1% de estos profesionales, expresan que su formación de pregrado recibida en Violencia de Género es mala – muy mala,

Mediante el contraste de una proporción, podemos decir que en general **más del 51%** de los Profesionales de los Sanitarios de nuestro estudio manifiestan tener una **mala – muy mala formación de pregrado** en relación a la Violencia de Género, con una $p<0,05$. Con estos datos se sigue poniendo de relieve que la opinión que tienen los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias en relación a la formación pregrado es deficiente en el tema de la Violencia de Género.

5. NECESIDAD DE MAYOR FORMACIÓN ESPECÍFICA EN RELACIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

La opinión que tienen los profesionales sanitarios de nuestro estudio, con respecto a la "necesidad de mayor formación específica", se considera fundamental ya que implica mayor concienciación al percibir la importancia del problema de la Violencia de Género, estableciéndose una sensibilización en dichos profesionales, de manera que pueden determinar si dicho problema es importante o no para el desempeño normal de sus funciones asistenciales y por tanto, necesitan incrementar el nivel de conocimientos que tienen sobre la Violencia de Género. Para conocer la opinión de los profesionales sanitarios relativa a la necesidad de mayor formación específica se formulan dos preguntas de nuestro cuestionario que la ponen de relieve concretamente las preguntas 11 y 14, que corresponde a los ítems 15 y 18. A partir de estas dos cuestiones, se generó una nueva variable, asignándole por tanto, una nueva puntuación. Los valores que toma esta variable oscila entre 0 y 2, por tanto la nueva puntuación ordenada, sigue el modelo siguiente:

- Se le asigna una *puntuación de 0* a aquellos profesionales que manifiestan **no tener necesidad de mayor formación específica en Violencia de Género**.
- Con una *puntuación de 1*, se les asigna a los profesionales que manifiestan tener **una moderada necesidad**.
- Y finalmente, con una *puntuación de 2*, se les asigna aquellos que muestran **mucha necesidad**.

Los resultados referentes a la demanda que nuestros profesionales tienen con respecto a la "necesidad de una mayor formación específica en Violencia de Género" en nuestra muestra, son los siguientes (Tabla 25):

Necesidad de mayor formación específica en relación a la Violencia de Género

	Frecuencia	Porcentaje
No necesidad de mayor formación específica de Violencia de Género	47	7,4
Moderada necesidad de mayor formación específica de Violencia de Género	106	16,7
Mucha necesidad de mayor formación específica en Violencia de Género	482	75,9
Total	**635**	**100,0**

Tabla: 25. Cantidad de profesionales de Urgencias y Emergencias que manifiestan tener una mayor necesidad de formación específica en Violencia de Género

Tras la asignación, la gráfica de distribución donde queda reflejada la opinión de nuestros profesionales en la que manifiestan una necesidad mayor de ampliar la formación específica, es la siguiente (Figura 21):

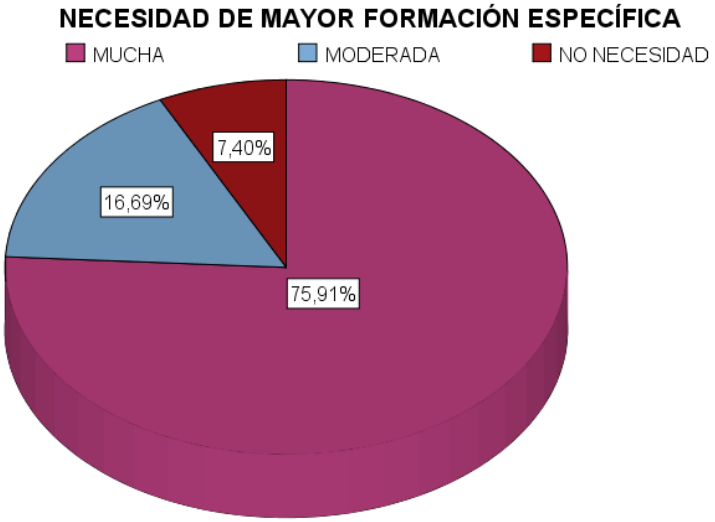


Figura: 21. Distribución de la opinión de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias según la necesidad de mayor formación específica en Violencia de Género.

Con el nivel de confianza al 95%, los sanitarios que manifiestan no tener o tener una moderada necesidad de mayor formación específica en Violencia de Género se sitúa en un intervalo comprendido entre 21,1% y el 27,1%.

Mediante el contraste de una proporción, podemos decir que más del 22% de los profesionales de los sanitarios de nuestro estudio, manifiestan "**no tener o tener una moderada necesidad** de mayor formación en Violencia de Género", pero también podemos decir que más del 75% tienen **mucha necesidad** de mayor formación en Violencia de Género, con una $p<0,05$

6. INTERÉS POR SU FORMACIÓN ESPECÍFICA REALIZADA EN RELACIÓN CON LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

Después de conocer cuál es la "opinión sobre la necesidad de mayor formación específica en Violencia de Género" de nuestros profesionales sanitarios, nos es de gran utilidad conocer cual es el interés que presentan estos profesionales sanitarios por dicha formación", ya sea buscando ellos los cursos de formación, o que éstos sean proporcionados por las administraciones públicas o entidades privadas.

En la actualidad existen un conjunto de cursos de formación en Violencia de Género impartidos por los organismos sanitarios o diferentes entidades no sanitarias. El interés por su Formación Específica se recoge en las preguntas d número 12 y número 13 de nuestro cuestionario, que corresponde a los ítems 16 y 17.

Para poder realizar su estudio, se ha procedido a la asignación de una nueva variable, de manera que se estableció nuevos valores que sirven para averiguar su interés. Los valores que toma esta variable oscila entre 0 y 2, de manera que, se asigna una puntuación ordenada, siguiendo el modelo siguiente:

- Se procedió a la asignación de una *puntuación de 0*, para aquellos profesionales que manifiestan **no tener interés por su formación específica en Violencia de Género**.
- Con una *puntuación de 1*, a los profesionales que manifiestan **moderado interés**.
- Y finalmente, se asigna una *puntuación de 2,* a aquellos que manifiestan un **alto interés**.

Los resultados relativos al "interés que nuestros profesionales" en nuestra muestra, son los siguientes (Tabla 26):

Interés por su formación especifica realizada en relación con la Violencia de Género

	Frecuencia	Porcentaje
Ningún interés por su formación en Violencia de Género.	277	43,6
Moderado interés por su formación en Violencia de Género.	208	32,8
Mucho interés por su formación en Violencia de Género.	150	23,6
Total	**635**	**100,0**

Tabla: 26. Interés que presentan los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias por su formación específica en Violencia de Género.

La gráfica de distribución en lo que se refiere al interés que presentan estos profesionales en relación a su formación específica en Violencia de Género (Figura 22), es la siguiente:

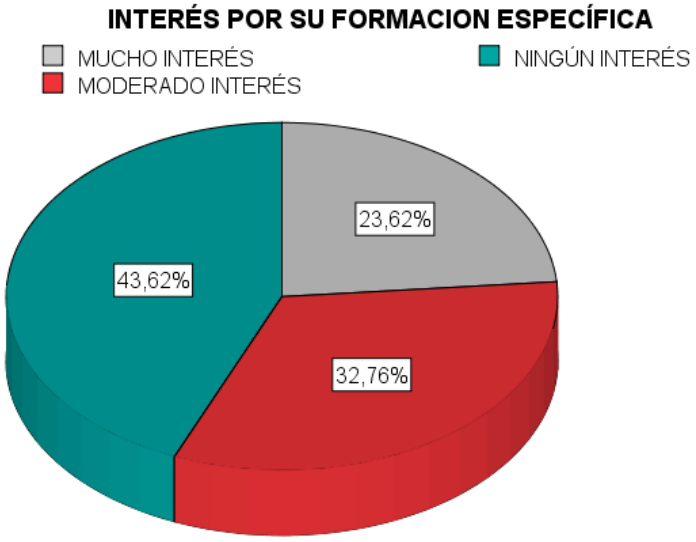


Figura: 22. Distribución de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias según su interés por la formación específica en Violencia de Género.

Para un nivel de confianza del 95%, la estimación de la proporción de los profesionales sanitarios que "**no tienen interés por su formación**

específica en Violencia de Género" está comprendida en el intervalo que va desde el 39,6% a 47,6%.

Mediante un contraste de proporciones podemos decir que más del 42% no mantienen "**ningún** interés por su formación específica en Violencia de Género ", con una p<0,05. Resultando este dato muy llamativo, ya que pone de manifiesto que si estos profesionales manifiestan **no tener interés** por su formación específica, éstos no buscan cursos de formación que incremente sus conocimientos para poder enfrentarse en su vida laboral ante posibles víctimas.

7. CONSIDERACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.

Hace referencia a la pregunta número 15 de nuestro cuestionario que corresponde con el ítem número 19, para conocer cuál es la opinión de los profesionales de Urgencias y Emergencias, en relación a la consideración de la Violencia de Género como un problema de Salud Pública. Por lo que se realizó una recopilación de todos los datos relativos a nuestra muestra agrupando a nuestros profesionales de la siguiente forma:

- agrupación de los profesionales que están totalmente de acuerdo con la afirmación de que la Violencia de Género sea considerada un problema de Salud Pública.
- y por otro lado la agrupación de aquellos que no están de acuerdo con su consideración, en este se encuentran englobados todos aquellos que no han dicho rotundamente que sí es un problema de salud pública

Con posterioridad se confecciono la siguiente tabla donde quedan reflejados los resultados (Tabla 27):

Consideración de la Violencia de Género como un problema de Salud Pública.

	Frecuencia	Porcentaje
No de Acuerdo	138	21,7
De Acuerdo	497	78,3
Total	**635**	**100,0**

Tabla: 27. Opinión de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias sobre si consideran a la Violencia de Género como un problema de Salud Publica.

La gráfica de distribución en lo que se refiere a la Violencia de Género como problema de Salud según los profesionales sanitarios de nuestro estudio (Figura 23), es la siguiente:

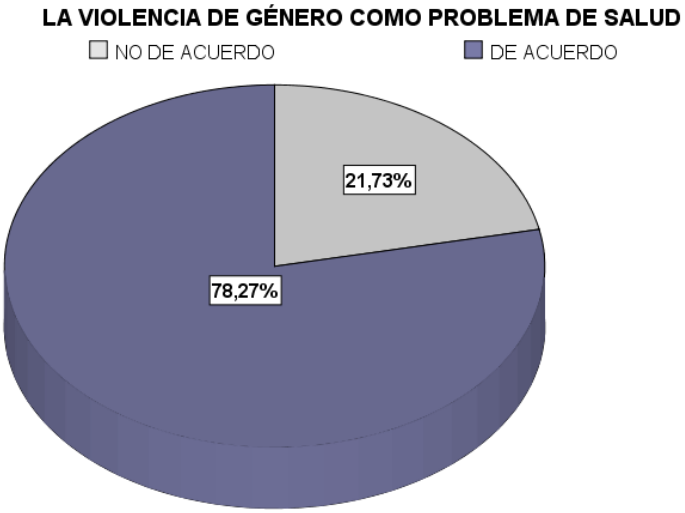


Figura: 23. Distribución de la opinión de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias si consideran que la Violencia de Género es un problema de Salud Pública.

Con un intervalo de confianza al 95%, la estimación de la proporción de estos profesionales que **no** están de acuerdo con la consideración de la Violencia de Género como un problema de Salud Pública, se sitúa entre el 18,7% y el 24,7%

Mediante el contraste de una proporción, podemos decir que más del 20% de nuestros profesionales opinan que "**no están de acuerdo con considerar a la Violencia de Género como un problema de Salud Pública**", con una $p<0,05$. Resulta fundamental que los profesionales sanitarios tengan claro que la Violencia de Género es un problema de Salud Pública, ya que este es un concepto básico que indica el conocimiento de este problema induciendo a los profesionales a un aumento de los niveles de concienciación e implicación.

8. OPINIÓN SOBRE LA NECESIDAD DE PROFESIONALES SANITARIOS CON FORMACIÓN ESPECÍFICA EN VIOLENCIA DE GÉNERO.

Al ser la Violencia de Género de gran importancia para la sociedad, actualmente existe controversia sobre la necesidad de la existencia de un conjunto de profesionales con formación específica encargados de guiar, llevar y proporcionar las medidas de control, asistencia y asesoramiento al resto de profesionales que puedan estar en contacto con víctimas. Para medir dicha opinión sobre la "necesidad de profesionales sanitarios con formación específica en Violencia de Género", se ha generado una nueva variable que abarca desde el ítem 16 al ítem 19 de nuestro cuestionario.

Se ha procedido a la agrupación de todos los ítems, de manera que se ha creado una nueva variable, a la que se le asignó nuevos valores, que sirven para averiguar dicha opinión. El rango de la muestra oscila desde el 5 hasta una puntuación de 20. En la siguiente tabla (Tabla 28) se muestran los resultados de esta nueva variable, en nuestra muestra:

Nueva puntuación	Frecuencia	Porcentaje
6,00	1	,2
7,00	2	,3
8,00	4	,6
9,00	4	,6
10,00	21	3,3
11,00	21	3,3
12,00	36	5,7
13,00	43	6,8
14,00	73	11,5
15,00	98	15,4
16,00	117	18,4
17,00	72	11,3
18,00	58	9,1
19,00	49	7,7
20,00	36	5,7
Total	**635**	**100,0**

Tabla: 28. Nueva variable creada a partir de la agrupación de los ítems del 16 a la 19 de nuestro cuestionario.

Hemos agrupado esta variable considerando que:

- Los profesionales que "**tienen una opinión en desacuerdo**" son aquellos cuya *puntuación esta comprendida entre 5 a 12 puntos*.
- Aquellos que "**están parcialmente de acuerdo**" se agrupan entre los *13 a 15 puntos*.
- Y los profesionales sanitarios que están "**de acuerdo**" o "**totalmente de acuerdo**" se les asigna una puntuación de *más de 15.*

Los resultados tras la agrupación (Tabla 29) de nuestra muestra es el siguiente:

Intervalos	Frecuencia	Porcentaje
No de acuerdo (Puntuación de ≤ 12)	89	14,0
Parcialmente de acuerdo (Puntación de 13 a 15)	214	33,7
De acuerdo (Puntuación de >15)	332	52,3
Total	**635**	**100,0**

Tabla: 29. Opinión de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias sobre la necesidad de profesionales sanitarios con formación específica sobre la Violencia de Género.

La gráfica de distribución representa a los profesionales relacionados con nuestro estudio con las diferentes opiniones relativas a la necesidad de profesionales sanitarios con formación específica (Figura 24):

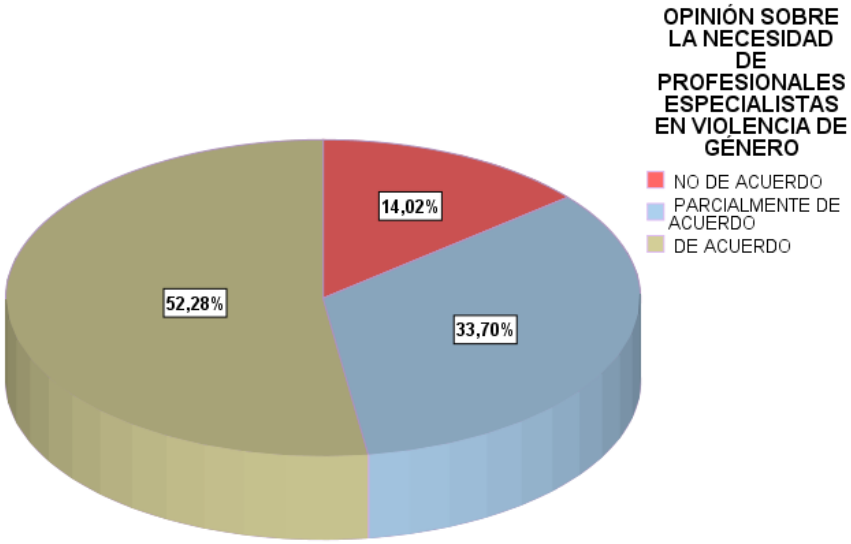


Figura: 24. Distribución según la opinión sobre las necesidades de profesionales sanitarios con formación específica sobre la Violencia de Género.

Con un intervalo de confianza al 95%, la estimación de la proporción de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que "**están de acuerdo o están parcialmente de acuerdo** con la necesidad de profesionales con formación específica sobre la Violencia de Género", se sitúa entre el 83% y 89%.

Mediante el contraste de una proporción, podemos decir que más del 84% de estos profesionales sanitarios **están de acuerdo o parcialmente de acuerdo con la necesidad de profesionales sanitarios especialista en Violencia de Género**, con una $p<0,05$.

RESULTADOS.

RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES.

RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, SOCIOLABORALES Y LAS VARIABLES PROPIAS DEL ESTUDIO.

1. RELACIONES ENTRE LA PROFESIÓN Y LAS VARIABLES PROPIAS DEL ESTUDIO.

Al estudiar las relaciones entre la profesión y las variables propias del estudio, dieron como significativos los siguientes resultados:

1.1 RELACIÓN ENTRE LA PROFESIÓN Y EL GRADO DE EXPERIENCIA SEGÚN EL NÚMERO DE CASOS ATENDIDOS.

Resulta concluyente conocer si existen diferencias entre los distintos colectivos que conforman nuestro estudio en relación a la experiencia en Violencia de Género, pero es de mayor trascendencia saber cual es el grado de experiencia ligada al número de casos atendidos. Debemos recordar que existían profesionales con tres grados de experiencia unido a los que no tienen experiencia. Los resultados correspondientes a la muestra, se reflejan en la siguiente tabla:

		GRADO DE EXPERIENCIA SEGÚN EL NÚMERO DE CASOS ATENDIDOS				
		Ninguna experiencia	Poca experiencia	Moderada experiencia	Mucha experiencia	**Total**
PROFESIÓN	Médicos/as	20	209	27	**69**	**325**
	Enfermeros/as	**51**	193	28	38	**310**
	Total	**71**	**402**	**55**	**107**	**635**

Tabla: 30. Resultados del estudio entre la profesión y el grado de experiencia en función del número de casos atendidos con Violencia de Género.

Tras el análisis de la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementado con un análisis de residuos (Tabla 30), podemos decir que "***mucha*** *experiencia*" en función del número de mujeres atendidas está asociado a los **médicos/as** mientras que la "***no*** *experiencia*" está asociado a los/as **enfermeros/as**, con una p<0,0001.

1.2 ***RELACIÓN ENTRE LA PROFESIÓN Y EL "CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DEL PROTOCOLO ESPECÍFICO DE ACTUACIÓN".***

Aunque la mayoría de los profesionales sanitarios tienen conocimiento de la existencia del Protocolo Específico, es importante conocer si existen diferencias entre los diferentes colectivos de nuestro estudio con respecto a dicho aspecto. Los resultados correspondientes a la muestra, se reflejan en la siguiente tabla:

		CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DEL PROTOCOLO ESPECÍFICO		
		Si	No	**Total**
PROFESIÓN	Médicos/as	**274**	51	**325**
	Enfermeros/as	210	**100**	**310**
Total		**484**	**151**	**635**

Tabla: 31. Resultados del estudio entre la profesión y el conocimiento de la existencia del Protocolo Específico de actuación en caso de Violencia de Género.

A continuación en la siguiente gráfica se muestra la diferencia porcentual de profesionales sanitarios que conocen la existencia del Protocolo (Figura 25):

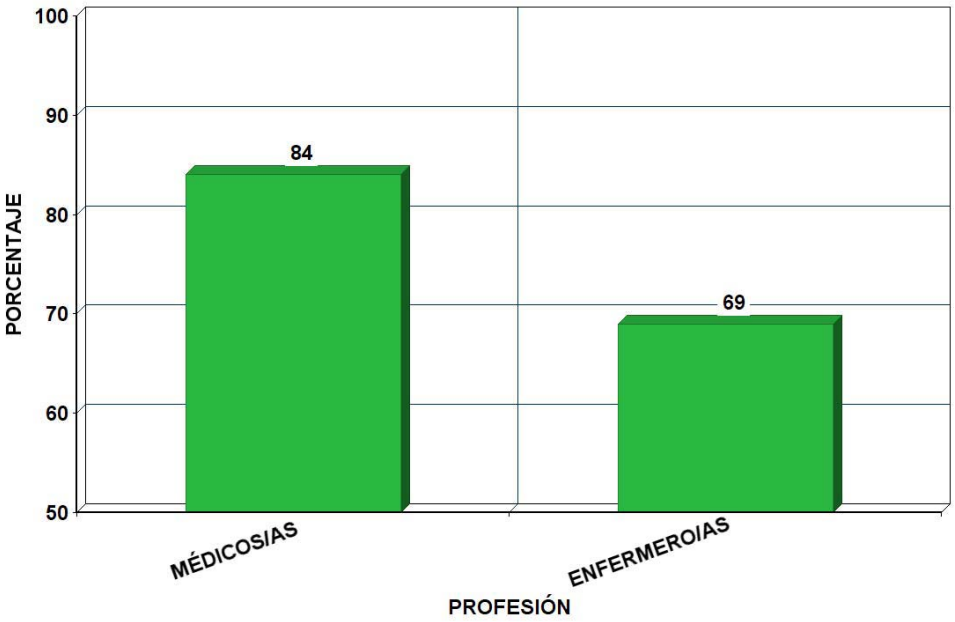


Figura: 25. Porcentaje de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias según su profesión que conocen la existencia del Protocolo Específico de actuación en caso de Violencia de Género.

Tras el análisis de la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementado con un análisis de residuos (Tabla 31), podemos decir que "*el conocimiento de la existencia del Protocolo Específico*" está asociado a los ***profesionales médicos/as de nuestro estudio*** mientras que el "***no** conocimiento*" del mismo está asociado a los ***profesionales de enfermería***, con una p<0,0001. Lo que supone que la proporción de ***médicos/as de Urgencias y Emergencias*** que *conocen la existencia de este Protocolo* (84%) es significativamente *mayor* que la proporción de ***enfermeros/as*** que lo *conocen* (69%).

1.3 ***RELACIÓN ENTRE LA PROFESIÓN Y LA "APLICACIÓN DEL PROTOCOLO ESPECÍFICO DE ACTUACIÓN"***.

Como ya hemos analizado anteriormente, los profesionales que conocen el Protocolo Específico pueden atender a víctimas de Violencia de Género, de manera que pueden o no aplicarlo, es importante conocer si existen diferencias entre los diferentes colectivos que forman parte de nuestro estudio. Los resultados correspondientes a la muestra se reflejan en la siguiente tabla:

		APLICACIÓN DEL PROTOCOLO ESPECÍFICO		
		SI	NO	**Total**
PROFESIÓN	Médicos/as	**217**	41	**258**
	Enfermeros/as	123	**58**	**181**
Total		**340**	**99**	**439**

Tabla: 32. Resultados del estudio entre la profesión y la aplicación del Protocolo Específico conociéndolo y atendiendo a víctimas.

A continuación en la siguiente gráfica se muestra la diferencia porcentual de profesionales sanitarios que no aplican el Protocolo Específico a pesar de conocerlo y haber atendido a mujeres víctimas (Figura 26):

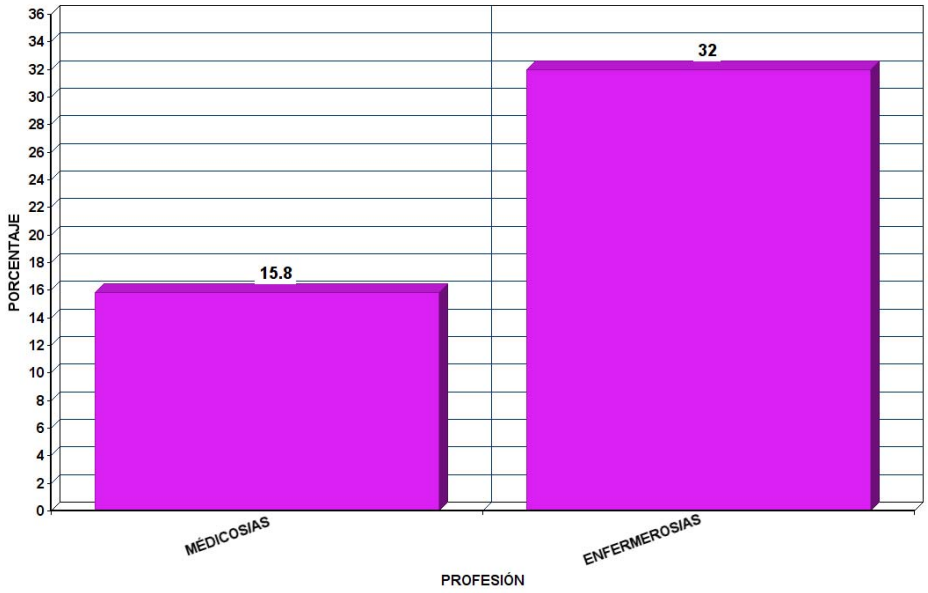


Figura: 26. Porcentaje de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias según su profesión que no aplican el Protocolo Específico de Actuación a pesar de conocerlo y haber atendido a víctimas.

Tras el análisis de la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementado con un análisis de residuos (Tabla 32), podemos indicar que la "*aplicación del Protocolo Específico"* habiendo tenido la oportunidad, está asociado a los profesionales **médicos/as de nuestro estudio** mientras que la ***no*** *aplicación* del mismo se asocia a los **profesionales de Enfermería**, con una p<0,0001. Lo que supone que la proporción de ***enfermeros/as de Urgencias y Emergencias*** que ***conocen*** *el Protocolo Específico, que* **han atendido** *a víctimas y* ***no*** *lo aplican* (32%) es significativamente *mayor* que la proporción de ***médicos/as*** de nuestro estudio (15,8%).

1.4 ***RELACIÓN ENTRE LA PROFESIÓN Y LA "NECESIDAD DE MAYOR FORMACIÓN ESPECÍFICA".***

Aunque más del 75% de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias de nuestro estudio manifiestan que tienen mucha necesidad de formación específica en Violencia de Género. Se ha procedido a realizar el análisis de los profesionales tanto médicos/as como enfermeros/as de nuestro estudio, para observar si existían diferencias entre ellos, con respecto a dicha necesidad. Los resultados correspondientes a la muestra, se reflejan en la siguiente tabla:

		NECESIDAD DE MAYOR FORMACIÓN ESPECÍFICA.			Total
		Mucha	Moderada	No	
PROFESIÓN	Médicos/as	246	42	**37**	**325**
	Enfermeros/as	236	**64**	10	**310**
Total		**482**	**106**	**47**	**635**

Tabla: 33. Resultados del estudio entre la profesión y la necesidad de mayor formación específica en relación a la Violencia de Género.

Tras el análisis de la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementado con un análisis de residuos (Tabla 33), podemos decir que los que manifiestan "***no tener*** *necesidad de mayor formación especifica*" se asocia a los ***profesionales médicos/as de Urgencias y Emergencias***, mientras que tener una "***moderada*** *necesidad de formación*" se asocia a los ***profesionales de enfermería,*** con una p<0,0001.

1.5 ***RELACIÓN ENTRE LA PROFESIÓN Y EL "INTERÉS POR SU FORMACIÓN ESPECÍFICA".***

Como ya hemos visto anteriormente ambos colectivos manifiestan tener mucho interés por su formación específica, en este apartado vamos a estudiar si alguno de los colectivos profesionales presentan más interés que el otro. Los resultados correspondientes a la muestra, se reflejan en la siguiente tabla:

		INTERÉS POR SU FORMACIÓN ESPECÍFICA			Total
		Mucho	Moderado	Ningún	
PROFESIÓN	Médicos/as	**113**	95	117	**325**
	Enfermeros/as	37	113	**160**	**310**
Total		**150**	**208**	**277**	**635**

Tabla: 34. Resultados del estudio entre la profesión y el interés por su formación específica en Violencia de Género.

Tras realizar el análisis de la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementado con un análisis de residuos (Tabla 34), podemos decir que tener un "***alto*** *interés por su formación específica*" se asocia con los ***médicos/as de Urgencias y Emergencias*** mientras que tener "***ningún*** *interés por su formación*" se asocia con ***los/as enfermeros/as***, con una p<0,0001. Por lo que los/as médicos/as de nuestro estudio manifiestan un más alto grado de interés por la formación específica que los/as enfermeros/as.

1.6 ***RELACIÓN ENTRE LA PROFESIÓN Y LA OPINIÓN SOBRE LA "CONSIDERACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA".***

Los resultados correspondientes a la muestra, se reflejan en la siguiente tabla:

		CONSIDERACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA		
		No de acuerdo	De acuerdo	**Total**
PROFESIÓN	Médicos/as	59	**266**	**325**
	Enfermeros/as	**79**	231	**310**
Total		**138**	**497**	**635**

Tabla: 35. Resultados del estudio entre la profesión y la opinión sobre la consideración de la Violencia de Género como un problema de Salud Pública.

A continuación en la siguiente gráfica se muestra la diferencia porcentual de profesionales sanitarios que consideran a la Violencia de Género como un problema de Salud Pública (Figura 27):

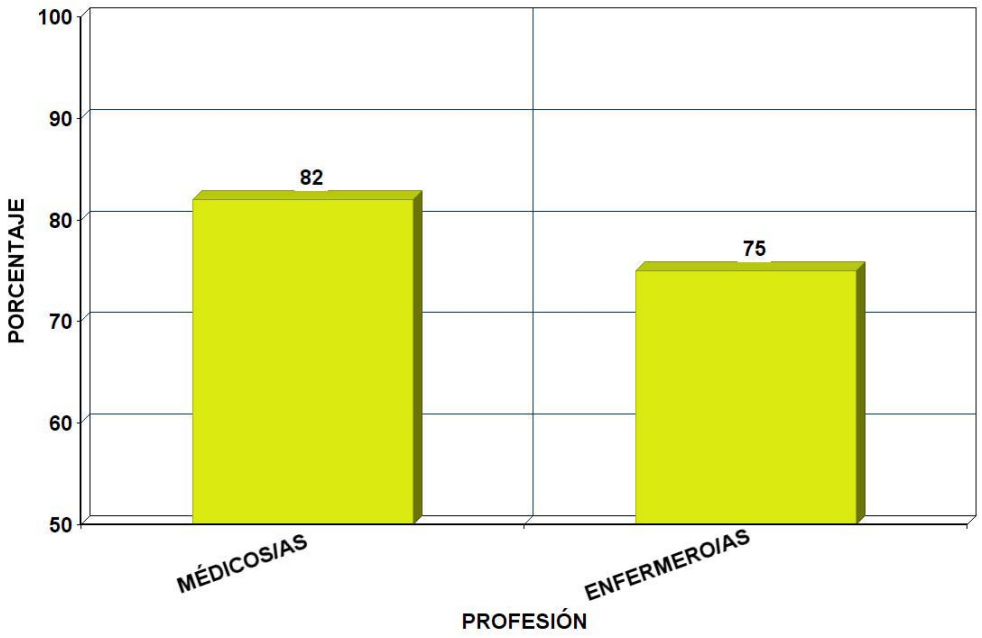


Figura: 27. Porcentaje de profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que están de acuerdo con la consideración de la Violencia de Género como un problema de Salud Pública.

Tras el análisis de la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementado con un análisis de residuos (Tabla 35), podemos decir que los ***médicos/as de nuestro estudio*** se asocian con "***estar de acuerdo*** *en considerar la Violencia de Género como un problema de Salud Pública*" mientras que los ***profesionales de enfermería*** se asocian con "***no*** *estar de acuerdo con dicha consideración*" con una p<0,015. Lo que supone que el porcentaje de ***médicos/as de Urgencias y Emergencias (82%)*** que consideran a la Violencia de Género como un problema de Salud Pública es significativamente mayor que la proporción de ***enfermeros/as (75%)***.

2. RELACIONES ENTRE SU TRABAJO ACTUAL Y LAS VARIABLES PROPIAS DEL ESTUDIO.

Debemos de recordar que los profesionales sanitarios de nuestro estudio pueden trabajar en el ámbito hospitalario o en el extrahospitalario, donde se pueden poner en contacto con mujeres víctimas. Ahora vamos a estudiar las relaciones entre su lugar de trabajo y las variables propias del estudio:

2.1 RELACIÓN ENTRE EL TRABAJO ACTUAL Y LA "NECESIDAD DE MAYOR FORMACIÓN ESPECÍFICA".

Los resultados correspondientes a la muestra, se reflejan en la siguiente tabla:

		NECESIDAD DE MAYOR FORMACIÓN ESPECÍFICA.			
		Mucha	Moderada	No	Total
TRABAJO ACTUAL	Urgencias Hospitalarias	**282**	47	22	**351**
	Urgencias Extrahospitalarias	200	**59**	25	**284**
Total		**482**	**106**	**47**	**635**

Tabla: 36. Resultados del estudio entre el trabajo actual de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias y la necesidad de mayor formación específica en Violencia de Género.

Tras el análisis de la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementada con un análisis de residuos (Tabla 36), podemos decir que tener "***mucha*** *necesidad de mayor formación específica en Violencia de Género*" se asocia con los ***profesionales sanitarios de Urgencias hospitalaria***, mientras que tener una ***moderada*** *necesidad* se asocia con a los ***profesionales sanitarios de Urgencias extrahospitalaria,*** con $p<0,014$. De manera que los profesionales que manifiestan tener una mayor necesidad de formación

específica son los ***profesionales de Urgencias hospitalaria*** más que los profesionales de ***Urgencias extrahospitalaria***.

2.2 ***RELACIÓN ENTRE EL TRABAJO ACTUAL Y EL "INTERÉS POR LA FORMACIÓN ESPECÍFICA".***

Los resultados correspondientes a la muestra, se reflejan en la siguiente tabla:

		INTERÉS POR LA FORMACIÓN ESPECÍFICA			
		Mucho	Moderado	Ningún	**Total**
TRABAJO ACTUAL	Urgencias Hospitalarias	**98**	97	156	**351**
	Urgencias Extrahospitalarias	52	**111**	121	**284**
Total		**150**	**208**	**277**	**635**

Tabla: 37.Resultados del estudio entre el trabajo actual de los profesionales de Urgencias y Emergencias e interés por la formación específica en Violencia de Género.

Mediante el análisis de la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementada con un análisis de residuos (Tabla 37), podemos decir que tener *"**mucho** interés por una formación específica"* está asociado a los ***profesionales sanitarios*** de nuestro estudio que trabajan en el ***ámbito hospitalario***, mientras que tener un ***moderado*** *interés* se *asocia* a los profesionales ***de Urgencias extrahospitalaria,*** con p<0,002. Lo que supone que los **profesionales de Urgencias hospitalaria** manifiestan mayor interés por la Formación en Violencia de Género que los **profesionales de Urgencias extrahospitalaria**.

2.3 ***RELACIÓN ENTRE EL TRABAJO ACTUAL Y EL GRADO DE EXPERIENCIA SEGÚN EL "NÚMERO DE MUJERES ATENDIDAS".***

Los resultados correspondientes a la muestra, se reflejan en la siguiente tabla:

		EXPERIENCIA SEGÚN EL NÚMERO DE MUJERES ATENDIDAS				
		Ninguna experiencia	Poca experiencia	Moderada experiencia	Mucha experiencia	**Total**
TRABAJO ACTUAL	Urgencias Hospitalarias	44	**240**	26	41	**351**
	Urgencias Extrahospitalarias	27	162	29	**66**	**284**
Total		**71**	**402**	**55**	**107**	**635**

Tabla: 38. Resultados del estudio entre el trabajo actual de los profesionales de Urgencias y Emergencias y el grado de experiencia en función al número de casos atendidos con Violencia de Género.

Mediante el análisis de la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementada con un análisis de residuos (Tabla 38), podemos decir que tener "***mucha*** *experiencia*" en la atención de esas víctimas está asociado a los ***profesionales sanitarios*** que trabajan en el ámbito ***extrahospitalario***, mientras que tener "***poca*** *experiencia*" se asocia a los ***sanitarios de Urgencias hospitalarias***, con una p<0,0001, es decir que podemos concluir que los ***profesionales de Urgencias extrahospitalarias*** presentan *mayor experiencia* que los ***profesionales de Urgencias hospitalarias***.

3. RELACIONES ENTRE SU EDAD Y LAS VARIABLES PROPIAS DEL ESTUDIO.

Al estudiar las relaciones entre la edad y las variables propias del estudio:

3.1 RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y EL GRADO DE EXPERIENCIA SEGÚN EL "NÚMERO DE MUJERES ATENDIDAS".

Los resultados correspondientes a la muestra, se reflejan en la siguiente tabla:

		GRADO DE EXPERIENCIA SEGÚN EL NÚMERO DE MUJERES ATENDIDAS				
		Ninguna experiencia	Poca experiencia	Moderada experiencia	Mucha experiencia	Total
EDAD	20 - 35 años	**39**	**157**	9	19	**224**
	36 - 50 años	29	182	28	**60**	**299**
	más de 51 años	3	63	**18**	**28**	**112**
Total		**71**	**402**	**55**	**107**	**635**

Tabla: 39. Resultados del estudio entre la edad de los profesionales de Urgencias y Emergencias y el grado de experiencia en función al número de mujeres atendidas con Violencia de Género.

Tras el análisis de la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementada con un análisis de residuos (Tabla 39), podemos decir que tener "***ninguna o poca*** *experiencia en la atención a mujeres víctimas*" se asocian con los profesionales sanitarios ***jóvenes*** de nuestro estudio, mientras que tener "***moderada*** *experiencia o mucha experiencia*", se asocia con los ***profesionales de mayor edad*** (de entre 36 a 50 años y aquellos profesionales que tienen más de 51 años), con una $p<0,0001$.

3.2 ***RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LA OPINIÓN SOBRE LA "FORMACIÓN DE PREGRADO".***

Los resultados correspondientes al estudio de la relación se reflejan en la siguiente tabla:

		FORMACIÓN DE PREGRADO			
		Buena-Muy buena	Regular	Mala - Muy mala	**Total**
EDAD	20 - 35 años	36	**91**	97	**224**
	36 - 50 años	41	90	168	**299**
	más de 51 años	14	26	**72**	**112**
Total		**91**	**207**	**337**	**635**

Tabla: 40. Resultados del estudio entre la edad de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias y la opinión sobre la formación de pregrado en Violencia de Género.

Tras el análisis de la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementada con un análisis de residuos (Tabla 40), podemos decir que tener una "*formación de pregrado **regular***" se asocia a los ***sanitarios jóvenes*** de nuestro estudio, mientras que tener una "*formación de pregrado **mala o muy mala***" se asocia con los ***sanitarios de mayor edad***, con una $p<0,001$. Podemos observar que la opinión en relación a la formación curricular con respecto a la Violencia de Género de los profesionales sanitarios jóvenes es mejor que la opinión de la formación que recibieron de sus compañeros con mayor edad, suponiendo que la formación de pregrado actual es más acorde con los problemas de Violencia de Género que la que recibieron sus compañeros de mayor edad.

3.3 ***RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y EL "CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DEL PROTOCOLO ESPECÍFICO".***

Los resultados correspondientes a la muestra, se reflejan en la siguiente tabla:

		CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DEL PROTOCOLO ESPECÍFICO		
		Si	No	**Total**
EDAD	20 - 35 años	154	**70**	**224**
	36 - 50 años	**239**	60	**299**
	más de 51 años	91	21	**112**
Total		**484**	**151**	**635**

Tabla: 41. Resultados del estudio entre la edad de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias y el conocimiento de la existencia del Protocolo Específico.

Aunque la mayoría de nuestros profesionales tienen conocimiento de la existencia del Protocolo Específico (más del 76%), tras el análisis de la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementada con un análisis de residuos (Tabla 41), podemos decir que tener "*conocimiento de la existencia del Protocolo"* se asocia con los profesionales sanitarios de edad ***intermedia*** mientras que el ***no*** *conocimiento* de su existencia se asocia con los ***de edad joven*** (20 - 35 años), con una $p<0,005$. Es decir que dentro de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias, los **jóvenes** son los que en mayor proporción **no lo conocen**, con respecto al **resto de profesionales**.

3.4 ***RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LA "NECESIDAD DE MAYOR FORMACIÓN ESPECÍFICA".***

Los resultados correspondientes a la muestra, se reflejan en la siguiente tabla:

		NECESIDAD DE MAYOR FORMACIÓN ESPECÍFICA			Total
		Mucha	Moderada	No	
EDAD	20 - 35 años	**185**	30	9	**224**
	36 - 50 años	209	**64**	26	**299**
	más de 51 años	88	12	12	**112**
Total		**482**	**106**	**47**	**635**

Tabla: 42. Resultados del estudio entre la edad de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias y la necesidad de mayor formación específica en Violencia de Género.

Tras el análisis de la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementada con un análisis de residuos (Tabla 42), podemos decir que los ***profesionales sanitarios jóvenes*** de nuestro estudio se asocian con que manifiestan tener "***mucha*** *necesidad de mayor formación específica*", mientras que los ***de edad intermedia*** se asocian con una ***moderada*** *necesidad*, con una p<0,002. Lo que supone que los profesionales ***más jóvenes*** *opinan que* ***necesitan mayor*** *formación* específica en Violencia de Género que el resto de profesionales del estudio.

3.5 ***RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LA "OPINIÓN SOBRE LA NECESIDAD DE PROFESIONALES SANITARIOS CON FORMACIÓN ESPECÍFICA".***

Los resultados correspondientes a la muestra, se reflejan en la siguiente tabla:

		OPINIÓN SOBRE LA NECESIDAD DE PROFESIONALES SANITARIOS CON FORMACIÓN ESPECÍFICA			
		No de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	**Total**
EDAD	20 - 35 años	21	75	128	**224**
	36 - 50 años	**55**	93	151	**299**
	más de 51 años	13	46	53	**112**
Total		**89**	**214**	**332**	**635**

Tabla: 43. Resultados del estudio entre la edad de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias y la opinión sobre la necesidad de profesionales sanitarios con formación específica.

Aunque la mayoría *si que manifiestan están de acuerdo* con la necesidad de profesionales sanitarios con formación específica en Violencia de Género (más del 83%), tras someter a el análisis la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementada con un análisis de residuos (Tabla 43), podemos decir que los ***profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias de edad intermedia*** se asocian con "***no*** *estar de acuerdo*" con la existencia de profesionales sanitarios especialista en Violencia de Género, con una $p<0,016$. Lo que supone que los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias de edad intermedia opinan que no están de acuerdo con la necesidad de profesionales sanitarios especialista con respecto al resto de profesionales sanitarios de nuestro estudio.

4. RELACIONES ENTRE SEXO Y LAS VARIABLES PROPIAS DEL ESTUDIO.

Al estudiar las relaciones entre el sexo y las variables propias del estudio dieron como significativas las siguientes.

4.1 RELACIÓN ENTRE EL SEXO Y LA EXPERIENCIA EN LA "ATENCIÓN DE CASOS".

Los resultados correspondientes al estudio de la relación se reflejan en la siguiente tabla:

		ATENCIÓN DE CASOS		
		Si	No	**Total**
SEXO	Hombres	**262**	20	**282**
	Mujeres	297	**56**	**353**
Total		**559**	**76**	**635**

Tabla: 44. Resultados del estudio entre el sexo de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias y la experiencia en la atención de casos de Violencia de Género.

A continuación en la siguiente gráfica se muestra la diferencia porcentual de profesionales sanitarios que atienden casos de Violencia de Género (Figura 28):

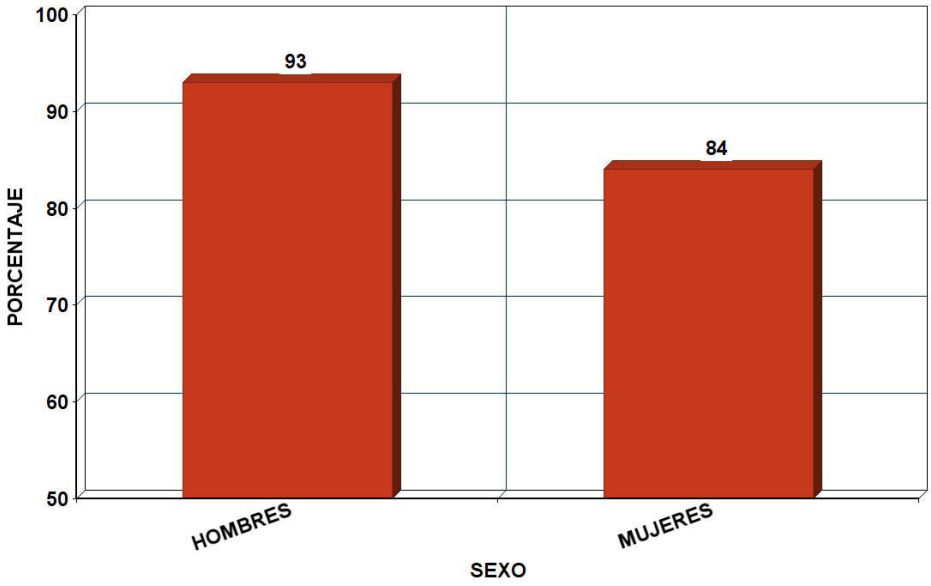


Figura: 28. Porcentaje de profesionales sanitarios según su sexo en función de la experiencia en la atención casos de Violencia de Género.

Teniendo en cuenta que la mayoría de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias, sí que han atendido casos de Violencia de Género (más del 85%), tras someter a el análisis la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementada con un análisis de residuos (Tabla 44), podemos decir que los profesionales ***varones*** de nuestro estudio se asocian a tener experiencia en la "*atención a casos de Violencia de Género*", mientras que las ***mujeres*** se asocia a la *no tener experiencia*, con una $p<0,001$. Lo que supone, que la proporción de ***hombres*** que *tienen experiencia en* Violencia de Género (93%) es significativamente superior que la proporción de ***mujeres*** (84%).

4.2 ***RELACIÓN ENTRE EL SEXO Y EL GRADO DE EXPERIENCIA EN FUNCIÓN AL "NÚMERO DE MUJERES ATENDIDAS".***

Los resultados correspondientes al estudio de la relación se reflejan en la siguiente tabla:

		GRADO DE EXPERIENCIA SEGÚN EL NÚMERO DE MUJERES ATENDIDAS				
		Ninguna experiencia	Poca experiencia	Moderada experiencia	Mucha experiencia	**Total**
SEXO	Hombres	16	183	29	54	**282**
	Mujeres	**55**	219	26	53	**353**
Total		**71**	**402**	**55**	**107**	**635**

Tabla: 45. Resultados del estudio entre el sexo de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias y el grado de experiencia en función al número de mujeres atendidas con Violencia de Género.

Tras someter a el análisis de la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementada con un análisis de residuos (Tabla 45), podemos decir que las ***mujeres*** profesionales sanitarias de Urgencias y Emergencias, se asocian con tener *ningún grado de experiencia en la atención de mujeres víctimas de Violencia de Género*, con una $p<0,001$.

4.3 ***RELACIÓN ENTRE EL SEXO Y EL "CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DEL PROTOCOLO ESPECÍFICO".***

Los resultados correspondientes a la muestra, se reflejan en la siguiente tabla:

		CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO ESPECÍFICO		
		Si	No	Total
SEXO	Hombres	**233**	49	**282**
	Mujeres	251	**102**	**353**
Total		**484**	**151**	**635**

Tabla: 46. Resultados del estudio entre el sexo de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias y el conocimiento de la existencia del Protocolo Específico de actuación en caso de Violencia de Género.

A continuación en la siguiente gráfica se muestra la diferencia porcentual de profesionales sanitarios que conocen la existencia del Protocolo Específico de atención (Figura 29):

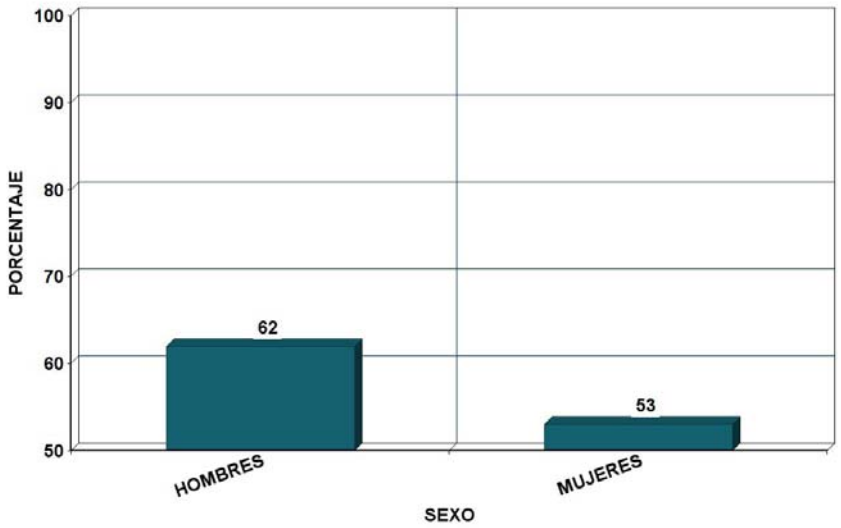


Figura: 29. Porcentaje de profesionales sanitarios según su sexo que conocen la existencia del Protocolo Específico de actuación en caso de Violencia de Género.

Tras someter al análisis la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementada con un análisis de residuos (Tabla 46), podemos decir que los ***profesionales sanitarios varones*** se asocian a tener "*conocimiento de la existencia del Protocolo*", sin embargo ***las mujeres de nuestro estudio*** se asocian a "***no*** *tener conocimiento* de su existencia", con una p<0,0001. Lo que supone que la proporción de ***hombres*** *que conocen el Protocolo Específico* (82%) es *superior* al porcentaje de *mujeres que lo conocen* (71%).

4.4 ***RELACIÓN ENTRE EL SEXO Y LA OPINIÓN SOBRE LA "FORMACIÓN DE PREGRADO".***

Los resultados correspondientes a la muestra, se reflejan en la siguiente tabla:

		FORMACIÓN DE PREGRADO EN VIOLENCIA DE GÉNERO			
		Buena – Muy buena	Regular	Mala – Muy mala	**Total**
SEXO	Hombres	42	75	**165**	**282**
	Mujeres	49	**132**	172	**353**
Total		**91**	**207**	**337**	**635**

Tabla: 47. Resultados del estudio entre el sexo de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias y la opinión sobre la formación de pregrado en Violencia de Género.

Tras someter a el análisis la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementada con un análisis de residuos (Tabla 47), podemos decir que los ***profesionales sanitarios varones*** de nuestro estudio, se asocian con la opinión de tener una "formación de pregrado" ***mala o muy mala***, sin embargo ***las mujeres*** se asocian con tener una "formación de pregrado" ***regular***, con una $p<0,001$.

4.5 ***RELACIÓN ENTRE EL SEXO Y LA "NECESIDAD DE MAYOR FORMACIÓN ESPECÍFICA".***

Los resultados correspondientes a la muestra, se reflejan en la siguiente tabla:

		NECESIDAD DE MAYOR FORMACIÓN ESPECÍFICA			**Total**
		Mucha	Moderada	No	
SEXO	Hombres	203	41	**38**	**282**
	Mujeres	**279**	65	9	**353**
Total		**482**	**106**	**47**	**635**

Tabla: 48. Resultados del estudio entre el sexo de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias y la necesidad de mayor formación específica en relación a la Violencia de Género.

Como ya hemos visto, la mayoría de nuestros profesionales manifiestan esa necesidad de mayor formación específica, al analizar la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementada con un análisis de residuos (Tabla 48), podemos decir que los profesionales sanitarios ***varones*** se asocian a la opinión de "***no*** *necesitar mayor formación específica*", mientras que las ***mujeres de nuestro estudio*** se asocian a tener "***mucha*** *necesidad*", con una p<0,0001. Entre todos los profesionales que manifiestan ***no*** *necesitar mayor formación específica* sobre Violencia de Género existe *una* ***mayor*** *proporción* de ***hombres*** que de ***mujeres***.

4.6 ***RELACIÓN ENTRE EL SEXO Y LA OPINIÓN SOBRE LA "CONSIDERACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA".***

Los resultados correspondientes a la muestra, se reflejan en la siguiente tabla:

		CONSIDERACIÓN COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA		
		Si	No	**Total**
SEXO	Hombres	**72**	210	**282**
	Mujeres	66	**287**	**353**
Total		**138**	**497**	**635**

Tabla: 49. Resultados del estudio entre el sexo de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias y la opinión sobre la consideración de la Violencia de Género como un problema de Salud Pública.

A continuación en la siguiente gráfica, se muestra la diferencia porcentual de profesionales sanitarios que consideran a la Violencia de Género como un problema de Salud Pública (Figura 30):

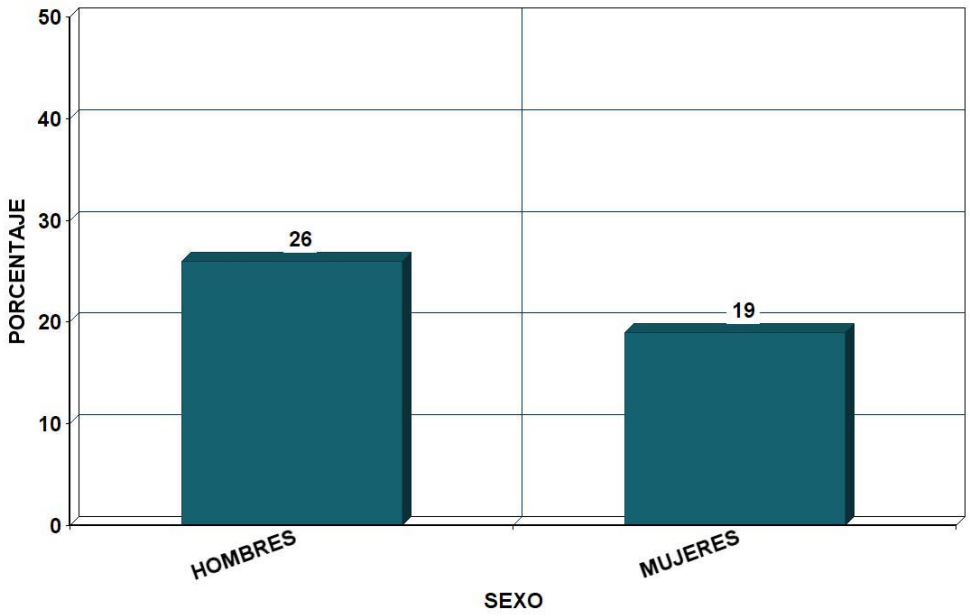


Figura: 30. Porcentaje de profesionales sanitarios dependiendo de su sexo según la consideración de la Violencia de Género como un problema de Salud Pública.

Tras someter al análisis la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementada con un análisis de residuos (Tabla 49), podemos decir que los profesionales sanitarios ***varones*** de Urgencias, se les asocia con que "***sí*** *consideran a la Violencia de Género como un problema de Salud Pública*" mientras que las profesionales sanitarias ***mujeres*** se asocian con la "***no*** *consideración como problema de Salud Pública*", con una p<0,038. Lo que supone que la proporción de ***profesiones sanitarios hombres de Urgencias*** que ***sí*** *consideran a la Violencia de Género como un Problema de Salud Pública* (26%) es significativamente **mayor** que la proporción de ***profesionales sanitarios mujeres*** que la consideran (19%).

4.7 ***RELACIÓN ENTRE EL SEXO Y LA "OPINIÓN SOBRE LA NECESIDAD DE PROFESIONALES SANITARIOS CON FORMACIÓN ESPECÍFICA".***

Los resultados correspondientes a la muestra, se reflejan en la siguiente tabla:

		OPINIÓN SOBRE LA NECESIDAD DE PROFESIONALES SANITARIOS CON FORMACIÓN ESPECÍFICA			
		No de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	**Total**
SEXO	Hombres	**53**	106	123	**282**
	Mujeres	36	108	**209**	**353**
Total		**89**	**214**	**332**	**635**

Tabla: 50. Resultados del estudio entre el sexo de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias y la opinión sobre la necesidad de profesionales sanitarios con formación específica en Violencia de Género.

Tras someter al análisis la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementada con un análisis de residuos (Tabla 50), podemos decir que los profesionales ***varones de Urgencias y Emergencias*** se asocian con "***no*** *estar de acuerdo con la opinión sobre la necesidad de profesionales con formación específica*", mientras que las **profesionales *mujeres de Urgencias*** se asocia a que "***si*** *que están de acuerdo con esta opinión*", con una p<0,0001.

RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES PROPIAS DEL ESTUDIO.

5. RELACIONES ENTRE LA EXPERIENCIA SEGÚN LA "ATENCIÓN DE CASOS" Y LAS VARIABLES PROPIAS DEL ESTUDIO.

Al estudiar las relaciones entre la experiencia según la "atención de casos de Violencia de Género" y las variables propias del estudio, dieron como significativos los siguientes resultados:

5.1 RELACIÓN ENTRE LA EXPERIENCIA EN LA "ATENCIÓN A CASOS" Y LA "NECESIDAD DE MAYOR FORMACIÓN ESPECÍFICA".

Como hemos visto anteriormente, relacionar ambos conceptos esta fundamentado principalmente, porque la atención a víctimas puede desarrollar una necesidad de mayor formación específica, generado por un cambio de actitud relevante de los profesionales, que suele dar lugar a un aumento de la seguridad, dirigida no solo a lsa víctimas sino también al profesional que la atiende, dando lugar a un aumento de concienciación incentivando la implicación de los profesionales sanitarios que atienden a este tipo de víctimas. Los resultados correspondientes a la muestra, se reflejan en la siguiente tabla:

		NECESIDAD DE MAYOR FORMACIÓN ESPECÍFICA			Total
		Mucha	Moderada	No	
EXPERIENCIA SEGÚN LA ATENCIÓN A CASOS	Si	**437**	76	46	**559**
	No	45	**30**	1	**76**
Total		**482**	**106**	**47**	**635**

Tabla: 51. Resultados del estudio entre la experiencia en la atención a casos de Violencia de Género y la necesidad de mayor formación específica.

Aunque la gran mayoría de los profesionales sanitarios de nuestro estudio manifiestan necesitar mucha formación específica en Violencia

de Género, al analizar la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementado con un análisis de residuos (Tabla 51), podemos decir que los profesionales de Urgencias y Emergencias que ***han atendido casos*** de Violencia de Género se asocian con la opinión de tener "***mucha*** *necesidad de mayor formación específica*", sin embargo los profesionales que ***no han atendido casos*** se asocia con tener una "***moderada*** *necesidad de Formación Específica*", con una $p<0,0001$. Esta necesidad de formación específica indica una conciencia e implicación de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias asociada a la experiencia en Violencia de Género.

5.2 ***RELACIÓN ENTRE LA EXPERIENCIA EN LA "ATENCIÓN A CASOS" Y EL "INTERÉS POR LA FORMACIÓN ESPECÍFICA".***

Hemos visto que más del 42% no mantienen ningún interés por formarse en Violencia de Género, es por ello, que nos interesa saber si existe relación con la experiencia de los profesionales de nuestro estudio. Los resultados correspondientes a la muestra, se reflejan en la siguiente tabla:

		INTERÉS POR SU FORMACIÓN ESPECÍFICA			
		Mucho	Moderado	Ningún	**Total**
EXPERIENCIA SEGÚN LA ATENCIÓN A CASOS	Si	**143**	186	230	**559**
	No	7	22	**47**	**76**
Total		**150**	**208**	**277**	**635**

Tabla: 52. Resultados del estudio entre la experiencia en la atención a casos de Violencia de Género y el interés por la formación específica.

Tras someter al análisis de la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementada con un análisis de residuos (Tabla 52), podemos decir que los profesionales de nuestro estudio que "**si** han atendido casos" se asocian con la manifestación de tener "***mucho*** *interés por la formación específica*", mientras que aquellos que "**no** han atendido casos " opinan que no tienen "***ningún*** *interés por su formación*", con una p<0,0001. De manera que los profesionales que sí han tenido experiencia en la atención de casos de Violencia de Género son los que tienen mucho interés por formarse, mientras que los que no tienen experiencia no presentan ningún interés por su formación específica.

6. RELACIONES ENTRE EL GRADO DE EXPERIENCIA SEGÚN EL "NÚMERO DE MUJERES ATENDIDAS CON VIOLENCIA DE GÉNERO" Y LAS VARIABLES PROPIAS DEL ESTUDIO.

Al estudiar las relaciones entre el grado de experiencia según el "número de mujeres atendidas con Violencia de Género" y las variables propias del estudio, dieron como significativos los siguientes resultados:

6.1 RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE EXPERIENCIA Y EL "CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DEL PROTOCOLO ESPECÍFICO".

Los resultados correspondientes a la muestra, se reflejan en la siguiente tabla:

		CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DEL PROTOCOLO ESPECÍFICO		Total
		Si	No	
GRADOS DE EXPERIENCIA SEGÚN EL NÚMERO DE MUJERES ATENDIDAS	No experiencia	42	29	71
	Leve experiencia	309	93	402
	Moderada experiencia	44	11	55
	Mucha experiencia	89	18	107
Total		484	151	635

Tabla: 53. Resultados del estudio entre el grado de experiencia y el conocimiento de la existencia del Protocolo Específico de actuación en casos de Violencia de Género.

Tras someter al análisis de la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementada con un análisis de residuos

(Tabla 53), podemos decir que los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que "**no han atendido casos o no tienen experiencia**", se asocian con que "***no*** *conocen de la existencia del Protocolo Específico*", sin embargo los profesionales sanitarios que tienen "**mucho grado de experiencia**" se asocia con el "*conocimiento de la existencia de dicho Protocolo*" con una $p<0,0001$. A pesar de que el conocimiento del Protocolo debe de ostentar antes de ponerse en contacto con las víctimas, se observa que son los profesionales sanitarios con más experiencia, los que conocen en mayor proporción el protocolo, observándose una cierta implicación cuando estos se ponen en contacto con víctimas.

6.2 ***RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE EXPERIENCIA Y LA "APLICACIÓN DEL PROTOCOLO ESPECÍFICO".***

Tras realizar los análisis hemos observado que la mayoría de los profesionales sanitarios que tienen poca experiencia son los que no aplican el Protocolo, para saber concretamente que profesionales son los que lo aplican, pero sólo en los profesionales de nuestro estudio que han tenido la oportunidad de ponerlo en práctica, así que hemos realizado la siguiente agrupación:

- Profesionales sanitarios con **grado de experiencia muy pequeño** son aquellos que han atendido entre 1 y 3 víctimas de Violencia de Género.
- Profesionales con **grado de experiencia pequeño** son aquellos que han atendido entre 4 y 10 víctimas.
- Profesionales con **grado de experiencia moderado** son aquellos que han atendido entre 11 y 19 víctimas.
- Profesionales con **grado de experiencia grande** son aquellos que han atendido a más de 20 víctimas.

Los resultados correspondientes a la muestra, se reflejan en la siguiente tabla:

		APLICACIÓN DEL PROTOCOLO ESPECÍFICO		
		Si	No	**Total**
GRADOS DE EXPERIENCIA SEGÚN EL NÚMERO DE MUJERES ATENDIDAS	Muy poca experiencia	74	**47**	**121**
	Poca experiencia	155	30	**185**
	Moderada experiencia	36	8	**44**
	Mucha experiencia	75	14	**89**
Total		**340**	**99**	**439**

Tabla: 54. Resultados del estudio entre el grado de experiencia y la aplicación del Protocolo Específico de actuación en profesionales que lo conocen y han atendido casos.

Tras someter al análisis de la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementada con un análisis de residuos (Tabla 54), podemos decir que los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias con **muy poco grado de experiencia** se asocian a que **no** "***aplican*** *el Protocolo Específico*", con una p<0,0001.

6.3 ***RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE EXPERIENCIA Y LA "NECESIDAD DE MAYOR FORMACIÓN ESPECÍFICA".***

Los resultados correspondientes a la muestra, se reflejan en la siguiente tabla:

		NECESIDAD DE MAYOR FORMACIÓN ESPECÍFICA			**Total**
		Mucha	Moderada	No	
GRADOS DE EXPERIENCIA SEGÚN EL NÚMERO DE MUJERES ATENDIDAS	No experiencia	40	30	1	**71**
	Poca experiencia	**323**	58	21	**402**
	Moderada experiencia	37	8	10	**55**
	Mucha experiencia	82	**10**	**15**	**107**
Total		**482**	**106**	**47**	**635**

Tabla: 55. Resultados del estudio entre el grado de experiencia y la necesidad de mayor formación específica en relación a la Violencia de Género.

Tras analizar mediante la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementada con un análisis de residuos (Tabla 55), podemos decir que los profesionales de nuestro estudio que tienen "***poco grado de experiencia***" se asocian con aquellos que tienen "***mucha*** *"necesidad de mayor formación específica*", sin embargo los profesionales con "***mucho grado de experiencia***" en la atención a estas víctimas se asocian con una "***moderada*** *o* ***nula*** *necesidad de mayor formación específica*", con una p<0,0001.

6.4 ***RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE EXPERIENCIA Y EL "INTERÉS POR SU FORMACIÓN ESPECÍFICA".***

En la tabla siguiente, se muestran los resultados de la muestra relativos al estudio de esta relación de variables:

		INTERÉS POR SU FORMACIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO			
		Mucho	Moderado	Ningún	**Total**
GRADOS DE EXPERIENCIA SEGÚN EL NÚMERO DE MUJERES ATENDIDAS	No experiencia	7	20	**44**	**71**
	Poca experiencia	105	131	166	**402**
	Modera experiencia	12	24	19	**55**
	Mucha experiencia	26	33	48	**107**
Total		**150**	**208**	**277**	**635**

Tabla: 56. Resultados del estudio entre el grado de experiencia y el interés por su formación específica en relación a la Violencia de Género.

Tras someter al análisis de la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementada con un análisis de residuos (Tabla 56), podemos decir que los sanitarios que "***no*** ***tienen experiencia***" es decir, los sanitarios que ***no*** *han atendido a ningún caso* se asocian con aquellos que no muestran "***ningún*** *interés por formarse* en Violencia de Género", con una p<0,011.

6.5 ***RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE EXPERIENCIA Y LA "OPINIÓN SOBRE LA NECESIDAD DE PROFESIONALES SANITARIOS CON FORMACIÓN ESPECÍFICA".***

Los resultados correspondientes a la muestra, se reflejan en la siguiente tabla:

		OPINIÓN SOBRE LA NECESIDAD DE PROFESIONALES SANITARIOS CON FORMACIÓN ESPECÍFICA		
		No de acuerdo	De acuerdo	**Total**
GRADOS DE EXPERIENCIA SEGÚN EL NÚMERO DE MUJERES ATENDIDAS	No experiencia	10	**61**	**71**
	Poco experiencia	45	347	**402**
	Moderada o Mucha experiencia	**34**	128	**55**
Total		**89**	**214**	**635**

Tabla: 57. Resultados del estudio entre el grado de experiencia y la opinión sobre la necesidad de profesionales sanitarios con formación específica en Violencia de Género.

Tras someter al análisis de la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementada con un análisis de residuos (Tabla 57), podemos decir que los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que tienen ***moderado o mucho grado de experiencia*** se asocian a que ***no*** ***están de acuerdo*** con la "*opinión sobre la necesidad de profesionales sanitarios con formación específica*" mientras que los que ***no tienen experiencia*** **si** que ***están de acuerdo*** con la existencia de dichos profesionales, con una p<0,014. Estos profesionales con **mucha o moderada experiencia no creen necesario la existencia de profesionales sanitarios especialistas** en Violencia de Género..

7. *RELACIONES ENTRE LOS DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO QUE PRESENTABAN LAS MUJERES ATENDIDAS POR LOS PROFESIONALES SANITARIOS.*

Se ha realizado una comparación entre los diferentes tipos de Violencia de Género que presentaban las mujeres que habían sido atendidas por los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias. Se procedió al cruce de todos los tipos de Violencia de Género entre sí (Violencia Física, Psíquica, Social y/o Económica). Los resultados correspondientes a la muestra, se reflejan en la siguiente tabla:

		VIOLENCIA PSÍQUICA		
		SI	**NO**	**Total**
VIOLENCIA FÍSICA	SI	**501**	57	**558**
	NO	2	**7**	**9**
Total		**503**	**64**	**567**

Tabla: 58. Resultados del estudio entre la Violencia de Género de tipo Física y la Violencia de tipo Psíquica que presentaban las mujeres atendidas por los profesionales sanitarios.

Tras someter al análisis de la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementada con un análisis de residuos (Tabla 58), podemos decir que las ***víctimas atendidas*** por los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias ***que presentaban Violencia Física*** se asociaban significativamente con que ***también solían presentar Violencia Psíquica*** ($p<0,0001$). Mientras que el resto de tipos de Violencia de Género (Violencia Sexual, Social y/o Económica) *no mostraban asociaciones* significativas entre ellas.

8. RELACIONES ENTRE LA OPINIÓN SOBRE LA FORMACIÓN DE PREGRADO Y LAS VARIABLES PROPIAS DEL ESTUDIO.

Al estudiar las relaciones entre la "Formación de pregrado en Violencia de Género" y las variables propias del estudio, dieron como significativos los siguientes resultados:

8.1 RELACIÓN ENTRE LA OPINIÓN SOBRE LA "FORMACIÓN DE PREGRADO" Y EL "INTERÉS POR SU FORMACIÓN ESPECÍFICA".

Los resultados correspondientes a la muestra, se reflejan en la siguiente tabla:

		INTERÉS POR SU FORMACIÓN ESPECÍFICA			Total
		Mucho	Moderado	Ningún	
FORMACIÓN DE PREGRADO	Muy buena - Buena	**30**	30	31	**91**
	Regular	48	76	83	**207**
	Mala - Muy Mala	72	102	**163**	**337**
Total		**150**	**208**	**277**	**635**

Tabla: 59. Resultados del estudio entre la opinión sobre su formación de pregrado y el interés por su formación específica en Violencia de Género.

Tras someter al análisis de la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementada con un análisis de residuos (Tabla 59), podemos decir que los profesionales sanitarios de nuestro estudio que están ***muy interesados*** por su formación específica en Violencia de Género se asocian con que tienen una *formación de pregrado* ***muy buena y/o buena*** mientras que los profesionales que ***no están interesados*** por dicha formación se asocian con que tienen una ***mala o/y muy mala*** formación de pregrado, con una $p<0,041$.

9. RELACIONES ENTRE LA OPINIÓN SOBRE LA "NECESIDAD DE MAYOR FORMACIÓN ESPECÍFICA" Y LAS VARIABLES PROPIAS DEL ESTUDIO.

Al estudiar las relaciones entre la opinión sobre la "Necesidad de mayor formación específica" y las variables propias del estudio, dieron como significativos los siguientes resultados:

9.1 RELACIÓN ENTRE LA "NECESIDAD DE MAYOR FORMACIÓN ESPECÍFICA" Y LA "OPINIÓN SOBRE LA NECESIDAD DE PROFESIONALES SANITARIOS CON FORMACIÓN ESPECÍFICA".

Los resultados correspondientes a la muestra, se reflejan en la siguiente tabla:

		OPINIÓN SOBRE LA NECESIDAD DE PROFESIONALES SANITARIOS CON FORMACIÓN ESPECÍFICA			
		No de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Total
NECESIDAD DE MAYOR FORMACIÓN ESPECÍFICA	Mucha	44	157	**281**	**482**
	Leve	21	43	42	**106**
	No	**24**	14	9	**47**
Total		**89**	**214**	**332**	**635**

Tabla: 60. Resultados del estudio entre la necesidad de mayor Formación Específica y la opinión sobre la necesidad de la existencia de profesionales sanitarios con Formación Específica en Violencia de Género.

Tras someter al análisis de la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementada con un análisis de residuos (Tabla 60), podemos decir que los profesionales sanitarios de nuestro estudio que ***están de acuerdo*** con la "*opinión sobre la necesidad de profesionales sanitarios con formación específica*" se asocian con los

profesionales que manifiestan tener "***mucha*** *necesidad de mayor formación específica*", mientras que los profesionales que opinan que ***no están de acuerdo con la*** *necesidad de la existencia de profesionales sanitarios* de este tipo, se asocian con los profesionales que manifiestan que "***no*** *necesitan mayor formación específica* en Violencia de Género", con una $p<0,0001$. Es decir, que son los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que tienen **mucha necesidades formativas** en Violencia de Género los que están de acuerdo con la **necesidad de profesionales sanitarios especialistas**.

10. RELACIONES ENTRE LA OPINIÓN SOBRE LA "CONSIDERACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA" Y LAS VARIABLES PROPIAS DEL ESTUDIO.

Al estudiar las relaciones entre la opinión sobre la "Consideración de la Violencia de Género como un problema de Salud Pública" y las variables propias del estudio, dieron como significativos los siguientes resultados:

10.1 RELACIÓN ENTRE LA "CONSIDERACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA" Y LA "OPINIÓN SOBRE LA NECESIDAD DE PROFESIONALES SANITARIOS CON FORMACIÓN ESPECÍFICA".

Los resultados correspondientes a la muestra, se reflejan en la siguiente tabla:

		OPINIÓN SOBRE LA NECESIDAD DE PROFESIONALES SANITARIOS CON FORMACIÓN ESPECÍFICA			
		No de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Total
CONSIDERACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA	No de acuerdo	**37**	**65**	36	**138**
	De acuerdo	52	149	**296**	**497**
Total		**89**	**214**	**332**	**635**

Tabla: 61. Resultados del estudio entre la opinión de los profesionales sanitarios con respecto a la consideración de la Violencia de Género como un problema de Salud Pública y la opinión sobre la existencia de profesionales sanitarios con formación específica.

Tras someter al análisis de la tabla de contingencia mediante el Test de la χ^2 de Pearson complementada con un análisis de residuos

(Tabla 61), podemos decir que los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que ***no* están de acuerdo** con la "*consideración de la Violencia de Género como un problema de Salud Pública*", se asocian con ***no* estar de acuerdo o parcialmente de acuerdo** con la "*necesidad de profesionales sanitarios con formación específica en Violencia de Género*" mientras que los profesionales sanitarios que ***si* están de acuerdo** con "considerarla como un problema de Salud Pública" manifiestan que sería necesario la existencia de profesionales sanitarios de este tipo, con una $p<0,0001$.

DISCUSIÓN.

En este apartado se discutirán nuestros resultados comparándolos con otras investigaciones publicadas anteriormente, relacionadas con el contenido de nuestro estudio. Los resultados de nuestra investigación muestran coincidencias con los expuestos por otros autores consultados, aunque presentan un conjunto de peculiaridades específicas y particularidades que lo diferencian, permitiendo extraer información, que pone de relieve los conocimientos y actitudes que tienen los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias sobre la Violencia de Género. El conjunto de datos relevantes obtenidos de nuestra encuesta han servido para responder a los objetivos planteados al inicio de la investigación.

Los datos sociodemográficos logrados de nuestra investigación, nos ha permitido evaluar las características de la población de estudio, en las que se observan coincidencias con la realidad sociolaboral de las instituciones sanitarias de nuestro país, debido en gran medida a la elevada movilidad que presenta todo el personal sanitario dentro del conjunto del Sistema Sanitario, por lo que los resultados se pueden ajustar a cualquier área de salud de cualquier Servicio Sanitarios de nuestro país.

Dentro de los diferentes profesionales sanitarios de nuestro estudio, encontramos a médicos/as y enfermeros/as que ejercen su labor principalmente en los servicios de Urgencias y Emergencias, tanto hospitalaria como extrahospitalaria. Estos profesionales pueden haberse formado en las diferentes universidades que conforman el sistema educativo español, o puede haber recibido formación específica en Violencia de Género en cualquier área de salud de los diferentes Sistemas de Salud Autonómico que conforman el Sistema Nacional de Salud.

El nivel de participación, según las diferentes categorías profesionales fue homogéneo, situándose entre el 44,8 y el 52,8% que eran profesionales médicos/as, mientras que el 47,2 y 55,2% eran profesionales de enfermería, presentado prácticamente el mismo porcentaje de profesionales. Esta distribución es parecida a diversos estudios, tales como el de Arredondo (2012), donde el 34,4% eran profesionales de enfermería, mientras que el

36,2% eran médicos, o en el estudio de Coll-Vinent (2008) donde el 50,5% eran médicos, mientras 49,5% eran enfermeros o el estudio de Siendones (2002) donde prácticamente existía el mismo porcentaje de profesionales. Sin embargo, difiere de los estudios de Rojas (2015) en el que predominaban en mayor porcentaje los profesionales médicos, o en el estudio de Larriuri (2010) aunque en este caso, existía un porcentaje mayor de profesionales de enfermería. No obstante, todos los estudios consultados se habían realizado solo sobre profesionales de Atención Primaria o de Urgencias Hospitalarias, sin incluir a los profesionales de Urgencias Extrahospitalaria. Estos profesionales son los encargados de proporcionar la asistencia a las víctimas generalmente en el domicilio, en la calle o incluso puede ser que sea la víctima, la que acude directamente a recibir la primera asistencia en los servicios de Urgencias de Atención Primaria. Estos sanitarios, sí que se han tenido en cuenta en nuestra investigación.

Entre el 51,6 y el 59,6% del total estaba constituido por profesionales sanitarias mujeres, no habiendo diferencias significativas entre las diferentes categorías profesionales, estos resultados son parecidos a los estudios de Coll-Vinent (2008) y Siendones (2002), sin embargo existe un predominio de mujeres en los estudios de Arredondo (2012), Larrauri (2010) y Rojas (2015).

Entre el 51,3% y el 59,3% de los profesionales sanitarios de nuestro estudio, trabajan en el medio Hospitalario concretamente en los Servicios de Urgencias, mientras que entre el 40,7 y el 48,7% restante, trabajan en los servicios del medio Extrahospitalario constituido por los Servicios de Urgencias Extrahospitalaria (SUE) y las Unidades Móvil de Emergencias (UME), lo que representa un reparto equilibrado entre ambos medios, no se ha encontrado ninguna investigación que realice dicha división, con la que se pueda establecer comparación.

La edad media de nuestros participantes se situó en los 40,14 años, con una desviación típica de 9,074 años, observándose una distribución por edad muy homogénea al igual que en otros estudios como el de Arredondo (2012) con una edad media de 43,37, o el estudio de Coll-Vinent (2008) con

profesionales cuya edad media es de 40,2 años. No obstante, se procedió a clasificar a los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias en tres grupos diferentes, según la edad ya que permitía clasificarlos mejor, con una visualización de la población mucho más concreta y adecuada. Resulta de utilidad realizar el agrupamiento de los sanitarios de forma diferenciada según la edad, tal y como se efectúa en nuestra investigación, ya que permite tener a los profesionales divididos según su nivel de conocimientos y experiencia profesional, mientras que el resto de estudios consultados no se ha llevado a cabo ningún tipo de clasificación al respecto, por lo que desconocemos como han clasificado a los profesionales.

1. Experiencia de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias con respecto a la atención de víctimas de Violencia de Género.

Como hemos indicado a lo largo de nuestra investigación, la Violencia de Género constituye un problema de salud (OMS, 1996; OMS, 2013; Stöckl, 2014; Torrubiano, 2013; Ruiz, 2006; OMS, 2005), en el que nuestros profesionales sanitarios tienen un papel fundamental, sobre todo en cuestiones de detección, diagnóstico y atención, tanto es así que la mayoría de los casos pasan desapercibidos sin ser detectados, a pesar de la existencia de una prevalencia relativamente alta (OMS, 2005, Vives, 2009, Ruiz, 2010) y por consiguiente sin recibir una buena y adecuada atención (Ruiz, 2006, Ruiz-Pérez, 2004, Mota, 2008). Los profesionales que ejercen en los centros de Urgencias y Emergencias son principalmente el primer eslabón en la atención a las víctimas de Violencia de Género puesto que están en contacto y atienden a las mismas desde el primer momento, constituyen la parte fundamental de la atención a las víctimas al encargase de realizar acciones encaminadas a la ayuda y a la protección de las mismas (España. Ley Orgánica 1/2004, 2004; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012; Organización Mundial de la Salud, 2013, Hegarty, 2013, Siendones, 2002, Lasheras, 2008). Entonces, ¿los profesionales de Urgencias y Emergencias tienen experiencia profesional en la atención de mujeres víctimas de Violencia de Género?. Esta cuestión puede responderse en nuestro estudio, donde se pone de manifiesto

que más del 85% de los mismos **han atendido algún caso** ($p<0,05$), lo que muestra, que un alto porcentaje conoce el problema y por tanto tienen experiencia profesional en Violencia de Género, esto justifica el estudio que hemos realizado, demostrando que un alto porcentaje de profesionales de Urgencias y Emergencias han tenido contacto con este tipo de víctimas, por lo que revela que muchos de ellos están concienciados e implicados, y por tanto, están en un lugar privilegiado para incrementar y mejorar sus conocimientos y formación en Violencia de Género. Estas cifras son parecidas a las indicadas en otros estudios (Siendones, 2002; Rojas, 2015), sin embargo, en nuestra investigación los resultados obtenidos son más positivos en comparación con los datos alcanzados por Coll-Vinent (2008) en el que solamente un 41,2% de los profesionales sanitarios habían atendido algún caso. No obstante, tenemos que tener en cuenta que existen claras diferencias, pues estos estudios no se circunscribe al ámbito de Urgencias y Emergencias, ni distinguen entre los profesionales que trabajan en ámbitos hospitalarios y/o extrahospitalarios, o se les incluyen en otros grupos o profesionales que nada tienen que ver con la atención a este tipo de víctimas (Hegarty, 2013 Blanco, 2008; Plazaola, 2004); sin embargo como ya hemos indicado, estos servicios son los primeros en ponerse en contacto directo con la víctima y es precisamente por esto, que a estos profesionales se los debería haber estudiado individualmente como se ha realizado en nuestro estudio.

Resulta por tanto, importante conocer que características presentan los profesionales que atienden a las víctimas, así intentaremos averiguar si tienen más experiencia en la atención a víctimas con Violencia de Género, ¿los profesionales hombres o mujeres? y ¿cuáles son las particularidades que presentan los profesionales con experiencia?. En la mayoría de los estudios consultados, no muestran diferencias significativas con respecto a la atención de casos de Violencia de Género según el sexo de los profesionales sanitarios que las atienden, sin embargo en nuestra investigación hemos observado que son los profesionales varones los que tienen más experiencia en la atención de casos de Violencia de Género ($p<0,05$), e incluso son los profesionales de mayores, los sanitarios más experimentados en atención de casos ($p<0,001$), aunque no hemos podido encontrar ninguna investigación, para poder

compararlas. Es evidente, que no es lo mismo atender a pocas víctimas que a un gran número de ellas, por lo que nos podemos cuestionar si estos profesionales sanitarios atienden a muchas víctimas y cuál es su grado de experiencia en la atención a las mismas y cómo son esos profesionales?

De nuestro estudio, se destaca que la mitad de los profesionales de Urgencias y Emergencias han llegado a atender al menos a 5 mujeres víctimas ($p<0,05$). La media de mujeres atendidas por nuestros profesionales se sitúa en 10,89 casos, cifra relativamente alta con respecto a otros estudios (Ruiz-Pérez, 2004, Blanco, 2004, Rojas, 2015). Aunque estos datos resultan relevantes, se debe de proceder a la evaluación del grado de experiencia en Violencia de Género de nuestros profesionales sanitarios teniendo en cuenta, el número de víctimas atendidas por los mismos. Averiguar esto, supone conocer si los profesionales de nuestro estudio, tienen o han tenido contacto, pero al mismo tiempo si están habituados a atender y por tanto, a reconocer a mujeres víctimas. Nuestra investigación ha permitido que se establezca una distribución de estos profesionales sanitarios según el grado de experiencia en la atención a mujeres víctimas, pero además no se ha podido encontrar ninguna investigación que la haya realizado. Por tanto, nos ha permitido determinar que más del 24% de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias, tienen *mucha o moderada experiencia* en la atención a víctimas, y de éstos, más del 15% tienen *mucha experiencia* ($p<0,05$). Aunque este porcentaje de profesionales sanitarios con moderada o mucha experiencia es relativamente bajo, observamos que los mismos están sensibilizados, creemos que las cifras de profesionales de Urgencias y Emergencias que pueden atender a mujeres víctimas debería de ser más elevada, ya que implicaría que éstas tuvieran una atención más globalizada y adecuada al tratarse de un problema muy importante que afecta a la salud de la mujer (OMS, 2013; Consejo del Poder Judicial, 2012). Sin embargo, parece que la atención todavía es escasa y como consecuencia las víctimas no suelen recibir de forma precoz y apropiada, el conjunto de medidas encaminadas a su protección y apoyo (García-Moreno, 2015; Sethi, 2004).

Dentro de las características de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias, los que presenta *mucha experiencia* se asocia a profesionales **médicos** mientras que los profesionales de **enfermería** están asociados a *ninguna experiencia* ($p<0,001$), y además los profesionales **jóvenes** se asocian a que *no tienen experiencia* mientras que los profesionales con *mucha experiencia* esta asociado a los profesionales con **mayor edad** ($p<0,0001$), hemos de tener en cuenta que no hemos encontrado investigación con la que se puedan comparar nuestros resultados. Podemos por tanto, establecer cual es el grado de experiencia en Violencia de Género de los profesionales de Urgencias y Emergencias obteniendo que, menos ***de una cuarta parte*** de los mismos **tiene mucha o moderada experiencia** y de ellos los que **mayor experiencia** tienen son los profesionales *médicos* y aquellos que tienen *mayor edad*.

Unido a la atención de las víctimas, conviene saber, ¿cuáles son los tipos de Violencia de Género que se encuentran presentes en las mujeres atendidas por los profesionales de nuestro estudio? y por tanto, supone averiguar ¿cuál es el tipo de violencia más frecuente que han atendido?, ya que en las víctimas pueden estar presentes violencia física o/y psíquica, o/y social o/y económica (Mota, 2008, Cirici, 2010), en el que cada una suele conducir a diversas consecuencias en la víctima (OMS, 1996; Li, 2014; Blanco, 2004; Siendones, 2002; Cobo, 2010; Campbell, 2007). En nuestro estudio, se revela que la violencia que con más frecuencia atendieron nuestros profesionales sanitarios fue la Violencia Física que estaba presente en más de un 95% de las víctimas ($p<0,05$), le sigue la Violencia Psíquica que estaba presente en más de un 75% ($p<0,05$), después la Violencia Sexual presente en más de un 27% ($p<0,05$), a continuación la presencia de Violencia Social en las mujeres atendidas con más del 40% ($p<0,05$) y finalmente, las mujeres atendidas víctimas de Violencia Económica, que se encuentra presente en más del 20% del total de mujeres con Violencia de Género ($p<0,05$). Estas cifras son parecidas a las mujeres atendidas por los profesionales sanitarios de otros estudios (Aznar, 2004, Hamberger, 1992, Siendones, 2002), destacamos, no obstante, que difiere del estudio de Torrecillas (2008) en el que la violencia más frecuente que presentaban las víctimas era la violencia psíquica, seguida por la

violencia física, aunque este trabajo solamente se circunscribe a los profesionales médicos de dos centros sanitarios. La mayoría de los estudios encontrados se han centrado en la violencia más fácilmente detectable que es la Violencia Física, al mismo tiempo ninguno de los estudios encontrados, está realizado sobre los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias. Centrarse exclusivamente en la Violencia Física, puede suponer dejar de atender al resto de violencias que aparecen también en la mujer, bien acompañando a la Violencia Física o apareciendo únicamente un tipo de violencia (OMS, 1996; Krug, 2012; Johnson, 2011; Campbell, 2002; Blanco, 2004; Polo, 2001). Pero, ¿estas mujeres presentan solamente un tipo de violencia?. En nuestra investigación se ha realizado una comparación entre los diferentes tipos de Violencia de Género, observándose que las víctimas que presentaban Violencia Física también se observaba la presencia de Violencia Psíquica ($p<0,0001$), mientras que el resto de tipos de Violencia de Género (Violencia Sexual, Social y/o Económica) no mostraban asociación significativa entre ellas, al igual que lo que ocurre en otros estudios (Matud, 2004, Polo, 2001), aunque al igual que en el resto de los estudios consultados engloban a todos los profesionales sanitarios sin centrarse en aquellos que desempeñan su profesión en los servicios de Urgencias, que son los primeros en ponerse en contacto con la víctima (Plazaola, 2004; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

2. Estudio del nivel de conocimientos y el manejo que hacen de los Protocolos específicos de atención a las víctimas de Violencia de Género.

Para el buen ejercicio profesional ante esta problemática, los profesionales sanitarios tienen a su disposición el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante casos de Violencia de Género, y constituye la herramienta fundamental y homogénea para ellos, ya que proporciona las pautas de actuación, de atención, las medidas para la prevención y el diagnóstico temprano y/o seguimiento de las víctimas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). Estos profesionales son los encargados de ponerlo en marcha, cuando detectan alguna posible víctima, pero además

deben de aplicarlo de forma correcta (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012; España. Ley Orgánica 1/2004; Comunidad de Madrid, 2014; Consejería de Presidencia de la Región de Murcia, 2011). Debido a la importancia de su conocimiento, ¿puede que existan actualmente profesionales de Urgencias y Emergencias que no conocen la existencia de dicho Protocolo? y ¿qué categoría profesional lo conoce más?.

A pesar de que desde abril de 2007 se edita el primer Protocolo Común de Actuación, más del 20% de los profesionales sanitarios de nuestro estudio, ***desconocen su existencia*** ($p<0,05$), aunque éstos lo deberían de conocer, al considerarse esencial para la atención adecuada y de calidad para este tipo de víctimas (Pazos, 2010). Si bien, los resultados son muy parecidos a los obtenidos en otros estudios realizados también a profesionales sanitarios (Siendones, 2002; Mendoza-Flores, 2006), en cambio, difiere del estudio de Arredondo (2012) donde solamente un 29,70% conocen dicho Protocolo, también es diferente con respecto al estudio realizado en profesionales del medio hospitalario donde un 38,8% no saben de su existencia (Larrauri, 2010). Es importante destacar que estos estudios no están realizados sobre los profesionales objeto de nuestra investigación, bien porque solamente engloban a los profesionales de urgencias hospitalarias o bien incluyen a otros profesionales que nada tienen que ver con la atención de Urgencias. Resulta fundamental la existencia de buena concienciación de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias (García-Moreno, 2015; Sethi, 2004), sin embargo todavía existe un porcentaje relativamente elevado que desconoce la existencia de dicho Protocolo, como se ha demostrado en nuestra investigación.

Es evidente las diferencias que se pueden evaluar dentro de las categorías profesionales (médicos/as y enfermeros/as) de Urgencias y Emergencias que atiende a la víctima, de esta manera gracias a nuestra investigación podemos decir que la proporción de **médicos/as** que *conoce el protocolo* es significativamente mayor que la proporción de **Enfermeros/as** ($p<0,0001$), lo que difiere del estudio de Siendones (2002) donde se presenta una diferencia mucho mayor entre los profesionales médicos y de enfermería

con respecto a nuestro estudio, pero éste no está realizado en los profesionales de Urgencias y Emergencia, difiere también del estudio realizado solo con personal de enfermería, donde el 22,8% consideran que no conocían protocolo (Mendoza, 2005), siendo diferente al estudio de Coll-Vinent (2008) en el que los profesionales de enfermería conocían el Protocolo interno de su centro para la atención de las víctimas en mayor proporción que los profesionales médicos, aunque este estudio solamente habla de su protocolo interno para la atención.

Este Protocolo Común de actuación constituye un instrumento fundamental en el que se engloban un conjunto de ventajas de las que suelen beneficiarse las víctimas, y engloba el conjunto de actuaciones que deben de seguir los profesionales sanitarios cuando atienden a una víctima (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012; Calvo, 2014), conocer el Protocolo supone implicación y concienciación de los profesionales en este grave problema, por tanto nos planteamos el interrogante que vamos a intentan contestar, ¿los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que atienden mujeres víctimas de Violencia de Género, conocen el Protocolo?. Aunque se trata de una pregunta importante debemos de indicar que no hemos encontrado ninguna investigación que nos de respuesta, ya que el conocimiento del protocolo de actuación, no supone que se atienda a mujeres víctimas de Violencia de Género. En nuestro estudio damos respuesta a dicha pregunta, ya que más del 65% de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que ***conocen*** de su existencia, además ***han atendido casos*** de Violencia de Género ($p<0,05$). Todo esto, nos platea varias dudas que debemos de tener de en cuenta por un lado ¿por qué sigue existiendo un número considerable de estos profesionales sanitarios que no conocen el Protocolo? y además, ¿pueden existir profesionales que atienden casos y no conocen dicho protocolo; o sanitarios que conozcan el protocolo, atiendan a mujeres víctimas pero que no lo apliquen?

A esta última pregunta tiene respuesta según nuestra investigación, ya que los profesionales de Urgencias y Emergencias, además de conocer el Protocolo, también deben de aplicarlo, pero solamente en aquellos

profesionales que si han tenido la oportunidad, es decir, han atendido algún caso de Violencia de Género. Nuestro estudio se centra principalmente en los profesionales que conociendo y habiendo atendido casos de Violencia de Género, han aplicado el Protocolo Específico, dejando claramente excluidos aquellos profesionales que no conocen el protocolo y por lo tanto no pueden aplicarlo; y aquellos que no han tenido la oportunidad (contacto con una víctima), ya que a pesar de conocerlo puede que no lo apliquen porque no han estado en contacto con víctimas. De todos los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias, una **cuarta parte *no* *lo habían aplicado a pesar de conocerlo y haber tenido a oportunidad*** ($p<0,05$), superior al estudio realizado en Andalucía (Siendones, 2002), con el desconocimiento de que si dicho estudio se incluyan también a los profesionales que no conocen el protocolo o aquellos que no han tenido la oportunidad, ya que explícitamente no queda reflejado. Este último aspecto, supone que los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que no lo aplican a pesar de conocerlo e incluso atendiendo a mujeres víctimas, originan en ellas consecuencias graves debido a que no reciben la atención adecuada y/o no se puede poner en funcionamiento los mecanismos de seguridad, apoyo y protección adecuados (de la Fuente, 2005; Siendones, 2002; Vives, 2009; WHO, 2013; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad1, 2014).

En nuestra investigación, establecemos, al no haber encontrado nada al respecto, que existe una **cuarta parte** de los *profesionales de Urgencias y Emergencias* que **conociendo el Protocolo**, **atendiendo a víctimas** de Violencia de Género, **no lo aplican**, contrastando con la opinión mayoritaria de los profesionales sanitarios que sin embargo, consideran que aplican dicho Protocolo, bien y además de forma óptima (Siendones, 2002).

Asimismo nos planteamos otras preguntas tan importantes como, ¿cuál de los distintos colectivos de Urgencias y Emergencias son los que más aplican el protocolo?, de los distintos profesionales de nuestro estudio que han atendido casos de Violencia de Género, la proporción de *médicos/as* que ***conocen*** la existencia del Protocolo y ***lo aplican*** habiendo tenido la oportunidad, es significativamente superior a la proporción de *enfermeros/as*

($p<0,0001$), no encontrando ningún estudio que haga dicha valoración. Sugiriendo, por tanto, la siguiente cuestión, ¿por qué los/as profesionales médicos aplican el Protocolo en mayor proporción que los profesionales de enfermería?, aunque la respuesta es difícil de contestar, y no es un objetivo de nuestro estudio.

El conocimiento y aplicación del Protocolo se suele relacionar con la experiencia que poseen dichos profesionales con respecto a la Violencia de Género, su conocimiento debe de ser una parte esencial que debe de saber los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias antes de ponerse a trabajar en dichos servicios (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2015; Coll-Vinent, 2008; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012), entonces ¿todos los profesionales de Urgencias y Emergencias conocen el Protocolo? ¿habitualmente cuanta mayor es la experiencia que tienen los profesionales de nuestro estudio, mayor debería de ser el conocimiento y por lo tanto sería mayor la aplicación?, hemos podido demostrar que los profesionales sanitarios de nuestro estudio con *muy poca experiencia* son aquellos que **no aplican** *dicho protocolo* ($p<0,0001$), puesto que son precisamente los que *menos experiencia* tienen, los que **no conocen el Protocolo,** lo que nos plantea una cuestión de relevancia, ¿se debería de asesorar, facilitar e insistir en su conocimiento, sobre todo los profesionales sanitarios que comienza su labor asistencial en atención de Urgencias y Emergencias? ¿Qué sucede al Protocolo para que no lo apliquen?, ¿es que no sirve? y por último, ¿es conveniente un Protocolo sea más simple, más adecuado y más sencillo para los profesionales de Urgencias y Emergencias, debido a las características especiales de su trabajo?. Todo esto, pone de relieve la necesidad de dar a conocer a los profesionales de Urgencias y Emergencias el Protocolo, cuando va a iniciarse su relación laboral en estos servicios tan específicos, de manera que puedan aplicarlo de forma correcta cuando están en contacto con una posible víctima.

3. Conocer la demanda de estos profesionales sobre la necesidad e interés sobre su formación específica en Violencia de Género.

Desde las instituciones sociales y sanitarias se están impulsando cursos para el conocimiento de los protocolos de actuación existentes para atención de mujeres víctimas de Violencia de Género, mediante programas de formación dirigida a los sanitarios que atienden a las víctimas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad1, 2012; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). La percepción que presentan los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias con respecto a la necesidad de una formación específica en la atención a las víctimas parece ser diferente, ya sea entre los distintos colectivos que los conforman (médicos/as, enfermeros/as, etc) o según la experiencia que estos tengan en relación a dicho problema. Por tanto, ¿resulta evidente que los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias presentan necesidad para dicha formación específica en Violencia de Género? y ¿cómo será dicha necesidad?

Esa necesidad de formación específica en Violencia de Género queda probada en nuestro estudio, ya que más del 75% de los profesionales de sanitarios de Urgencias y Emergencias, manifiestan tener mucha necesidad ($p<0,05$). Aunque en los estudios consultados no se refleja esta necesidad de forma explícita, se puede comparar con la opinión que tienen sobre su formación, tal y como se ve en el estudio Coll-Vinent (2008) en la que solamente el 18,6% consideraban preciso tener bastante o mucha preparación respeto al problema Violencia de Género, mientras que en el estudio Siendones (2002) el 18,9% piensan que es preciso tener más formación en el tema, aunque este estudio es realizado en pocos profesionales y ambos se han estudiado en grupos de profesionales que no suelen intervenir en este tipo de casos. Por tanto, que **más de dos tercios** de nuestros profesionales manifiesten *tener mucha necesidad para formarse*, puede demostrar por un lado que no saben el alcance del maltrato, y por otro lado, parece que tampoco se ha despertando la conciencia de dichos profesionales que supongan un impulso adecuado que permita reconocer dichas situaciones de violencia.

En general, todos los profesionales sanitarios suelen evidenciar carencias en el tratamiento de las víctimas, y proponen incrementar la formación tanto a nivel de pregrado como de postgrado (Blanco, 2004) tanto es así que dicha formación constituye el primer eje transversal de la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014; Rojas, 2015; Siendones, 2002; Arredondo, 2012). Entonces, ¿todos los profesionales sanitarios tienen la misma necesidad de formación?

Los conocimientos en Violencia de Género deben ser semejantes entre las distintas categorías que atienden a las víctimas, sin embargo se observa que los profesionales de enfermería de nuestro estudio se asocian a una moderada necesidad de mayor formación específica en Violencia de Género ($p>0,0001$), al igual que el estudio de García (2012) en la que los profesionales enfermeros/as presentan una mayor necesidad de formación en este tema, que sus compañeros médicos. Aunque el nivel de conocimientos no suele diferir entre las dos categorías profesionales, sin embargo, difiere del estudio de Siendones (2002) donde los profesionales médicos son los que mayor necesidad de formación presentaban, frente a los profesionales de enfermería que manifiestaban tener menor necesidad, así como otro estudio en el que es el porcentaje de profesionales de enfermería que han manifestado tener menor necesidad de formación en Violencia de Género, con la particularidad que este estudio es realizado solo en este tipo de profesionales sin efectuarse ninguna comparación con otros sanitarios e incluye también a profesionales que trabajan en otros servicios donde no es muy frecuente encontrarse con víctimas (Mendoza-Flores, 2006).

A pesar de que ambos están capacitados para la detección y atención adecuada de casos de Violencia de Género (Sugg, 1999), la mayoría de estos grupos creen necesaria mayor formación específica, opinan que se debe una falta de estrategias formativas (Siendones, 2002), no obstante contrasta, con el amplio abanico de cursos dirigidos a profesionales sanitarios y no sanitarios que disponen los organismos públicos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). Se ve necesario, aumentar aún más, la formación

en Violencia de Género del personal médico y de enfermería (Coll-Vinent, 2008), ya que la formación es muy deficiente (Rojas, 2015), a pesar de que más de la mitad de los profesionales sanitarios opinan tener un conocimiento medio de los problemas de Violencia de Género (Arredondo, 2012). Con todo esto, nos surgen varias cuestiones, si el personal cuenta con los cursos necesarios, ¿por qué no acuden a realizarlos? o ¿es que no existe una comunicación extensa de su existencia o es que no se difunden correctamente para el personal adecuado? y ¿es adecuada la formación que recibida en la Universidad?.

Tener una buena formación en Violencia de Género a nivel de pregrado resulta imprescindible para el desarrollo profesional, sin embargo **más del 51%** de nuestros profesionales sanitarios *manifiestan tener una mala o/y muy mala formación de pregrado* ($p<0,05$), todo esto, pone de manifiesto la deficiencia formativa en los actuales currículos académicos de los mismos. Pese a lo fundamental que resulta la formación de pregrado de los sanitarios que con posterioridad se pueden poner en contacto con las víctimas, no hemos encontrado ninguna investigación en la que se valore dicha formación. La formación de pregrado se debe establecer dentro de contextos idóneos a los jóvenes estudiantes para poner en auge valores, fomentar la formación en género, igualdad e implantar con valentía medidas de confrontación cuyo objetivo final sea el de erradicar la Violencia de Género (García, 2002). Todos estos contextos se deben de aplicarse como un acto de prevención desde la adolescencia hasta que los jóvenes llegan a la universidad, de esta manera, consiguen adquirir aptitudes adecuadas, unido a un conjunto de valores que sirvan de germen a los futuros profesionales sanitarios cuando se enfrenten ante este tipo de situaciones (Hernando, 2012; García-Díaz, 2013).

Parece ser que este hecho se va plasmando, tal y como se demuestra en nuestra investigación, ya que los profesionales sanitarios *más jóvenes*, cuya edad oscila entre los 20 y 35 años, *opinan* que su *formación de pregrado* es *regular*, difiriendo notablemente de sus *compañeros mayores* (cuya edad es más de 51 años) que consideraban que su formación de pregrado en Violencia de Género era *mala o muy mala* ($p<0,05$). La mejoría, se observa de forma

manifiesta al compararla entre los profesionales sanitarios según el grupo de edad al que pertenecen, estableciéndose una clara evolución de la formación de pregrado en Violencia de Género. Pero, ¿esta necesidad de mayor formación específica puede verse modificada según el lugar donde los profesionales sanitarios ejercen su trabajo habitual, ya sea en el medio hospitalario o el medio extrahospitalario?.

Tal y como se sugiere en nuestro estudio, los profesionales de *Urgencias Hospitalaria* se asocian a **mucha necesidad de mayor formación específica** con respecto a los profesionales sanitarios de *Urgencias Extrahospitalaria* que se asocian a una **moderada necesidad** ($p<0,014$), aunque no hemos encontrado ninguna investigación que haya establecido dicha comparación, queda claro con nuestra investigación que son los profesionales sanitarios de Urgencias hospitalaria los que presentan mayor necesidad de formación específica en comparación con los profesionales de Urgencias Extrahospitalaria. Todo ello, nos sugiere varías cuestiones, ¿por qué los profesionales de Urgencias Hospitalaria presenta mayor necesidad de formación específica en Violencia de Género? y por tanto, ¿puede que dicha necesidad sea mayor porque estos profesionales han atendido o no con anterioridad a mujeres víctimas?

Esta última pregunta, la podemos extraer de nuestra investigación, ya que los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias *que atienden o han atendido* a mujeres maltratadas son los que manifie**stan tener mayor necesidad de formación específica** en Violencia de Género que aquellos profesionales que no han atendido casos ($p<0,0001$). Estos profesionales actuarían influenciados por un cambio de actitud (Rojas, 2015), posibilitando la utilización de diversos medios de apoyo y ayuda que facilitan el ponerse en contacto de forma más efectiva con la víctima (Blanco, 2008; Wand, 2006) y permitiría cumplir con los requisitos interpuestos por los organismos oficiales (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

La influencia en la formación específica en Violencia de Género según la atención o no a las víctimas, ha quedado demostrada, pero ¿puede también

influir la experiencia de los profesionales sanitarios, con la necesidad de mayor formación específica?. Cabría esperar, que los profesionales con mucha experiencia, tuvieran una mayor necesidad de formación específica, sin embargo, como queda demostrado en nuestra investigación, son los profesionales sanitarios *con poca experiencia* aquellos que *manifestaban tener mucha necesidad de mayor formación*, mientras que los profesionales *experimentados* se asociaban a ***no*** *tener dicha necesidad* ($p<0,0001$), no hemos encontrado ninguna investigación al respecto con la que pudiéramos compararla, por lo cual nos podemos preguntar, ¿por qué precisamente estos profesionales experimentados no reclaman mayor formación específica? Y por tanto, ¿puede ser que estos profesionales se consideren que están suficientemente formados para no reclamar dicha formación?

Cuando una víctimas se va a someter a un test de cribado o cuando precisan la atención de profesionales sanitarios prefieren que ambas cosas sean realizadas por un profesional sanitario femenino al encontrarse más comprendidas para confesar su experiencia de malos tratos (Feder, 2006; Torrecillas, 2008), y nos hace preguntarnos, ¿estos profesionales presentan también una diferente necesidad de mayor formación específica según su género, ya que podría influir en la atención de las víctimas?. Respondiendo a esta pregunta, hemos observado la existencia de un mayor porcentaje de varones sanitarios que manifiestan no necesitar mayor Formación específica, que el porcentaje de sanitarios mujeres ($p<0,0001$), tampoco hemos podido compararlo, al no encontrar ningún estudio que realice dicha comparación, y por tanto, nos planteamos varias cuestiones ¿por qué los profesionales varones son los que consideran que no necesitan mayor formación específica?, ¿quizás consideran este tema que no es importante para ellos?

Conocer la necesidad de mayor formación en Violencia de Género es importante para determinar las características de los profesionales sanitarios de nuestro estudio, pero también resulta fundamental conocer el interés que tienen por adquirir dichos conocimientos específicos, ya que ¿puede ser que los profesionales sanitarios a pesar de tener necesidad para adquirir nuevos

conocimientos en Violencia de Género, no manifiesten tener interés por conseguirlos?

En nuestra investigación, se observa que **más del 42%** de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias **no** presentan *ningún interés por la adquisición de una formación específica* en Violencia de Género ($p>0,05$), sí que aparecen diferencias destacables en relación al estudio realizado únicamente sobre profesionales de Urgencias Hospitalarias en el que una amplia mayoría (94,1%) sí presentan mucho interés por formarse (Larrauri, 2010), o al estudio realizado sobre profesionales sanitarios en general en el que un 59% presenta gran interés por su formación (Arredondo, 2012). Sin embargo nuestro estudio, mejora el resultado obtenido en el estudio de Coll-Vinent (2008), en el que revelaba que solo 16% habían asistido a algún curso y/o congreso sobre Violencia de Género o el realizado sobre profesionales de enfermería en Méjico donde solo el 11% participaron en algún curso relacionado con esta problemática (Mendoza-Flores, 2006). En estos estudios no se expresa explícitamente como interés por la formación específica, tal y como se recoge nuestro estudio, aunque sí que hablan de la realización de cursos o asistencia a congresos, pudiendo interpretar que aunque tenga interés por formarse normalmente los profesionales sanitarios no asisten a los mismos.

No obstante, existen una amplia gama de cursos relativos a género y Violencia de Género que las Consejerías de Sanidad ponen a disposición de los profesionales sanitarios para su formación de postgrado (Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia, 2011; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2013). Un bajo interés por la formación específica de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias puede hacer que muchos de ellos, tenga un bajo conocimiento sobre este problema que pueda afectar a un número considerable de mujeres (Siendones, 2002; Mendoza-Flores, 2006), lo que lleva consigo, una infradetección y atención inadecuada de casos (Consejo General del Poder Judicial, 2012; Instituto de la Mujer, 2010). El hecho de tener una buena formación y que los profesionales estén preocupados e interesados por obtenerla, mejoraría aún más los índices de detección (de la Fuente, 2005). Todo esto, unido a los Programas Integrales de

Formación en Violencia de Género existentes, con actividades que permiten trabajar sobre áreas transversales de prevención, intervención y asistencia pero sobre todo adecuados a las demandas de los profesionales (Gea, 2009), incrementarían significativamente por parte de los profesionales sanitarios, el seguimiento de mujeres víctimas de Violencia de Género (Feder, 2011). No obstante, teniendo en cuenta que ambos colectivos sanitarios están formados en Violencia de Género lo que contribuyen enormemente al incremento de acciones de detección y atención de los nuevos casos, además de aumentar la puesta en marcha del Protocolo Específico (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad2, 2014; Gea, 2009; Blanco, 2004; De la Fuente, 2005), nos hace platearnos las siguientes cuestiones, si los profesionales sanitarios cuentan con una amplia gama de cursos, ¿por qué no tienen interés por su formación específica en Violencia de Género? y ¿cuál es el profesional sanitario de Urgencias y Emergencias que tiene mayor interés por la formación específica en Violencia de Género y qué características presenta?

Pese a que los/as enfermeros/as están en una posición ideal para detectar y atender a las víctimas (Hegarty, 2013; Bradbrury-Jones, 2015) son los **médicos/as** de Urgencias y Emergencias los que presentan ***mayor interés por su formación específica*** en Violencia de Género ($p<0,0001$). Este dato es semejante a los datos que proporcionan en otro estudio, pero este centrado exclusivamente en profesionales médicos sin realizar comparación con los profesionales de Enfermería (Gotlib Conn, 2014), sin embargo sí difiere, de otro estudio que indica que los/as enfermeros/as al igual que los/as médicos/as y presentan gran interés por su formación específica ya sea con asistencia a talleres o cursos de formación sobre Violencia de Género (Farbood, 2015), pero, ¿este interés sería diferente, si los profesionales sanitarios de nuestro estudio, hubieran atendido casos?

Tal y como se demuestra en nuestra investigación, los profesionales que *han atendido* casos de Violencia de Género son los que *manifiestan tener mucho interés* por su formación específica mientras que los que no han atendido son los que no manifiestan interés por la misma ($p<0,0001$), no se ha podido encontrar ninguna investigación que realice esta comparación. Nos

hace pensar que haber tenido contacto con víctimas puede actuar positivamente sobre los profesionales de Urgencias y Emergencias, de manera que se interesan buscando nuevas formas para incrementar su formación.

Esta atención recibida por las víctimas, no solo se realiza a nivel hospitalario, sino que también éstas, pueden ser atendidas fuera de este ámbito, como ya hemos visto, y por tanto, conviene saber si el interés por formarse que presentan los profesionales sanitarios, puede ser diferente según el puesto de trabajo donde se encuentre ejerciendo actualmente. Hemos observado la existencia de diferencias significativas, ya que los profesionales de Urgencias Hospitalarias presenta *mucho mayor interés* por su formación específica que aquellos sanitarios que ejercen su profesión en los servicios de Urgencias Extrahospitalaria ($p<0,002$), tampoco hemos podido encontrar ninguna investigación que realice dicha comparativa, estableciéndose por tanto en nuestra investigación que el interés si es diferente según el lugar donde trabajen dichos profesionales, induciéndonos por tanto a plantearnos cuestiones tan importantes, como ¿por qué estos profesionales sanitarios de Urgencias Hospitalarias presentan mayor interés por la formación en Violencia de Género? y ¿puede que la formación de Pregrado recibida en Violencia de Género, influya también el interés por formarse?

Pues parece que sí, puesto que los profesionales de Urgencias y Emergencias que expresaban haber recibido una formación de pregrado mala o muy mala, **no** *manifiestan interés* por una mayor formación específica en Violencia de Género ($p<0,041$). Por lo tanto, se debe de considerar ¿cuál es la formación de pregrado que los profesionales sanitarios deben de recibir en las universidades para incrementar el interés por formarse en Violencia de Género?, ¿se debería de incluir dentro de las competencias curriculares, temas de género y violencia de Género, para fomentar con posterioridad el interés mayor este tema?.

4. Conocer la opinión sobre si la Violencia de Género es un problema de Salud Pública y sobre la necesidad de que existan profesionales sanitarios específicos.

A pesar de que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) en su primer informe sobre violencia considera a la Violencia contra la mujer como un problema de Salud Pública de primer nivel, al estar ocultada de forma sustancial dentro del seno de la familia y una vulneración de sus derechos humanos (Ruiz, 2006, Ruiz-Perez, 2004, *S*wanson, 2000, Wand, 2006, Ellsberg, 2008, World Health Organization, 2010), afectando a la salud integral de la mujer (Rohlfs, 2003; Coker, 2000) con consecuencias psicológicas (Campbell2, 2007), **más del 20%** de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias *opinan* que la Violencia de Género **no** *es un problema de Salud Pública* ($p<0,05$), así pues, nuestros resultados difiere de otra investigación, en las que una amplia mayoría de los sanitarios consultados (hasta el 97%) consideran que es un problema de Salud Pública (Lasheras 2003; Sugg, 1999; Krantz, 2015). Sin embargo, contrasta con un estudio realizado sólo en hospitales en el que el 92% de los profesionales sanitarios definían a la Violencia de Género como un problema social, mientras que menos del 50% la encuadraban dentro de un problema de Salud (Coll-Vinent, 2008), no obstante el resultado de nuestro estudio es parecido al realizado solamente sobre profesionales de enfermería en México en el que el 28,7% sigue considerando a la Violencia de Género como un problema social y no un problema de Salud (Mendoza-Flores, 2006). Aunque todos los estudios presentados no son específicos de los profesionales objeto de nuestro estudio.

No cabría esperar diferencias considerables entre los diferentes colectivos sanitarios que conforman nuestro estudio, sin embargo observamos que la proporción de *médicos*/as (82%) que *están de acuerdo* con la consideración de la Violencia de Género como un problema de Salud Pública es significativamente **mayor** que el porcentaje de *profesionales de enfermería* (75%) ($p<0,015$), difiriendo del estudio de Coll-Vinent (2008), en donde el porcentaje de médicos/as que la consideran (82,3%), es significativamente menor que el de los profesionales de enfermería (89,9%), aunque este estudio

se realizó solamente sobre profesionales que trabajaban exclusivamente en el medio hospitalario y no solo de urgencias, mientras que nuestro estudio se realiza en los servicios de urgencias tanto del ámbito hospitalario como extrahospitalario.

Al igual que existe diferencias entre los distintos colectivos profesionales de nuestro estudio, también se evidencian disparidades según el sexo de los mismos, observándose que es mayor la proporción de *mujeres* profesionales sanitarios que *consideran la Violencia de Género como un problema de Salud* Pública (81,3%) en comparación con sus compañeros *varones* (74,2%) ($p<0,038$), no hemos podido encontrar ningún estudio que realice dicha comparación. Como ya hemos visto, que **más de una cuarta** parte de nuestros profesionales actualmente *siguen sin considerar a la Violencia de Género como un problema de salud Pública*, lo que podría indicar que no consideran a la Violencia de Género como un hecho importante que da lugar a consecuencia relevante en la salud global de las mujeres, no formando parte elemental en el mantenimiento de la protección, seguridad y bienestar de las mismas. Todo esto nos conduce a plantearnos varias cuestiones, ¿por qué todavía existen profesionales sanitarios que no consideran a la Violencia de Género un problema de salud pública, y por qué aparece en mayor proporción los médicos y las profesionales de sexo femenino?

Como ya hemos visto, los profesionales sanitarios específicos en Violencia de Género, son uno de los eslabones más importantes que permitan poner en contacto a los profesionales asistenciales con todo el engranaje asistencial, técnico y humano (Parlamento Europeo, 2005; Blanco, 2004; Cobo, 2010). La creación de un grupo especializado multidisciplinar de profesionales médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, etc, que establecieran las pautas de actuación, que facilitaran la puesta en marcha de los protocolos y la utilización de pruebas de cribado sencillas a los profesionales asistenciales en los Servicios de Urgencias cuando tengan sospechas de una posible víctima (Siendones, 2002), incrementaría la detección y atención adecuada de las víctimas (Feldhaus, 1997). Todo esto, supone una reducción considerable de

las consecuencias en las víctimas, tales como los trastornos de estrés postraumático (TEPT) (WHO, 2013; Tol, 2013).

Tendiendo en cuenta esos beneficios, los profesionales de Urgencias y Emergencias están de acuerdo en un porcentaje de **más del 84%** con la **necesidad de la existencia de sanitarios especialista en Violencia de Género** ($p<0,05$), difiere del estudio de Siendones (2002), en la que solamente el 15,9% considera necesario la creación de dichos profesionales. Los profesionales sanitarios creen en la necesidad de la instauración de una figura sanitaria especialista en Violencia de Género (Willson, 1998), pero no todos por igual creen necesario la creación de este tipo de profesionales especialistas, pues según los datos obtenidos en nuestra investigación, son los profesionales de Urgencias y Emergencias con *moderada o mucha experiencia* en atención a casos de Violencia de Género los que *no creen necesaria la creación de dicha figura* ($p<0,014$). Pero además, es de destacar que de éstos *están de acuerdo* con la creación de profesionales específicos, son los que *manifiestan tener mucha necesidad* de mayor formación ($p<0,0001$).

En nuestro trabajo se han podido observar las dificultades en la detección, atención, conocimiento y formación de los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias que presentan en Violencia de Género. Al ser detectadas en este trabajo, esto nos permitirá que puedan subsanarse pudiendo conseguir una mejora en la atención a las mujeres víctimas de maltrato. Como se pone de manifiesto en nuestra investigación, las medidas correctoras que deberían de ponerse en marcha cuando los profesionales sanitarios inicien su relación laboral para evitar el paso desapercibido de posibles víctimas, pero también facilitando el conocimiento y la aplicación correcta del Protocolo Común de Actuación e incluyendo programas formativos adecuados a las necesidades del personal relativas a esta materia.

CONCLUSIONES.

1. De los profesionales de Urgencias y Emergencias **más del 85%** ***han*** **atendido** *en algún momento a una mujer víctima* y cerca de una **cuarta parte** de los profesionales de nuestro estudio poseen **mucha o moderada experiencia**, de los que hay en *mayor proporción* profesionales *varones*, de *mayor edad* y que *trabajan en el medio extrahospitalario.*

   El **tipo de violencia de Género** que con *mayor frecuencia* presentaban las mujeres que habían atendido fue **Violencia Física**, *seguidas* por aquellas que presentaban **Violencia Psíquica**, **Social**, **Sexual** y por último **Violencia Económica**.

2. En cuanto al *conocimiento del Protocolo Específico de actuación Sanitaria en caso de Violencia de Género* **más del 20%** de los profesionales de Urgencias y Emergencias **no** lo conocen. Dentro de los profesionales sanitarios que no lo conocen, predominan los *profesionales de enfermería*, con mayor proporción de profesionales *jóvenes* y *mujeres*.

   De los profesionales sanitarios que **conocen** el Protocolo **y que han teniendo la oportunidad de aplicarlo**, casi una **cuarta parte** de ellos **no** lo **han aplicado**. Esto predomina con mayor frecuencia en los *profesionales de enfermería*, y en los profesionales *con muy poco grado de experiencia*.

3. **Más de la mitad** de nuestros profesionales de Urgencias y Emergencias manifiestan tener una **mala o muy mala** *formación de pregrado en relación a la Violencia de Género*. Los profesionales que manifiestan tener ***buena o muy buena formación de pregrado*** tienen *mayor interés* por incrementar su formación en este aspecto.

   Más de las tres cuartas partes de los profesionales sanitarios del estudio, manifiestan tener una *necesidad mayor de formación específica en Violencia de Género*, destacamos los *profesionales de enfermería*, varones, que *han atendido casos* y aquellos que *trabajan* en los *servicios de Urgencias Hospitalaria*. Sin embargo, destacamos que **más del 42%**

de los profesionales sanitario de Urgencias y Emergencias, **no** tienen ningún *interés* por formarse. Este hecho se da con *más frecuencia* en los profesionales que *no tienen experiencia* en la atención a las víctimas y en los *profesionales de enfermería*.

4. **Casi la cuarta parte** de estos profesionales sanitarios de Urgencia y Emergencia **no** co*nsideran la Violencia de Género como un* **problema de Salud Pública,** siendo esta proporción mayor entre los *profesionales de enfermería*.

   Dentro de los profesionales sanitarios de nuestro estudio, **más de las tres cuartas partes** *opinan que es necesario la creación de profesionales sanitarios con formación específica* para atención de mujeres víctimas de Violencia de Género. Esta opinión se da en mayor proporción entre *los profesionales con poca experiencia* y en *hombres*.

FUTURAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN.

Los profesionales sanitarios de Urgencias y Emergencias deberían de incrementar su formación específica en Violencia de Género, para esto las organizaciones sanitarias deberían de desarrollar programas de estimulo que se encarguen de incrementar el interés para seguir formándose evitando el paso desapercibido de las víctimas de manera que estas sean tratadas de forma adecuada. Como recomendación sería fundamental dar cursos de formación en Violencia de Género a estos profesionales cuando inicien su relación laboral en este tipo de servicios, y cursos de reciclaje al menos una vez al año. Con este aumento sustancial de su formación se disminuiría el desconocimiento del Protocolo Común de Actuación sanitaria en caso de Violencia de Género, aumentaría su aplicación pero sobre todo cuando los profesionales atienden a las posibles víctimas. Parece fundamental conocer cuales son las causas del porque los profesionales no lo aplican, y en especial aquellos profesionales que tienen mucha experiencia en la atención a víctimas de Violencia de Género, para ver porque esta fallando su aplicación o creen necesario la creación de otro nuevo protocolo mucho más sencillo, para ello se propone hacer un grupo multidisciplinar para ver cual es la causa de este problema así como proponer soluciones. También sería recomendable saber porque existen todavía profesionales sanitarios que no consideran a la Violencia de Género como un problema de salud pública, así como porque no creen necesaria la creación de los profesionales especialistas que son imprescindibles para la coordinación del resto de profesionales que intervienen en los procedimientos de atención a las víctimas.

Todo esto nos hace plantearnos si sería necesario incentivar una formación trasversal dentro del ámbito curricular de pregrado en las universidades, ya sea con asignaturas específicas con dentro de otras que incluyeran acciones formativas relacionadas con el género, igualdad y consecuencia negativas de la Violencia de Género. Además de potenciar estrategias docentes para formar e informar a los profesionales de los servicios que cuentan para detectar y ayudar a las víctimas, tanto en el inicio de la relación laboral como durante todo momento de su desarrollo profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Aday, L. A., & Cornelius, L. J. (2006). *Designing and conducting health surveys: a comprehensive guide* (3rd ed). San Francisco: Jossey-Bass.
- Alberdi, I. & Matas, N. (2002). La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Inés Alberdi y Natalia Matas. Fundación «la Caixa», Madrid, 2002. *Política y Sociedad*, *39*(2), 510–512.
- Alonso, M. C. F., Velázquez, S. H., Guevara, J. A. C., Fernández, J. Á. M., Castro, M. L. G., & others. (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). *Atención primaria*, *38*(3), 168–173.
- Alonso, M. F., Velázquez, S. H., Ramírez, F. B., Misol, R. C., Bentata, L. C., Campayo, J. G., & García, M. T. (2003). Violencia en la pareja: papel del médico de familia. *Atención primaria*, *32*(7), 425-433
- Alonso, M., Bedoya, J., Cayuela, A., Dorado, M., Gómez, M. & Hidalgo, D. (2004). Violencia contra la mujer. Resultados de una encuesta hospitalaria*. Programa Obstétrico Ginecológico*, 47(11), 511 – 520.
- Amador, L et al (2010). *Intervención social y de género*. (1ª ed). Madrid: Narcea Ediciones, 216 – 219.
- Aragón, J. et al (2005). *Las relaciones laborales y la innovación tecnológica en España* (1ª ed). Madrid: Catarata Ediciones.
- Argento, E., Muldoon, K. A., Duff, P., Simo, A., Deering, K. N., & Shannon, K. (2014). High Prevalence and Partner Correlates of Physical and Sexual Violence by Intimate Partners among Street and Off-Street Sex Workers. *PLoS ONE*, *9*(7), e102129. http://doi.org/10.1371/journal.pone.0102129.
- Arredondo, A. B., Broco, M., Alcalá, T., Rivera, A., Jiménez, I., & Gallardo, C. (2012). Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010. *Revista Española de Salud Pública*, *86*(1), 85–99.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (2006). Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer. Informe del Secretario General, 6 de julio de 2006, A/61/122/Add.1. 85-86.

- Baig, A. A., Ryan, G. W., & Rodríguez, M. A. (2012). Provider barriers and facilitators to screening for intimate partner violence in Bogota, Colombia.*Health care for women international*, *33*(3), 250-261.
- Bascón, M., Saavedra, J., & Arias, S. (2013). Conflicts and gender violence in adolescence. Discursive strategies analysis and resources for coeducation. *Profesorado. Revista de Currículum y Formación del Profesorado*, *17*(1), 19.
- Bauer, N.S., Gilbert, A.L., Carroll, A.E., & Downs. S.M. (2013). Associations of early exposure to intimate partner violence and parental depression with subsequent mental health outcomes. *JAMA Pediatr*, 167(4), 341-347. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.780.
- Blanco, P., Ruiz-Jarabo, C., García de Vinuesa, L., & Martín-García, M. (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, *18*, 182–188.
- Bohrnstedt, G (1984). *Evaluación de la confiabilidad y validez en la medición de actividades*. Mexico. En: Summers, GF. (ed). Medición de actitudes. Trillas. Cap. 3
- Bradbury-Jones C. & Broadhurst K (2015). Are we failing to prepare nursing and midwifery students to deal with domestic abuse? Findings from a qualitative study. 2015. Journal of Advanced Nursing 00(0), 000–000. doi: 10.1111/jan.12666.
- Brown J.B., Lent B., Brett P.J., Sas G., Pederson L.L. (1996). Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. *Fam Med*, 28(6), 422-428. PubMed PMID: 8791071.
- Brown J.B., Lent B., Schmidt G., Sas G. (2000). Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *J Fam Pract*. 49(10), 896-903. PubMed PMID: 11052161.
- Bugarín, R., & Bugarín, C. (2014). Aspectos éticos en la atención sanitaria de la violencia de género. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, *40*(5), 280-285. http://doi.org/10.1016/j.semerg.2014.03.011
- Calvo, G., & Camacho, R. (2014). Gender violence: trends, impact and keys for approach. *Enfermería Global*, *13*(33), 424-439.

- Campbell J., Jones A.S., Dienemann J., Kub J., Schollenberger J., O'Campo P., Gielen A.C. & Wynne C. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med*., 162(10), 1157-1163. PubMed PMID: 12020187.
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, *359*(9314), 1331-1336. Review. PubMed PMID: 11965295.
- Campbell, J. C. (2007). Prediction of homicide of and by battered women.*Assessing dangerousness: violence by batterers and child abusers*, 85-104.
- Campbell, J. C., Glass, N., Sharps, P. W., Laughon, K., & Bloom, T. (2007). Intimate partner homicide review and implications of research and policy.*Trauma, Violence, & Abuse*, *8*(3), 246-269.
- Campbell, J. C., Webster, D. W., & Glass, N. (2009). The danger assessment validation of a lethality risk assessment instrument for intimate partner femicide. *Journal of Interpersonal Violence*, *24*(4), 653-674.
- Carazo, M.J.; Cabrera, R. (2012). *Análisis de la legislación autonómica sobre violencia de género*. Ministerio de Igualdad. Subdirección General de Cooperación y Relaciones Institucionales. Madrid.
- Castells, M. (1998). La era de la información. Economía, sociedad y cultura. Vol. 3. Fin de milenio. *Madrid, Alianza*.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2006). Understanding intimate partner violence: Fact sheet. *Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control*. Disponible en: http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pub/IPV_factsheet.html. (Consultado el 23 de abril de 2013).
- Centers for Disease control. (2012). Intimate partner violence and sexual violence victimization assessment instruments for use in healthcare settings. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services. Disponible en: http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/images/ipvandsvscreening.pdf. (Consultado el 1 de marzo de 2015).

- Cherniak, D., Grant, L., Mason, R., Moore, B., & Pellizzari, R. (2005). Intimate partner violence consensus statement. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC= Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada: JOGC*, *27*(4), 365-418.
- Chérrez, C., & Alás, R. (2014). Consumo de sustancias y trastornos de salud mental en agresores de violencia de género ingresados en prisión: un estudio descriptivo. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*,*16*(2), 29-37.
- Cirici, R., Querol, N., & Ripoll, A. (2010). La consulta sanitaria:¿un espacio privilegiado para la detección y el abordaje de la violencia de género? FMC.*Form Med Contin Aten Prim*, *17*, 550-559.
- Cobo, J., Muñoz, R., Martos, A., Carmona, M., Pérez, M., Cirici, R., & García-Parés, G. (2010). La violencia de género en la atención psiquiátrica y psicológica especializada:¿es relevante la violencia de género para nuestros profesionales?. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *3*(2), 61-67.
- Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M., & Smith, P. H. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American journal of preventive medicine*, *23*(4), 260-268.
- Coker, A. L., Smith, P. H., McKeown, R. E., & King, M. J. (2000). Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. *American journal of public health*, *90*(4), 553.
- Coll-Vinent, B., Echeverría, T., Farràs, Ú., Rodríguez, D., Millá, J., & Santiñà, M. (2008). El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gaceta Sanitaria*, *22*(1), 7-10.
- Colombini, M., Mayhew, S., & Watts, C. (2008). Health-sector responses to intimate partner violence in low-and middle-income settings: a review of current models, challenges and opportunities. *Bulletin of the World health Organization*,*86*(8), 635-642.
- Comisión para la investigación de malos tratos a mujeres (2015). Informe Subcomisión creada en el seno de la Comisión De Igualdad para el Estudio y el Funcionamiento de la Ley Integral De Medidas

Contra La Violencia De Género y, en su Caso, Propuestas de Modificación (Núm. Expte.: 154/5). Madrid. Comisión para la investigación de malos tratos a mujeres; Disponible en: https://www.nodo50.org/xarxafeministapv/IMG/pdf/231109_Informe_Subcomision_VG_-_D_296.pdf. (Consultado el 18 de abril de 2015).

- Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM) (2010). Consejería de Política Social, Mujer e Información. Instituto de la Mujer Violencia contra las Mujeres www.imrm.es. [actualizada 12 de marzo de 2015]. Disponible en: http://imrm.es/menu_list.asp?ipag=29. (Consultado el 15 de marzo de 2015).
- Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM) (2013). Protocolo de Coordinación Interinstitucional en Violencia de Género. Consejería de Presidencia. Disponible en: https://www.carm.es/web/integra.servlets.Blob?ARCHIVO=Protocolo_PCIRM_vers%24%24p281%24%24p29_2012.pdf&TABLA=ARCHIVOS&CAMPOCLAVE=IDARCHIVO&VALORCLAVE=90417&CAMPOIMAGEN=ARCHIVO&IDTIPO=60&RASTRO=c1755$m25440 (Consultado el 8/12/2013).
- Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM) (2015). Violencia de Género. Murcia: Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM); 1990 - [actualizada el 3 de septiembre de 2015]. Disponible en: https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=1755&IDTIPO=140&RASTRO=c61$m. (Consultado el 4 de septiembre de 2015).
- Comunidad de Madrid (2015). Dirección General de la Mujer. Red de Atención de Integral para la Violencia de Género. [actualizada el 25 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1142695661770&idConsejeria=1109266187278&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1109266228570&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura. (Consultada 8 de noviembre de 2015)
- Comunidad de Madrid. (2014). Dirección General de la Mujer. Red de Atención Integral para la Violencia de Género. Madrid. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=11426956

61770&idConsejeria=1109266187278&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1109266228570&pagename=ComunidadMadrid/Estructura (Consultada 17 de mayo de 2014)

- Consejería de Justicia y Seguridad Ciudadana de la Región de Murcia (2014). Protocolo de Actuación del Dispositivo de Atención Telefónica Urgente para Mujeres Maltratadas en la Región de Murcia 112. Murcia. Consejería de Justicia y Seguridad Ciudadana de la Región de Murcia. Dirección General de Prevención de la Violencia de Género y Reforma Juvenil. Disponible en: http://violenciadegenero.carm.es/documentacion/protocolos/Documentacion/69499-Protocolo_112x1x.pdf. (Consultado el 19 de abril de 2014).
- Consejería de Presidencia de la Región de Murcia (2011). Dirección General de Prevención de la Violencia de Género, Juventud, Protección Jurídica y Reforma de Menores. Murcia. Portal de Violencia de Género. Instituto de la Mujer de la Región de Murcia. [actualizada octubre de 2014]. Disponible en: http://violenciadegenero.carm.es/documentacion/protocolos/. (Consultado el 20 de octubre de 2014).
- Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia (2011). Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación. Plan Integral de Formación en Violencia de Género. Murcia. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/176495-Folleto_presentacion_PIFOVIG-2.pdf. (Consultado el 16 de marzo de 2014).
- Consejo General del Poder Judicial (2012). Sección del Observatorio contra la Violencia Domestica y de Género. Memoria del Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género 2012. Madrid: Consejo General del Poder Judicial. Sección del Observatorio contra la violencia Domestica y de Género. 2012. Disponible en: http://www.poderjudicial.es/stfls/CGPJ/OBSERVATORIO%20DE%20VIOLENCIA%20DOM%C3%89STICA/FICHEROS/20131030%20Memoria%20Anual%202012.pdf. (Consultado el 12 de abril de 2014).

- Consejo General del Poder Judicial (2013). Sección del Observatorio contra la violencia Domestica y de Género. Datos de denuncias, procedimientos penales y civiles registrados, órdenes de protección solicitadas en los juzgados de violencia sobre la mujer (jvm)1 y sentencias dictadas por los órganos jurisdiccionales en esta materia en el primer trimestre del año 2013. Madrid: Consejo General del Poder Judicial. Sección del Observatorio contra la violencia Domestica y de Género. Disponible en: http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1372406494_Datos%20JVM%201T%202013.pdf. (Consultado el 4 de noviembre de 2014).
- Consejo General del Poder Judicial (2014). Sección del Observatorio contra la violencia Domestica y de Género. Datos de denuncias, procedimientos penales y civiles registrados, órdenes de protección solicitadas en los juzgados de violencia sobre la mujer (jvm)1 y sentencias dictadas por los órganos jurisdiccionales en esta materia en el primer trimestre del año 2014. Madrid: Consejo General del Poder Judicial. Sección del Observatorio contra la violencia Domestica y de Género. Disponible en: http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia-domestica-y-de-genero/Actividad-del-Observatorio/Datos-estadisticos/La-violencia-sobre-la-mujer-en-la-estadistica-judicial--primer-trimestre-de-2014. (Consultado el 14 de abril de 2015).
- Coulthard, P., Yong, S. L., Adamson, L., Warburton, A., Worthington, H. V., Esposito, M., & Sharif, M. O. (2015). Domestic violence screening and intervention programmes for adults with dental or facial injury. *The Cochrane Library*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 2. Art. No.: CD004486. DOI: 10.1002/14651858.CD004486.pub2.
- Cruz, J., & Zecchi, B. (Eds.). (2004). *La mujer en la España actual: evolución o involución?* (Vol. 46). Icaria Editorial. 14(19): 455 – 460.
- de la Fuente Aparicio, D., Castro, A. B. S., & Castro, S. S. (2005). ¿ Se encuentran capacitadas las enfermeras para detectar malos tratos en Atención Primaria?. *Nure Investigación*, *2*(15).

- Delgado, A., Aguar, M., Castellano, M., & del Castillo, J. D. D. L. (2006). Validación de una escala para la medición de los malos tratos a mujeres. *Atención primaria*, *38*(2), 82-89.
- Dirección General de Salud Pública y Alimentación (2008). Criterios de Formación en Violencia de Pareja hacia las mujeres. Consejería de Sanidad de Madrid. Consejería de Sanidad de Madrid. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Multimedia_FA&cid=1142445522535&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Multimedia_FA%2FPTSA_documentoWebeditpro (Consultado el 14 de febrero de 2014).
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I., & de Corral Gargallo, P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para hombres violentos contra la pareja en un marco comunitario: una experiencia de 10 años (1997-2007). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *9*(2), 199-217.
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Loinaz, I., & De Corral, P. (2010). Escala de Predicción del Riesgo de Violencia Grave contra la pareja. *Psicothema*, *22*(4), 1054-1060.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, *2*(2), 227-246.
- Ellsberg, M., Jansen, H. A., Heise, L., Watts, C. H., & 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. *The Lancet*, *371*(9619), 1165-1172.
- Emergency Nurses Association (2006). Intimate partner and family violence, maltreatment, and neglect. Chicago. Disponible en: http://www.ena.org/SiteCollectionDocuments/Position%20Statements/Violence_-_Intimate_Partner_and_Family_-_ENA_White_Paper.pdf. (Consultado el 27 de marzo de 2013).
- Ernst, A. A., Weiss, S. J., Cham, E., Hall, L., & Nick, T. G. (2004). Detecting ongoing intimate partner violence in the emergency department using a simple 4-question screen: the OVAT. *Violence and Victims*, *19*(3), 375-384.

- España. Informe de la subcomisión creada en el seno de la comisión de igualdad para el estudio y el funcionamiento de la ley integral de medidas contra la Violencia de Género y, en su caso, propuestas de modificación (2009). Boletín Oficial de la Cortes Generales. 3 de noviembre. núm. 296 p: 1-57
- España. Ley 7/2007, de 4 de abril, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y de Protección contra la Violencia de Género en la Región de Murcia. Boletín Oficial de la Región de Murcia, 21 de abril de 2007, núm. 92, p: 12369.
- España. Ley Orgánica 1/2004 (2004). Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre. Boletín Oficial de España, 29 de diciembre de 2004, núm. 313 p: 42166 – 42197.
- Espinar, E. (2007). Las raíces socioculturales de la violencia de género. *EA, Escuela abierta: revista de investigación educativa*, (10), 23-48.
- Farapi Antropologia Aplikatua (2007). Estudio documental sobre drogas y violencia de género.1ª ed. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Farbood, F. (2014). A Descriptive Study to Assess Barriers to Screening for Domestic Violence Among Public Health Nurses. *International Journal of Nursing*, *3*(1).
- Feder, G. S., Hutson, M., Ramsay, J., & Taket, A. R. (2006). Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies.*Archives of internal medicine*, *166*(1), 22-37.
- Feder, G., Davies, R. A., Baird, K., Dunne, D., Eldridge, S., Griffiths, C., ... & Rutterford, C. (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. *The Lancet*, *378*(9805), 1788-1795.
- Feldhaus, K. M., Koziol-McLain, J., Amsbury, H. L., Lowenstein, S. R., & Abbott, J. T. (1997). Accuracy of 3 brief screening questions for detecting

partner violence in the emergency department. *Jama*, *277*(17), 1357-1361.

- Ferrer, V.A., Bosch, E., & Navarro, C.. (2011). La violencia de género en la formación universitaria: análisis de factores predictores. *anales de psicología*, *27*(2), 435-446.
- Ferrer, V. A., Bosch, E., Ramis, M. D. C., & Navarro, C. (2006). Las creencias y actitudes sobre la violencia contra las mujeres en la pareja: Determinantes sociodemográficos, familiares y formativos. *Anales de psicología*, *22*(2), 251-259.
- Fogarty, C. T., & Brown, J. B. (2002). Screening for abuse in Spanish-speaking women. *The Journal of the American Board of Family Practice*, *15*(2), 101-111.
- Fowler, F. (1993). *Survey Research Methods*. 2ª ed. New York.
- Flores, C. (2011). La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, *23*(1), 59-64.
- Franzoi, N. M., Fonseca, R. M. G. S. D., & Guedes, R. N. (2011). Gender-based violence: conceptions of professionals on the family health strategy's teams. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *19*(3), 589-597.
- Fundación Mujeres (n.d.). Observatorioviolencia.org Recopilatorio de conocimiento de Violencia de Género Disponible en: http://observatorioviolencia.org. (Consultado el 25, octubre, 2015).
- Galtung, J. (1990). Cultural violence. *Journal of peace research*, *27*(3), 291-305.
- García-Berrio, T. (2007). Acciones positivas y cuotas de género ante el derecho. Los mecanismos contemporáneos en la lucha contra la diferencia por razón de sexo. *Foro: Revista de ciencias jurídicas y sociales (Facultad de Derecho, Universidad Complutense de Madrid)*, (6), 195-227.
- García-Díaz, V., Fernández-Feito, A., Rodríguez-Díaz, F.J., López-González, M.L., Mosteiro, M.D., & Lana, A. (2013). Violencia de género en estudiantes de enfermería durante sus relaciones de noviazgo. *Atención Primaria*. *45*(6), 290-296

- García-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. (2005).*WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. World Health Organization. Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf (Consultado el 18/11/2013).
- García-Moreno, C., Hegarty, K., d'Oliveira, A. F. L., Koziol-McLain, J., Colombini, M., & Feder, G. (2015). The health-systems response to violence against women. *The Lancet*, *385*(9977), 1567-1579.
- García, F. (2002). *El cuestionario: recomendaciones metodológicas para el diseño de cuestionarios*. Editorial Limusa. México, 29
- García, M, & Almansa, M.P. (2013). Violencia de género y adolescencia: revisión bibliográfica. *Rev Paraninfo Digital*; 18.
- García, S. (2008). Análisis comparado de los informes de evaluación en las leyes estatales y autonómicas sobre igualdad efectiva y contra la violencia de género. Cortes. *Anuario de derecho parlamentario*; 20: 317-335.
- Garcia, C. (2002). Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *The Lancet*, *359*(9316), 1509-1514.
- Garriga, A., & Martín, J.C. (2010). Guía Práctica Clínica. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja. Servicio Murciano de Salud. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_470_maltratadas_compl.pdf (Consultado el 15 de Abril de 2014).
- Gea, A., Martínez, E., Calvo, A.. Molina, F., Munuera, F., Sánchez, F., & al (2009). Plan Integral de Formación en Violencia de Género. 1ª ed. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia.
- Generalidad de Cataluña. (2014). Instituto Catalán de la Mujer. Violencia Machista. Servicios y Recursos de Atención. Barcelona. Disponible en: http://dones.gencat.cat/ca/ambits/violencia_masclista/recursos_atencio/index.html (Consultado en 8 de febrero de 2014)
- Giddens, C. (1994). *Sociología. Versión española de Teresa Albero* 1ª ed. Madrid. Alianza; 864.

- Gil, E., & Lloret, I. (2007). *La violencia de género*. 1ª ed. Barcelona. Editorial UOC.
- Gilroy, H., Nava, A., Maddoux, J., McFarlane, J., Symes, L., Koci, A., & Fredland, N. (2015). Poverty, Partner Abuse, and Women's Mental Health: New Knowledge for Better Practice. *Journal of Social Service Research*, *41*(2), 145-157.
- Glass, N., Dearwater, S., & Campbell, J. (2001). Intimate partner violence screening and intervention: data from eleven Pennsylvania and California community hospital emergency departments. *Journal of Emergency Nursing*,*27*(2), 141-149.
- Goldáraz, E. B. (2011). Propuesta para el tratamiento eficaz de la violencia de género. *IC Revista Científica de Información y Comunicación*, (8). 113 - 138.
- Goldberg, N. G., & Meyer, I. H. (2013). Sexual orientation disparities in history of intimate partner violence results from the California Health Interview Survey.*Journal of interpersonal violence*, *28*(5), 1109-1118.
- González, E. B., & del Grupo Antígona, C. (2010). Leyes de igualdad en Europa y transformaciones de la ciudadanía. *Derecho, Género e Igualdad*, 9.
- Gotlib, L., Young, A., Rotstein, O.D., & Schemitsch, E. (2014). "I've never asked one question." Understanding the barriers among orthopedic surgery residents to screening female patients for intimate partner violence. *Canadian journal of surgery. Journal canadien de chirurgie*, *57*(6), 371 -378.
- Grau, J., Santiñà, M., Ríos, J., Céspedes, F., & Martínez, B. (2011). Descripción de las agresiones sexuales atendidas en el servicio de urgencias de un centro hospitalario de referencia. *Gaceta Sanitaria*, *25*(2), 166-169.
- Hamberger, L. K., Saunders, D. G., & Hovey, M. (1992). Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry. *Family medicine*, *24*(4), 283-287.
- Hegarty, K., O'Doherty, L., Taft, A., Chondros, P., Brown, S., Valpied, J., & Gunn, J. (2013). Screening and counselling in the primary care setting

for women who have experienced intimate partner violence (WEAVE): a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*, *382*(9888), 249-258.

- Henwood, M. (2000). *Domestic Violence: a resource manual for health care professionals*. Department of Health. London.
- Hernández, A. (1998). Perspectiva de género en la reforma de la seguridad social en salud en Colombia. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL Serie financiamiento del desarrollo Nº. 73 Proyecto Conjunto CEPAL/GTZ, Bogotá; 93.
- Hernando, A., García, A.D., & Montilla, M.V. (2012). Exploration of attitudes and behaviors of college students to violence in intimate relationships. *Revista Complutense de Educación*; 23(2): 427-441
- Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature.*Child abuse & neglect*, *32*(8), 797-810.
- Horno, P. (2006). Atención a los niños y las niñas víctimas de la violencia de género. *Intervención Psicosocial*, *15*(3), 307-316.
- Hurley, K. F., Brown-Maher, T., Campbell, S. G., Wallace, T., Venugopal, R., & Baggs, D. (2005). Emergency department patients' opinions of screening for intimate partner violence among women. *Emergency medicine journal*, *22*(2), 97-98.
- Ibáñez, M. (2004). Violencia doméstica en Euskadi: malos tratos a la mujer. Análisis y definición del proceso de ruptura con una relación de maltrato. *Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia/Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco*. Victoria.
- Iglesias, J.J. (2012). *La violencia en la historia: análisis del pasado y perspectiva sobre el mundo actual*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Huelva. 1ª Ed. Huelva.
- Instituto de la Mujer (2010). Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres. Madrid. Observatorio de la Mujer. Disponible en: http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/mujeres/cifras/violencia/macroencuesta_violencia.htm. (Consultado el 27 de mayo de 2013).
- Instituto de la Mujer (2014). Estadísticas. Violencia de Genero. Madrid. Violencia. Disponible en:

http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/consulta.do?metodo=buscar. (Consultado el 10 de agosto de 2014).

- Instituto Nacional de Estadística (2013). Profesionales sanitarios colegiados. Distribución del número de Médicos y Diplomados en Enfermería por CCAA de colegiación, tipo de profesional, situación laboral y sexo Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/tabla.do. (Consultado 10 de octubre de 2014).
- Instituto Nacional de Estadística (2014). Población a 1 de enero de 2014. Nota de prensa de la población total de España a 1 de enero de 2014. Madrid, Instituto Nacional de Estadística; 2014. De Instituto nacional de Estadística. Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp321&file=inebase&L=0. (Consultado el 21 de julio de 2014).
- Instituto Nacional de Estadística 1 (2014). Estadísticas territoriales. Madrid, Instituto nacional de Estadística; 2014. De Instituto nacional de Estadística, Informe de Estadística Territoriales. Disponible en: http://www.ine.es/FichasWeb/Cesta.do?orden=1&fichas=49&botonFichas=Ir+a+la+tabla+de+resultados. (Consultado 19 de julio de 2014).
- Instituto Nacional de Estadística (2015). Población extranjera pora nacionalidad y sexo Distribución de la población extranjera por nacionalidad y sexo Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/tabla.do. (Consultado 10 de junio de 2015).
- Izquierdo, M. D. (2010). Apoyo social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja. *Enfermería Clínica*, 20(2), 134–135.
- Jahanfar, S., Howard, L. M., & Medley, N. (2014). Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev*, *11*.
- Johnson, M. P. (2011). Gender and types of intimate partner violence: A response to an anti-feminist literature review. *Aggression and Violent Behavior*,*16*(4), 289-296.
- Johnson, M. P., & Ferraro, K. J. (2000). Research on domestic violence in the 1990s: Making distinctions. *Journal of Marriage and Family*, *62*(4), 948-963.

- Junta de Andalucía (2015). Mujeres e igualdad de Género. Violencia de Género. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/temas/familias-igualdad/mujeres/violencia-genero.html. (Consultado el 2 de septiembre de 2015).
- Kalokhe, A. S., Potdar, R. R., Stephenson, R., Dunkle, K. L., Paranjape, A., Del Rio, C., & Sahay, S. (2015). How well does the world health organization definition of domestic violence work for India?. *PloS one*, *10*(3), e0120909.
- Kothari, R. U., Kothari, C., DeBoer, M., Koestner, A., & Rohs, T. (2014). Inpatient hospitalization and intimate partner violence: Who are we treating?.*Journal of trauma and acute care surgery*, *77*(1), 129-136.
- Krantz, G., & Garcia-Moreno, C. (2005). Violence against women. *Journal of epidemiology and community health*, *59*(10), 818-821.
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The lancet*, *360*(9339), 1083-1088.
- Larizgoitia, I. (2006). La violencia también es un problema de salud pública.*Gaceta Sanitaria*, *20*, 63-70.
- Larrauri, M.A.; Rodríguez, E.; Castro, E.M.; Pérez, A.; Ojea, B., & Blanco, M.A. (2010). Conocimiento y actitudes de los profesionales de urgencias sobre la violencia de género. *Revista Páginasenferurg.com*; 2, 36-46.
- Lasheras, L., Pires, M. Polentinos, E., Romero, I., & Ruiz, L. (2003). La Violencia contra las mujeres considerada como problema de Salud Pública. Documento de Apoyo para la Atención a la Salud de las mujeres víctimas. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Documentos técnicos de Salud Pública. Nº 86. Madrid
- Lasheras, L., Pires, M., Polentinos, E., Romero, I., & Ruiz, L. (2008).*Criterios de formación en violencia de pareja hacia las mujeres*. 1ª ed. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad de Comunidad de Madrid.
- Li, Y., Marshall, C. M., Rees, H. C., Nunez, A., Ezeanolue, E., & Ehiri, J. (2014). Intimate partner violence and HIV infection among women: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the international AIDS society*, *17*(1). 18845.

- Little, K. J. (2000). Screening for domestic violence: Identifying, assisting, and empowering adult victims of abuse. *Postgraduate medicine*, *108*(2), 135-141.
- Lorente, M., & Lorente J. A. (1999). *Agresión a la mujer: Maltrato, violación y acoso*. 2ª Ed. Granada. Ed. Comares, 94-95.
- Macías Seda, J., Gil García, E., González, M., García Carpintero, M., Vázquez Santiago, S., Casado Mejías, R., & León Larios, F. (2009). Actitud frente a la Violencia de Género del alumnado de Enfermería y su relación con la formación universitaria recibida. *Avances en las Distintas Áreas del Conocimiento*. Sevilla, España. Universidad de Sevilla. 30-35.
- Macías, J., Gil, E., Rodríguez, M., González , J. R., González, M., & Soler, A. M. (2012). Creencias y actitudes del alumnado de Enfermería sobre la violencia de género. *Index de Enfermería*, *21*(1-2), 9-13.
- MacMillan, H. L., Wathen, C. N., Jamieson, E., Boyle, M. H., Shannon, H. S., Ford-Gilboe, M., & McNutt, L. A. (2009). Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *Jama*, *302*(5), 493-501.
- Magdalena, Y., & Rodriguez, P. (2011). Guía didáctica de diagnóstico e intervención sanitaria en violencia de género. Instituto Asturiano de la Mujer. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Oviedo, Disponible en: https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxndWlhdGFsbGVyZXNmb3JtYWNpb252aW9sZW5jaWF8Z3g6NjRkZWMwOTFiNGYxODBhOQ. (Consultado el 12 de febrero de 2013).
- Martín M., González M., Vicente, N. (2006). "Retos en la salud mental del siglo XXI en Atención Primaria". 1ª ed. *Semerges IM&C* Madrid. 9 – 33.
- Martínez, I., Bonilla, A. (2000). *Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad* (Vol. 31). Universitat de València. 1ª Ed. Valencia. Universidad de Valencia; 139 – 140.
- Matud, M.P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, *16*(3), 397-401.
- Méndez, P., Valdez, R., Viniegra, L., Rivera, L., & Salmerón, J. (2003). Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del

Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *salud pública de México*, *45*(6), 473-482.

- Mendoza-Flores, M. E., de Jesús-Corona, Y., García-Urbina, M., Martínez-Hernández, G., Sánchez-Vera, R., & Reyes-Zapata, H. (2006). Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre violencia de género. *Perinatol Reprod Hum*, *20*(4), 69-79.
- Mendoza, J. M. (1999). *Delincuencia y represión en la Castilla bajomedieval*. 1ª Ed. Granada, Grupo Editorial Universitario. 139 -144.
- Mercado, R. C., & Liébana, M. J. C. (2009). *Análisis de la legislación autonómica sobre violencia de género*. Ministerio de Igualdad. Madrid.
- Mercado, R. C., & Liébana, M. J. C. (2009). *Análisis de la legislación autonómica sobre violencia de género*. Ministerio de Igualdad.
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2014). Usal. Grado Enfermería. Estructura. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Disponible en: https://sede.educacion.gob.es/cid/72514659593551919283548.pdf. (Consultado el 29 de noviembre de 2014).
- Ministerio de Igualdad (2009). Balance de los datos de violencia de género en 2009. Madrid. Ministerio de Igualdad. Disponible en: http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1263385004_balance2009VG.pdf. (Consultado el 17 de marzo de 2013).
- Ministerio de Justicia (2007). Protocolo de Coordinación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado con los Órganos Judiciales, los Colegios profesionales y demás implicados en la protección de las víctimas de Violencia de Género. Madrid: Ministerio de Justicia. Disponible en: http://www.poderjudicial.es/stfls/PODERJUDICIAL/DOCTRINA/FICHERO/PROTOCOLO%20ASIST%20JDCA%20PUBLICADO%20DGPYGC_1.0.0.pdf. (Consultado el 7 de enero de 2014).
- Ministerio de Justicia (2011). Protocolo médico-forense de valoración urgente del riesgo de violencia de género. Madrid: Ministerio de Justicia. Disponible en: https://www.administraciondejusticia.gob.es/paj/PA_WebApp_SGNTJ_NPAJ/descarga/Protocolo%20valoracion%20riesgo%20violencia%20de%2

0g%C3%A9nero.pdf?idFile=4f3d20e0-8241-494d-ac76-230989617a14. (Consultado el 17 de enero de 2013).

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2009). Informe Violencia de Género de Murcia 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeViolenciaGenero2008/Murcia.pdf. (Consultado el 11 de mayo de 2013).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 1 (2009). Nota de Prensa. Los profesionales sanitarios tendrán una formación común sobre violencia de género. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.msps.es/gabinetePrensa/notaPrensa/desarrolloNotaPrensa.jsp?id=1729. (Consultado el 15 de marzo de 2012).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2010). Criterios de calidad para la formación básica de profesionales para la atención sanitaria ante la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud. Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud Observatorio de Salud de la Mujer. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: www.msc.es/ObservatorioSaludMujer. (Consultado el 23 de abril de 2013).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011). Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2010 Murcia. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2010/MurciaSNS2010.pdf. (Consultado el 3 de abril de 2013).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 1 (2011). IV Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.seigualdad.gob.es/violenciaGenero/infoEstadistica/pdf/IVInforme.pdf. (Consultado el 26 de febrero de 2013).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). Catálogo de instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico, psicológico y

sexual. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Observatorio de salud de la mujer. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero_vg_01.pdf. (Consultado el 16 de febrero de 2013).

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 1 (2012). Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Centro de Publicaciones. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf. (Consultado el 16 de marzo de 2014).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). Plan integral contra la trata de seres humanos. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/tratadeMujeres/planIntegral/DOC/PlanIntegralTSHconFES_Cst.pdf. (Consultado el 11 de Julio de 2014).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 1 (2014). Violencia de Género y Trata de Mujeres Estrategia nacional para la erradicación de la violencia sobre la mujer 2013-2016 .Violencia de Género y Trata de Mujeres. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/EstrategiaNacional/pdf/EstrategiaNacionalCastellano.pdf. (Consultado el 1 de agosto de 2014).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2 (2014). Plan de atención y prevención de la violencia de género en la población extranjera inmigrante. Medidas y Planes. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/Documentacion/medidasPlanes/DOC/Plan_atencion_prevencion_violencia_genero_poblacion_extranjera_inmigrante(2009_2012).pdf. (Consultado el 1 de agosto de 2014).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 3 (2014). Plan integral contra la trata de seres humanos. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/tratadeMujeres/planIntegral

/DOC/PlanIntegralTSHconFES_Cst.pdf. (Consultado el 11 de Julio de 2014).

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 4 (2014). Informe 2007 – 2012. Servicio 016 de información y asesoramiento jurídico en materia de violencia de género. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1263385004_balance2009VG.pdf. (Consultado el 13 de agosto de 2014).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). Victimas Mortales por Violencia De Género Ficha Resumen - Datos Provisionales 2015.Violencia de Género y Trata de Mujeres. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/datosEstadisticos/docs/VMortales_2015_18_09.pdf. (Consultado el 25 de septiembre de 2016).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 1 (2015). Gobierno de España. Madrid. Teléfono de Emergencia sobre Violencia de Genero 016. Disponible en: http://www.inmujer.migualdad.es/violencia-mujer/telefonosviolencia.html. (Consultado el 11 de marzo de 2015).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017). Ficha de cifras estadísticas de víctimas de Violencia de Género. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/home.htm. (Consultado el 5 de enero de 2017).
- Montañez, P., & Moyano, M. (2010). Violencia de género sobre inmigrantes en España. Un análisis psicosocial. *Pensamiento psicológico*, *2*(6). 21 – 32.
- Mota, H. (2008). Manual de protección a víctimas de violencia de género. *San Vicente, España, Editorial Club Universitario*. 5 – 7
- Murciasalud.es (2015). Gerencias de la Región de Murcia. Recursos Humanos. Murcia. Servicio Murciano de Salud. Disponible en: http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=7811&idsec=46. (Consultado el 4 de abril de 2015).
- Naciones Unidas, Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer 25 de noviembre. Nueva York: www.un.org; 1989-

[actualizada el 3 de julio de 2015].Disponible en: http://www.un.org/es/events/endviolenceday/ (Consultado el 12 de agosto de 2015)

- National Coalition of Anti-Violence Programs, (NCAVP) (2010). A Report From the National Coalition of Anti-Violence Programs. New York. NCAVP. Disponible en: http://www.ncavp.org. (Consultado el 23 de abril de 2013).
- Newberry, L., & Criddel, L. (2006). E.N.A. SHEEHY. *Manual de Urgencia de Enfermería*. 6 ª ed. Madrid: Elservier
- Nosek, M. A., Howland, C. A., & Young, M. E. (1997). Abuse of Women With Disabilities Policy Implications. *Journal of Disability Policy Studies*, *8*(1-2), 157-175.
- O'Doherty, L. J., Taft, A., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., & Feder, G. (2014). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ 2014; 348 :g2913.
- Oliffe, J. L., Han, C., Maria, E. S., Lohan, M., Howard, T., Stewart, D. E., & MacMillan, H. (2014). Gay men and intimate partner violence: A gender analysis. *Sociology of health & illness*, *36*(4), 564-579.
- Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2006). Vocabulario referido a género. Roma: Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Unidad Regional de Asistencia Técnica. Plan de Acción Forestal para Guatemala Proyecto GCP/GUA/007/NET; 1996. Disponible en: http://www.fao.org/DOCREP/x0220s/x0220s00.htm#TopOfPage. (Consultado el 29 de noviembre de 2013).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1996). United Nations Economic and Social Council, Report of the Special Rapporteur on violence against women. E/CN.4/1996/53, February 1996. Violencia contra la mujer: Consulta de la OMS, Ginebra, 5–7 febrero de 1996. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento FRH/WHD/96.27, desde el 18 de marzo de 2005 Ginebra: Organización Mundial de la Salud Disponible en:

http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/FRH_WHD 96.27.pdf. (Consultado el 14 de marzo de 2013).

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003). Recomendaciones Éticas y de Seguridad para entrevistar a mujeres víctimas de la trata de personas. Ginebra: Género y salud de la mujer. Disponible en: http://www.who.int/entity/gender/documents/WHO_Ethical_Recommendations_Spanish.pdf?ua=1. (Consultado el 23 de abril de 2013).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005). Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005 Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf. (Consultado el 13 de marzo de 2013).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva N.° 239. Geneva: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva N.° 239 Octubre de 2013. Ginebra, Violencia contra la mujer. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/. (Consultado el 19 de diciembre de 2013).
- Organización Panamericana de la Salud (2014). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23944&Itemid=. (Consultado el 27 de febrero de 2014).
- Ortiz-Barreda, G., Vives-Cases, C., & Gil-González, D. (2011). Worldwide violence against women legislation: an equity approach. *Health Policy*, *100*(2), 125-133.
- Palacios S (2001). *Salud y medicina de la mujer*. 1 ª ed. Barcelona. Harcourt. p. 575.

- Palomo, M. (2004). Violencia contra la mujer: atención urgente. Ante el maltrato,¿ debe prevalecer la seguridad de la mujer o la legalidad vigente. *SEMERGEN*, *30*, 68-71.
- Parlamento Europeo (2005). La violencia ejercida contra las mujeres y las futuras acciones. Informe de Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género. Ginebra; Parlamento Europeo, 2005. Serie de Informes Técnicos: 2004/2220(INI).
- Pastor, A. (2017). Servicios de urgencias hospitalarios en España:¿ diferentes comunidades, diferentes organizaciones?. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, *29*(6), 369-370.
- Pazos, J. L., Bertrán, N. L., Palacios, I. P., Artal, S. L., Fuentes, E. D., & Izquierdo, M. T. (2010). Mejorar la calidad asistencial en la atención a la mujer maltratada en los servicios de urgencias. *Emergencias*, *22*, 193-198.
- Peltzer, K., & Mabeba, M. (2003). Attitudes and practices of doctors toward domestic violence victims in South Africa. *Health care for women international*,*24*(2), 149-157.
- Pence, E., & Paymar, M. (1993). *Education groups for men who batter: The Duluth model*. Springer Publishing Company. New York.
- Pérez, J., & MacInnes, J. (2007). Valoración social del incremento de la violencia doméstica. En. Barrios, G., Rivas, P. Violencia de género: perspectiva multidisciplinar y práctica forense 1ª ed. Madrid: Aranzadi: 53-80.
- Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Pérez, I., Montero-Piñar, M. I., & Grupo de Estudio para la Violencia de Género (2008). Apoyo social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja. *Gaceta Sanitaria*, *22*(6), 527-533.
- Plazaola, J., & Pérez, I. R. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Medicina clínica*,*122*(12), 461-467.
- Polo, C. (2001). *Maltrato a la mujer en la relación de pareja: Factores relacionales implicados* (Doctoral dissertation, Tesis doctoral Madrid. Universidad Alcalá de Henares).

- Portal Estadístico. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2015). Análisis del número de victimas mortales según los tramos de edad. Madrid, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Disponible en: http://estadisticasviolenciagenero.msssi.gob.es. (Consultado el 15 de mayo de 2015).
- Presidencia de la Unión Europea (2002). Estudio sobre las medidas adoptadas, por lo Estados miembros de la Unión Europea para luchar contra la violencia hacia las mujeres. Madrid.
- Ramos, A., & Salmerón, A. (Coordinación Técnica) (2014). Guía de Recursos para la Mujer. *Asociación Lakoma Madrid*. Disponible en: http://malostratos.org/archivos/2014/03/Gu%C3%ADa-de-Recursos-para-la-Mujer.pdf. (Consultado el 1 de mayo de 2015).
- Raya, L., Ruiz, I., Plazaola J, Brun, S., Rueda, D., García de Vinuesa, L., & Acemel Hidalgo, M. D. (2004). La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Atención primaria*, *34*(3), 117-127.
- Real Academia de la Lengua Española (2005). Diccionario de la Lengua Española (22ª ed). Madrid. Espasa-Calpe.
- Reyes, J., & Zepeda, M. (2008). Aplicación de un modelo teórico de enfermería en la intervención de las mujeres víctimas de violencia doméstica. *Enfermería Global*. 13.
- Rodgers, K. (1994). Wife assault: the findings of a national survey. *Juristat*,*14*(9), 1-21.
- Rodríguez, M. A., Abellán, M. V., Bertagnolli, L., 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.
- Rohlfs, I., & Valls-Llobet, C. (2003). Actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública. *Gaceta Sanitaria*, *17*(4), 263-265.
- Rojas, K., Gutiérrez, T., Alvarado, R., & Fernández, A. (2015). Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de Atención Primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica. *Atención Primaria*, *47*(8), 490-497.

- Ruiz-Pérez, I., Blanco-Prieto, P., & Vives-Cases, C. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gaceta sanitaria*, *18*, 4-12.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Blanco-Prieto, P., González-Barranco, J. M., Ayuso-Martín, P., & Montero-Piñar, M. I. (2006). La violencia contra la mujer en la pareja: Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, *20*(3), 202-208.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Vives-Cases, C., Montero-Piñar, M. I., Escribà-Agüir, V., Jiménez-Gutiérrez, E., & 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.
- Ruiz, M., González, M., López, J., Iglesias, M., Barros, C., González, S., & Fernández, T. (2010). Violencia de género en un área de salud. *Medicina de Familia-SEMERGEN*,*36*(4), 202-207.
- Russo, N. F., & Pirlott, A. (2006). Gender-based violence: concepts, methods, and findings. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1087*, 178 - 205.
- Sala, I., Hernández, A. R., Ros, R., Lorenz, G., & Parellada, N. (2010). Violencia doméstica: preguntar para detectar. *Atención Primaria*, *42*(2), 70-77.
- Sánchez, J. D., & Albarrán, M. (2010). Valoración médico-forense de la mujer maltratada. *Revista Española de Medicina Legal*, *36*(3), 110-116.
- Sánchez, L. S. (2015). Resiliencia en violencia de género. Un nuevo enfoque para los/las profesionales sanitarios/as. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, (01).
- Sanz, B., Castillo, S., & Mazarrasa, L. (2004). Uso de los servicios sanitarios en las mujeres inmigrantes de la Comunidad de Madrid. *Metas de Enfermería*, *7*(1), 26-32.
- Saturno P. (2010). Fases de construcción de una encuesta. Master Oficial en Gestión de Calidad de los Servicios de Salud. Murcia: Universidad de Murcia.

- Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM). (1998). Análisis de género: guía para la elaboración de políticas públicas Chile. Condición de la Mujer Canadá. Santiago, Chile, 36.
- Schimanski, K., & Hedgecock, B. (2009). Factors to consider for family violence screening implementation in New Zealand emergency departments.*Australasian Emergency Nursing Journal*, *12*(2), 50-54.
- Secretaría Confederal para la Igualdad – Departamento Confederal de la Mujer Trabajadora. Unión General de Trabajadores (UGT) (2012). Informe Sobre Desigualdades Salariales. Igual Retribución por Trabajo de Igual Valor. Madrid. Disponible en: http://www.chtjugt.net/archivos/elementos/2012/informe_desigualdad_salarial_2012.pdf. (Consultado el 24 de febrero de 2014).
- Segura C. (2008). La violencia sobre las mujeres en la Edad Media. Estado de la cuestión. *Clio & Crimen Durango*; 5(1): 24 – 38.
- Selic, P., Svab, I., & Gucek, N. K. (2014). A cross-sectional study identifying the pattern of factors related to psychological intimate partner violence exposure in Slovenian family practice attendees: what hurt them the most. *BMC public health*, *14*(1), 1. 223 – 237.
- Seligman, M. (1975). On depression, development, and death. 1ª ed. *Freeman*. San Francisco.
- Serrano, M. Educación para la salud del siglo XXI. (2002). Comunicación y salud. *Educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud.* 2ª ed. Díaz de Santos Editores. Madrid. p. 315
- Sethi, D., Watts, S., Zwi, A., Watson, J., & McCarthy, C. (2004). Experience of domestic violence by women attending an inner city accident and emergency department. *Emergency medicine journal*, *21*(2), 180-184.
- Siendones, R., Perea, E., Arjona, J. L., Aguera, C., Rubio, A., & Molina, M. (2002). Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Emergencias*, *14*, 224-232.
- Stöckl, H., Hertlein, L., Himsl, I., Delius, M., Hasbargen, U., Friese, K., & Stöckl, D. (2012). Intimate partner violence and its association with

pregnancy loss and pregnancy planning. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*,*91*(1), 128-133.

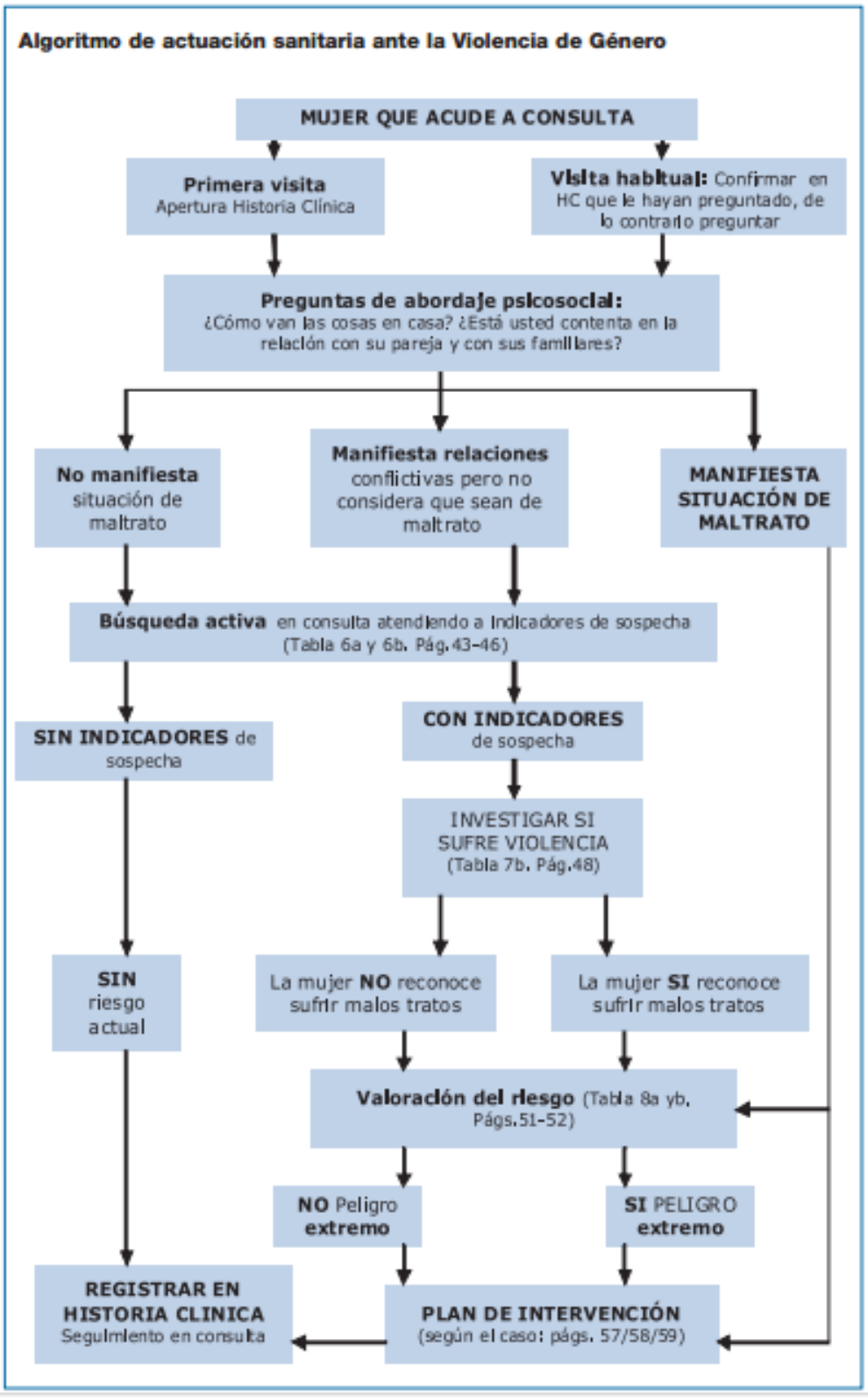
- Stöckl, H., March, L., Pallitto, C., & Garcia-Moreno, C. (2014). Intimate partner violence among adolescents and young women: prevalence and associated factors in nine countries: a cross-sectional study. *BMC public health*, *14*(1), 751-765.
- Sugg, N. K., Thompson, R. S., Thompson, D. C., Maiuro, R., & Rivara, F. P. (1999). Domestic violence and primary care: attitudes, practices, and beliefs. *Archives of family medicine*, *8*(4), 301- 306
- Swanson, L. (2000). Abuse against women a public health issue: MD.*Canadian Medical Association Journal*, *162*(6), 848-848.
- Tiwari, A., Cheung, D. S., Chan, K. L., Fong, D. Y., Yan, E. C., Lam, G. L., & Tang, D. H. (2014). Intimate partner sexual aggression against Chinese women: a mixed methods study. *BMC women's health*, *14*, 70-70.
- Tol, W. A., Stavrou, V., Greene, M. C., Mergenthaler, C., Van Ommeren, M., & Moreno, C. G. (2013). Sexual and gender-based violence in areas of armed conflict: a systematic review of mental health and psychosocial support interventions. *Conflict and health*, *7*(1), 16
- Torrecillas, J. M. G., Durántez, J. T., Pereira, M. D. C. L., Tirado, M. D. C. G., & Tejero, R. A. (2008). Detección de violencia contra la mujer en la consulta del médico de familia. *Atención primaria*, *40*(9), 455-461.
- Torrubiano, J., & Vives, C. (2013). Application of the Putting Women First protocol in a study on violence against immigrant women in Spain. *Gaceta Sanitaria*, *27*(6), 555-557.
- Tourné, M., Ruiz, M., Escribano M. C., Gea, A., & Salmerón, E. (2007). Protocolo de detección y actuación para Violencia de Género. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud (SMS). Disponible en: http://www.aen.es/docs/guias_vg/Murcia.pdf (Consultado el 25 de Junio de 2013).
- Vives, C., Gil-González, D., Plazaola-Castaño, J., Montero-Piñar, M. I., Ruiz-Pérez, I., Escribà-Agüir, V, Torrubiano J. & G6 para el Estudio de la Violencia de Género en España. (2009). Violencia de género en mujeres

inmigrantes y españolas: magnitud, respuestas ante el problema y políticas existentes.*Gaceta Sanitaria*, *23*, 100-106.

- Walker, L. E. (1989). Psychology and violence against women. *American Psychologist*, *44*(4), 695.
- Wand, T. C., & Coulson, K. (2006). Zero tolerance: a policy in conflict with current opinion on aggression and violence management in health care. *Australasian Emergency Nursing Journal*, *9*(4), 163-170.
- Weiss, S. J., Ernst, A. A., Cham, E., & Nick, T. G. (2003). Development of a screen for ongoing intimate partner violence. *Violence and Victims*, *18*(2), 131-141.
- Willson, P. (1998). Domestic Violence: Are Nurses Hiding the Facts?. *J of Advanc Nursing Practice*. Nueva York; 2(1): 22 – 26.
- World Health Organization (WHO) (2009). Women and health: today's evidence tomorrow's agenda. Genove. WHO Library Cataloguing.
- World Health Organization (WHO) (2013). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. Ginebra: World Health Organization (WHO). Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf?ua=1. (Consultado el 29 de noviembre de 2014).
- Yépes, F. L. (2010). Haciendo visible lo invisible: Violencia de género y entre generaciones en una comunidad indígena colombiana. *Investigación y Educación en Enfermería*, *28*(3), 444-453.
- Zubizarreta, I., Sarasua, B., Echeburúa, E., Corral, P., Sauca, D., & Emparanza, I. (1994). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. *Personalidades violentas*, 129-152.

ANEXOS.

ANEXO 1. ***ALGORITMO DE ACTUACIÓN SANITARIA EN CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO***



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 1, 2012.

ANEXO 2. ***INFORME CLÍNICO POR MALOS TRATOS.***

Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social

INFORME CLÍNICO POR MALOS TRATOS *

Servicio Murciano de Salud

1 - DATOS DE FILIACIÓN DE LA VICTIMA

NOMBRE Y APELLIDOS .....

MUJER ☐ HOMBRE ☐

FECHA DE NACIMIENTO: ... / ... / ...

ESTADO CIVIL: .....

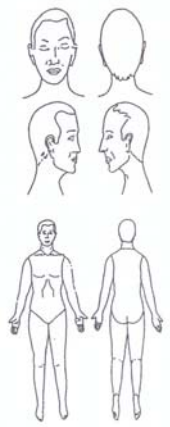
DIRECCIÓN: .....

TELÉFONO DE CONTACTO .....

2 - EXPOSICIÓN DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA: *(Reflejar fecha, hora, y lugar de la agresión, según declaración de la víctima, así como el tipo de maltrato físico, psíquico o de otro tipo que se aprecie).*

3 - ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS: *(En relación con las lesiones).*

4 - EXPLORACIÓN FÍSICA: *(Descripción de las lesiones, sin olvidar data aproximada).*



CAP.I - 70

* *Este informe debe adjuntarse al "Parte al Juzgado" (SEDU-34).*



5 - ESTADO EMOCIONAL ACTUAL

6 - EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: *(Si las hubiera)*

7 - DIAGNÓSTICO

8 - TRATAMIENTO

9 - PLAN DE ACTUACIONES Y OBSERVACIONES

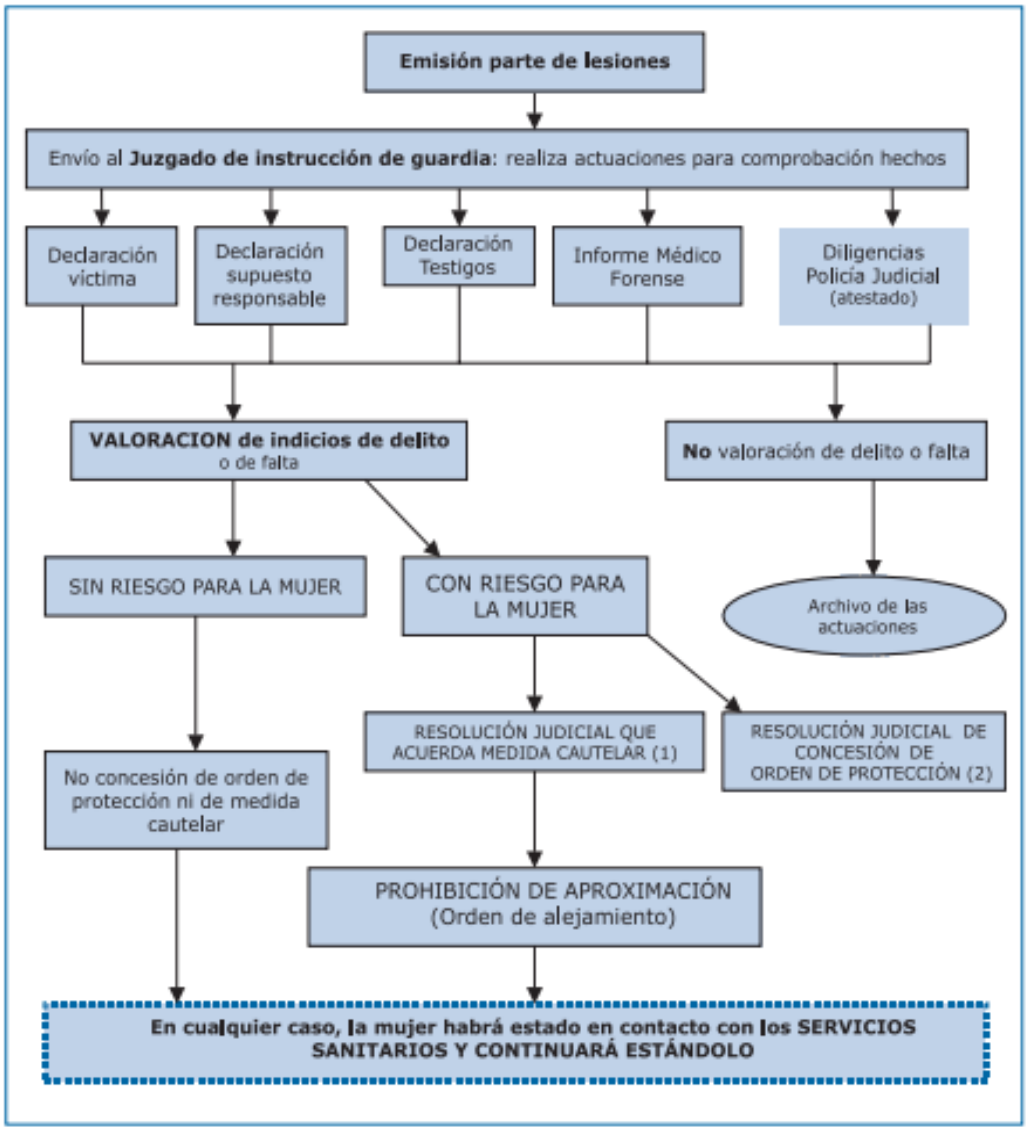
Datos del Facultativo
(Nombre, Apellidos y N.º de Colegiado)

Fecha y firma:

Ejemplar para el Juzgado

Fuente: Servicio Murciano de Salud.

ANEXO*:* 3. ***MEDIDAS DERIVADAS DE LAS DECISIONES JUDICIALES A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL PARTE DE LESIONES SANITARIO***.

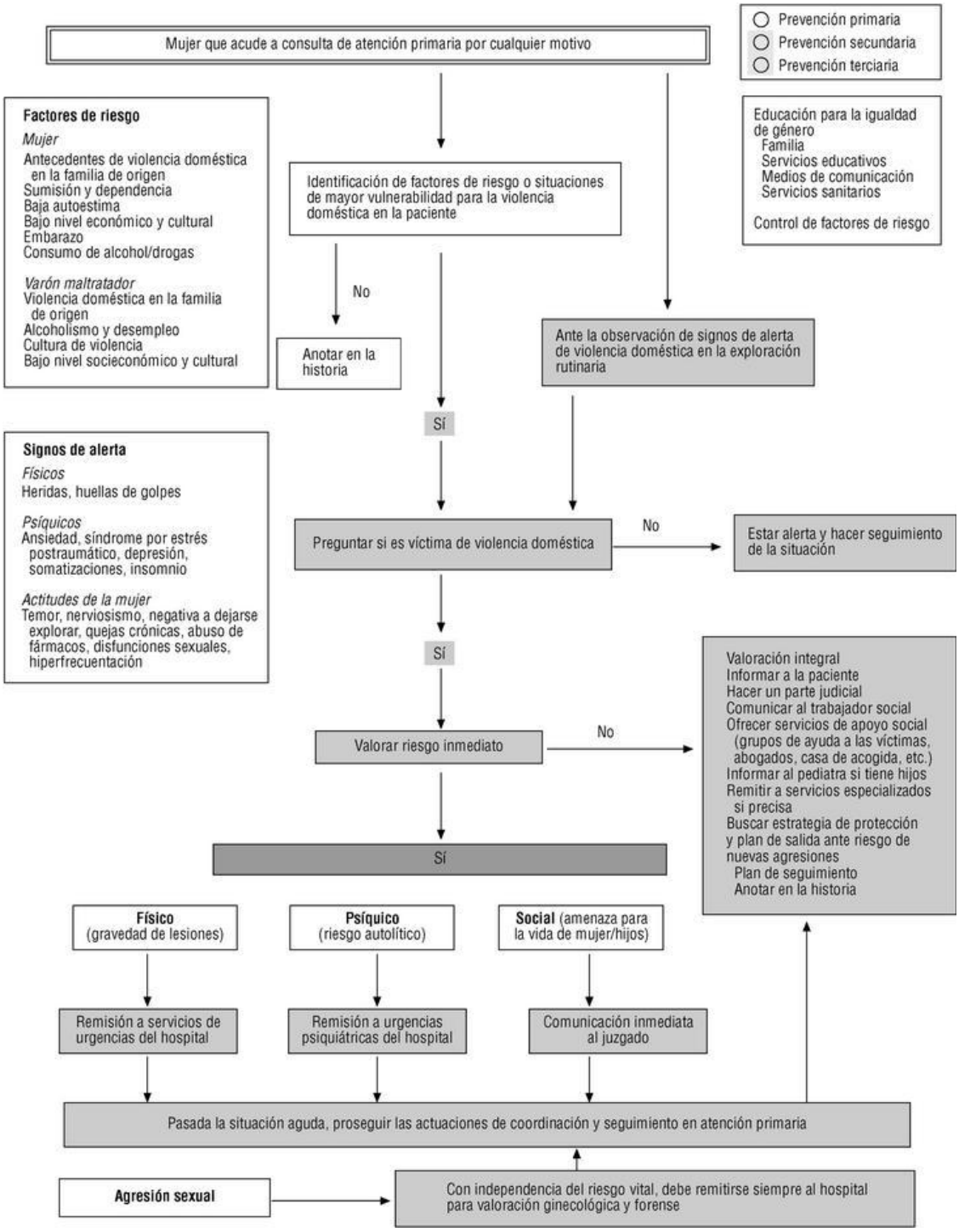


(1) A veces, la resolución judicial que acuerda una medida cautelar permite el acceso a algunas medidas de asistencia y protección social establecidas por las Administraciones Públicas.

(2) Con carácter general, además de la Orden de Protección, se admite como título acreditativo como víctima de VG y para acceder a los derechos reconocidos en la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, el informe del Ministerio Fiscal que indique la existencia de indicios de violencia de género.

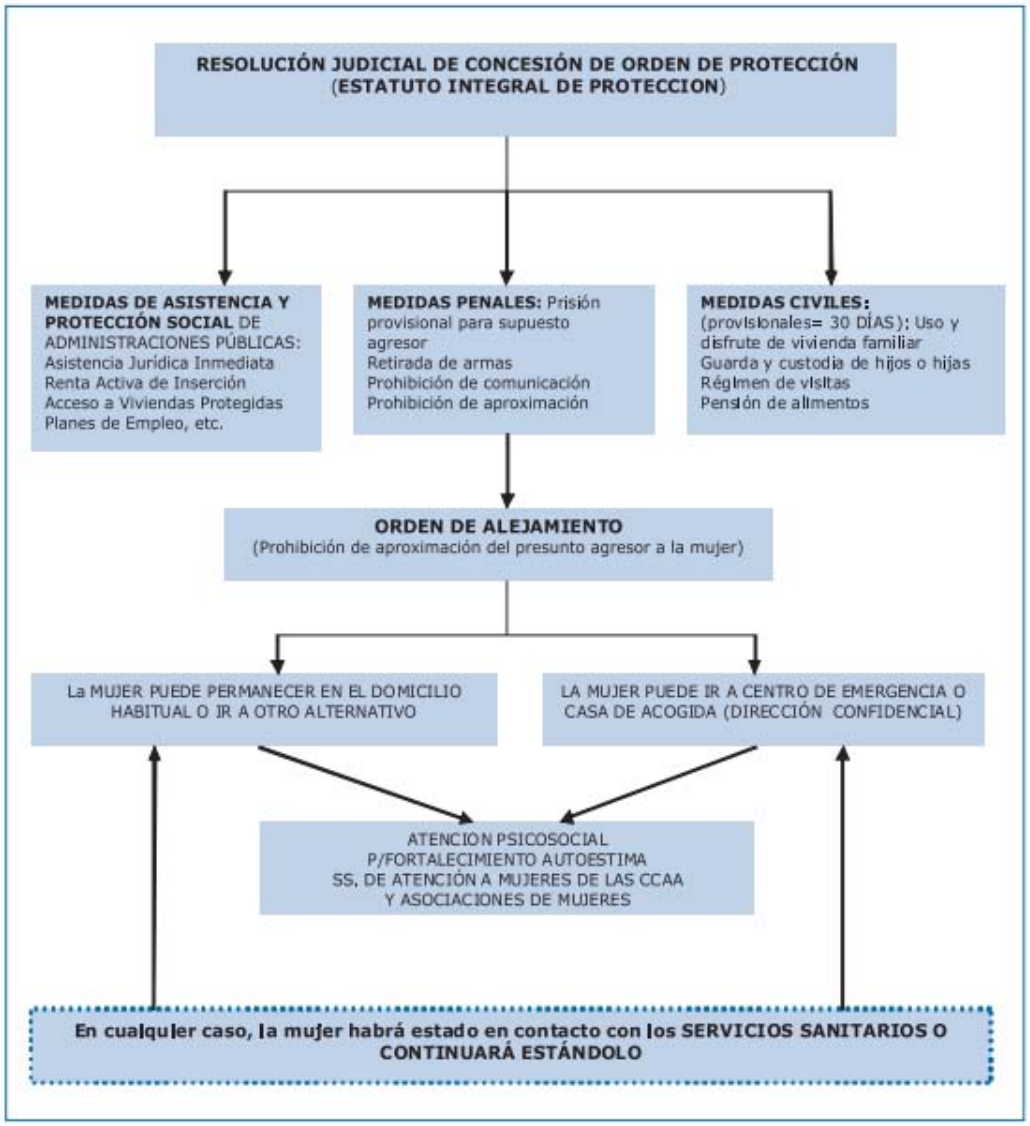
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 1, 2012.

ANEXO 4. ***ALGORITMO DE ACTUACIÓN ANTE VIOLENCIA DOMESTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.***.



Fuente: Alonso, 2003

ANEXO 5. ***MEDIDAS DERIVADAS DE LA CONCESIÓN DE UNA ORDEN DE PROTECCIÓN***



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 1, 2012.

ANEXO*:* 6*. **LISTADO DE LOS PROTOCOLOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO MÁS RECIENTES***

Nombre del Protocolo	***Autoría / Editado***	***Año***	***Sinopsis***
Protocolo de actuación para la atención de las mujeres españolas víctimas de violencia de género en el exterior	Gobierno de España	2015	Acuerdo de colaboración entre los Ministerios de Asuntos Exteriores y de Cooperación, de Empleo y Seguridad Social, y de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, para articular las actuaciones derivadas de las competencias que tiene atribuidas la Administración General del Estado en el exterior y que de uno u otro modo inciden en materia de violencia contra las mujeres. Incorpora medidas de apoyo e información a las mujeres españolas víctimas de violencia de género residentes en el extranjero.
Protocolo de prevención de acoso sexual y acoso por razón de sexo	Diputación de Cáceres	2015	Este protocolo tiene por objeto establecer aquellas medidas necesarias para prevenir y evitar que se produzca el acoso sexual y por razón de sexo en esta Institución, así como determinar concretamente las actuaciones de instrucción y sanciones internas y sus garantías en caso de que algún trabajador presente queja en estas materias.
Protocolo de Extremadura contra la trata de seres humanos con fines de explotación sexual	Instituto de la Mujer de Extremadura. Junta de Extremadura	2015	Este Protocolo contiene, un sistema de coordinación en los procesos de detección, atención integral, protección y derivación que permita garantizar los derechos de las víctimas de trata de seres humanos con fines de explotación sexual en la Comunidad Autónoma de Extremadura. Asimismo, recoge el compromiso de entidades desean contribuir a la lucha contra la trata de seres humanos con fines de explotación sexual en el marco de las distintas áreas de trabajo, fundamentalmente mediante la sensibilización a la ciudadanía en general y a diferentes colectivos en particular. El contenido de este documento ha tomado como referencia el Protocolo Marco de protección de las víctimas de trata de seres

			humanos del Estado español.
Protocolo para la detección, Prevención y Actuación en los supuestos de acoso sexual y acoso sexista	Universidad de la Laguna	2014	Relación de buenas prácticas laborales en cuanto al acceso, promoción y formación en el empleo, medidas para prevenir y controlar las actuaciones sexistas en la empresa y acciones conciliadoras de la vida familiar y profesional. Medidas concisas, claras y adaptables a cualquier empresa.
Protocolo básico de Intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar	Observatorio de la Infancia. Ministerio de sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.	2014	Actualización del Protocolo Básico de Intervención contra el maltrato infantil, que fue aprobado por el Pleno del Observatorio de la Infancia con fecha 22 de noviembre de 2007, con el objetivo de impulsar su adecuación a las especiales circunstancias en las que se encuentran los menores de edad que conviven en entornos donde existe violencia de género. Se ha elaborado en colaboración con la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género
Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito laboral	UGT CASTILLA Y LEÓN	2014	Modelo de protocolo de prevención del acoso para empresas y entidades públicas.
Protocolo de acoso laboral, sexual y por razón de sexo	Junta de Andalucía	2014	La propuesta de protocolo; es la intervención y detección ante situaciones de supuestos acoso laboral en la administración de la junta de Andalucía, con el objetivo de prevenir, detectar y aumentar la protección frente a practicas de acoso sexual, acoso por razón de dicho objetivo.
Protocolo de actuación y prevención acoso sexual y por razón de género.	Universitat Jaume I de Castellón	2014	Uno de los objetivos principales de este Protocolo es diferenciar los supuestos de acoso sexual y acoso por razón de sexo de aquellos conflictos interpersonales que se puedan producir en un momento determinado y que contengan elementos de naturaleza incluso sexual. Ambas situaciones, las de acoso y las de conflicto, deben ser tratadas de forma diferente, reconociendo en todo caso que las mismas van a afectar a la organización del trabajo y a su desarrollo, así como a los estudios, en su caso.
Protocolo de actuación. Acuerdo entre el Ministerio	Ministerio de	2013	El Protocolo de Actuación del sistema de

de Justicia, el Ministerio del Interior, el Ministerio de Sanidad, Sevicios Sociales e Igualdad, el Consejo General del Poder Judicial y la Fiscalía General del Estado por el que se aprueba el protocolo de actuación del sistema de seguimiento por medios telemáticos de las medidas y penas de alejamiento en materia de violencia de género	Justicia, el Ministerio del Interior, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el Consejo General del Poder Judicial y la Fiscalía General del Estado		seguimiento por medios telemáticos de las medidas y penas de alejamiento en materia de violencia de género, generalmente conocido como dispositivos o brazaletes contra el maltrato, ha sido aprobado mediante Acuerdo suscrito entre el Ministerio de Justicia, el Ministerio del Interior, el Consejo General del Poder Judicial, la Fiscalía General del Estado y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, del Gobierno de España el día 11 de octubre de 2013. El documento contiene el Acuerdo suscrito y el texto del protocolo aprobado
BOE. Protocolo de actuación en acoso de la administración general del estado	Secretaría de Estado para la función pública	2011	BOE Nº 189/2011: Protocolo de actuación frente al acoso sexual y al acoso por razón de sexo en el ámbito de la Administración General del Estado y de los Organismos Públicos vinculados a ella

Fuente: Elaboración propia a partir de Fundación Mujeres [Internet]. n.d.

ANEXO 7. ***LISTADO DE INSTRUMENTOS DE CRIBADO Y DE DIAGNÓSTICO UTILIZADOS PARA CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO.***.

- ***Instrumentos de cribado***

NOMBRE DEL TEST	AUTOR	AÑO	INDICADO	ORGANISMO DE APLICACIÓN	COMPOSICIÓN DEL TEST
Abuse Assessment Screen (AAS)	McFarlane, J. y Parker, B.	1992	Para identificar a mujeres víctimas de violencia física sexual y cuantificar la sensibilidad y la frecuencia del maltrato durante el embarazo	Atención primaria y consultas de prenatal	5 preguntas 2, 3 o 4 positivas indican posible victima de violencia de género.
Abuse Risk Inventory (ARI)	Yegidis, B.L	1989	Identificar a mujeres que han sido, o están en riesgo de ser víctimas de violencia por sus parejas o ex parejas diseñado para utilizarse por el personal sanitario y abogados	Empleado por médicos, trabajadores sociales y abogados	Cuestionario compuesto por 25 ítem revela la frecuencia con la que la mujer ha sufrido comportamientos abusivos
Composite Abuse Scale (CAS)	Hegarty, K., Sheenan, M. y Schonfeld, C	1999	Medir el tipo de abuso, su frecuencia y consecuencias que sufren las mujeres víctimas de violencia de género	Empleado por ámbito social	Consta de un cuestionario con 74 ítems se mide el abuso severo combinado, el abuso emocional, abuso físico y el abuso sexual
Computer Screening Intimate Partner Violence	Rhodes, K.V., Lauderdale, D.S., He, T., Howes. D.S. y Levinson, W	2002	identificar a víctimas de violencia en contextos clínicos, cuyo objetivo es incrementar la detección de violencia de género en los servicios de atención sanitaria utilizando para ello la ayuda de un ordenador es un cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas	En servicios de atención sanitaria	Consta de dos bloques el primero de ellos con 5 ítems que incluye experiencias sobre el abuso emocional, control de aislamiento social, pimientos seguimiento y abuso físico y el segundo bloque con seis ítem vinculado a la violencia que podría ser ejercida por otras parejas anteriores
Domestic Abuse Assessment Questionaire	Canterino, J.C., VanHorn, L.G., Harrigan, J. T., Ananth, C.V. y Vintzileos, A.M	1999	Identificar el abuso doméstico en pacientes embarazadas aplicados en servicios de prenatal	Servicios de prenatal.	Cuestionario compuesto por cinco preguntas relativas al maltrato físico o emocional, abuso sexual y a los sentimientos de miedo hacia la pareja.
Cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas	Majdalani, M.P., Alemán, M., Fayanás, R., Guedes, A. y Mejía, R.M.	2005	Detectar casos de violencia psíquica, física y sexual mujeres de habla hispana en los consultorios de atención primaria	Consultorios de atención primaria	Conjunto de preguntas concretamente cinco basadas en identificar abusos emocionales, físicos, sexuales durante la niñez.
Domestic Violence Screening Tool	, Furbee, P.M., Sicora, R., Williams, J.M. y Derk, J.M	1998	Detectar mujeres que sufren violencia de género por el novio, el marido o cualquier persona significativa para la víctima centrado en la violencia física, incluyendo las amenazas y sentimientos de seguridad Este puede emplearse en en contextos clínicos especialmente de urgencias	Departamentos de urgencias	Cuestionario con bordes y en relacionadas con violencia de género sobre todo sobre violencia física y psíquica y los sentimientos de miedo hacia la pareja.
Emergency Department Domestic Violence Screening Questions	Morrison L.J., Allan, R. y Grunfeld, A.	2000	Detectar situaciones de violencia de género en pacientes que acuden a servicios de urgencia	Departamento de servicios de urgencia	Cuestionario que incluye cinco ítem específica de violencia de género con preguntas relacionados con actitud comportamientos violentos dentro de la familia, sensación de seguridad, secuenciación de los servicios de urgencia como consecuencia de lesiones en el hogar.
HITS (Hurt-Insult-Threaten-Scream)	Sherin, K.M., Sinacore, J. M., Li, X.Q., Zitter, R.E. y Shakil, A.	1998	Detectra situaciones de violencia física y verbal constituye una herramienta simple y breve para la utilización en atención primaria	Atención primaria	Cuestionario incluye cuatro preguntas relativas a aspectos como la agresión física, insultos, amenazas y gritos.
Intimate Justice Scale (IJS)	Jory, B.	2004	Identificar el abuso psíquico y la violencia física en la pareja la práctica clínica abordando los actos específicos de maltrato como base de las pautas de acción de las actitudes para abuso de profesionales sanitarios y trabajadores sociales	Utilizado por profesionales sanitarios y trabajadores sociales	Cuestionario que Incluye 15 ítems deja a la mujer como percibe su trato por parte de su pareja.
Intimate Partner Violence (IPV) Assessment Icon Form	Short, L.M. y Rodríguez, R	2002	identifica mujeres víctimas de violencia física y sexual por parte de sus parejas aplicado a mujeres trabajadoras temporales del campo e inmigrantes con un bajo nivel de alfabetización	Profesionales sanitarios y trabajadores sociales	Iconos que simbolizan ilustraciones con un hombre golpeando a una mujer, otro forzando una mujer en la cama, una mujer aparentando tener miedo.
Ongoing Abuse Screen (OAS)	Weiss, S.J., Ernst, A.A., Cham, E.y Nick, T.G	2003	Detectar violencia de género principalmente en servicios de urgencias y para programas de prevención del maltrato	Servicios de urgencia	Compuesto por un cuestionario con cinco preguntas, que incluye el abuso físico, sentimientos de miedo, abuso sexual y situaciones de maltrato durante la gestación
Ongoing Violence Assessment Tool (OVAT)	Ernst, A.A., Weiss, S.J., Cham, E., Hall, L. y Nick, T.G	2004	Identificar violencia que sufrida por la mujer en la actualidad aplicado a servicios de urgencias y consultas de atención primaria,	Consultas de atención primaria y servicios de urgencias	Cuestionario incluye cuestiones referentes al abuso físico y emocional sufrido por la víctima en el último mes
Partner Abuse Interview	Pan, H.S., Ehrensaft, M.K., Heyman, R.E., O'Leary, K.D. y Schwartz, R	1997	Detectar situaciones de violencia contra la mujer en contextos clínicos	Servicios sanitarios	Cuestionario de 11 ítem relativos a violencia física, abuso sexual y al miedo de ser atacado por la pareja
Partner Violence Screen (PVS)	Feldhaus, K.M., Koziol-McLain,	1997	Detectar violencia de género para ser aplicado de forma rápida los servicios de	Servicios de urgencia	Cuestionario en tres preguntas de violencia que incluye violencia física y

	J., Amsbury, H.L., Norton, I.M., Lowenstein, S.R. y Abbott, J.T		urgencia		perfeccionó seguridad
Psychological Violence Inventory	Sonkin, D.J	2001	Medir la frecuencia y la severidad de la violencia física contra la mujer puede ser utilizado por los profesionales sanitarios en el tratamiento de sus pacientes forman parte del inventario más amplio para poder usarlo la fracción clínica	Servicios sanitarios.	Cuestionario constituido por 16 ítem dividido en tres categorías por un lado ni del comportamiento criminal por parte del agresor, además del comportamiento intimidatorio, y finalmente el comportamiento disfuncional.
Safety Question for Screening Intimate Partner Violence	Peralta, R.L. y Fleming, M.F	2003	Detectar la violencia de género en contextos de atención primaria	Atención primaria	Consiste en hacer una entrevista de la mujer en un sentido seguro en su casa,
Screening Questions for Domestic Violence	McFarlane, J., Christoffel, K., Bateman, L., Miller, V. y Bullock, L	1991	Indicar prevalencia del maltrato físico contra la mujer en el contexto doméstico aplicado sobretodo en consulta de planificación familiar	Planificación familiar.	Cuestionario estructurado que debe de ser revisado por el personal de enfermería, cuatro preguntas específicas las tres primeras sobre experiencias de violencia física y sexual y las últimas sobre el sentido de miedo hacia el marido, novio un compañero sentimental
STaT Questions Screen for Intimate Partner Violence	Paranjape, A. y Liebschutz, J	2003	Identificar violencia de género a lo largo de la vida de la mujer pudiéndose aplicar en los servicios de urgencia	Servicios de urgencia.	Cuestionario compuesto por cuestiones específicas de violencia de género.
Tamizaje de riesgo para víctimas de violencia intrafamiliar	Cerezo, H	2005	Detectar en riesgo concreto en aquellas mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que asisten a centros de asistencia para solicitar asesoramiento legal, médico y/o psicológica.	Cualquier ámbito	Cuestionario de preguntas sobre el abuso psíquico, físico y sexual así como social y económico.
Universal Screening for Domestic Violence in Abortion	Weibe, E.R. y Janssen, P	2001	Detectar mujeres víctimas de violencia de género en clínicas de interrupción del embarazo	Servicios de planificación, atención primaria y servicios de urgencia	Entrevistas estructuradas compuesto por ser preguntas que abordaron la violencia física y el abuso sexual.
Universal Violence Prevention Screening Protocol (UVPSP	Departamento de Urgencias de la Universidad George Washington EE.UU	1996	Tienen la finalidad de proporcionar un método de identificación en situaciones de violencia de género que incluye abuso físico, sexual y emocional, amenazas de agresión física y los sentimientos de miedo e inseguridad	Servicios de urgencia	Cuestionario compuesto por siete ítems en los que incide en los comportamientos violentos y los sentimientos de miedo que pueda tener la mujer en los últimos 12 meses y en el último
Violence Prevention Risk Assessment (VPRA	Departamento de Urgencias de la Universidad George Washington, EE.UU	1996	Medir los factores de riesgos asociados a la violencia doméstica, identificando comportamientos violentos (abusos físicos, sexuales amenazas) de la que pueden ser víctimas los pacientes que acuden a los servicios de urgencia, tras determinar en riesgo los profesionales sanitarios deberán de determinar las intervenciones preventivas y de los tratamientos adecuado	Servicios de urgencia	Cuestionario con 17 ítem en la que incluye en situaciones de violencia física y sexual y un poco la psicología
Woman Abuse Screening Tool (WAST)	Brown, J.B., Lent, B., Brett, P., Sas, G. y Pederson L.L.	1996	Preguntar el grado de tensión y de miedo existente en la relación de pareja así como de la existencia de episodios violentos y abusivos tanto físicos como sexuales, en la que se mide mediante una escala de intensidad y frecuencia el grado de abuso de la mujer cuando responde a esta escala	Utilización en diversos ámbitos primaria, hospitalaria y servicios de urgencias.	Cuestionario compuesto por ocho ítem, en las que se intenta averiguar si existen episodios violentos y abusivos bien físicos y sexuales
Women's Experience with Battering (WEB)	Scale Smith, P.H., Earp, J.A. y DeVellis, R.	1995	Identificar a las mujeres con violencia psicológica a través de las experiencias y sentimientos utilizada en servicios de atención sanitaria	Atención sanitaria.	Cuestionario compuesto por 10 y en consideraciones que mide la percepción de la mujeres en cuanto a la vulnerabilidad psicológica en relación al maltrato recibido por parte de los hombres.

Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012. Catálogo de instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual

- ***INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO***.

NOMBRE DEL TEST	AUTOR	AÑO	INDICADO	ORGANISMO DE APLICACIÓN	COMPOSICIÓN DEL TEST
Abusive Behavior Inventory (ABI)	Shepard, M.F. y Campbell, J.A	1992	Mide el abuso físico y psíquico sufrido por la mujer víctima de violencia de género, pudiendo ser respondido por la mujeres pero también por las parejas maltratadoras.	Atención primaria	30 ítem, 20 sobre el abuso psicológico y 10 sobre abuso físico donde se incluye el abuso sexual
Abuse Disability Questionnaire (ADQ)	McNamara, J.R. y Broker, D	2000	Valora las consecuencias percibidas del maltrato relacionado con la discapacidad detecta sintomatología física del maltrato y mide las sensaciones subjetivas que experimenta la víctima como resultado el abuso	Atención primaria	Cuestionario autoadministrado contra exenciones, 30 ítem de valoración 0 a 4.
Conflict Tactics Scales (CTS)	Straus, M.A.	1979	Mide la extensión de las agresiones físicas y psíquicas en la pareja sirve para reducir el y como diálogo entre resolución de conflictos familiares y se emplea con frecuencia para la validación de otros instrumentos de cribado y diagnóstico.	Atención especializada y servicios de urgencias	Se componen de un total de 18 ítem distribuidos en tres escalas .
Danger Assessment Instrument	Campbell, J.C	1986	Mide del riesgo de homicidio en las mujeres víctimas de violencia de género por parte de sus parejas.	Empleado en el contexto de la atención sanitaria y concretamente por el personal de enfermería recomendado sobretodo para investigación.	Está integrado por 15 ítem que valora comportamientos violentos tanto físicos como amenaza las agresiones sexuales y el control social y económico.
Index of Spouse Abuse (ISA)	Hudson, W.W. y McIntosh, S.R	1981	Evaluar el grado de severidad del maltrato, físico o no físico.	Usado un contexto clínico	Compuesto por 30 ítem, 11 de ellos de abuso sexual y 19 de abuso no físico donde se refleja situaciones de aislamiento social y control económico.
Measurement of Wife Abuse (MWA)	Rodenburg, F. y Fantuzzo, J.	1993	Valora el tipo de abuso que se infringe así como la frecuencia de sociabilidad	Aplicada en cualquier contexto.	Compuesto de 60 ítem, en la que se trata de medir la frecuencia del maltrato entendido con el noroeste que ocurren los actos abusivos en los últimos seis meses
Norvold Abuse Questionnaire (NOR-AQ)	Nordic Research Network (NorVold)	2003	Mide el grado de abuso emocional, físico y sexual y el maltrato en la atención sanitaria contra la mujer.	Aplicado en el contexto sanitario y fuera de él.	Cuestionario de ocho partes con 80 preguntas que incluyen 13 preguntas específica sobre abusos, tales como el emocional, físico, abuso sexual y abuso en el sistema de atención sanitaria.
Partner Abuse Scales: Physical (PASPH) / Pa rtner Abuse Scale: Non-Physical (PASNP)	Hudson, W.W.	1990	Evaluar el grado de severidad del maltrato contra la mujer tanto físico como no	Aplicada en el contexto sanitario	Utiliza 25 ítems con una escala likert de 1 a 7.
Partner Violence Interview (PVI)	Boris, N.W., Heller, S.S., Sheper d, T. y Zeanah, C.H.	2002	Mide la expresión y la experiencia de la violencia en las relaciones de pareja y la población adolescente y jóvenes sin hogar.	Ámbito social	Utiliza 26 ítem en una entrevista estructurada, con tres escalas separadas que incluyen violencia infringida por la pareja actual, por parejas previas y por el propio sujeto hacia la pareja.
Propensity for Abusiveness Scale (PAS)	Dutton, D.G	1995	Mide la propensión hacia violencia psicológica contra la pareja por parte de los hombres más trabajadores	Ámbito social y sanitario	Estaba compuesta por 29 ítem de tipo likert, realiza un análisis de las características de la personalidad del agresor, las agresiones las reacciones de ella, síntomas de experiencias traumáticas etc.
Psychological Maltreatment of Women Inventory (PMWI)	Tolman, R.M	1989	Mide la frecuencia e intensidad de maltrato psicológico en violencia de género por parte del hombre	Ámbito sociosanitario	Es un cuestionario de 58 ítems con dos subescalas: dominación/aislamiento y abuso emocional/verbal.
Physical Abuse of Partner Scale (PAPS) / N on-Physical Abuse of Partner Scale (NPAPS)	Garner. J.W. y Hudson, W.W.	1982	Mide el abuso físico y no físico del maltratado	Ámbito sociosanitario	Es un cuestionario con 25 ítems en cada subescalas: abuso físico y abuso no físico
Severity of Violence Agai nst Women Scale (SVAWS)	Marshall, L.L	1982	Evaluar el grado de incidencia y severidad de la simple de las violencia	Aplicado en contextos clínicos y asistenciales	Es un cuestionario constituido por 46 ítem con cuatro subescalas (violencia simbólica, física media, física severa y sexual en los últimos 12 meses)
Sexual Coercion in Intimate Relationships Scale (SCIRS)	Shackelford, T.K. y Goetz, A.T.	2004	Evalúa la prevalencia y la severidad de la coerción sexual dentro de una relación íntima	Utilizado la contexto sanitario e investigador	Cuestionario constituido por 34 ítems que valora las tácticas psicológicas y los comportamientos de coacción sexual (amenazas, retención de recursos, violencia física, persistencia y manipulación).

Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012. Catálogo de instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual

ANEXO 8. ***AUTORIZACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN.***

UNIVERSIDAD DE MURCIA

Dpto. de Enfermería. UMU

Estimad/a Sra.:

Desde el Dpto. de Enfermería de la UMU se está llevando a cabo un trabajo de investigación por el alumno doctorando de tercer ciclo, Blas Ignacio de Gea Guillén, centrado en la sensibilización de los profesionales sanitarios de los servicios/sectores de urgencias y emergencias de nuestra región, ante la formación especializada en violencia de género y su conocimiento sobre el tema.

Para el citado estudio se utilizará un cuestionario, ya validado con anterioridad, para la medición de las dimensiones objeto de la investigación, solicitando para ello la participación y colaboración de los profesionales de enfermería de los centros y/o servicios analizados.

En virtud del Convenio establecido entre la UMU y el SMS, entendemos que toda actividad investigadora que se lleva a cabo desde la UMU, se enriquece cuando existe la colaboración de las instituciones sanitarias asistenciales y la participación de sus profesionales.

Es por ello que, con la seguridad de que el fruto de estos trabajos repercute en el beneficio de la enfermería profesional, solicitamos el permiso necesario para la recopilación de información y actividades derivadas de esta investigación que permita el desarrollo del proceso, respetando siempre la normativa ética y legal de cada uno de los centros o servicios, y contando en todo momento con las indicaciones de los profesionales de enfermería de las correspondientes instituciones, responsables del área de investigación / docencia/calidad, para su seguimiento. Atentamente

Murcia 16 de abril de 2012



Fdo.: Mª José López Montesinos

Profª. Dpto. Enfermería. Universidad de Murcia

Dña. Mercedes Gómez Ruiz. Coordinadora Regional de Enfermería. SMS

Fecha: 19/04/2012

Destinatario: Dña.: Mercedes Gómez Ruiz. Coordinadora Regional de Enfermería de la Región de Murcia.

Remitente: Mª José López Montesinos
Asunto: Autorización para cumplimentar una encuesta de investigación

-Con motivo de la realización del trabajo de investigación que se está realizando desde el Dpto. de Enfermería de la UMU, por el alumno doctorando de tercer ciclo Blas Ignacio de Gea Guillen, centrado en la sensibilización de los profesionales sanitarios de los servicios/sectores de urgencias y emergencias de nuestra región, ante la formación especializada en violencia de género y su conocimiento sobre el tema, se hace necesario entrevistar a profesionales de enfermería para cumplimentar una encuesta de investigación.

- Para el citado estudio se utilizará un cuestionario, ya validado con anterioridad, para la medición de las dimensiones objeto de la investigación, solicitando para ello la participación y colaboración de los profesionales de enfermería de los centros y/o servicios analizados.

-La información que se obtenga se utilizará exclusivamente para la elaboración del estudio de investigación para el que ha sido solicitada. No va a ser destinada a cualquier otra finalidad incluyendo nuevos proyectos sin la previa comunicación a esa Dirección General y la respectiva autorización de la misma.

-Esta solicitud no incluye la petición de ningún tipo de datos afectados por la Ley Orgánica 15/1999, 13 diciembre, de protección de datos de carácter personal (BOE 14 de diciembre, 1999).

-Para preservar la confidencialidad se eliminará cualquier tipo de información que posibilite la identificación de los participantes en la investigación.

-El responsable de la investigación, se compromete a custodiar toda la información facilitada, garantizando el no acceso de terceras personas a la misma. También se garantiza que una vez realizado el trabajo se destruirán los archivos con la información obtenida.

-El responsable de la investigación remitirá cualquier publicación o producto del trabajo a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a citar la colaboración de la misma en las publicaciones que se pudieran derivar.

Atentamente.
Mª José López Montesinos

Resolución de la solicitud:
Autorizado: Mercedes Gómez Ruiz





UNIVERSIDAD DE MURCIA

INFORME SOLICITADO POR LA GERENCIA DE EMERGENCIAS 061. DE MURCIA.

TESIS DOCTORAL.

LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

Directora: María José López Montesinos.
Codirectora: Matilde Campos Aranda

Realizado por: Blas Ignacio de Gea Guillén.

La violencia de género como todo acto violento puede ocasionar problemas de salud en los aspectos físico, sexual o psicológico hacia la mujer que lo sufre, constituyendo un problema en la sociedad actual. Los profesionales de urgencias y emergencias tienen un papel fundamental en su detección.

El trabajo de campo se realizarán a los profesionales de Urgencias y Emergencias de la Región de Murcia mediante un cuestionario totalmente anónimo distribuyéndose en los diversos centros hospitalario y centros de Urgencias de Atención Primaria y Unidades Medicalizadas de Emergencias.

Dicho trabajo será presentado en la Universidad de Murcia para la obtención por parte del autor del grado de Doctor.

Firmado.

D. Bias Ignacio de Gea Guillén.

DIRECTOR GERENTE
GERENCIA EMERGENCIAS 061
Fdo.: Francisco Celdrán Gil

ANEXO 9. ***ENCUESTA SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO PARA PROFESIONALES SANITARIOS.***

UNIVERSIDAD DE MURCIA — Facultad de Enfermería

CÓDIGO ____
ÁREA ____

ENCUESTA SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO PARA EL PROFESIONAL SANITARIO©.

Lea atentamente esta encuesta. Se trata de una encuesta totalmente anónima, que nos servirá para la realización de un trabajo de investigación. Contestar todas las preguntas solamente le ocupará unos minutos. Marque su respuesta en el interior del recuadro destinado para ello.

1. Indique su profesión.
   - ☐ Médico/a
   - ☐ Enfermero/a
2. ¿Dónde se encuentra su trabajo actualmente?:
   - ☐ Urgencias hospitalarias.
   - ☐ Urgencias de Atención Primaria.
   - ☐ 061.
   - ☐ Punto de Atención Continuada.
   - ☐ Equipo de Atención Primaria.
3. Su edad es de:

   ☐
4. Sexo:
   - ☐ Hombre
   - ☐ Mujer
5. ¿Ha atendido en algún momento de su vida profesional algún caso de Violencia de Género?:
   - ☐ Si.
   - ☐ No.
6. Indique cuantas mujeres ha llegado a atender:

   Número aproximado:
7. Señale los tipos de maltrato que presentaban las mujeres atendidas (marque todos los que procedan):

Sexual.	Si ☐	No ☐
Físico.	Si ☐	No ☐
Psíquico.	Si ☐	No ☐
Económico	Si ☐	No ☐
Social.	Si ☐	No ☐

1 de 4

©De Gea, B.I.

UNIVERSIDAD DE MURCIA Facultad de Enfermería

CÓDIGO
ÁREA

8. Sabe si existe en su centro de trabajo un Protocolo Especifico de Actuación en caso de Violencia de Género:

- ☐ Si.
- ☐ No.
- ☐ No sabe

9. ¿Ha aplicado o se ha puesto en marcha alguna vez el Protocolo de Actuación en caso de Violencia de Género, en su centro?:

- ☐ Si
- ☐ No.
- ☐ No sabe.

10. Su formación académica pregrado en relación a la Violencia de Género ha sido:

- ☐ Muy buena.
- ☐ Buena.
- ☐ Regular.
- ☐ Mala.
- ☐ Muy Mala.

11. Necesitaría ampliar formación en relación a la Violencia de Género :

- ☐ Si.
- ☐ No.

12. ¿Tiene conocimiento de la existencia de curso específicos de formación en Violencia de Género?:

- ☐ Si.
- ☐ No.

13. ¿Ha recibido formación específica de Violencia de Género en los últimos 5 años?:

- ☐ Si.
- ☐ No.

14. En el ejercicio de su profesión, ha sentido la necesidad de un mayor conocimiento en relación a las situaciones de Violencia de Género. :

- ☐ Si.
- ☐ No.

2 de 3

©De Gea, B.I.

UNIVERSIDAD DE MURCIA Facultad de Enfermería

CÓDIGO
ÁREA

Indique su grado de conformidad en las siguientes afirmaciones:

15. Considera que la Violencia de Género es un problema de salud pública:

- ☐ Totalmente en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Totalmente de acuerdo

16. La mayoría de los casos de Violencia de Género pasan desapercibido por falta de formación específica:

- ☐ Totalmente en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Totalmente de acuerdo

17. Cree necesario que existan profesionales sanitarios con formación específica acerca del maltrato hacia la mujer.

- ☐ Totalmente en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Totalmente de acuerdo

18. Una adecuada formación interdisciplinaria (sanitarios, jueces, fuerzas de seguridad) mejoraría la detección de casos de Violencia de Género.

- ☐ Totalmente en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Totalmente de acuerdo

19. Se debería de crear la figura del profesional sanitario especialista en Violencia de Género que atendiera a la víctima tanto en los centros sanitarios como en su domicilio.

- ☐ Totalmente en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Totalmente de acuerdo

3 de 3

©De Gea, B.I.

ANEXO 10. ***CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL GRUPO FOCAL***.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

D./Dña. ……de …….. años de edad y con DNI nº ……., manifiesta que ha sido informado/a de que los datos que se van a recoger durante esta entrevista, sirven para la realización de un proyecto de investigación titulado "……." con el fin de mejorar los conocimientos que los profesionales sanitarios podamos tener acerca de la violencia de género, y posteriormente realizar una valoración.

He sido informado/a de que dichos datos obtenido son de carácter anónimo y personal.

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

Tomando de yo en consideración, o hubo mi consentimiento para que dichos datos sirvan para cubrir los objetivos específicos en el proyecto.

Murcia, a……. de…….. de 2013.

Firmado D./Dña…….