

Universidad de Huelva

Departamento de Sociología y Trabajo Social



Violencia de género : conocimiento y actitud del personal sanitario de las urgencias y emergencias extrahospitalarias : (una reflexión a partir del estudio del personal sanitario de Huelva y Sevilla)

**Memoria para optar al grado de doctora
presentada por:**

Cinta Martos Sánchez

Fecha de lectura: 25 de julio de 2012

Bajo la dirección de los doctores:

Octavio Vázquez Aguado

José María Villadiego Sánchez

Huelva, 2012



UNIVERSIDAD DE HUELVA

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA Y TRABAJO SOCIAL



**Universidad
de Huelva**

VIOLENCIA DE GÉNERO: CONOCIMIENTO Y ACTITUD DEL PERSONAL

SANITARIO DE LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

(Una reflexión a partir del estudio del personal sanitario de Huelva y Sevilla)

Memoria para optar al grado de doctora presentado por

Cinta Martos Sánchez

Huelva 2012

TESIS DOCTORAL

**VIOLENCIA DE GÉNERO: CONOCIMIENTO Y ACTITUD DEL
PERSONAL SANITARIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS
EXTRAHOSPITALARIAS**

Una reflexión a partir del estudio del personal sanitario de Huelva y Sevilla

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL

Facultad de Trabajo Social

2012

DOCTORANDA: Cinta Martos Sánchez

DIRECTORES:

Octavio Vázquez Aguado

José María Villadiego Sánchez

“... ¿Cómo puedo hablar de miel cuando tengo veneno en los labios? ¡Como el puño de un opresor, me pega la boca!

Yo y el rincón de cautiverio y la tristeza de decepción.

Puede que lleve mucho tiempo callada, pero no se me ha olvidado cómo recitar un poema...! Gloria al día que yo rompa la jaula, me libere la cabeza del desprecio y cante embriagada!”

Natalia Anjoman

AGRADECIMIENTOS

El trabajo de investigación que les presento no se hubiera podido realizar sin el gran apoyo recibido por parte de algunas personas e instituciones.

Por ello quisiera, desde aquí, agradecer la estimable ayuda del Doctor Octavio Vázquez Aguado, su disponibilidad y su aliento en todo el momento. A José María Villadiego no solo la motivación para la consecución de esta tarea sino su estimable ayuda en todo el proceso. De ambos traté de recoger lo mucho que me ofrecieron y que he intentado plasmar en estas páginas. Aprecio su incondicional ayuda y orientación sobre todo en momentos de oscuridad.

A Miguel Ángel por estar conmigo en todo momento, por ser mi guía, por saber escucharme y acompañarme. Ha sabido aconsejarme y animarme en los momentos difíciles, contribuyendo grandemente a la consecución de esta tarea. A mis chiquitines que con su amor llenan todos los minutos de mi vida.

A mi familia, especialmente a mis padres, pues gracias a su ayuda he podido dedicar mucho de mi tiempo a este estudio.

Quiero agradecer al servicio provincial de EPES de Huelva su gran ayuda, su colaboración; sin cuyo consentimiento y facilitación no hubiera sido posible la obtención de los datos.

Por último, quisiera agradecer el interés y apoyo que me han transmitido en todo momento mis compañeros de la Universidad de Huelva, en especialmente del Departamento de Sociología y Trabajo Social

INDICE

BLOQUE 1: LOS PROPOSITOS DEL ESTUDIO

CAPITULO 1: Justificación y objetivos de la investigación	11
1.1. Origen y justificación de la investigación	13
1.2. Objetivos e interrogantes de investigación	20

BLOQUE 2: MARCO TEORICO

CAPITULO 2: Los Estudios de Género	25
2.1. Los estudios de género	27
CAPITULO 3: La violencia de género	31
3.1. Introducción	33
3.2. Revisión conceptual	39
3.2.1. El sistema sexo-género	39
3.2.2. El concepto de violencia	45
3.2.3. Violencia de género	48
3.3. Modalidades de la violencia contra las mujeres	58
3.4. Prevalencia de la violencia contra la mujer	65
3.5. Consecuencias en la salud de la Violencia contra la mujer	82
3.6. El silencio en las víctimas y el “iceberg” de la violencia domestica	89
3.7. La violencia de género un problema de salud pública	92
3.8. La detección de la violencia de género en el ámbito de la salud	94

3.9. Estrategias de respuesta desde el ámbito de la salud	98
3.10. La coordinación de los dispositivos sanitarios y los servicios sociales	106
CAPITULO 4: La atención a la violencia de género en el sistema sanitario español y andaluz	111
4.1. La perspectiva de género en salud	113
4.2. El sistema sanitario español ante la violencia de género	117
4.3. Actuaciones en la comunidad autónoma andaluza	126
4.4. Abordaje integral de los casos de violencia de género en los dispositivos de cuidados críticos y urgencias y emergencias extra hospitalarias	132
A. Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias en Atención Primaria	133
B. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias	137

BLOQUE 3: MARCO METODOLOGICO

CAPITULO 5: Planteamiento de la investigación	143
5.1. Objetivos del estudio	145
5.2. Diseño de la Investigación	146
5.3. Población objeto del estudio	153
5.4. Instrumento de medida	154
A. La medida de las actitudes frente a la violencia de género	157
B. construcción y validación del cuestionario	159
5.5. Trabajo de campo	167
5.6. Análisis estadístico	168
5.7. Aspectos éticos	169

CAPITULO 6: Análisis de los resultados obtenidos	171
6.1. Introducción	173
6.2. Características sociodemograficas de los sujetos	174
6.3. Conocimiento del personal sanitario sobre la violencia de género	178
6.3.1. Resultados sobre el nivel de conocimiento	178
6.3.2. Análisis descriptivo de los ítems	183
6.3.3. Diferencias en función de factores sociodemográficos: edad, sexo, categoría profesional y lugar de trabajo	188
6.3.4. Análisis de asociaciones entre variables	192
6.4. Actitud del personal sanitario frente a la violencia de género	196
6.4.1. Resultado sobre el nivel de actitud	196
6.4.2. Análisis descriptivo de los ítems	197
6.4.3. Análisis de asociaciones entre los ítems y las variables edad y lugar de trabajo	204
6.5. Barreras institucionales, funcionales y organizativas	208
6.6. Relación entre el conocimiento y la actitud frente a la violencia de género	210
CAPITULO 7: Discusión de los resultados	213
CAPITULO 8: Conclusiones	231
BIBLIOGRAFIA	243
ANEXOS	257

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Porcentaje de mujeres maltratadas según grupo de edad	77
Tabla 2: Porcentaje de mujeres maltratadas en Andalucía	79
Tabla 3: Clasificación suplementaria de causas externas de lesiones y	80

envenenamiento	
Tabla 4: Evolución de la cifra de mujeres muertas por violencia de género	81
Tabla 5: indicadores de sospecha en los antecedentes y características de la mujer	121
Tabla 6: indicadores de sospecha durante la consulta	123
Tabla 7: Valores de cálculo del coeficiente de Alfa de Crombach	165
Tabla 8: Fiabilidad del cuestionario	166
Tabla 9: Estadístico descriptivo. Total escala de conocimiento	178
Tabla 10: Distribución del nivel de conocimiento	179
Tabla 11: Diferencias en el nivel de conocimiento según categoría Profesional	182
Tabla 12: Prueba de T de Student (conocimiento-categoría profesional)	182
Tabla 13: Correlaciones: Chi cuadrado de Pearson (categoría profesional- nivel de conocimiento)	183
Tabla 14: Prueba de T de Student	193
Tabla 15: ANOVAS. Diferencias en las variables lugar de trabajo- recursos sociosanitarios, cómo realizar el parte de lesiones	194
Tabla 16: Correlaciones. Coeficiente de Pearson (categoría profesional- repercusiones legales)	195
Tabla 17: Correlaciones. Coeficiente de Pearson (lugar de trabajo- recursos)	195
Tabla 18: Correlaciones. Coeficiente de Pearson (Actitud-edad)	196
Tabla 19: Correlaciones. Coeficiente de Pearson (actitud-lugar de trabajo)	197
Tabla 20: Diferencias según grupo de edad en relación del ítem (diagnostico)	205

Tabla 21: Diferencias según grupo de edad del ítem (preguntar)	206
Tabla 22: diferencias ítem (papel del personal sanitario) según lugar de trabajo	207
Tabla 23: Diferencias según nivel de conocimiento y actitud	210
Tabla 24: Actitudes beneficiosas y perjudiciales frente a la violencia de género	226

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Diferencias entre sexo y género	40
Cuadro 2: Estudios sobre violencia de género	67
Cuadro 3: Principales manifestaciones clínicas	84
Cuadro 4: signos y señales de maltrato	104
Cuadro 5: población estudiada y nivel de respuesta	174

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Modelo ecológico	55
Grafico 2: Denuncias por violencia de género en España	75
Grafico 3: Distribución por sexo	175
Grafico 4: Distribución de la población por edad	175
Grafico 5: Distribución de la población por lugar de trabajo	176
Grafico 6: Distribución de la población por categoría profesional	176
Grafico 7: Distribución de la población según antigüedad en el trabajo	177
Gráfico 8: Distribución del nivel de conocimiento por lugar de	179

trabajo	
Grafico 9: Distribución de nivel de conocimiento según el sexo	180
Grafico 10: Distribución del nivel de conocimiento según categoría profesional	180
Grafica 11: Distribución del nivel de conocimiento por edad	181
Grafico 12: ¿Es la violencia de género un problema de salud pública?	184
Grafico 13: ¿Conoces el protocolo de actuación frente a la violencia de género?	184
Grafico 14: El significado de violencia doméstica, malos tratos, violencia de género es el mismo	185
Grafico 15: ¿Sabes lo que es el fenómeno iceberg en violencia de género?	186
Gráfico 16: ¿Conoces los recursos sociosanitarios a disposición de la mujeres maltratadas?	187
Gráfico 17: ¿Sabes cómo y cuándo realizar el parte de lesiones?	187
Gráfico 18: ¿Conoces las repercusiones legales que se derivan de la no realización del parte de lesiones	187
Grafico 19: Distribución por sexo en la pregunta 1	188
Grafico 20: Distribución por categoría profesional en la pregunta 1	188
Grafico 21: Distribución por edad en la pregunta 1	189
Grafico 22: Distribución por lugar de trabajo en la pregunta 1	189
Grafico 23: Distribución por sexo en la pregunta 2	189
Grafico 24: Distribución por categoría profesional en la pregunta 2	189
Grafico 25: Distribución por edad en la pregunta 2	190
Grafico 26: Distribución por lugar de trabajo en la pregunta 2	190
Gráfico 27: Distribución por sexo relacionado con la cuestión de cómo y cuándo realizar el parte de lesiones	191

Gráfico 28: Distribución por sexo relacionado con la cuestión de las repercusiones legales	191
Gráfico 29: Distribución según categoría profesional relacionada con la realización del parte de lesiones	191
Gráfico 30: Distribución por categoría profesional relacionado con conocer los recursos sociosanitarios a disposición de las mujeres maltratadas	191
Gráfico 31: Distribución por categoría profesional relacionado con los recursos sociosanitarios	192
Gráfico 32: Distribución por edad según ítem 10 (actitud expectante)	198
Gráfico 33: Distribución por lugar de trabajo según ítem 10	198
Gráfico 34: Distribución por sexo según ítem 10	198
Gráfico 35: Distribución por categoría profesional en la pregunta 10	198
Gráfico 36: Distribución por edad según ítem 11(diagnostico)	199
Gráfico 37: Distribución por lugar de trabajo según ítem 11	199
Gráfico 38: Distribución por sexo según ítem 11	199
Gráfico 39: Distribución por categoría profesional según ítem 11	199
Gráfico 40: Distribución por sexo según ítem 12 (preguntas)	206
Gráfico 41: Distribución por categoría profesional según ítem 12	200
Gráfico 42: Distribución por edad según ítem 12	200
Gráfico 43: Distribución por lugar de trabajo según ítem 12	201
Gráfico 44: ¿Es relevante el papel del personal sanitario en la prevención de la violencia de género?	201
Gráfico 45: ¿El personal sanitario está preparado y formado en violencia de género?	201
Gráfico 46: Opinión expuesta en el cuestionario que más se adapta a la situación de infradetección de la violencia de género	203
Gráfico 47: ¿Crees que existen barreras institucionales, funcionales y	209

organizativas en tu servicio para la detección de la violencia de género

Grafico 48: ¿Es necesario cambiar la estructura organizativa de tu servicio? 209

Gráfico 49: Distribución en relación al conocimiento y la actitud 211

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Detección y valoración. Algoritmo de actuación 120

Figura 2: Protocolo de actuación frente al maltrato del 061 140

Figura 3: Fases del desarrollo de la investigación 149

CAPITULO 1: JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

El punto de partida de nuestra investigación fue reflexionar y pensar cuál queríamos que fuera nuestro objeto de estudio , partiendo de la base que queríamos acercarnos a un ámbito poco investigado y estudiado desde el trabajo social como es el ámbito sanitario, y sobre todo el de las urgencias y emergencias extra hospitalarias. En este capítulo exponemos la justificación de nuestra investigación haciendo referencia tanto a aspectos personales como profesionales que han hecho que nos decantemos por este tema en concreto. Recogemos en este capítulo la hipótesis de partida y los objetivos específicos que nos marcamos, partiendo de una serie de postulados teóricos que recogemos en la segunda parte de estudio. Y concluimos este capítulo explicando brevemente el enfoque metodológico que sigue nuestra investigación y que será desarrollado con más profundidad en capítulos posteriores.

Abstract

The starting point of our investigation was to reflect and think about what we wanted to be our object of study of this, on the basis that we wanted to approach an area little researched and studied social work from the health

sector, and especially the of-hospital emergency ward. In this chapter we discuss the rationale for our research with reference to both personal and professional aspects that have made us decantemos this particular subject. We collect in this chapter the hypothesis and specific objectives that we set, from a series of theoretical postulates that collect in the second part of study. We conclude this chapter by explaining briefly the methodological approach and our research continues to be developed further in later chapters.

1.1. Origen y justificación de la investigación

Hasta el momento la violencia de la mujer es un tema que no ha sido abordado directamente por la enseñanza y práctica sanitaria, considerándose que, además uno de los aspectos que de manera inmediata es necesario trabajar es, precisamente, la escasa información y formación que el personal sanitario posee respecto del problema. Y, aunque se han realizado progresos para tratar de mejorar los mecanismos de identificación, atención, canalización en los servicios de salud, servicios sociales y fortalecimiento de las leyes que protejan los derechos de las mujeres que sufren violencia, aún no se logra establecer programas y estrategias sólidas y efectivas.

Esta investigación surge y se justifica por varias razones:

La falta de experiencia y tradición investigadora en el campo del trabajo social en salud. Aunque la presencia del trabajo social en el sistema sanitario no es algo nuevo ni circunstancial lo cierto es que las experiencias investigadoras en este campo son bastantes escasas. El Trabajo Social está presente en el ámbito sanitario desde 1905 justo cuando aparece el hospital moderno. Fue Richard Cabot, jefe de Medicina del Massachusetts General Hospital de Boston, el primero en introducir un trabajador social en su clínica con funciones muy claras de estudiar más profundamente la enfermedad y completar el diagnóstico. En España el proceso tuvo sus propias características y tuvieron que pasar varias décadas para la presencia del Trabajo Social en el sistema sanitario que vino de la mano de la Ley General de Sanidad (Ley 14/86) donde se adivinaban profundos cambios en la sanidad y los trabajadores sociales no podían permanecer como mero espectadores.

Pero no es nuestra intención detenernos ahora en analizar la historia del trabajo social sólo destacar la vinculación histórica de éste con el campo de la salud y cómo es necesario y ya va siendo hora de que el trabajo social se anime a investigar y publicar con más frecuencia sobre cuestiones relacionadas con este campo.

También nos encontramos que dentro del propio ámbito de la salud, el estudio de la violencia de género, también es novedoso y sobretodo en el contexto de las urgencias y emergencias extra hospitalarias puerta de entrada de muchas de estas pacientes. Por lo que partimos con escasas referencias para el tema que abordamos en esta investigación.

Y por supuesto por las inquietudes tanto personales como profesionales de la propia investigadora, por la proximidad a este campo de estudio donde participando en la formación de este personal e intercambiando inquietudes con ellos. Si tenemos que explicar cómo surge esta investigación debemos ser sinceros explicando que es el propio personal sanitario el que nos plantea las necesidades formativas que en materia de violencia de género tienen y su preocupación por no saber abordarlas adecuadamente.

La violencia de género se ha caracterizado históricamente por su invisibilidad, por permanecer oculta tras los muros de los hogares donde se producía para intentar hacer que lo invisible fuese tomado por inexistente, circunstancia que condicionaba por completo las actuaciones institucionales, y muy especialmente desde el Sistema Público de Salud, donde la actuación también se dirigía a la parte más visible de la agresión, dejando los problemas

de salud causados por vivir bajo la violencia de género en la inexistencia de la invisibilidad.

Los cambios sociales ocurridos en estos últimos años y el consecuente posicionamiento crítico frente a la violencia de género han conseguido que cada vez se denuncien más casos. Según los datos de la macroencuestas del Instituto de la Mujer desde el 2002 hasta octubre de 2007 se han producido 326.247 denuncias, con un incremento del 43.5%, y en consecuencia que se demande una mayor atención directa sobre las personas que la sufren, muy especialmente desde el terreno sanitario.

En estas circunstancias el papel de los profesionales de la salud debe centrarse en la asistencia a las agresiones y a las alteraciones ocasionadas por la violencia, así como en la detección de los casos ocultos. Para conseguir estos objetivos es necesario conocer las características de la violencia de género y saber cómo se manifiesta en la práctica, pero también ser consciente de la actitud seguida por los profesionales a la hora de enfrentarse a estos casos y de los obstáculos que se presentan en la práctica, pues sólo desde ese conocimiento se podrá potenciar aquello que se hace correctamente y mejorar lo que no se está realizando de manera adecuada.

Los servicios sanitarios pueden jugar un papel muy importante para ayudar a las mujeres que sufren este tipo de violencia, puesto que la mayoría de ellas acuden a los mismos en algún momento de su vida. Los servicios de urgencias y emergencias constituyen el primer eslabón en la atención sanitaria a estas mujeres, ya sea en los centros sanitarios (puntos de atención primaria y hospitales) o en el propio entorno de la paciente (servicios de

urgencias y emergencias de atención domiciliaria). De cualquiera de las formas suponen una vía de fácil acceso y uno de los principales lugares de protección social al que acuden las víctimas, ya que existe una atención continuada durante las veinticuatro horas del día, existe libertad de acceso a ellos (independientemente del grupo social o de origen) o con una simple llamada telefónica por las diferentes líneas de atención de urgencias y/o emergencias sanitarias (112; 061; 902 505 061) se desplazan hasta el lugar que la paciente lo solicite.

Debe tenerse en cuenta que la mayoría de estas mujeres no acuden a los servicios sanitarios por lesiones físicas relacionadas directamente con el maltrato, sino que el motivo suele ser una manifestación clínica subaguda o encubierta del abuso, y en muchas ocasiones no es más que una vía involuntaria de pedir ayuda. Por eso los servicios de urgencias y emergencias, al prestar la atención en el hábitat de la paciente, son un lugar privilegiado para la detección y diagnóstico de estas situaciones. Sin embargo existen barreras en estos servicios que dificultan esta labor:

En primer lugar cabe señalar que la mayoría de las víctimas de violencia de género no manifiesta abiertamente la situación en la que se encuentran, aunque presentes lesiones evidentes. Esta ocultación dificulta enormemente la detección de estos casos. Entre las razones que pueden explicar esta conducta destaca el sentimiento de vergüenza y de culpabilidad de la violencia que sufren, el no reconocer los hechos como maltratos, la baja autoestima, las amenazas y el miedo a su agresor¹.

¹ Petersen, R.; Moracco, K.E.; Goldstein, K.M. y Andersen, K. (2004). Moving beyond disclosure: Women's perspectives on barriers and motivators to seeking assistance for intimate partner violence. *Women & Health*, 40:63-76

Por otro lado, el personal sanitario de las urgencias (médicos y enfermeros), a pesar de considerar la violencia de género como un problema importante, la falta de entrenamiento, ocasiona que la detección de casos de violencia no se visualizada como parte de su responsabilidad profesional². Incluso en el caso de que se considere un problema de salud, a menudo se piensa que solamente en determinadas especialidades es apropiado intervenir (ginecología, obstetricia..). Otros factores que dificultan una buena atención destacan la falta de tiempo en la consulta o en el domicilio, la falta de un espacio íntimo en el cual interrogar a la paciente en un ambiente confidencial y por último la necesidad de una formación específica y programada de la atención a este problemática tan especial y olvidada en planes formativos reglados y no reglados.

Otras barreras que dificultan su identificación es la preocupación por desconocer cómo actuar en caso de respuesta afirmativa (Coll-Vicent, 2008). Esto nos lleva a otra dificultad que es la no presencia en estos servicios de urgencias de profesionales directamente formados para esta atención como es el caso de los/as trabajadores/as sociales. Los profesionales sanitarios además de tener la capacidad de detección de casos de violencia de género, tienen que tener la capacidad de intervenir, tener acceso a información específica y medios para actuar, pero sobre todo una adecuada coordinación con los otros niveles asistenciales (atención primaria y servicios sociales). Para una eficaz coordinación es muy necesaria la existencia de equipos

² Coll-Vicent, B.; Echeverría, T.; Farrás, U.; Rodríguez, D.; Lillá, J. y Santiña, M. (2008). El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como problema de salud. *Gaceta Sanitaria* 22: 7-10

profesionales (psicólogos, médicos, enfermeros y trabajadores sociales) que se dediquen a ello sin interferir en las tareas asistenciales del servicio³.

En este sentido los estudios realizados en este sector demuestran las siguientes situaciones: a) existe un desconocimiento generalizado en el personal sanitario de los procedimientos para la identificación, atención y mecanismos de referencia en los casos de violencia hacia las mujeres, en especial por parte de la pareja⁴, b) en ocasiones, aunque el personal sanitario desea proporcionar algún tipo de atención u orientación a sus pacientes, puede verse atrapado en las limitaciones del propio sistema sanitario⁵, c) el personal sanitario percibe como un problema la responsabilidad legal que implica el registrar los casos de violencia, lo que limita su registro, d) las características propias de la práctica sanitaria limitan su intervención en los casos de violencia hacia las mujeres⁶ y e) finalmente, se ha observado que existen barreras de carácter personal que limitan a los profesionales de la salud.

A pesar de esto pensamos que las instituciones sanitarias, como ya se ha comentado, son un punto clave para la detección precoz de los daños a la salud de las mujeres maltratadas, ya sea desde la consulta de atención

³ Sociedad Española de Medicina familiar y Comunitaria (2003). *Violencia doméstica*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

⁴ Ferris, L. (1994). Canadian family physician's and general practitioners perceptions of their effectiveness in identifying and treating wife abuse. *Med Care* 32(12), 1163-1172

⁵ Cohen, S.; De Vos, E.(1997). Newberger E: Barriers to physician identification and treatment of family violence. *Lessons from five communities Academic Med* ;72(suppl 1),S19-S25

⁶ Hartigan, P. (1998). Ruta crítica de la violencia intrafamiliar. Lecciones del proyecto. *Boletín informativo de la Red Feminista Latinoamericana y de El Caribe contra la violencia Doméstica y Sexual*. Chile, enero 1998,8-9

primaria o en los servicios de urgencias y emergencias, pues en estos últimos se ha identificado que el 20% de los casos de demanda de atención fueron a consecuencia de la violencia doméstica, la mayoría hacia las mujeres (72%). Además, se ha demostrado que el 70% de las mujeres maltratadas esperan que el personal médico sea quien inicie el diálogo en torno al abuso, y cuando se les pregunta con empatía, libre de juicios y en clima de confianza, sí expresan la situación de abuso en la que viven.

Hasta el momento la violencia de la mujer es un tema que no ha sido abordado directamente por la enseñanza y práctica sanitaria. Revisado los planes de estudio de medicina y los nuevos grados de enfermería en Andalucía, ninguno aborda directamente la violencia de género solo en enfermería la asignatura de Género y Salud tiene como unos de sus objetivos conocer los planes y políticas de igualdad contra la violencia de género. Por tanto uno de los aspectos que requiere trabajar de manera inmediata es, precisamente, la escasa información y formación que el personal sanitario posee respecto del problema.

Por lo tanto para concluir, el propósito de nuestra investigación es objetivar el conocimiento y la actitud que el personal sanitario de las urgencias y emergencias extra hospitalarias tienen sobre la violencia de género, tomando como punto de partida algunos interrogantes: ¿Qué grado de conocimiento poseen?, ¿Qué actitudes, tanto afectivas como comportamentales, tienen?, ¿influye en nivel de conocimiento que poseen en su actitud?, ¿son variables, como el sexo o la categoría profesional significativas en su actitud?, etc.

1.2. Objetivos e interrogantes de investigación

Los objetivos de la investigación se han ido poco a poco desvelando en el anterior apartado, sin embargo, consideramos necesarios explicitarlos más específicamente.

La cuestión de fondo de la presente investigación hace de guía en el itinerario metodológico. Partimos de una formulación de la hipótesis guía en los siguientes términos: *El conocimiento específico sobre violencia de género en el personal sanitario de las urgencias y emergencias extra hospitalarias es aún deficitario y esto se refleja en la actitud que dicho personal muestra en la atención de casos de violencia de género.*

A partir de esta hipótesis nos hemos formulado una serie de preguntas de investigación que pretendemos dar respuesta con nuestra investigación.

- ¿Presentan formación adecuada los profesionales sanitarios de las urgencias y emergencias extra hospitalarias para una atención integral de casos de violencia de género?
- ¿Influye la categoría profesional en el nivel de conocimiento y la actitud frente a la violencia de género?
- ¿Es el sexo una variable influyente?
- ¿Posee el personal sanitario una motivación favorable para la identificación y canalización de casos de maltrato?

- ¿Existe relación entre el nivel de conocimiento que se tiene sobre violencia de género y la actitud que se muestra?

Estos interrogantes nos ha llevado a plantearnos como objetivo general *Identificar el nivel de conocimiento y competencia profesional del personal sanitario de urgencias y emergencias extra hospitalarias en el diagnóstico de signos clínicos de violencia a la mujeres*

Para este objetivo general hemos definido los siguientes objetivos específicos:

- Analizar el conocimiento específico que tienen los profesionales de la salud en relación a la violencia de género.
- Determinar si las variables categoría profesional y sexo del personal sanitario influye en el nivel de formación y en la actitud ante la violencia de género.
- Identificar las estrategias (actitudes) específicas que desarrollan los profesionales de la salud cuando se encuentran ante un caso o sospecha de malos tratos.
- Determinar si tener una actitud favorable en la atención y detección de casos de violencia de género está relacionada con el nivel formativo que posea el personal
- Detectar las dificultades organizativas y funcionales en sus servicios para realizar una intervención adecuada ante un caso de malos tratos.

- Conocer la percepción de los profesionales frente a la violencia de género.
- Conocer los factores sociodemográficos y ambientales que pueden influir en esa actitud.
- Hacer propuestas de formación en base a las necesidades detectadas y que surgen en la práctica diaria.

CAPITULO 2: LOS ESTUDIOS DE GÉNERO

Antes de presentar el marco teórico y metodológico de esta investigación vamos a presentar el marco teórico general del que partimos: los estudios de género.

Abstract

Before presenting the theoretical and methodological framework of this research we present the general theoretical framework from which we start: gender studies.

2.1. Los estudios de género

Las primeras conceptualizaciones sobre género datan de la década de los 50 cuando los psiquiatras y psicoanalista Money y Stoller (1960)⁷ distinguían los conceptos de sexo y género. Sus valiosos aportes en su conceptualización han contribuido en la elaboración de conceptos complejos, que dieron cuenta de sus múltiples dimensiones. En capítulos posteriores se expondrá con mayor profundidad este tema.

La década de los 60, fue un momento de inflexión en la construcción de estos conceptos. Década caracterizada por la enunciación de las diferencias sociales, políticas y étnicas, que se estructuran en torno a la aparición y/o desarrollo de movimientos sociales, académicos y políticos de alto impacto. Los más significativos: los movimientos de mujeres, el movimiento negro en EEUU, los movimientos indigenistas en Latino América, el movimiento gay y lésbico, el movimiento hippie, el mayo Francés y los movimientos guerrilleros en el llamado tercer Mundo. En estos movimientos el papel de los movimientos de mujeres y en especial el movimiento feminista fue notable en su aporte a nuevas conceptualizaciones. La denominada segunda ola del Feminismo jugó un papel central en la visualización de la desigualdad de las mujeres como sujetos de derechos. A las luchas iniciadas con el comienzo del siglo por los derechos sociales y civiles de las mujeres se coloca ahora sobre la mesa el derecho de las mujeres a controlar su cuerpo.

⁷ Stoller, R. (1960). *Sex and Gender*. Science House. New York

Al mismo tiempo, académicas feministas introducían en la producción del conocimiento la condición de la mujer como campo específico de estudios. Se articulaba así un movimiento social y académico al servicio de darles voz a las mujeres, reafirmando la necesidad de ser habladas y pensadas desde y por sí mismas. Surgen los estudios de la Mujer, como un campo interdisciplinario de investigación y producción de nuevos conocimientos y heterogéneo en sus herramientas teóricas y metodológicas. Su foco de crítica: la concepción antropocéntrica y falocéntrica de la ciencia. Su propuesta: la necesidad de generar nuevos paradigmas desde los cuales construir conocimiento. Asimismo, cumplieron con el importante papel de revelar y describir la situación de las mujeres en diferentes contextos y ámbitos:

Feijoo (1992)⁸ sostiene que *“desde sus inicios, las estrategias y metodologías montadas por los estudios de la Mujer han tenido como objeto hacer visible lo que se mostraba invisible para la sociedad. Ello se reveló útil en la medida en que permitió –y aún permite- desocultar el recinto en el que las mujeres habían sido social y subjetivamente colocadas; desmontar la pretendida “naturalización” de la división socio-sexual del trabajo; revisar su exclusión en lo público y su sujeción en lo privado; así como cuestionar la retórica presuntamente universalista de la ideología patriarcal”*

A comienzo de los 80 –en el mundo industrializado- se producen nuevos avances en las conceptualizaciones sobre la construcción de lo femenino y lo masculino. Es la década del surgimiento de los primeros estudios sobre masculinidad. Los Estudios de Género señalarán una lógica

⁸ Feijoo, M.C. (1992). De los estudios de la Mujer a los estudios de género han recorrido un largo camino en A.M Fernández (comp), *Las Mujeres en la imaginación colectiva*. Ed Paidós

incluyente del análisis sobre la construcción cultural de la diferencia sexual. La confluencia decisiva de académicos/as de distintas disciplinas de la Ciencias Humana y Sociales permitirá desarrollar teorías de género.

A los largo de los últimos treinta años, este campo de estudio ha experimentado un importante desarrollo, pudiéndose hablar del logro de una institucionalización de los Estudios de Género. Así, están presentes en universidades de todo el mundo, en centros de investigación, comienza a implantarse a nivel curricular, etc.

Esta relación entre ciencia y acción política-social tiene una serie de efectos. Por un lado, las diferencias en el seno del movimiento feminista se trasladan a la propia labor científica e investigadora. Por otro, se desarrolla una actividad científica con una marcada orientación política, comprometida, en mayor o menor medida, con la denuncia de la situación de las mujeres y los esfuerzos por propiciar cambios sociales.

Se traslada al ámbito científico las discrepancias entre el feminismo de la igualdad y el feminismo de la diferencia. El feminismo de la igualdad tiene como objetivo central la consecución de derechos por parte de las mujeres y alcanzar la igualdad. Por otro lado el feminismo de la diferencia siguiendo a Virginia Montanez y Mariano Aguirre (2000: 217-234) sostiene que *“hombres y mujeres somos diferentes, y el objetivo, por tanto, no es ya la igualdad, que supondría la negación de esa constitución sino la eliminación del sistema de opresión que se ha construido sobre esa distinción”*.

Nuestra investigación opta por una postura ecléctica, se comparten aportaciones hechas desde el feminismo de la igualdad, sobretodo la importancia que se da al carácter sociocultural de las diferencias de género, pero también se consideran planteamientos arrojados por el feminismo de la diferencia como el reconocimiento de las diferencias entre hombres y mujeres, necesidades de cambios estructurales mas allá de la igualdad de derechos sin modificación de estructuras.

Desde los Estudios de Género se viene calificando a gran parte de la tradición científica como endrocéntrica, incapaz de comprender la realidad social compuesta por hombres y mujeres, y llena de prejuicios y valores dominantes en la sociedad. Se critica, así, a una actividad científica protagonizada por hombres, ciega a diferencias de género, aparentemente neutral y que, a partir del análisis del modelo de comportamiento hegemónico (el masculino) pretende conocer la realidad social⁹.

⁹ Maquieira, V. (2001). Género, diferencia y desigualdad, en Beltrán, C.; Maquieira, V.; Alvarez, S. y Sánchez, C. *Feminismos. Debates teóricos contemporáneos*. (127-190). Madrid: Alianza.

CAPITULO 3. LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Este capítulo está dedicado a clarificar conceptos y términos fundamentales sobre violencia de género, comenzando por establecer la relación entre género y salud. Nos acercamos a la prevalencia actual de la violencia de género, así como los efectos que tal violencia tiene sobre la salud de las mujeres. También se dedica un apartado a la necesidad de que los profesionales de la salud no sólo estén sensibilizados ante la violencia de género sino también bien formados, pues se exponen datos de diversas investigaciones que ponen de relieve lo útil que resulta esta formación para la detección de la violencia de género. Además se recogen las principales estrategias a tomar para prevenir, detectar y actuar correctamente ante el maltrato.

Abstract

This chapter is devoted to clarify key concepts and terms on gender violence, by first establishing the relationship between gender and health. We approach the current prevalence of gender violence, and the impact that such violence has on women's health. It is also a section on the need for health professionals are not only sensitive to gender-based violence but also well-formed, for data sets of various investigations that highlight how useful this training to detect gender violence. It also contains the main strategies to be taken to prevent, detect and act appropriately to abuse.

3.1. Introducción

La violencia ha sido una constante en la vida de mujeres y niñas a lo largo de la historia. Todas las sociedades cuentan con una forma de violencia de género proscritas y otras que son más toleradas, y en algunos casos, incluso favorecidas por las costumbres y normas locales¹⁰.

Desde mediados de los años 70, escritoras e investigadoras feministas y organizaciones de mujeres han puesto de relieve el problema de la violencia de género en las agendas locales, nacionales e internacionales

La violencia de género se basa fundamentalmente en la situación de desigualdad entre hombres y mujeres que ha imperado en la sociedad, a través de prácticas tales como la asignación de roles diferentes en función del sexo. Pese a la gravedad de los hechos, no se encuentran referencias sobre la igualdad entre hombres y mujeres, hasta la Carta de las Naciones Unidas de 1945, en la cual se reafirma *“la fe en los derechos fundamentales del ser humano, en la dignidad y el valor de la persona y la igualdad de derechos de hombres y mujeres”*. Años más tarde, en 1975, se proclamó el “Año Internacional de la Mujer” por la Asamblea General de Naciones Unidas, quien a partir de ese momento incluyó los temas relativos a mujeres en los programas de la ONU.

¹⁰ Recogido en el informe del British Council (enero 1999). La violencia contra las mujeres. Manchester. British Council

La Convención para la Eliminación de Todo Tipo de Discriminación Contra las Mujeres (CEDCM), fue aprobada por la ONU en 1979 y se convirtió legalmente en acuerdo vinculante en 1981, en la cual se afirmaba que la violencia de género está incluida en el concepto de discriminación contra las mujeres. En 1997 ya había sido ratificado por 155 países y continúa siendo fundamento internacional para el logro de la igualdad de la mujer. Inicialmente la CEDCM no hizo referencia explícita a la violencia contra las mujeres, lo que dificultó el enfoque del problema desde la perspectiva de los derechos humanos y provocó la formación de una coalición mundial de 900 organizaciones de mujeres, que presionaron con éxito para que la ONU reconociera la violencia de género como una violación fundamental de los derechos humanos de la mujer.

Posteriormente la CEDCM en 1992 realizó una enmienda que incluyó una recomendación a los Estados para que tomaran todas las medidas necesarias de cara a proteger a las mujeres contra todo tipo de violencia. En 1994 la ONU designó un informador especialista en violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, encargándole el registro y análisis del fenómeno a escala mundial.

Desde 1975 se han celebrado cuatro Conferencias Mundiales sobre las Mujeres, en las cuales se han dado pasos muy positivos para combatir la violencia contra ellas:

En la I Conferencia Mundial sobre la Mujer en México (1975), fue aprobada la “Declaración de México sobre la Igualdad de la Mujer y su contribución al Desarrollo y la Paz” y el “Plan de Acción Mundial para el

decenio 1975-1985". En esta Conferencia se señala como objetivo principal de la educación social enseñar a respetar la integridad física de la mujer y se declara que el cuerpo humano, sea hombre o mujer, es inviolable y el respeto por él es un elemento fundamental de la dignidad y la libertad humana.

En la II Conferencia Mundial sobre la Mujer en Copenhague (1980): se declara la violencia contra las mujeres como el crimen encubierto más frecuente del mundo y se adopta por primera vez una resolución sobre este tipo de violencia.

La III Conferencia sobre la Mujer se celebra en Nairobi (1985); en ella fueron aprobadas las "Estrategias orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer entre 1886 y el año 2000" con el objetivo de mejorar la situación de las mujeres en el mundo en relación a la igualdad, al desarrollo y a la paz.

Una de las más importantes fue la IV Conferencia Mundial sobre la mujer de Pekín (1995): en ella fue aprobada la "Plataforma para la Acción" que proclama que los derechos de las mujeres son derechos humanos, además de reconocer la violencia contra las mujeres como un área específica de actuación.

En 1997, la Comisión Europea incluye la violencia contra las mujeres en el programa político de la Unión Europea con los objetivos de promover la cooperación y coordinación entre los Estados Miembros, apoyar a las ONG que trabajan en este ámbito, fomentar medidas preventivas y mejorar la protección que se ofrece a las víctimas. En esta línea de actuación, se pone en marcha la campaña de concienciación "Tolerancia Cero" para movilizar a la

opinión pública en una actitud de no permitir la violencia. Otras actuaciones son el Programa DAPHNE, cuyo objetivo es garantizar la protección de la salud física y psíquica, previniendo la violencia y prestando apoyo a las víctimas. En 1998 la Organización Mundial de la Salud decretó la erradicación de la violencia contra las mujeres como prioridad internacional para los servicios de salud, iniciativa a la que se sumó el Fondo para la Población de Naciones Unidas al año siguiente.

En España, la Constitución Española reconoce la igualdad como valor superior del ordenamiento jurídico en su artículo 1.1, y en el artículo 9.2 establece la obligación de los poderes públicos de promover aquellas condiciones que hagan reales y efectivas la libertad e igualdad de todas las personas. En nuestro país, en los últimos años, se va produciendo un cambio radical en la consideración de la violencia contra la mujer como un grave delito. Hay cada vez una mayor reacción por parte de la ciudadanía. Con la aprobación el 28 de Diciembre de 2004 de la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género se plasma esta preocupación. Es la primera Ley en la que el Ordenamiento Jurídico introduce el concepto de "género", y eso es muy relevante, porque el género es un concepto cultural. Se hace hincapié en el hecho de que la violencia de género es la máxima manifestación de poder en una relación, la sentimental, que debería ser igualitaria. En su exposición de motivos se hace referencia a las relaciones de poder entre hombres y mujeres, que no deben darse en las relaciones sentimentales y se introduce el concepto de violencia como algo que debe ser castigado y, en este sentido, se ha incorporado muchos cambios en el ámbito penal.

Podemos considerar que la Ley supone un gran avance para erradicarla porque unifica los diferentes instrumentos de protección de la víctima, facilitando la coordinación de la actuación de los distintos organismos públicos competentes. En lo referente al ámbito sanitario la ley recoge en el Capítulo III, artículo 15 como “ *las administraciones públicas promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género..*” además de “ *desarrollar programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz..*”.

Acercándonos a Andalucía, desde la Junta de Andalucía se han impulsado acciones que se han materializado en medidas de sensibilización y prevención, coordinación institucional y atención a las mujeres y a sus hijos e hijas. En 1990 se aprobó el I Primer Plan para la Igualdad de Oportunidades para las Mujeres en Andalucía, que ya incluía diversas acciones contra la violencia de género. En 1995 se aprobó el II Plan para la Igualdad de las Mujeres con más medidas de ayuda y se concretaron, en febrero de 1998, en la formulación por parte del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía del Plan de Actuación del Gobierno Andaluz para avanzar en la erradicación de violencia contra las mujeres, que incluye las medidas aprobadas por el Parlamento de Andalucía y las propuestas elaboradas por las Asociaciones de Mujeres y que afectan fundamentalmente a los ámbitos social, judicial, policial y sanitario. Una de las medidas propuestas en este Plan era la elaboración de un procedimiento de coordinación entre los ámbitos sanitario, policial, social y judicial, que fue publicado en dos ediciones la primera en 1998 y la segunda en el 2000. Este procedimiento se completa con unos Protocolos, Recomendaciones e Instrucciones de intervención para cada uno de los colectivos. Una vez concluido su periodo de vigencia y para avanzar en

este sentido se aprueba el Plan de Acción contra la violencia de Género (2001-2004).

Con la aprobación del nuevo Estatuto de Autonomía (2007) y cumpliendo con el artículo 16, que recoge el derecho de las mujeres a una protección integral contra la violencia de género, se aprueba la Ley de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género en Andalucía, su principio fundamental es consolidar y reforzar los recursos asistenciales y preventivos desarrollados en Andalucía desde 1998 a través de los planes autonómicos contra la violencia de género. En dicha Ley se recoge en su artículo 24 que *“los planes y programas de salud deberán incluir la formación del personal del Sistema sanitario público de Andalucía, para abordar de forma adecuada la detección precoz, la atención a la violencia de género en sus múltiples manifestaciones y sus efectos en la salud de las mujeres, la rehabilitación de éstas, y la atención a los grupos de mujeres con especiales dificultades”*.

Posteriormente la Ley 12/2007 de 26 de noviembre para la Promoción de la Igualdad establece en su artículo 7 la elaboración de un Plan Estratégico para la Igualdad de mujeres y Hombres. Para hacer efectivo este artículo el Gobierno de la Comunidad Autónoma Andaluza pone en marcha el I Plan Estratégico para la Igualdad entre Mujeres y Hombres en Andalucía (2009-2012), que tiene como propósito de afectar a las distintas dimensiones de la discriminación, tanto de carácter estructural, como coyuntural, pretende como propósito prioritario que la igualdad entre mujeres y hombre se convierta en una realidad.

3.2. REVISION CONCEPTUAL

3.2.1. El sistema Sexo-género

En el desarrollo de los estudios de Género, ha jugado un papel básico la distinción de dos conceptos: Sexo y Género.

Con el término sexo¹¹, se hace referencia a la base biológica de las diferencias entre hombres y mujeres; es decir, diferencias hormonales, genitales y fenotípicas (González, 2001).

Por su parte el concepto de género se refiere a la construcción social de las relaciones entre mujeres y varones, aprendidas a través del proceso de socialización, cambiantes con el tiempo que varían de una cultura a otra, y aún dentro de una misma cultura, a diferencia del sexo que alude a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres y que son naturales, congénitas y universales. (Cuadro 1)

¹¹ González, M.J. (2001). Algunas reflexiones en torno a las diferencias de género y la pobreza, en Tortosa, M.J. (coord) *Pobreza y perspectiva de género*. Barcelona: Icaria (97-112)

Cuadro 1: Diferencias entre sexo y género

SEXO	GENERO
<p>Mujeres:</p> <p>Posibilidad de gestar y alumbrar.</p> <p>Posibilidad de dar de lactar.</p> <p>Desarrollo de los senos</p> <p>Aparato reproductivo interno</p> <p>Varones:</p> <p>Aparato reproductor externo</p> <p>Inviabilidad de gestar, alumbrar y dar de lactar</p> <p>Producción de espermatozoides</p> <p>Diferencias principales:</p> <p>Cromosómicas</p> <p>Anatómicas: sistema reproductor, caracteres sexuales secundarios</p> <p>Fisiológicas: diferencias hormonales</p>	<p>Asignación diferenciada de roles</p> <p>Asignación diferencias de atributos, cualidades, capacidades</p> <p>Restricciones diferenciadas</p> <p>Prescripciones diferencias</p> <p>Derechos y obligaciones distintas</p> <p>Privilegios y exclusiones</p> <p>Uso y costumbres sobre arreglo personal diferenciado</p>

Fuente: Ministerio de la Mujer y desarrollo Social. Lima

De esta forma, género alude a los roles, identidades, actitudes, comportamientos, funciones, etc. que la sociedad adjudica a cada sexo. Esta construcción sociocultural sobre una base biológica se conoce con el nombre de *sistema sexo-género*.

Sin embargo una cuestión que puede parecer tan sencilla como la diferenciación de dos sexos que se correspondería con dos géneros se torna más complicada que esto. Hay sociedades que contemplan la existencia de más de dos géneros. Incluso el género puede entenderse, no ya como dos polos opuestos (hombre/mujer) sino como un continuo, de forma que sería posible analizar el nivel de masculinidad o de feminidad en el autoconcepto de un individuo a través de la identificación con características tradicionalmente consideradas femeninas o masculinas.

El reconocimiento de la base sociocultural de las diferencias de género tiene una consecuencia directa: cabe la posibilidad de que sean modificadas. Esto se puede observar si comparamos las definiciones de género en momentos históricos diferentes o en sociedades diferentes.

Ahora bien el sistema sexo-genero va mas allá de simplemente relacionar cada sexo con diferentes características, valores, roles, etc. sino que convierte la diferencia en desigualdad. No solo se realiza una simple diferenciación de géneros, sino también una jerarquización de estos y de sus distintos componentes, quedando las mujeres y los roles, funciones y caracteres de ellas asociados inferiorizados¹².

Hoy en día, el término género, con un origen íntimamente ligado a los movimientos feministas, es ampliamente y comúnmente empleado en diferentes ámbitos.

¹² Satzman, J. (1989). *Equidad y género. Una teoría integrada de estabilidad y cambios*. Madrid. Cátedra. Universitat de València. Instituto de la Mujer. Pag38

Cuando tras la década de los 70 los estudios feministas concentran su esfuerzo en el análisis de género, descubren una nueva categoría epistemológica cuya aplicación directa sobre los distintos campos de conocimientos va a suponer notables cambios¹³.

Esas transformaciones van a venir impulsadas por la aplicación de la categoría de género a los diversos campos científicos, entendiendo que el género *“designa división sexuada y ha constituido la vía a través de la cual los estudios sobre la mujer han entrado en la “academia” sin el “molesto” aguijón de la lucha feminista. De este modo el término parece indicar seriedad, rigor.. y como se ha dicho en Francia se trata de una suerte de “hoja de parra” que oculta mucho más de lo que muestra”*¹⁴. No obstante, es preciso señalar que la mayor parte del conocimiento aportado por las ciencias ha sido consolidado al margen de tal categoría epistemológica, obviándose el significado de la categoría de género.

Entre los conceptos definidos por el conocimiento científico a espaldas de las connotaciones de género se encuentra el concepto de salud. El concepto de salud es un constructo humano que ha cambiado notablemente a lo largo de los tiempos dependiendo de los parámetros utilizados para la definición del mismo. Los cambios en la definición estuvieron sujetos a diversas consideraciones, de tal modo que la definición varía si se incluye en la misma sólo el análisis de las condiciones físicas o si también se contemplan aspectos psíquicos y sociales. Otra variante importante a la hora de sustentar

¹³ Mayobre, P. y Caruncho, M.(1998). *Igualdade, Diversidade e Disidencia*. Tórculo Edições, Santiago de Compostela. 1988: 193

¹⁴ Kaufman, M. (1989). *Hombres: placer, poder y cambio*. *Centro de Investigación para la acción femenina*. Santo Domingo, 1989:7

una visión u otra del concepto de salud, ha sido concebirla como algo meramente personal, o como contrapartida, entenderla como resultado de la interrelación del individuo con el medio (Mayore, R.& Caruncho, C. 1998.93-206).

De hecho no podemos decir que la definición de salud sea una, única y estática. Las reformulaciones que sufre el concepto de salud acuñado en los años treinta ponen de manifiesto el carácter dinámico de este concepto.

Entre las definiciones positivas de salud debemos recoger la que propone la O.M.S en su Acta Constitucional de 1946, en la que establece que la salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social. Dicha definición enfatiza la concepción positiva de la salud frente a la designación de la salud como ausencia de enfermedad, a la vez que desarrolla y amplía la concepción clásica de salud al incluir en su definición no sólo el bienestar físico sino también el bienestar mental y social.

Sin embargo a pesar del avance que supuso no estuvo exenta de críticas, sobre todo por su carácter idealista y utópico, al parecer que el estado de salud es inalcanzable para el común de los mortales al aludir a un “completo bienestar físico, mental y social”. Ante estas críticas la O.M.S rectificó su propuesta y formula en 1984 una nueva definición de carácter más realista y más holístico:

“Una nueva concepción de salud como el alcance del que un individuo o grupo es capaz, por una lado, para realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otro lado, para cambiar o hacer frente al

ambiente. La salud es, por tanto, vista como un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida, es un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales así como las capacidades físicas”.

Esta nueva definición superó algunos defectos de la anterior, no obstante ha habido profundos cambios a nivel epistemológico que parece no han sido tenidos en cuenta, en este sentido cabe decir que el hecho de que la definición de salud hecha por la O.M.S no resista un análisis de género es cuanto menos denunciado teniendo en cuenta que durante las décadas de los setenta y ochenta los análisis de género promovidos en el seno de la teoría feminista habían alcanzado ya un alto grado de consolidación.

Si se acepta que el mundo es sólo uno pero los sexos son dos, si se acepta que en el mundo occidental hay claras diferencias éticas, políticas, psicológicas y sociales a la hora de nombrar el mundo en femenino o hacerlo en masculino, si se sabe que en nuestra cultura hombres y mujeres bailan una desigual danza es obvio deducir que hombres y mujeres no están en igualdad de condiciones para disfrutar de ese recurso de la vida diaria que es la salud.

El problema más acuciante es que no se reconozca la situación de desigualdad entre sexos a la hora de hablar de salud y que por tanto no se considere la diferencia sexual como parámetro a tener en cuenta a la hora de determinar qué cabe entender por salud. Desde esta reflexión abordamos el objeto de nuestra investigación (Mayore, R.& Caruncho, C. 1998.93-206).

3.2.2. El concepto de violencia

La violencia ha existido siempre, pero, según Domenach, es el espíritu democrático el que origina el concepto moderno de violencia. Afirma este autor que es notable que la violencia, de la que tanto se habla hoy, no ha constituido en cuanto tal un objeto de reflexión para los grandes filósofos de la tradición occidental hasta el siglo XIX en que Georges Sorel la hizo de su estudio. Si llegamos a discernir las razones de esta casi-ocultación de la violencia, probablemente comprenderemos mejor las razones de su revelación, de su explosión actual y, a partir de ahí, su naturaleza profunda. (Domenach, 1981: 33-34).

El concepto moderno de violencia aparece con los ideales democráticos y se le tilda con un matiz peyorativo. La ciudadanía a la que se llama a los individuos en la modernidad, quiere reconocer el derecho a la libertad y a la felicidad individual. Esto supone que la violencia no se confunda ya con la fuerza, sino que se relacione ahora con la libertad y se considere que es posible combatirla y superarla.

Unos de los factores importantes, como recoge Evelina Zurita (2007), que se olvida al analizar estas cuestiones es que la violencia no es el resultado de la conducta desviada de unos individuos, sino que existe un marco violento en el que se desarrollan nuestras sociedades, como es el poder mundial desigual; lógicas como la del mercado mundial globalizado que genera no sólo empobrecimiento cada vez mayor de determinadas zonas del planeta y la muerte económica y social de comunidades, sino incluso muertes individuales de las que somos testigos casi a diario; o la violencia en la que se encuadra las

instituciones como los estados que, como estructura política adquieren en la modernidad el monopolio legítimo de la violencia y el poder sobre la vida de los ciudadanos. (Zurita, 2008: 37-38)

En nuestras sociedades existe la idea generalizada de que vivimos en comunidades tolerantes, que tienen como horizonte la igualdad de los sujetos, y que, si existe violencia racista, homofóbica, contra los niños, ancianos o mujeres, son solo episodios aislados esporádicos, supervivencias de épocas más represivas o causadas por patologías individuales. Por ello, se suele interpretar como hechos delictivos o patológicos. Así la sociedad queda liberada de las acusaciones de intolerancia, generadora de conflictos y de la propia violencia.

Sin embargo, cuando actitudes, acciones y valores persisten en una sociedad es porque tiene una finalidad en la actualidad, porque cualquier práctica se redefine y resemantiza cuando cambia las condiciones sociales que le dieron su origen. (Juliano, 2004). Por ello, lejos de homogeneizar una situación como si fuera ahistorica, como es la violencia sobre la mujer, nos interesa indagar sobre su significación social hoy.

Los estudios antropológicos subrayan que la violencia no es una respuesta casual o individual a situaciones concretas, sino que parte de una construcción colectiva y su función va en el sentido de mantener la estructura social, más que de atacarla.

Debemos distinguir entre agresividad y violencia. Se entiende que la agresividad tiene unas bases biológicas, que todos los seres humanos poseen, mientras que la violencia es un producto de construcciones culturales (Corsi y Bonino, 2003:117).

En el Informe Mundial sobre la Violencia y Salud de la OMS (2002), se apunta que una de las cuestiones fundamentales al abordar la violencia en general y la violencia de género en particular es la de su definición. La violencia es un fenómeno difuso y complejo que no tiene una definición clara, precisa y universal. El concepto de violencia ha recibido diferentes definiciones, con notables divergencias según disciplinas, presupuestos teóricos, objetivos de investigación, etc.

Del latín *violentía*, la violencia es la cualidad del violento o la acción y efecto de violentar o violentarse. Lo violento por su parte es aquello que está fuera de su natural estado, situación o modo; que se ejecuta con fuerza, ímpetu o brusquedad o se hace contra el gusto o la voluntad de uno mismo (Corsi, 1994).

Esta definición está entre las formas restringidas de entender la violencia porque excluye otras manifestaciones violentas de carácter no estrictamente físico pero cuya gravedad es frecuentemente destacada por las propias víctimas. Por eso debemos buscar definiciones más amplias. Así Susan George considera la violencia *“todo aquello que impide que la gente satisfaga sus necesidades fundamentales: alimentación, vivienda, vestido, sí, pero también dignidad”*¹⁵. También Johan Galtung (1995) considera la violencia

¹⁵ Citado en Tortosa, J.M. (1994). Violencia y pobreza: una relación estrecha. En *Papeles* nº 50

como amenazas evitables contra la satisfacción de las necesidades básicas, disminuyendo el nivel real de satisfacción de las necesidades por debajo de lo que sería potencialmente posible.

En otras palabras, “la violencia está presente cuando los seres humanos se ven influidos de tal manera que sus realizaciones efectivas, somáticas y mentales, están por debajo de sus realizaciones potenciales”, de modo que, “cuando lo potencial es mayor que lo efectivo, y ello es evitable, existe violencia. (Galtung, 1995: 314-315)

3.2.3. Violencia contra la mujer

Con la violencia contra la mujer ocurre lo mismo que con numerosos otros problemas sociales, que no se advierte hasta que se nombre e identifica como un problema. Como explica Herbert Blumer: *“el primer paso para solucionar un problema es reconocerlo, y para reconocerlo hay que identificarlo y definirlo; anteriormente no existe”* (en Alberdi y Matas, 2002, p171). Lo primero entonces, para comprender el problema de la agresión a la mujer, es reseñar cómo se le ha identificado, nombrado y definido.

Una discrepancia entre autores se encuentra en la denominación que se le da a esta forma de violencia. De hecho, la mayoría de los expertos se detienen a aclarar que la manera de denominar a la violencia contra la mujer no es arbitraria, y que hay diferencias importantes según se hable de violencia doméstica, violencia familiar, conyugal, en la pareja, malos tratos, violencia contra la mujer, violencia de género, sexista, etc. Las diferencias entre cada

fórmula tiene que ver con dónde se pone el acento (en el ámbito privado o personal o en lo social).

El uso de la expresión “violencia de género” es tan reciente como el propio reconocimiento de la realidad del maltrato a las mujeres. Es significativo que hasta muy avanzado el siglo pasado no se encuentre ninguna referencia precisa a esa forma específica de violencia en los textos internacionales, salvo acaso como expresión indeterminada de una de las formas de discriminación contra la mujer proscrita por la Convención de Naciones Unidas de 1979 y es sólo a partir de los años 90, como ya hemos recogido, cuando comienza a consolidarse su empleo gracias a iniciativas importantes como las ya apuntadas.

Esto no es más que una manifestación de la resistencia que existe a reconocer que la violencia contra las mujeres no es una cuestión biológica ni doméstica sino de género. La violencia hacia las mujeres es consecuencia de una situación de discriminación intemporal que tiene su origen en una estructura social de naturaleza patriarcal. El género se constituye así en el resultado de un proceso de construcción social mediante el que se adjudica simbólicamente las expectativas y valores que cada cultura atribuye a sus varones y mujeres. Fruto de ese aprendizaje cultural de signo machista, unos y otras exhiben los roles e identidades que le han sido asignados bajo la etiqueta de género. De ahí, la prepotencia de lo masculino y la subalternidad de lo femenino. Son los ingredientes esenciales de ese orden simbólico que define las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, origen de la violencia de género (Maqueda 2006: 2-5).

El sociólogo francés Pierre Bourdieu explica la permanencia y la reproducción de las relaciones de dominación, de sus privilegios y sus injusticias, por la violencia simbólica que se ejerce sobre los dominados y que hace aparecer como aceptables unas condiciones de existencia absolutamente intolerables. Para Bourdieu, la dominación masculina y la manera en que se impone y se soporta es el mejor ejemplo de una forma de sumisión que cuesta entender si no fuera porque es consecuencia de lo que él ha llamado la violencia simbólica, esa *“violencia amortiguada, insensible e invisible para sus propias víctimas, que se ejerce esencialmente a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento (...) del reconocimiento o, en último término, del sentimiento”*. (Bourdieu, 2000:12).

La gran fuerza de esta forma de dominación reside en que es la vez reconocida y admitida por los dominados. A este aspecto de la dominación masculina hace referencia Bourdieu cuando habla de violencia simbólica, a la aceptación ideológica que imprime en dominadores y dominados, a la enorme importancia de las creencias y de los sentimientos en la producción y la reproducción de la superioridad masculina como aspecto central del orden establecido. La diferencia natural entre hombres y mujeres se traslada, como si fuera un aspecto de la misma, a la desigualdad y la jerarquía entre hombres y mujeres. Esta desigualdad es una característica social y cultural, absolutamente contingente y arbitraria, pero es a la vez un aspecto central de todo sistema social que llamamos patriarcado.

La violencia contra las mujeres es resultado de la idea de superioridad masculina y de los valores que se reflejan en el código patriarcal. La esencia de este código es una representación de la masculinidad a través del dominio sobre la mujer. La idea de jerarquía sexual y la identificación de la virilidad con

la superioridad masculina sobre la mujer, lo que en el ámbito popular se ha llamado machismo, están intrínsecamente unidas a la idea de que es legítimo imponer la autoridad sobre la mujer, incluso mediante violencia. A las mujeres se las considera como seres inferiores a los que se puede usar, despreciar e incluso maltratar.

Esa explicación de la violencia contra las mujeres en clave cultural, no biológica es la que define la perspectiva de género. Una orientación ideológica que no está generalizada. Por ello, las regulaciones que la hacen suya, tanto en el orden internacional como en el nacional, acompañan su articulado de una descripción previa acerca de la violencia que pretende combatir. Así en la Declaración de Pekín en 1995 la violencia de género es definida como:

Una manifestación de las relaciones de poder históricamente desigual entre hombres y mujeres, que han 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. La violencia contra la mujer a lo largo de su ciclo vital dimana esencialmente de pautas culturales, en particular de efectos perjudiciales de algunas prácticas tradicionales o consuetudinarias y de todo los actos de extremismo relacionados con la raza, el sexo, el idioma o la región que perpetúa la condición inferior que se asigna a la mujer en la familia, el lugar de trabajo, la comunidad y la sociedad (1995:52).

También la Resolución del Parlamento Europeo sobre Tolerancia Cero ante la violencia contra las mujeres de 16 de septiembre de 1997 la vincula

“al desequilibrio en las relaciones de poder entre los sexos en los ámbitos social, económico, religioso o político....”

O en el ámbito más particular del Estado Español, el primer artículo de la Ley /2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género que la identifica como *“una manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres”*. En su Exposición de Motivos se aclara además que se trata de *“una violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo”*.

Hay un largo debate sobre la expresión más adecuada para referirse a la violencia ejercida sobre las mujeres, cada uno de estos términos pone énfasis en un aspecto de esta compleja realidad y cada uno tiene unos referentes (Zurita, 2007: 43):

- a) *Violencia familiar* enfatiza el hecho de que se produce en el ámbito de la familia, cuya representación colectiva es la de un espacio de afecto, seguridad, cobijo, sosiego... independientemente de en qué dirección se produzca la violencia: de adulto a menor, el hombre hacia la mujer o la mujer hacia el hombre o de la mujer hacia el hombre, etc. Cohabiten o no. Este concepto que se vino utilizando y aún se utiliza a veces desde algunos sectores, es demasiado amplio para especificar la dirección de la violencia de la que estamos hablando, y deja fuera las que se producen entre sujetos que no están ligados por los lazos familiares, como novios, amantes o ex parejas

- b) *La violencia doméstica* atiende al hecho de que se produce en el ámbito doméstico, y supone cohabitación.

- c) *Violencia en la pareja* específica que es ejercida entre adultos, no necesariamente en el ámbito familiar y doméstico, pues incluye también la que se ejerce entre sujetos que no cohabitan en la actualidad o no han cohabitado jamás, pero abarca no sólo la violencia que el hombre ejerce sobre la mujer, sino la que la mujer ejerce sobre el hombre, y las que puede darse en parejas homosexuales.

- d) *Violencia de género*, es un término elegido por las instituciones públicas, tomando la traducción del término inglés *gender violence*. En realidad la traducción exacta sería “violencia basada en el género” que más explícitamente hace referencia a la violencia que se ejerce desde la desigualdad social de los géneros.

- e) *Violencia contra la mujer* enfatizaría que se ejerce sobre ella por varones, aunque hay autoras como M. Eaton (2005:165), que reivindica este término también para el maltrato entre parejas lesbianas y se refiere que no existe la “mujer” más que como concepto deificado que no atiende a la realidad múltiple de las mujeres. Muchos operadores sociales, judiciales, sanitarios, etc. descartan utilizar este término porque dice, diluye la centralidad de su trabajo que es la violencia de hombres contra mujeres.

- f) *Violencia sexista* hace referencia a que su causa principal es la desigualdad social establecida desde el patriarcado.

Para explicar las causas de la violencia de género, se ha recurrido a modelos que considerados por si solo son insuficientes para dar cuenta de las causas. Durante mucho tiempo se atendió al denominado modelo “médico”, que atiende a la psicopatía como factor explicativo, o al alcoholismo y drogadicción como factores determinantes, o al masoquismo de algunas mujeres. Este modelo pretende buscar el “microbio” que explique las causas de la violencia. Sin embargo, su carencia es que aplica una metáfora biológica a un problema social. (Corsi, 1995).

Otros modelo explicativos como el psicológico o el sociológico, que recurren a variables como la clase social, el estrés socioeconómico, la distribución del poder en la sociedad y en la familia, la violencia institucional y política, etc. también son insuficientes.

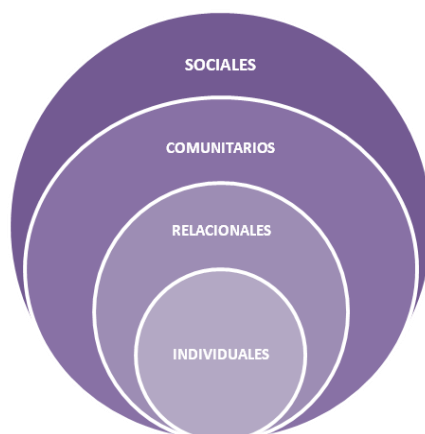
Siguiendo a Corsi (1995) el recurre al modelo ecológico. La realidad familiar, social y la cultura están organizadas como un todo articulado, compuesto por varios subsistemas interrelacionados entre sí dinámicamente. Es el modelo de explicación de la violencia por el que opta la OMS ya que considera que es el que es capaz de dar cuenta de la multiplicidad de causas de la violencia.

Este modelo tiene en cuenta tanto factores de la estructura social, como la organización y práctica comunitaria, la organización y lógica de las

relaciones familiares, de amigos, de parejas, compañeros y los factores biológicos y de historia personal.

La violencia doméstica es el producto de una serie de circunstancias tan complejas e interrelacionadas que para explicar la probabilidad de que ocurran malos tratos Heise y Col (1999) propusieron el llamado “Modelo Ecológico”, que considera la violencia como el producto de muchos niveles de influencia sobre el comportamiento. (Gráfico 1).

Gráfico 1: modelo ecológico



Fuente: Heise, Ellsberg & Gottemoeller, 1999

El nivel individual

El primer nivel del modelo ecológico pretende identificar los factores biológicos y de la historia personal que influyen el comportamiento de una persona. Además de los factores biológicos y personales en general, se consideran factores tales como la impulsividad, el bajo nivel educativo, el

abuso de sustancias psicotrópicas y los antecedentes de comportamientos agresivos o de haber sufrido maltrato.

El nivel de las relaciones

El segundo nivel del modelo ecológico indaga el modo en que las relaciones sociales cercanas aumentan el riesgo de convertirse en víctima o perpetradores de actos violentos. En los casos de violencia de pareja, por ejemplo, la interacción casi diaria o el compartir el domicilio con un agresor puede aumentar las oportunidades para que se produzcan encuentros violentos.

El nivel de la comunidad

El tercer nivel del modelo ecológico examina los contextos de la comunidad en los que se inscriben las relaciones sociales, como la escuela, el lugar de trabajo y el vecindario, y busca identificar las características de estos ámbitos que se asocian con ser víctimas o perpetradores de actos violentos.

El nivel social

El cuarto y último nivel del modelo examina los factores sociales más generales que determinan las tasas de violencia. Se incluye aquí los factores que crean un clima de aceptación de la violencia, los que reducen las inhibiciones contra esta, y los que crean y mantienen las brechas entre

distintos segmentos de la sociedad, o generan tensiones entre diferentes grupos o países. Entre los factores sociales más generales figuran:

- Normas culturales que apoyan la violencia como un manera aceptable de resolver conflictos.
- Actitudes que consideran el suicidio como una opción personal más que como un acto de violencia evitable.
- Normas que asignan prioridades a la patria potestad por encima del bienestar de los hijos
- Normas que refuerzan el dominio masculino sobre las mujeres y los niños.
- Normas que respaldan el uso de la fuerza excesiva policial contra los ciudadanos.
- Normas que apoyan los conflictos políticos.

También cabe mencionar las políticas sanitarias, educativas, económicas y sociales que mantienen niveles altos de desigualdad económica o social entre diferentes grupos de sociedad.

Hemos visto la multiplicidad de formulas para nombrar la agresión a la mujer, y cómo cada opción implica una concepción diferente de la misma. Está claro que las discrepancias en la forma - a la hora de nombrar- responden directamente a otras diferencias más de fondo, y son indicadoras de distintas maneras de entender el fenómeno y sus raíces. Las definiciones

de la agresión a la mujer tienen que ver por tanto con cómo se la diagnostica, a quien se responsabiliza, y qué soluciones se proponen o demandan (Vallejo,2005:24).

3.3. Modalidades de violencia contra las mujeres

La violencia afecta a las relaciones entre los hombres y las mujeres en todas sus formas y presenta múltiples aspectos según el tipo de sometimiento femenino. La violencia abarca a todas las esferas de la vida de las mujeres; se desarrolla en la familia, influye en las formas de establecer las relaciones sexuales, afecta al mundo del trabajo, las formas de ocio, la cultura y los estilos de vida.

Las distintas formas de violencia de género pueden advertirse tanto en las relaciones cotidianas como en la regulación de la sexualidad del grupo social. Todas las formas de violencia de género guardan relación entre sí, tienen una continuidad entre ellas y todas tienen relación con el patriarcado¹⁶
17.

- **Violencia Económica:** La ausencia de oportunidades laborales, la discriminación de las mujeres en el trabajo remunerado en la mayoría de ellas y las menores oportunidades de empleo, promoción y salario

¹⁶ Alberdi, I.; matas, N. (2000). La violencia doméstica. Informe sobre malos tratos a mujeres en España: Fundación la Caixa

¹⁷ Asamblea General de Naciones Unidas (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Diciembre 1993. (accedido el 21 de Febrero de 2011). Disponible en :<http://www.acnur.org/bibliografía/pdf/1286.pdf>

en todas las sociedades conocidas, sitúan a las mujeres en una posición de desventaja económica que tiene repercusiones muy importantes en su vida. Todo ello guarda una relación estrecha con la violencia de género. Puede discutirse si debemos hablar de violencia económica al examinar estas formas de discriminación, pero lo que sí es indiscutible es que estas discriminaciones sitúan a las mujeres en una posición de debilidad económica que les hace más vulnerables ante la violencia y que hace que se les sea más difícil escapar a las agresiones de las que pueden ser objeto.

- **Violencia Sexual:** La violencia sexual es una de las prácticas más habituales de la violencia de género y de las menos denunciadas a nivel mundial (Douglas, 1987). Se considera violencia sexual la que se ejerce contra el cuerpo de la mujer que supone a la vez una agresión física y un ultraje psíquico que atenta fundamentalmente contra la libertad sexual de la persona. La violencia sexual incluye todas las formas de agresión que suponen la utilización del cuerpo de la mujer contra su voluntad. Estas agresiones van desde cualquier tipo de contacto sexual no deseado hasta el intento de violación, o la violencia misma. En el Código Penal español se diferencia entre agresión sexual y abuso sexual según vaya acompañado o no de intimidación y violencia.
- **Violencia en el ámbito familiar, doméstico y afectivo:** la forma más frecuente de violencia familiar es el maltrato a la esposa, aunque hay muchas otras formas de violencia contra la mujer en el ámbito de las relaciones familiares y afectivas. La combinación de violencia física y maltrato psíquico del hombre a su esposa o compañera es el caso más

frecuente de violencia doméstica y está muy difundido en la mayoría de las sociedades actuales.

Nos vamos a detener más en profundidad en este tipo de violencia en el ámbito familiar por ser el más frecuente.

La etiología de la violencia de pareja es, compleja y multidimensional, No obstante, se pueden identificar una serie de factores de vulnerabilidad que incrementa la posibilidad de sufrir violencia doméstica aunque no sea causa directa ya que muchas mujeres son víctimas de maltrato sin presentar factores de vulnerabilidad.

En diversos estudios se han encontrado múltiples factores potenciales de vulnerabilidad, pero entre todos ellos sobresale el haber sido **testigo de violencia familiar** como factor más claramente relacionado tanto con ser pareja maltratada, en el caso de la mujer, como ser un maltratador en los varones.

Los factores de vulnerabilidad en la mujer recogidos en la Guía de Atención sanitaria a las víctimas de Violencia Domestica del Sistema de salud de Aragón (2005:16) son:

- ✓ **Edad menor de 24 años:** Las mujeres entre 16 y 24 años con pareja presentan un mayor riesgo de sufrir violencia, sobre todo de tipo sexual.

- ✓ **Historia anterior de malos tratos:** El maltrato no es una acción aislada, no sólo tiende a repetirse sino a ser más grave.
- ✓ **Problemas de salud mental**
- ✓ **Minusvalía física o psíquica**
- ✓ **Problemas físicos múltiples**
- ✓ **Embarazo y postparto:** En algunos estudios se ha puesto de manifiesto que hasta una tercera parte de los malos tratos se inician durante el embarazo. El embarazo puede suponer una situación de riesgo o de protección dependiendo de cómo lo viva la pareja. En los casos en los que el hombre no desee ese embarazo o lo viva como una situación de amenaza para su dominio, el maltrato se incrementa.
- ✓ **Procesos de separación y divorcio:** Muchas veces la violencia es causa o efecto de una separación. La separación o el divorcio aumenta considerablemente el riesgo de agresiones graves en mujeres maltratadas.
- ✓ **Inmigración:** Cuando está asociada a aspectos que, en general, están presentes en situaciones de maltrato como son la preeminencia del hombre sobre la mujer, el carecer de apoyo comunitario o social, pertenecer a una comunidad extensa y articulada que se vuelve contra la mujer, condicionantes como el desconocimiento del idioma que dificulta pedir ayuda, el temor a consecuencias legales como la pérdida de los hijos, carencia de recursos económicos, etc.

La violencia en el hogar se establece de forma creciente y se va agravando conforme pasa el tiempo. Normalmente la violencia comienza con

agresiones psicológicas y verbales. El agresor va así mermando la confianza personal de la víctima, lanzando mensajes negativos sobre su autoestima. Más adelante intentará aislarla de su entorno e intimidarla con amenazas o empleando la violencia contra objetos de la casa. Muchas veces, esto es la antesala a la agresión física.

Este aumento progresivo suele extenderse a un periodo prolongado de tiempo, de manera que es difícil para la víctima darse cuenta del proceso en el que está inmersa. En efecto, desde dentro, la curva ascendente no se ve. Sólo con el paso del tiempo la víctima constata la escalada. La primera agresión, por lo tanto, suele olvidarse ya que no ha sido identificada como el comienzo de un esquema de violencia.

No obstante, la escalada puede llegar a producir la muerte, por lo que es importante que la mujer que sufre malos tratos sea consciente del peligro que corre y de la necesidad de protegerse, así como de la imposibilidad de controlar la conducta del agresor.

Así pueden pasar años de violencia psicológica y verbal antes de la primera agresión. Además, las reincidencias pueden producirse en un intervalo de tiempo más o menos largo, pero cada vez se irán haciendo más cortas en el tiempo, y también más brutales en sus diferentes formas. Dentro de esta escalada es muy importante identificar los factores que pueden ayudar a reconocer los casos en los que hay un alto riesgo para la vida de la mujer. En la mayoría de los casos de maltrato que termina en muerte, la víctima veía claramente su peligro y había pedido ayuda sin encontrar dicha protección.

Aunque algunas mujeres detecten cuándo se van a producir agresiones, la mayoría no son conscientes de que están inmersas en un ciclo de violencia. Este ciclo explica la gran dificultad para algunas mujeres de alejarse del maltratador una vez agredidas: La Teoría del Ciclo de Violencia desarrollado por Leonor Walker (1984) recoge tres fases:

- **Tensión:** las tensiones se van construyendo a partir de pequeños incidentes o conflictos y de frecuencia esporádica: Son la suma de frustraciones del agresor, quien comportándose de manera tiránica con su pareja espera de ella la satisfacción de todos sus caprichos, lo que le llega a expresar y los que imagina. Es inútil esperar de un agresor un comportamiento racional en este terreno.
- **Agresión o explosión violenta:** la frecuencia y la virulencia dependerá del momento de la curva de violencia en la que se encuentren. En esta fase, la mujer es incapaz de reaccionar, quedando paralizada y sin respuesta a la agresión. Cuanta más antigua sea la relación, más frecuentes y peligrosas serán las agresiones.
- **Remisión o luna de miel:** La fase de calma. Siempre sucede en este ciclo y se llega a esta tercera fase de relativa tranquilidad, también conocida como “interludio amoroso”. El agresor proporciona una conducta de refuerzo hacia la víctima para mantenerla junto a ellos. Se suele mostrar atento, cariñoso y disculpa su comportamiento con regalos y actitudes agradables. En realidad busca una estrategia para compensarla y evitar que la víctima se

proteja. El agresor encuentra mil maneras tras la explosión, de convencer a su pareja de que la quiere y que él es bueno en el fondo y en el futuro será diferente, así la víctima piensa que él va a cambiar y no se repetirá la agresión.

Como los conflictos no se han solucionado y no hay consecuencias para el agresor, el clima violento se reproduce con todas sus fases. El ciclo se ha completado. La frecuencia y peligrosidad de este ciclo irá aumentando, sobre todo si el agresor percibe que su estrategia de dominación tiránica funciona.

Por su parte, la mujer que se ve inmersa en este ciclo necesita mucho tiempo para comprenderlo. Poco a poco se va dando cuenta de que siempre es igual y él violento además de no cambiar, empeora. No obstante, a lo largo de este proceso la mujer va a sufrir una pérdida de su autoestima y desconfianza de su capacidad para mejorar la situación, con lo que frecuentemente su respuesta es de mayor sumisión hacia el maltratador. Esta actitud, refuerza en él el convencimiento de que su estrategia funciona.

Así cuando una mujer maltratada hace una petición de ayuda ha dado varias vueltas al ciclo de la violencia. Cada vez que se cierra el ciclo pierde más confianza en ella misma. Por esto es necesario que las víctimas reciban una ayuda concreta y refuerzos, en todas las ocasiones en que, tras la agresión, decida dar pasos encaminados a mejorar su situación. Si esta ayuda no surge, llega la fase de calma donde es difícil movilizarla para que tome decisiones.

La violencia de género y en especial la violencia doméstica ha de ser tratada como un asunto público y no seguir siendo un asunto privado. No es únicamente un asunto de la pareja sino que es un problema social de primera magnitud y que nos afecta a todos.

3.4. Prevalencia de la violencia contra la mujer

No se disponen de cifras exactas de prevalencia de violencia por los obstáculos en la obtención de datos: falta de detección por los profesionales y miedo por parte de las víctimas. Sin embargo se han realizados estudios que ponen de manifiesto la importancia por su magnitud y consecuencias de la violencia.

Los datos de diversos estudios y encuestas indican una elevada prevalencia de la violencia contra la mujer en las relaciones íntimas. Así, en el Informe de la Organización Mundial de la Salud, “World Report on Violence and Health” de 2002 , recoge 80 estudios con base poblacional realizados en más de 50 países, según los cuales entre el 10% y el 69% de las mujeres indica haber sido maltratada físicamente por un compañero íntimo en algún momento de su vida¹⁸. Igualmente, un informe de UNICEF sobre violencia doméstica elaborado por el Innocenti Research Centre que recoge datos de 23 países sobre la violencia doméstica que sufren las mujeres, estima que entre el 20% y el 50% de las mujeres, según países, sufren algún tipo de maltrato en el seno de la familia. Este informe, que recoge estudios realizados

¹⁸ Organización Mundial de la Salud (2002). World report on violence and health. Ginebra: world Health.

con diversas metodologías en países de todos los continentes, también sitúa el porcentaje de mujeres maltratadas en los países industrializados entre el 20% y el 30%, a excepción de Japón que alcanza el 59%. Como señala este informe, la violencia contra las mujeres está presente en cada país independientemente de culturas, clase social, nivel educativo, etnia y edad. La dimensión global de la violencia contra la mujer hace que ninguna sociedad pueda reclamar para sí el privilegio de estar libre de esa violencia. Por poner algunos ejemplos concretos, en Estados Unidos la Asociación Médica Americana (1994) estima que cerca del 25% de las mujeres es víctima de maltrato doméstico al menos una vez en su vida, una tasa de incidencia que llevó a Everett Koop a denunciar que la violencia doméstica causa más daños a las mujeres que la combinación de los accidentes de automóvil, asaltos y violaciones¹⁹. Datos del Departamento de Justicia de EEUU indican que en este país un millón de mujeres (una tasa equivalente a nueve mujeres de cada mil) son víctimas de la violencia ejercida por personas con las que mantienen una relación íntima. Sorprende en esta estadística que la violencia que sufren las mujeres a manos de desconocidos (una tasa del 7,4 por mil) sea menor que la ejercida por personas con las que se mantiene una relación.

En Europa un análisis de 10 estudios de prevalencia de la violencia doméstica llevado a cabo por el Consejo de Europa obtiene resultados consistentes: una de cada cuatro mujeres experimentan la violencia doméstica en algún momento de su vida y entre el 6 y el 10% sufren malos tratos anualmente²⁰. En Francia, según el estudio ENVEFF²¹, que investigó la

¹⁹ Koop, CE. (1989). Violence against women- A global problem. *Pan American Health Organization*. Ginebra

²⁰ Recomendaciones del Consejo de Ministro a los Estados Miembros sobre la protección de las mujeres contra la violencia adoptadas el 30 de Abril de 2002. Strasbourg. Francia

violencia contra las mujeres, cerca del 10% de las encuestadas se consideraba víctimas de malos tratos.

Para mayor claridad se recoge a continuación datos de diversos estudios que se han realizado en todo el mundo, recogidos en el Informe mundial sobre violencia y salud de la O.M.S (2002) (Cuadro 2).

Cuadro 2: Estudios sobre violencia de género

PAISES INDUSTRIALIZADOS

Canadá: Statistics Canadá (1993) Muestra nacional representativa de 12.300 mujeres mayores de 18 años.

29% de mujeres casadas o en unión consensuada informan haber sido agredidas alguna vez físicamente por un compañero actual o anterior desde los 16 años de edad.

Nueva Zelanda: Mullen et al (1988) Muestra aleatoria de 314 mujeres seleccionadas de cinco distritos

20% informan haber sido golpeada o maltratada físicamente por su compañero.

Suiza: Gillioz et al. (1997): Muestra aleatoria de 1500 mujeres entre 20 y 60 años que viven en pareja

²¹ Jaspard, M. (2000).: *Enquete National sur les Violences Envers les Femmes en france (ENVEFF)*. Service de Droit des Femmes.París

20% informan haber sido maltratada físicamente

Reino Unido: Mooney (1995): Muestra aleatoria de mujeres en el Distrito Islington de Londres

25% de las mujeres habían recibido puñetazos o bofetadas de un compañero en algún momento de su vida.

Estados Unidos: Straus and Gelles (1986): muestra nacional representativa de parejas casadas o en unión

28% de las mujeres notifican al menos un episodio de violencia física de su compañero

ASIA Y EL PACIFICO

Camboya: Nelson y Zimmerman (1996): Muestra nacional representativa de mujeres y hombre de 15 a 49 años

16% de las mujeres informan haber sido maltratadas físicamente por un cónyuge, el 8% informan ver sido lesionada.

India: Narayana(1996): Muestra sistemática de varias etapas de 6902 hombres casados de 15 a 65 años de edad, en cinco distritos de Uttar Pradesh

18 a 45% de los hombres actualmente casados reconocen haber maltratado físicamente a sus esposas, dependiendo del distrito estudiado.

Corea: Kim y Cho (1992): Muestra aleatoria de todo el país.

38% de esposas informan haber sido maltratado físicamente a sus esposas por lo menos una vez en el matrimonio.

Thailandia: Hoffman et al. (1994): muestra representativa de 619 esposos con mínimo de un hijo que residen en Bangkok.

20% de los esposos reconocen haber maltratado físicamente a sus esposas por lo menos una vez en el matrimonio.

ORIENTE MEDIO

Egipto: ElZanaty et al. (1995): Muestra nacional representativa de mujeres separadas del 15 a 49 años de edad.

35% de las mujeres informan haber recibido palizas de sus esposos en algún momento del matrimonio

Israel: HajYahia (1997): muestra nacional sistemática de 1826 mujeres árabes (excluyendo las beduinas) en Israel.

32% de las mujeres notifican al menos un episodio de maltrato físico de su acompañante en los últimos 12 meses, 30% notifica coerción sexual de sus esposos durante el año pasado

AFRICA

Kenya: Raikes (1990): muestra representativa de 612 mujeres casadas en el Distrito Kisi

42% de las mujeres informan haber sido golpeadas alguna vez por un compañero; de las mismas, el 58% afirman haber sido golpeadas a menudo u ocasionalmente.

Uganda: Blanc et al (1997): muestra representativa de mujeres de 20 a 44 años y sus compañeros en dos distritos (Masaka y Lira)

41% de las mujeres informan haber sido golpeadas o lesionadas físicamente por un compañero; 41% de los hombres informan haber pegado a su compañera.

Zimbabwe: Watts (1996): muestra representativa de 966 mujeres de mas de 18 años en la provincia de Midlands

32% informan haber sido objeto del maltrato físico de un familiar o persona que vive en la misma casa a partir de los 16 años de edad.

AMERICA LATINA

Chile: Iarrain (1993): muestra representativa de mujeres de 22 a 55 años de edad de Santiago, en una relación duradera de mas de 2 años.

26% notifica al menos un episodio de violencia grave de un acompañante, el 11 % informan al menos de un episodio de violencia moderado y el 15% informa al menos de un episodio de violencia leve.

Colombia: Encuesta DHS III (1995): muestra nacional representativa de 6097 mujeres en una relación de 15 a 49 años de edad.

19% de las mujeres han sido agredidas físicamente por su compañero durante algún momento de su vida

Nicaragua: Ellsberg et al (1996): muestra representativa de mujeres separadas de 15 a 49 años de edad de la segunda ciudad de Nicaragua, León

52% informan haber sido maltratadas físicamente por un compañero por lo menos una vez.

Fuente: World Health Organization. (1997) *Violence against women. A priority health issue*. Geneva: WHO.(WHO/FRH/WHD/97.8).

Conviene señalar que estos estudios, aunque intrínsecamente concordantes, utilizan definiciones distintas de violencia y miden aspectos diferentes, lo que dificulta la comparación de sus cifras y de las procedentes de cada país. Sin embargo, en conjunto, los datos indican que la violencia contra la mujer, especialmente la violencia doméstica, es un problema importante y generalizado que puede encontrarse en una amplia variedad de circunstancias. La revisión de un número seleccionado de encuestas de población bien diseñadas indica que entre 20% y 50% de las mujeres notifican haber sido objeto de violencia física por parte de un compañero masculino íntimo al menos una vez en sus vidas (World Health Organization 1997).

A medida que fue creciendo el volumen de estudios se puso de manifiesto que los niveles de violencia variaban considerablemente de un entorno a otro.

En 1997 la Organización Mundial de la Salud pone en marcha el Estudio Multipaís sobre la salud de la mujer y Violencia Doméstica²², que pretendía abordar algunas deficiencias existentes en la investigación internacional sobre la violencia contra la mujer. Los países participantes (Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, Samoa, Serbia y Montenegro, Tailandia y la República Unida de Tanzania) fueron elegidos en función de criterios específicos entre ellos la presencia de grupos locales pacifistas capaces de utilizar la información para fomentar las reformas políticas, la ausencia de información sobre la materia y el clima político receptivo. El estudio consistió en una encuesta domiciliaria realizada en uno o dos entornos distintos.

Los resultados indican que la violencia infringida por la pareja se halla extendida en todos los países donde se realizó el estudio. El porcentaje de mujeres que habían tenido pareja alguna vez y que había sufrido violencia física, sexual o ambas oscilaba entre el 15% y el 71%. Las mujeres japonesas eran la que habían experimentado menos violencia, mientras que el mayor número de experiencias violentas se registraban en entornos provinciales en Bangladesh, Etiopía, Perú y la República Unida de Tanzania.

En España, hay principalmente cuatro fuentes estadísticas primarias que ofrecen información, a nivel nacional, sobre la violencia doméstica y, más concretamente, sobre violencia ejercida por la pareja o ex pareja: la estadística de denuncias por malos tratos efectuadas por mujeres contra su pareja o ex pareja, las estadísticas vecinales que se elaboran a partir de la

²² Organización Mundial de la Salud (2005.). Estudio multipaís sobre salud de la mujer y Violencia Doméstica: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. OMS

recopilación de sucesos recogidos en los medios de comunicación, las estadísticas del Instituto Andaluz de la Mujer sobre asesinatos, tentativas de asesinato en la pareja y de una macroencuesta realizada por el Instituto de la Mujer que nos permite estimar los malos tratos que sufren las mujeres en el ámbito doméstico.

Las cifras de denuncias por malos tratos es una forma de estimar la incidencia de la violencia contra las mujeres. A partir de 1990, y como consecuencia de la reforma del Código penal de 1989, que tipificó como delito “la violencia ejercida de forma habitual sobre el cónyuge o persona a la que estuviese unida por análoga relación de afectividad” aunque no causara lesiones constitutivas de delito, ha aumentado el número de denuncias ya que pasaron a considerarse como delito algunas agresiones aunque no dejaran huella permanente.

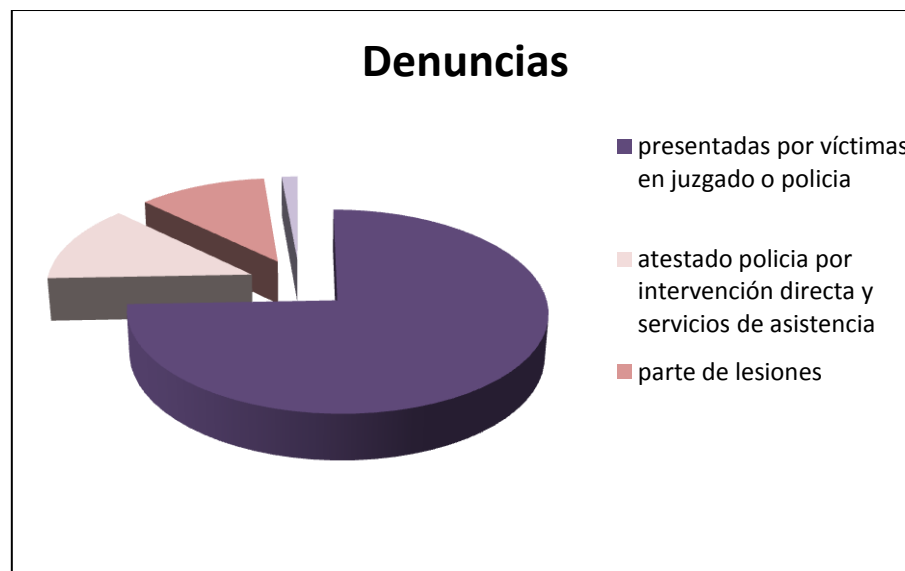
Las cifras de denuncias por malos tratos que se presentan ante los servicios de seguridad provienen de diferentes fuentes policiales. Para conocer el número de denuncias presentadas cada año habría que sumar las denuncias realizadas ante la Policía y la Guardia Civil, así como las presentas ante las policías autonómicas. Todas ellas se registran, pero no de manera uniforme, en unas y otras fuentes estadísticas y son recogidas en los últimos años por el Instituto de la Mujer.

Las cifras nos revelan que en 1989 hubo 874 denuncias de malos tratos por cada millón de mujeres, cifra que se mantuvo aproximadamente a los largo de los años noventa y se incrementó en el año 2000 a 1.080 denuncias por millón de mujeres. A partir de estas fechas las cifras se han

incrementado. Según se recoge en el III Informe Anual del Observatorio Estatal de violencia sobre la mujer las denuncias totales por violencia de género en España del 2007 al 2009 fue de 403.958, la distribución según su origen puede observarse en el gráfico siguiente (gráfico 2), en el que se pone de manifiesto que tres de cada cuatro denuncias se han interpuesto por la propia víctima de violencia. El Informe anual de violencia de género de 2010 se recoge que en España se recibieron 134.105 denuncias. En cuanto a la Comunidad Autónoma de Andalucía las denuncias del 2007 al 2009 fueron de 84.206. Para el año 2010 se recogieron en los juzgados de Violencia sobre la Mujer de Andalucía se recibieron 27.693 denuncias, que supone el 20.65% del total de los valores absolutos computados del Estado español, lo que sitúa la comunidad autónoma andaluza como la primera comunidad con mayor números de denuncias. En el año 2011 el número asciende a 20.011 denuncias en todo el territorio español y en la comunidad autónoma andaluza fue de 27.727 denuncias.

No es posible hacer una interpretación exacta del significado de estas cifras porque en la presentación de denuncias influyen dos factores diferentes: por una parte, la existencia de malos tratos y, por otra, la voluntad de denunciar. En un principio el número de denuncias es un indicador del número de malos tratos, sin embargo la decisión de hacer una denuncia tiene que ver estrechamente con los cambios de mentalidad, con el aumento de la conciencia de las mujeres sobre sus derechos, con el aumento del conocimiento de la ley.

Grafico 2: Denuncias por violencia de género



Fuente: Observatorio Estatal de Violencia contra la mujer(2011)

El Instituto de la Mujer²³ ha realizado diferentes macroencuestas en España sobre “Violencia contra las mujeres”, durante los años 1999, 2002, 2006 y 2011 con un cuestionario relativo a la violencia en el seno de la familia, excluyendo indagar acerca de otros tipos de violencia de género. La macroencuesta resulta particularmente interesante porque utiliza la distinción entre maltrato declarado y maltrato técnico. Es decir, se analiza la violencia contra la mujer teniendo en cuenta no sólo las mujeres que se autclasifican como maltratadas (maltrato declarado) sino también aquellas mujeres que técnicamente se han considerado como maltratadas por responder a determinados criterios. Así, se consideraban maltratadas en este

²³ Instituto de la Mujer (2006). III Macroencuesta sobre la violencia contra la mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid

estudio aquellas mujeres que respondían “frecuentemente” o “a veces” a, al menos, una de las frases que se les presentaba en un listado y que se correspondían con conductas de malos tratos.

De acuerdo con los resultados de esta encuesta los porcentajes de mujeres maltratadas han descendido de un año para otro. Así durante el año 1999 el 12.4% de las mujeres residentes en España mayores de 18 años declaran haber sido víctimas de malos tratos (maltrato declarado tipo B)²⁴ durante el último años, por alguna de las personas que conviven en su hogar, o por su novio, aunque no conviva con ella. El 4.2% de las mujeres residentes en España mayores de 18 años son consideradas técnicamente como maltratadas (tipo A)²⁵.

En 2002 los porcentajes descienden un poco, el 4 % de las mujeres españolas mayores de edad declara haber sido víctima de malos tratos, además el 11,1% de las mujeres españolas de 18 y más años son consideradas “técnicamente” como maltratadas. Para el año 2006 los datos reflejan que el 3.6% de las mujeres residentes en España de 18 y mas años declaran haber sido víctimas de malos tratos durante el último año. Este porcentaje representa un total de 677.352 mujeres entre las 18.606.347 de esa edad. En cuanto a las mujeres que son consideradas “técnicamente” como maltratadas se eleva al 9.6%, lo que representa un total aproximado de 1.786.978. Estos datos se recogidos en la tabla siguiente (Tabla 1)

²⁴ Maltrato tipo B: son las que afirman haber sufrido alguna situación durante el último año por la que se hayan considerado maltratadas por algún familiar, por su novio o por alguna persona de las que conviven en su hogar, es decir, se autclasifican como maltratadas

²⁵ Maltrato tipo A: Se consideran aquellas mujeres que aún no considerándose maltratadas respondían “frecuentemente” o “a veces”, al menos, una frase de las que se les presentaba en el listado de la encuesta.

Tabla 1: Porcentaje de mujeres maltratadas según grupo de edad

EDAD	TIPO A (1)		TIPO B (2)	
	2002	2006	2002	2006
18-29	10.3	8.9	3.3	3.2
30-44	10.4	10	4.2	4.4
45-64	15.1	12	4.9	4.5
65 Y MAS	8.2	6.9	3.3	2.1
TOTAL	11.1%	9.6%	4%	3.6%

Fuente: Instituto de la Mujer. Macroencuesta sobre “violencia contra la mujer”.2002-2006

1: mujeres consideradas “técnicamente” maltratadas

2: mujeres que declaran haber sido maltratadas

Los datos que recoge la macroencuesta del 2011 nos puede dar referencia sobre ¿cuántas mujeres han sufrido violencia de género?, ¿cuántas sufren violencia de género actualmente? Y ¿Cuántas han salido de la violencia de género?

La mayor parte de las mujeres entrevistadas (el 89,1%) han afirmado en la Macroencuesta de 2011 no haber sufrido nunca ninguna situación de maltrato por parte de su pareja o expareja. El porcentaje de mujeres que señaló en la Macroencuesta de 2011 haber sufrido violencia de género alguna vez en la vida ha sido del 10,9% del total de entrevistadas, lo que equivale a más de 2.150.000 mujeres. De ellas, estarían en la actualidad en situación de

maltrato casi 600.000 mujeres (el 3,0% del total de entrevistadas) y habrían salido de esa situación más de un 1.560.000 (el 7,9% del total de encuestadas).

Respecto a las Macroencuestas anteriores, los datos reflejan un aumento muy importante de la proporción de mujeres que declaraban en 2011 haber sufrido malos tratos alguna vez en la vida (10,9%, como se ha indicado) frente a los años 2006 (6,3%), 2002 (6,2%) y a 1999 (5,1%).

La proporción de mujeres que ha logrado salir de la situación de violencia de género ha ido aumentando de forma significativa desde 1999, pasando de un 2,9% del total de las entrevistadas en ese año a un 4,2% en 2006. En la Macroencuesta de 2011, el porcentaje es del 7,9%.

Mientras que, en 2006, dos de cada tres mujeres habrían dejado de ser víctimas de violencia de género (por haber sufrido ese tipo de maltrato alguna vez en la vida, pero no en el último año), la proporción de las que han salido de la violencia en 2011 es casi de tres mujeres de cada cuatro: el 72,5% de las encuestadas que declararon en 2011 haber sufrido violencia de género alguna vez en la vida, no lo sufrieron en el último año.

En cuanto a la Comunidad Autónoma de Andalucía, la macroencuesta refleja que el número de mujeres mayores de 18 años víctimas de violencia de género superaría las 400.000 mujeres en el año 2000 (el 13,6% de las mujeres mayores de edad). De ellas, sólo unas 144.000 se autclasifican como víctimas (el 4,8%). En el 2002 y el 2006 los porcentajes han disminuido un poco

aunque siguen siendo porcentajes a considerar como refleja la gráfica (Tabla 2).

Tabla 2: porcentaje de mujeres maltratadas en Andalucía

	1999	2002	2006
Mujeres tipo A(1)	13.6	13.3	11.1
Mujeres tipo B(2)	4.8	4.3	4.1

Fuente: Instituto de la Mujer. Macroencuesta sobre violencia contra la mujer

1: mujeres consideradas “técnicamente” maltratadas

2: mujeres que declaran haber sido maltratadas

Por último según los datos de Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género en la provincia de Huelva se ha registrado durante el 2011 un total de 1.466 denuncias por violencia de género, de las que 194 renunciaron al proceso, una situación que hace que la provincia Onubense haya tenido una tasa de 55,8 denuncias por cada 10.000 mujeres, mientras que la media nacional fue de 56.06.

Otras cifras relevantes son las aportadas por los hospitales del Servicio Andaluz de salud. En 1998 se cursaron más de 900 Partes de lesiones y 121 mujeres fueron ingresadas por malos tratos. En 1999 fueron 90 mujeres por las mismas causas²⁶. Sin embargo por la causa codificada 995.81(síndrome de malos tratos del adulto) según el Código Internacional de Enfermería-9 sólo

²⁶.Investigación realizada en los registros del Conjunto Mínimo Básico de datos al alta hospitalaria

aparecieron 4 casos. Lo cual significa que el motivo del ingreso principal en la mayoría de los casos es otro y sólo a posteriori se verifica que el motivo del ingreso está relacionado con alguna de las causas que se incluyen dentro del Código E: Clasificación suplementaria de causas externas de lesiones y envenenamiento (E800-E900)(tabla 3)

Tabla 3: Clasificación suplementaria de causas externas de lesiones y envenenamiento

Código E	Causa	Año 1998		Año 1999	
		Nº	%	Nº	%
E960	Reyerta, pelea, violación	35	28,93%	18	20%
E962	Agresión por envenenamiento	3	2.48%	3	3.33%
E965	Agresión por arma de fuego	4	3.31%	1	1.11%
E966	Agresión por instrumento cortante	13	10.74%	20	22.22%
E967	malos tratos a niñas	7	5.79%	6	6.67%
E968	agresión por otros medios	57	47.11%	42	46.67%
E969	Efectos tardíos de lesiones Inflingidas de forma Intencionada por otra persona	2	1.65%		
Total		121	100%	90	100%

Fuente: CMBD 1998-1999

Como hemos señalado la violencia de género es una de las principales causas de mortalidad en las mujeres en edad fértil en todo el mundo. En España las cifras de mujeres fallecidas al año a causa de malos tratos por parte de su pareja, según el informe anual de violencia de género de la Dirección General de violencia de Género es el que se recoge en la tabla siguiente:

Tabla 4: Evolución de la cifra de mujeres muertas por violencia de género

Mujeres muertas	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Total	71	72	57	68	71	76	55	73	57

Fuente: Elaboración Propia a partir de los datos proporcionados por el Informe anual del Instituto de la Mujer.

Por otra parte, se constata el mayor número de mujeres extranjeras inmigrantes, entre las mujeres muertas a causa de violencia de género, con una tendencia creciente en los últimos años. Este hecho tal vez ha influido en la reciente puesta en marcha por parte del gobierno del Plan de Atención y Prevención de la Violencia de género para la población extranjera Inmigrante 2009-2012

3.5. Consecuencias en la salud de la violencia contra la mujer

Una de las principales consecuencias de la Violencia de Género es el deterioro de la salud de las mujeres. En 1998 es considerado desde la OMS como un grave problema de Salud Pública y una prioridad internacional para los servicios de salud. Ese mismo año en nuestro país se elabora el Primer Plan de Acción contra la Violencia Doméstica en el que se reconoce de forma explícita la violencia doméstica como un problema de estado.

Según un Informe elaborado por el Consejo de Europa (2002), las estadísticas apuntan que la violencia en el seno de la familia sería la principal causa de muerte e invalidez de las mujeres de 16 a 44 años, por delante del cáncer o los accidentes de tráfico. En este sentido, son numerosos los informes y estudios que demuestran las importantes consecuencias que tiene la violencia doméstica en la salud física y mental de las mujeres maltratadas, así como los graves costes económicos y sociales de la violencia contra la mujer²⁷. Como señalan Ramsay et al. (2005), la violencia doméstica puede tener importantes consecuencias negativas a corto y largo plazo en la salud de las mujeres que pueden persistir incluso cuando dicha violencia ha finalizado.

²⁷ Algunos estudios que se pueden revisar son: Krantz G. (2002). Violence against women: a global public health issue. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56:242-243; Saltzman LE, Fanslow JL, McMahon PM, et al (2002). Intimate partner violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2002:85-94

Los resultados de la British Crime Survey ²⁸ indican que el 75% de los casos de violencia doméstica tienen como resultado lesiones físicas o consecuencias sobre la salud mental. Además, la violencia doméstica también tiene importantes consecuencias para los hijos testigos de la misma, así como para el maltratador.

En relación con las consecuencias físicas, la violencia doméstica es una de las causas más comunes de lesiones graves en las mujeres. En un estudio realizado en el Reino Unido²⁹, en los servicios de atención primaria, el 16% de las mujeres habían sido golpeadas en la cara, el 20% en el cuerpo, brazos o piernas y al 13% le habían propinado patadas. El 50% de estas mujeres requirieron atención médica para tratar las lesiones que habían sufrido. Una imagen similar la proporciona la investigación realizada en servicios de urgencias³⁰.

Por otra parte, las mujeres víctimas de violencia doméstica pueden sufrir diferentes problemas de salud crónicos. Una de las diferencias más contrastada, en términos de salud física, entre mujeres víctimas de violencia doméstica y mujeres que no han sido víctimas, es la presencia de problemas ginecológicos (enfermedades de transmisión sexual, infecciones o sangrado vaginal, irritación de las zonas genitales, dolor pélvico crónico, infecciones en el aparato urinario). Los daños físicos derivados de las agresiones pueden

²⁸ Recogido en Walby S., Allen J, (2004). Domestic violence sexual assault and stalking: findings from the British Crime Survey. *Home Office Research Study 276*. London: Home Office.

²⁹ Richardson, J.; Coid, J.; Petruckevitch, A.; Cheng, WS.; Moorey, S. & Feder, G. (2002). Identifying domestic violence. *Cross sectional study in primary care*. *BMJ* pp 274

³⁰ Guth, AA. & Pachter, L. (2000). Domestic violence and the trauma surgeon. *American Journal of Surgery*; 179: 134-140

incluir desde lesiones leves a graves afectaciones de órganos y tejidos con importantes implicaciones en el funcionamiento del organismo, y suponen en un elevado porcentaje de casos incluso de muerte.

La OMS en su “Informe Mundial de Violencia y Salud” señala los siguientes como los más frecuentes (Drug et al, 2002): daños abdominal/torácico, hematoma y contusiones, síndromes de dolor crónico, discapacidad, fibromialgia, fracturas, trastornos gastrointestinales, colon irritable, laceraciones y abrasiones, daño ocular y reducción del funcionamiento físico. Entre las consecuencias sexuales y reproductivas señala: trastornos ginecológicos, infertilidad, inflamación de la pelvis, complicaciones en el embarazo/aborto, enfermedades de transmisión sexual, aborto inseguro y embarazos no deseados. A continuación se expone una tabla (Tabla 5) donde se ven reflejada más claramente las principales manifestaciones clínicas asociadas a la violencia de género.

Cuadro 3: Principales manifestaciones clínicas

Psíquicas	Depresión
	Ansiedad
	Sentimiento de culpa y vergüenza
	Trastornos psicósomáticos
	Crisis de pánico y fobias
	Conductas sexuales inseguras
	Trastornos de alimentación
	Trastornos de estrés postraumáticos
	Abuso de psicofármacos, alcohol y otras drogas
	Ausencia de cuidado personal
	Intento de suicidio
Sexuales	Disminución de la libido

Anorgasmia
Falta de autonomía sexual

Ginecológicas Embarazo no deseado
Embarazo de alto riesgo
Enfermedades de transmisión sexual

Abortos en condiciones inseguras
Infecciones de orina de repetición
Dolores pélvicos crónicos

Físicas Dolores crónicos
Cansancio
Colon irritable
Fibromialgía
Problemas gastrointestinales

Traumáticas Fracturas
Contusiones y hematomas
Quemaduras
Rotura del tímpano

Fuente: OMS

En cuanto a las consecuencias psicosociales que sufren las mujeres víctimas de violencia doméstica hay que señalar que algunos investigadores comparan el impacto de sufrir este tipo de violencia con el trauma causado tras haber sufrido secuestro y tortura³¹. Las secuelas psicológicas más frecuentes son depresión y trastornos de estrés post-traumático. Las mujeres que mantienen este tipo de relaciones de abuso suelen presentar baja autoestima y sentimientos de indefensión y es cinco veces más frecuente que

³¹ Graham, DLR .& Rawlings, E. (1998). Survivor of terror: battered women, hostages and the Stockholm Syndrome. En Yllo, K. y Bograd, M. eds: *Feminist perspectives on wife abuse*. London: sage

intenten suicidarse que las mujeres que no sufren malos tratos. Igualmente, es frecuente que padezcan ansiedad e insomnio. Por otra parte, en algunos estudios se ha encontrado que las mujeres víctimas de violencia doméstica son quince veces más proclives a abusar del alcohol y nueve veces a abusar de otras sustancias. La OMS también en su “ Informe Mundial de la Violencia y Salud” (2002) señala las siguientes consecuencias psicológicas como las más frecuentes: abuso de tabaco, alcohol y otras drogas, depresión, ansiedad, trastornos alimentarios, trastornos del sueño, sentimientos de vergüenza y culpa, fobias y trastornos de pánico, inactividad física, baja autoestima, trastornos postraumáticos, problemas en la conducta sexual y disfunciones sexuales. Para dar cuenta de todos estos síntomas y problemas derivados de la violencia y el maltrato las respuestas de la mujer a la situación Walker (1991) formulo el síndrome de la mujer maltratada, que está basado en la teoría de la indefensión aprendida. Recientes estudios³² han puesto de manifiesto la aparición de estrés crónico con repercusión en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal en mujeres maltratadas, incluso sin haber sido diagnosticadas previamente de trastorno postraumáticos. La intensidad y duración del estrés postraumático se ha puesto en relación con alteraciones como la disociación peritraumática en el momento agudo del trauma. En general, se calcula que el 60% de las mujeres maltratadas tienen problemas psicológicos moderados o graves, aunque otros autores hablan de cifras de alrededor del 85%.

Estas circunstancias hacen que en muchas ocasiones la mujer recurra al consume de medicamentos y drogas como fórmula de evasión. Esta merma

³² Griffin, MG.; Resick, P.A. & Yehuda, R.(2005). Enhanced cortisol supresión following dexamethasone administration in domestic violence survivors. *Am J Psichiatry* , 162:1192-1196

de la salud de la mujer llega en algunos casos a su expresión más extrema: la muerte. Solamente en el 2011 murieron 61 mujeres asesinadas por sus parejas, y en lo que va de año hasta el 30 de abril van 15 las mujeres que han muerto en manos de su pareja o ex pareja. Si se contabilizan las muertes secundarias (suicidios, intoxicaciones y enfermedades de transmisión sexual) la cifra de fallecimientos debidos a violencia de género es muy superior. La afectación de la salud de las mujeres afectadas es mayor cuanto más cercano y prolongado es el maltrato. Por ello es necesario detectarlo precozmente y prevenir su desarrollo, mantenimiento y secuelas.

No obstante, hay que tener presente, tal y como señalan Fernández et al.(2003) que *“sólo algunas víctimas de maltrato presentan trastornos psicopatológicos bien definidos. En muchos casos, los motivos de consulta pueden ser síntomas físicos y psicológicos poco específicos y trastornos por somatización, que pueden ser la carta de presentación de una situación de maltrato”* (p. 27).

Siguiendo a Miguel Lorente Acosta (2001)³³ para tratar de establecer el impacto real de los efectos de la agresión sobre la salud individual y sobre la salud pública, se ha adoptado un indicador mixto basado en la pérdida de Años de Vida Saludable (AVISA), es decir, el número de años que se pierden sobre una esperanza de vida teórica basada en las características de la población y de la sociedad concreta. De este modo, se ha podido determinar el número de pérdidas de AVISA que se producen como consecuencia de la agresión a la mujer y saber a qué se deben estas pérdidas.

³³ hace un interesante análisis en la utilización de estos indicadores en su libro *Mi marido me pega lo normal*. Editorial crítica. Colección Ares y Mares. Barcelona 2001.

Con este enfoque Miguel Lorente Acosta afirma que los daños físicos suponen el 55% de los AVISA perdidos mientras que los daños psicológicos y a la salud reproductora dan lugar al 45% de pérdidas.

Relacionados con otras patologías o situaciones es cuando realmente podemos alcanzar una adecuada percepción sobre las consecuencias en términos de salud de la agresión a la mujer. Así el porcentaje total de AVISAS perdidos correspondientes a cada situación es la siguiente:

- Diabetes: 8.1%
- Problemas del parto: 7.9%
- Agresión a la mujer: 5.6%
- Cardiopatías isquémicas: 5.5%
- Accidentes de tráfico: 2.2%

Vemos que la agresión a la mujer está situada en tercer lugar y que si consideramos que los AVISAS perdidos por los “problemas del parto” ocurren fundamentalmente en países en vías de desarrollo con sistemas de salud aún deficientes, podemos indicar que la agresión a las mujeres es la segunda causa que está provocando más muertes prematuras y más secuelas física. Como vemos las consecuencias sobre la salud individual de cada una de las mujeres agredidas y sobre la salud pública, teniendo en cuenta además que las personas maltratadas consumen muchos recursos sanitarios en forma de productos farmacéuticos y consultas erráticas a los distintos servicios de salud, fundamentalmente traumatología, ginecología, psiquiatría, atención primaria y urgencias de la sociedad, son muy importantes y en consecuencias

debemos responder para prevenir que este tipo de conductas se produzcan. Distintos estudios demuestran que más del 20% de las mujeres que consultan a estos últimos servicios sufren malos tratos.

3.6. El silencio en las víctimas y el “iceberg” de la violencia doméstica.

A pesar de la elevada prevalencia y las importantes consecuencias que tiene sobre la salud la violencia doméstica, son todavía demasiados los casos que se quedan sin denunciar. Asimismo, como se señala en el documento elaborado por Fernández et al. (2003), la mayoría de mujeres pasan entre cinco y diez años desde el inicio del maltrato hasta que éste se denuncia. De hecho, la violencia contra las mujeres ha sido reconocida por la ONU como “el crimen encubierto más frecuente del mundo”. Al igual que otras conductas estigmatizantes y contra normativas que tienen lugar en un entorno privado, esta violencia se denuncia con muy poca frecuencia. Un informe de la Asociación Americana de Psicología señalaba que las mujeres víctimas de la violencia denuncian la situación 6 veces menos cuando el agresor es un compañero íntimo que cuando el agresor es un extraño³⁴. Además, si los malos tratos no producen lesiones severas, las probabilidades de denunciar la violencia se reducen sustancialmente. Como hemos señalado anteriormente, según la encuesta del Instituto de la Mujer realizada en el año 2002 el 4% de las mujeres españolas se consideraron víctimas de la violencia doméstica

³⁴ American Psychological Association (1996). Violence and the family: Report of the American Psychological Association Presidential Task Force on Violence and the Family. Washington, DC: American Psychological Association

durante el año anterior, y el 11.1% se consideraron “técnicamente maltratadas”. Durante ese año se produjeron 43.313 denuncias. Un número de denuncias que representaría únicamente alrededor del 2’5% de las mujeres consideradas técnicamente como maltratadas. Estos datos ilustran el hecho de que las denuncias por malos tratos producidas por el compañero íntimo constituyen tan sólo la punta del iceberg de las dimensiones “reales” estimadas de este problema. Unos casos que, además, tienden a representar el extremo más severo, crónico y con frecuencia fatal de la violencia contra la mujer.

Para representar adecuadamente este fenómeno se ha utilizado la metáfora del “iceberg de la violencia doméstica”. Una metáfora en la que los casos denunciados de violencia doméstica (normalmente los casos más extremos de violencia) y los homicidios de mujeres a manos de sus compañeros sentimentales representan únicamente la punta del iceberg. De acuerdo con esta metáfora, la mayoría de los casos se encuentran sumergidos y son supuestamente invisibles para la sociedad³⁵. Probablemente, son muy escasos los problemas de salud pública que compartan esta característica: una situación o condición está afectando al 25% de la población, pero únicamente unos pocos afectados, entre el 2,5 y el 15%, informan que están sufriendo esta situación. De nuevo, la imagen del iceberg nos dice que aunque podemos estimar cuántas mujeres están sufriendo o han sufrido violencia doméstica, no podemos llegar a ellas porque la mayoría de los casos no son denunciados (Gracia, 2004).

³⁵ Gracia, E. (2004). Unreported cases of domestic violence against women: towards an epidemiology of social silence, tolerance and inhibition. *J Epidemiol Community Health*; 58: 536-537

No podemos dejar de preguntarnos por qué tantas situaciones de violencia quedan ocultas ¿Es realmente tan abrumadora esa falta de visibilidad? ¿Es, por tanto, inevitable que un número tan elevado de mujeres no reciban atención, ayuda, apoyo o protección? Son numerosas las razones que pueden llevar a una mujer a mantener en silencio los malos tratos que sufre cotidianamente, evitando dar visibilidad social a su sufrimiento. Lo cual no quiere decir que otras personas de su entorno social estén “ciegas” ante la situación que vive esa mujer. De hecho, un elemento común en innumerables casos de violencia doméstica es que las agresiones sufridas por la mujer eran conocidas desde hacía tiempo por el entorno social inmediato de esa familia. Y otro elemento común en esos casos es que ese mismo entorno social no había intentado hacer nada para detener esas agresiones cotidianas. Al parecer, la gran mayoría de mujeres maltratadas se encuentran rodeadas de un gran silencio: el suyo propio y el silencio e inhibición de su entorno social.

Esta reacción de pasividad del entorno social ante casos cotidianos de violencia doméstica termina constituyéndose en un factor que, si no apoya esos actos violentos, tampoco ayuda a generar actitudes sociales con capacidad disuasoria. Por la misma razón, es probable que un clima de intolerancia social en el que con casi toda certeza se prevea que cualquier persona del entorno social de la mujer (vecinos, comerciantes, servicios sociales, policías, médicos, etc.) se movilizará y actuará ante situaciones de violencia contra la mujer, incrementándose así la visibilidad de los agresores, ayudará a reducir notablemente los episodios de violencia, al mismo tiempo que inclinará a las víctimas a denunciar o revelar antes su situación.

3.7. La violencia, un problema de salud pública

A pesar de que la violencia siempre ha estado presente, el mundo no tiene que aceptarla como una parte inevitable de la condición humana. Siempre ha habido violencia, pero también siempre han surgido sistemas- religiosos, filosóficos, jurídicos y comunales- para prevenirla o limitar su aparición. Ninguno ha sido completamente exitoso, pero todos han efectuado un aporte a la disminución de este rasgo distintivo de la civilización³⁶.

Desde principios de los años ochenta, el campo de la salud pública ha pasado a ser un recurso valioso en la respuesta a la violencia. Una amplia gama de profesionales, investigadores y sistemas de salud pública han procurado comprender las raíces de la violencia y evitar que surja.

Es posible prevenir la violencia y disminuir sus efectos, de la misma manera en que las medias de salud pública han logrado prevenir y disminuir las complicaciones con el embarazo, las lesiones en el trabajo, las enfermedades infecciosas y las afecciones resultantes del consume de alimentos y agua contaminados en muchas partes del mundo. Es posible cambiar los factores que contribuyen a producir respuestas violentas, ya sea los dependientes de la actitud y el comportamiento o los relacionados con situaciones sociales, económicas, políticas y culturales más amplias.

³⁶ Krug, EG.; Mercy, JA.; Dahlberg, LL. & Zwi, A.B.: (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. *Biomédica*, 22: 327-336

Por definición, la salud pública no se ocupa de los pacientes a título individual. Su interés se centra en tratar las enfermedades, afecciones y problemas que afectan a la salud, y pretende proporcionar el máximo beneficio para el mayor número posible de personas. Esto significa que la salud pública haga a un lado la atención a individuos. Más bien, la inquietud estriba en prevenir los problemas de salud y ampliar y mejorar la atención y la seguridad de todas las poblaciones.

El enfoque de salud pública a cualquier problema debe ser interdisciplinario, y se basa en datos científicos. Además extrae conocimientos de muchas disciplinas entre ellas la medicina, la epidemiología, la sociología, la psicología, la criminología, la pedagogía y la economía. Esto le ha permitido al campo de la salud pública ser innovador y receptivo con respecto a una amplia variedad de enfermedades, padecimientos y lesiones en todo el mundo.

El enfoque de salud pública también hace hincapié en las acciones colectivas. Ha demostrado una y otra vez que las iniciativas de cooperación de sectores tan diversos como son la salud, la educación, los servicios sociales, la justicia y la política, son necesarios para resolver problemas que por lo general se consideran netamente “médicos”. Cada sector tiene un papel importante que desempeñar al abordar el problemas de la violencia y , conjuntamente, las estrategias adoptadas por cada uno tiene el potencial de producir reducciones importantes de la violencia.

3.8 La detección de la violencia de género en el ámbito de la salud

Como hemos indicado previamente, la Organización Mundial de la Salud, en su Resolución 49.25, considera que la prevención de la violencia es una prioridad de salud pública y que el ámbito de la salud puede desempeñar un importante papel en su prevención y en el apoyo a las víctimas. Y es que, ciertamente, el ámbito de los profesionales de la salud, con una mayor concienciación sobre el problema de la violencia en la familia, puede desempeñar un papel crucial en la identificación de casos de violencia doméstica que, probablemente, de otra forma quedarían sumergidos entre el silencio de las víctimas y el silencio e inhibición de su entorno social. Y en el caso de los profesionales sanitarios de los dispositivos de urgencias y emergencias, en algunos casos, su papel puede ser fundamental en la detección del maltrato ya que acuden directamente al propio domicilio de la víctima, lo que hace que con una buena formación y entrenamiento puedan identificar signos y síntomas que les de indicios de que estar atendiendo una situación de maltrato aunque no sea éste el motivo por el que se solicitó su presencia. Los equipos sanitarios de emergencias poseen una peculiaridad que les hace ser un punto clave en la detección del maltrato, y es su presencia en los domicilios de las víctimas.

De hecho, los resultados de diversos estudios confirman que el número de mujeres tratadas por profesionales de la salud por lesiones como consecuencia de la violencia interpersonal es muy elevado³⁷. Por ejemplo, en

³⁷ Consultar Strauss, M. (1986). Medical care costs of intra-family assault and homicida to society. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*.

un estudio de ámbito nacional llevado a cabo en Estados Unidos se estimó que el 37% de las pacientes en los servicios de urgencias habían sido lesionadas por personas con las que mantenían o habían mantenido una relación íntima. Sin embargo, los índices de detección de violencia doméstica en hospitales y servicios de urgencia y emergencias aún son muy bajos, a pesar de ese alto índice de mujeres víctimas de violencia doméstica que visitan los servicios de urgencias en busca de tratamiento o solicitan atención en su propio domicilio. Este hecho puede estar reflejando tanto las reticencias de las mujeres de admitir las causas de sus lesiones como la falta de voluntad de algunos profesionales de la salud por indagar más. Así, por ejemplo, La Organización Mundial de la Salud señalaba que los profesionales de la salud raramente indagan acerca de síntomas de violencia o preguntan a las mujeres acerca de si han sufrido algún tipo de abuso, incluso aunque la mayoría de mujeres sean favorables a las entrevistas rutinarias acerca de la violencia doméstica por parte de sus médicos.

Y es que, a pesar de la frecuencia con que los profesionales de la salud “ven” casos de violencia familiar, en algunas ocasiones ignoran o minimizan los abusos, o bien no creen a la víctima o se inhiben. Y es que el personal médico, en numerosas ocasiones, tiende a centrarse únicamente en las lesiones o daños ignorando el proceso y las circunstancias del incidente que las provoca. Pero además, aunque resulte evidente que el origen de las lesiones o daños sean debidos a los malos tratos, una gran mayoría de mujeres continúan sin ser identificadas como tales por los profesionales de la salud. Entre las razones por las que médicos y otros profesionales de la salud no preguntan con regularidad acerca de los malos tratos, se mencionan el encontrarse saturados o abrumados, el olvido, tener miedo de abrir la “caja

de Pandora”, sentirse incómodos preguntando, o no saber qué hacer con la información que la mujer pueda revelar³⁸.

Otras razones apuntadas son la falta de educación y conocimientos acerca de la violencia doméstica y las importantes amenazas que conlleva tanto para la salud física como mental. Además, esa inhibición también puede estar relacionada con creencias tales como “la violencia doméstica es un asunto privado”, o “la violencia doméstica es un problema que no pertenece al ámbito de la salud”.

A pesar de todo lo anterior, los servicios de urgencias tanto hospitalarios como extrahospitalarios y las emergencias, se encuentran entre los lugares más importantes y también menos reconocidos para iniciar una intervención. Mujeres que no buscarían ayuda en refugios o centros de acogida o que no llamarían a la policía, podrían acudir al servicio de urgencias o solicitar atención al servicio de emergencias aunque la queja no fuera directamente una agresión. En este sentido, una mayor concienciación y formación de los profesionales de la salud, así como dominar las técnicas de entrevista y protocolos de identificación facilitaría el que médicos y otro personal sanitario pudiera prestar ayuda a la mujer maltrata. Sin embargo los distintos estudios realizados, tanto a nivel internacional como nacional, nos muestran como existe una escasa formación en el personal sanitario. Ferris (1994) encontró, en una muestra nacional de 963 médicos familiares en Canadá, que la mayoría de éstos demandaban más educación y capacitación sobre el problema, por considerar que no tienen elementos suficientes para

³⁸ Ministerio de sanidad y consumo (2007). Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Junta de Andalucía

poder enfrentar la situación de sus pacientes. Un estudio realizado en México muestra como el 90% del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, no tiene instrucción alguna sobre el tema; entre quienes sí recibieron alguna capacitación, la mayoría la adquirió por iniciativa propia, mientras que el resto lo hizo de manera obligatoria durante su formación, y la mayoría de las capacitaciones fueron en un nivel de postgrado.

Otros estudios muestran datos muy relevante relacionados con la relación entre la capacitación en violencia de género y la identificación de signos y síntomas, así Parsons y colaboradores (1995) encuestaron a médicos ginecobstetras en los Estados Unidos de América para conocer sus métodos y actitudes hacia la identificación de la violencia domestica entre sus pacientes; de estos el 34% contestó no tener capacitación suficiente.

Al comparar los resultados de nuestro estudio con otros similares, destacan los estudios de Gremmellion y Elaine, en 1996 y 1998 respectivamente, en los Estados Unidos, en los que se encontró que cerca del 54% de las escuelas de medicina de ese país ofrecen programas de instrucción sobre violencia intrafamiliar, y que más de un tercio de los estudiantes nunca recibió instrucción sobre violencia. Otro trabajo realizado por Reid y Glasser en 1997, en el Oeste del mismo país, encontró que el 75% de los médicos no han sido entrenados para enfrentar este problema.

Partimos de la base de que la formación y capacitación del personal sanitario en la detección de la violencia de género es imprescindible y podemos constatar como todavía estamos muy lejos de conseguir cumplido este objetivo que desde muchas instancias políticas se han marcado. A

continuación exponemos estrategias claves que nos conduzca a una mejor y mayor atención y detección de las mujeres que sufren algún tipo de maltrato.

3.9 Estrategias de respuesta desde el ámbito de la salud ante la violencia de género

La OMS recoge en el Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica³⁹ algunas recomendaciones del sector salud para reforzar su respuesta ante la violencia contra la mujer, entre ellas propone:

Desarrollar una respuesta global del sector salud sobre los efectos de la violencia contra la mujer, recoge que las respuestas a la violencia contra la mujer deberán integrarse en todos los ámbitos de la atención (servicios de urgencias y emergencias, servicios de salud reproductiva, planificación familiar, salud mental, etc.). La necesidad de que los profesionales de salud se coordinen y trabajen con otros sectores, en particular policía y servicios sociales.

La coordinación entre el sistema de servicios de salud y el de servicios sociales es primordial pero en muchas ocasiones esta relación es deficiente

³⁹ Organización Mundial de la salud (2002). Estudio multipaís sobre la salud de la mujer y violencia doméstica: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Suiza

cuando no ineficaz. Debido a la importancia que consideramos tiene este asunto vamos a dedicar un apartado de esta capítulo a abordarlo.

Sharps y Campbell (1999) proponen una serie de estrategias para responder ante la violencia contra las mujeres desde el ámbito de la salud. La primera de estas estrategias consistiría en la educación y formación de los profesionales de la salud, una formación que incluiría información sobre factores de riesgo, indicadores, prevalencia y secuelas físicas y mentales de los malos tratos.

Una segunda estrategia consistiría en la educación de mujeres a través de trípticos, pósters, videos y campañas en los medios de comunicación donde se describa el ciclo de los malos tratos, los efectos de las lesiones en la salud y los recursos comunitarios para las mujeres maltratadas. De acuerdo con Sharps y Campbell una mayor concienciación de las mujeres acerca de los malos tratos y sus efectos, y un mayor conocimiento podría mejorar no sólo la calidad de su comunicación acerca de los abusos con los profesionales sino también tendría un impacto positivo en las conductas de seguridad.

Una tercera estrategia consistiría en la evaluación de todas las mujeres que acude a un centro sanitario (cribado universal). Una propuesta que recoge el hecho de que las mujeres maltratadas utilizan los sistemas de salud en una proporción mucho mayor que las mujeres no maltratadas. Este tipo de prevención podría incluir evaluaciones rutinarias en servicios de urgencias, de atención primaria, en clínicas donde se practique el aborto o en servicios de atención prenatal, medidas acompañadas con protocolos adecuados de evaluación y con la adecuada conexión con los servicios comunitarios

apropiados. En este sentido, un estudio llevado a cabo por McLeer y Anwar es bastante alentador⁴⁰. En este estudio se entrenó a profesionales de los servicios de urgencia de un hospital en la utilización de un protocolo en el que se realizaban preguntas directas acerca de la experiencia de las mujeres de malos tratos. La mayoría de las mujeres respondían sin problemas a las preguntas del protocolo y parecían aliviadas de que alguien les hubiera preguntado directamente cómo habían sido dañadas. A aquellas mujeres que habían sido maltratadas se les proporcionaba información sobre recursos de la comunidad disponibles para ellas. Por otra parte, la mayoría de las mujeres que no habían sido maltratadas no parecía importarles que se les hubiera preguntado si habían sido golpeadas o lesionadas por alguien. Después de un año de uso del protocolo, los resultados demostraron que el porcentaje de mujeres identificadas positivamente como maltratadas se incrementó desde el 5.6% al 30%, como resultado de la formación y uso del protocolo por el personal sanitario.

En nuestro país, en el documento de recomendaciones en violencia doméstica del Ministerio de Sanidad y Consumo elaborado por Fernández y otros en el año 2003 ya se señala que la detección precoz es uno de los objetivos más relevantes de la intervención dirigida desde el primer nivel de atención sanitaria.

Otra estrategia preventiva propuesta por Sharps y Campbells consistiría en programas para la violencia doméstica desarrollados en entornos hospitalarios que podrían proporcionar formación sobre tópicos

⁴⁰ McLeer, S.; Anwar, R.: (1989). A study of battered women presenting in an emergency department. *American journal of public health*.

como la responsabilidad legal en las notificaciones de casos, documentación médica, recolección de evidencia, coordinación con la policía y sistema judicial, cuestiones de seguridad para el personal sanitario y para las víctimas y conexiones con los recursos comunitarios.

Finalmente, otro esfuerzo preventivo debería dirigirse a reducir los efectos de la violencia en mujeres embarazadas para asegurar que se recibe un cuidado prenatal adecuado. Dado que son numerosas las complicaciones que pueden aparecer como resultado de los abusos durante el embarazo, es importante que se inicie cuanto antes el cuidado prenatal así como promover programas comunitarios de captación para identificar e integrar en los programas de cuidado prenatal a mujeres (adultas como adolescentes) en situación de riesgo.

En nuestro país, la Ley Integral contra la Violencia de Género (Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre) propone unas medidas de actuación desde el ámbito sanitario que apuntan en la misma dirección que las estrategias planteadas por Sharps y Campbell. Así, en el artículo 15, se indica que se “promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia”. Como medidas concretas se indica que se desarrollarán programas de formación continuada y sensibilización del personal sanitario, con el objetivo de promover el diagnóstico precoz, así como la asistencia y recuperación de las víctimas. Igualmente, las administraciones educativas competentes tendrán que garantizar que se incorporen contenidos dirigidos a la capacitación para la prevención, la

detección precoz, intervención y apoyo a las mujeres víctimas de violencia en los currículos de las diplomaturas y licenciaturas y en los programas de especialización de las profesiones sociosanitarias.

Además, en el artículo 32 se explicita que se promoverá la aplicación, actualización y difusión de protocolos que contengan pautas de actuación sanitaria uniformes, tanto en el ámbito público como privado, entendiendo que tales protocolos facilitarán las actividades de prevención, detección precoz e intervención. De hecho, ya se han llevado a cabo algunas medidas por parte de las administraciones públicas. En concreto, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha desarrollado diversas actividades formativas en torno a la aproximación a la violencia doméstica en las consultas de atención primaria.

Otras iniciativas, que demuestran la necesidad de una buena formación por parte de los profesionales sanitarios, es el proyecto piloto llevado a cabo en un hospital universitario de Madrid y dos centros de salud, desarrollado por la Escuela de ciencias de la Salud de la Organización Colegial de Enfermería, cuyos resultados fueron revolucionarios en materia de detección y atamamiento de casos de violencia de género.

En dicho hospital donde se formó al 100% de la plantilla de enfermería para la detección de casos de malos tratos, en tan sólo un mes y medio se detectaron 60 caso de violencia de género, unas cuatro veces más que todos los casos detectados durante el 2004 en dicho centro. Esta proporción permite hacerse una idea de la cantidad de mujeres víctimas de malos tratos

que pasan desapercibidas para el sistema sanitario como consecuencia de una falta de preparación específica.

De todas las propuestas que hasta ahora se han dado desde diversos colectivos e instituciones, la que ha generado más polémica es la utilización del cribado universal como mecanismo de detección de la violencia doméstica. La Organización Mundial de la Salud en 1996 insistía en la importancia de mejorar la respuesta del sector sanitario ante la violencia de género mediante el uso del cribado universal para las mujeres y niñas, esto es, la práctica de preguntar habitualmente a todas las pacientes si han sido objeto de maltrato sexual o físico, y la creación de protocolos de acción, es decir, planes escritos que definan para un entorno específico los procedimientos que deben seguirse para identificar y responder adecuadamente a las víctimas de maltrato.

Aunque desde nuestro estudio y desde mi propia posición profesional no nos lleva a entrar en el debate sobre los eficaz del cribado, si considero que se hace oportuna recoger este debate, pues toda propuesta encaminada a prevenir y mejorar la atención a mujeres víctimas de malos tratos deben ser recogidas y abordadas dada su importancia y no podía pasar por alta en un estudio que aborda la violencia de género esta reflexión sobre el cribado universal.

Algunas razones recogidas por organizaciones internacionales y sociedades científicas⁴¹ para incorporar el cribado en violencia de género son:

⁴¹ Revisar propuestas de : American College of Obstetricians and Gynaecologist (ACOG), American Academy Family Physicians, Family Violence Preventing Fundation, American Medical Association.

- Alta prevalencia estimada y bajo diagnóstico
- Todavía no es posible definir una población de riesgo
- Dificultad para la detección del maltrato psicológico y, en menor medida, del físico sin preguntar específicamente.
- Buena aceptabilidad por parte de la mujer.
- Coste asumible
- Beneficios esperados superiores a los posible efectos adversos

En cuanto a los instrumentos de cribado, tampoco hay acuerdo respecto a recomendar el uso de un determinado cuestionario, y ese a pesar de haber sido probados múltiples modelos y aunque varios de ellos están validados. Conviene reconocer que aunque no haya unanimidad respecto a la recomendación de realizar o no cribado poblacional de la violencia de género si hay acuerdo en aconsejar al profesional que esté alerta ante la posibilidad de maltrato y sea capaz de reconocer los signos o indicadores de sospecha. (Cuadro 4)

Cuadro 4: signos y señales de maltrato

Sospechar posibilidad de maltrato ante lesiones cuando encontremos discrepancias en las exploraciones y el mecanismo de producción referido, retraso en la petición de consulta, lesiones o hematomas en diferentes estadios evolutivos o ante consultas reiteradas de urgencia por lesiones atribuidas a accidentes fortuitos.

Características de las lesiones:

- Suelen ser bilaterales y más frecuentes en la cabeza, el cuello, el tórax y el abdomen, siguiendo un patrón central
- Lesiones sugestivas: rasguños, marcas de mordedura, quemaduras de cigarrillos y abrasiones por roce de cuerda

- Lesiones que indican una postura defensiva: equimosis o fractura de los antebrazos; los hematomas en la región dorsal obedecen a la postura de defensa que adopta la víctima al proteger su cara y tórax
- Fracturas de huesos nasales, dientes y mandíbulas
- Desgarro del lóbulo de la oreja por arrancamiento de pendiente, rotura timpánica bofetón).
- Lesiones antiguas: cicatrices, signos radiográficos de fracturas antiguas. En las gestantes las lesiones pueden localizarse en el abdomen, las mamas y el área genital.
- Investigar signos de agresión sexual en mujeres con lesiones físicas

Señales de alerta por su estado psicológico (actitudes, estado emocional)

- Actitudes de la víctima: temor, nerviosismo, ausencia de contacto visual, inquietud, sobresalto al menor ruido, miradas inquietas a la puerta, pasividad, ensimismamiento, tendencia a culpabilizarse y a exculpar a su pareja, reticencia a responder preguntas o dejarse explorar, incapacidad para tomar decisiones.
- Estado emocional: tristeza, depresión, ideas suicidas, miedo a morir, confusión, ansiedad extrema y síndrome de estrés postraumático.
- Actitud del cónyuge: excesiva preocupación y control, o bien excesivo desapego y despreocupación intentando banalizar los hechos.
- Uso frecuente o prolongado de psicofármacos o consumo de sustancias
- Otros signos: quejas crónicas de mala salud, insomnio, cefaleas, abdominalgias, disfunciones sexuales,
- hiperfrecuentación hospitalaria, absentismo laboral, abortos provocados o espontáneos, etc.

Debemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La mujer puede tratar de ocultar sus lesiones

- Es frecuente la demora en la solicitud de asistencia
- La mujer maltratada puede haber sido advertida o amenazada por su agresor
- Puede sentirse avergonzada o humillada.

Fuente: Ministerio de sanidad y consumo.2007

3.10. La coordinación con los dispositivos sanitarios y de servicios sociales para la atención a la violencia de género

Ambos servicios forman dos Sistemas de Protección Social dentro del Estado de Bienestar y si nos remontamos al pasado podemos comprobar que ambos surgieron unidos, ya que en la Baja Edad Media la atención que prestaba el “hospital” integraba la atención sanitaria y social.

Pero a pesar de ese común origen y de que todos los sectores tanto profesional, político, consideran que la coordinación entre ambos es esencia, la relación sigue siendo deficitaria. Los inicios en el debate e iniciativas para dar respuesta a las situaciones de descoordinación entre los diferentes sistemas de provisión de servicios, se remontan a la Comisión de Análisis y Evaluación del SNS (Comisión “Abril”) en 1991 que ya planteó propuestas para corregir las deficiencias estructurales y la falta de coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales.

Pocos años más tarde, en diciembre de 1993, se firmaba un Acuerdo Marco Interministerial (Ministerio de Asuntos Sociales y Ministerio de Sanidad) por el que se impulsa y desarrolla, en el ámbito de sus respectivas competencias, programas de actuación coordinada para la atención a las personas mayores y a las personas con discapacidad, entre otros colectivos. En este periodo, se abrió una línea de colaboración entre ambos ministerios, mediante la creación de un grupo de expertos y la puesta en marcha de experiencias de coordinación sociosanitaria en varias áreas de salud.

Otro avance en esta área de actuación se produjo a través del Acuerdo del Congreso de los diputados para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud de 1997. Sobre un total de trece recomendaciones, en la tercera se insta al Gobierno a “Instrumentar alternativas para la asistencia sociosanitaria”. A la vista de la gran diversidad de experiencias y proyectos que las Comunidades Autónomas estaban impulsando en este ámbito y de su escaso desarrollo práctico en la mayor parte de ellas, La Subsecretaría de Sanidad y Consumo, en estrecha colaboración con la Secretaría General de Asuntos Sociales a través del IMSERSO, decidió en el año 1998 dar un impulso a la tarea de avanzar en la configuración de un modelo de atención sociosanitaria que tuviese unas bases comunes, sin menoscabo de las competencias que las Comunidades Autónomas tienen otorgadas en esta materia. Para ello se constituyó un grupo de expertos con el encargo de realizar un informe sobre el tema, y avanzar en el cumplimiento del acuerdo parlamentario antes citado. Este grupo abordó un estudio sobre:

- Usuarios sociosanitarios

- Prestaciones sociosanitarias
- Sistemas de información y clasificación de usuarios
- Coordinación sociosanitaria
- Financiación de la atención sociosanitaria.

En la actualidad el Gobierno Español ha hecho que ambos sistema confluyan en el recién creado I Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad (Real Decreto 1887/2011, de 30 de septiembre (B.O.E del 31) modificado por R.D 200/2012, de 23 de enero (B.O.E del 24).

En cuanto a la Comunidad Autónoma de Andalucía, en el II Plan Andaluz de Salud, incluye objetivos concretos de desarrollo de mecanismos de coordinación entre los servicios hospitalarios, los de atención primaria, servicios sociales y otras instituciones.

La coordinación socio-sanitaria se puede definir como un *“conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia”*. (Sancho Castiello, T.2000.)

Las actividades de coordinación, que pueden comprender múltiples diseños y modelos de intervención, parten del supuesto de la existencia de dos sistemas que deben actuar de forma conjunta y complementaria para dar

respuesta a determinado tipo de necesidades que se presentan de forma simultánea. En consecuencia, el desarrollo de cada uno de ellos, su mayor disponibilidad de recursos, accesibilidad y, en definitiva, la mejora en la calidad de la atención que presten, revierte directamente en el tipo de intervención socio-sanitaria que se realice

CAPITULO 4: LA ATENCION A LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL Y ANDALUZ

En este apartado pretendemos realizar un análisis de las líneas básicas de trabajo e intervención ante la violencia de género que se están realizando desde el sistema de salud nacional y andaluz.

Abstract

This section presents an analysis of the basic lines of work and intervention in domestic violence being made from the national health system and Andalusian

4.1. La perspectiva de género en salud

Antes de abordar el tema en cuestión es necesario hacer una pequeña reflexión sobre la necesidad de que el Sistema de Salud incluya en sus programas la perspectiva de género. Ya recogimos en el capítulo anterior la necesidad de establecer la relación entre género y salud.

La definición de salud de la OMS, dice que es “el estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones o de enfermedades”, dirige la atención no sólo a los aspectos médicos de la atención a la salud si no tan bien a la justicia de las bases sobre las cuales la sociedad funciona con particular referencia al acceso y al control que ejercen directamente los sexos sobre los recursos para la salud.

El interpretar la igualdad entre sexos con uniformidad nos lleva a grandes errores y muy importantes en la salud al no contemplar las diferencias. La salud de las mujeres no se considera con equidad desde el sistema sanitario y la sumerge en “el todo” de un histórico patriarcado de la medicina tradicional. Resultaría extraño hacer un diagnóstico diferencial e individualizado sólo por el hecho de ser una mujer. Seguramente la mayoría de los profesionales sanitarios que sesgan sus conductas por razón de género, no son consciente de ello o lo negarían en caso de serlo⁴².

⁴² Ruiz Adan, B. (2008). La Perspectiva de Género en la Enfermería: Líneas de actuación en la violencia de género. *Documentos de enfermería*.

Para ello es necesario visibilizar a la mujer, específicamente en el área de salud, pues la invisibilidad ya existente en la sociedad se agudiza cuando hablamos de cuidados sanitarios hacia ellas. Esto conlleva que se trate a la mujer con la diferencia sólo biológica, llevando a cabo programas específicos casi siempre de maternidad, ginecología y menopausia, marcando así una especial discriminación. Frecuentemente acuden mujeres a consultas médicas con síntomas y signos varios e inespecíficos tras la realización de pruebas diagnósticas y administración de tratamiento es muy frecuente que el problema continúe. Para solventar esto sería conveniente que los/as profesionales analizaran más en profundidad otros factores tales como el estilo de vida de la mujer y su relación con la familia.

En estos momentos se han realizado diversos estudios⁴³ que tratan de poner en evidencia cómo las actividades y roles cotidianos de las mujeres están asociados con el estado de salud percibido.

En la salud, la perspectiva de género implica reconocer que existen distinciones en el estado de salud de las mujeres y los hombres, que trascienden las diferencias biológicas y que son construidas socialmente. Las desigualdades corresponden a lo que la OMS denomina “inequidades” atribuyéndoles una dimensión moral y ética puesto que son innecesarias, evitables e injustas y por ello no deben ser toleradas.

⁴³ Rohlf, I. (2003). Desigualtats de gènere en la salut, En: Borrell, C. & Bernach, J. (Coord.): Les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: mediterrània.

La Organización Panamericana de la Salud establece que las inequidades de género en salud están concentradas en tres tipos de desajustes:

1. Entre los riesgos de salud y las oportunidades para gozar la salud (estado y determinantes de salud): Debido, en parte, a su función reproductiva, las mujeres enfrentan un conjunto diferenciado de riesgos de salud que los hombres: El menor acceso a la nutrición, la educación, el empleo y los ingresos significa que las mujeres poseen menos oportunidades de gozar de una buena salud.

2. Entre las necesidades de salud y acceso a los recursos: Otra vez, en gran parte debido a su función reproductiva, las mujeres tienen diferentes necesidades de salud que los hombre, no obstante tienen menos oportunidades de acceder a los recursos materiales que les permitan obtener los servicios necesarios.

3. Entre las responsabilidades y poder en el trabajo de salud: las mujeres constituyen la mayoría de las trabajadoras de salud con y sin remuneración. No obstante, el estar concentrados en niveles inferiores de la fuerza laboral de salud, tiene menor capacidad de influenciar la política de salud y la toma de decisiones.

La equidad de género no significa tasa iguales de la mortalidad o morbilidad para ambos sexos, sino asegurar que las mujeres y los hombres tengan una misma oportunidad de gozar de buena salud. Un análisis de salud

que no integre la perspectiva de género da lugar a un resultado irreal, por ello estos análisis producen resultados sesgados con consecuencias negativas para la salud de las mujeres.

La equidad de género implica: la eliminación de las diferencias innecesarias, injustas y evitables en el estado de salud y supervivencia; la distribución y acceso a los recursos tecnológicos/financieros/humanos según las necesidades particulares de cada sexo; que mujeres y hombres contribuyen al financiamiento de salud según su capacidad económica y no según riesgos o necesidades propias para cada sexo a cada etapa del ciclo de vida y una distribución social justa de las responsabilidades, el poder y las recompensas para la contribución de las mujeres y hombres en la gestión de la salud.

Para llevar a cabo un proceso de análisis de salud construido con un enfoque de género es necesario seguir los siguiente pasos: en primer lugar identificar las diferentes formas de enfermar y morir poblaciones, teniendo en cuenta fundamentalmente como fuentes las variables socioeconómicas, las variables relativas al proceso de salud-enfermedad y las relacionadas con la atención a la salud desde los servicios sanitarios. En segundo lugar haciendo un análisis de la morbilidad diferencial, teniendo en cuenta los determinantes de la salud según su peso: biología humana, medio ambiente, pobreza, violencia contra las mujeres, condiciones de trabajo y salud ocupacional, trabajo doméstico y salud de las mujeres, estilos de vida y sistema de atención a la salud (Borrell, García-Calente, Martí- Boscà, 2004:2-6).

4.2 El Sistema Sanitario Español ante la violencia de género

En la sesión plenaria del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, celebrada en septiembre de 2004, se acordó crear una Comisión contra la violencia de género. Esta Comisión la preside el Secretario General de Sanidad y forman parte de ella la Dirección General de la Agencia de Calidad del Instituto Nacional de salud, representantes de cada Comunidad Autónoma, de la Secretaría General de Políticas de Igualdad y del Instituto de la Mujer, encargándose de la secretaría el observatorio de Salud de la Mujer. Según lo establecido en la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la violencia de Género, esta Comisión prestará apoyo técnico y orientará la planificación de las medidas sanitaria. Además evaluará y propondrá las actuaciones necesarias para la aplicación del protocolo sanitario y de cualquier otra medida que se estime adecuada para contribuir a la erradicación de esta forma de violencia.

Asimismo la Ley establece en su artículo 15 que las Administraciones sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud promoverá las actuaciones de los profesionales sanitarios que permita la detección precoz de la Violencia de Género. Su finalidad es ofrecer orientaciones al personal sanitario del Sistema Nacional de Salud para la orientación integral a las mujeres que sufran violencia de género y acudan a un centro sanitario. Además, el artículo 32.3 promueve la aplicación, la puesta en día y la difusión de protocolos que contengan pautas homogéneas de actuación ante este problema.

Para dar cumplimiento de este artículo se aprueba el Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género en 2007. Su objetivo es proporcionar a los profesionales sanitarios pautas de actuación homogéneas en los casos de violencia dirigida de forma específica contra las mujeres, tanto en la atención y seguimiento, como en la prevención y diagnóstico temprano. Y sensibilizar a este personal sobre la gravedad de la violencia contra las mujeres como problema de salud.

Recoge en un capítulo aparte las actuaciones sanitarias ante agresiones sexuales por conllevar medidas e implicaciones médico-forenses y legales específicas.

En el Protocolo se recogen tres áreas de actividades para la prevención de la violencia de género:

PROFESIONAL:

- Inclusión en la formación continua del personal sanitario, de aspectos sobre prevención, detección precoz y atención integral.
- Realización de sesiones clínicas multidisciplinares sobre casos reales que hayan sido abordados en el centro o servicio.
- Realización de sesiones con otros y otras profesionales y con otras instituciones.

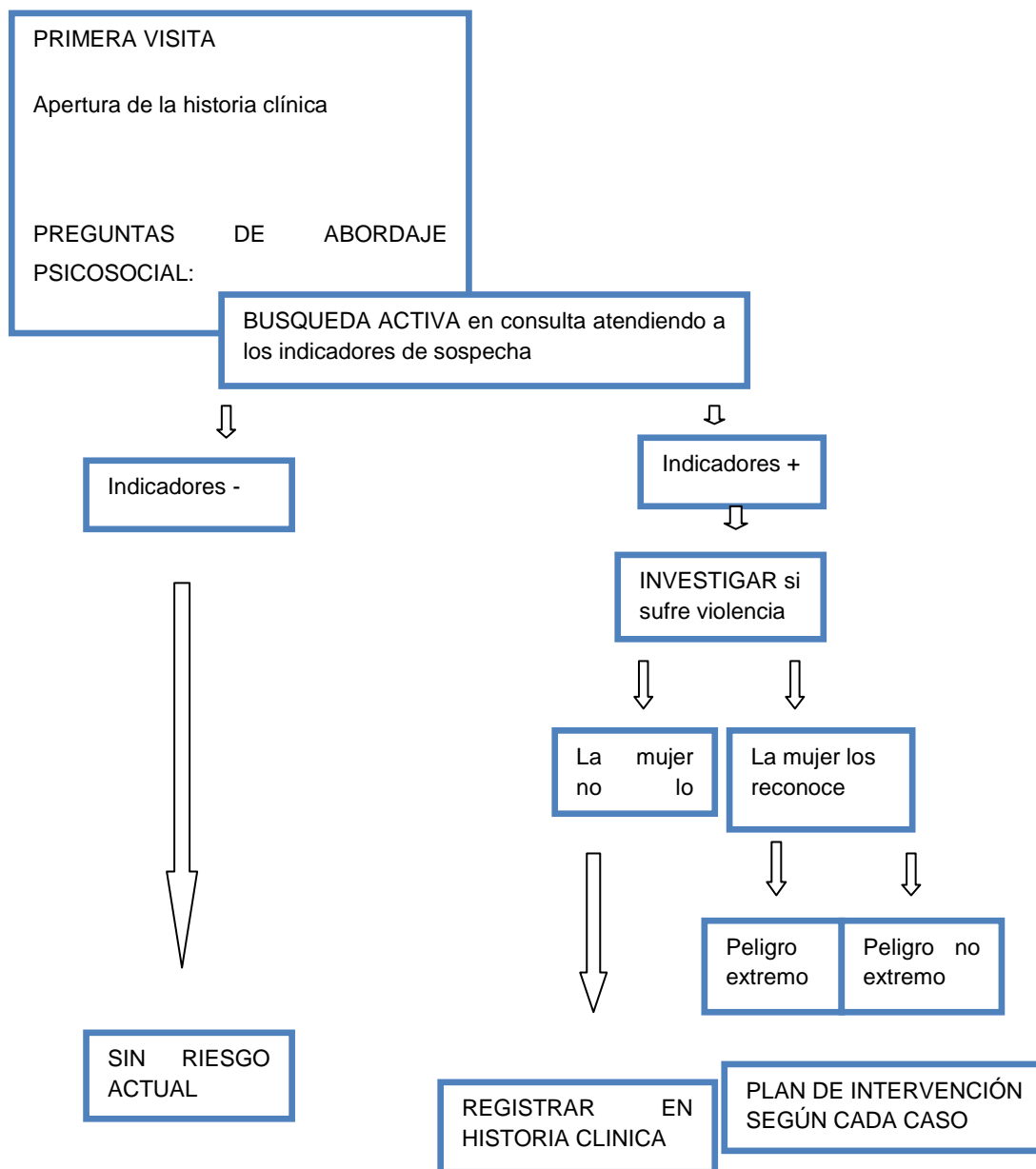
- Informar colocando carteles y folletos en lugares visibles que indiquen a las mujeres que la violencia es un tema objeto de atención sanitaria y en el que se puede ofrecer ayuda.
- Fomentar, a través de la relación del personal sanitario con la paciente, actitudes, valores y actividades que favorezcan la autonomía personal de la mujer y el ejercicio de sus derechos personales, sexuales y de relaciones sociales.
- Incluir, en las actividades de Educación para la Salud y en los grupos de Educación Maternal, contenidos de sensibilización y prevención de la violencia contra las mujeres.

EN EL ÁMBITO COMUNITARIO:

- Colaborar con asociaciones comunitarias a través de talleres, jornadas y charlas sobre dicha violencia explicando el papel del personal sanitario.
- Proponer y participar en acciones, campañas, jornadas relacionadas con el tema que estén realizando las instituciones y organizaciones sociales.

Por último, relacionado con la actuación directa del personal sanitaria ante un caso de maltrato se recoge las pautas a seguir en el siguiente esquema (Figura nº1):

FIGURA Nº 1: Detección y valoración. Algoritmo de actuación



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (2007): Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia de género.

Los indicadores de sospecha que se recogen son en dicho protocolo de actuación son:

Tabla 5: indicadores de sospecha en los antecedentes y características de la mujer

<p>1. Antecedentes de haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia</p> <p>2. Antecedentes personales y de hábitos de vida</p> <ul style="list-style-type: none">• Lesiones frecuentes• Abuso de alcohol u otras drogas• Abuso de medicamentos, sobre todo psicofármacos <p>3. Problemas gineco-obstétricos</p> <ul style="list-style-type: none">• Ausencia de control de la fecundidad (muchos embarazos, embarazos no deseados o no aceptados)• Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos• Dispareunia, dolor pélvico, infecciones ginecológicas de repetición, anorgasmia, dismenorrea• Historia de abortos repetidos• Hijos con bajo peso al nacer• Retraso en la solicitud de atención prenatal <p>4. Síntomas psicológicos frecuentes</p> <ul style="list-style-type: none">• Insomnio• Depresión• Ansiedad

- Trastorno de estrés postraumático
- Intentos de suicidio
- Baja autoestima
- Agotamiento psíquico
- Irritabilidad
- Trastornos de la conducta alimentaria

5. Síntomas físicos frecuentes

- Cefalea
- Cervicalgia
- Dolor crónico en general
- Mareo
- Molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, dolor abdominal)
- Molestias pélvicas
- Dificultades respiratorias

6. Utilización de servicios sanitarios

Existencia de periodos de hiperfrecuentación y otros de abandono (largas ausencias)

- Incumplimiento de citas o tratamientos
- Uso repetitivo de los servicios de urgencias
- Frecuentes hospitalizaciones
- Acudir con la pareja cuando antes no lo hacía

7. Situaciones de mayor vulnerabilidad y dependencia de la mujer

- Situaciones de cambio vital:

- Embarazo y puerperio
- Noviazgo
- Separación
- Jubilación propia o de la pareja
- Situaciones que aumentan la dependencia:
 - Aislamiento tanto familiar como social
 - Migración, tanto interna o nacional como extranjera
 - Enfermedad discapacitante
 - Dependencia física o económica
 - Dificultades laborales y desempleo
 - Dificultades de formación y de ascenso en el trabajo
 - Ausencia de habilidades sociales
- Situaciones de exclusión social (reclusas, prostitución, indigencia)

8. Información de familiares, amistades, o de otros y otras profesionales e instituciones

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (2007).

Tabla nº 6: indicadores de sospecha durante la consulta

1. Características de las lesiones y problemas de salud

- Retraso en la demanda de asistencia de las lesiones físicas
- Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa
- Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara/cabeza, cara interna de los brazos o muslos
- Lesiones por defensa (cara interna del antebrazo)

- Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de largo tiempo de evolución
- Lesiones en genitales
- Lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas
- Lesión típica: rotura de tímpano

2. Actitud de la mujer:

- Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, se altera por ejemplo al abrirse la puerta...
- Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza
- Autoestima baja
- Sentimientos de culpa
- Estado de ansiedad o angustia, irritabilidad
- Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil, evitar mirar a la cara
- Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones

Falta de cuidado personal

- Justifica sus lesiones o quita importancia a las mismas
- Si está presente su pareja:
 - Temerosa en las respuestas
 - Busca constantemente su aprobación

3. Actitud de la pareja

- Solicita estar presente en toda la visita
- Muy controlador, siempre contesta él o, por el contrario, despreocupado, despectivo o intentando banalizar los hechos
- Excesivamente preocupado o solícito con ella

- A veces colérico u hostil con ella o con el profesional de que la mujer está siendo víctima de malos tratos

Fuente: Ministerio de sanidad y Consumo

Añadido a todo esto la Ley penal obliga a los médicos a informar o denunciar los posibles delitos de los que tengan conocimiento. El Protocolo de Actuación Sanitaria recoge que los médicos que detecten la existencia de malos tratos cuando realicen un reconocimiento están obligados a cumplimentar un informe exhaustivo, los temas que debe recoger dicho informe se recogen a continuación:

1. **Datos de filiación de la víctima:** nombre, edad, teléfono, estado civil, etc
2. **Exposición de los hechos que motivan la asistencia:** Debe reflejar la 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:** Debe hacer mención al posible instrumento de la agresión. Es frecuente describir las lesiones pero se omite los agentes causantes de las mismas. El médico debe describir con detalle las lesiones.
5. **Estado emocional actual**

6. **Exploración física en caso de agresión sexual:** Los casos de agresión sexual siguen un tratamiento especial para evitar que la paciente sea sometida a la repetición de exploraciones innecesarias
7. **Tratamiento aplicado**
8. **Plan de actuaciones y observaciones**
9. **Datos de identificación del personal sanitario**

A pesar de la obligación de emitir el parte judicial se siguen denunciando por parte de organizaciones y asociaciones de ayuda a las víctimas la negligencia que muestran los médicos a la hora de cumplir estos requisitos y a menudo no rellenan todos los datos necesarios para el informe, sino que firman el protocolo de manera burocrática. Una de las razones es la escasa formación de estos profesionales en temas relacionados con la violencia, además de que la realización del informe les compromete como testigos y muchos temen el tener que presentarse en un juicio.

Todo esto hace necesario continuar con la formación y sensibilización del personal sanitario para realizar una adecuada prevención, detección e intervención frente la violencia de género.

4.3 Actuaciones en la Comunidad Autónoma de Andalucía

Por su parte, en Andalucía, en virtud de lo que establece el Plan de actuación del Gobierno Andaluz para avanzar en la Erradicación de la Violencia contra las Mujeres aprobado el 17 de febrero de 1998, la Consejería de salud consideró necesario articular una serie de medidas que garantice la adecuada asistencia a las mujeres víctimas de estos tipos de violencia y facilite la actuación ante los Tribunales Justicia. Por lo cual se dictan las Instrucciones por la que se regulan la asistencia sanitaria a víctimas de malos tratos y agresiones sexuales en la que se recoge que: Ante cualquier demanda de asistencia por parte de una mujer a los servicios sanitarios debido a agresión sexual o malos tratos en el ámbito doméstico, se deberá cumplimentar el correspondiente parte de lesiones. Asimismo, si en el reconocimiento médico que se efectúa a una mujer se detecta que las lesiones que se observan han sido provocadas por una agresión y no por cualquier otra causa que se alegue por ella o por su acompañante, deberá darse el correspondiente parte al juzgado.

El II Plan Andaluz de Salud, en el Objetivo 1 (34) establece que: Para el año 2000, los Hospitales y Distritos Sanitarios dispondrán de un protocolo y sistema de registro de atención (con aspectos de prevención, detección y seguimiento), de los malos tratos y del abuso sexual en las mujeres.

Con objeto de discutir y llegar a un consenso sobre estas actuaciones se constituyó un grupo de trabajo para validar los documentos elaborados y trazar el plan de formación a impartir.

Como resultado del trabajo del mismo se elaboraron las Instrucciones por las que se regula la asistencia sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos y agresiones sexuales. En éstas se recogen las normas mínimas que cualquier profesional de los servicios sanitarios deben seguir cada vez que una mujer solicite asistencia con motivo de una agresión en el ámbito doméstico o una agresión sexual, haciendo especial hincapié en la cumplimentación por parte de los médicos/as del Parte de Lesiones, como documento importante para la posterior instrucción judicial si la hubiere.

Más adelante se incorporaron, por parte de la Consejería de Salud, a los protocolos de las demás instituciones y se firmó, en noviembre de 1998 el “Procedimiento de Coordinación entre la Consejerías de Presidencia, Gobernación y Justicia, Salud y Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía, la Delegación del Gobierno en Andalucía y la Federación Andaluza de Municipios y Provincias para la atención de las mujeres víctimas de malos tratos y agresiones sexuales”. Éste ha sido objeto de una publicación de amplia tirada que se distribuyó a las instituciones policiales, juzgados y centros sanitarios para consulta y uso de todos los profesionales, que de alguna u otra manera, atienden o están en contacto con las mujeres que son víctimas de violencia de género.

En 2001 es publicado por el Servicio Andaluz de salud, el Plan estratégico que recoge las Instrucciones por las que se regula la Atención Sanitaria a Mujeres Víctimas de malos tratos y agresiones sexuales. Además se recogen entre otras cuestiones:

Directrices para los trabajadores de salud

Según se recoge en el protocolo existen tres razones que explican por qué la violencia contra la mujer debe ser un tema prioritario para los trabajadores de la salud:

- La violencia produce considerable padecimiento y consecuencias negativas para la salud en una proporción significativa de la población femenina.
- Tiene un impacto negativo directo sobre varios temas importantes de salud, como la maternidad sin riesgo, la planificación familiar y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y la infección por el VIH/SIDA.
- Para muchas mujeres que han sido maltratadas los profesionales sanitarios son el principal o único punto de contacto con los servicios públicos que pueden ofrecer apoyo e información.

La siguiente es una lista de recomendaciones⁴⁴ posibles adaptadas específicamente al reto de tratar la violencia en el hogar en un entorno

⁴⁴ Servicio andaluz de salud. Consejería de Salud. (2001). Atención sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos. Junta de Andalucía.

clínico. Deben explorarse modificaciones en busca de otros tipos de maltrato y otros entornos.

1. No tenga miedo de preguntar. Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta en forma directa y no valorativa. En realidad, muchas están esperando silenciosamente que alguien les pregunte.

2. Cree un ambiente de apoyo donde no se emitan juicios de valor. Déjele contar su historia. Mencione claramente que nadie merece ser golpeado ni violado en ninguna circunstancia.

3. Esté atento a las “señales de peligro”. Si bien la mejor manera de descubrir la violencia en el hogar es preguntar directamente, varias lesiones o afecciones deben hacerle sospechar de la existencia del maltrato:

- Quejas crónicas, vagas, que no tienen una causa física obvia.
- Lesiones que no coinciden con la explicación de cómo se produjeron; un compañero que es excesivamente atento, controlador o reticente a dejar a la mujer sola.
- Lesión física durante el embarazo.
- Antecedentes de intentos de suicidio o pensamientos suicidas; y demora entre la lesión y la concurrencia al establecimiento para atenderse.

4. Evalúe su situación para determinar si está en peligro inmediato. Defina si la mujer considera que ella o sus hijos están expuestas a un peligro inmediato. En ese caso, ayúdela a considerar planes alternativos de acción. ¿Hay un

amigo o pariente que ella pueda llamar? Si hay un centro de acogida de mujeres en la zona, ofrézcase a llamarlos.

5. Explique que tiene derechos médicos y legales. Los códigos penales de la mayoría de los países penalizan la violación y la agresión física, aunque no exista una ley específica contra la violencia en el hogar. Trate de determinar qué protecciones legales existen en esa zona para las víctimas de maltrato y a dónde pueden recurrir las mujeres y los niños para recibir ayuda en cuanto a reclamar sus derechos.

6. Esté preparado para ofrecer una cita de seguimiento.

7. Considere la posibilidad de crear espacio en el consultorio para grupos de apoyo y autoayuda.

8. Ponga carteles y reparta folletos sobre la violencia en el hogar, la violación y el maltrato sexual, cuando estén disponibles, para aumentar la conciencia de los temas y alentar a las pacientes a notificar de cualquier maltrato que puedan estar experimentando.

Los profesionales sanitarios tienen la obligación de denunciar y dar parte a la autoridad. Esta obligación viene recogida en:

- Ley de Enjuiciamiento Criminal: artículo 262 “Los que por razón de su profesión cargo u oficio tuvieran noticias de algún delito están

obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, Juez Instructor...”

- Código Penal: artículo 576

La forma que tienen los profesionales de realizar esta denuncia es a través de lo que antes se denominaba parte de lesiones y ahora parte judicial. Los centros sanitarios públicos andaluces emitieron en 2007 un total de 6.195 partes judiciales en los que notificaron 5.910 casos de maltrato o agresión física y 285 de agresión sexual.

4.4. Abordaje integral de los casos de violencia de género en los dispositivos de cuidados críticos y urgencias y emergencias extra hospitalarias.

Las urgencias y emergencias médicas tienen dos ámbitos principales de asistencia, el hospitalario, a través de los servicios de urgencias de los hospitales y extra hospitalario, que puede integrar a su vez diferentes tipos de asistencia y recursos asignados a la misma, según sea el modelo sanitario del país en cuanto a la integración o no de la asistencia primaria y especializada en un único servicio de salud y al tipo de provisión de los servicios

Los dispositivos sanitarios para la atención sanitaria urgente en Andalucía lo forman:

- Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias en hospitales.

- Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias en Atención primaria.
- Red de transporte urgente
- Equipos de Emergencias 061.

A continuación explicamos cómo se aborda la violencia de género desde los dos dispositivos donde se va a realizar esta investigación.

A. Dispositivos de cuidados críticos y urgencias en Atención Primaria (DCCU)

Se definen como el equipo de profesionales sanitarios y no sanitarios y los recursos materiales encargados de la atención y asistencia en el ámbito extra hospitalario de toda aquella patología de inicio súbito e inesperado, o agudización de una patología previa, que causa disconfort a cualquier persona por estar en ella implicada su salud, basando esta atención en los beneficios que demuestra la evidencia científica, así como en el trato personal, humano y de respeto⁴⁵.

Los Dispositivos parten de la reorganización y unificación de todas las Unidades del Servicio Andaluz de Salud que actualmente atienden urgencias fuera del ámbito hospitalario, donde se reúnen los recursos de los Servicios Especiales de Urgencias, Servicios Normales de Urgencias, Puntos de Atención Continuada y cualquier otro dispositivo de asistencia a la urgencia de Atención Primaria, según se recoge en la Resolución 1/97 del Servicio Andaluz de Salud.

⁴⁵Servicios Andaluz de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria: Plan funcional de dispositivos de cuidados críticos y urgencias. Consejería de salud. Junta de Andalucía.

Los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias actúan como primer eslabón en la cadena asistencial de la emergencia(en aquellas zonas de no cobertura de los equipos de emergencias sanitarias 061), por lo que es imprescindible en este nivel una dotación diagnóstico terapéutica y una formación específica en emergencias (resucitación cardiopulmonar...), ya que son los responsables de iniciar el tratamiento y estabilizar al paciente en el lugar donde se produzca la emergencia mientras llega el 061 y/o se traslada el paciente al Hospital.

Los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias atenderán las urgencias y emergencias tanto en las consultas del Dispositivo como en el domicilio del paciente y cuando sean activados por el Centro de Coordinación.

En cada Distrito deberá existir un Coordinador de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria, con actividad asistencial y las funciones de gestión encomendadas. El DCCU cubrirá la atención urgente las 24 horas del día, los 365 días del año. En horario de actividad normal del centro de salud, cada facultativo atenderá las urgencias de su cupo correspondiente o bien con los criterios organizativos que se determinen en cada Centro. Tras finalizar la actividad habitual del centro, se iniciará la atención continuada o la actividad del personal específico.

Algunos Dispositivos en función de su población y de las cronas al hospital serán de Alta Resolución que deberán desarrollar una cartera de servicios que incluya:

- Atención sanitaria a urgencias y emergencias
- RCP avanzada
- ECG
- Radiología
- Analítica básica
- Observación/Monitorización
- Inmovilizaciones

En el "Plan Marco de Reorganización de la Asistencia a las Urgencias y Emergencias en Atención Primaria", en su punto 4.1, se desarrollan las funciones generales de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias, tanto en los centros como en el domicilio o allí donde se produzca el evento, e igualmente se indica que se debe realizar evaluación, control de calidad, investigación y docencia, prevención y promoción de la salud.

Entre sus funciones específicas podemos destacar:

- Atender las situaciones de emergencias en su zona de cobertura durante las 24 horas del día, tanto en el Dispositivo como en el domicilio del enfermo o en el lugar en el que se produzca la emergencia, iniciando el tratamiento y estabilizando al paciente en tanto llega el Sistema de Emergencias o se realiza la transferencia adecuada al hospital. Para ello, se continuará con la dotación diagnóstico-terapéutica emprendida en estos dispositivos, junto con la

formación en emergencias, resucitación cardiopulmonar y en otras situaciones de urgencias.

- Asistir las situaciones de urgencias que se presentan en el Dispositivo o en el domicilio de paciente, en su área de cobertura, durante las 24 horas, realizando la valoración de la gravedad, diagnóstico y terapéutica por prioridades y la derivación hospitalaria asistida si el caso lo requiere.
- Realizar evaluación, mejora continua de calidad, investigación, docencia, prevención, promoción de la salud y todas aquellas actividades encaminadas a mejorar la atención de los pacientes que acudan o deban ser tratados por los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias.
- Realizar el diagnóstico / tratamientos definitivos y resolutivos (Procesos finalistas) con resolución completa de patologías.
- Aplicar la metodología de gestión de procesos.
- Iniciar las actuaciones que precisen revisión o continuidad de estudio o tratamiento por su médico de cabecera.
- Iniciar el tratamiento y estabilización del enfermo para su derivación al hospital.

- Aplicar el oportuno tratamiento durante el traslado del paciente al hospital.

Como podemos ver los DCCU son los dispositivos sanitarios que primero acuden al domicilio de un paciente cuando son requeridos, a la vez de ser los servicios donde acude la población una vez que el horario de atención primaria ha concluido, esto los hace una puerta de entrada básica al sistema de salud a las personas que presenten cualquier tipo de patología, entre ellas lesiones por malos tratos.

Para la atención a situaciones de violencia de género los DCCU no dispone de un protocolo propio sino que utilizan el Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género.

B. Empresa Pública de Emergencia Sanitaria (061)

La Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) se constituye al amparo de lo previsto en el artículo 6.1.b de la Ley General 5/1983, de 19 de julio, de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía⁴⁶.

⁴⁶ Barroeta, J. & Boada, N. (Coord). Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España. MENSOR. Madrid. (Consultado en Abril de 2011). Disponible en <http://www.mensor.es/es/LosserviciosdeemergenciasyurgenciasmEdicasExtrahospitalariasenEspaNa.pdf>

EPES está adscrita a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. A partir de 2011 se convirtió en Agencia Pública Empresarial de Emergencias Sanitarias, en virtud de lo establecido en la normativa.

La misión de EPES es contribuir a la mejora de la salud prestando una atención integral a las urgencias y emergencias pre-hospitalarias de forma personalizada y en tiempo adecuado, explorando e incorporando nuevas iniciativas que permitan dar respuesta a las expectativas de la ciudadanía.

La red de cuidados críticos y urgencias en Andalucía está compuesta por 352 puntos fijos de atención o Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias, 121 Equipos de Movilizables de Cuidados críticos y urgencias y 54 equipados con ambulancias con soporte vital avanzado.⁴⁷

En cuanto a la red del 061, para la atención a las emergencias en Andalucía, se cuenta con 5 equipos aéreos, 25 equipos, 5 vehículos para la intervención en emergencias colectivas y catástrofes y 3 unidades avanzadas de descontaminación en caso de riesgo biológico.

La pieza clave de todo este sistema de atención urgente y/o emergente son los centros de coordinación de urgencias (CCUE) que existen en las ocho provincias andaluzas. La solicitud de ayuda se realiza por línea telefónica y se produce una evaluación de la situación clínica y una asignación del recurso más adecuado para la resolución de la misma.

⁴⁷ Datos proporcionados por el Servicio Andaluz de Salud. Consejería de salud. Junta de Andalucía

Cuenta con un total de 648 profesionales (médico/a, enfermero/a y técnico de transporte sanitarios), cuya distribución por provincias es: Huelva (45 profesionales), Sevilla (157), Córdoba (57), Jaén (56), Cádiz (107), Málaga (161), Granada (57) y Almería (44).

Como el estudio presentado se lleva a cabo sólo en las provincias de Huelva y Sevilla, se especifican los recursos de estos dos dispositivos

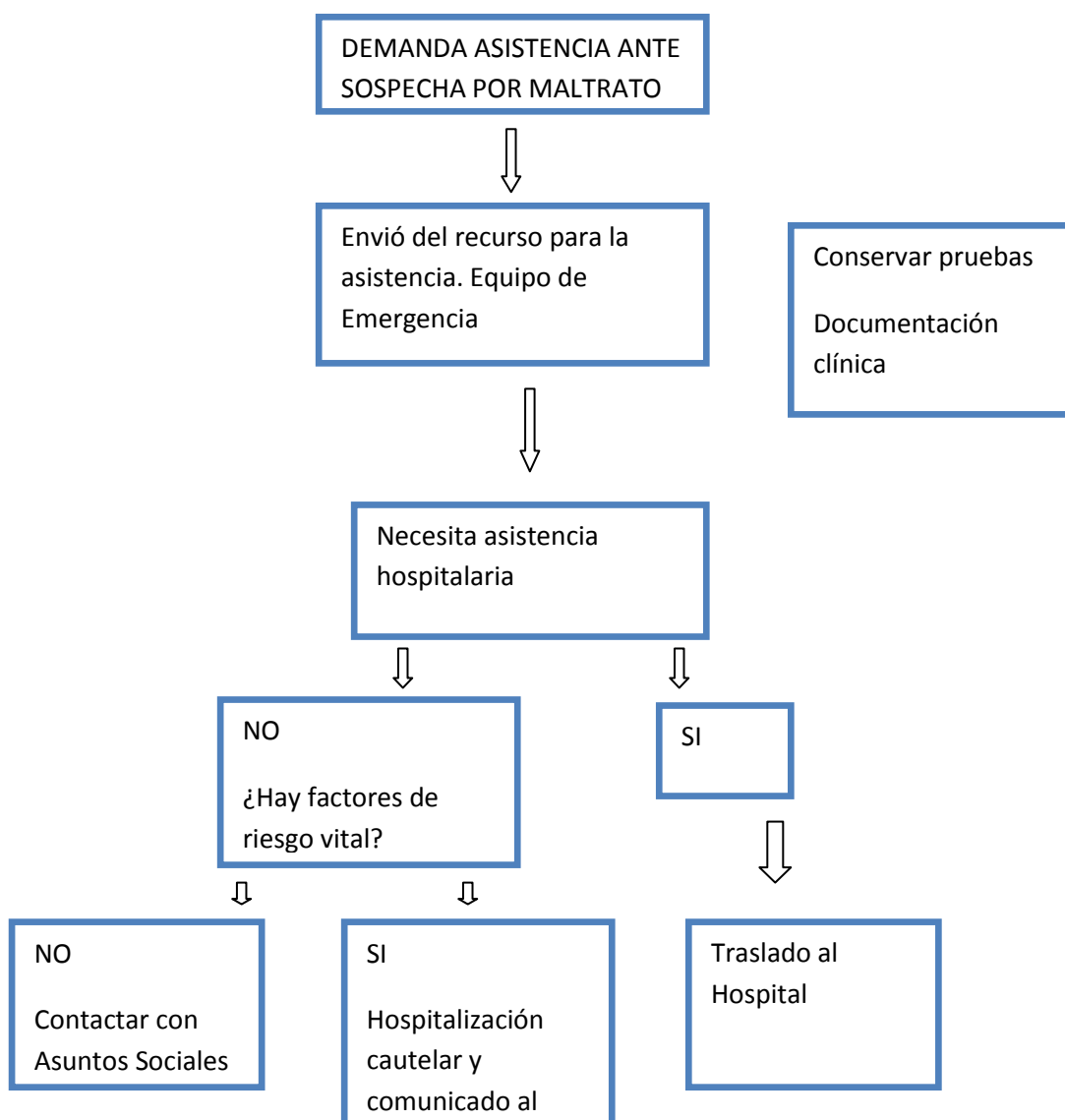
La Empresa Pública de Emergencias sanitarias 061 en Huelva posee 2 UVI Móvil. En cuanto a los recursos humanos cuenta con 19 médicos/as, 12 enfermeros/as y 13 técnicos de emergencia sanitaria. En Sevilla el dispositivo cuenta con 6 UVI Móvil, 1 Unidad de Soporte Vital Básico, 2 Equipos de coordinación Avanzada y 1 helicóptero.

Los equipos de coordinación avanzada (ECA) son un recurso de apoyo a la coordinación de urgencias y emergencias sanitarias. El equipo está formado por un/a enfermero/a y un técnico de emergencia sanitaria. Este equipo se desplaza al lugar de la asistencia y se comunica con el/la médico que está en la sala de coordinación. Solo existe este equipo en Málaga y Sevilla.

Presenta un protocolo de actuación ante sospechas de malos tratos por considerar que los servicios sanitarios de urgencias y emergencias deben actuar activamente ante la sospecha de malos tratos.

En dicho protocolo se recoge la actuación desde el centro coordinador y de los equipos de emergencias sanitarios ante sospecha de malos tratos (Figura 2):

FIGURA Nº 2: Protocolo de actuación



CAPITULO 5: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION

Tras haber caminado profundizando en la literatura y las diferentes teorías para fundamentar nuestro estudio, pasamos ahora a desarrollar la investigación propiamente dicha. Explicaremos, por tanto, el proceso de investigación que hemos seguido, haciendo alusión a la metodología por la que nos hemos decantado y los informantes clave de nuestra investigación.

Abstract

After walking deeper into the literature and the different theories to support our study, we now develop the research itself. We will explain, therefore, the research process we have followed, referring to the methodology for which we opted, qualitative methodology.

5.1. Objetivos del estudio

Aunque ya al principio de este estudio se describieron los objetivos a continuación plantemos un cuadro con dichos objetivos de forma que sirva de guía durante todo el estudio.

Objetivo General
Identificar el nivel de conocimiento y competencia profesional del personal sanitario de urgencias y emergencias extra hospitalarias en el diagnóstico de signos clínicos de violencia a la mujeres
Objetivos Específicos
Analizar el conocimiento específico que tienen los profesionales de la salud en relación a la violencia de género.
Determinar si las variables categoría profesional y sexo del personal sanitario influye en el nivel de formación y en la actitud ante la violencia de género.
Identificar las estrategias (actitudes) específicas que desarrollan los profesionales de la salud cuando se encuentran ante un caso o sospecha de malos tratos.
Determinar si tener una actitud favorable en la atención y detección de casos de violencia de género está relacionada con el nivel formativo que posee dicho personal

<p>Detectar las dificultades en sus servicios para realizar adecuadamente la intervención</p>
<p>Conocer la percepción de los profesionales frente a la violencia de género.</p>
<p>Conocer los factores sociodemográficos y ambientales que pueden influir en esa actitud.</p>

5.2. Diseño de la investigación

Cualquier investigación se presenta como un proceso a través del cual se ponen de manifiesto una serie de problemas a resolver. Esto se realiza de forma planificada y con un determinado fin, con la intención de generar conocimiento. El sentido de tal proceso es la comprensión de los fenómenos que constituyen nuestra realidad y que produce inquietud en el investigador hacia la búsqueda de respuestas que interpreten o expliquen tales acontecimientos (Bover, 2004). Para ello, es necesario establecer un camino adecuado que guíe el proceso de búsqueda desde la reflexión hasta la obtención de los resultados mediante un método que permita el mejor abordaje del fenómeno.

En la investigación social empírica existen tres cuestiones básicas que se relacionan entre sí y a las que la investigación tiene que responder: qué se tendría que investigar, por qué se tendría que investigar y cómo. El qué corresponde al objeto de la investigación, en este caso, el conocimiento y

actitud ante la violencia de género del personal sanitario de las urgencias y emergencias extra hospitalarias, el por qué, se refiere a los objetivos generales y específicos que hemos planteado en el apartado anterior y el cómo se asocia a los instrumentos o métodos de investigación aplicados para la obtención de datos y que serviría para el posterior análisis.

En líneas generales, se podría considerar que la naturaleza de esta investigación es eminentemente descriptiva. Se trata de una investigación dirigida al análisis del conocimiento y actitud ante la violencia de género del personal sanitario. Nuestro trabajo se sitúa dentro de los parámetros de la investigación cuantitativa y por tanto está directamente basada en el paradigma explicativo. Este paradigma utiliza preferentemente información cuantificable para describir o tratar de explicar los fenómenos que estudia, en las formas que es posible hacerlo en el nivel de estructuración lógica en el cual se encuentran las ciencias sociales actuales.

El estudio cuantitativo de un fenómeno social está especialmente indicado cuando el objetivo es conocer sus dimensiones; es decir, su grado de extensión en una población, también facilita la contrastación de hipótesis referentes a relaciones entre variables.

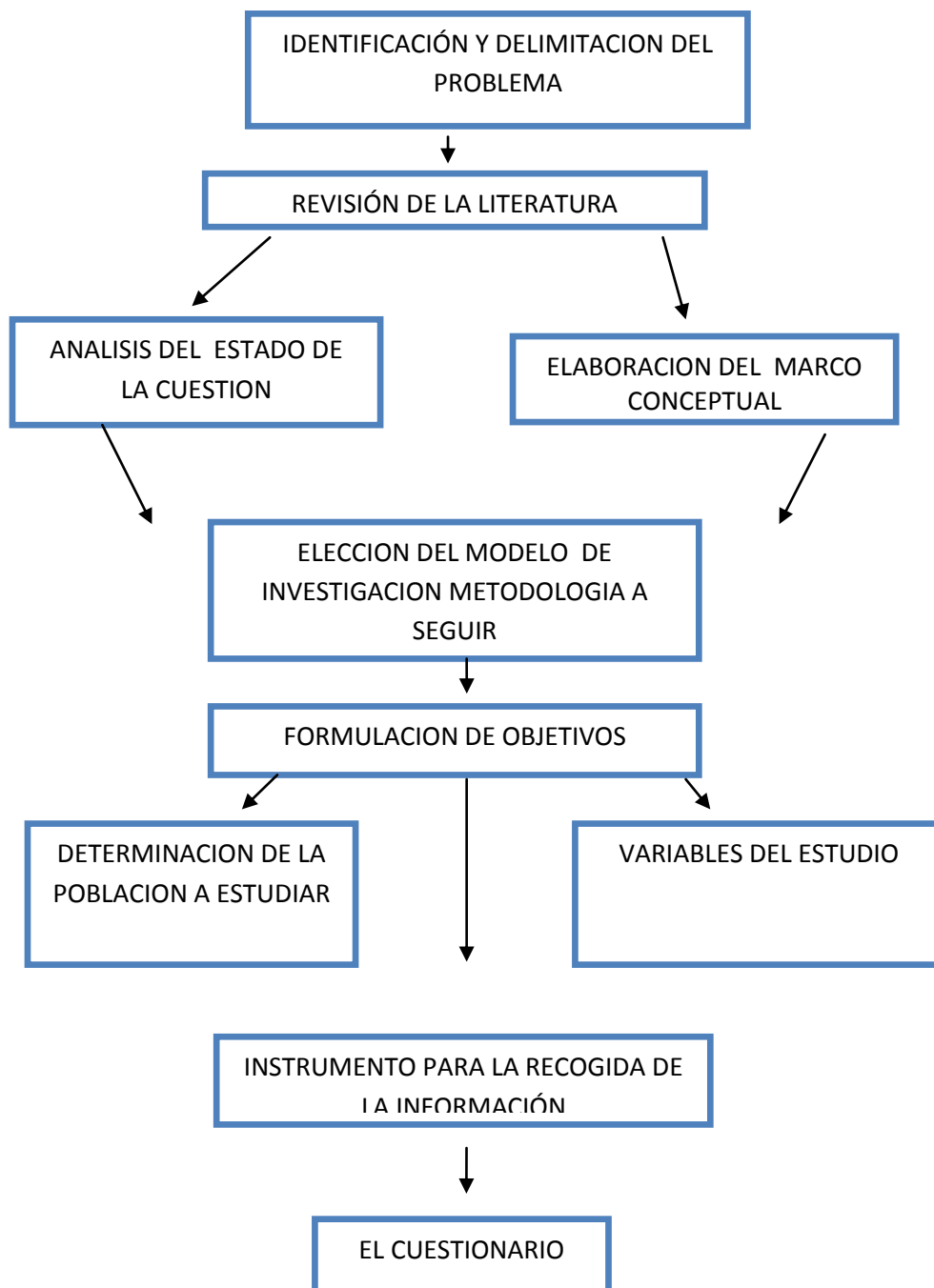
En relación a los estudios cuantitativos para el análisis de la Violencia de Género son importantes los progresos experimentados en los últimos años, si bien, se siguen constatando importantes dificultades a la hora de llevar a cabo una aproximación cuantitativa a este problema, así como deficiencias técnicas de recogida de datos más frecuentemente empleadas.

Esta dificultad se agrava si nos acercamos al estudio de la violencia de género desde el ámbito sanitario, todavía no se está suficientemente concienciados de que la violencia de Género es también un problema de salud por lo que los estudios son escasos y además no se hace una buena sistematización de los datos.

Por diseño de la investigación entendemos *“el plan global (...) intenta dar de una manera clara y no ambigua respuestas a las preguntas planteadas en la misma”* (Ibáñez, 1996:56). La reflexión sobre el diseño de la investigación nos ayuda a definir el proceso, es decir, el modo en que hemos abordado el estudio del tema. Asimismo nos permite obtener información a través de la recogida de datos y finalmente comprobar si se han alcanzado los objetivos planteados. El propósito del diseño ha sido asegurar que la investigación alcanzara altos niveles de coherencia interna e integridad por lo que el diseño de nuestra investigación representa una combinación de elementos tácticos y estratégicos del proceso.

El esquema básico donde se representa el proceso seguido en la investigación se recoge en el siguiente cuadro (Figura nº 3):

FIGURA Nº 3: Fases del desarrollo de la investigación.



Fuente: Elaboración propia

El esquema básico del trabajo de investigación de manera esquemática es el siguiente:

- El marco general de la investigación se inscribe en el Servicio Andaluz de Salud, concretamente en los servicios de Urgencias y Emergencias extra hospitalarias, sus actores son el personal sanitario (médicos y enfermeros/as).
- El tema de estudio es las necesidades de formación de estos profesionales, relacionadas con el desempeño profesional en la atención a la violencia de Género.
- Las fuentes de información van ser muy diversas (personas expertas, documentación) y están relacionadas con el tipo de información que se quiere conseguir.
- El instrumento es el derivado de la metodología y está en consonancia con el tipo de información a recabar.
- El tratamiento de la información permite tanto describir los datos extraídos como realizar análisis multifactoriales para profundizar en la cuestión.
- La información obtenida permitirá conocer y evaluar tanto la formación que en la actualidad tiene el personal sanitario en violencia

de género como la percepción que poseen sobre la misma, además de permitirnos articular propuestas formativas futuras.

El proceso seguido en el estudio se divide en tres fases que a su vez se divide en diferentes etapas:

A. Fase preparatoria: En esta fase inicial de la investigación se diferencian dos etapas: reflexiva y diseño. En la primera etapa, hemos intentado construir y establecer nuestro marco-conceptual.

Ha sido en esta etapa **reflexiva** donde hemos realizado la elección del tópico que queríamos estudiar. Posteriormente hemos realizado una búsqueda bibliográfica sobre el mismo. En primer lugar, aclarando algunos conceptos fundamentales para entender el objeto de estudio, siguiendo por cuestiones más normativas y terminando con la revisión de la literatura referente específicamente al tópico que estamos estudiando.

Por tanto en esta fase hemos llegado a construir el marco teórico-conceptual de nuestra investigación. Así, al igual que Rodríguez et al (1996) consideramos el marco conceptual como una herramienta, gráfica o narrativa, que explica las principales cuestiones que se van a estudiar y las posibles relaciones entre ellas, permitiendo de esta forma que nosotros como investigadores seleccionemos, decidiendo lo que es importante, qué relaciones puede tener sentido. También este proceso orienta el proceso de recogida y análisis de datos.

La segunda etapa de esta fase, el diseño de la investigación. En esta etapa nos hemos planteado qué diseño se ajusta más a qué o quién iba a ser estudiado, qué método de investigación era el más adecuado, qué técnicas utilizamos para recoger y analizar los datos, desde que marco conceptual se realizaran las conclusiones.

En esta etapa decidimos cuáles son los interrogantes que queremos responder con el estudio, la elección del escenario del mismo y el instrumento de recogida de datos a utilizar.

El siguiente paso fue la construcción de dicho instrumento. Para su elaboración se revisó los cuestionarios que se habían utilizado en investigaciones similares y se adaptaron a nuestros sujetos de estudio. También se contó la ayuda de expertos en la materia. Por último se pasó a una muestra de población de características similares a la población de estudio y se realizaron análisis para determinar su validez y fiabilidad.

- B. El trabajo de campo:** En esta etapa, lo primero fue contactar con los responsables de los servicios donde se ha enmarcado la investigación para solicitar el permiso para realizar el estudio.

Una vez obtenido el permiso, se contactó con los sujetos de la muestra para poder administrar el cuestionario. Antes de pasar a su distribución se les explicaba, de forma breve, los objetivos de la investigación, se les solicitaba su colaboración, asegurándoles el

anonimato de los cuestionarios. Más adelante se muestra con más detalle en qué ha consistido cada una de estas técnicas y el posterior análisis de los datos obtenidos.

C. Fase analítica: Durante esta fase nos dedicamos al procesamiento y análisis de la información obtenido a partir de los cuestionarios. Se elabora el informe sobre estos resultados obtenidos y discusión de los mismos. Por último se recogen las conclusiones de la investigación.

5.3 Población objeto del estudio

Se establecen tres grupos de estudio:

- Personal sanitario de la Empresa pública de Emergencias sanitarias(061) de Huelva
- Personal de los Dispositivos de cuidados críticos y urgencia de Huelva Capital.
- Personal sanitario de la Empresa pública de Emergencias sanitarias(061) de Sevilla

El estudio abarca al 100% de dicho personal sanitario. Se ha valorado el nivel de respuestas necesarias para obtener resultados válidos.

Con un tamaño de la población de 157 sujetos, para un nivel de confianza del 95%, con un conocimiento esperado del profesional de nivel medio (entre 41% y 60%) y una precisión del 5%, se estima necesario un tamaño muestral de 111 individuos, obteniéndose respuesta de 109 participantes, podemos considerar la muestra adecuada.

5.4 Instrumento de medida

Esta investigación pretende describir el conocimiento y la actitud que el personal sanitario tiene frente a la violencia de género. Según Bartolomé y otros (1995) el cuestionario es un instrumento muy aceptado en este tipo de estudio, además teniendo en cuenta la población destinataria la posibilidad más coherente y factible era la utilización del cuestionario.

La encuesta social es uno de los tipos más utilizados en la investigación social cuantitativa, es un método de obtención de información mediante preguntas orales o escritas, planteadas a un universo o muestra de personas que tienen las características requeridas por el problema de investigación.

La información posible de recoger mediante la encuesta es muy variada: demográfica, socio-económica, conductas, opiniones, actitudes y representaciones sociales.

Para esta investigación se ha utilizado la encuesta descriptiva que tiene como objetivos principales: describir la distribución de una o más variables en el total del colectivo objeto de estudio o sobre una muestra del mismo,

realizar la misma operación en subgrupos significativos y calcular medidas de tendencia central y de dispersión de esas variables en el colectivo total o en la muestra.

El instrumento utilizado para la encuesta social ha sido el cuestionario autoadministrado⁴⁸, que fue construido para cumplir los objetivos de la presente investigación. Una de las ventajas que Córdoba, M. (2000:412) resalta de los cuestionarios, es la función de enlace que ejercen entre los objetivos de la investigación y la realidad observada. Por ello según Sierra Bravo (1986) las condiciones que considera deben reunir, dependen de la investigación y de la población, puesto que la finalidad del cuestionario es obtener de manera sistémica y ordenada información para la población investigada sobre las variables de estudio.

Como todos los instrumentos de recogida de datos el cuestionario tiene una serie de ventajas y limitaciones, no podemos perder de vista lo que apuntan Rodríguez y otros (1996:191) *“el cuestionario es una técnica de encuesta que se elabora para sondear las opiniones de un grupo relativamente numeroso de sujetos, invirtiendo cada uno de ellos un tiempo mínimo. Por tanto, no está especialmente diseñado para exigir a los sujetos grandes dosis de reflexión...”*.

Muchas veces, el no considerar estas cuestiones se convierten en desventajas, ya que si el cuestionario es excesivamente largo o difícil de

⁴⁸ La encuesta se proporcionó directamente al personal encuestado

interpretar, suelen o bien no contestar, o recibirlos con muchas respuestas en blanco.

Aludiendo a las ventajas que tienen los cuestionarios en sí, algunos autores como Hopkins (1989) y Buendía (1997) recogen algunas de ellas, como que no necesite de personas expertas para su puesta en marcha, de ahí que la mayoría de las veces el cuestionario sea autoadministrado. Este método posibilita en parte, que las respuestas sean más meditada al no tener límite para la contestación y además da una cierta libertad al no sentirse coartado en entrevistador. Otra ventaja es que permite comparar directamente grupos e individuos y sobre todo es un instrumento ideal para medir opiniones, actitudes, conocimiento, etc.

Frente a esta ventajas comentados estos mismos autores resaltan una serie de inconvenientes tales como.

- El análisis requiere bastante tiempo
- Se necesita gran preparación para conseguir preguntas claras y relevantes
- Es difícil conseguir preguntas que exploren profundidad
- La eficacia depende mucho de la capacidad lectora
- Los encuestados intentan dar respuestas correctas.

A pesar de las ventajas y limitaciones que se han descrito, el instrumento elegido para recoger la información en esta investigación ha sido

el cuestionario ya que consideramos más ventajas que inconvenientes, porque como dice Cohen y Manión (1990:70) el cuestionario es una estrategia muy apropiada para la obtención de datos cuando está bien construido y se lleva a cabo de manera adecuada, porque permite recoger información cuantificable y previamente determinada por los investigadores.

A. La medida de las actitudes frente a la violencia de género

Según Allport (1998) la actitud “consiste en un estado mental y neural de disposición organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la conducta del individuo ante todos los objetos y situaciones con los que se relaciona”.

La mayoría de los especialistas están de acuerdo en que las actitudes vienen determinadas por varios rasgos cuya infancia mutua es, hasta ciertos puntos, estable (Stahlberg y Frey, 1993; Morales, 2000) Así para valorar una actitud debemos se debe atender a:

- Los concomitantes o creencias sobre el tema: es lo que se ha dado en llamar aspectos cognitivos de la actitud.
- La disposición (favorable o desfavorable) a actuar en una dirección determinada; se conoce como aspecto afectivo de la actitud.
- La conducta, de hecho, ante una situación determinada; es el aspecto conativo de la actitud.

Bolívar (1995) comenta que debido a que la actitud, como variable latente, no es susceptible de observación directa, tiene que inferirse a partir de creencias, sentimiento o intenciones de conducta. Diversos autores (Shrigley y Koballa, 1992; Crawley y Koballa 1994; Benayas y Marcés, 1994) coinciden en afirmar que la evaluación de actitudes entraña gran dificultad.

Teniendo como referente la noción de actitud que se cita, los trabajos que vamos a tomar como base en este estudio son aquellos que consideran que la conducta se puede inferir a partir del conocimiento de las creencias que alimentan ciertas actitudes y la disposición a actuar en una determinada dirección.

Una de las técnicas de evaluación de actitudes es la basada en el uso de los cuestionarios de respuesta cerrada como la escala Likert. Las encuestas tipo Likert son las más empleadas a la hora de obtener información rápida, son más fáciles de evaluar que otros métodos como la observación directa o la entrevista.

Distintas investigaciones han establecido claramente la relación entre las creencias y valoraciones frente a la violencia (componentes cognitivos y afectivos), con las conductas que mostramos frente a la violencia (componente conductual). (Díaz –Aguado, 1992, 1994, 2000, 2001, 2002,2004)

B. Construcción y validación del cuestionario

La elaboración y validez de cualquier cuestionario que pretenda medir actitudes es un proceso complejo que requiere rigor metodológico para obtener un instrumento útil, es decir, que mida lo que realmente quiere medir y que sea reproducible, por tanto, que sea válido y fiable (León y Montero, 2002).

Lo que se valida en un cuestionario no es una cuestión de todo o nada, sino de grados. Así, hablaremos de mayor o menor validez, o lo que en ciencias médicas y sociales se considera aceptable en este sentido (Leon y Montero, 2002). Se diferencia, además, entre diferentes tipos de validez: validez de criterio, validez de contenido y validez de constructo.

La validez de criterio hace referencia a la capacidad del cuestionario elaborado de obtener los mismos resultados que un cuestionario o instrumento patrón del que se hubiera obtenido. La validez de contenido hace referencia a en qué medida el cuestionario propuesto cubre todas las dimensiones del concepto que se quiere medir, y la de constructo a si satisface las hipótesis sobre la relación de las variables que se utilizan para medir el constructo con éste (león y Montero, 2002).

En cuanto a la fiabilidad podemos entenderla como la medida en la que el cuestionario se encuentra libre de errores aleatorios y por tanto sus resultados son consistentes y pueden reproducirse. La fiabilidad de un cuestionario puede ser analizada fundamentalmente de dos formas:

estudiando la consistencia interna y la fiabilidad test-retest o reproductividad. En nuestro caso mediremos la fiabilidad mediante el análisis de la consistencia interna. Esta mide la homogeneidad del cuestionario y la interdependencia de los ítems que la componen, y la prueba estadística que se utiliza para el análisis de esto es el coeficiente alfa de Cronbach, que describiremos a continuación.

Una vez elaborado el cuestionario teniendo en cuenta por un lado los cuestionarios ya existentes en estudios similares y las aportaciones de diferentes expertos en la materia, se procedió en primer lugar a someter el cuestionario a una “prueba de jueces”. Esta técnica posee una serie de ventajas, por un lado la revisión directa del instrumento en cuestión y, por otra, las cualificadas respuestas que se pueden obtener.⁴⁹ Esta prueba de jueces fue llevada a cabo en momentos diferentes a expertos de distintos ámbitos y profesiones. Éstos fueron elegidos por su experiencia en el campo de la investigación y la docencia en este tema con el fin de cómo dice Visauta B. (1989:280) comprobar aspectos relacionados con el correcto enunciado de las preguntas y extensión, comprensión, etc. La encuesta fue leída y contestada por cinco profesionales sanitarios (dos médicos, dos enfermeras y una trabajadora social), por dos personas sin vinculación con la sanidad (dos trabajadoras sociales) y una docente.

Se les solicitó una valoración global del cuestionario, pidiéndoles que hiciesen aquellas anotaciones, correcciones o sugerencias que consideraran

⁴⁹ Revisar a Villar 1988 de Vicente y otros 1995, Barrios y Otros 1996.

necesarias porque como plantea Rodríguez, G. y otros (1996:195) *“el cuestionario debe probarse con el objeto de observar entre otra cosas en qué medida han funcionado las preguntas y los problemas que puedan surgir”* Además de contestar al cuestionario se les pidió que contestaran a las siguientes cuestiones referidas directamente con el diseño de la encuesta:

Lea detenidamente las siguientes preguntas y conteste:

- ¿El lenguaje y los conceptos empleados en el cuestionario son entendidos?
- ¿Las respuestas o ítem de las preguntas cerradas son adecuadas y suficientes?
- ¿Las preguntas abiertas están formuladas con la concreción suficiente para ser reconocidas sin ambigüedad?
- ¿El orden de las preguntas es el adecuado?
- ¿La duración del cuestionario es el adecuado?

Una vez pasada la prueba de jueces, se modificó el cuestionario teniendo en cuenta las recomendaciones y se administro a 50 profesionales sanitarios de los servicios de urgencias y emergencias extra hospitalarias de Andalucía. El cuestionario se suministro a estos profesionales durante la realización de diferentes cursos formativos a lo que estaban asistiendo en la Fundación IAVANTE con sede en Granada.

Análisis Psicométrico

A continuación presentamos las propiedades psicométricas del cuestionario tomando como estadístico el análisis factorial exploratorio. A partir de aquí se avanza en su validez interna mejorando su estructura factorial y ampliando su patrón de relaciones con otras variables. Debemos tener en cuenta que el cuestionario está estructurado en dos partes bien diferenciadas, por un lado se centra en medir el conocimiento que los profesionales sanitarios tienen de la violencia de género mediante preguntas cuyas respuestas vienen determinadas por las categorías si o no; y otra parte que establece la actitud de dicho personal a través de respuestas en una escala que va del 1 totalmente en desacuerdo al 5 totalmente de acuerdo. Por eso se ha procedido a su análisis.

Análisis de la estructura interna

Para identificar la estructura del modelo inicial se ha empleado el análisis factorial exploratorio. Esta técnica sirve para reducir los ítems del cuestionario en dimensiones o componentes, identificando así grupos homogéneos de ítems formados por aquellos que correlacionan mucho entre sí, e intentando que estos grupos sean, a su vez, independientes entre ellos. De esta forma se busca el número mínimo de dimensiones capaces de explicar el máximo de información contenida en los datos (Pardo y Rúa, 2002).

Antes de realizar el análisis factorial y con el fin de comprobar la pertinencia de este método, es decir, descartar la hipótesis de que todas las correlaciones de los ítems son cero, se ha calculado la medida de adecuación muestral de Kaiser, Meyer y Olkin (KMO) de cada una de las partes del

cuestionario y se ha realizado el test de Bartlett. El KMO compara el coeficiente de correlación de Pearson con los coeficientes de correlación parcial, para observar la pertinencia del análisis factorial; se considera como KMO aceptable aquel que supere el valor 0.7 y de excelente aquel que supere el 0.9 (Kaiser, Meyer y Olkin, 1974). El estadístico de Bartlett se distribuye según el modelo de probabilidad ji cuadrado y es una transformación del determinante de la matriz de correlaciones (Pardo y Rúaiz, 2002). Si el valor obtenido es menor a 0,05 podemos rechazar la hipótesis nula de que no existan correlaciones significativas entre las variables incluidas en el modelo, y por tanto es adecuado plantear el modelo factorial para explicar los datos.

La extracción de los factores se ha llevado a cabo con el método de los componentes principales. La conservación de los componentes con valor propio superior a 1 es el criterio que se ha empleado en la reducción de los datos y de ajuste de la solución. Este criterio se adopta porque se pretende la reducción de la matriz de datos originales, por lo que es lógico que cada factor generado contenga más información que una cualquiera de las originales. Como están estandarizados, los datos de todas las variables originales tienen varianzas iguales a 1 y por tanto cada una de los componentes conservados ha de presentar una varianza superior a este valor.

Cuando la estructura factorial es clara y por tanto cada variable se encuentra inequívocamente asignada a un único factor, no suelen apreciarse efectos contaminadores de las restricciones. Sin embargo cuando las variables saturan en más de un factor o existe un factor general que domina la solución, la interpretación de la misma puede ser más compleja. En este estudio se ha intentado mejorar la interpretación de la estructura factorial mediante rotación ortogonal de los factores, cuyo efecto es redistribuir la varianza para

obtener un patrón de factores con mayor significado. Con este fin hemos utilizado la rotación VARIMAX, que utiliza como criterio de rotación la simplificación al máximo de los vectores columnas de la matriz de factores. Esta rotación permite obtener unas cargas más extremas (cerca del 1 o del -1) y otras cargas cercanas al 0, así permite interpretar los factores más fácilmente al asociar de forma clara positiva o negativamente la variable y el factor (Pardo y Rúa, 2002).

El AFE realizado de componentes principales y rotación VARIMAX, en el cuestionario sobre conocimiento que tiene el personal sanitario sobre la violencia de género se extrajo una solución factorial de dos factores, con autovalores superiores a la unidad. La realización del AFE y la interpretación de los resultados son pertinentes ya que la prueba KMO adquiere un valor de 0.844. Y la esfericidad de Bartlett es significativa ($p < 0.000$).

La agrupación de los ítems del cuestionario sobre conocimiento pone de manifiesto una estructura de dos factores: el primero de los factores está formado por 5 ítems y el segundo de los factores por 3 ítems. De forma conjunta estos dos factores explican el 85.9% de la varianza total de la escala.

Por su parte el AFE realizado de componentes principales y rotación VARIMAX, en el cuestionario sobre actitud extrajo una solución factorial de dos factores, con autovalores superiores a la unidad. La realización del AFE y la interpretación de los resultados son pertinentes ya que la prueba KMO adquiere un valor de 0.877. Y la esfericidad de Bartlett es significativa ($p < 0.000$).

La agrupación de los ítems del cuestionario sobre actitud frente a la violencia de género pone de manifiesto una estructura de dos factores: el primero de los factores está formado por 8 ítems y el segundo de los factores sólo está formado por 1 ítems. De forma conjunta estos dos factores explican el 84.13% de la varianza total de la escala.

Análisis de la fiabilidad

Este análisis de fiabilidad expresa hasta qué punto las respuestas son lo suficientemente coherente, como para poder concluir que los ítems son sumables en una puntuación total única que mide u rasgo o dimensión. Para la interpretación de los valores hemos tenido en cuenta la escala que sugiere Ruiz (1998).

Tabla 7: Valores de cálculo del coeficiente de Alfa de Crombach

Rango de Magnitud	
0.81-1.00	Muy alta
0.61-0.80	Alta
0.41-0.60	Moderada
0.21-0.40	Baja
0.001-0.20	Muy Baja

En nuestra investigación hemos obtenido un coeficiente de confiabilidad del 0.941, es un coeficiente de magnitud muy alta. La fiabilidad de cada parte queda recogida en la siguiente tabla:

Tabla 8: Fiabilidad del cuestionario

DIMENSIONES	
Conocimiento	0.935
Actitud	0.954
Global	0.963

Con los resultados obtenidos en el análisis de validez y fiabilidad el cuestionario final consta de tres partes diferentes (anexo 1):

1. La primera parte recoge datos de carácter sociodemográfico:
 - a. sexo, es un dato que nos aportará información bastante relevante sobre si el género también influye en el grado de concienciación que existe sobre la violencia de género.
 - b. Edad: medida con intervalos establecidos de 20 a 30 años, de 31 a 40 años, de 41 a 50 años y más de 51 años.
 - c. Categoría profesional: la población se distribuye entre médicos y enfermeros/as.
 - d. Lugar de trabajo: estando los profesionales del 061 de Huelva y Sevilla y los DCCU de Huelva.
 - e. Años de antigüedad en el servicio, con intervalos de 1 a 5 años, de 6 a 10 años de 11 a 15 años y de 16 a 20 años.

2. La II parte recoge la evaluación del **conocimiento** sobre las Normas y Procedimientos para la Atención de la Violencia de Género: Se realiza un test de conocimiento valorando conceptos, identificación de las principales manifestaciones clínicas asociadas al maltrato, conocimiento de protocolos de actuación. El nivel de conocimiento se establece en cinco grados en función del porcentaje de respuestas correctas obtenidas: Muy bajo (inferior a 20%), bajo (21%-40%), medio (41%-60%), alto (61%-80%) y muy alto (más 80%). Se utilizaran preguntas cerradas de respuesta única a elegir entre una o mas opciones y preguntas abiertas.

3. La III parte recoge la **escala de actitud del personal sanitario** frente a la violencia de género: Esta compuesta por 8 ítems. Se ofrece una afirmación al sujeto y se le pide que la califique del 1 al 5 según su grado de acuerdo con la misma.

5.5. Trabajo de campo

El trabajo de campo se desarrollo durante los meses octubre, noviembre y diciembre de 2010.

Una vez elaborado definitivamente el cuestionario, se presentó a la población objeto de este estudio, esta presentación se realizó por separado a los tres ámbitos de aplicación.

- Al personal sanitario del 061 de Huelva se presentó el cuestionario directamente en su servicio, explicando el motivo de la investigación y cómo debían contestar al cuestionario y se pasó a su distribución. Se les pidió que una vez cumplimentado se le devolviera a una persona del propio servicio que accedió a ser responsable de su recogida.
- Al personal sanitario del DCCU de Huelva se les facilitó el cuestionario y la explicación necesaria sobre la investigación y la cumplimentación del cuestionario durante unas sesiones formativas en las que estaban participando. El cuestionario fue recogido en el mismo momento.
- Por último al personal sanitario del 061 de Sevilla, se le facilitó el cuestionario a través de correo electrónico. Previamente en el propio servicio se había informado de la investigación. Debido a los pocos cuestionarios devueltos (20%), se volvió a mandar el cuestionario a aquellos sujetos que no lo habían contestado, se dio un plazo límite para ser remitido.

5.6. Estrategia de análisis

Para el análisis de los datos y presentación de los resultados se ha empleado el software estadístico SPSS 17.0, que permite, además de operaciones básicas, acceder a análisis multivariante y se han consultado manuales específicos sobre el mismo (entre otros, Pardo y Ruiz, 2002, 2005; Pérez, 2001, 2005).

Los métodos estadísticos utilizados fueron los siguientes:

- Estadística descriptiva de las variables, con la obtención de las frecuencias y porcentajes de las categorías.

- Análisis bivariantes: Las pruebas bivariantes están diseñadas para enfrentar dos tipos de análisis estadísticos básicos: analizar asociaciones o correlaciones entre variables, o bien observar si existen diferencias entre dos grupos o más de grupos de casos en una variable criterio. El tipo de prueba que se utilice vendrá determinado por dos factores: el tipo de problema (asociación entre variables versus diferencias entre grupos) y el nivel de medida de las variables (cualitativa o cuantitativa). Las técnicas para este análisis son: a) el coeficiente de correlación de Pearson, que analiza el grado y tipo de relación entre dos variables cuantitativas; b) las tablas de contingencias, que permite tanto el análisis de la relación entre variables cualitativas como la identificación de diferencias entre grupos de casos en una variables cualitativas; c) la prueba de t de Student, que analiza las diferencias entre dos grupos en una variables cuantitativa.

5.7. Aspectos Éticos

El estudio se llevará a cabo siguiendo escrupulosamente las normas deontológicas reconocidas en la Declaración de Helsinki (revisión de Hong-Kong, septiembre de 1989) y siguiendo las recomendaciones de Buena Práctica Clínica de la CEE (documento 111/3976/88 de julio de 1990) y la

normativa legal vigente española que regula la investigación clínica en humanos (Real Decreto 561/1993 sobre ensayos clínicos). El protocolo ha sido sometido al comité de ética de la institución y se requerirá la firma de un documento de consentimiento informado para participar.

Consentimiento informado. No precisa

Confidencialidad de los datos.- El contenido de las hojas de recogida de datos, así como los documentos generados durante todo el estudio, serán protegidos de usos no permitidos por personas ajenas a la investigación. Por tanto, la información generada en este ensayo será considerada estrictamente confidencial, permitiéndose, sin embargo, su inspección por las Autoridades Sanitarias. A título informativo se les suministrará la información obtenida de manera individual a cada interesado.

CAPITULO 6: ANALISIS DE LOS DATOS

En este capítulo se presentan los principales resultados obtenidos del análisis de los datos recogidos. De manera general, al análisis de los datos recogidos en una investigación consiste en determinar mediante técnicas estadísticas apropiadas, las formas, magnitudes y relaciones que se dan en esos datos, las cuales son buscadas de acuerdo con los objetivos propuestos.

Abstract

This chapter presents the main results obtained from analysis of data collected. In general, the analysis of data collected in an investigation is to determine by appropriate statistical techniques, forms, quantities and relationships that occur in these data, which are sought in accordance with the objectives

6.1. INTRODUCCIÓN

El análisis descriptivo constituye el primer nivel de análisis, en la investigación social, este análisis cumple la función de caracterizar a un colectivo con una o más de esas expresiones de la variable analizada.

Por su parte el análisis bivariable nos permite profundizar en el estudio de la población estadística determinada, analizando dos o más variables simultáneamente. De cada individuo se puede observar varias características comunes: sexo, edad, categoría profesional. Para entender determinados comportamientos y fenómenos es necesario interrelacionar este tipo de variables con las que describen los objetos claves del estudio. A partir de aquí, es posible observar opiniones y comportamientos diferencias significativamente, según las variables de referencia- por ejemplo si existen posicionamientos diferenciados ante la violencia de género entre hombres y mujeres o ante categorías profesionales diferentes. Para evaluar el grado de asociación entre variables se ha utilizado en coeficiente de correlación de Pearson (Chi- cuadrado). Además se han realizado prueba de t de student y ANOVAS para conocer la existencia de diferencias estadísticamente significativas.

Dado que para algunas preguntas se ha utilizado la escala de Likert, cada cuestión fue analizada como una variable independiente para perder el mínimo de información y poder utilizar un análisis multivariable de datos.

De los 157 médicos/as y enfermeros/as de los Dispositivos Sanitarios de Urgencias y Emergencias extrahospitalarias de Huelva y Sevilla respondieron al cuestionario 109 sujetos (nivel de respuestas de un 70%). (Cuadro 5)

Cuadro 5: Población estudiada y nivel de respuesta

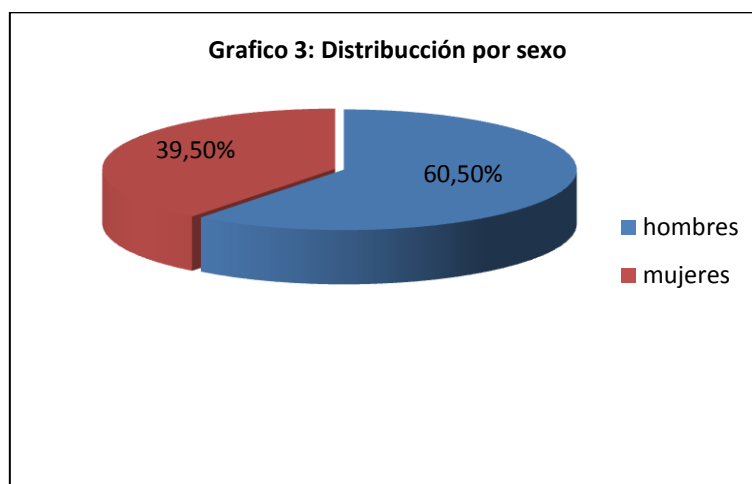
	061 HUELVA		DCCU HUELVA		061 SEVILLA	
	total	respuestas	total	respuestas	total	respuestas
MÉDICO/A	13	100%	18	100%	55	51%
ENFERMERO/A	11	100%	18	100%	42	50%
Total	24	100%	36	100%	97	47.53%

Fuente: Elaboración propia

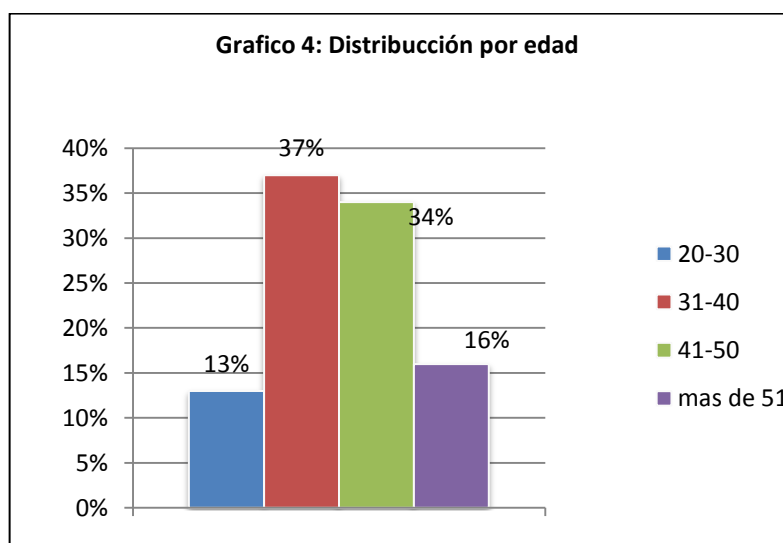
6.2. Características socio demográficas de los sujetos

El primer análisis realizado ha sido el de las variables socio demográficas de la población.

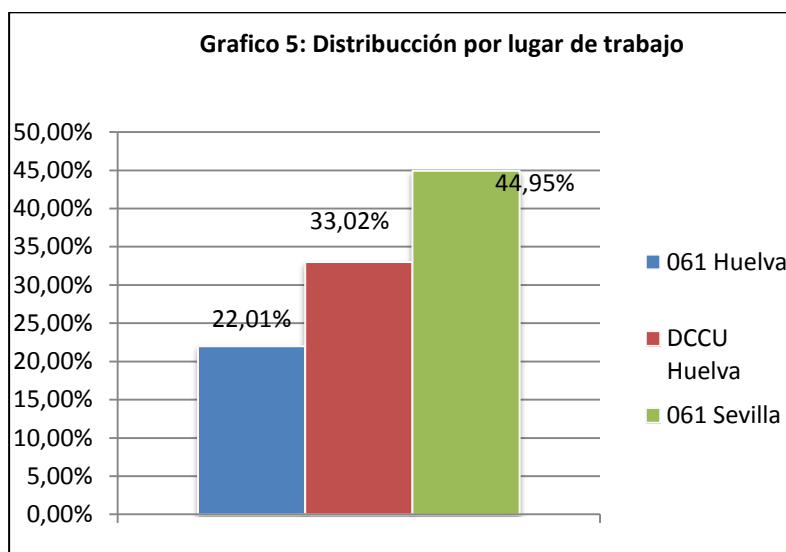
En relación al sexo, los resultados nos permiten observar que la mayoría de los encuestados son hombres, esto es el 60.55% (n: 66) y el 39.5% (n: 43) restante son mujeres.



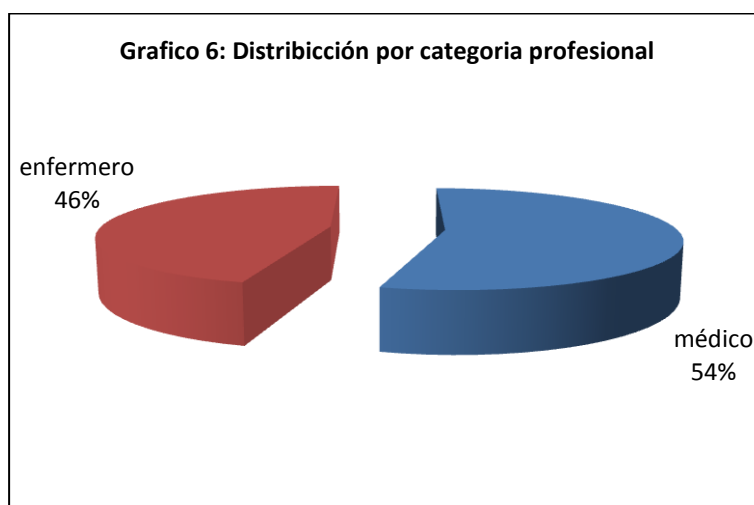
Relativo a la edad, la mayoría del personal encuestado se sitúa en el intervalo de 31 a 40 años, su distribución por los intervalos establecidos se reflejan en la gráfica 2.



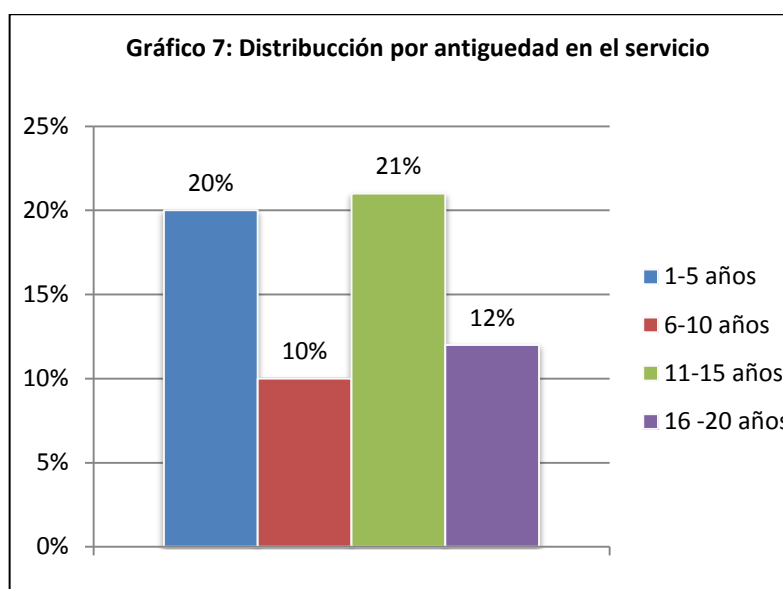
Los/as participantes en el estudio se distribuyen por servicio de la siguiente manera: el 24% de la población encuestada trabajan en el 061 de Huelva, el 36% pertenecen al DCCU de Huelva y el 40% al 061 de Sevilla.



La distribución por categoría profesional es que el 54.12% (n.59) son médicos/as y el 45.27% (N: 50) son enfermeros/as.



Por último en relación a la antigüedad en el servicio, la mayoría se sitúa entre 11 y 15 años con un 21%, después se sitúan los que llevan de 1 a 5 años con un 20%, un 12% se sitúa entre 16 y 20 años y por último un 10% lleva entre 6 a 10 años dentro del servicio.



6.3. Conocimiento del personal sanitario sobre violencia de género

En este apartado se procede a la presentación de los resultados sobre el conocimiento que tiene el personal sanitario de las urgencias y emergencias extra hospitalarias referidas a la violencia de género.

6.3.1. Resultados sobre el nivel de conocimiento

La media total de la escala para el conjunto de los participantes es de 1.86, presentando una media elevada y una desviación típica baja, los datos estadísticos descriptivos principales se detallan en la tabla siguiente (tabla 9):

Tabla 9: Estadístico descriptivo. Total escala de conocimiento

N	Válidos	109
Media	1.86	
Desv. Tip.	0.713	
Minimo	1	
Maximo	2	

Fuente: Elaboración propia

Se ha procedido a analizar tanto la globalidad de la escala como cada uno de sus ítems. El análisis de los datos nos permite establecer que el personal sanitario encuestado posee un nivel de conocimiento medio. El 46.78% de los sujetos se sitúan en el intervalo de 4,5 y 6 preguntas acertadas del cuestionario (Tabla 10).

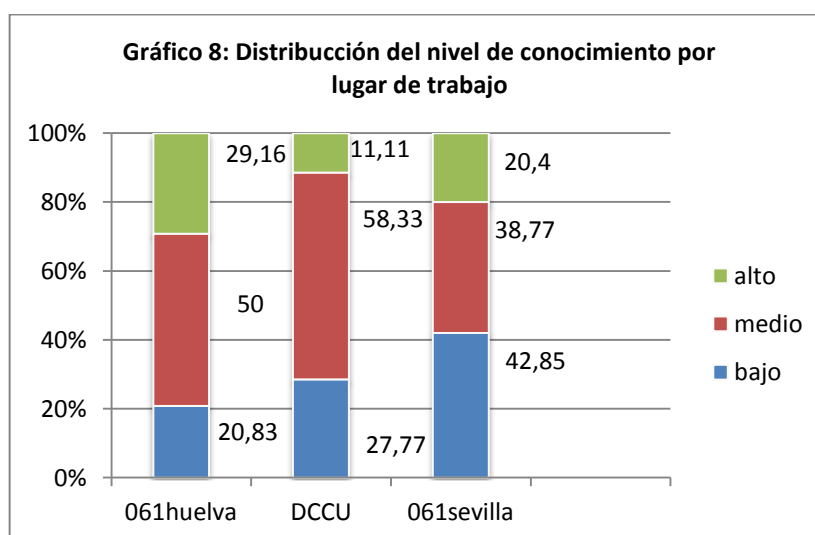
Tabla 10: Distribución del nivel de conocimiento

Nivel de conocimiento	%
Bajo	33.04%
Medio	46.78%
Alto	19.26%

Fuente: Elaboración propia

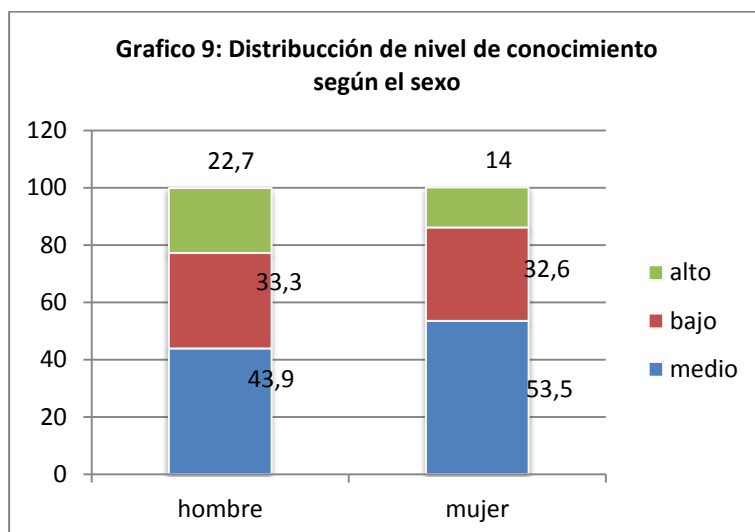
A continuación se exponen los resultados de la distribución de frecuencias de cada variable de identificación de los sujetos, teniendo en cuenta su nivel de conocimiento.

Teniendo en cuenta el lugar de trabajo podemos decir que tanto el personal sanitario del 061 de Huelva como el DCCU de Huelva poseen un nivel de conocimiento medio. En cuanto al personal del 061 de Sevilla presenta un nivel de conocimiento bajo (grafica 8)

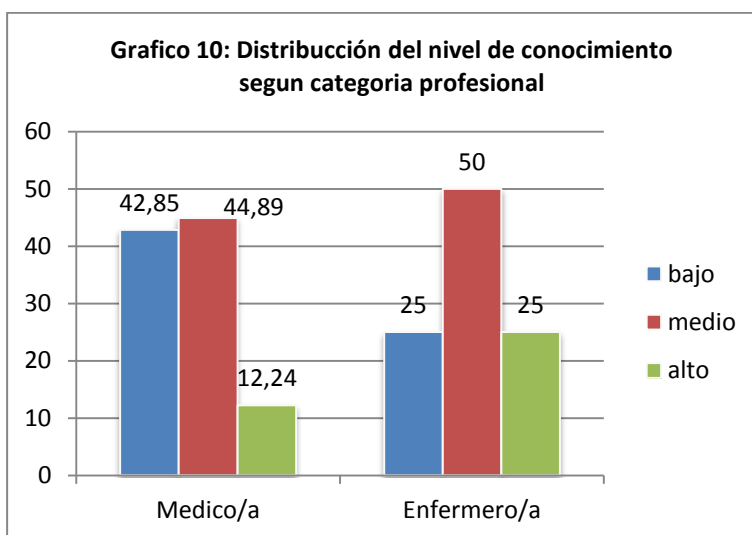


Fuente: Elaboración propia

Basándonos en los datos obtenidos tanto hombres como mujeres tienen un nivel de conocimiento medio (grafica 9). En relación a la categoría profesional tanto médicos/as como enfermeros/as tienen un nivel de conocimiento medio (Grafica 10).

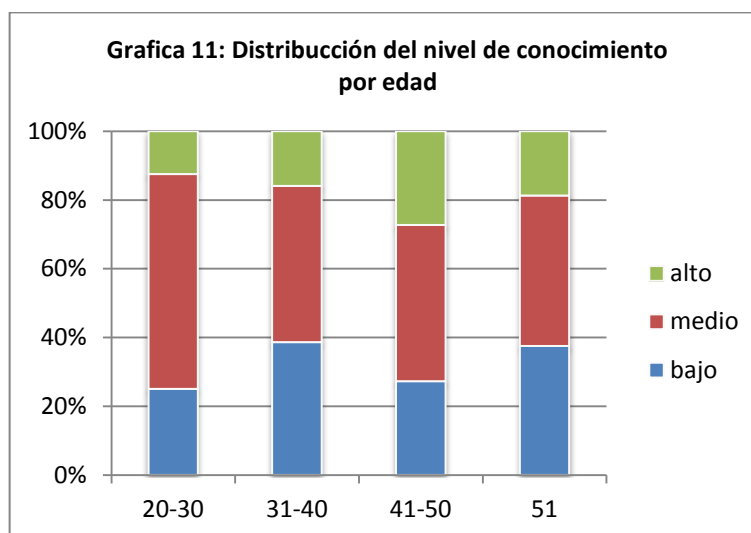


Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

La distribución del nivel de conocimiento según la edad se puede observar en la grafica siguiente. Aunque como vemos en la grafica el conocimiento según rango de edad también es de nivel medio, analizando cada intervalo podemos observar que el intervalo de edad que presenta un conocimiento de nivel bajo es el que se sitúa entre 31 a 40 años y los mayores de 51 años. Los que poseen un conocimiento alto se sitúan entre 31 a 40 años y por último el grupo de edad de 20 a 31 presenta un nivel de conocimiento medio. (Grafica 11):



Fuente: Elaboración propia

Posteriormente se ha calculado el coeficiente de correlación de Pearson para determinar la existencia de asociación entre el nivel de conocimiento y las variables sociodemográficas (sexo, categoría profesional, lugar de trabajo y edad). Se encontró solo asociación con la categoría profesional ($p=0.02$). Los que presentan niveles más altos de conocimiento se asocian con la categoría enfermero/a. (tabla 11).

Tabla 11: Diferencias en el nivel de conocimiento según categoría profesional

Categoría de factor V.I	V.D	NIVEL DE CONOCIMIENTO		
		Bajo	Medio	Alto
MEDICOS/AS	% dentro de conocimiento	58.35%	42.3%	28.6%
	% dentro de categoría	42.9%	44.9%	12.2%
	% del total	19.3%	20.2%	5.5%
ENFERMEROS/AS	% dentro de conocimiento	41.7%	57.7%	71.4%
	% dentro de categoría	25%	50%	25%
	% del total	13.8%	27.5%	13.8%

Sig bilateral con un nivel de confianza de 0.05
Fuente: Elaboración propia.

Una vez calculado el coeficiente era necesario obtener el estadístico correspondiente para contrastar la hipótesis. Para ello hemos calculado la prueba de *t* de Student que analiza las diferencias entre dos grupos en una variable. (Tabla 12)

Tabla 12: Prueba de T de Student. (conocimiento-categoría profesional)

tip.media	Categoría profesional		N	Media	Desv. Típ	Error		
Conocimiento	1. Medico		49	1.69	0.683	0,098		
	2. Enfermero		60	2.00	0.713	0.092		
Prueba de Levene			Prueba T para igualdad de medias					
Intervalo	F	Sig	t	gl	Sig	Diferencias	Error tip.	95%
Infer.								Sup.
0.039	1.291	0.258	-2.272	107	0.025	-0.306	0.135	-0.573 -

Fuente: Elaboración propia

Por último se calculo el *chi cuadrado de Pearson* para establecer si las diferencias observadas son estadísticas significativas. El resultado nos muestra que las diferencias observadas son estadísticamente significativas (tabla 13):

Tabla 13: Correlaciones: Chi cuadrado de Pearson

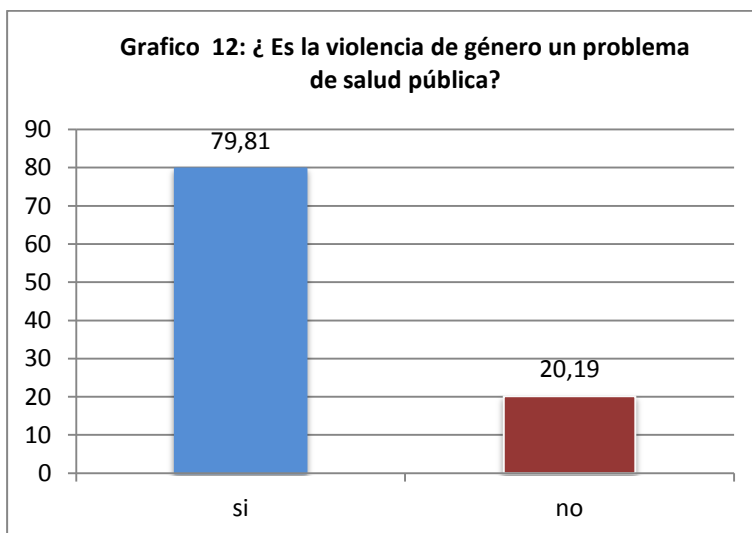
		categoria	conocimiento
categoria	Correlación de Pearson	1	,205**
	Sig. (bilateral)		,003
	N	203	203
conocimiento	Correlación de Pearson	,205**	1
	Sig. (bilateral)	,003	
	N	203	203

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).
Fuente: Elaboración propia

6.3.2. Análisis descriptivo de los ítems

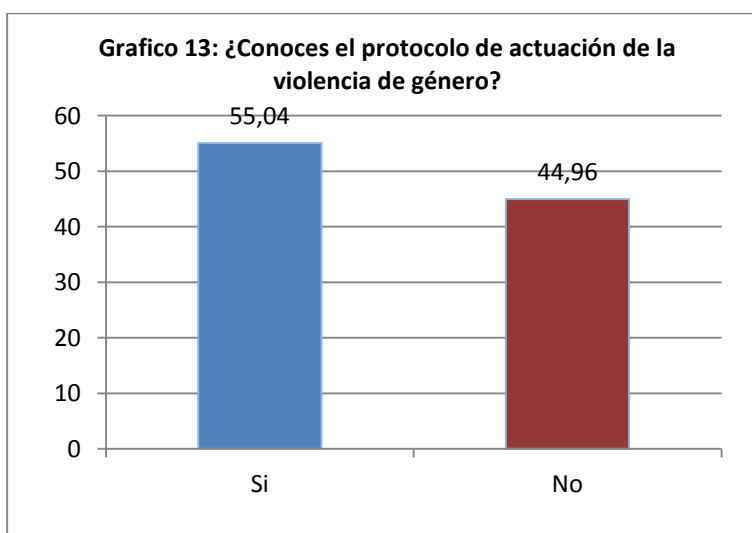
El análisis de cada uno de los ítems que conforma el cuestionario sobre conocimiento nos ofrece los siguientes resultados.

La primera pregunta estaba relacionada con la **consideración de la violencia de género como un problema de salud pública**. Los resultados muestran que un 79.81% del total de la población encuestada considera la violencia de género como un problema de salud pública frente a un 20.19% que aún sigue sin considerar la violencia de género como un problema de salud pública (Grafico 12).



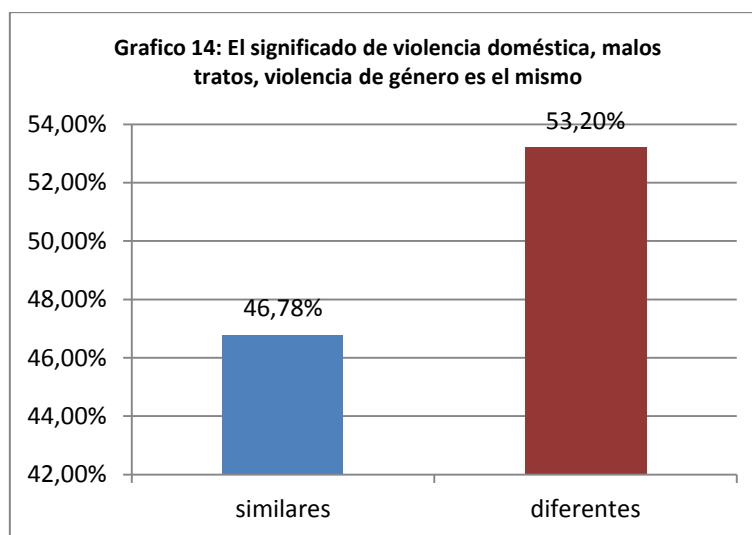
Fuente: Elaboración propia

La segunda cuestión que se planteó fue si conocían el **protocolo de violencia doméstica para la atención sanitaria a mujeres maltratadas**. Las respuestas fueron que el 55.04% de la población total encuestada si conoce el protocolo de actuación y un 44,96% responde que no (Grafico 13).



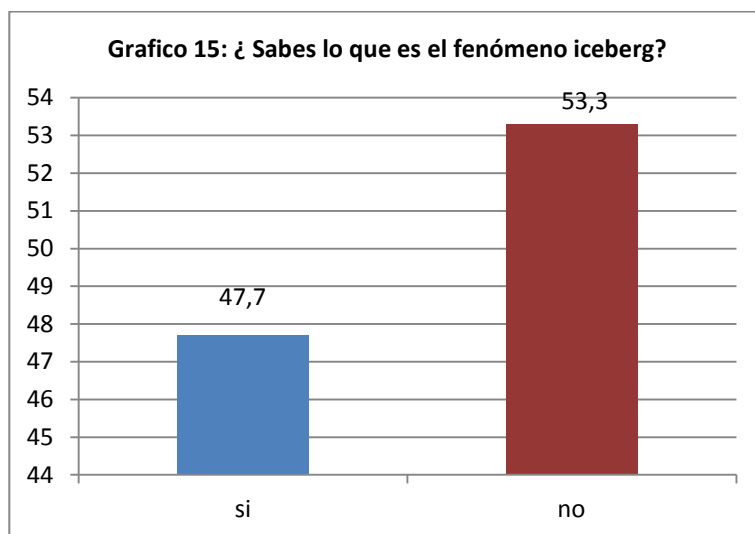
Fuente: Elaboración propia

El 53.22% del personal encuestado consideran que los conceptos de “violencia de género”, “malos tratos” y “violencia doméstica” tienen significados similares frente a un 46.78% que supo diferenciar los conceptos. A los encuestados que respondían a la categoría “sí” se les pedía que definieran dichos conceptos, analizadas las respuestas no todas eran válidas, concretamente el 10% de las respuestas presentaban errores (gráfico 14).



Fuente: Elaboración propia

A la pregunta ¿Sabes lo que es el fenómeno iceberg?. El 47.7 % de la población total encuestada respondió que sí sabe que es dicho fenómeno, aunque después de revisadas las contestaciones no todas las respuestas eran correctas (gráfico 15).



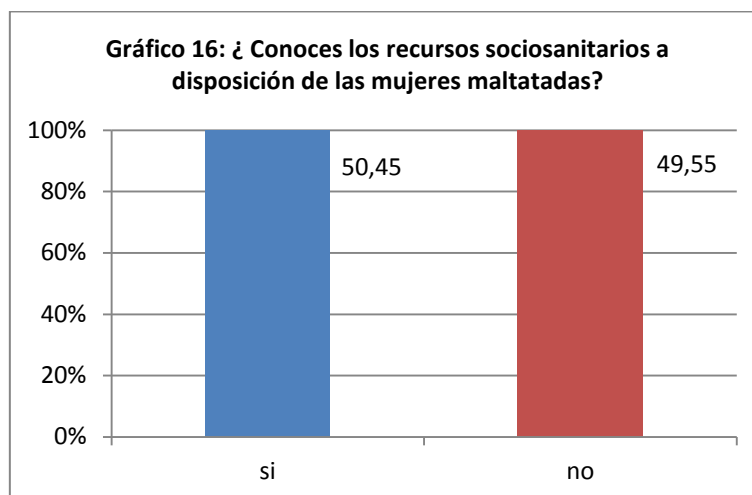
Fuente: Elaboración propia

En cuanto al tipo de maltrato más frecuente el 77.06% no consideran que el maltrato físico sea el tipo de maltrato más frecuente. La mayoría del personal encuestado considera el maltrato psicológico como la forma de maltrato más frecuente.

También se pidió que identificaran los signos/síntomas que a su juicio hacen pensar en la posibilidad de estar ante un maltrato. Los principales que se identificaron fueron: presencia de lesiones físicas, ansiedad, sumisión, temor y en el caso del personal sanitario del 061 miedo a ser trasladada al hospital.

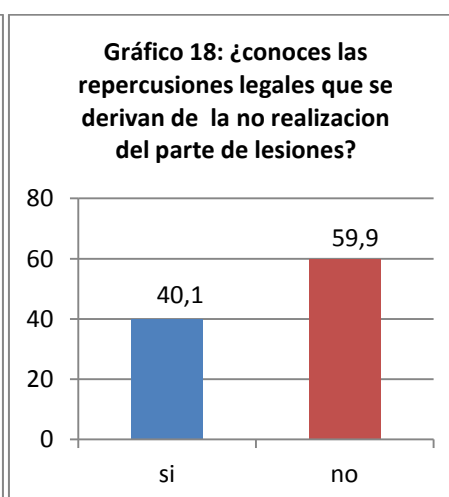
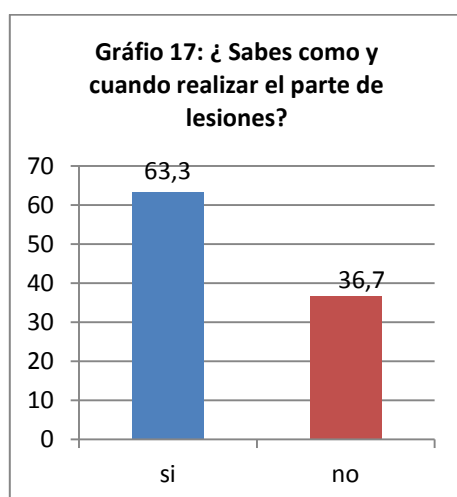
En relación a si conocen los recursos sociosanitarios a disposición de las mujeres maltratadas, el 50.45% respondió que sí, aunque de nuevo las contestaciones pusieron en evidencia que existe un gran desconocimiento de dichos recursos, pues solo nombran las casas de acogida y el teléfono de

atención al mujeres maltratadas, aunque no sabe cuál es el número del teléfono ni si existen casa de acogida en su zona (gráfico 16).



Fuente: Elaboración propia

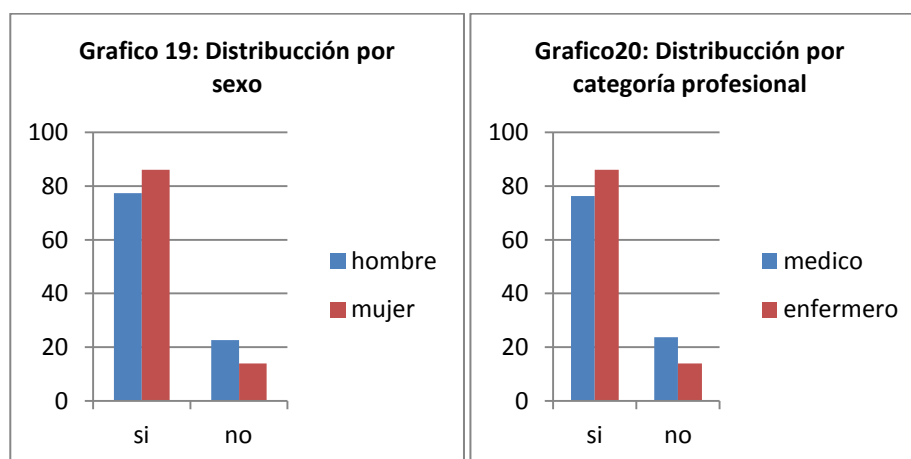
Por último la mayoría el 63.3% del personal sanitario encuestado sabe cuándo y cómo realizar el parte de lesiones y el 59.6% reconocen no saber las repercusiones legales que derivan de no declarar la mera sospecha de un caso de violencia de género (Gráfico 17 y 18).



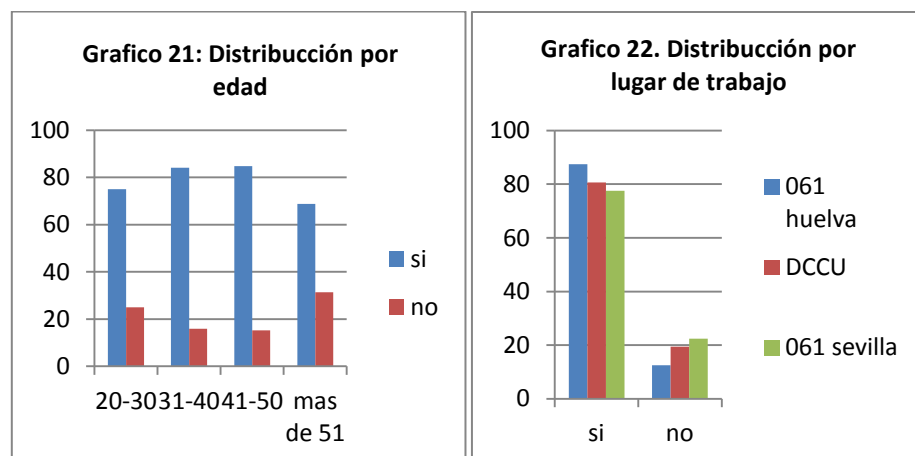
Fuente: Elaboración propia

6.3.3. Diferencias en función de factores sociodemográficos: edad, sexo, categoría profesional y lugar de trabajo.

Se muestran diferencias entre médicos/as y enfermeros/as relacionados con la primera pregunta, de tal manera que son principalmente los médicos los que tienen más reticencias a considerar la violencia de género como un problema de salud pública (grafico 19). Y lo mismo ocurre en cuanto al sexo, el 86.04% de las mujeres consideran la violencia de género un problema de salud pública y un 77.27% de los hombre (gráfico 20). Si tenemos en cuenta la edad son los que se sitúan en el intervalo de 31 a 40 años los que se muestran más favorables en considerar la violencia de género un problema de salud pública, en el extremo contrario nos encontramos los que se sitúan en el intervalo de edad mayores de 51 años (gráfico 21). Por último relacionado con el lugar de trabajo el personal del 061 de Huelva es el que se muestra más favorable (grafico 22).

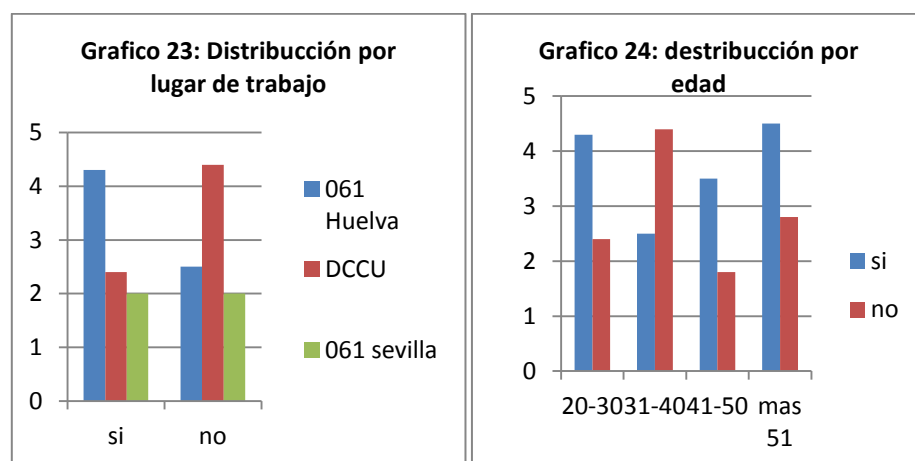


Fuente: Elaboración Propia

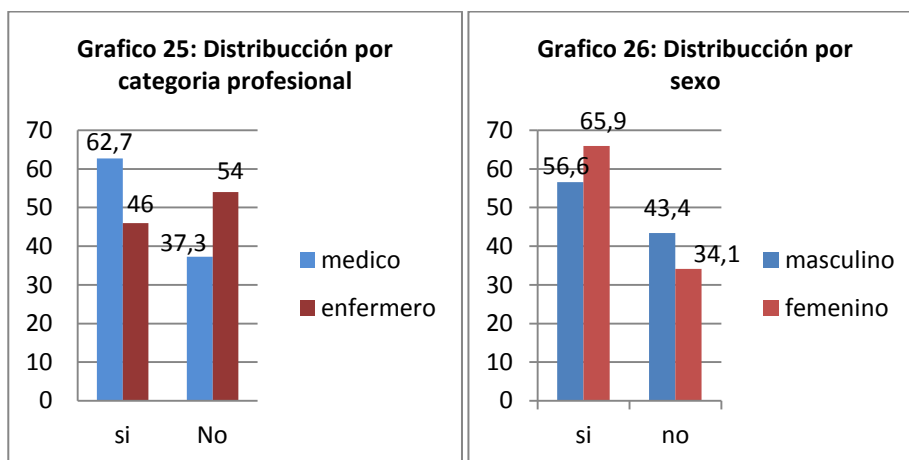


Fuente: Elaboración propia

Relacionado con las cuestiones que tienen que ver con el protocolo, el personal que principalmente no conoce el protocolo son los enfermeros de los DCCU de Huelva y 061 de Sevilla, mayores de 51 años. (Gráficas 23, 24, 25 y 26).

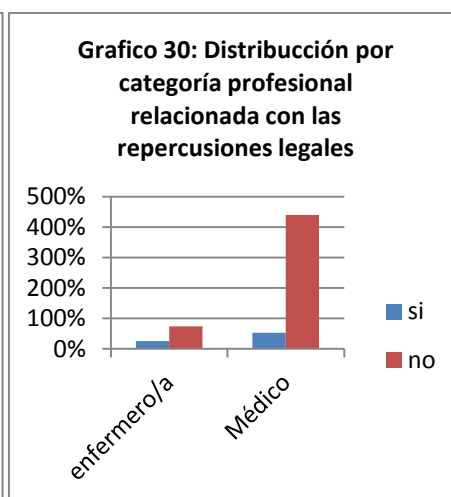
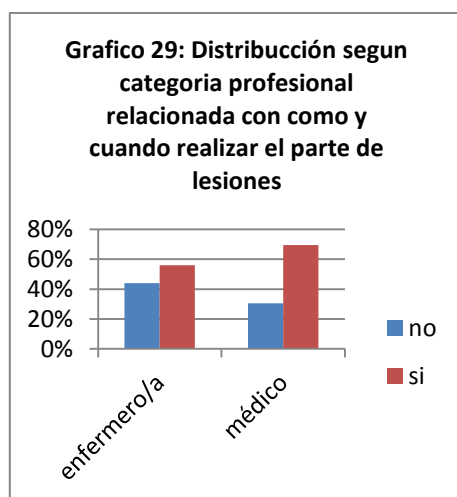
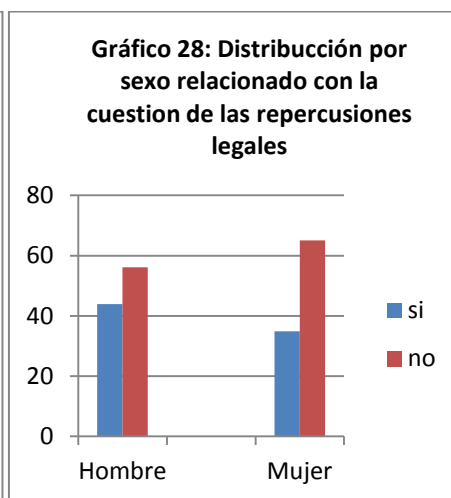
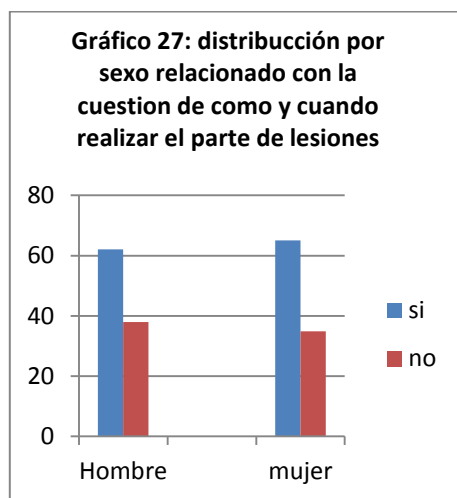


Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

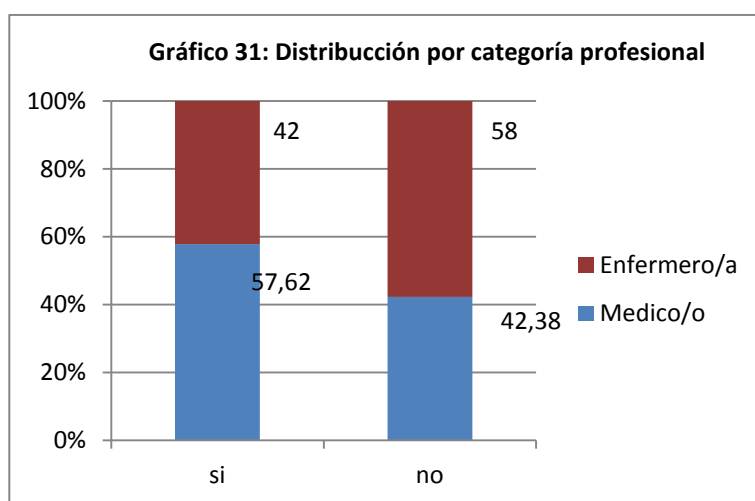
En cuanto a las cuestiones en torno a cómo y cuándo realizar el parte de lesiones son los hombre los que muestran más dificultades, cosa contraria cuando se pregunta en torno a las repercusiones legales que se derivan de la no realización del parte de lesiones son las mujeres las que muestran un desconocimiento sobre el tema (grafico 27 y 28). Según la edad son los que se sitúan en el intervalo de edad de 30 a 41 años y los profesionales del 061 de Sevilla. Teniendo en cuenta la categoría profesional el 44% de los/as enfermeros/as y el 30.5% de los médicos no saben cómo y cuándo realizar el parte de lesiones (Grafico 29). Por último el 74% de los/as enfermeros y el 47.5% de los médicos no saben las repercusiones legales que se derivan de la no realización de l parte de lesiones (grafico 30).



Fuente: Elaboración propia

Los resultados obtenidos en cuestiones relacionadas con conceptos nos muestran que son los/as enfermeros/as mayores de 51 años los que poseen un menor conocimiento. El 58% de los enfermeros consideran que los conceptos de violencia de género, violencia familiar y maltrato son similares, más del 62% no saben los que es el fenómeno iceberg.

Analizada la cuestión relacionada con el conocimiento de los recursos sociosanitarios a disposición de de las mujeres maltratadas son los/as enfermeros/as los que más desconocimiento presentan. El personal sanitario del 061 de Sevilla son los que tienen menor conocimiento (grafico 31).



Fuente: Elaboración propia

6.3.4. Análisis de asociaciones entre variables.

El análisis de asociaciones ha determinado que existe relación entre las variables sociodemográficas categoría profesional y lugar de trabajo con algunos ítems del cuestionario.

La prueba de T de Student y ANOVAS de cada uno de los ítems y las variables sociodemográficas nos arroja los resultados que se recogen en las siguientes tablas, relacionadas con la categoría profesional y con el lugar de trabajo.

En relación a las diferencias observadas por categoría profesional estas se dan en los ítems 2 ($p=0.08$), 4($p=0.005$) y 8 ($p= 0.06$) : Son los médicos los que presentan medias más elevadas en las cuestiones 4 y 8; y los enfermeros en la 2. (Tabla 14)

Tabla 14: Prueba de T de Student

tip.media	Categoría profesional		N	Media	Desv. Típ	Error		
Protocolo	1. Medico		49	1.54	0.503	0,071		
	2. Enfermero		60	1.37	0.488	0.063		
Prueba de Levene			Prueba T para igualdad de medias					
Intervalo	F	Sig	t	gl	Sig	Diferencias	Error tip.	95%
Infer.								Sup.
0356	2.528	0.115	1.756	107	0.08	0.167	0.95	-0.22
tip.media	Categoría profesional		N	Media	Desv. Típ	Error		
repercusiones	1. Medico		49	1.26	0.443	0,063		
	2. Enfermero		60	1.53	0.504	0.066		
Prueba de Levene			Prueba T para igualdad de medias					
Intervalo	F	Sig	t	gl	Sig	Diferencias	Error tip.	95%
Infer.								Sup.
0.084	16.66	0.000	-2.896	107	0.005	-0.265	0.092	-0.447 -
tip.media	Categoría profesional		N	Media	Desv. Típ	Error		
Iceberg	1. Medico		49	1.38	0.490	0,069		
	2. Enfermero		60	1.56	0.501	0.065		
Prueba de Levene			Prueba T para igualdad de medias					
Intervalo	F	Sig	t	gl	Sig	Diferencias	Error tip.	95%

Infer.								Sup.
0.010	1.553	0.215	-1.881	107	0.06	-0.179	0.095	-0.368

Fuente: Elaboración propia

Por su parte relacionada con el lugar de trabajo las diferencias se dan en los ítems 6 ($P=0.02$) y 7 ($p= 0.02$). (Tabla 15)

Tabla 15: ANOVAS. Diferencias en la variable lugar de trabajo

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
recursos	Inter-grupos	1,777	2	,888	3,697	,028
	Intra-grupos	25,471	106	,240		
	Total	27,248	108			
como	Inter-grupos	1,812	2	,906	4,086	,020
	Intra-grupos	23,509	106	,222		
	Total	25,321	108			

Fuente: Elaboración propia

Se dan diferencias estadísticas significativas en entre la variable categoría profesional y la cuestión en torno a las repercusiones legales que se derivan de la no realización del parte de lesiones ($p= 0.005$). Según nos situemos en una categoría profesional u otra el conocimiento sobre las repercusiones legales varía. (Tabla 16)

Tabla 16: Correlaciones. Coeficiente de Pearson

		categoria	repercusiones
categoria	Correlación de Pearson	1	,270**
	Sig. (bilateral)		,005
	N	109	109
repercusiones	Correlación de Pearson	,270**	1
	Sig. (bilateral)	,005	
	N	109	109

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia

También se dan diferencias estadísticas significativas entre la categoría lugar de trabajo y la cuestión relacionada con el conocimiento de los recursos sociosanitarios a disposición de las mujeres maltratadas ($p=0.009$). (tabla 17)

Tabla 17: Correlaciones. Coeficiente de Pearson

		trabajo	recursos
trabajo	Correlación de Pearson	1	-,248**
	Sig. (bilateral)		,009
	N	109	109
recursos	Correlación de Pearson	-,248**	1
	Sig. (bilateral)	,009	
	N	109	109

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: elaboración propia

6.4 Actitud del personal sanitario frente a la violencia de género

6.4.1. Resultados sobre el nivel de actitud

La segunda parte del cuestionario aborda **la actitud que el personal sanitario tiene ante la violencia de género**. De forma global podemos decir que el personal sanitario de las urgencias y emergencias extrahospitalarias presentan una actitud tanto, afectiva, cognitiva como comportamental, ante la violencia de género favorable, pues los resultados nos muestran una distribución en la que la mayoría de los sujetos han contestado en grados elevados de acuerdo en la escala propuesta.

Realizado el análisis de asociaciones podemos determinar que existen asociaciones lineal entre la actitud y la edad ($p=0.012$) y la actitud y el lugar de trabajo ($p=0.03$). (Tabla 18 y 19).

Tabla 18: Correlaciones. Coeficiente de Pearson

		actitud	edad
actitud	Correlación de Pearson	1	-,307**
	Sig. (bilateral)		,001
	N	109	109
edad	Correlación de Pearson	-,307**	1
	Sig. (bilateral)	,001	
	N	109	109

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 19: Correlaciones. Coeficiente de Pearson

		actitud	lugar
actitud	Correlación de Pearson	1	,201 [*]
	Sig. (bilateral)		,036
	N	109	109
lugar	Correlación de Pearson	,201 [*]	1
	Sig. (bilateral)	,036	
	N	109	109

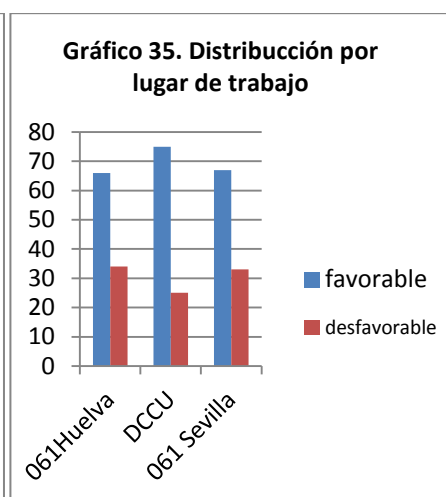
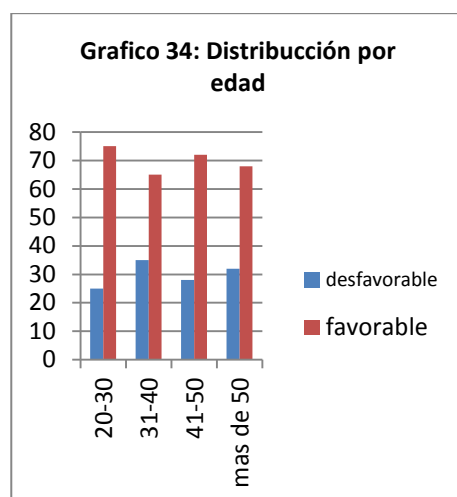
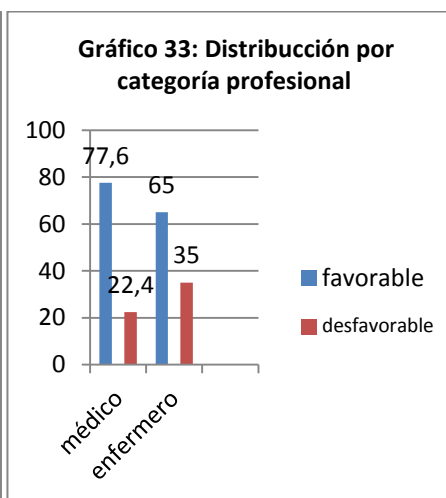
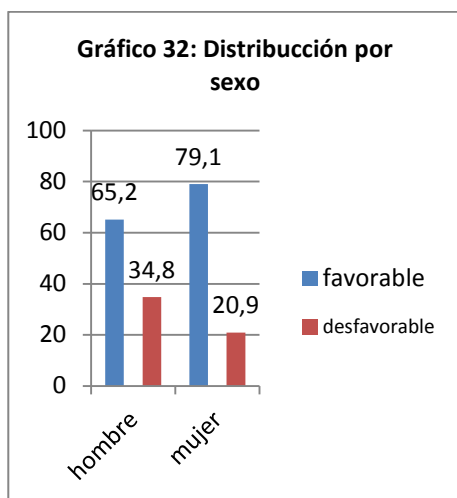
*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia

Calculado Chi cuadrado de Pearson podemos establecer que las diferencias observadas entre las variables son estadísticamente significativas: actitud y edad ($p=0.01$) y actitud lugar de trabajo ($p= 0.01$)

6.4.2. Análisis descriptivo de los ítems

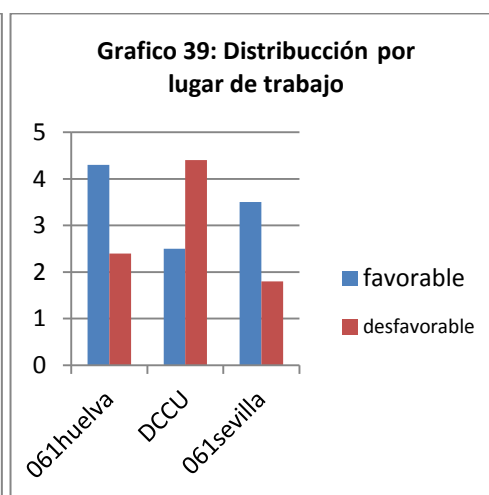
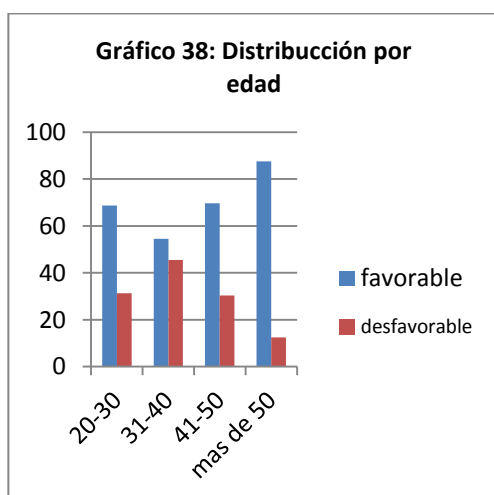
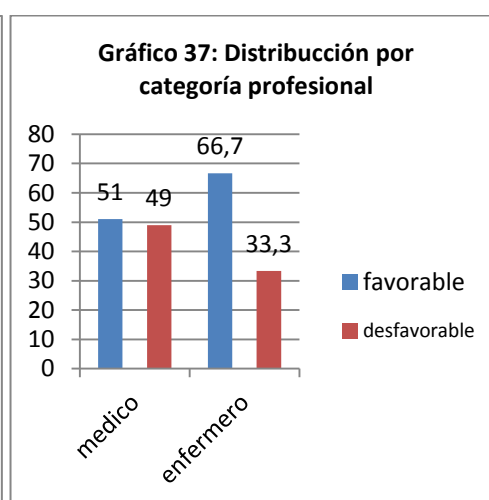
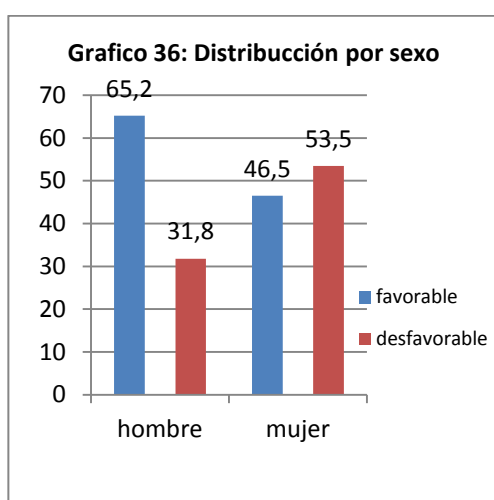
El 70% del personal sanitario encuestado considera que es necesario mantener una actitud expectante para diagnosticar casos de violencia de género. Teniendo en cuenta el sexo son las mujeres las que tiene una actitud más expectante y en relación a la categoría profesional son los/as médico/as, la distribución por edad nos muestra que los que se sitúan en el intervalo de edad de 20 a 30 años se muestran más favorables y por último teniendo en cuenta el lugar de trabajo son los profesionales de los DCCU de Huelva. Los datos se reflejan en las siguientes graficas (32, 33, 34 y 35).



Fuente: Elaboración propia

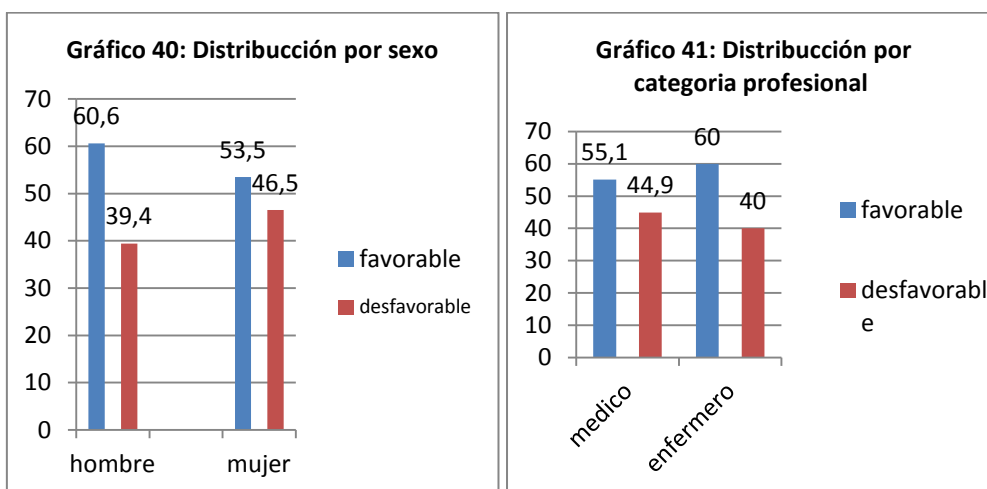
A la cuestión de si ante una paciente con lesiones físicas te planteas siempre como diagnóstico diferencial la posibilidad de que sea un maltrato, el 59,1% de los encuestados se muestran de acuerdo. Podemos destacar que son los hombres los que muestran una actitud más favorable pues el 53,3% de las mujeres no se plantean como diagnóstico diferencial la posibilidad de un maltrato (Gráfica 36). Según categoría profesional son los enfermeros los que muestran una actitud más favorable (Gráfica 37). Y la distribución según la edad y el lugar de trabajo nos refleja que son los mayores de 50 años los que

muestran una actitud más favorable en esta cuestión en contraposición con los que se sitúan en el intervalo de edad de 31 a 40 años que muestran mayor desacuerdo (grafica 38). Por último según el lugar de trabajo la actitud mas favorable la muestran el personal del 061 de Huelva hay que destacar la gran diferencia con el personal del DCUU de Huelva que mayoritariamente no se plantean como diagnostico la posibilidad de un maltrato cuando se encuentran en su servicio una mujer con lesiones físicas (Grafica 39).

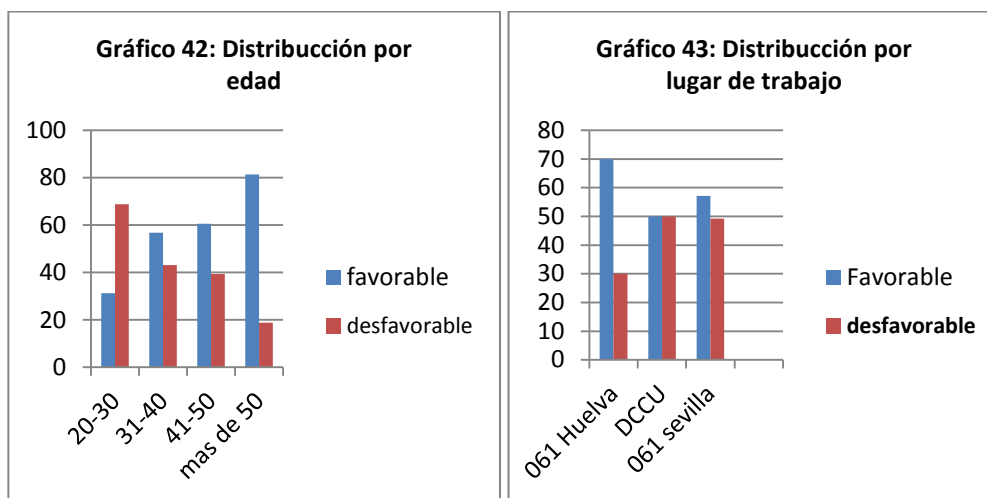


Fuente: Elaboración propia

Otro de los ítems que valoraba la actitud del personal sanitario es si consideraban que era necesario realizar preguntas encaminadas a detectar casos de violencia doméstica. El 66% de los encuestados mostraban una actitud favorable con esta afirmación. Los datos obtenidos según el sexo nos revelan que son los hombres los que están más dispuestos a realizar preguntas encaminadas a detectar malos tratos que las mujeres (Gráfica 40). Por categoría profesional son los enfermeros los que muestran más disposición (gráfica 41). Resulta relevante observar como los profesionales más jóvenes se muestran más reticentes mientras que los que se sitúan en el intervalo de edad de más de 50 años son los que muestran una actitud más favorable (gráfica 42). Por último no se dan grandes diferencias por lugar de trabajo (grafico 43).

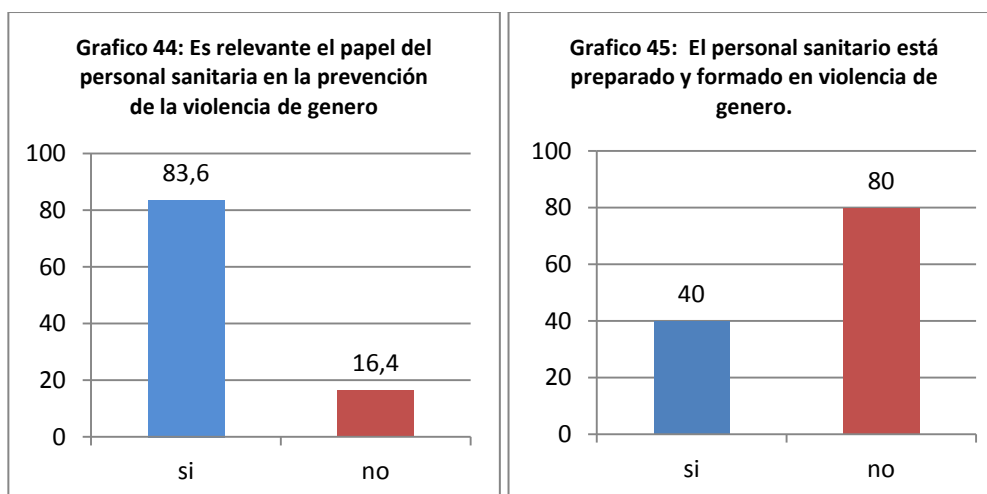


Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

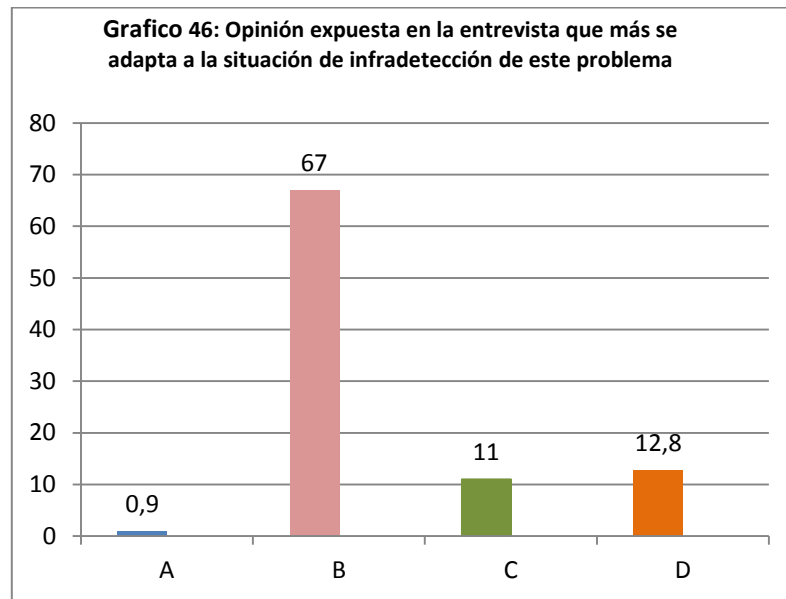
El 83.6% del personal encuestado considera que el personal sanitario de las urgencias tiene un papel relevante en la prevención y asistencia a personas en situación de violencia (Gráfico 44). A pesar de considerar que tienen un papel relevante el 80% de los encuestados considera que no tiene una preparación y formación adecuada para la atención a los casos de violencia de género (Gráfico 45).



Fuente: Elaboración propia

La gran mayoría consideran que es responsabilidad tanto de sanitarios, jueces, policías, psicólogos, trabajadores sociales de identificar y solucionar este problema. Se les pidió que ordenaran por prioridad resultando que son los jueces en primer lugar los que tienen responsabilidad en la atención a la violencia de género, seguido de la policía, el personal sanitario lo colocan en último lugar.

Analizada cual es la opinión expuesta en la entrevista que más se adapta a la situación de infradetección de este problema, los resultados fueron que el 70.64% de los/as encuestados creen que es necesario seguir mejorando los sistemas de detección y la coordinación entre los distintos estamentos y profesionales. El 13,76% consideran que estas pacientes piensan que su problema no tiene solución y que la sociedad no las respalda. Creen que ellas necesitan cambiar este concepto erróneo y deberían darse cuenta de las posibilidades que existen. Por último el 15,59% creen que las pacientes que sufren violencia doméstica no disponen todavía de las facilidades necesarias para acceder a ellos y precisan más ayuda.



Fuente: Elaboración propia

A: Creo que las pacientes que sufren malos tratos deberían insistir más, tener una postura más firme y solicitar más ayuda de la sociedad.

B: Creo que es necesario seguir mejorando los sistemas de detección y la coordinación entre los distintos estamento y profesionales implicados.

C: Estas pacientes piensan que su problema no tiene solución y que la sociedad no las respalda. Creo que ellas deberían cambiar este concepto erróneo

D: Creo que las pacientes que sufren violencia doméstica no disponen todavía de las facilidades necesarias y precisan más ayuda

Como comentábamos al principio se han encontrado asociaciones y diferencias estadísticamente significativas entre la actitud y la edad y lugar de trabajo, por lo que pasamos a continuación a detallar más en profundidad su análisis teniendo en cuanto los diferentes ítems.

6.4.3. Análisis de asociaciones entre los ítems y las variables edad y lugar de trabajo.

Relacionado con la edad el Coeficiente de correlación de Pearson nos indica que esta variable y el ítems relacionado con la necesidad de plantearse un diagnóstico diferencial de maltrato ante la presencia de una mujer con signos de violencia están linealmente asociadas y por tanto se acepta la hipótesis alternativa ($p=0.000$). Analizado se la correlación implica causación podemos decir existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0.03$).

Es el personal más joven el que muestra reticencias a la hora de plantearse ante una paciente con lesiones físicas un diagnóstico diferencial de maltrato (tabla 20).

Tabla 20: Diferencias ítem según grupo de edad

			edad				Total
			20-30	31-40	41-50	+50	
diagnostico	favorable	Recuento	5	23	23	14	65
		% dentro de diagnostico	7,7%	35,4%	35,4%	21,5%	100,0%
		% dentro de edad	31,3%	52,3%	69,7%	87,5%	59,6%
		% del total	4,6%	21,1%	21,1%	12,8%	59,6%
	desfavorable	Recuento	11	21	10	2	44
		% dentro de diagnostico	25,0%	47,7%	22,7%	4,5%	100,0%
		% dentro de edad	68,8%	47,7%	30,3%	12,5%	40,4%
		% del total	10,1%	19,3%	9,2%	1,8%	40,4%
Total		Recuento	16	44	33	16	109
		% dentro de diagnostico	14,7%	40,4%	30,3%	14,7%	100,0%
		% dentro de edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	14,7%	40,4%	30,3%	14,7%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

También existe asociación entre la variable edad y el ítem relacionado con la necesidad de realizar preguntas encaminadas a detectar un posible caso de maltrato ($p= 0.007$). Y se dan diferencias estadísticamente significativas entre las dos variables ($p= 0.003$)

Tabla 21 : Diferencias ítem según grupo de edad

			preguntas		Total
			favorable	defavorable	
edad	20-30	Recuento	11	19	30
		% dentro de edad	36,7%	63,3%	100,0%
		% dentro de preguntas	9,5%	21,8%	14,8%
		% del total	5,4%	9,4%	14,8%
	31-40	Recuento	47	31	78
		% dentro de edad	60,3%	39,7%	100,0%
		% dentro de preguntas	40,5%	35,6%	38,4%
		% del total	23,2%	15,3%	38,4%
	41-50	Recuento	34	32	66
		% dentro de edad	51,5%	48,5%	100,0%
		% dentro de preguntas	29,3%	36,8%	32,5%
		% del total	16,7%	15,8%	32,5%
	+50	Recuento	24	5	29
		% dentro de edad	82,8%	17,2%	100,0%
		% dentro de preguntas	20,7%	5,7%	14,3%
		% del total	11,8%	2,5%	14,3%
Total		Recuento	116	87	203
		% dentro de edad	57,1%	42,9%	100,0%
		% dentro de preguntas	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	57,1%	42,9%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Según el lugar de trabajo se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas relacionadas con el papel del personal sanitario para la atención a la violencia de género ($p=0.05$)

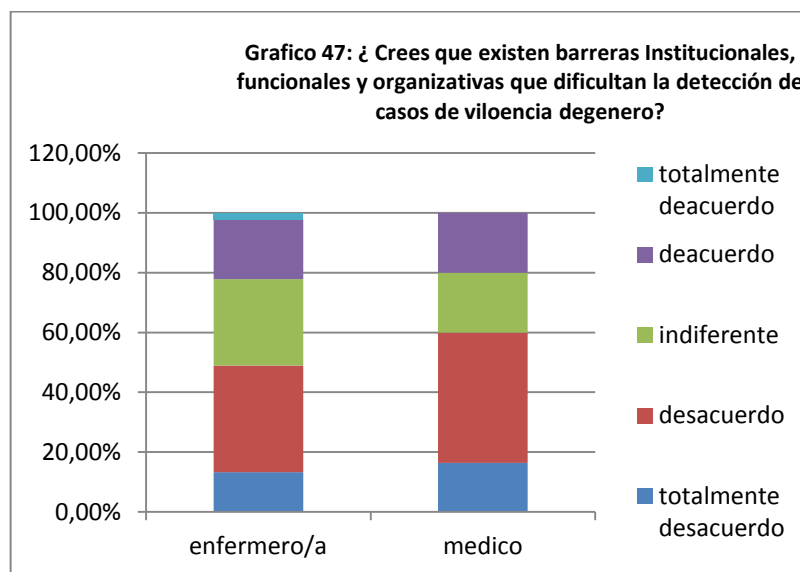
Tabla 22: diferencias ítem según el lugar de trabajo

			lugar			Total
			061huelva	dccu	061sevilla	
papel	favorable	Recuento	24	28	40	92
		% dentro de papel	26,1%	30,4%	43,5%	100,0%
		% dentro de lugar	100,0%	77,8%	81,6%	84,4%
		% del total	22,0%	25,7%	36,7%	84,4%
	desfavorable	Recuento	0	8	9	17
		% dentro de papel	,0%	47,1%	52,9%	100,0%
		% dentro de lugar	,0%	22,2%	18,4%	15,6%
		% del total	,0%	7,3%	8,3%	15,6%
Total	Recuento	24	36	49	109	
	% dentro de papel	22,0%	33,0%	45,0%	100,0%	
	% dentro de lugar	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	22,0%	33,0%	45,0%	100,0%	

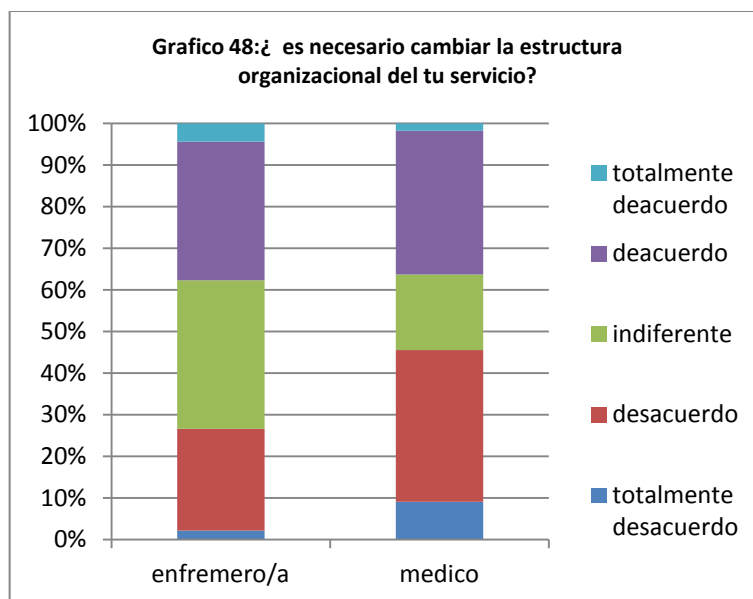
Fuente: Elaboración propia

6.5. Barreras institucionales, funcionales y organizativas

Por último se analizaron aspectos relacionados con la identificación de las barreras institucionales, funcionales y organizativas para la detección y canalización de los casos de mujeres maltratadas. A la cuestión de si existen barreras institucionales en mi servicio que impiden la identificación y canalización adecuada de los casos de mujeres maltratadas, el 77.06% de la población encuestada no creen que existan barreras institucionales (Gráfico 47). También el 62.38 % considera que no es necesario cambiar la organización funcional del servicio para mejorar la capacidad de identificación de los casos de violencia de género.. Debemos recordar que hablamos de servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarias donde la prestación del servicio sanitario a la población se realiza principalmente en el propio domicilio de las personas o en la calle. Hay que observar que el personal del DCCU de Huelva es el que principalmente considera que si existen barreras institucionales y que es necesario cambiar la organización funcional de su servicio. Por último un 62% del total de encuestados consideran que es necesaria la presencia de equipos multidisciplinares en su servicio para una atención más integral a las mujeres maltratadas, el 20% no considera necesario esta presencia y el 18% se muestra indiferente a esta cuestión.



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

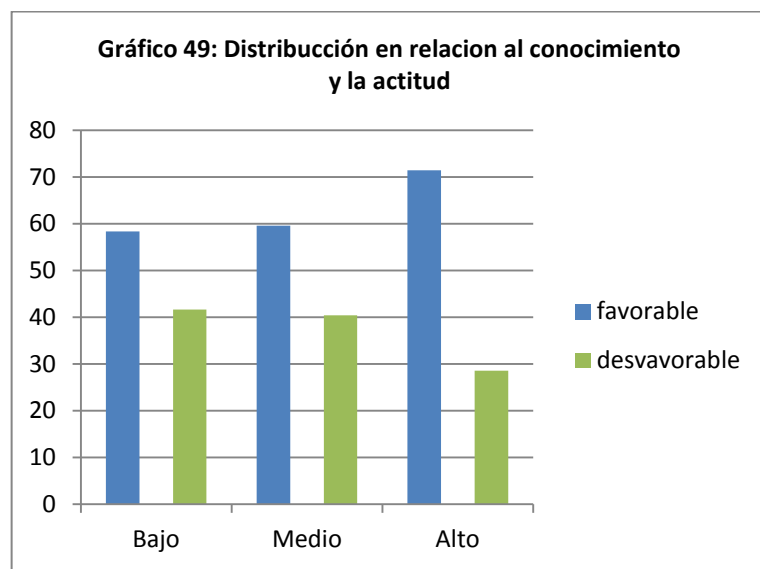
6.6 Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud frente al maltrato

Como ya comentamos al principio los profesionales encuestados muestran en su mayoría una actitud, tanto cognitiva, afectiva como comportamental favorable. Esta actitud muestra una relación directa con el nivel de conocimiento que presentan, podemos observar que aquellos que presentan una actitud más desfavorable también se sitúan entre los que tienen un menor conocimiento. De tal manera que el 71,42% de los que tienen un conocimiento alto en materia de violencia de género presentan una actitud favorable para identificar, canalizar y formarse en materia de violencia de género. (Grafico 48)

Tabla 23: Diferencias según nivel de conocimiento y actitud

NIVEL DE CONOCIMIENTO	NIVEL DE ACTITUD	
	favorable	desfavorable
BAJO	58,33	41,67
MEDIO	59,61	40,39
ALTO	71,42	28,58

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

CAPITULO 7: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Cuando se comenzó este trabajo de investigación la intención era por un lado mejorar la atención que se está dando a las víctimas de violencia de género desde el ámbito sanitario y principalmente en los servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarias y por otro lado concienciar al personal sanitario de que tener una buena formación en violencia de género es necesario e imprescindible para una buena atención a las víctimas. Para ello se consideró que la mejor manera de comenzar era analizando la actitud y el conocimiento que dicho personal tiene en violencia de género. Una de las limitaciones del estudio es que la actitud tiene que ver con datos, que en muchos casos son subjetivos y vinculados a creencias y tabúes.

Abstract

When we started this research was intended on the one hand improve the care being given to victims of gender violence from the health sector and particularly in emergency departments and hospital emergency and otherwise educate the medical staff to have a good training in violence is necessary and essential to good care to the victims. This is considered the best way to start was to analyze the attitude and knowledge that the staff has in gender violence. One limitation of the study is that the attitude has to do with data, which in many cases are subjective and linked to beliefs and taboos.

El primer indicativo del nivel de sensibilización de la población estudiada es el interés y grado de participación en el estudio. Como ya se comentó la participación entre el personal sanitario de la provincia de Huelva fue del 100%. Dicha población mostró un gran interés cuando se le presentó la investigación e incluso en participar posteriormente en un programa formativo. Por el contrario los/as sujetos de la provincia de Sevilla se mostraron más reacios a participar. Esta situación es en sí misma un hallazgo importante que coincide con estudios previos sobre el problema⁵⁰, y constituye un reto metodológico a considerar para quienes se interesan por este tema de estudio. Entre las razones que explican esta negativa del personal sanitario se señalan la falta de interés sobre la violencia hacia la mujer, la incomodidad que experimentan al tocar el tema, además de las exigencias propias de la práctica clínica⁵¹. En nuestro estudio consideramos que una de las causas fue la distribución de cuestionario, mientras en Huelva tanto su distribución como recepción fue en persona, para el personal de Sevilla la distribución fue por correo electrónico, lo que ralentizó la contestación y devolución del mismo.

El primer hallazgo que queremos destacar es que cerca del 90% del personal encuestado/a no tiene instrucción previa alguna sobre el tema, aunque en algunos de los programas formativos seguidos por el personal se tocan aspectos relacionados con la violencia de género no han realizado ningún curso formativo específico de esta materia. Este dato nos pone en

⁵⁰ Revisar: Valdez-R. (2002). Respuesta médica ante la violencia que sufren las mujeres embarazadas. En: violencia contra la mujer en distintos contextos culturales. Programa interdisciplinario de estudios de la mujer (PIEM) del colegio de México. 2002.

⁵¹ Harwell, TS.; Casten, RJ.; Armstrong, KA.; Demsey, S. y Coons HL (1998). Results of domestic violence training program offered to the staff of urban community health centers. Evaluation Committee of the Philadelphia Family Violence Working Group. *Am J Prev Med*:153: 235-242.

evidencia no solo la falta de interés por parte del personal para capacitarse por el tema sino también la escasa oferta formativa que en el ámbito de la violencia de género se da desde el sistema sanitario. Estudios tanto nacionales como internacionales también arrojan resultados similares. Por ejemplo, Ferris encontró, en una muestra nacional de 963 médicos en Canadá, que la mayoría de estos demandaban más educación y capacitación sobre el problema, por considerar que no tienen los elementos suficientes para poder enfrentar la situación con sus pacientes.

Los resultados globales sobre el nivel de conocimiento del personal encuestado nos arrojan resultados similares a los obtenidos en otros estudios con población sanitaria, aunque no en el ámbito extra hospitalario, donde no hay investigaciones de referencia. La población tiene un nivel de conocimiento medio. Como ya comentamos las mujeres presentan un conocimiento más bajo que los hombres, sobre todo en cuestiones relacionadas con términos conceptuales y con el conocimiento de los recursos sociosanitarios. Pero muestran un mayor conocimiento en cuestiones relacionadas con el protocolo de actuación frente al maltrato y con la realización del parte de lesiones.

Se han encontrado diferencias estadísticas significativas relacionadas con la categoría profesional siendo los enfermeros los que presentan medias más elevadas en cuestiones relacionadas con el conocimiento de protocolos, cómo y cuándo realizar el parte de lesiones y las repercusiones legales que derivan de su no realización. Antes estos datos no podemos pasar por alto que son los médicos/as los que están facultados para realizar el parte de lesiones y por lo tanto los que deben conocer los protocolos de actuación.

Los datos obtenidos nos hacen ser consciente de que es necesario que mejore la formación del personal sanitario. Esta formación se debe dar no solo a nivel de postgrado, sino que debe estar presente en los nuevos planes de estudio de grado de enfermería y también en los estudios de medicina. Si bien se ha avanzado en este sentido, donde la perspectiva de género ya está presente en estos estudios, pensamos que es necesaria una formación más específica, que prepare y forma a este personal para una atención integral frente al maltrato ya sea infantil, hacia la mujer o hacia los ancianos.

La primera cuestión que se aborda en el cuestionario tiene que ver con la consideración de la violencia de género como un problema de salud pública. Uno de los grandes problemas que hasta ahora ha tenido la violencia de género es su consideración como un problema únicamente social o como un asunto particular que afectaba a la vida privada de las familias. Esta consideración nos llevo a empezar este estudio con esta cuestión.

La mayoría del personal encuestado considera que la violencia de género es un problema de salud pública pero no su totalidad que sería lo adecuado, teniendo en cuenta que la OMS define la salud como el buen estado bio-psico-social. Una de las razones por las que apenas se ha considerado como una cuestión de salud pública, como recoge muchos de los estudios ya nombrados en esta investigación, es la falta de definición clara del problema y así lo recoge también la OMS *“la violencia es un fenómeno sumamente difuso y complejo cuya definición no puede tener exactitud científica, ya que es una cuestión de apreciación”*. No existe un factor que por sí solo explique por qué una persona se comporta de manera violenta y otra no. La violencia es un problema complejo enraizado en la interacción de muchos factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos. Pero

lo no cuestionable es que la violencia de género es un importante problema de salud pública, tanto por la magnitud de las lesiones producidas, como por sus consecuencias a corto y a largo plazo sobre la salud física y mental de las víctimas

Al atender a una víctima de violencia de género cada trabajador/a debería saber cómo actuar, cómo comportarse y cuál es su función en todo momento. Se estima que al menos 7 de cada 10 maltratos pasan desapercibidos en la asistencia clínica habitual.

Lo anterior está relacionado con el hecho de conocer la existencia de protocolos de actuación ante los malos tratos. Como se ha expuesto en el análisis de los datos el 55.04% de la población encuestada conoce la existencia de un protocolo de violencia de género, eso nos deja un 44.96% de personal sanitario que desconoce el protocolo de actuación. Este desconocimiento puede derivar en una inadecuada actuación y canalización en la atención a mujeres maltratadas. Además un gran número (59.9%) desconoce que además de la obligación moral y profesional, también están obligados a declarar cualquier caso de sospecha, según la Ley de Enjuiciamiento criminal (artículo 262) y según el Código Penal (artículo 576 y 550) hecho desconocido por un gran número de profesionales y donde la no declaración de un delito en este sentido podría ser castigado con penas de arresto y multas según los casos.

¿Conoces el protocolo de violencia de género?	55.04%
¿Sabes cuándo y cómo realizar el protocolo?	63.3%
¿Conoces las repercusiones legales de no declarar la mera sospecha de violencia de género?	40.1%

Según el trabajo presentado por la Sociedad Española de medicina Familiar y comunitaria, en el Congreso de WONCA EUROPA (2012) celebrado en Málaga, la mitad de los hospitales españoles carecen en su servicio de urgencias de un registro de casos de maltrato. Además sólo el 19% de los 161 hospitales consultados cuentan con un protocolo propio de actuación, con el circuito que la víctima debe seguir y la intervención que el profesional correspondiente debe ejecutar.

Relacionando el nivel de conocimiento sobre la violencia de género y la identificación de signos y síntomas. En el estudio nos encontramos que quienes tienen un mayor conocimiento pueden identificar una mayor cantidad de signos y síntomas, en comparación con aquellos que tienen un conocimiento más bajo. Los signos y síntomas que se han destacado fundamentalmente son sobre todo físicos (traumatismos, fracturas, quemaduras.), sentimiento de ansiedad y miedo.

Como se recoge en las investigaciones revisadas resulta evidente considerar que la mayoría del personal médico rara vez sospecha violencia entre sus pacientes, por lo que no le hacen preguntas sobre el tema y solo

sospechan en aquellos casos que son muy obvios pues las mujeres acuden a los servicios con lesiones producidas por la violencia física. En nuestro estudio el personal sanitario está capacitado para acudir y atender urgencias y emergencias donde las lesiones por agresión resultan evidentes, pero es necesario saber cómo canalizar adecuadamente a la víctima para que la atención no se base únicamente en el tratamiento de las lesiones físicas.

Esto se relaciona estrechamente con la pregunta sobre el conocimiento que tienen sobre los recursos sociosanitarios a disposición de las víctimas. Como ya vimos el nivel de conocimiento de estos recursos es muy bajo, en este sentido, podemos afirmar que todavía no se cubren las exigencias de identificación, manejo y canalización de las mujeres maltratadas atendidas en los servicios sanitarios.

Una vez identificado el caso, lo ideal es canalizarlo a instituciones y personal capacitado para que le brinde ayuda especializada. En el caso de los dispositivos de urgencias y emergencias, la atención y canalización de las víctimas de maltrato difiere bastante de la realizada en atención primaria o en los servicios de urgencias hospitalarias. Tanto el 061 como en los DCCU la atención depende exclusivamente de que la mujer quiera ser atendida, en este caso se tratan las lesiones, se llamará a la policía nacional y se realizará el parte de lesiones para remitirlo al juzgado. No existen otros recursos que puedan utilizar el personal de este servicio para la atención y canalización de víctimas de malos tratos. En los servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarias además de carece de personal cualificado (trabajadores sociales, psicólogos) que pudieran dar una atención más personalizada a estas mujeres y realizar la adecuada canalización a servicios específicos.

Hay que tener en cuenta que la actuación de otros profesionales dependerá en gran medida de la valoración realizada por el/la facultativo/a que atiende a la paciente en un primer momento, y de cómo se registre su valoración inicial en el parte. De lo completo que sea éste dependerá que un hecho sea visto como una falta o un delito aplicándose distintos artículos del código penal.

Para realizar lo más exhaustivo posible este parte de lesiones es necesario tener un buen conocimiento de las lesiones que sirven de indicadores para basar la sospecha de maltrato, sobre todo ante una situación clínica inconsistente con la historia relatada. Estos indicadores de sospecha están recogidos tanto en protocolos de actuación, como en guías de apoyo en atención a mujeres maltratadas, etc. Existe un cuestionario diseñado para ser administrado por el personal sanitario, conocido como ASS (Abuse assessment Screen). Consta de 4 preguntas que valoran la violencia física, psicológica o sexual durante el último año. También existen distintas recomendaciones entre ellos la “Guía de buena práctica clínica en abordaje en situaciones de violencia de género” de la Organización Médica Colegial (OMC) y muy especialmente en el “protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género”, elaborado y publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, el cual debe ser utilizado como referencia para dirigir la respuesta profesional desde los servicios de urgencias y emergencias hacia los casos de violencia de género, tanto en su presentación aguda, como en su manifestación crónica, y entendiendo que se trata de un problema individual de cada una de las mujeres que lo sufren, y de un problema de salud pública derivado de las circunstancias sociales que lo caracterizan tanto en su origen como en su resultado.

Hasta ahora hemos analizado el conocimiento y opinión que tiene el personal encuestado sobre la violencia de género, pero nuestro estudio también pretendía analizar la actitud que dicho personal tiene frente al maltrato.

Partiendo de la idea de que la actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas, resulta positivo observar como el personal de nuestro estudio muestra una actitud positiva hacia la violencia de género. Analizada las respuestas dadas la mayoría presenta conductas favorables para detectar y canalizar los casos de maltrato que se presenten en su servicio.

Antes de entrar en más detalle debemos advertir que los datos obtenidos son valoraciones que los propios encuestados tienen sobre sus conductas, no si en la práctica estas conductas son llevadas a cabos.

El 70% del personal sanitario encuestado considera tener una actitud expectante ante casos de violencia de género. Son las mujeres las que consideran tener una actitud más expectante que los hombres. Estudios realizados sobre malos tratos demuestran que en la población general es la mujer la que mantiene actitudes más expectantes que el hombre. A lo largo de todo este estudio hemos señalado la importancia que tiene la formación y la sensibilización de los profesionales sanitario ante este problema de salud. La víctima acude a los servicios de urgencias por múltiples motivos, y en ocasiones no informan sobre las causas de sus lesiones. Por eso es importante estar alerta antes las crisis de angustia, trastornos de ansiedad y depresión, síntomas frecuentes en estos casos.

A pesar de que el personal indica tener una actitud expectante solo el 60% se plantea siempre ante una paciente con lesiones físicas como diagnóstico diferencial la posibilidad de que sea un maltrato. Este dato sigue siendo tan preocupante como en estudios previos, más de un tercio del personal sanitario no investiga sobre maltrato ante pacientes con lesiones. Por tanto como decíamos al principio una cosa es lo que creemos que hacemos y otra distintas lo que de verdad hacemos.

Una de las cuestiones que resulta más controvertida, está relacionada con la opinión que tienen sobre la necesidad de realizar preguntas encaminadas a detectar casos de violencia de género, pues todavía existe mucha resistencia a preguntar directamente a las mujeres cuestiones relacionadas con un posible maltrato.

Estudios previos muestran que más del 67% de las mujeres esperan que sea el personal sanitario quien les pregunte acerca de la violencia que sufre y más de 60% del personal médico espera que la mujer maltratada sea quien dé la señal o consentimiento para abordar dentro de la consulta sus experiencias de violencia. Dos estudios realizados con personal de enfermería, demostraron que la tasa de autocomunicada de maltrato como causa de lesiones de maltrato como causa de lesiones en servicios de urgencias es escasa (7.5%) y que esta mejoraba (30%) cuando la mujer era preguntada directamente por enfermeras previamente entrenadas. Existe varias causas

que justifican la implicación del profesional y la importancia de preguntar, algunas de estas son:⁵²

- Tener una frecuencia mayor que muchos problemas de salud para los que ya existen actividades de detección precoz.
- Al no existir perfiles claros que permitan localizar con fiabilidad a las víctimas de violencia de género, no se puede iniciar la búsqueda activa sólo ante un determinado perfil de mujer.
- Dada la variedad de consecuencias que puede tener el maltrato sobre la salud de la víctima, no se puede iniciar la detección de casos sólo ante lesiones físicas fácilmente atribuibles al maltrato.
- Muchas mujeres revelarían la situación de malos tratos que sufren, si se les preguntase directamente, sin que se sientan juzgadas y en un ambiente de confidencialidad.
- Las mujeres se sienten más dispuestas a buscar ayuda si perciben que los/as profesionales sanitarios se preocupan por su situación y están dispuestos/as a ayudarla.

⁵² Reffiel, R. (coord.)(2003). *Estrategias para el tratamiento y la prevención de la violencia doméstica*. Federación Internacional de Planificación de la familia Región del Hemisferio Occidental. México.

- El hecho de preguntar a todas las mujeres sobre la existencia de violencia en sus relaciones transmite que la violencia de género es un problema que afecta a la salud y que el personal sanitario debe abordarlo.

No podemos pasar por alto el que sea los hombres los que estén más dispuestos a realizar preguntas encaminadas a detectar un posible maltrato, aunque no debemos olvidar que el cuestionario muestra la actitud pero no si esa predisposición en casos concretos se lleva a la práctica.

El/la profesional sanitario tiene la responsabilidad de mostrarse alerta frente a los indicios de malos tratos y realizar una búsqueda activa incluso cuando la mujer no haga referencia al maltrato que sufre. Cuando una mujer revela que sufre malos tratos espera una respuesta del/la profesional acorde con la confianza que acaba de depositar en él/ella. Por tanto la actitud y la formación que tenga el personal sanitario frente a casos de violencia de género pueden ser decisivas, ya que una mala actuación puede tener consecuencias negativas en la mujer y contribuir a agravar el problema. En el caso del personal objeto de nuestro estudio el tener una buena actitud de alerta y una buena formación puede contribuir a que la mujer se decida a denunciar su situación y si es trasladada al hospital que pueda iniciarse el protocolo de actuación para mujeres maltratadas.

La actitud de los profesionales ante la violencia de género no debería ser diferente a cualquier otro problema, con la única salvedad de buscar la adaptación a sus circunstancias para conseguir la mayor eficacia, algo que difiere en planteamiento con otros problemas clínicos y que sólo refuerza la

individualidad de cada uno de ellos. Unas circunstancias que superan el marco biologicista para situar el problema de una contexto social, al igual que ocurre con otras muchas patologías, para luego manifestarse con matices en cada caso. “No existen las enfermedades, sino los enfermos” afirmo Hipócrates. Y lo mismo podríamos decir de la violencia de género. Existe a través de su presentación en cada una de las personas que la sufren y de las circunstancias que la caracterizan.

La siguiente tabla muestra cuáles de las actitudes, que tome él/la profesional, pueden contribuir a solucionar el problema y ser beneficiosa para la mujer; aumentando su autoestima y fomentando su empoderamiento; y cuales resultan perjudiciales y agravar la situación, provocando un aumento del peligro y un mayor encierro y aislamiento de la mujer.

Tabla 24: Actitudes beneficiosas y perjudiciales frente a la violencia de género

ACTITUDES BENEFICIOSAS	ACTITUDES PERJUDICIALES
<p>Respetar la confidencialidad.</p> <p>Toda conversación debe realizarse en privado, sin presencia de otros miembros de la familia.</p>	<p>Violar la confidencialidad.</p> <p>Entrevistar a la mujer en presencia de la familia. Llamar a la policía sin el consentimiento de la mujer</p>
<p>Crear y validar las experiencias de la mujer.</p> <p>Escuchar y creerle. Aceptar los sentimientos de la mujer y hacerle saber que no está sola.</p>	<p>Restar importancia al maltrato y minimizarlo.</p> <p>No tomar con seriedad el peligro que ella percibe. Suponer que si ella ha vivido con ese maltrato durante años, no es grave. Insistir en mantener junta la familia.</p>

<p>Reconocer la injusticia.</p> <p>La violencia infringida no es culpa de ella. Nadie merece ser maltratado</p>	<p>Culpar a la víctima.</p> <p>Preguntar qué hizo ella para provocar el maltrato. Concentrarse en ella como si fuera el problema.</p>
<p>Respetar la autonomía de la mujer.</p> <p>Respetar su derecho a tomar decisiones a cerca de su situación, cuando esté lista. Ella sabe lo que es mejor en esas circunstancias.</p>	<p>No respetar la autonomía de la mujer.</p> <p>“Recetar” el divorcio, medicamentos sedantes, ir a un albergue. Castigar a la paciente por no seguir el consejo médico.</p>
<p>Darle pautas para su seguridad futura y la de sus hijos/as.</p> <p>Mediante la entrega del tríptico de “Recomendaciones de seguridad” y resolviéndole las dudas que tenga al respecto.</p>	<p>Ignorar la necesidad de seguridad de la mujer.</p> <p>No conocer la sensación de peligro que siente la mujer.</p>
<p>Promover el acceso a los servicios comunitarios.</p> <p>Conocer los recursos existentes en su comunidad</p>	<p>Convertir en algo normal el hecho de ser una víctima.</p> <p>No responder cuando ella revela el maltrato</p>

Dentro del personal sanitario todavía está presente la idea de que aunque tienen un papel relevante frente a la violencia de género, son otros profesionales, principalmente jueces y trabajadores sociales, los que tienen una mayor responsabilidad ante el maltrato. Sin embargo hay que tener presente que estos profesionales no son los que tienen un contacto más directo con las mujeres maltratadas, como es el caso de los jueces, y en el caso de los trabajadores social son un personal escaso en el ámbito sanitario y

en algunos sitios, como el contexto donde se desarrolla esta investigación, nulo.

La última cuestión planteada e nuestro cuestionario iba dirigida a si consideraban que estaban preparados y formados para llevar a cabo una integral actuación ante un caso de violencia de género EXPLICAR

Resulta importante terminar destacando como el conocimiento que se tiene sobre un hecho, en este caso sobre la violencia de género, influye en la actitud tanto conductual como efectiva que se tiene sobre ese hecho.

Referente a las barreras institucionales y organizativas que dificultan la identificación y canalización de los casos de mujeres maltratadas, el tratarse de dispositivos que mayoritariamente realizan su atención en el propio domicilio de las personas que solicitan su servicio explica porque la mayoría de los encuestados no consideran que existan barreras. En el caso de los DCCU si se identifican algunas barreras, que tienen que ver sobre todo con la existencia de espacios que permitan una mayor confidencialidad, disponer de mas tiempo para la atención, la necesidad de que existan equipos multidisciplinares, en que se incluyan psicólogos y trabajadores social con guardias de 24 horas y la falta de una formación más específica sobre el tema. En investigaciones realizadas en servicios de urgencias los profesionales consideraban tener barreras para diagnosticar este tipo de problema de salud, entre las que destaca: una alta presión asistencial, no conciencia del problema de salud, desmotivación, falta de formación, prejuicios, miedo a ofender o

invadir la intimidad de la víctima y desconocimiento de los recursos y ayudas sociales.⁵³

Entre los encuestados hay una clara opinión que justifica la persistencia de infradetección de los malos tratos. El 77% del personal encuestado considera que es obvio cómo en la última década tanto el ámbito político como social, se está produciendo un cambio favorable y de apoyo hacia las pacientes víctimas de violencia doméstica. A pesar de ello y aunque están mejorando los indicadores sobre detección de nuevos casos, aún no son suficientemente satisfactorias. Creo que es necesario seguir mejorando los sistemas de detección y la coordinación entre los distintos estamentos y profesionales implicados. Esto es indicativo de la buena predisposición del personal sanitario por mejorar la atención y su implicación en ella.

⁵³ Fernandez, C.; Herrero, S.; Cordero, JA.; Madereuelo, JA., González, ML (2006). Protocolo para la evaluación de la efectividad de una intervención sensibilizadora y formativa en profesionales de atención primaria para mejorar la detección de violencia doméstica. (ISFVIDAP). *Atención PRIMARIA* 2006;38:168-73

CAPITULO 8: CONCLUSIONES

Los hallazgos del presente estudio brindan información acerca del conocimiento y la actitud que el personal sanitario de las urgencias y emergencias extrahospitalarias muestra respecto a la identificación, el manejo y la relevancia de las mujeres víctimas de violencia. Esta información es necesaria para el diseño de las intervenciones que se realizan durante el proceso de atención y para mejorar la atención que se está realizando en estos servicios.

Abstract

The findings of this study provide information about knowledge and attitude of medical staff-hospital emergency ward shows respect to the identification, management and the importance of women victims of violence. This information is necessary for the design of interventions that are performed during the process of care and to improve the care that is being made in these services.

Durante mucho tiempo la violencia contra las mujeres ha sido invisible a los ojos del mundo. Nadie la veía, la nombraba, las víctimas vivían en el más absoluto silencio, en la más absoluta soledad.

Para ser capaces de reaccionar ante la violencia de género es escenario que previamente seamos capaces de reconocerla. De reconocer que es un problema social, que no es una práctica normal y aceptada, y para conseguirlo es necesario que sectores de la sociedad nos la muestre.

Además nos referimos a esta violencia como violencia de género para señalar la importancia que en ello tiene la cultura, para dejar claro que esta forma de de violencia es una construcción social. Poco a poco la sociedad es mas consciente de que la violencia de género es una violación contra las derechos humanos, pues así lo reconoce la ONU, cuando define que es violencia contra las mujeres cualquier acto que suponga el uso de la fuerza o la coacción con intención de promover o de perpetuar jerarquías entre hombres y mujeres.

La educación en los principios de igualdad entre hombres y mujeres y el socializar a todos en la resolución pacífica de los conflictos son la base para prevenir la violencia de género.

Pero como la transformación de los valores no se produce con la velocidad a la que pueden transformar las leyes, y buena parte de la población crece o ha crecido con la visión desigual acerca de la dignidad y de los derechos de los hombres y mujeres se hacen necesarias otras medidas. La formación y la sensibilización de todos los profesionales (policía, médicos,

enfermeras/os, trabajadores/as sociales.) así como la buena organización de los servicios que ofrecen, son un instrumento importantísimo para atender y proteger a las víctimas de la violencia. La conciencia del problema y el mayor conocimiento del fenómeno de la violencia contra las mujeres son enormemente importantes en estos colectivos profesionales porque son ellos los que pueden advertir y prevenir que la violencia no llegue a niveles más graves.

Los diversos estudios que hay sobre la violencia doméstica ponen de manifiesto como uno de los problemas es la pequeña proporción de casos de violencia doméstica que llegan a la luz pública y al sistema legal. En muchos casos las víctimas están temerosas de denunciar, han desarrollado mecanismos de indefensión aprendida a lo largo de los años de sufrimiento o simplemente no ven alternativas a su situación.

Es por ello preciso encontrar mecanismo de detección de la violencia doméstica para romper el silencio y ayudar a las víctimas que la padecen, y con ello prevenir que se perpetúe o agrave su situación. Es cierto que en este tema hay muchos que defienden como valor superior el derecho a la intimidad familiar, pero cuando se trata de un fenómeno en el que están en riesgo la salud e incluso la vida de los afectados pensamos que la intromisión puede ser un mal menor.

Como hemos recogido a lo largo de este estudio una de las vías más importantes de detección precoz de violencia doméstica son los servicios sanitarios. Son servicios públicos por los que pasa la inmensa mayoría de la población y podría ser una vía de detección precoz de la violencia doméstica y

de difusión de actitudes y prácticas de prevención si los profesionales tuvieran una formación en esta materia. Si el personal sanitario realiza cursos de formación en síntomas de violencia doméstica y siguieran protocolos de detección desde sus especialidades, podrían ser los primeros en advertir si sus pacientes ejercen o sufren violencia. . Esta formación creemos que resulta imprescindible en todo el personal sanitario, y por ello muchas comunidades autónomas están dedicando horas de formación entre el personal sanitario de atención primaria y hospitalaria, aunque no pasa lo mismo con el personal sanitario de las urgencias y emergencias extrahospitalarias.

“Solo se ve lo que se mira, y solo se mira lo que se tiene en la mente”, con esta frase, Alphonse Bertillon trataba de destacar la importancia del conocimiento en la dirección de la conducta, y cómo en su ausencia hasta lo más objetivo podía pasar desapercibido. Los profesionales de Urgencias y Emergencias deben conocer la violencia de género para poder identificar sus manifestaciones más allá de las agresiones y para dirigir la entrevista, exploraciones y estudios complementarios hacia el verdadero origen del problema. Con este estudio hemos querido resaltar las limitaciones y obstáculos existentes con vista a mejorar la respuesta que actualmente se ofrece. Los datos de este estudio y las referencias aportadas por otras investigaciones pueden facilitar el posicionamiento de los profesionales sobre el principio de responsabilidad y llevar una actuación sobre la violencia de género siguiendo dos criterios muy simples: actuar como se hace ante cualquier otro problema de salud con consecuencias sociales, y hacerlo teniendo en cuenta que detrás de una agresión hay un problema de salud ocasionado por la exposición a la violencia que en muchos casos será el que caracterice el cuadro.

Algunas de las principales conclusiones que hemos extraído del estudio han sido las que detallamos a continuación.

En relación al instrumento utilizado para medir el conocimiento y la actitud que tiene el personal sanitario frente a la violencia de género el cuestionario elaborado muestra buena fiabilidad y validez en las puntuaciones de la muestra del estudio. Esto nos indica que en futuras investigaciones relacionadas con la temática del estudio puede ser utilizado.

De manera global podemos determinar que el personal sanitario encuestado muestra una actitud favorable hacia la identificación y canalización de la violencia de género y presenta un nivel de conocimiento medio.

Si tenemos en cuenta la categoría profesional son sobre todo los/as enfermeros/as los/as que presentan un menor conocimiento en aquellas cuestiones relacionadas con el conocimiento de protocolos de actuación frente a la violencia de género y la realización de los partes de lesiones.

Nos ha resultado llamativo que siendo los médicos los que están facultados para la realización del parte de lesiones no conozcan las repercusiones legales que se derivan de su no realización.

Teniendo en cuenta el género las mujeres presentan un menor conocimiento en cuestiones relacionadas con aspectos conceptuales y un conocimiento más alto en cuestiones de procedimiento.

En general, tanto teniendo en cuenta el sexo como la categoría profesional hay un gran desconocimiento del personal encuestado de los recursos sociosanitarios ha disposición de las mujeres maltratadas.

Aunque es la mujer la que muestra una actitud expectante ante unos posibles malos tratos es el hombre el que se plantea como diagnóstico diferencial un posible maltrato y está más dispuesto a realizar preguntas encaminadas a detectarlo.

Por último todos destacan el papel relevante que el personal sanitario tiene en la prevención y detección de casos de violencia de género pero también su escasa formación específica en el tema.

Nos gustaría terminar destacando las siguientes ideas:

La violencia de género es un problema de salud individual y público, con independencia del contexto social en que se produce.

La actuación profesional ante la violencia de género debe basarse en los mismos principios que cualquier otra asistencia, y por tanto centrarse en la responsabilidad, no en la sensibilidad, elemento éste que siempre será apreciable como complemento de la atención prestada, no cómo base de la misma (cuando alguien pregunta por un cirujana para que intervenga a un familiar, no se busca a un cirujano sensible con la hernia de hiato, sino que se busca a un buen profesional, con experiencia en dicha intervención).

No existen evidencias científicas que demuestren que la denuncia de la mujer o la emisión del parte de lesiones por el profesional incrementa la violencia o riesgo de sufrirla, argumento con frecuencia esgrimido por los profesionales para inhibirse ante los casos o las sospechas de violencia de género, pero es una decisión que contribuye a que persista el problema de salud al no actuar sobre la patología de base, y a que se agrave por facilitar que la mujer continúe expuesta a la violencia.

Es necesario que se cumplan íntegramente los procedimientos establecidos en las normas de atención, las cuales contemplan: identificación, valoración de riesgo, fortalecimiento, orientación, referencia y registro. Para la identificación y valoración del riesgo se necesita capacitación, mientras que para el fortalecimiento y la orientación es necesario conocer los lugares de referencia.

Los nuevos estudios de grado abre una puerta para que la formación en género se imparta desde el ámbito universitario, es necesario capacitar a los profesionales de la salud para que sean capaces de formarse un criterio sólido y claro con relación al papel que juegan y su práctica clínica en la identificación, registro, prevención y atención de los daños de salud de las mujeres, secundarios a la violencia.

En definitiva se trata de que sean capaces de reconocer la magnitud y las repercusiones del problema, y la oportunidad que tienen de apoyar a las mujeres maltratadas en la búsqueda de soluciones a su problema.

Limitaciones y perspectivas de futuro

No podemos cerrar nuestro estudio sin exponer las limitaciones del mismo y las perspectivas de futuro.

Una de las principales dificultades ha estado relacionada con la situación general del tema. Existen pocos estudios de investigación relacionados con la violencia de género en ámbitos sanitarios y más concretamente en el de las urgencias y emergencias extrahospitalarias. Además esta limitación se agrava si tenemos en cuenta las pocas investigaciones vinculadas con el ámbito de la salud desde el trabajo social.

Por otro lado ya se ha destacado a lo largo del análisis de los resultados la dificultad de conseguir la participación del 100% del personal sanitario de ambas provincias lo que resulto imposible en el caso de la provincia de Sevilla. Ya hemos comentado que el no poder facilitar en persona el cuestionario a los sujetos de la provincia de Sevilla y realizarlo por correo electrónico fue una importante limitación para motivar a los sujetos a participar en el estudio.

Para futuras investigaciones y estudios, sería interesante seguir avanzado en las explicaciones causales de las asociaciones y diferencias estadísticas significativas encontradas.

Se termina esta investigación, en la confianza de que sus resultados, propuestas y conclusiones aporten un granito de arena al mundo de la

investigación. Concluido el estudio pensamos seguir profundizando en el tema analizando los conocimientos y actitudes de la población sanitaria de las urgencias y emergencias extrahospitalarias en las demás provincias andaluzas y además está previsto comenzar un plan de formación en violencia de género en el personal sanitario del 061 de Andalucía.

Bibliografía

Abbott, J.; Johnson, R.; Koziol-McLain, J. & Lowrnstein, S.R. (1995). Domestic violence against women: incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA* 273, 255-260

Alberdi, I. & Matas, N. (2002). *La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. Barcelona. La Caixa.

American Psychological Association (1996). *Violence and the family: Report of the American Psychological Association Presidential Task Force on Violence and the Family*. Washington, DC: American Psychological Association

Amnistía Internacional (2002). *No hay excusas. Violencia de género en el ámbito familiar y protección de los derechos humanos de las mujeres en España*. Madrid. EDAI.

Amnistía Internacional. *Mujeres, violencia y salud* [monografía en internet]. Londres: Amnistía Internacional; 2005 [accedido, 27 Ene 2011]. Disponible en: http://www.amnesty.org/es/alfresco_asse/18_4338d_5-2ae_-11dc-8d74-6f45f39984e5/act770012005_es.pdf

Araujo, K.; Guzmán, V. & Maura, A. (2000). Surgimiento de la violencia doméstica como problema público y objeto de las políticas. *En Revista de la Cepal* 70, 133-145.

Arredondo, A.B.; Del pliego, G.; Nadal, M. & Roy, R. (2008). Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. *Enfermería Clínica* 18(4), 175-82.

Arroyo, A. (2000). Mujer maltratada: intervención médico-forense y nueva legislación. *Atención primaria* 26, 255-260

Asamblea General de Naciones Unidas (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Diciembre 1993. (accedido el 21 de Febrero de 2011). Disponible en <http://www.acnur.org/bibliografía/pdf/1286.pdf>

Asociación pro-derecho humano, colectivo abierto de sociología (1999). *La violencia familiar. Actitudes y representaciones sociales*. Madrid. Fundamentos.

Azpiazu, J.L. (1997). Los frequentadores de los servicios de urgencias. *Med Clin* 108, 737-738

Bartolomé. A.R. (1995). Investigación en medios y recursos tecnológicos en gallego. En D. y otros (coord.). Interrogación curricular de los recursos tecnológicos. Barcelona. Oiko-Tau

Batista, J.M. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina clínica*, 122(1), 21-27

Blanco, P.; Abril, A. (2001). *Propuestas de la asociación de mujeres maltratadas para un plan integral contra la violencia hacia la mujer en la comunidad de Madrid*, Consejo de la mujer.

Bourdieu, Pierre. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona, Anagrama.

Bravo, S. (1999). *Técnicas de Investigación social*. Paraninfo

British Council (1999). *La violencia contra las mujeres*. Manchester. Informe del British Council.

Buchbinder, E.; Eisikovits, Z. (2003). Bettered women's entrapment in shame. A phenomenological study. *Am. J. Orthopsychiatry* 73, 355-366

Cea D'Ancona, M.A. (2004). *Métodos de encuesta: teoría y práctica, errors y mejora*. Madrid, Sintesis.

Cohen, S.; De Vos, E. & Newberger, E. (1997). Barriers to physician identification and treatment of family violence. *Lessons from five communities academic med* 72(suppl 1), s19-s25

Coll-Vicent, B. (2008). Violencia y maltrato de género (II): Una aproximación desde urgencias. *Emergencias* 20, 269-275.

Coll-Vicent, B.; Echevarria, T.; Farras, U.; Rodríguez, D.; Lillá, J.; santina, M. (2008): El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gaceta Sanitaria* 22. 7-10

Córdoba, M. (2000). Formación de los profesionales en educación especial. Tesis. Universidad de Huelva.

Corsi, J. (1995). Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar. En Corsi, J. (coord.). *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Barcelona. Paidós

Corsi, J. & Bonino, I. (2003). Violencia de género: la construcción de la masculinidad como factor de riesgo. En Corsi, J & Peyru, G. *Violencias sociales*. Barcelona. Ariel

Díaz-Aguado, M.J. y Martínez, L. (2001). *La construcción de la igualdad y la prevención de la violencia de género contra la mujer desde la Educación Secundaria*. Madrid. Instituto de la Mujer.

Díaz-Aguado, M.J. (2004). *Prevención de la violencia y lucha contra la exclusión desde la adolescencia. La violencia entre iguales en la escuela y en el ocio*. Madrid. Instituto de la Juventud

España. Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. Madrid. Ministerio de sanidad y consumo.

España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2007). *Informe anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la mujer*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Espina, E. (2003). *Violencia de género y procesos de empobrecimiento. Estudio de la violencia contra las mujeres por parte de sus parejas o exparejas*. Tesis Doctoral. Universidad de Alicante. España

Barroeta, J. & Boada, N. (Coord): Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España. MENSOR. Madrid. (Consultado en Abril de 2011). Disponible en <http://www.mensor.es/es/Los servicios de emergencias y urgencias médicas extrahospitalarias en España.pdf.pdf>

Feijoo, M.C. (1992). *De los estudios de la Mujer a los estudios de género han recorrido un largo camino*. En A.M Fernández (comp), *Las Mujeres en la imaginación colectiva*. Ed Paidós

Fernández, C.; Herrero, S.; Buitrago F. (2003). *Violencia doméstica*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Fernández, C.; Herrero, S.; Cordero, JA.; Madereuelo, JA., González, ML (2006). Protocolo para la evaluación de la efectividad de una intervención sensibilizadora y formativa en profesionales de atención primaria para mejorar la detección de violencia doméstica. *Atención PRIMARIA*, 38, 168-73

Ferri, L. (1994). Canadian family physician's and general practitioners perceptions of their effectiveness in identifying effectiveness in identifying and treating wife abuse. *Med Care* 32(12), 1163-1172

Gracia, E. (2002). *Las víctimas invisibles de la violencia familiar*. Barcelona. Paidós

- (2004). Unreported cases of domestic violence against women: towards an epidemiology of social silence, tolerance and inhibition. *J Epidemiol Community Health*, 58, 536-537

Graham, DLR & Rawlings, E. (1998). *Survivor of terror: battered women, hostages and the Stockholm Syndrome*. En Yllo, K. y Bograd, M. (Eds). *Feminist perspectives on wife abuse*. London: sage

Griffin, M.G.; Resick, P.A. & Yehuda, R.(2005). Enhanced cortisol supresión following dexamethasone administration in domestic violence survivors. *Am J Psichiatry*, 162, 1192-1196

González, M.J. (2001). Algunas reflexiones en torno a las diferencias de género y la pobreza. En Tortosa, M.J. (coord), *Pobreza y perspectiva de género*. (Pp 97-112), Barcelona: Icaria

Guth, AA. & Pachter, L.(2000). Domestic violence and the trauma surgeon. *American Journal of Surgery*, 179, 134-140

Hartigan, P. (1998). Ruta crítica de la violencia intrafamiliar. Lecciones del proyecto. Chile. *Red Feminista Latinoamericana y de El Caribe contra la violencia Domestica y Sexual*, Enero 8-9

Harwell, TS.; Casten, RJ.; Armstrong, KA.; Demsey, S. & Coons HL (1998). Results of domestic violence training program offered to the staff of urban community health centers. Evaluation Committee of the Philadelphia Family Violence Working Group. *Am J Prev Med*, 153, 235-242.

Heise, I.; Pitanguy, J.; Germain, A. (1994). Violencia contra la mujer: la cara oculta sobre salud. Washington, DC: *Organización Panamericana de la salud*. 1-48.

Instituto de la Mujer (2006). III Macroencuesta sobre la violencia contra la mujer. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

Juarez, M. y otros (1993). Trabajo social e investigación. Ed. Universidad Pontificia de Comillas.

Juliano, D. (2004). *Excluidas y marginales. Una aproximación antropológica*. Madrid. Cátedra

Kaufman, M. (1989). Hombres: placer, poder y cambio. *Centro de Investigación para la acción femenina*. Santo Domingo, 1989, 7

Koop, CE (1989). Violence against women- A global problem. Ginebra. *Pan American Health Organization*.

Krug, E.G.; Dahlberg, LL. Mercy, J.A.; Zwi, A.B.; Lozano, R (eds) (2002). *World report on violence and health*. Ginebra. World health organization.

Larrauri, M.A.; Rodríguez, E.; Castro, T.; Pérez, A.; Ojea, B. & Blanco, M.A. (2010). Conocimiento y actitud de los profesionales de urgencias sobre la violencia de género. *Revista Páginas en Urgencias* Vol II(7). 36-45

León, O.G. y Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación* (2ª Edición). Madrid. McGraw- Hill

Lorente, M. (2008). Violencia y maltrato de género (I): Aspectos generales desde la perspectiva sanitaria. *Emergencia 20*, 191-19.

Maquieira, V. (2001). Género, diferencia y desigualdad. En Beltrán, C.; Maquieira, V.; Alvarez, S. y Sánchez, C. *Feminismos. Debates teóricos contemporáneos* (pp 127-190). Madrid: Alianza

Mayobre, P. & Caruncho, M.(1998). *Igualdade, Diversidade e Disidencia*. Santiago de Compostela. Tórculo Ediciçons

McLeer, S.; Anwar, R. (1989). A study of battered women presenting in an emergency department. *American journal of public health*.

Mejías, R.; Aleman, M.; Fernandez, A. & Pérez, E.J. (2000) Conocimiento y detección de violencia doméstica para los médicos clínicos. *Medicina 60*, 591-594.

Morales, P.; Urosa, B. y Blanco, A. (2003). Construcción de escalas de actitud tipo Likert. Madrid: La Muralla/ Hespérides.

Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial de violencia*. OMS. Washington D.C. Organización Panamericana de la salud para la organización mundial de la salud.

Organización Mundial de la Salud (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer*. Suiza. OMS.

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.

Pardo, A. Y Rúaiz, M. (2002). *SPSS 11. Guía para el análisis de datos*. Madrid. McGraw-Hill

Parsons, W. (1995). *Public Policy*. Cheltenham. Edward Elgan

Pérez, C. (2006): *Técnicas de análisis multivariante de datos. Aplicaciones con SPSS*. Madrid: Pearson Prentice Hall.

Petersen, R.; Moracco, K.E; Goldstein, K.M.; Andersen, K. (2004). Moving beyond disclosure: women's perspectives on barriers and motivators to seeking assistance for intimate partner violence. *Women & health* , 40, 63-76

Pueyo, J. (2002). La actitud del personal sanitaria ante el maltrato contra las mujeres. En Primeras Jornadas sobre violencia intrafamiliar (internet). Zaragoza. Universidad de Zaragoza (Disponible en http://www.unizar.es/sociologia_juridica/viointrafamiliar/pueyo.pdf)

Prieto, L. (2000). La elaboración de un cuestionario. *FMC* 7. 138-147

Raya, I.; Ruiz, I.; Plazaola, J.; Brun, S. (2004). La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Atención Primaria* , 34, 80-184

Reffiel, R. (coord.)(2003): Estrategias para el tratamiento y la prevención de la violencia doméstica. México. *Federación Internacional de Planificación de la familia Región del Hemisferio Occidental*.

Richardson, J.; Coid, J.; Petruckevitch, A.; Cheng, WS.; Moorey, S. & Feder, G. (2002). Identifying domestic violence. *Cross sectional study in primary care*. BMJ pp 274

Rodríguez, R.A.; Márquez, M. & Kageyama, M.L. (2005). Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. *Salud pública Mexicana* 47; 134-144

Rohlf, I.; Valls, C. (2003). Actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 17, 263-5

Ruiz, B. (2008): La perspectiva de género en la enfermería. Líneas de actuación en la violencia de género. *Documentos de Enfermería*, 30, 5-3

Ruiz, I.; Blanco, P. & Vives, C. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gaceta sanitaria* 18, supl.2.4-12

Satzman, J. (1989). *Equidad y género. Una teoría integrada de estabilidad y cambios*. . Universitat de València. Madrid. Instituto de la Mujer.

Servicio Andaluz de Salud (2001). *Plan estratégico. Atención sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos. Servicio andaluz de salud*. Sevilla. Junta de Andalucía.

Servicios Andaluz de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. (2012). *Plan funcional de dispositivos de cuidados críticos y urgencias. Consejería de salud*. Sevilla. Junta de Andalucía.

Siendones, R.; Perea-Milla, E.; Arjona, J.L.; Agüeda, C.; Rubio, A.; Molina, M. (2002). Violencia doméstica y profesionales de los sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Emergencias*, 14, 224-232.

Snow, A.; Dienemann, J.; Kub, J.; O'Campo, P., Carlson, A. et al (2004). Long-term cost of intimate partner violence in a sample of female hmo enrollees. *women's health issues*, 14, 19-29

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (2003). *Violencia Doméstica*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Stoller, R. (1960). *Sex and Gender*. New York. Science House.

Strauss, M. (1986). Medical care costs of intra-family assault and homicida to society. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*.

Tortosa, J.M.(1994). Violencia y pobreza: una relación estrecha. En *Papeles* nº 50

Verde, C. (2011). Formación e investigación: grado y postgrado en Trabajo Social. *Revista Portularia* 96. 37-51

Visatuta, B. y Martori, J.C. (1989). Análisis estadístico con SPSS para Windows. Madrid. McGraw-Hill

Walby S., Allen J, (2004). Domestic violence sexual assault and stalking: findings from the British Crime Survey. Home Office Research Study 276. London: Home Office.

Zurita, E. (2007). *Del limbo al infierno. La construcción social de la violencia en pareja*. Huelva. Diputación de Huelva

ANEXO 1

Etimad@ Coleg@:

Quiero agradecerle de antemano su participación en esta investigación, que nos da la posibilidad de ver posibles cauces de mejora en la atención a la violencia de género desde el ámbito sanitario.

La participación rellenando este cuestionario es voluntaria y completamente anónima. Para responder sólo debe señalar con una X o rodeando con un círculo la respuesta que creas adecuada. Hay otras categorías de preguntas que requieren que especifique brevemente algún contenido, para ello se deja un espacio en cada pregunta.

Empezamos con unos datos sociodemográficos

Sexo: masculino femenino

Edad:

Lugar de trabajo:

Provincia:

Categoría profesional:

Antigüedad en el servicio:

La primera parte del cuestionario está relacionada con el conocimiento que tenéis en relación a la violencia de género. Rodear con un círculo la contestación que creáis oportuna. Hay preguntas que requieren una breve explicación.

1. ¿Es la Violencia de Género un problema de salud?:

1. Si
2. No

2. ¿Conoces el protocolo de actuación de violencia doméstica para la atención sanitaria a mujeres maltratadas?

- 3. Si
- 4. No

3. Crees que el significado de "violencia doméstica, malos tratos, Violencia de género" es el mismo o cree que hay diferencias entre ellos:

- 1. Son similares
- 2. Hay diferencias: Explica cuales.....

.....
.....

4. ¿Sabes lo que es el fenómeno "iceberg" en la violencia de género?

- 1. No
- 2.Si.Explícalo.....

.....
.....

5. La forma más frecuente de maltrato es el maltrato físico , seguido del maltrato psicológico y por último el sexual.

- 1. Si
- 2. No

6. A su juicio ¿Qué signos y/o síntomas son los que hacen pensar en la posibilidad de estar ante un maltrato? (identifique como mínimo cinco).

.....

.....

.....

.....

7. ¿Conoce los recursos sociosanitarios a disposición de las víctimas de violencia de género?:

- 1. no
 - 2. si. :Indique cuales.....
-
-

8. ¿Sabes cómo y cuando realizar el parte de lesiones o parte judicial para casos de violencia de género?

- 1. No
 - 2. Si.Explícalo.....
-
-
-
-

9. ¿Conoce las repercusiones legales que pueden derivar de no declarar la mera sospecha de un caso de violencia de género?

1. No
2. Si. Explícalo.....
.....
.....
.....

La segunda parte del cuestionario está destinado a valorar valora la actitud comportamental y afectiva ante la violencia de género.

10. Es necesario mantener siempre una actitud expectante para diagnosticar casos de violencia de género

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente o indeciso
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

11. Ante una paciente con lesiones físicas te planteas como diagnóstico diferencial la posibilidad de que sea un maltrato.

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente o indeciso
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

12. Ante una paciente con lesiones. Es necesario realizar preguntas encaminadas a detectar casos de violencia de género.

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente o indeciso
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

13. El personal sanitario de las urgencias y emergencias extrahospitalarias tienen un papel relevante en la prevención y asistencia a personas en situación de violencia.

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente o indeciso
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

14. El personal sanitario de las urgencias y emergencias tienen una preparación y formación suficiente para la atención a casos de violencia de género

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente o indeciso
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

15. ¿Cuál de estas opiniones se adapta más a la situación actual de este problema, en relación a la infradetección?

1. La violencia doméstica es un problema creciente en nuestra sociedad, habiéndose establecido ya los medios y mecanismos de ayuda adecuados para estas pacientes. **Creo que las pacientes que sufren malos tratos deberían insistir**

- mas, tener una postura más firme y solicitar más ayuda de la sociedad.**
2. Es obvio cómo en la última década, tanto en el ámbito político como social, se está produciendo un cambio favorable y de apoyo hacia las pacientes víctimas de violencia doméstica. A pesar de ello y aunque están mejorando los indicadores sobre detección de nuevos casos, aún no son lo suficientemente satisfactorios. **Creo que es necesario seguir mejorando los sistemas de detección y la coordinación entre los distintos estamentos y profesionales implicados.**

 3. A pesar de que todavía son insuficientes los recursos, la sociedad está cambiando y mejorando la coordinación entre los distintos sistemas implicados en la detección de pacientes que sufren violencia doméstica. **Estas pacientes piensan que su problema no tiene solución y que la sociedad no las respalda. Creo que ellas necesitarían cambiar este concepto erróneo y deberían darse cuenta de las posibilidades que existen.**

 4. Aún siendo suficientes los medios y recursos disponibles para abordar este gran problema social. **Creo que las pacientes que sufren violencia doméstica no disponen todavía de las facilidades necesarias para acceder a ellos y precisan más ayuda.**

En la última parte del cuestionario se conocer si existen barreras institucionales y organizacionales en vuestro servicio que no facilitan la detección y canalización de los casos de violencia de género.

16. ¿Crees que existen barreras institucionales que impiden la identificación y canalización adecuada de los casos de mujeres maltratadas que acuden a tu servicio?

- 1. No
- 2. Si. Identifica algunos.....

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

17. ¿Crees que sería necesario para mejorar la capacidad de identificación de estos casos de maltrato cambiar la organización funcional de tu servicio?

- 1. Si
- 2. No

18. Crees que es necesario la presencia de equipos multidisciplinarios en tu servicio para una atención mas integral a las mujeres maltratadas?. Especifique los profesionales que deben formar ese equipo.

- 1. Si
- 2. no

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

