

Artículo Original

Conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la violencia que sufren las mujeres a manos de sus parejas

M^a Isabel Pascual-Benito ^{1,*}

¹ Profesora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Alcalá.

* **Autora correspondencia:** misabel.pascual@uah.es

Recibido: 24/10/2017; Aceptado: 06/11/2017; Publicado: 30/11/2017

Resumen: Este trabajo trata de estimar los conocimientos que, sobre la violencia que sufren las mujeres a manos de sus parejas o exparejas, tienen los profesionales de atención primaria de Área de Salud de Guadalajara. Métodos: estudio descriptivo y transversal, el procesamiento estadístico de los datos se realiza con el paquete estadístico SPSS (versión 22), se utilizó el test ANOVA para la comparación de variables cualitativas y cuantitativas. El nivel de significación se establecerá en $p < 0.05$. Resultados: El 51,7% de los profesionales conoce la existencia del protocolo, de estos el 53,3% son mayores de 45 años, el 56,5% viven o han vivido en pareja. El 76,1%, de los que afirman que existe protocolo, conocen su contenido, de estos el 84,7% son medicas/os. El 40,9% de los/as profesionales conocen el porcentaje de casos no diagnosticados, básicamente son mujeres menores de 45 años que trabajan en centros de salud de Guadalajara ciudad. El 72,6% conoce las obligaciones legales, de estos/as el 81,6% son medicas/os. Conclusiones: demuestran tener mayor nivel de conocimientos sobre la violencia sobre la mujer por parte de su compañero íntimo (VMCI) las/os medicas/os, las mujeres, y aquellos profesionales de la salud de mayor edad, cuya experiencia laboral es mayor, que viven o han vivido en pareja y que trabajan en centros de salud que atienden a poblaciones de menos de 30.000 habitantes.

Palabras Clave: Violencia de Género; Violencia de Pareja; Atención Primaria de Salud; Conocimientos; Profesionales de la salud.

Abstract: This paper tries to estimate the knowledge of primary care professionals of Guadalajara province, about violence against women by their partners or former partners. Methods: descriptive and cross - sectional study. Statistical processing of data is performed with SPSS (version 22), and the ANOVA test was used for the comparison of qualitative and quantitative variables. The level of significance will be set at $p < 0.05$. Results: 51.7% of the health professionals know the existence of a protocol, 53.3% of them are over 45 years old and 56.5% live or have lived with a partner. 76.1% of those who say that there is a protocol know the content, and 84.7% are doctors. 40.9% of the professionals know the percentage of undiagnosed cases, which are women under 45 working in health centers in Guadalajara city. 72.6% know the legal obligations and of these, 81.6% are doctors. Conclusions: women doctors and older health professionals with a higher work experience, who live or have lived with a partner, and work in health centers that care of towns of less than 30,000 habitants, show a higher level of knowledge about violence against women by her intimate partner (VMCI).

Keywords: Gender Violence; Partner Violence; Primary Health Care; Knowledge; Health Professionals.

1. Introducción:

La violencia de pareja ha formado parte de la vida cotidiana de muchas mujeres a lo largo de la historia, lo que ha hecho que se identifique como un hecho natural y normal que pertenece al ámbito íntimo, por lo que ha permanecido oculto, silenciado e invisible para la sociedad.

La violencia sobre la mujer ejercida por su pareja es un tipo de violencia interpersonal que habitualmente sucede en el entorno del hogar, puede ser física, sexual, psicología y/o de privaciones o descuidos. Existe en todos los países y en todos los estratos sociales, independientemente del nivel económico, cultural y las creencias religiosas. En la literatura aparecen términos diferentes para referirse a este tipo de violencia:

- Violencia Doméstica: no se refiere con exclusividad a violencia sufrida por las mujeres, ya que cualquier miembro del hogar puede ser víctima o agresor, sea mujer, hombre, anciano/a o hijo/a.
- Violencia de Género: que hace referencia a todo acto de violencia basado en la pertenencia a un sexo, por lo que tanto mujeres como hombres pueden convertirse en agresores o víctimas.
- Violencia Machista: se refiere más específicamente a la violencia sufrida por las mujeres y ejercida por los hombres en las que cada episodio violento busca el sometimiento y el control de la mujer consolidando la desigualdad entre ambos sexos.

La utilización de estos términos como sinónimos puede inducir a error, con el fin de unificar la terminología y evitar confusiones se propone la utilización de "violencia de pareja" o más específicamente "violencia contra las mujeres ejercida por su pareja". La razón principal que justifica la elección de este término es que determina claramente quien es el agresor y la víctima del acto violento. Algunos grupos de lesbianas/gais que trabajaban con víctimas de la violencia en el hogar comenzaron a utilizar la expresión "violencia del compañero íntimo", poniendo de relieve que este tipo de violencia no se produce únicamente en las relaciones heterosexuales, debido a lo cual a partir de ahora nos referiremos a este tipo de violencia como "violencia contra la mujer ejercida por el compañero íntimo" (VMCI).

La VMCI se ha convertido en una preocupación de los organismos internacionales, ya que además de ser un importante problema de trasgresión de los derechos humanos, es un problema de salud pública. Los organismos oficiales encargados de velar por el bienestar de los individuos y que han hecho específica mención a la violencia que sufren las mujeres a manos de sus parejas o compañeros íntimos han definido esta situación de diferentes maneras, así tenemos:

1. La OMS en su Informe Mundial sobre la violencia y la Salud de 2002 [1], definió específicamente la violencia de pareja como: *"aquellas agresiones físicas, como los golpes o las patadas, las relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual, los malos tratos psíquicos, como la intimidación y la humillación, y los comportamientos controladores, como aislar a una persona de su familia y amigos o restringir su acceso a la información o la asistencia"*.
2. En el estudio del Secretario General de las Naciones Unidas «poner fin a la violencia contra la mujer de las palabras a los hechos» ONU (2006) se certifica que la violencia experimentada por las mujeres dentro de la pareja es la forma más común de violencia que sufren las mujeres en el mundo [2], *"la violencia dentro de la pareja comprende toda gama de actos sexual, psicológica y físicamente coercitivos practicados contra mujeres adultas y adolescentes por una pareja actual o anterior, sin el consentimiento de la mujer"*.
3. El Convenio de Estambul especifica que por "violencia doméstica" se entenderá "todo acto de violencia física, sexual, psicológica o económica que se producen dentro de la familia o unidad doméstica, o entre cónyuges o parejas anteriores o actuales, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la víctima" [3].
4. La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género [4], en su artículo 1.1., define la violencia de género "como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin

convivencia”, y “comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad.”

La VMCI tiene connotaciones que la hacen diferente a otros tipos de violencia, es ejercida por un hombre con el que la mujer mantiene o ha mantenido un vínculo afectivo, comparte o ha compartido su vida y que suele ser el padre de sus hijos o hijas. La violencia forma parte de la convivencia y se suele prolongar durante años, progresivamente va generando sentimientos de miedo e impotencia en la mujer y una fuerte dependencia emocional. Habitualmente, no se trata de hechos aislados, sino que los actos violentos responden a un patrón de maltrato continuado, cuyas repercusiones en la salud de las mujeres no solo tienen efectos inmediatos, sino que pueden persistir mucho tiempo después de que haya cesado la violencia.

La VMCI es uno de los problemas de salud pública más importante por su creciente incidencia, mortalidad y por afectar a todas las esferas de la vida de la mujer, tales como, autonomía, productividad, capacidad para cuidar de sí mismas y de sus hijos, y su calidad de vida. Las mujeres que sufren violencia tienen mala salud física, mental y un peor funcionamiento social. Las consecuencias negativas en la salud física, mental y social de las mujeres tienden a ser más importantes cuanto más grave es el acto violento y cuando sufren más de un tipo de violencia [5]. La consecuencia más extrema de la VMCI es la muerte, estudios sobre el feminicidio indican que entre el 40% y el 70% de las mujeres víctimas de homicidio, fueron asesinadas por sus parejas [2], estos feminicidios también repercuten en las personas que pertenecen al círculo cercano a la mujer, sobre todo repercute en los hijos, cuando no son también asesinados [6].

Según la OPS (2013) las mujeres que sufren VMCI se quejan más de mala salud que aquellas que no sufren este tipo de violencia, las quejas más frecuentes tienen que ver con dolores crónicos, pérdidas de memoria y/o dificultades para realizar su actividad cotidiana. Demandan atención sanitaria sobre una variedad de problemas crónicos de salud como: cefaleas, dolor pélvico crónico, dolores abdominales y/o de espalda, trastornos del aparato digestivo [7]. A modo de resumen, ver tabla I.

Tabla I.-Consecuencias de la VMCI en la salud de las mujeres

Consecuencias Fatales	
Muerte por homicidio o suicidio	
Consecuencias No Fatales	
Consecuencias en la Salud Física	
- Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras, etc.	- Dolor crónico Síndrome de intestino irritable
- Deterioro funcional	- Otros trastornos gastrointestinales
- Síntomas inespecíficos (cefalea).	- Trastornos del sueño
- Peor salud	- Discapacidades
Consecuencias en la Salud sexual y reproductiva	
- <u>Por relaciones sexuales forzadas:</u> pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual incluida la infección por VIH, sangrado, fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infecciones urinarias, cáncer de cérvix, embarazo no deseado	- <u>Por maltrato durante el embarazo:</u> embarazo de alto riesgo, mayor mortalidad materna, anemia, hemorragia vaginal, amenaza de aborto, aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer, mayor mortalidad perinatal
Consecuencias en la Salud Mental	
- Depresión	- Psicopatías
- Ansiedad	- Baja autoestima
- Estrés postraumático	- Abuso de alcohol, drogas y/o psicofármacos
- Trastornos de la conducta alimentaria	

Consecuencias en la Salud Social	
- Aislamiento social	- Disminución del número de días de vida saludable
- Absentismo laboral	- Cambios de domicilio y/o ciudad forzados por la necesidad de protegerse.
- Pérdida de empleo	

Elaboración propia a partir de:

- Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012 [8]
- Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la salud. Washington,DC : OPS , 2013 [7].

No se pueden olvidar las repercusiones que este tipo de violencia tienen en las personas que conforman el entorno cercano, con los que la mujer mantiene vínculos afectivos, laborales y/o sociales [5, 9, 10]. Los principales afectados van a ser los hijos e hijas que conviven también con el agresor, y cuya salud puede verse afectada al no tener capacidad para manejar la situación. También pueden producirse sentimientos de culpa en familiares o amigos que no han detectado la situación que han mantenido actitudes pasivas. El conocimiento de estos actos violentos va a afectar sistemáticamente a todas aquellas mujeres que sufren o han sufrido VMCI, ya que van a reexperimentar su situación personal [8, 11].

Los profesionales sanitarios tienen responsabilidades en la detección de potenciales casos de VMCI, para ello, será necesario que estén formados para identificar situaciones de violencia sobre las mujeres y actuar para lograr modificarlas [12]. Diferentes estudios indican que aproximadamente un 20% de las mujeres que hacen una demanda sanitaria sufre esta situación, si bien el motivo de consulta no siempre es una lesión directa, sino un síntoma encubierto y en algunas ocasiones una petición de auxilio no explícita.

Algunos estudios cuyos objetivos eran evaluar la actitud y la opinión del personal médico y de enfermería frente a la violencia doméstica, así como su preparación para detectar y atender a las pacientes en esta situación, determinaron que la escasa formación, la elevada presión asistencial y la falta de espacios apropiados para este tipo de atención, como las principales barreras para la detección de la VMCI [10, 13, 14]. Por lo tanto, sería necesario mejorar la formación del personal sanitario sobre cómo identificar y tratar a las mujeres que sufren VMCI [12, 15].

Los/as profesionales de la salud son el primer recurso que utilizan las mujeres para solucionar este problema, por lo tanto, se constituyen en un eslabón imprescindible en la lucha contra VMCI. Son los profesionales que trabajan en atención primaria los profesionales que más cerca se encuentran a las víctimas, por lo que es imprescindible que estén sensibilizados ante este problema.

El objetivo de este estudio es estimar el conocimiento de los profesionales sanitarios sobre la violencia contra las mujeres ejercida por su pareja, por categoría profesional, género, edad, experiencia laboral, vivir o haber vivido o no en pareja y centro de trabajo.

2. Material y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo y transversal basado en la estimación de los conocimientos que, sobre la VMCI, tienen los profesionales médicos/os y enfermeras/os de atención primaria de área de salud de Guadalajara.

Se concertan citas en cada uno de los centros de atención primaria, se visitan los centros, informando al personal que ha acudido a la cita del objetivo general del estudio, la forma de cumplimentar el cuestionario, asegurándoles que no hay respuestas correctas o incorrectas. Se les asegura el anonimato y la confidencialidad (en todo momento se han respetado los preceptos de la Declaración de Helsinki y la Ley de Protección de Datos). Por último, se solicita su colaboración agradeciéndoles la sinceridad en las respuestas.

Para la recogida de datos se utiliza una encuesta anónima y autoadministrada, diseñada por R. Siendones Castillo et al [16], y las modificaciones realizadas por Arredondo Provecho et al para su adaptación a atención primaria [17]. Este cuestionario ha sido utilizado en varios estudios [10, 14, 16, 17, 18, 19], uno de sus objetivos es medir los conocimientos de los profesionales sanitarios sobre

la VMCI tanto en atención primaria como en especializada. Estos estudios consideran el cuestionario validado mediante su uso.

Para este trabajo se utiliza el cuestionario original desestimando aquellas preguntas que tienen que ver con las barreras organizativas, pues no es objeto de esta investigación [20]. En la encuesta se pregunta sobre si los profesionales conocen:

- La existencia del protocolo de atención
- Conocimiento del contenido del protocolo
- Uso del lenguaje específico
- Número de casos no diagnosticados
- Obligación de denuncia
- Repercusiones legales si no se denuncia

Una vez recogidos todos los cuestionarios se genera una base de datos, el procesamiento estadístico de los datos se realiza con el paquete estadístico SPSS (versión 22), de IBM, para Windows, a partir de cual se realizan distintos análisis:

- Estadística descriptiva de las características de los participantes, usando medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas y distribuciones de frecuencia de las cualitativas, y test ANOVA para la comparación de variables cualitativas y cuantitativas.
- El cálculo de intervalos de confianza al 95% (IC95%), y el nivel de significación se establecerá en $p < 0.05$.

3. Resultados

En el Área de atención primaria de Guadalajara trabajan 399 profesionales sumando médicas/os y enfermeras/os, de los que el 50,6% (N= 202) son médicos/as, el 49,4% (N= 197) son enfermeras/os. Se han recogido un total de 259 encuestas validas, lo que supone un 61,8% de los profesionales sanitarios. La participación en función de la categoría profesional, determina que de los 202 médicos/as de familia que conforman el total de la plantilla, han participado un 67,3% (N= 136); de las/os 197 enfermeras/os han participado un 62,4% (N= 123).

3.1. Características de la muestra

Según se recoge en la tabla II, si tenemos en cuenta la categoría profesional, de las 259 encuestas recogidas el 52,5% (N=136) pertenecen a médicos/as y, el 47,5% (N=123) a enfermeras/os. La distribución por sexo de la muestra determina, que el 69,5% (N=180) son mujeres y el 30,5% (N= 79) son hombres. De los profesionales encuestado un 71,4% (N= 185) son mayores de 45 años y el 28,6% (N= 74) tienen menos de 45 años. En cuanto a la experiencia laboral, de los/as profesionales que responden la encuesta, el 92,7% (N=240) tienen más de 10 años de experiencia laboral, el 7,3% (N= 19) menos de 10 años. Atendiendo a si han convivido o no en pareja, de los/as profesionales que han contestado a la encuesta el 83,4% (N= 216) vive o ha vivido en pareja, mientras que el 5,8% (N= 15) nunca ha vivido en pareja y el 10,8% (N= 28) no contesta.

Se han agrupado los diferentes centros de salud en función del tamaño de la población donde se localizan. Un grupo lo forman los centros de salud de Guadalajara ciudad, con una población superior a 30.000 habitantes, y el otro grupo lo forman los centros de salud situados en localidades con menos de 30.000 habitantes, el 69,1% (N= 179) de los profesionales trabaja en centros de salud que atienden a menos de 30.000 habitantes, y el 30,9% (N= 80) trabaja en Guadalajara ciudad.

Tabla II.-descripción de la muestra

		%	N
Categoría profesional	Medicas/os	52.5%	136
	Enfermeras/os	47.5%	123
Sexo	Hombre	30.5%	79
	Mujer	69.5%	180

Edad	Menos de 45 años	28.6%	74
	Más de 45 años	71.4%	185
Experiencia laboral	Menos de 10 años	7.3%	19
	Más de 10 años	92.7%	240
Convivencia en pareja	Vive o ha vivido en pareja	83.4%	216
	Nunca ha vivido en pareja	5.8%	15
	No contesta	10.8%	28
Centro de salud	Menos de 30.000 hab.	69.1%	179
	Más de 30.000 hab.	30.9	80

Vamos a referir únicamente los resultados que en su asociación con las variables independientes tienen significación estadística.

3.2. Conocimiento de la existencia del protocolo

En cuanto al conocimiento de la existencia del protocolo el 51,7% de los/as profesionales conoce su existencia, llama la atención que un 24,3% de los/as profesionales sanitarios afirman que no existe (Figura 1). Es significativo que el 53,5% de los profesionales que conocen que existe el protocolo tienen más de 45 años y un 35,1% de los/as profesionales que no saben si existe el protocolo tiene menos de 45 años. (Figura 2)

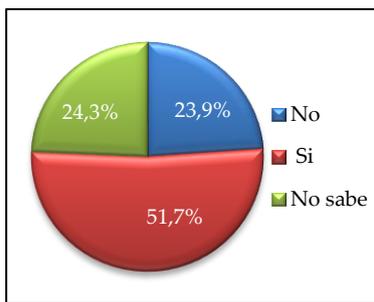


Figura 1. Conocimiento del protocolo

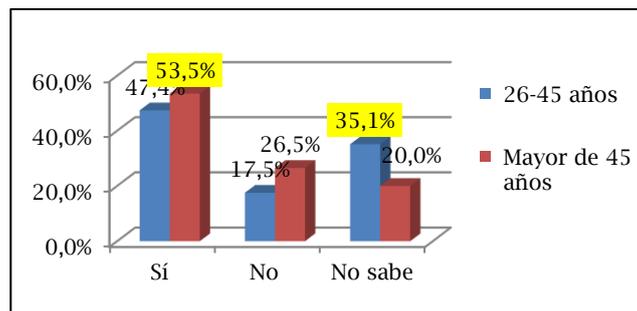


Figura 2. Existencia Protocolo según edad

Los profesionales que refieren vivir o haber vivido en pareja, conocen en mayor número la existencia de protocolo un 56,5%, frente al 20% de profesionales que no han vivido nunca en pareja. (Figura 3)

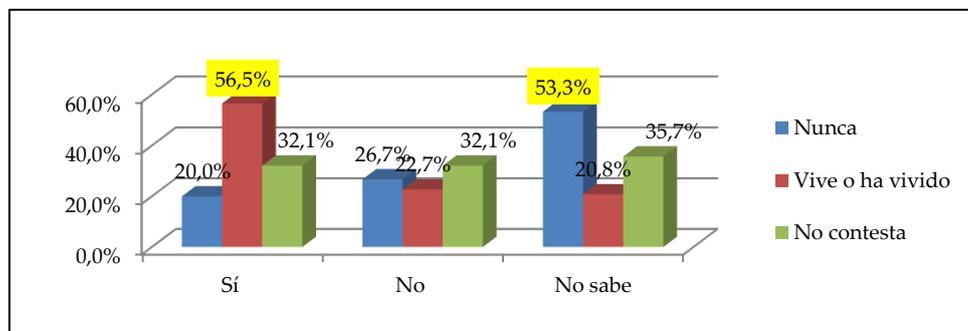


Figura 3. Existencia Protocolo según vive o no vive en pareja

3.3. Conocen el contenido del protocolo

De los profesionales que afirman conocer la existencia del protocolo un 76,1% conocen su contenido, llama la atención que casi la cuarta parte de los profesionales no conozcan el contenido del protocolo, ver figura 4. Encontramos que existe relación de dependencia en la variable categoría profesional, la probabilidad de que se conozca el protocolo de actuación sanitaria a la mujer víctima de violencia es 2,84 veces mayor en médicas/os que en enfermeras/os. (Figura 5)

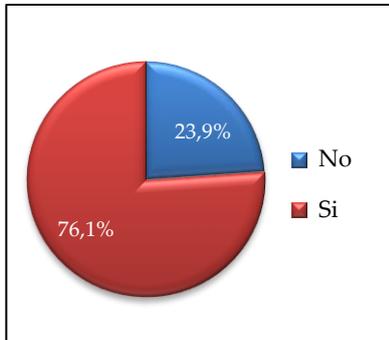


Figura 4. Conocimiento contenido del protocolo

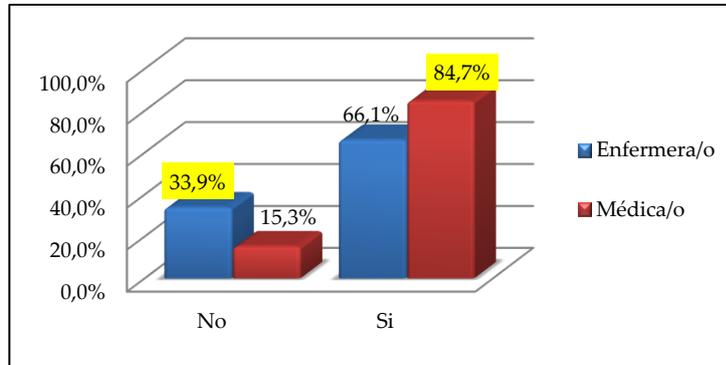


Figura 5. Conocimiento contenido protocolo según categoría profesional

3.4. Los términos violencia “doméstica”, “de género”, “contra las mujeres” tienen el mismo significado

Cuando se les pregunta si términos como violencia “doméstica”, “de género”, “contra las mujeres” tienen el mismo significado el 59,5% de los profesionales consideran que el significado no es el mismo, mientras que un 38,6% afirman que sí son sinónimos, ver figura 6. De los profesionales que trabajan en centros de salud que atienden a menos de 30,000 habitantes el 62,6% no consideran los términos sinónimos, mientras que de los que trabajan en centros de Guadalajara ciudad un 41,3% consideran que los términos significan lo mismo. (Figura 7)

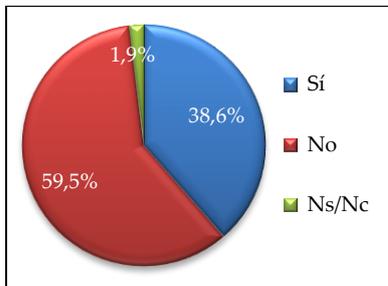


Figura 6. Son sinónimos

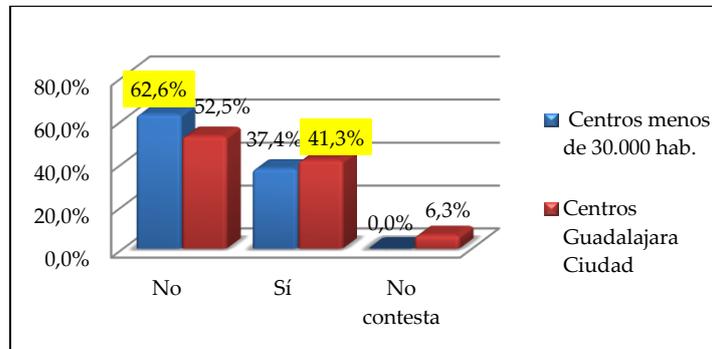


Figura 7. Son sinónimos por tamaño población localidad del centro.

3.5. Conocimiento del porcentaje de casos NO diagnosticados

En cuanto al conocimiento del porcentaje de casos No diagnosticados de VMCI, el 40,9% aciertan en la identificación del porcentaje de casos No diagnosticados, ver figura 8. Existe una relación estadísticamente significativa con el sexo, el 42,2% de las mujeres conocen el porcentaje de casos No diagnosticados frente al 38,0% de los hombres, es relevante que el 17,7% de los hombres consideren que los casos no diagnosticados oscilan entre el 10% y el 30%. (Figura 9)

La distribución por edad determina que el 44,6% de los profesionales menores de 45 años conocen el porcentaje de casos No diagnosticados, frente al 39,4% de los mayores de 45 años. (Figura 10)

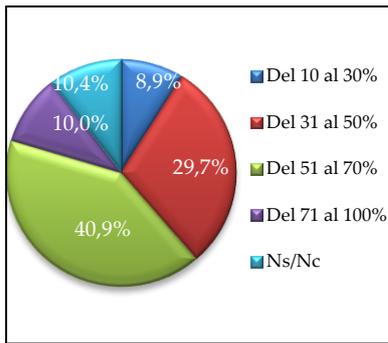


Figura 8. Conocimiento casos No diagnosticados

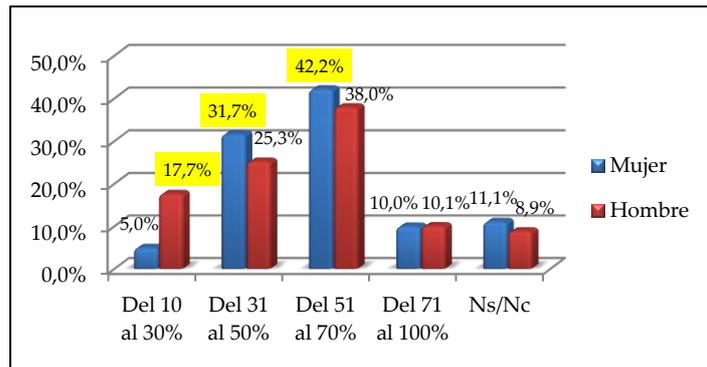


Figura 9. Porcentaje casos No diagnosticados según sexo

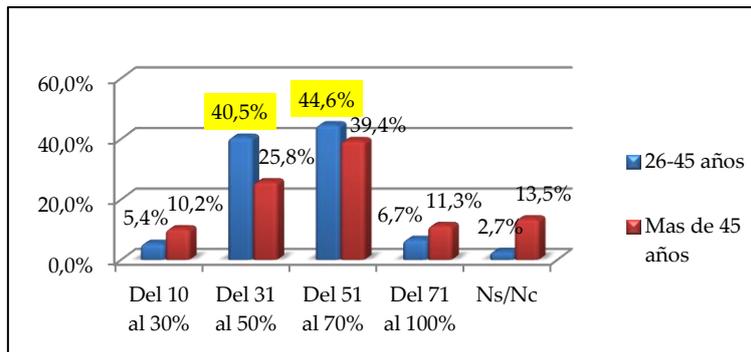


Figura 10. Porcentaje casos No diagnosticados según edad

Si consideramos el tamaño de la población en la que está ubicado el centro de salud donde trabajan los profesionales, el 43,8% de los profesionales que trabajan en centros de salud de Guadalajara ciudad, y el 39,6% de los profesionales que trabajan en centros de salud que atienden a menos de 30.000 habitantes conocen el porcentaje correcto de casos No diagnosticados. (Figura 11)

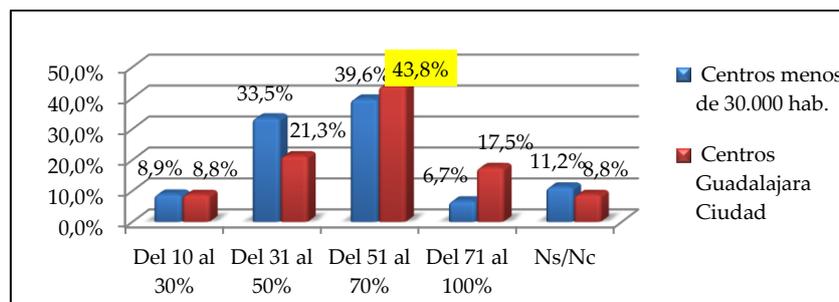


Figura 11. Porcentaje casos No diagnosticados por tamaño población localidad del centro

3.6. Conocimiento de las obligaciones legales

Ateniéndonos al conocimiento de las obligaciones legales, ante la mera sospecha de un caso de violencia sufrida por las mujeres a manos de sus parejas o exparejas, un 72,6% de los profesionales afirman que sí las conocen, ver figura 12. Se encuentra que el conocimiento de las obligaciones legales está asociado a la categoría profesional de los participantes, el 81,6% de los/as medicas/os las conocen, mientras que solo un 62,6 de las/os enfermeras/os afirman conocer las obligaciones legales cuando existe una sospecha de que la mujer está siendo maltratada por su pareja o expareja. (Figura 13)

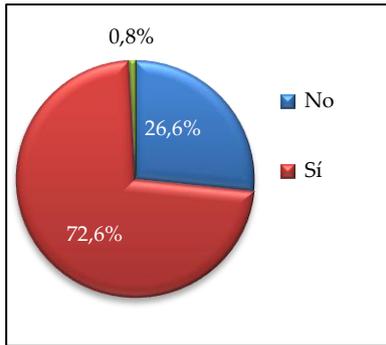


Figura 12. Conocimiento de las obligaciones legales

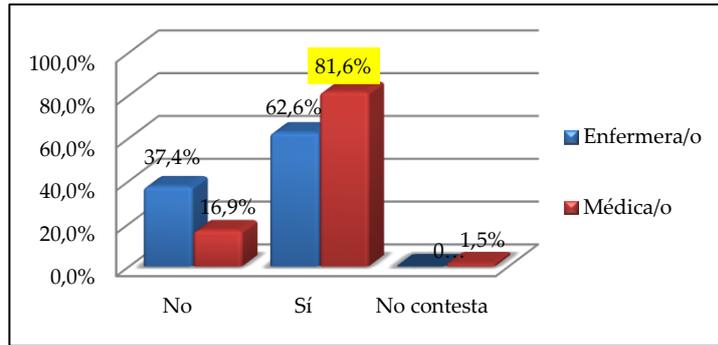


Figura 13. Obligaciones legales ante la sospecha de VMCI según categoría profesional.

3.7. Conocimiento de las repercusiones legales de no declarar un caso evidente

Ateniéndonos al conocimiento de las repercusiones legales que pueden derivarse de no declarar un caso evidente de VMCI, el 44,0% de los/as profesionales afirman conocer las repercusiones legales, mientras que el 55,2% desconocen estas repercusiones legales. (Figura 14)

Existe una relación significativa entre el conocimiento de las repercusiones legales de no declarar este tipo de violencia que sufren las mujeres y la categoría profesional, el 56,6% de las/os medicas/os afirman si conocerlas, mientras que un 68,8% de las/os enfermeras/os no las conocen. (Figura 15)

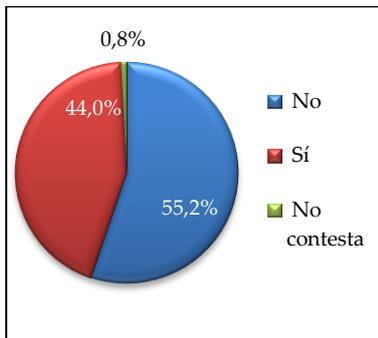


Figura 14. Conocimiento de las repercusiones legales

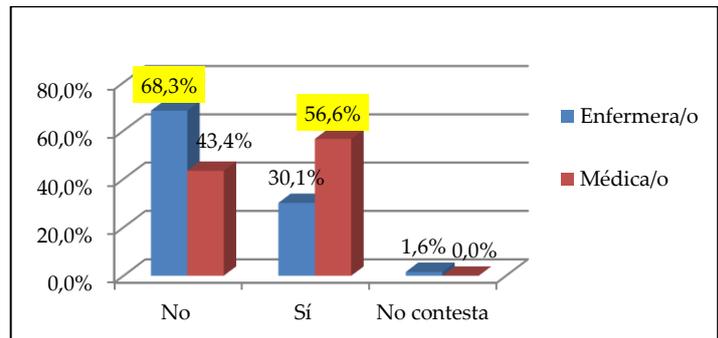


Figura 15. Repercusiones legales de no declarar según categoría profesional

Es relevante que el 57,3% de los hombres conozcan las repercusiones legales que tiene el hecho de no declarar este tipo de violencia, mientras que el 60,6% de las mujeres desconocen estas repercusiones. (Figura 16)

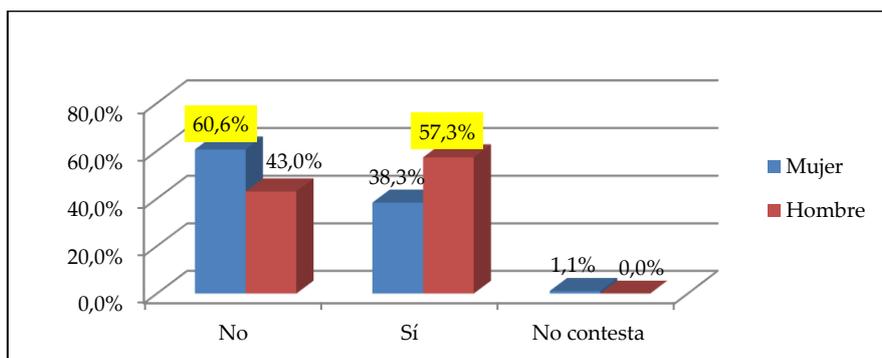


Figura 16. Repercusiones legales de no declarar según sexo

3.8. Análisis Bivariante

La responsabilidad principal que LO/2004, de medidas de protección integral contra la violencia de género, establece para los/as profesionales sanitarios, es la detección precoz y la atención de las mujeres que sufren este tipo de situaciones, por ello en este punto del estudio nos planteamos si existe relación entre la detección de casos, y el conocimiento del protocolo de atención. (Tabla III)

Tabla III. Detección de casos de VMCI asociado a conocimientos

	Detección de Casos		χ^2	Sig	
	No	Si			
¿Conoces el protocolo?	No	87,5%	60,8%	7,883	0,005
	Si	12,5%	39,2%		
¿Conoces el porcentaje de casos NO diagnosticados?	No	59,5%	71,7%	4,083	0,043
	Si	40,5%	28,3%		
¿Conoces las repercusiones legales ante la sospecha de VMCI?	No	70,3%	57%	4,949	0,026
	Si	29,7%	43%		

4. Discusión

Al considerar si conocen la existencia del protocolo para la atención sanitaria a mujeres que sufren VMCI, de los profesionales sanitarios que trabajan en atención primaria del Área de Salud de Guadalajara, un 51,7% conoce su existencia, de estos/as un 76,1% conocen su contenido. Si comparamos con otros estudios:

- En el estudio realizado por Arredondo-Provecho AB, et al [10], publicado en 2008, sobre una muestra de profesionales que trabajan en atención especializada del Área 8 de Salud de Madrid el 20,4% de los profesionales sanitarios conocen el contenido del protocolo de actuación ante la VMCI. Existe una diferencia significativa con el resto de los estudios debido seguramente a que el estudio se realizó en el 2006, anterior al 2007 fecha de publicación del primer Protocolo Común para la Actuación ante la Violencia de Género en el Sistema Nacional de Salud.
- En el estudio realizado por Arredondo-Provecho AB, et al [17], publicado en 2012, sobre una muestra de profesionales sanitarios, de atención primaria del Área 8 de Salud de Madrid el 52,2% conocen la existencia del protocolo y de estos un 44,0% conocen su contenido.
- En el estudio realizado por Valdés-Sánchez CA [20], et al, publicado en 2016, y realizado con enfermeras de atención primaria de las Áreas de Salud IV (Oviedo) y V (Gijón) del Principado de Asturias, el 50,0% de las/os enfermeras/os conocen el contenido del protocolo.

Solamente en el estudio de Arredondo-Provecho AB, et al [17], publicado en 2012, se publicaron datos sobre el conocimiento de la existencia y el contenido del protocolo, encontrándose comparativamente que los/as profesionales del Área de Salud de Guadalajara en mayor número saben de la existencia y del contenido del protocolo. Los otros dos estudios únicamente recogen información sobre el conocimiento del contenido del protocolo, comparativamente un 39,3% del total de profesionales del Área de Salud de Guadalajara conocen el contenido del protocolo. Posiblemente estas diferencias son debidas a la diferencia temporal de los estudios y a las políticas de sensibilización y formación que la administración pública ha desarrollado durante este tiempo.

En cuanto al nivel de conocimientos de los profesionales sanitarios para discriminar entre los diferentes términos que en ocasiones se utilizan como sinónimos, referidos a la VMCI, el 59,5% de los profesionales encuestados, que trabajan en atención primaria del Área de Salud de Guadalajara, discriminan adecuadamente entre los términos utilizados, indicando que no significan lo mismo, cifra que es superior comparado con lo detectado en otros estudios:

- En el estudio realizado por Siendones-Castillo R [16], et al publicado en 2002, en el que el 29,0% de los profesionales sanitarios de la Unidad de Urgencias del Hospital Comarcal Costa del Sol de Marbella, discriminan adecuadamente entre los términos propuestos, identificando que no son sinónimos.
- En el estudio realizado por Arredondo-Provecho AB [10], et al publicado en 2008, el 39,7% de los profesionales sanitarios de los hospitales del Área 8 de Salud de Madrid, identifican que los términos no son sinónimos.
- En el estudio realizado por Arredondo-Provecho AB [17], et al publicado en 2012, el 40,7%, de los profesionales sanitarios de atención primaria del Área 8 de Salud de Madrid, identifican que los términos no tienen el mismo significado.

Posiblemente, este aumento constante en el porcentaje de discriminación entre los términos se deba, por un lado, a que el estudio de Siendones-Castillo R [16], es anterior a la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género [4], y por otro, al efecto positivo de las diferentes campañas de sensibilización que desde los organismos públicos se han desarrollado en los últimos años.

Ateniéndonos al conocimiento de las obligaciones legales, ante la mera sospecha de un caso de VMCI, de los profesionales que trabajan en atención primaria del Área de Salud de Guadalajara, un 72,6% que si las conocen. En cuanto al conocimiento de las repercusiones legales que pueden derivarse de no declarar un caso evidente de VMCI, las conocen un 44,0%. Si comparamos estos datos con otros estudios:

- En el estudio realizado por Siendones-Castillo R, et al [16], publicado en 2002, sobre una muestra de profesionales de la Unidad de Urgencias del Hospital Comarcal Costa del Sol de Marbella, el 51,1% de los profesionales sanitarios conocen las obligaciones legales, ante la mera sospecha de un caso de VMCI, y un 16,3% conocen las repercusiones legales que pueden derivarse de no declarar un caso evidente de VMCI.
- En el estudio realizado por Arredondo-Provecho AB, et al [10], publicado en 2008, sobre una muestra de profesionales que trabajan en atención especializada del Área 8 de Salud de Madrid, el 48,8% de los profesionales sanitarios conocen las obligaciones legales, ante la mera sospecha de un caso de VMCI, y un 14,7% conocen las repercusiones legales que pueden derivarse de no declarar un caso evidente de VMCI.
- En el estudio realizado por Arredondo-Provecho AB, et al [17], publicado en 2012, sobre una muestra de profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeras/os), de atención primaria del Área 8 de Salud de Madrid, el 62,0% de los profesionales sanitarios conocen las obligaciones legales, ante la mera sospecha de un caso de VMCI, y un 41,5% conocen las repercusiones legales que pueden derivarse de no declarar un caso evidente de VMCI.
- En el estudio realizado por Valdés-Sánchez CA [18], et al publicado en 2016, y realizado con enfermeras de atención primaria de las Áreas de Salud IV (Oviedo) y V (Gijón) del Principado de Asturias, se pregunta exclusivamente por el conocimiento de las obligaciones legales ante la mera sospecha de un caso de VMCI, un 69,3% las conocen.

Se observa, que según los estudios van siendo más actuales, el número de profesionales que conocen las obligaciones y las repercusiones legales es mayor. Posiblemente esto es debido, por un lado, a la diferencia temporal de los estudios y, por otro, a las políticas de sensibilización y formación que la administración pública ha desarrollado durante este tiempo.

5. Conclusiones

Con este trabajo se ha intentado determinar el nivel de conocimientos de los profesionales sanitarios de atención primaria del Área de salud de Guadalajara, pudiendo concluir que demuestran tener mayor nivel de conocimientos sobre la VMCI las/os medicas/os que las/os enfermeras/os, las mujeres que los hombres, y aquellos profesionales de la salud de mayor edad, cuya experiencia laboral es mayor, que viven o han vivido en pareja y que trabajan en centros de salud que atienden a poblaciones de menos de 30.000 habitantes

A medida que pasa el tiempo el nivel de conocimientos sobre este tema es mayor en más profesionales sanitarios. Posiblemente esto es debido, a las políticas de sensibilización y formación que la administración pública ha desarrollado durante este tiempo.

Para detectar mayor número de mujeres maltratadas por sus parejas, las y los profesionales tienen que conocer en profundidad Protocolo Común para la Actuación ante la Violencia de Género en el Sistema Nacional de Salud, que les facilita la identificación de este tipo de violencia sufrido por las mujeres.

Se hace necesario seguir con las políticas de sensibilización de la población y en especial de las mujeres, para visibilizar mejor este tema, y con la formación de los profesionales que tienen responsabilidades para la eliminación de este tipo de violencia, prioritariamente sobre los/as profesionales de la salud, por ser los que más fácilmente pueden detectar a las mujeres que están sufriendo este tipo de violencia.

Conflictos de Intereses: la autora no declara conflicto de intereses.

Abreviaturas:

VMCI: violencia sobre la mujer por parte de su compañero íntimo

OMS: Organización Mundial de la Salud

Referencias Bibliográficas

1. WHO. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud-Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2002. [consultado 7 febrero 2013]. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/
2. ONU. Poner fin a la violencia contra la mujer: de las palabras a los hechos. Estudio del Secretario General ONU [Internet]. 2006. [consultado 3 febrero 2013]. Disponible en: http://www.un.org/womenwatch/daw/public/VAW_Study/VAW-Spanish.pdf
3. Consejo de Europa. Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Estambul [Internet]. 2011. [consultado 15 febrero 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ssi/igualdadOportunidades/internacional/consejoeu/CAHVIO.pdf>
4. Ley orgánica 1/2004, de medidas de protección integral contra la violencia de género Boletín Oficial del Estado (BOE) [Internet]. 28 diciembre 2004. [consultado 3 febrero 2013]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>
5. Eberhard-Gran M, Schei B, Eskild A. Somatic Symptoms and Diseases are more Common in Women Exposed to Violence. *Journal of General Internal Medicine* [Internet]. 2007 [consultado 15 febrero 2015]; 22 (12). Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-007-0389-8>
6. WHO, Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women. Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. 2013. [consultado 3 febrero 2013]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1
7. OPS/OMS. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Hojas informativas [Internet]. 2013. [consultado 15 febrero 2015]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/es/
8. Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género [Internet]. 2012. [consultado 15 mayo 2015]. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>
9. Ruiz-Navarro M. ¿Somos los profesionales sanitarios una barrera para la detección de la violencia de género? *Enfermería Integral* [Internet]. 2011 [consultado 15 febrero 2015]; 93. Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/93/ENF-INTEG-93.pdf>

10. Arredondo-Provecho AB, Del Pliego-Pilo G, Nadal-Rubio M, Roy-Rodríguez R. Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2008 [consultado 3 febrero 2013]; 18 (4). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-conocimientos-opiniones-los-profesionales-salud-S1130862108721922>
11. Black MC. Intimate Partner Violence and Adverse Health Consequences. *American Journal of Lifestyle Medicine* [Internet]. 2011 [consultado 3 febrero 2013]; 5 (5): 428-439. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1559827611410265>
12. De la Fuente-Aparicio D, Salamanca-Castro AB, Sánchez-Castro S. ¿Se encuentran capacitadas las enfermeras para detectar malos tratos en Atención Primaria? *Nure Investigación* [Internet]. 2005 [consultado 3 febrero 2013]. 15. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/235>
13. Coll-Vinente B, Echeverría T, Farràs U, Rodríguez D, Milla J, Santià M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2008 [consultado 18 octubre 2016]; 22(1). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911108711932>
14. Ballesteros-Retamosa MA, Sanchez-Gonzalez E. Conocimientos y actitudes ante la violencia de genero de los/as profesionales sanitarios/as en atención primaria. *Documentos de Enfermería* [Internet]. Ilustre colegio oficial de enfermería de Huelva. 2012 [consultado 10 noviembre 2016]; (48). Disponible en: http://www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es/images/zoom/FEURIT/viewsize/Huelva_N%C2%BA_48.pdf
15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Violencia y Salud*. [Internet]. [consultado 3 febrero 2017]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/violencia/prevencion/indiceContenidos.htm#nueve>.
16. Siendones-Castillo R, Perea-Milla-López E, Arjona-Huertas JL, Agüera-Urbano C, Rubio-Gallo A, Molina-Molina M. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Emergencias* [Internet]. 2002 [consultado 3 febrero 2013]; 14 (5). Disponible en: <file:///F:/DISCUSION/ENCUESTA-%20Violencia%20dom%C3%A9stica%20y%20profesionales%20sanitarios.pdf>
17. Arredondo-Provecho AB, Broco-Barredo, Alcalá-Ponce de León, Rivera-Álvarez A, Jiménez-Trujillo, Gallardo-Pino. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010. *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet]. 2012 [consultado 3 febrero 2013]; 86 (1). Disponible en: <file:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-ProfesionalesDeAtencionPrimariaDeMadridYViolenciaD-5275286.pdf>
18. Larrauri-Barandela MA, Rodríguez-Alonso E, Castro-Feijoo TM, Pérez-Zorelle A, Ojea-Montes B, Blanco-Gómez MA. Conocimientos y actitudes de los profesionales de urgencias sobre la violencia de género. *Enferurg* [Internet]. 2010 [consultado 15 febrero 2015]; 11 (7). Disponible en: <http://www.paginasenferurg.com/revistas/2010/septiembre/violenciade genero.pdf>
19. Valdés-Sánchez CA, García-Fernández, Sierra-Díaz. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. *Atención Primaria* [Internet]. 2016 [consultado 3 febrero 2017]; 48 (10). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-violencia-genero-conocimientos-actitudes-las-S0212656716300385>
20. Pascual Benito MI. *Violencia Contra la Mujer en la Pareja. Sensibilización de los Profesionales Sanitarios del Área de Salud de Guadalajara* [Tesis doctoral]. [Alcalá de Henares]. Universidad de Alcalá, 2017

