

**UNIVERSITAT
JAUME·I**

**TRABAJO FINAL DEL MÁSTER EN:
“IGUALDAD Y GÉNERO
EN EL ÁMBITO PÚBLICO Y PRIVADO”**

TÍTULO:

***“BARRERAS PARA LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE
GÉNERO EN UN HOSPITAL COMARCAL”***

**LÍNEA DE ESPECIALIDAD EN:
INTERVENCIÓN CON MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE
GÉNERO Y EN RIESGO DE EXCLUSIÓN**

-2012-

ALUMNA: GONZÁLEZ GARCÍA Nancy



ÍNDICE:

- 1. PRÓLOGO**
- 2. INTRODUCCIÓN**
- 3. MARCO TEÓRICO REFENCIAL**
- 4. DIAGNÓSTICO**
- 5. MATERIALES Y MÉTODOS**
- 6. RESULTADOS**
- 7. CONCLUSIÓN**
- 8. BIBLIOGRAFÍA**
- 9. ANEXOS**



1. PRÓLOGO

El Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), lo constituyen ocho áreas sanitarias. El Hospital Valle del Nalón, forma parte del modelo de Atención Especializada del Área VIII del SESPA y, es el único centro hospitalario de España de titularidad y gestión pública, re-acreditado por la Joint Commission.

A título informativo, este hospital se enclava en la comarca del “*Valle del Nalón*” que forma parte del área metropolitana asturiana. Comprende los concejos de Langreo, San Martín del Rey Aurelio, Laviana, Sobrescobio y Caso; cuenta además, con un volumen importante de población próximo a los ochenta mil habitantes, siendo el concejo de Langreo el más poblado.

En relación con la demografía, el envejecimiento de la población (80,4%), el descenso de la natalidad (80,1%), el éxodo de la población hacia otras ciudades de Asturias (80,1%) y las altas tasas de inactividad (79,1%), han provocado un proceso de despoblación de la comarca de forma paulatina y alarmante, unida a la grave crisis económico-social en que se halla inmersa, especialmente como consecuencia de la crisis del carbón.

El Hospital Valle del Nalón, contiene dentro de su organigrama un Servicio de Urgencias ubicado en el semisótano del edificio central del hospital y es justamente en este departamento, donde he realizado las prácticas del Máster solicitando previamente el consentimiento por parte de la Gerencia y la Unidad de Docencia Hospitalaria, así como la colaboración de los equipos de asistencia sanitaria que trabajan en este servicio.



2. INTRODUCCIÓN

La violencia hacia las mujeres es una de las violaciones mas graves de los derechos humanos (*Convención de Belém do Pará*). Naciones Unidas la ha llamado “*el crimen encubierto mas frecuente del mundo (1980)*”¹ y además, representa un problema de consecuencias físicas y psicológicas graves para los miembros de la familia.

Podemos considerar sin temor a equivocarnos, que la violencia contra las mujeres en el ámbito familiar, es el abuso de los derechos humanos más habitual y soterrado de cuantos se producen en nuestra sociedad, además de un grave problema de salud pública que afecta potencialmente a la mitad del total de la población, es decir, a las mujeres.

La arraigada condición de inferioridad de la mujer respecto al varón, no proviene de la singularidad de las relaciones personales, sino de la propia estructura social aún cimentada sobre las bases del dominio patriarcal. Bien es verdad que, en la práctica, es en el contexto doméstico donde con mayor frecuencia se manifiesta este tipo de violencia porque es allí, en el hogar (lugar considerado de refugio y amparo), donde adquieren más intensidad las relaciones entre hombre y mujer. De modo que, conforme al derecho internacional, el Estado español tiene el deber de “*actuar con la debida diligencia a fin de prevenir, investigar y, conforme a la legislación nacional, castigar todo acto de violencia contra la mujer*”². Y como sanitarios, estamos obligados a denunciar este delito a la autoridad judicial competente (Art. 262 de la LE Criminal, el Art. 30.3 del Código de Deontología Médica o el Art. 408 Código Penal).

En el contexto de nuestra Administración Pública, con toda probabilidad es ámbito sanitario, el sector al que asisten el mayor número de mujeres víctimas de maltrato por múltiples razones. La práctica totalidad de las víctimas acude a un centro de

1 Posicionamiento del Consejo General de Enfermería ante la Violencia de Género (11 de mayo de 2004). Disponible en: <http://www.cge.enfermundi.com/servlet/Satellite?cid=1109858720157&pagename=SiteCGE%2FPPage%2FTpIPag eGenerica&p=1097067400142>

2 *Declaración para Eliminación de todas las Formas de violencia contra las Mujeres*. Asamblea General de Naciones Unidas. Resolución 48/104 de 20 de diciembre de 1993



salud en el año posterior a las agresiones³ o por motivos indirectamente relacionados con el maltrato, en algún otro momento de su vida.

Es evidente que la violencia de género, constituye un importante problema de salud con alta prevalencia en los SU; sin embargo, un exiguo diagnóstico parece ser la principal causa de su escasa notificación, estimándose que solo se diagnostican entre un 5-15% de todos ellos (Emergencias 2002; 14:224-232). Lo que si parece patente, es que las mujeres maltratadas buscan atención en los servicios de emergencias tres veces más que otras mujeres no maltratadas⁴. Otro estudio realizado en España por Blanco et al (Gac Sanit 2004; 18:182-8), indica que aproximadamente un 20% de las mujeres que acuden al médico presenta este problema. También es cierto que, no es sólo un problema de salud, pero antes que nada y mucho antes de trascender a la sociedad mediante el quebrantamiento de una norma, afecta a la salud física y psicológica de la mujer que la sufre: a la primera, para dañarla, y a la segunda, para someterla. Estos son los dos objetivos de la violencia de género: producir un daño y conseguir el control de la mujer, por eso, se produce de manera debilitante y continuada en el tiempo, asociada a un paulatino aislamiento del mundo, la desesperanza, tanto para la vida en general como para la capacidad de afrontar la situación de sufrimiento que padece y la autoestima. Ambos sentimientos, derivan en una pérdida de la capacidad y poder para gobernar la propia vida que está siendo gobernada por el maltratador, generalmente aparece sintomatología concomitante de tipo depresivo y ansioso y no es infrecuente la ideación suicida (hasta cuatro veces mayor en las mujeres maltratadas) y el consumo de sustancias, probablemente como amortiguador de la sintomatología postraumática y depresiva⁵.

Así, el ámbito sanitario se revela esencial para la detección temprana y la identificación de las víctimas, y es esta detección temprana junto con la adecuada atención a las víctimas, lo que cobra especial relevancia en un contexto en el que se

3 *Violencia Doméstica*. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2003, pág.: 29.

4 Campbell J.C.: "Health consequences of intimate partner violence". Lancet 2002; 359:1331-6.

5 Servicio Murciano de Salud. "Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja". ISBN: 978-84-694-1688-4 Depósito legal: MU 367-2011. Sept 2010.



ha estimado que las mujeres tardan una media de siete años y medio en romper la relación con su agresor⁶ y en el que la puerta de salida de la violencia, sigue sin ser la denuncia⁷.

En este sentido, los servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) junto con la Atención Primaria, surgen como los lugares más accesibles que encuentran las mujeres víctimas de malos tratos para solicitar ayuda y donde se detectan cifras altas de violencia doméstica (VD) entre las usuarias de estos centros⁸.

En relación a la intervención basada en la evidencia científica, existen pocos trabajos de investigación de los servicios de salud españoles sobre la violencia de género -la mayoría proceden de Estados Unidos-, excepto en Atención Primaria y éstos, nos muestran cifras sobre la violencia similares a los países anglosajones con una frecuencia de malos tratos (ya sean de tipo físico, emocional o sexual y se produjeran en el pasado o por su pareja actual), del 31,5% y, con una asociación clara a una deficiente salud autopercebida⁹.

En cuanto a la victimología, en general las víctimas que acuden a Urgencias lo hacen por múltiples motivos y en la mayor parte de los casos no manifiestan el origen real de sus lesiones o padecimientos. Unas veces acuden por los daños o problemas de salud como consecuencia de la violencia en sí (lesiones físicas, crisis de ansiedad, somatizaciones varias o intentos autolíticos); otras veces, son “*llamadas de atención*” ante la dificultad de solicitar ayuda abiertamente.

Las consecuencias del abuso repetido –sobre todo psicológicas y sociales-, hacen que estas mujeres muestren muy baja autoestima, sentimientos de culpa, dependencia emocional, creencias erróneas de que él cambiará, el miedo a perder a

6 “La violencia doméstica contra las mujeres. Recomendaciones relativas a aspectos sociales y asistenciales”. Defensor del Pueblo, Madrid, 1998, pág.: 140.

7 En el caso de las mujeres “asesinadas” en España en 2011 (61 víctimas) por su pareja o ex pareja, sólo 16, una minoría, había denunciado a su agresor. Si hablamos del total de mujeres víctimas de violencia de género, se estima que sólo alrededor de un 5% denuncia estos abusos ante la policía o el Juzgado. (*Informe de Víctimas mortales por Violencia de Género*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Diciembre 2011. Disponible en: <http://www.nodo50.org/xarxafeministapv/IMG/pdf/Victimas-2011.pdf>

8 Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL, Norton LL, Lowenstein SR, Abbott J. “Accuracy of 3 Brief Screening Questions for Detecting Partner Violence in the Emergency Department”. JAMA 1997; 277:1357-61.

9 Raya Ortega L, Ruiz Pérez I, Plazaola-Castaño J, Brun López-Abisab S: “La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica”. Atención Primaria 2004; 34:117-27.



sus hijos o a las consecuencias de la denuncia. Por lo tanto, tienen serias dificultades para enfrentarse a su problema, lo ocultarán y, como consecuencia, habrá un retraso en la detección del maltrato, deduciéndose que pueden pasar de cinco a diez años hasta que finalmente, se denuncie el delito¹⁰.

Los profesionales de estos servicios ocupan -aunque algunos no sean conscientes de esta gran responsabilidad-, un lugar privilegiado para la detección de casos de maltrato e intervención precoz en los mismos. No obstante y desde mi punto de vista, estas personas trabajan *per sé* en desventaja en el contexto de violencia en la pareja. Y esto es así porque cuando una víctima de violencia de género es atendida por un/a trabajador/a social, por la policía, valorada por un/a psicólogo/a o testifica en un juzgado, ya (*re*)viste generalmente, el estatus de víctima de maltrato; sin embargo, a un servicio de urgencias hospitalario (SUH) llega “la mujer” con un problema de salud habitualmente grave y se pide a los profesionales una proyección interdisciplinar; es decir, que además de sanitarios, sean psicólogos o investigadores, con conocimientos burocráticos y legales en cuanto a recursos institucionales para tratar y/o derivar a la posible víctima de la forma más apropiada.

Por este motivo, resulta así mismo imprescindible que se reconozca la importancia del trabajo coordinado entre profesionales, tanto en el propio ámbito sanitario, como entre éste y otras instancias implicadas en la atención a mujeres que sufren violencia de género, y se faculden los medios humanos y económicos necesarios para que esta labor se desarrolle en condiciones adecuadas.

3. MARCO TEORICO REFERENCIAL

Al abordar aspectos relacionados con la perspectiva de género, destacar como la salud de las mujeres ha sido asimilada en la disciplina médica como la salud del ser humano varón y sólo en últimos diez años, se ha empezado a visibilizar como salud diferente, con factores de riesgo, tratamientos y evolución muchas veces también diferente a la salud de los varones.

10 Blanco P, Ruiz-Jarabo C, García de Vinuesa L, Martín-García M.: “La violencia de pareja y la salud de las mujeres”. Gaceta Sanitaria 2004; 18(Supl 1):182-8.



El concepto de *morbilidad diferencial*, se refiere a toda una serie de episodios: enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una especial atención sobre las mujeres, bien sea porque sólo en ellas se pueden presentar dichos problemas, o porque éstos, aparezcan más frecuentemente en el sexo femenino (Valls Llobet 2006:178). Toda esta etiopatogenia, puede ser dirigida hacia las diferencias biológicas respecto al sexo masculino, como ocurre con los trastornos de la menstruación, las enfermedades derivadas de embarazos y partos o los tumores ginecológicos. Además, se incluyen en esta definición aquellas enfermedades que sin ser exclusivas de las mujeres, sí presentan elevada prevalencia en ellas, siendo en muchas ocasiones, causa de muerte precoz, dolencia o discapacidad mayor entre las mujeres que entre los hombres, como son las anemias, el dolor crónico generalizado, las enfermedades autoinmunes, las enfermedades endocrinológicas, los trastornos del comportamiento alimentario (anorexia, bulimia...)¹¹, y sobretodo afecciones psicológicas o psiquiátricas como

la ansiedad o la depresión¹². Con frecuencia se ignoran las profundas consecuencias de la violencia en la salud mental de la mujer. La fuerte asociación entre la historia de abusos domésticos y el desarrollo de problemas psiquiátricos, sobre todo depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático está bien documentada en numerosos estudios (Campbell 1985: 175; Heise et al 1999).

Si hacemos una breve referencia a nuestra socialización genérica en el patriarcado; desde la infancia, se nos educa (familia, escuela, grupo de iguales) en determinados modelos de acción y expresión establecidos por el género. Se nos adiestra y vivimos discursivamente nuestro cuerpo, nuestra sexualidad y nuestras actitudes, comportamientos y relaciones; todo ello, mediatizado además, por una auténtica descarga de imágenes y representaciones –a través de los medios de comunicación– que desde los primeros años de nuestra vida, nos instruyen y socializan para

11. Los estudios epidemiológicos indican que se trata, esencialmente, de una patología de la adolescencia **femenina** con una incidencia hombre/mujer de 1/10, la edad de comienzo es habitualmente la adolescencia y la frecuencia es mayor entre las clases medias y altas -aunque se está extendiendo a las clases bajas- y en los países occidentales. Tubert también refiere un aumento en la incidencia en ciertos colectivos (azafatas, modelos, deportistas, bailarinas) y la existencia de casos de depresión, alcoholismo y trastornos de la alimentación en la familia. Tubert, S.: "Anorexia. Una perspectiva psicoanalítica"

12 Valls Llobet, C.: "Mujeres Invisibles". 2006 Ed: Plaza BARCELONA. 2006 Pág.:178



desarrollar nuestra construcción tradicional de género. De este modo, la mediación cultural y social, también resulta clave en la percepción y, en consecuencia, el conocimiento que tenemos de nosotras y nosotros mismos y del mundo que nos rodea; porque, lejos de reflejar de forma cristalina las costumbres o vivencias personales y sociales, estos medios de culturalización, contribuyen de un modo increíblemente eficaz, a construir representaciones que crean ilusión de realidad y la (re)producen como un “performance”. En el inicio, se parte de soportes afectivos similares para niños y niñas, pero tras los primeros años de vida, se van encajando otro tipo de refuerzos de género, representativos por ejemplo de mujeres: ser/estar perfecta físicamente para agradar a los demás (hombres), buena compañera, madre, esposa, cuidadora, sociable y sobre todo moldeable. Para los varones sin embargo, la educación comporta otros valores mas bien dirigidos a su propia construcción como sujetos de control y poder: el dinero, la acción, el control de las/os demás y/o de las realidades.

En el futuro, esta socialización de género en las mujeres les va a acarrear determinadas consecuencias negativas por causas como: -la falta de desarrollo de la propia identidad en ausencia de una construcción de la autonomía personal; -la interiorización y atribución de un sistema de poder androcéntrico y de subordinación femenina; o la influencia de los distintos modelos de mujer contemporánea: tradicional/moderna.

Los llamados determinantes sociales, reflejan las condiciones en las que viven y trabajan los seres humanos y nos describen las diferencias existentes entre las personas en su poder, posición social, prestigio y acceso a recursos. En este sentido, nos dan una idea de la situación de una sociedad estratificada y la jerarquización social existente. A su vez, el género actúa como “un determinante en si mismo”; porque en ocasiones, condiciona la desigualdad y vulnerabilidad de los problemas de salud entre hombres y mujeres fomentando desiguales consecuencias sociales de la enfermedad.

De sobra es evidente que las mujeres destinan más tiempo a las labores no remuneradas carentes de poder o prestigio; jornadas de trabajo dobles con un acceso más deficitario a recursos que los hombres, lo que merma sus niveles de



salud y participación social. Las diferencias se observan también en el uso de servicios sanitarios, consumo de medicamentos y el coste personal en la morbilidad y expectativas de vida. La vivienda, el empleo y la educación adecuados son prerequisites básicos para la salud; así como una apropiada estructura familiar y vecinal o un empleo de calidad en la seguridad física, mental y social de la actividad laboral.

Por otro lado, no hay que olvidar otros factores de gran trascendencia sobre las condiciones de vida y el estado de salud de la población como son el acceso a modelos educacionales equitativos y de calidad, así como la oportunidad de poner en práctica las habilidades aprendidas. En los países en donde las grandes desigualdades sanitarias están provocadas por una distribución desigual del poder, de ingresos, bienes y servicios, amén de las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población -en el acceso a la atención sanitaria, educación, condiciones de trabajo, tiempo libre o vivienda-, repercuten muy negativamente en la posibilidad de disfrutar del bienestar en salud.

Conociendo determinados contextos de otros países y sin caer en populismos, nuestro **sistema sanitario público** es una conquista de la ciudadanía. Aunque **no es perfecto y continuamente mejorable**; no obstante, contribuye a mejorar la salud de la población dando alternativas a los problemas de salud y equilibra las necesidades cubriendo todos los determinantes sociales y de género que discriminan el acceso a los recursos. La base de la igualdad en la atención sanitaria consiste, por lo tanto, en aportar los cuidados que las personas precisan, mediante una atención equitativa y efectiva.

La perspectiva de género por tanto, es una herramienta analítica cuyo principal objetivo, es destacar la forma en que las construcciones culturales de la masculinidad/feminidad y las condiciones de vida generadas a partir de esta situación, se expresan en la salud de la población y sin más, como tal, debemos de entenderla. Sin embargo, la supremacía de lo masculino y la subalternidad de lo femenino, constituyen los principios esenciales de ese orden simbólico que define las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, origen por tanto de la violencia de género.



Desde una perspectiva general y garantista, de la Cumbre Internacional celebrada en Pekín (1995) podemos obtener conclusiones como que “[...] *La violencia contra las mujeres es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, que han conducido a la dominación masculina, a la discriminación contra las mujeres por parte de los hombres, y a impedir su pleno desarrollo*” o que el origen de toda esta violencia, son *las pautas culturales, la lengua, la religión, que perpetúan la condición inferior que se asigna a las mujeres en la familia, en el trabajo y en la sociedad*”.

Asimismo, la Constitución española de 27 de diciembre de 1978, en su Art.1 proclama la igualdad como valor superior del ordenamiento jurídico junto con el de la Libertad, la Justicia y el Pluralismo político; en este sentido, no solo se garantiza la prohibición de toda discriminación o trato diferenciado al amparo de causas que no respondan a razones objetivas, justificadas y proporcionales, sino que también, obliga a las instancias públicas *de promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; y a remover, cuantos obstáculos se opongan al desarrollo de una igualdad plena y real de los individuos y de los grupos en que se integran* (Arts. 14 y 9.2 CE respectivamente).

Probablemente, sea el derecho a la igualdad, uno de los derechos fundamentales más invocados en los ordenamientos democráticos contemporáneos, así como en casi todos los procesos de revisión de causas de (in)constitucionalidad. Y esta circunstancia seguramente, se produzca a resultas de tratarse el derecho a la igualdad, de un derecho colmado de matices y concreciones sobre todo, a nivel normativo y jurisprudencial, que obstaculizan la propia concepción ciudadana y promueven más equívocos derivados de su ontológica expresión constitucional.

Nuestra Carta Magna, también reconoce plena igualdad entre hombres y mujeres y, salvo casos excepcionales que nada tienen que ver con el sexo, por las características físicas y psíquicas de las mujeres, nunca se les otorga la calificación de *seres débiles*. En consecuencia, la circunstancia de la mujer no es análoga ni comparable a la de los niños, ancianos o incapaces que, por sus propias características, ya se encuentran en una posición inicial inevitablemente subordinada



en el ámbito de la familia. Estos miembros de la esfera doméstica son *naturalmente* vulnerables. A la mujer, en cambio, es el agresor quien la convierte en vulnerable a través del uso de la violencia continuada en el tiempo; y esta vulnerabilidad de la mujer, no es relativa a su posición jurídica en el seno de la familia ni tampoco a sus condiciones personales, sino que es consecuencia de una estrategia de dominación ejercida por el varón -bajo el paraguas de ancestrales pautas culturales- para corregirla y someterla y para afianzar su control absoluto.

Miguel y J. Antonio Lorente Acosta¹³ sostienen que: “[...] *A la mujer no se le maltrata por ser madre, novia o ama de casa, sino por ser mujer, por ello, es importante delimitar conceptualmente la violencia que se ejerce sobre la mujer, ya que al denominarla incorrectamente (por ejemplo como “violencia doméstica” o “violencia familiar”) se está relacionando sólo con un ambiente concreto, el familiar o doméstico*” y, de igual modo según estos autores, se puede limitar a determinados agresores o a concretas circunstancias (como que sólo se manifieste en contextos marginales).

Contextualizando ya el tema de Salud, según la OMS, *“la mayoría de las mujeres entra en contacto con el sistema de salud en algún momento de su vida. Esto convierte a los centros de salud en un lugar importante donde es posible identificar a las mujeres víctimas de maltrato, proporcionarles ayuda y derivarlas, si es preciso, a servicios especializados. Lamentablemente, los estudios muestran que, en la mayor parte de los países, el personal sanitario rara vez les pregunta si están siendo maltratadas o busca indicios claros de violencia”*¹¹. Ya en 1996, la OMS, declaró la erradicación de la violencia contra las mujeres como *“una prioridad de salud pública”*¹⁴.

También la Constitución española, define en su Art. 15 el derecho *a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”*.

¹³ Lorente Acosta, M. y Lorente Acosta, J. M.: *Agresión a la mujer: Maltrato, violación y acoso. Entre la realidad social y el mito cultural*. Granada. 1998. Pág.: 85.

¹⁴ Informe Mundial sobre Violencia y Salud. Organización Mundial de la Salud. Washington, DC, 2002, pág.:106.



Los Códigos de Deontología de los colegios profesionales o la LE criminal en el Art. 262: “[...] los que por razón de su profesión, cargo u oficio tuvieren noticia de algún delito, están obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, Juez Instructor” cuando se refieren “al que por razón de sus cargos, profesiones u oficios” indican que es una obligación del profesional, sea de medicina, enfermería, trabajo social, psicología o cualquier otro de poner en conocimiento de la autoridad competente las situaciones de maltrato¹⁵.

Del mismo modo, el Comité de Naciones Unidas se encarga de vigilar el adecuado cumplimiento de la “Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres” (CEDAW). En sus recomendaciones específicas sobre “Mujeres y Salud”, exhorta a los Estados a: “[...] Velar por que los programas de estudios para la formación de los trabajadores sanitarios, incluyan cursos amplios, obligatorios y que tengan en cuenta los intereses de la mujer sobre su salud y sus derechos humanos, en especial la violencia basada en el género”¹⁶.

En el año 2004, se aprueba la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género y en junio de 2006, Amnistía Internacional hace público el informe “Más derechos, los mismos obstáculos”, en el que se examinaba la protección efectiva de las mujeres en España frente a la violencia de género en el ámbito: sanitario, social, policial y de obtención de justicia.

Respecto al contexto sanitario, el informe de Amnistía Internacional revelaba la escasa formación en violencia de género de los profesionales sanitarios; menos de un 5% de aquellos que ejercen su trabajo en los servicios de atención primaria y urgencias y aún, no se había previsto la formación de otros profesionales del sistema (obstetricia, ginecología, psiquiatría, reumatología, fisioterapia)¹⁷. Concluía

¹⁵ El Código de Ética y Deontología Médica de 10 de septiembre de 1999.

Disponible en: http://www.negligenciasmedicas.com/Index/codigo_etica_y_deontologia_medica.pdf

¹⁶ Comité de la CEDAW. Recomendación General Nº 24: Artículo 12 CEDAW- LA MUJER Y LA SALUD.

Disponible en: http://www.amdh.org.mx/mujeres3/CEDAW/docs/Recom_grales/24.pdf

¹⁷ España: “Más derechos, los mismos obstáculos” Informe de Amnistía Internacional España Junio de 2006.

Disponible en: <http://www.ucm.es/cont/descargas/documento9423.pdf>



asimismo, con la necesidad en el cumplimiento de los compromisos adquiridos por el Estado tras la aprobación de esta norma respecto a la detección de la violencia de género y atención a las víctimas en el ámbito sanitario¹⁸.

Con la finalidad de aumentar el conocimiento sobre el papel de los servicios sanitarios en la atención a la violencia, se crea en enero de 2003 el Registro de Atención Sanitaria en Violencia contra las Mujeres del PDO. de Asturias llamado registro VIMPA. Su principal objetivo, es describir las características de la demanda de atención sanitaria por agresiones a mujeres víctimas de maltrato y las primeras actuaciones de los servicios de salud¹⁹. Recoge el primer lugar, situaciones de violencia de pareja, familiar y comunitaria y además, la ruta crítica seguida por aquellas mujeres identificadas.

Finalmente, el Art. 32.3 de la LOMPIVG promueve la aplicación, actualización y difusión de protocolos que contengan pautas homogéneas de actuación ante este problema. En este sentido, nuestra sistemática de trabajo aparece debidamente unificada a través de dos protocolos de actuación; en primer lugar, tenemos el "*Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*" editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007), muy vinculado a las pautas de actuación en Atención Primaria, porque considera que precisamente es a este

18 La "*Ley Integral*" establece en su Título I Capítulo III y sus artículos 15 y 16 como obligaciones del Estado relacionadas con el tratamiento de la violencia de género en el ámbito de la salud, las siguientes:

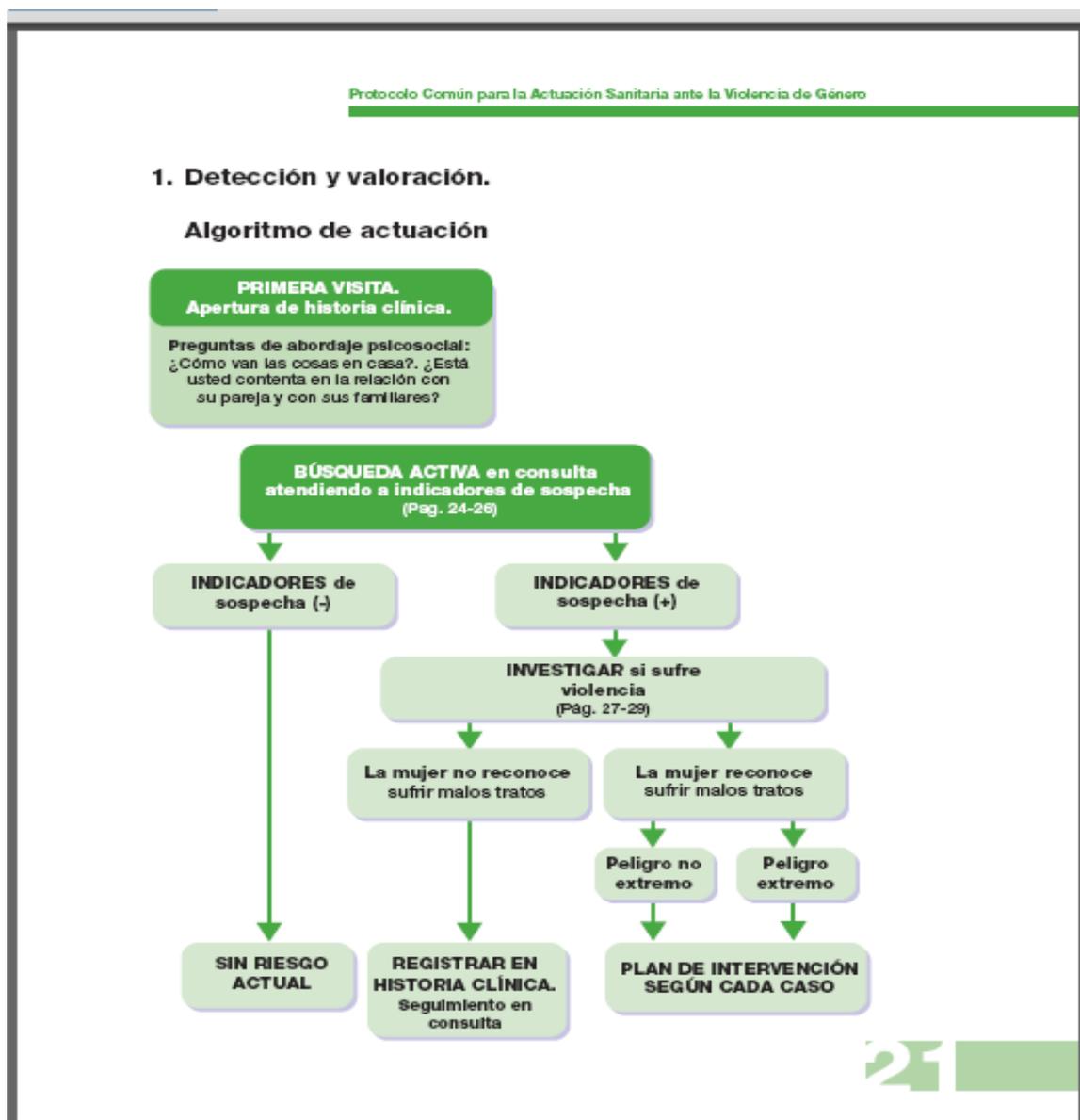
- *Promover e impulsar actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género.*
- *Desarrollar programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer.*
- *Las Administraciones educativas competentes asegurarán que en los ámbitos curriculares de las licenciaturas y diplomaturas, y en los programas de especialización de las profesiones sociosanitarias, se incorporen contenidos dirigidos a la capacitación para la prevención, la detección precoz, intervención y apoyo a las víctimas de esta forma de violencia.*
- En los Planes Nacionales de Salud que procedan se contemplará un apartado de prevención e intervención integral en violencia de género.

19 Los Partes de Lesiones, constan de cuatro copias de las cuales una, se envía al registro VIMPA. en sobre cerrado con la inscripción CONFIDENCIAL.



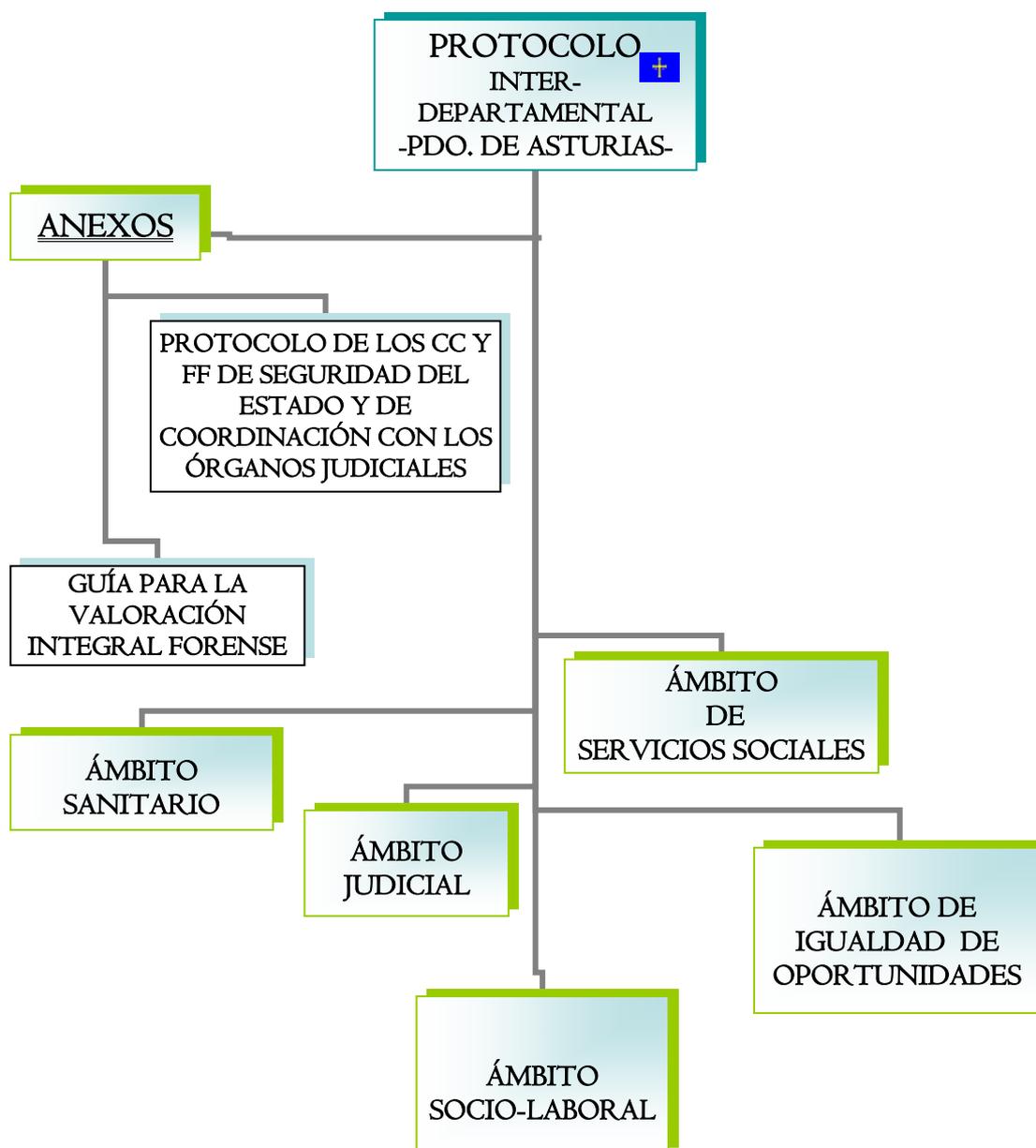
nivel, donde se tiene el contacto más inmediato y directo con las víctimas de VG. Respecto a la detección precoz, este protocolo destaca la necesidad de una actitud de alerta por parte del personal sanitario ante la presencia de conductas, síntomas ó signos de sospecha.

PROTOCOLO COMÚN PARA LA ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO





En segundo lugar y en Asturias, poseemos un *Protocolo Interdepartamental* el cual, establece procedimientos de atención a las víctimas de violencia de género en cinco ámbitos correspondientes a las competencias de la propia comunidad autónoma, procedimientos que, se (inter)relacionan –finalidad- de manera complementaria, para asegurar una atención integral.





El profesional facultativo sanitario que atiende a la víctima, cumplimentando el parte de lesiones o el informe sanitario, se convierte en un elemento esencial para la detección de la violencia sobre la mujer y es imprescindible para valorar jurídicamente los hechos que *a posteriori* se investigarán en el procedimiento penal, se trata, pues de una colaboración eficaz que no debe confundir su función con tareas policiales, periciales o judiciales²⁰.

4. DIAGNÓSTICO

A pesar de las mejoras en cuanto a la sensibilización y formación de profesionales y a la coordinación entre los distintos servicios de salud, más del 70% de los casos de Violencia de Género (VG) continúan siendo invisibles a ojos de los sanitarios.

Como diagnóstico inicial en este trabajo, establecería que **los profesionales sanitarios todavía presentan un nivel de conocimientos de grado medio, así como determinadas barreras de actitudes para realizar una correcta detección e intervención con este tipo de víctimas.** Por ello, la importancia de la formación, de la necesidad de entrenamiento para eliminar o cuanto menos minimizar demostradas barreras de actitudes y, para dotar a los sanitarios de herramientas y estrategias a la hora de afrontar obstáculos organizativos de los servicios e incluso, institucionales.

Prácticamente, todas las actuaciones clínicas realizadas en los diversos ámbitos de atención sanitaria pueden y deberían ser complementadas a través de una correcta prevención.

La prevención (primaria), supone trabajar en los diferentes niveles de la sociedad para lograr cambios en las instituciones e implementar intervenciones dirigidas a

20 Segura Abad, L.J. Atención médica a víctimas de violencia de género en "*Manual de lucha contra la violencia de género*". Navarra, Aranzadi, 2010



grupos específicos y enfoques más generalizados para la población a gran escala. Serían por ejemplo: las campañas, mensajes en mass media y otras iniciativas que incrementaran la sensibilización y concienciación.

En materia de violencia de género y salud, las actividades preventivas se colocan en un primer plano, una vez que investigamos las fórmulas que deben conducirnos a la resolución de este problema. Concretamente, el diagnóstico, la detección precoz y una intervención rápida y eficaz, se presentan como el objetivo (prevención secundaria) más relevante, de la actuación dirigida desde el primer nivel de atención sanitaria.

5. MATERIALES Y MÉTODOS:

■ DISEÑO

Mediante un estudio observacional descriptivo basado en la evidencia científica y en colaboración con los profesionales implicados, se diseñó y pasó un cuestionario (auto-administrado) ad hoc de veintiocho preguntas más la valoración del sexo, la edad y categoría profesional del encuestado con diversos ítems a la vista de los cuales, se intentaría analizar y evaluar los conocimientos, opiniones, actitudes personales y, dificultades que encuentran determinados profesionales frente al fenómeno de la violencia de género.

Se modificaron dos preguntas antes de ponerlo en marcha. Con el fin de garantizar el anonimato y la confidencialidad, las encuestas contestadas se depositaban en un buzón malva llamativo (de fabricación propia), situado en un área común.

Después de cuatro semanas y, publicitando –de manera habitual- la necesidad y/o conveniencia de rellenar el cuestionario (voluntario), respondieron finalmente 50 profesionales. Para la selección de la muestra, la introducción de los datos y el análisis de las preguntas, se utilizó el programa estadístico SPSS 15.0.



■ UNIVERSO O POBLACIÓN ESTUDIADA:

El universo de este estudio estuvo integrado por trabajadores del servicio de urgencias, englobando asimismo, las diferentes categorías que desarrollan su labor en el SUH, desde profesionales de la Medicina, Enfermería, Auxiliares de Enfermería y Celadores/as que correspondieron a un N = 50 funcionarios. Indicar también, que se incluyeron los trabajadores que tenían contratos de trabajo indefinido, fijo o eventual.

■ METODOLOGÍA DE TRABAJO

En primer lugar, se pidió la autorización a la Gerencia y la Unidad de Docencia de la institución y, se solicitaron los permisos correspondientes para el acceso a información confidencial y restringida. Después, se validó la encuesta por el Servicio de Calidad, difundiéndola mediante una pequeña sesión en la que se explicó el tipo de investigación, la necesidad de información y la pretensión del cuestionario anónimo, voluntario y auto-administrado; para finalmente, solicitar la colaboración de los profesionales implicados. Los datos fueron recopilados por la autora *in situ*.

Añadir, la necesidad de guardar el anonimato y la confidencialidad de los datos así como la voluntad del personal sanitario para participar en la investigación y por nuestra parte, la constante difusión y “promoción” de la encuesta.

Los campos que abarca este cuestionario son tres:

■ Grado de formación sobre la materia a estudio:

La encuesta se inicia con tres apartados para cubrir espacios sobre categoría, sexo y edad. Seguidamente, se abordan las cuestiones que valoren conceptos, la importancia del problema, nociones relacionadas con el maltrato, así como determinados aspectos legales de competencia sanitaria en este contexto (preguntas 3-4-5-6-7-8-9-12-13-20-21-23). La pregunta nº 14 sería de información general y la



nº 11, contendría varias respuestas sobre la idea que tienen los sanitarios de su papel ante la VG.

El nivel de conocimientos lo concretamos en cinco rangos en función del porcentaje de respuestas correctas obtenidas para cada estamento profesional;

- Muy bajo (menos o igual del 20%)
- Bajo (21-40%)
- Medio (41-60%)
- Alto (61-80%)
- Muy alto (mayor del 81%).

Destacar que, se utilizan preguntas cerradas de respuesta única a elegir entre dos o más opciones y también, preguntas abiertas.

■ **Barreras de actitud:**

Se examinan pautas de actuación (preguntas 15 y 16) y opiniones (preguntas 1-2-10-24-25-26 y 27) frente al maltrato, mediante preguntas cerradas. Una de ellas, con varias respuestas posibles y, obligando al posicionamiento en una actitud concreta.

■ **Barreras organizativas:**

Mediante las cuales, se evalúan problemas funcionales y estructurales del servicio de urgencias e incluso, del ámbito sanitario en general (pregunta 17).

■ **Propuestas de mejora y SUGERENCIAS:**

Se invita mediante la pregunta nº 28 a proponer alguna mejora para incrementar los niveles de detección de los servicios sanitarios y sus posibles soluciones. Por último (pregunta 28), también se ofrece la oportunidad de plantear alguna sugerencias

6. RESULTADOS

El equipo de asistencia sanitaria en este SUH, esta constituido por:

- ◆ 1 Jefa de Servicio.



- ◆ 20 Facultativos/as
- ◆ 1 Supervisora de Enfermería
- ◆ 21 DU en Enfermería
- ◆ 15 Aux. de Enfermería.
- ◆ 24 Celadores/as

La distribución para el género mujer fue: para Medicina 58,3%, Enfermería (75%), Aux. Enfermería (100%) y Celadores/as (69,2%).

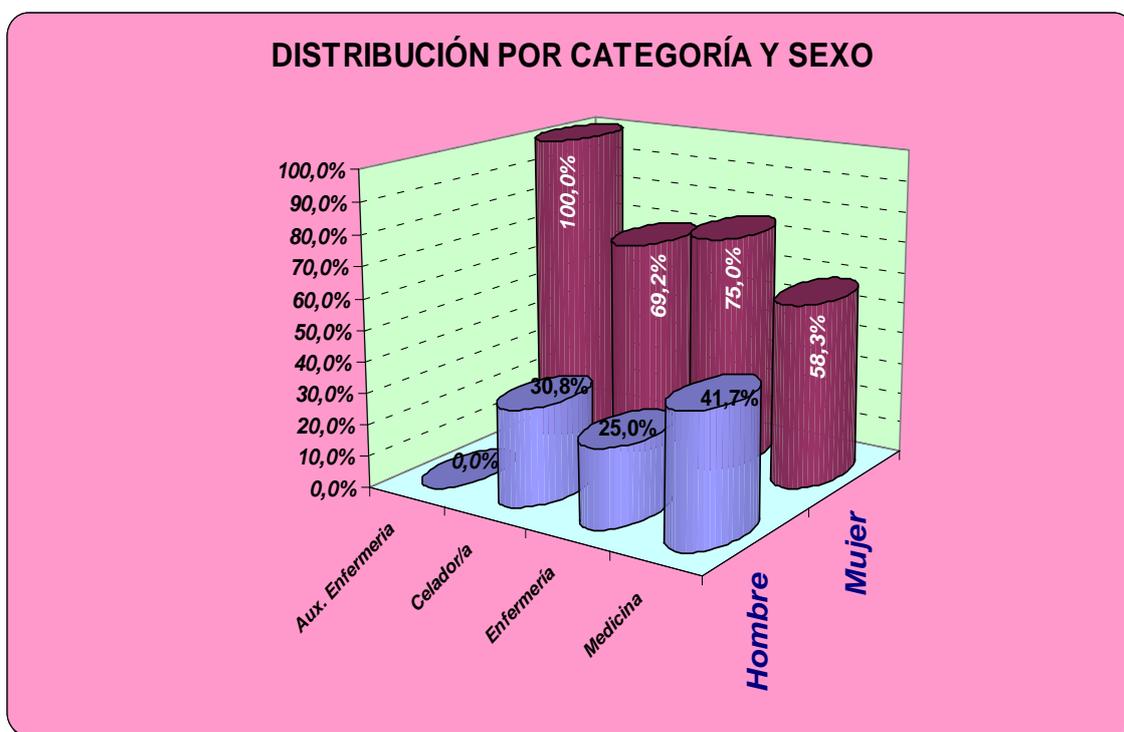




Tabla de contingencia CATEGORÍA * SEXO

Tablas de contingencia

[Conjunto_de_datos1] C:\Documents and Settings\User\Escritorio\PRUEBA\V DE GENERO_PRUEBA.sav

Resumen del procesamiento de los casos

| | Casos | | | | | |
|------------------|---------|------------|----------|------------|-------|------------|
| | Válidos | | Perdidos | | Total | |
| | N | Porcentaje | N | Porcentaje | N | Porcentaje |
| SEXO * CATEGORÍA | 50 | 100,0% | 0 | ,0% | 50 | 100,0% |

Tabla de contingencia SEXO * CATEGORÍA

Recuento

| | | CATEGORÍA | | | | Total |
|-------|--------|---------------------|-----------|------------|----------|-------|
| | | AUXILIAR ENFERMERÍA | CELADOR/A | ENFERMERÍA | MEDICINA | |
| SEXO | HOMBRE | 0 | 4 | 4 | 5 | 13 |
| | MUJER | 9 | 9 | 12 | 7 | 37 |
| Total | | 9 | 13 | 16 | 12 | 50 |

El número de cuestionarios contestados fue de 50 (37 mujeres y 13 varones) con una correspondencia aproximada del 62%, al número total del personal sanitario que trabaja en el servicio de urgencias, y que, según la categoría profesional, obtuvimos una participación del 24% en Medicina (correspondencia del 60% de los médicos que trabajan en el servicio); 32% para Enfermería (correspondencia de 72,7%); 26% Celador/a (54,16%); y 18% de Aux. Enfermería (correspondencia con su categoría del 60%). En todas las categorías, predomina el sexo femenino.



Una variable significativa es la edad, la muestra más abundante fue la de mujeres entre 36 y 45 años y varones entre 46 y 55 años.

Tabla de contingencia EDAD * SEXO

| | | | SEXO | | Total |
|-------|-----------------|-----------|--------|--------|--------|
| | | | HOMBRE | MUJER | |
| EDAD | Menor de 25 a | Recuento | 0 | 1 | 1 |
| | | % de EDAD | ,0% | 100,0% | 100,0% |
| | Entre 25 y 35 a | Recuento | 1 | 7 | 8 |
| | | % de EDAD | 12,5% | 87,5% | 100,0% |
| | Entre 36 y 45 a | Recuento | 4 | 14 | 18 |
| | | % de EDAD | 22,2% | 77,8% | 100,0% |
| | Entre 46 y 55 a | Recuento | 6 | 6 | 12 |
| | | % de EDAD | 50,0% | 50,0% | 100,0% |
| | Mayor de 55 a | Recuento | 2 | 9 | 11 |
| | | % de EDAD | 18,2% | 81,8% | 100,0% |
| Total | Recuento | | 13 | 37 | 50 |
| | % de EDAD | | 26,0% | 74,0% | 100,0% |



| PREGUNTAS PARA VALORAR CONOCIMIENTOS | PORCENTAJES DE ACIERTOS POR CATEGORÍAS | | | | | |
|--|--|---------------|---------------|---------------|--------------|---------------|
| | MEDICINA | ENFERMERÍA | AUX. ENFER | CELADOR/A | S/RESPUESTA | TOTALES |
| 3. En una pareja homosexual, ¿puede existir V de G? | 25,0% | 0,0% | 11,1% | 0,0% | 0,0% | 8,0% |
| 4. ¿Conoce la diferencia entre violencia de GÉNERO y violencia DOMÉSTICA? | 83,0% | 68,0% | 33,3% | 46,2% | 0,0% | 60,0% |
| 5. ¿Sabría definir el fenómeno ICEBERG en la violencia contra la mujer? | 58,3% | 56,3% | 77,8% | 53,8% | 0,0% | 60,0% |
| 6. La mayoría de las mujeres que sufren esta violencia: | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 92,3% | 0,0% | 98,0% |
| 7. ¿A que grupo cree que afecta con mayor frecuencia la V de G? | 75,0% | 87,5% | 77,8% | 69,2% | 0,0% | 78,0% |
| 8. ¿Del total de casos de V. de G., sabe cuantos se diagnostican? | 100,0% | 87,5% | 77,8% | 76,9% | 0,0% | 86,0% |
| 9. ¿Se siente preparad@ para detectar un caso de V de G? | 66,7% | 25,0% | 11,1% | 23,1% | 0,0% | 32,0% |
| 12. ¿Conoce el protocolo de actuación interdepartamental ante la V.G.? | 58,3% | 12,5% | 11,1% | 30,8% | 0,0% | 28,0% |
| 13. ¿Cómo calificaría su nivel de conocimientos del mismo? | 50,0% | 25,0% | 0,0% | 38,5% | 40,0% | 28,0% |
| 20. ¿Conoce las obligaciones legales del personal sanitario ante la sospecha de un caso de V de G? | 100,0% | 37,5% | 30,8% | 33,3% | 0,0% | 50,0% |
| 21. ¿Cree que muchas mujeres aguantan el maltrato porque quieren mantener su situación económica, estatus social, etc? | 83,3% | 68,8% | 55,6% | 76,9% | 2,0% | 72,0% |
| 23. No suele asociarse a malos tratos o datos de sospecha: | 100,0% | 50,0% | 55,6% | 30,8% | 10,0% | 58,0% |
| % Medio de aciertos | 74,96% | 51,50% | 45,10% | 47,65% | 4,33% | 54,83% |
| Nivel de conocimientos | ALTO | MEDIO | MEDIO | MEDIO | | MEDIO |

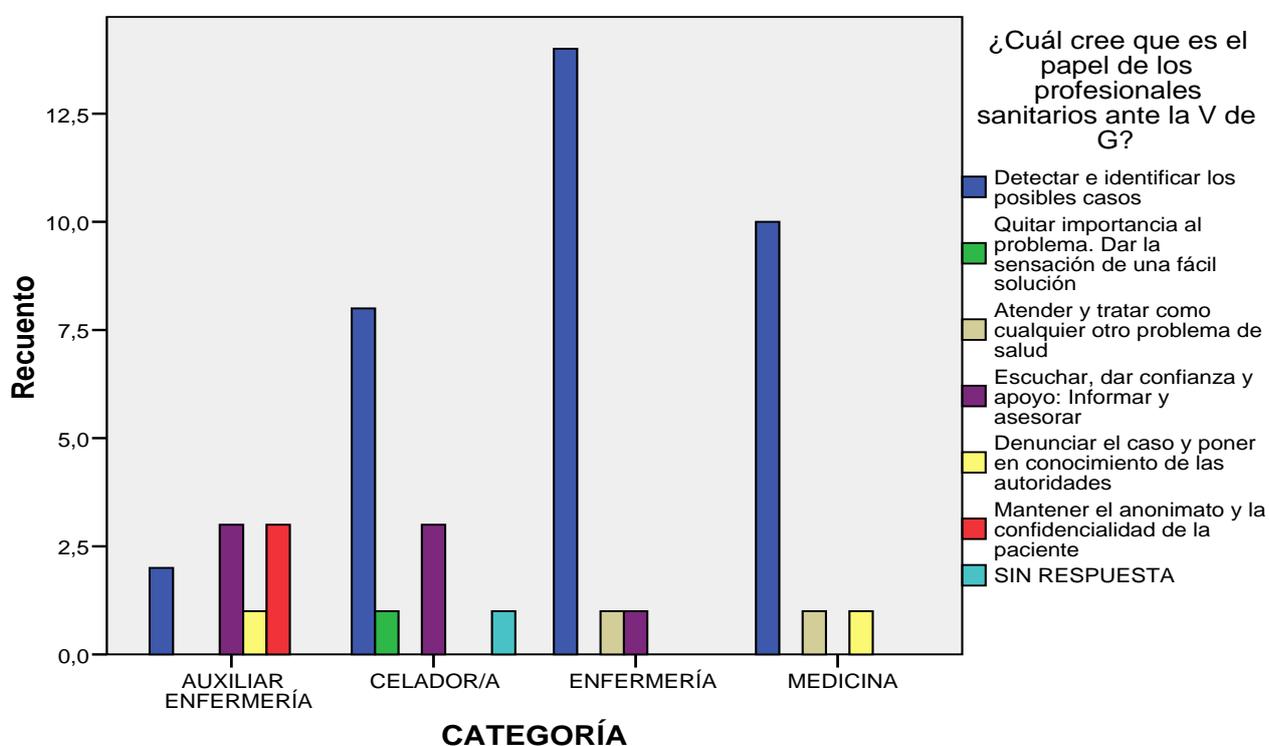


■ Nivel de conocimientos sobre el tema de la Violencia de Género

El porcentaje de respuestas acertadas por los sanitarios en el test de conocimientos fue de forma global de un 54,83%; obteniendo un nivel de calidad Medio. La proporción de aciertos fue similar para las categorías profesionales de Aux. Enfermería y Celador/a; algo mayor para Enfermería pero sin sobrepasar el rango Medio y, cuantitativamente superior para Medicina alcanzando un nivel Alto (74,96%).

La pregunta 11, contendría varias respuestas sobre la idea conceptual que albergan los sanitarios de su papel ante la VG. La opción más señalada con un porcentaje total del 68%, es “detectar e identificar los casos de violencia” y por categorías, es la de Enfermería quien más recurre a la misma (87,5%), seguida de Medicina (83,3%).

Gráfico de barras





La pregunta nº 14 nos determina una proporción total de 26% para identificación de algún caso de violencia de género en los últimos seis meses. Por categorías, las que más reconocieron casos de víctimas de maltrato fueron Enfermería (37,5%) y Celador/a (38,5%).

También, se plantearon dos cuestiones (preguntas 18 y 19) relativas a la figura del agresor. Un 90% de la población estudiada, consideró que se trata de un hombre como otro cualquiera; un 8% contestó que alcoholico y un 2%, con problemas mentales.

■ Barreras de actitud:

Respecto a la cuestión nº 15 sobre si se plantea la posibilidad de un diagnóstico diferencial de maltrato ante una paciente con lesiones físicas, solo el 46% de los profesionales sanitarios se plantea habitualmente el maltrato como diagnóstico diferencial ante un paciente con lesiones físicas, y un 12%, no lo hace nunca.

Para analizar las barreras de actitud más comunes en el personal sanitario, se planteó la cuestión nº 16 con varias respuestas posibles.

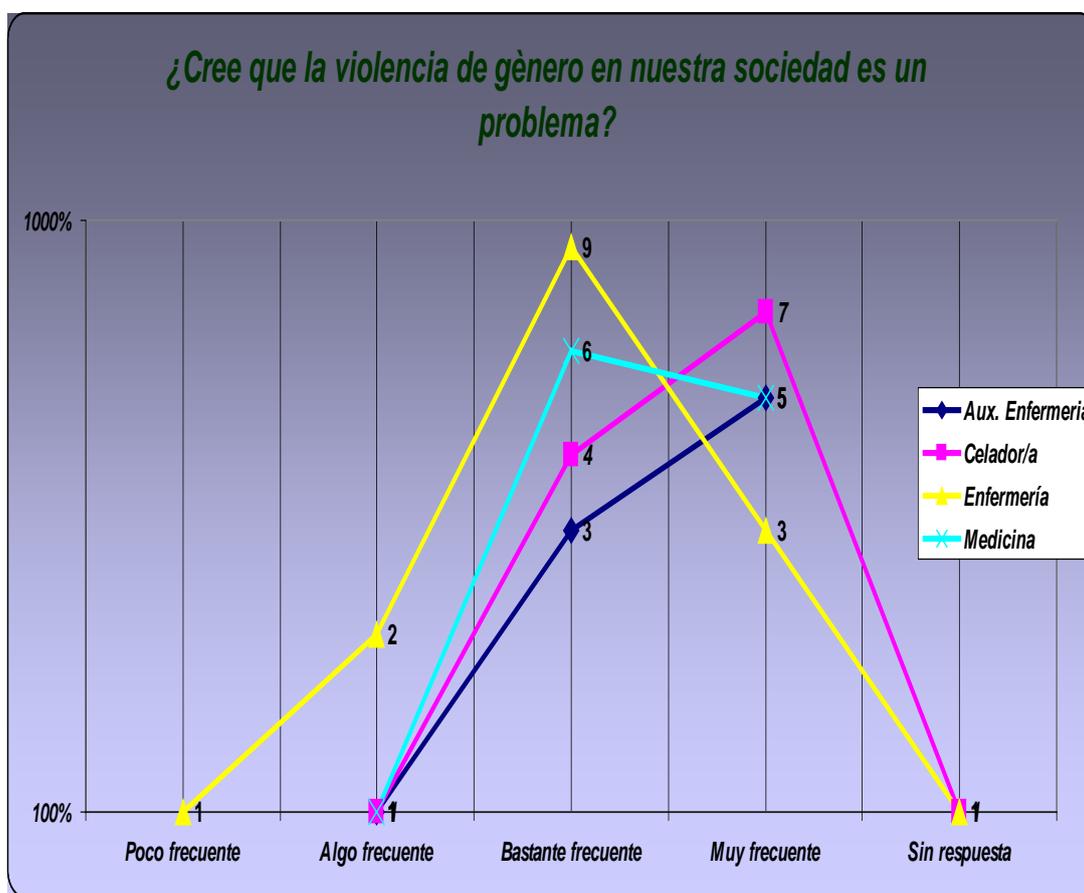
¿Cual o cuales piensa que son las barreras PERSONALES que dificultan la identificación y detección de V de G?

- 0 Falta de habilidades de trato con la víctima.
- 1 No querer involucrarse en cuestiones legales.
- 2 Miedo a producir más daño que ayuda a la víctima.
- 3 Falta de implicación y sensibilización en el tema. Desinterés.
- 4 Considerar que se trata de un problema del ámbito privado de cada persona.



Los profesionales sanitarios reconocen como principal obstáculo a nivel personal a la hora de asistir a una víctima de maltrato, su *“falta de habilidad con la misma”* (12%), seguido de *“no querer involucrarse en cuestiones legales”* (12%). Como tercera respuesta más puntuada está la suma de los dos ítems anteriores (14%). La falta de implicación, el desinterés, aparece como respuesta única en un 10% de la muestra, pero también como una opción más en: 0+1+3+4 (8%); 0+1+3 (2%); 1+3+4 (2%) y 3+4 (2%).

Respecto a la importancia que este tema despierta en relación con otros aspectos de ámbito público, la gran mayoría de los encuestados (44%), consideró que se trata de un problema bastante frecuente en nuestra sociedad, seguido de muy frecuente (40%). Por categorías, medicina no dio ninguna respuesta nula ni tampoco consideró a la violencia de género como poco frecuente: sin embargo, un 15% de enfermería y un 6,6% de celadores/as no dan respuesta a esta cuestión.



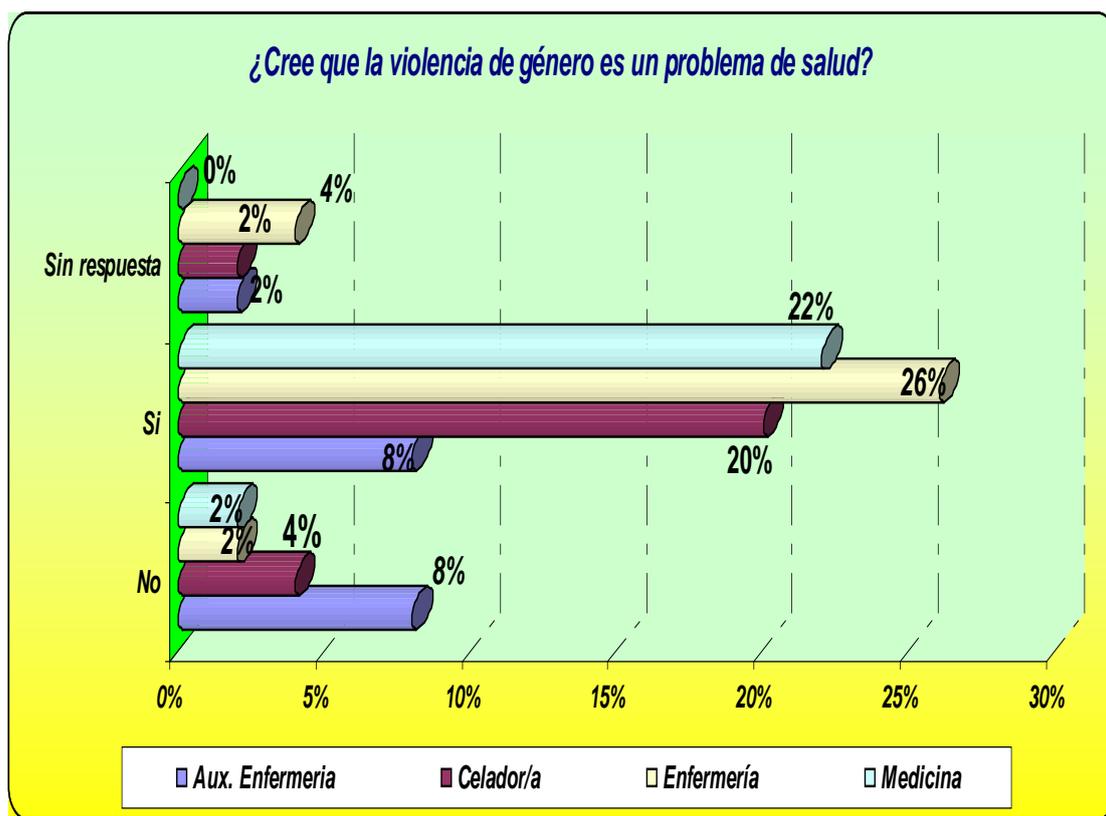


Teniendo en cuenta además, la mayor proporción de mujeres en ambas categorías, es enfermería y medicina quienes destacan en estas observaciones y por sexos.

La percepción de la violencia de género del personal sanitario como un problema de salud pública fue del 76,0%. Por categorías, existe en general una diferencia significativa entre las dos respuestas en estamentos como Celadores/as, Medicina y Enfermería (obtuvo la mayor puntuación total 26%). La opinión de las Aux. Enfermería (todas las encuestadas eran mujeres), se divide a la mitad entre la respuesta afirmativa (8%) y el que **No** (8%) se trate de un problema de salud.

Tabla de contingencia por CATEGORÍA *

¿Cree que la violencia de género es un problema de salud?



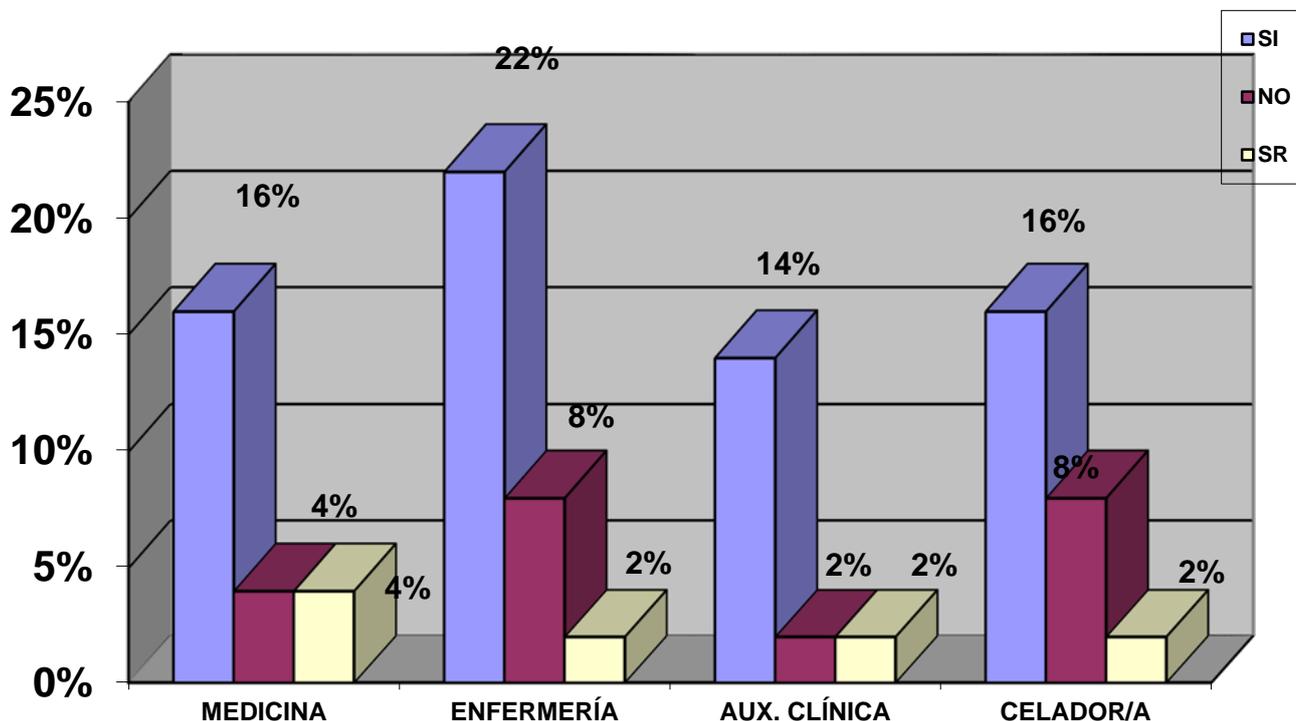
Un 30% de los sanitarios opina que la identificación de los casos de violencia de género y la solución de sus problemas debe ser una misión conjunta que compete a la policía, sistema judicial, psicólogos, trabajadores sociales y a los propios



sanitarios. Sigue la elección profesional, por los Trabajadores Sociales (30%), Psicólogos (20%), Sanitarios (16%) y en último lugar, la policía (4%).

Finalmente, un 98% de los encuestados consideran primordial la existencia de programas de sensibilización y formación continuada sin diferencias entre las distintas categorías. Un 92% estiman que sería efectivo la existencia de un grupo de trabajo especializado en violencia de género con escasos detractores (6%) en todas las categorías excepto en Medicina.

El 68% del personal sanitario encuestado consideraban que se podría llegar a un diagnóstico más temprano y correcto realizando un cribado “test de screening” de tres preguntas a las mujeres que acuden a un servicio de urgencias; un 22% contestaron que no y un 10% no daban respuesta.





■ Barreras organizativas:

Cual o cuales piensa que son las barreras INSTITUCIONALES que dificultan la identificación y detección de V de G?

- 0 Falta de formación sobre el tema.**
- 1 Falta de apoyos: Recursos institucionales. (Trabajador/a Social las 24h)**
- 2 Considerar que la violencia de género no es un problema de salud.**
- 3 Falta de tiempo, de espacio. Saturación del servicio.**
- 4 Falta de privacidad en la exploración y anamnesis.**

En general, todos los encuestados creen que hay inconvenientes organizativos o estructurales en su lugar de trabajo que impiden diagnosticar bien estos casos de violencia, encontrándose algunas diferencias significativas para las categorías profesionales. Es el caso de la respuesta (24%), la falta de apoyos y de recursos por parte de la administración no señalada por la categoría de Medicina, como respuesta única; un 16% de los profesionales opina no reconocer la violencia en la mujer como un problema de salud, unido a la falta de formación. El 14% piensa que se debe a la falta de estrategias formativas para el personal, y el resto de respuestas, son combinaciones de dos/tres items con porcentajes más bajos (4-8%).

■ Propuestas de mejora y SUGERENCIAS:

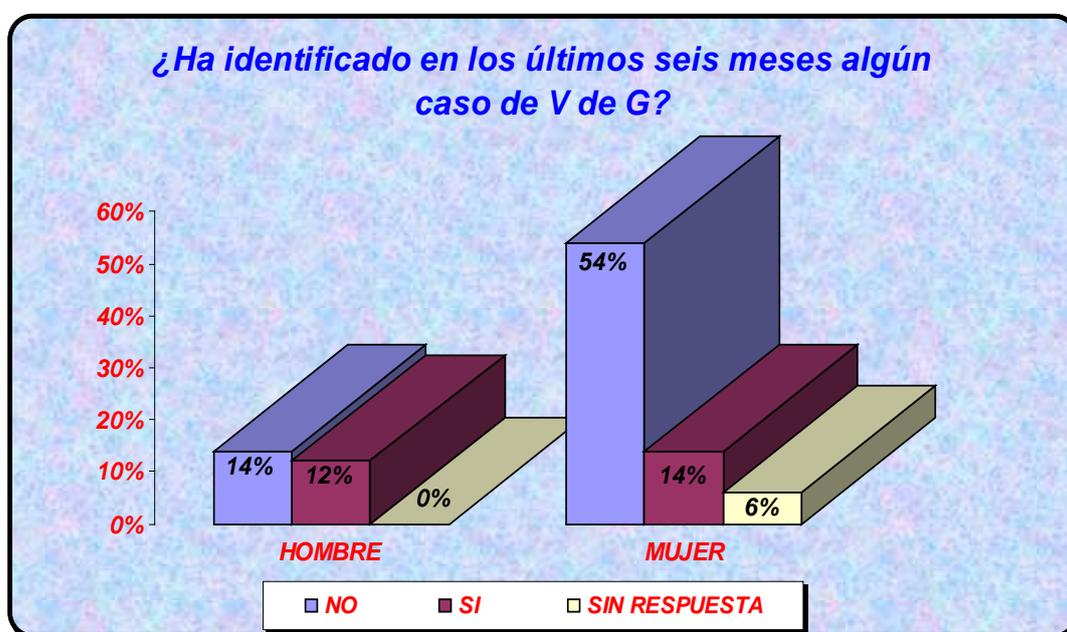
Como propuestas de mejora -pregunta abierta nº 28- y sugerencias, aparecía: la necesidad de formación continuada (conocer los signos de alerta) y de un protocolo de enfermería, la implantación del Test de screening, la difusión de protocolos, la mejora en la información y coordinación entre profesionales de otros ámbitos o la presencia en cada turno, de personal especializado de servicios sociales.



7. CONCLUSIÓN

En la mayor parte de las sociedades modernas hasta hace poco, la responsabilidad de remediar o poner coto al maltrato por el compañero íntimo recaía en el sistema judicial, en los servicios sociales o en la policía. El sector sanitario, tanto público como privado, quedaba relegado a prestar atención después de lo sucedido, una vez que las víctimas de la violencia se presentaban para recibir tratamiento.

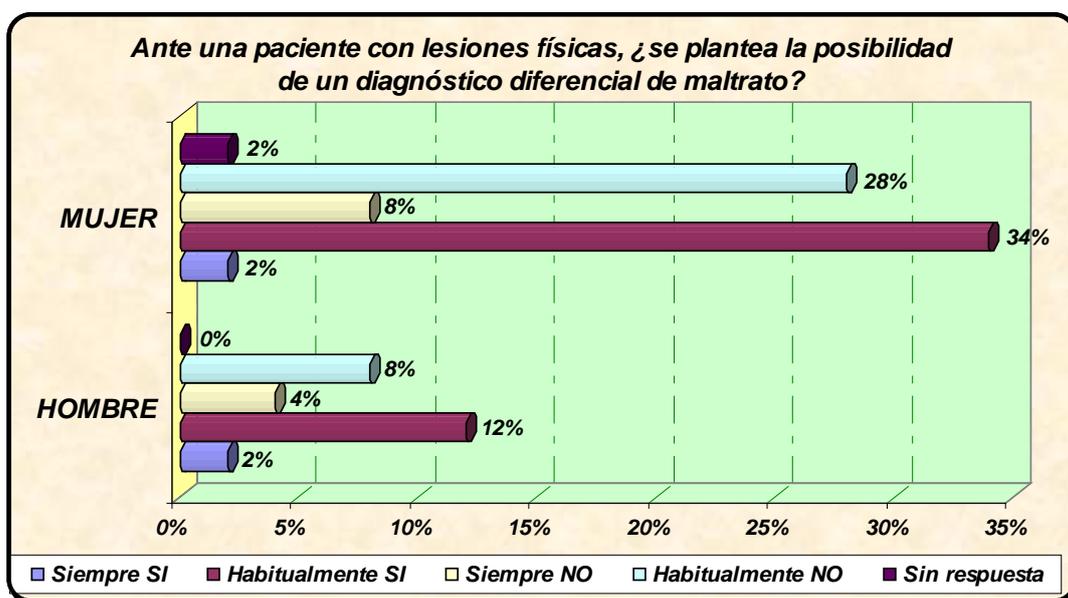
Se estima que una de cada tres mujeres sufre violencia de género al menos una vez en su vida y una de cada diez, padece violencia sexual. La presencia de quejas somáticas que no son adecuadamente (de)codificadas, se derivan como trastornos psiquiátricos o psicológicos, se medicalizan, lo que inhibe la lucidez mental, disminuye la valentía, la crítica, la protesta válida y el proyecto vital (por sobre esfuerzo físico y psíquico). El consumo de sustancias adictivas a modo de estrategias de afrontamiento del sufrimiento experimentado, supone un alivio a corto plazo del malestar emocional, pero a la larga, solo sirve para prolongar la situación de la víctima.



En nuestro centro sanitario, en relación a estrategias concretas de detección del personal de urgencias, decir que, en los últimos seis meses únicamente el 26% de



los encuestados habían identificado algún caso de V de G; y sólo un 46% de los sanitarios, ante una paciente que presente lesiones físicas, se plantea la posibilidad de un diagnóstico diferencial de maltrato; no hallándose diferencias significativas en cuanto a la edad o al sexo (teniendo en cuenta el sexo de la muestra: mujer n=37; hombre n=13) a la hora de dar relevancia al problema, tener un mayor papel en la detección, la asistencia o la derivación a otros ámbitos de actuación de las víctimas.



En general, este déficit en la detección, se explica por la existencia de determinadas barreras -fundamentalmente de tipo institucional y personal-, presentes tanto en las mujeres víctimas como en los profesionales sanitarios. Las actitudes personales, son una cuestión mucho más profunda, sin duda arraigada en estructuras androcéntricas y valores patriarcales²¹. Por un lado, los encuestados consideran más inhibitorio (14%) la falta de habilidades de trato con la víctima y el no querer involucrarse en cuestiones legales.

21 Larrauri Barandela MA, Rodríguez Alonso E, Castro Feijóo TM, Alfonso Pérez Z, Ojea Montes B, Blanco Gómez MA. "Conocimientos y actitudes de los profesionales de urgencias sobre violencia de género". *Enf urg.* 2010; Vol II:36-39



No obstante, mención especial tiene la falta de interés o de implicación y sensibilización en el tema (12%) o la visión de que muchas mujeres aguantan el maltrato porque quieren mantener su situación económica, estatus social, etc (72%). Del mismo modo, también pueden actuar como barreras durante la entrevista, determinadas actitudes disuasorias de la persona, que pregunta, del carácter: declarar la falta de tiempo o revelar cierta despreocupación sobre la paciente, actitudes prepotentes o culpabilización por su situación o por la falta de respuesta a la ayuda brindada (Emergencias 2008; 20: 191-197).

En cuanto a las barreras organizativas, subrayar al tan recurrido “comodín” que representa la falta de apoyos y recursos, la saturación del servicio o falta de privacidad en la exploración y anamnesis por infraestructuras deficitarias, constituyendo la mayor problemática “palpable” institucional.

Indicar así mismo, en que la mayoría de víctimas de maltrato por el compañero íntimo, no manifiestan abiertamente la situación en la que se encuentran, aunque presenten lesiones evidentes. Entre los motivos por los que la mujer silencia el maltrato destacan la esperanza de que la pareja cambie de comportamiento (algo que no se materializa y retrasa la ayuda), el sentimiento de vergüenza y de culpabilidad de la violencia que sufren, el conceder a la familia un poder absoluto o el miedo al rechazo social, a las represalias y a los procesos judiciales.

Del mismo modo, el personal sanitario en definitiva, desde la intervención para la salud, debe considerar la VG como un problema de salud individual y público, con independencia del contexto social en que se produzca, al igual que tratamos una neumonía o una fractura, basándose en la responsabilidad y no en la sensibilidad y con independencia de los factores etiológicos que puedan influir en su presentación.

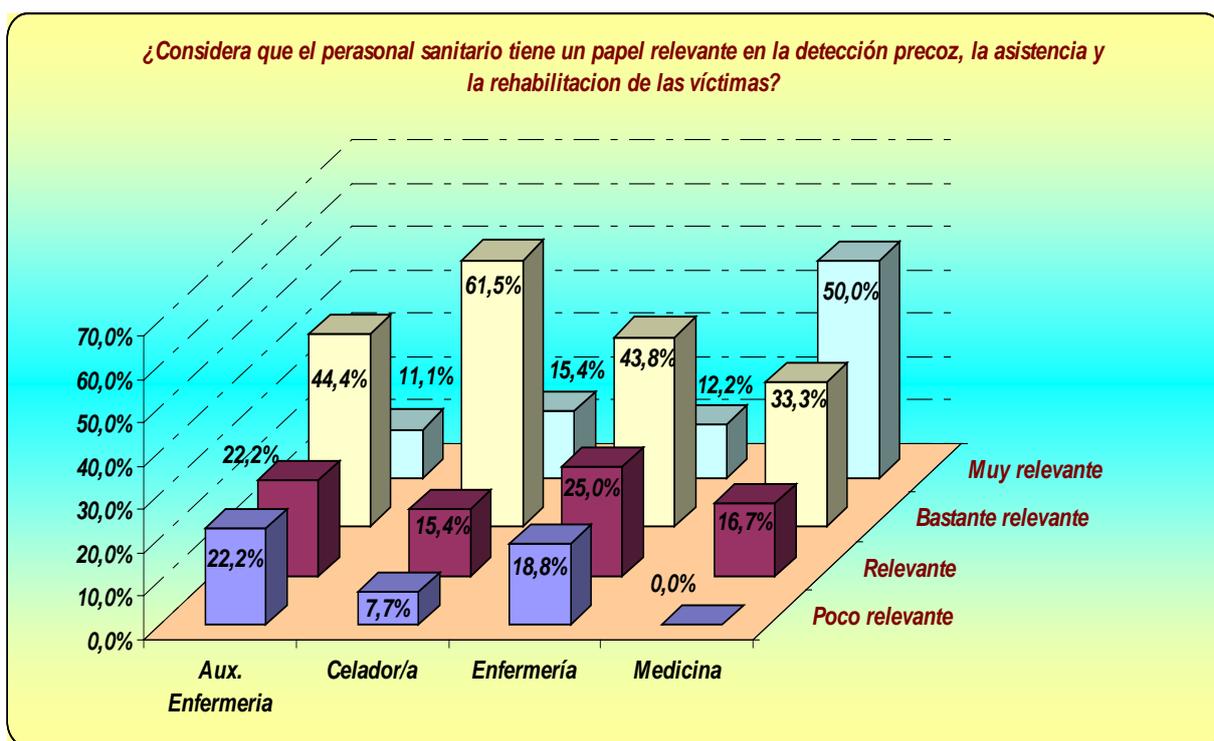
Se confirma el diagnóstico inicial de este trabajo ya que, en el análisis de la valoración general de conocimientos, obtenemos un resultado total de nivel **medio**. Por ende, las diferencias halladas delimitando al estamento, revelan de modo global, una mayor implicación y voluntad participativa de Enfermería, pero no mayor formación en el tema de malos tratos, ya que Medicina obtiene un nivel de conocimientos **alto** y Enfermería, **medio**.



Una de las limitaciones es la actitud que tiene el personal ante la violencia de género y, los datos en muchos casos, sabemos que son subjetivos estando supeditados a creencias, tabúes y la propia cultura de estas personas.

La probabilidad de plantearse un diagnóstico diferencial de maltrato entre los sanitarios, esta muy dividida entre la dualidad habitualmente sí y habitualmente no y lo mismo ocurre en relación al sexo, sin observar diferencias destacables.

Un 46% del personal sanitario encuestado, considera bastante relevante, seguido de muy relevante (22%) y relevante (20%), su papel en la detección precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer en las situaciones de violencia de género. Añadir que, tan solo el estamento de Medicina, no valoró su papel en la violencia de género como poco relevante.



Entre las limitaciones del estudio cabe destacar que puede existir un sesgo de selección asociado a la no respuesta, la muestra se ve reducida en su tamaño, aunque probablemente éste habrá tenido una influencia mínima sobre la validez de los resultados pues no existen "a priori" razones para pensar que la muestra formada



por profesionales que respondieron al cuestionario difiera básicamente de quienes no respondieron.

Al tratarse de un cuestionario autoadministrado con la intencionalidad de llegar al mayor número de profesionales, es posible que la diferente interpretación de las preguntas y respuestas por parte del personal interviniente haya podido introducir un sesgo del informador, que en cualquier caso no consideramos que afecte de manera importante a los resultados.

Como propuesta final, insistir en la necesidad de aplicar la perspectiva de género en el análisis y tratamiento de la violencia de género desde el ámbito sanitario, con el objetivo de visibilizar las diferentes situaciones de violencia que sufren diferentes mujeres, puesto que afecta a víctimas con perfiles muy desiguales respecto a edad nivel social, cultural, situación de la pareja, etc, y diseñar políticas de intervención capaces de reunir esta heterogeneidad para dar la más adecuada respuesta a esta problemática, empezando por el diseño de programas de prevención eficaces, capaces de responder a las necesidades específicas que plantea la violencia de género en toda su complejidad

8. BIBLIOGRAFÍA



- Siendones Castillo, R *et al.*: *Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección*. *Emergencias* 2002;14: 224-232.
- Vives-Cases, C; Gil-González, D: *La violencia contra las mujeres como problema de salud. ¿Un asunto cuestionable?* *Gac Sanit* 2004; 18:182-8.
- Campbell, J.C: *Beating of wives: A crosscultural perspective*. *Victimology: An Internacional Journal* 1985 10:174-185.
- Salvador Sánchez, L; Rivas Vilas, M.; Sánchez Ramón, S.: *Violencia y Maltrato de Género (y III). Nociones prácticas para su detección precoz y abordaje integral en urgencias*. SU. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid, España. 2008.
- Laurenzo Copello, P: “*La Violencia de Género en la Ley Integral. Valoración Político-Criminal*”. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*. 2005. ISSN 1695-0194.
- *Revista Digital de Enfermería*. *Páginasenferurg.com*. Volumen II. Nº 07. Septiembre 2010. ISSN 1989-2829. Pág.: 36 a 45.
- Heise L, Ellsberg M y Goettenmeller M: *Ending violence against women, Population Reports*. Serie L, Nº 11, December. 1999.
- *Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*. *Boletín General de las Cortes Generales*. 21760; 195-232. 2004.
- *Comisión Contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo: “*Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género*”. 2007.
- *Gobierno del Principado de Asturias: “Protocolo Interdepartamental para mejorar la atención a las Víctimas de la Violencia de Género*”. 2009.
- *Servicio de Promoción de la Salud*. Instituto de Salud Pública: “*La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública*”. 2003. I.S.B.N.: 84-451-2527-3.



- Lorente Acosta, M: *Violencia y maltrato de género (I). Aspectos generales desde la perspectiva sanitaria*. Emergencias 2008; 20: 191-197

9. ANEXO



CUESTIONARIO PARA LA VALORACIÓN, ANÁLISIS DE ACTITUDES Y FORMACIÓN DEL PROFESIONAL SANITARIO EN EL CONTEXTO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Su colaboración es **totalmente voluntaria** y todo lo que diga será tratado de forma **absolutamente confidencial**.
HOSPITAL VALLE DEL NALÓN

| FECHA REALIZACIÓN | | ABRIL/2012 | |
|--|--|---|--|
| DATOS PERSONALES: | | SERVICIO DE URGENCIAS | |
| SEXO: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> | | | |
| EDAD: < 25 años <input type="checkbox"/> · De 25-35 años <input type="checkbox"/> · De 36-45 años <input type="checkbox"/> - De 46-55 años <input type="checkbox"/> > 55 años <input type="checkbox"/> | | CATEGORÍA PROFESIONAL: MEDICINA <input type="checkbox"/> ENFERMERÍA <input type="checkbox"/> AUX. ENFERMERÍA <input type="checkbox"/> CELADOR/A <input type="checkbox"/> | |
| 1. ¿Cree que la violencia de género en nuestra sociedad es un problema?: <input type="checkbox"/> Muy frecuente <input type="checkbox"/> Bastante frecuente <input type="checkbox"/> Algo frecuente <input type="checkbox"/> Poco frecuente | | | |
| 2. ¿Cree que la violencia de género es un problema de salud? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |
| 3. En una pareja homosexual, ¿puede existir V de G? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |
| 4. ¿Conoce la diferencia entre violencia de GÉNERO y violencia DOMÉSTICA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |
| 5. ¿Sabría definir el fenómeno ICEBERG en la violencia contra la mujer? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |
| 6. La mayoría de las mujeres que sufren esta violencia: <input type="checkbox"/> Comunican su situación <input type="checkbox"/> Pasan desapercibidas | | | |
| 7. ¿A que grupo cree que afecta con mayor frecuencia la V de G? <input type="checkbox"/> Clases sociales altas <input type="checkbox"/> Clases sociales bajas <input type="checkbox"/> Nivel sociocultural bajo <input type="checkbox"/> A todos | | | |
| 8. ¿Del total de casos de V. de G., sabe cuantos se diagnostican? <input type="checkbox"/> 30-40% <input type="checkbox"/> 5-10% <input type="checkbox"/> 70% <input type="checkbox"/> 50% | | | |
| 9. ¿Se siente preparad@ para detectar un caso de V de G? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |
| 10. ¿Qué tipo de profesionales piensa que son los mejor formados en V de G? <input type="checkbox"/> Sanitarios <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Jueces <input type="checkbox"/> Psicólogos <input type="checkbox"/> Trabajadores sociales <input type="checkbox"/> Todos | | | |
| 11. ¿Cuál cree que es el papel de los profesionales sanitarios ante la V de G? (Se puede optar por varias alternativas) <input type="checkbox"/> Detectar e identificar los posibles casos. <input type="checkbox"/> Quitar importancia al problema. Dar la sensación de una fácil solución. <input type="checkbox"/> Atender y tratar como cualquier otro problema de salud. <input type="checkbox"/> Escuchar, dar confianza y apoyo: Informar y asesorar. <input type="checkbox"/> Denunciar el caso y poner en conocimiento de las autoridades. <input type="checkbox"/> Mantener el anonimato y la confidencialidad de la paciente. | | | |
| 12. ¿Conoce el protocolo de actuación interdepartamental ante la Violencia de Género? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo | | | |
| 13. ¿Cómo calificaría su nivel de conocimientos del mismo? <input type="checkbox"/> ALTO <input type="checkbox"/> MEDIO <input type="checkbox"/> BAJO | | | |
| 14. ¿Ha identificado en los últimos 6 meses algún caso de V de G? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |
| 15. Ante una paciente con lesiones físicas, ¿se plantea la posibilidad de un diagnóstico diferencial de maltrato? <input type="checkbox"/> SIEMPRE SI <input type="checkbox"/> Habitualmente, SI <input type="checkbox"/> SIEMPRE NO <input type="checkbox"/> Habitualmente, NO | | | |
| 16. Cual o cuales piensa que son las barreras INSTITUCIONALES que dificultan la identificación y detección de V de G? <input type="checkbox"/> Falta de formación sobre el tema. <input type="checkbox"/> Falta de apoyos: Recursos institucionales. (Trabajador/a Social las 24h) <input type="checkbox"/> Considerar que la violencia de género no es un problema de salud. <input type="checkbox"/> Falta de tiempo, de espacio. Saturación del servicio. <input type="checkbox"/> Falta de privacidad en la exploración y anamnesis. | | | |
| 17. Cual o cuales piensa que son las barreras PERSONALES que dificultan la identificación y detección de V de G? <input type="checkbox"/> Falta de habilidades de trato con la víctima. <input type="checkbox"/> No querer involucrarse en cuestiones legales. <input type="checkbox"/> Miedo a producir más daño que ayuda a la víctima. <input type="checkbox"/> Falta de implicación y sensibilización en el tema. Desinterés. <input type="checkbox"/> Considerar que se trata de un problema del ámbito privado de cada persona. | | | |



| |
|--|
| <p>18. Habitualmente, el maltratador es un hombre...</p> <p><input type="checkbox"/> Alcohólico <input type="checkbox"/> Con problemas mentales <input type="checkbox"/> En paro <input type="checkbox"/> Como otro cualquiera</p> |
| <p>19. ¿Por qué agrede un maltratador? (Se puede optar por varias alternativas)</p> <p><input type="checkbox"/> Como consecuencia del alcohol y las drogas <input type="checkbox"/> Para castigar a la mujer <input type="checkbox"/> Para afianzar su estatus de poder</p> <p><input type="checkbox"/> Porque considera a la mujer de su propiedad y carente de derechos <input type="checkbox"/> Porque dice que la quiere</p> |
| <p>20. ¿Conoce las obligaciones legales del personal sanitario ante la sospecha de un caso de V de G? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> |
| <p>21. ¿Cree que muchas mujeres aguantan el maltrato porque quieren mantener su situación económica, estatus social, etc?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> |
| <p>22. ¿Cree usted importante el desarrollo de programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario con el fin de mejorar el diagnóstico precoz, la asistencia continuada y la rehabilitación de la mujer víctima de estas agresiones?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> |
| <p>23. No suele asociarse a malos tratos o datos de sospecha:</p> <p><input type="checkbox"/> Roturas dentarias o labiales</p> <p><input type="checkbox"/> Rotura timpánica</p> <p><input type="checkbox"/> Lesiones bilaterales por defensa en brazos y piernas</p> <p><input type="checkbox"/> Fractura de tobillo</p> <p><input type="checkbox"/> Lesiones en mamas y vientre en gestantes</p> |
| <p>24. ¿Cree que sería efectiva la existencia de un grupo de trabajo especializado en este tipo de maltrato? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> |
| <p>25. ¿Cree que hay consenso en la actuación de los profesionales que participan en la atención de la mujer víctima de VG?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SIEMPRE</p> |
| <p>26. ¿En su opinión, se podría llegar a un diagnóstico más temprano y correcto realizando un cribado “test de screening” de tres preguntas a las mujeres que acuden a un servicio de urgencias?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> |
| <p>27. Considera que el personal sanitario tiene un papel relevante en la detección precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer en las situaciones de violencia de género?</p> <p><input type="checkbox"/> Muy relevante <input type="checkbox"/> Bastante relevante <input type="checkbox"/> Relevante <input type="checkbox"/> Poco relevante <input type="checkbox"/> Nada relevante</p> |
| <p>28. ¿Proponga si le parece, alguna mejora para incrementar los niveles de detección de este tipo de maltrato en su lugar de trabajo?</p> |
| <p>SUGERENCIAS:</p> |

Muchas Gracias por su colaboración