



Facultad de Medicina
Universidad de Valladolid

TRABAJO DE FIN DE GRADO
Estudio sobre la formación en
violencia de género en el grado en
Medicina en la Universidad de
Valladolid

Presentado por: *Marta Fernández Blanco*

Tutelado por: *Susana Sánchez Ramón*

Curso 2016-2017

RESUMEN

En 1998, la OMS declaró la violencia de género (VG) como problema de prioridad internacional para los servicios de salud, reflejando la extensión y gravedad de una entidad que a día de hoy no es cotejada por muchos médicos en sus diagnósticos diferenciales habituales, entre otros motivos, por la falta de formación al respecto.

Tipo de estudio: estudio descriptivo analítico transversal.

Población: estudiantes y recién graduados en Medicina en la Universidad de Valladolid.

Criterios de inclusión: estudiantes y recién graduados en Medicina en la Universidad de Valladolid que dieron su consentimiento verbal para la realización de nuestra encuesta.

Criterios de exclusión: estudiantes y recién graduados en Medicina en la Universidad de Valladolid que no dieron su consentimiento verbal para la realización de nuestra encuesta.

Metodología: se realizó una encuesta voluntaria y anónima en la que se evaluó el estado de formación en VG de los voluntarios así como su percepción sobre algunos aspectos relacionados con este tema. Posteriormente, se creó una base de datos con el programa SPSS v.24 mediante el cual se realizó el análisis estadístico de los resultados obtenidos.

Objetivos: Conocer el estado de la formación en VG de los estudiantes y recién graduados en Medicina en la Universidad de Valladolid para establecer la base sobre la que se pueda realizar una mejora de la misma en la población general y, especialmente, en los futuros médicos de la Universidad de Valladolid y de otras universidades a nivel nacional e internacional, como puente a una mejor atención sanitaria del problema.

Resultados y conclusiones: las encuestas mostraron una gran sensibilización en cuanto al problema de la VG y una clara voluntad para unirse a la lucha contra él en su futuro profesional, aunque el grado de preocupación e implicación fue significativamente mayor en las mujeres. Además, el impacto de la educación en VG recibida durante el grado es evidente, siendo trascendental el papel de la asignatura Medicina Familiar y Comunitaria.

INTRODUCCIÓN

La ONU define la **violencia de género (VG)** como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga, o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”.¹

Esta violencia contra la mujer es el resultado de años de historia de predominio masculino en los que las relaciones sociales entre los seres humanos han tenido un carácter asimétrico en cuanto al género. La persistencia de esta desigualdad social junto a la existencia de la “cultura de la violencia” como medio para resolver conflictos han llevado a un grave problema de salud pública en la actualidad.

1. La envergadura del problema

La prevalencia real de este problema a nivel mundial es desconocida aunque existen múltiples estudios a nivel nacional e internacional que aportan algunos datos al respecto.

Las cifras de prevalencia mundial de la OMS para el año 2010 arrojan resultados alarmantes; según las mismas, un 30% de las mujeres de entre 15 y 69 años han sufrido violencia en el ámbito de la pareja en algún momento de su vida. Se estima que ocasiona unos 2 millones de lesiones y 1300 muertes al año, que es causa de muerte e incapacidad en las mujeres en edad reproductiva al mismo nivel que el cáncer y que genera mayor morbilidad que los accidentes de tráfico y la malaria combinados (OMS, 1993).

Las cifras de prevalencia para la UE y España aparecen junto con los datos respecto a las denuncias y muertes violentas por VG en nuestro país en la *figura 1*.^{1,2}

Todas estas cifras ponen de manifiesto la importancia de la extensión del problema. Por ese motivo, en el año 1998 la OMS declaró la violencia de género prioridad internacional para los servicios de salud.

Figura 1: cifras sobre VG en la UE y en España

Datos españoles	2012	2013	2014	2015	2016
Denuncias por VG	128.477	124.893	126.742	129.193	143.535
Muertes violentas por VG	52	54	54	60	44

Prevalencia en España (2015): 12,5% **Prevalencia en UE (2014): 33%**

Fuente: portal estadístico de la Delegación del Gobierno para la VG



2. El papel del médico en el abordaje de la violencia de género

La cuestión de la VG no es sólo reseñable por su extensión sino también por su gravedad desde el punto de vista clínico. Diversos estudios muestran que tiene consecuencias para

la salud de la víctima a nivel físico, psicológico, emocional, reproductivo y social a corto y largo plazo, que persisten cuando la situación violenta ya ha terminado. Además, estas consecuencias repercuten también sobre los hijos (si es que existieran), sobre el entorno social de la víctima e incluso sobre el personal sanitario que se encarga de su atención.^{1,3}

Así, la VG se ha asociado con diversos problemas de salud, de carácter agudo y también crónico (*tabla 1*).¹

<u>TABLA 1: PROBLEMAS DE SALUD ASOCIADOS A VIOLENCIA DE GÉNERO</u>	
<u>Consecuencias fatales</u>	
Muerte por suicidio	Muerte por homicidio
<u>Consecuencias físicas</u>	<u>Consecuencias psíquicas</u>
Lesiones múltiples: traumatismos, contusiones, heridas, quemaduras...	Depresión
Deterioro funcional	Ansiedad
Síntomas físicos inespecíficos: cefalea, trastornos GI, dolor crónico generalizado...	Trastorno por estrés postraumático
	Trastornos de conducta alimentaria
	Intentos autolíticos y autolesiones
	Trastornos por abuso de sustancias
	Dependencia psicológica del agresor
<u>Consecuencias en salud social</u>	<u>Consecuencias en salud sexual y reproductiva</u>
Aislamiento social	- <i>Por relaciones sexuales forzadas:</i> pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, fibrosis vaginal, ETS, dispareunia, dolor pélvico crónico, ITU, cáncer de cérvix, embarazos no deseados
Pérdida de empleo	- <i>Por maltrato durante el embarazo:</i> embarazos de alto riesgo, mayor mortalidad materna, hemorragia vaginal, amenaza de aborto, aborto, muerte fetal, partos prematuros, bajo peso al nacer
Absentismo laboral	
Disminución de nº de días de vida saludable	
Cambio de domicilio y/o ciudad forzado por necesidad de protección	

Las mujeres que son víctimas de VG sufren estos procesos clínicos secundarios y entran en contacto con el personal sanitario en algún momento. De hecho, demandan con mayor frecuencia atención sanitaria que el resto de la población, especialmente en Atención Primaria, Urgencias, Obstetricia y Ginecología y Salud Mental.^{1,4}

Además, los sanitarios pueden proporcionar protección legal, social y psicológica a las víctimas a través de los Servicios Sociales, así como llevar a cabo actuaciones en salud

comunitaria y educación para la salud, con el objetivo de mejorar la prevención y concienciación sobre el problema.^{1,4,5}

En los últimos años se ha producido un aumento del número de médicos que preguntan a sus pacientes de manera rutinaria si son víctimas de VG gracias a una mayor concienciación social que ha obtenido respuesta por parte de las instituciones públicas mediante la creación de proyectos como el *Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género* (2012,)¹ o guías de práctica clínica a nivel autonómico.⁴

Sin embargo, aún son muchos los médicos que muestran reticencia a manejar este problema en sus consultas como lo hacen con otros de prevalencias similares, a pesar de que la propia OMS afirma que preguntar directamente a las mujeres sobre ello no les ofende y hace que un elevado porcentaje de aquellas que sufren en silencio confiesen.¹

Las razones del deficiente abordaje de la VG en las consultas médicas son diversas: falta de formación, miedo a ofender a las pacientes o frustración por la dificultad de cambiar la situación.⁶ Sin embargo, estos profesionales quizá no sean conscientes de que su negativa a abordar este asunto tiene graves consecuencias para la salud de una importante parte de la población. Así lo afirma la OMS en el año 2012: “Ningún servicio de salud, ninguna práctica sanitaria merece la condición de excelente, si no incorpora en su atención éste prioritario problema de salud”.

3. El estado actual de la formación sobre violencia de género durante el grado en Medicina en la Universidad de Valladolid

En las guías docentes de los cursos 1º a 6º del grado en Medicina impartido en la Universidad de Valladolid (UVA) figuran los planes de estudios de todas las asignaturas a cursar para conseguir la titulación.

En dichas guías, puede observarse que 4 asignaturas incluyen la formación sobre VG en su programa (*tabla 2*).

<u>ASIGNATURA</u>	<u>CURSO</u>	<u>FORMATO</u>	<u>CARÁCTER</u>	<u>HORAS</u>
Bioética	2º	Clase magistral	Obligatorio	1h
Medicina Legal y Forense	4º	Clase magistral	Obligatorio	1h
		Práctica de aula	Obligatorio	1h
Medicina Preventiva y Salud Pública	5º	Clase magistral	Obligatorio	1h
		Práctica de aula	Obligatorio	1h
Medicina Familiar y Comunitaria	5º	Clase magistral	Obligatorio	1h
		Simulación ECOE	Obligatorio	1h
Total horas	7h			

TABLA 2: RESUMEN DE LA FORMACIÓN EN VG EN EL GRADO EN MEDICINA EN LA UVA

4. La importancia de la educación sanitaria como una de las soluciones al problema de la violencia de género

Como se ha expuesto anteriormente, la VG tiende a no ser reconocida por el personal médico. Sin una buena educación al respecto, los estudiantes de hoy y médicos del mañana no estarán adecuadamente preparados para tratar patologías donde ésta sea la causa subyacente. Además, presentarán una menor motivación a la hora de recibir formación en su actividad profesional posterior.^{7,8}

Para combatirla desde esa posición, el primer paso es educar a los futuros profesionales correctamente, lo cual pasa por evaluar el estado actual de la educación médica universitaria en VG y la evolución de los programas de entrenamiento actualmente en uso.⁹

En el caso de este estudio, se realiza una revisión de la formación teórico-práctica en VG impartida a los estudiantes del grado en Medicina de la UVa mediante la evaluación de las guías docentes actuales de cada curso para el período 2016-2017 y una encuesta realizada a 212 alumnos y recién graduados en la que también se estudia la opinión de los mismos sobre algunos aspectos relacionados.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

- Conocer el estado de la formación en VG que presentan los estudiantes del grado en Medicina en la UVa.
- Conocer la percepción que tienen los estudiantes de Medicina de la UVa respecto a ciertos aspectos relacionados con la VG.
- Conocer la implicación que tienen los estudiantes de Medicina de la UVa respecto a la ampliación y mejora de su formación en VG.
- Conocer la seguridad que reflejan los estudiantes de Medicina de la UVa respecto al abordaje de ciertas situaciones relacionadas con la VG.
- Conocer la capacidad de los estudiantes de Medicina de la UVa para detectar situaciones de riesgo y signos de alarma sobre VG.
- Establecer la base sobre la que se pueda realizar una mejora en la educación en VG en la población general y, especialmente, en los futuros médicos de la UVa y de otras universidades a nivel nacional e internacional, como puente a una mejor atención sanitaria del problema.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: estudio analítico descriptivo transversal.

Población: estudiantes y recién graduados en Medicina en la UVa.

Criterios de inclusión: estudiantes y recién graduados en Medicina en la UVa que den su consentimiento verbal para la realización de la encuesta anónima.

Criterios de exclusión: estudiantes y recién graduados en Medicina en la UVa que no den su consentimiento verbal para la realización de la encuesta.

Selección de la muestra a estudio: A partir de la población de los estudiantes y recién graduados en Medicina en la UVa, se realizaron 132 encuestas en papel y 80 encuestas online previo consentimiento.

Variables recogidas: Se diseñó un cuestionario con el objetivo de conocer el estado de la formación en VG y la percepción en cuanto a ciertos aspectos relacionados con la misma en los estudiantes y recién graduados en Medicina en la UVa. La encuesta confeccionada recoge variables socio-demográficas, variables relativas a la formación en VG recibida en la universidad, a la percepción del problema de la violencia machista, a la motivación para recibir formación al respecto y a las competencias individuales sobre la misma (*anexo 1*).

Análisis estadístico: Se creó una base de datos utilizando el programa SPSS v.24 para Windows, recogiendo las variables a estudio. Para la obtención de los resultados se llevó a cabo un análisis descriptivo uni y bivalente. Las variables cuantitativas se describen mediante tendencias centrales y de dispersión y las variables cualitativas como número de casos y porcentaje. Las variables cuantitativas continuas se describirán como media \pm desviación estándar (DS) en caso de distribución normal o como mediana y rango si la distribución no fue normal.

Para determinar la relación de dependencia o asociación entre variables cualitativas se ha de realizar la prueba de chi cuadrado para tablas de contingencia 2x2 o rxs y contraste de proporciones. Se considera significativo en todos los test realizados con un nivel de confianza del 95% ($p < 0.05$).

Revisión bibliográfica: La revisión bibliográfica fue realizada a través de la página web PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>), un servicio de acceso libre a la Base de datos Medline proporcionado por la National Library of Medicine (NLM). Para la búsqueda inicial se han empleado términos libres y vocabulario controlado en inglés y en español.

Además, se extrajeron datos oficiales de los portales de VG de la OMS, la ONU y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) del Gobierno de España.

Este proyecto cumple con los requisitos establecidos en la legislación vigente en materia de investigación biomédica, protección de datos de carácter personal y bioética. Se solicitó el permiso pertinente al Comité Ético de Investigación Clínica del HURH, que tras su pertinente evaluación emitió un informe favorable con fecha de 1 de diciembre de 2016 (número de Código Interno CEIC: 145/16).

RESULTADOS

1. Variables sociodemográficas

Se analizaron las encuestas realizadas a una **muestra** de 212 voluntarios.

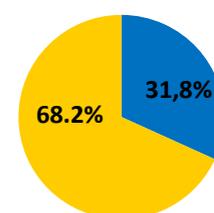
En cuanto a la **ocupación** de los mismos, el 97,2% fueron estudiantes de Medicina y el 2,8% fueron recién graduados en preparación del examen MIR.

La distribución de los encuestados por **sexo** muestra que el 68,2% fueron mujeres y el 31,8% varones (*gráfico 1*).

En cuanto a la **edad**, los encuestados se encuentran entre los 18 y los 36 años. Respecto al **curso**, alumnos de todos los cursos contestaron la encuesta, siendo los estudiantes de 6º los más numerosos con un porcentaje del 59,8% del total.

Gráfico 1: Distribución por sexo

■ Varones ■ Mujeres



2. Formación

En cuanto a la **formación universitaria en VG**, el 68,2% manifiestan que sí recibieron la misma y el 31,8% que no, de los cuales la mayoría desconocían si se impartía en su universidad (65.5%).

Respecto al **formato de la formación en VG recibida**, los encuestados reflejaron que fue en clases magistrales (54,2%) y seminarios (54,2%) mayoritariamente, seguido de *role play* (27.9%), talleres (22,4%) y otros formatos (5,5%)

En cuanto a las **asignaturas en las que se impartió formación en VG** destacan Medicina Familiar y Comunitaria (81,7%), Medicina Preventiva y Salud Pública (57,6%) y Medicina Legal y Forense (55%) (*gráfico 2*).

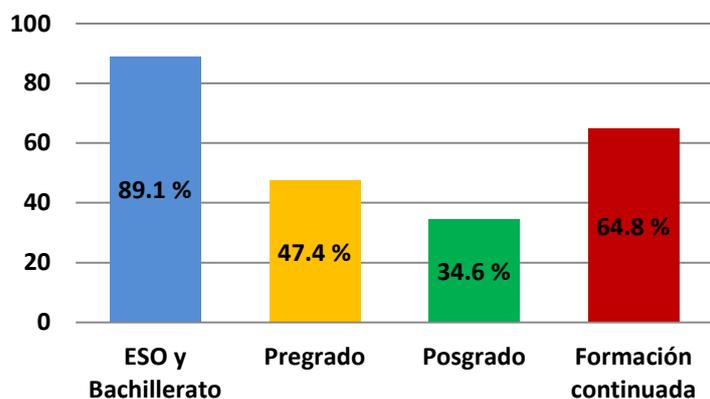
Respecto al **carácter de la formación en VG recibida en la universidad**, el 66,2% refiere que la misma fue obligatoria y el 33,8% que fue optativa.

De los encuestados que ya han comenzado con la **preparación del examen MIR**, sólo el 5,6% reflejó haber recibido formación en VG durante la misma frente al 94,4% que no.

El 42,2% de los encuestados refirió haber recibido **formación en VG fuera de la universidad**, frente a un 57,8% que no lo hizo. El **total de horas de formación recibidas** por los encuestados oscila entre las 0 horas de mínimo y más de 25 horas de máximo, siendo la opción más señalada la que comprende entre 1 y 5 horas de formación (54,2%).

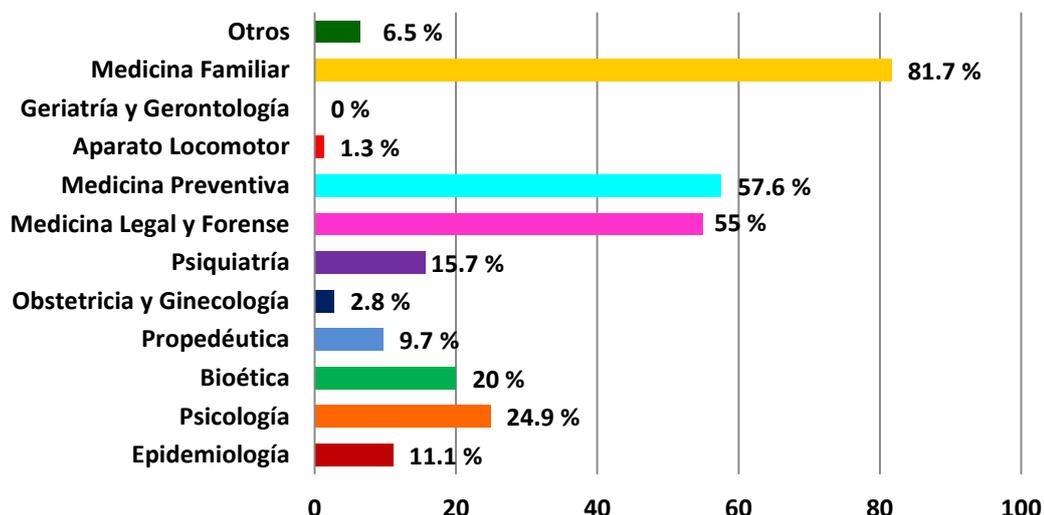
La mayoría de los voluntarios opinan que la **formación en VG debería estar incorporada** dentro de la ESO y en Bachillerato (89,1%), como formación continuada (64,8%), durante

Gráfico 3: La formación en VG debería impartirse en:



el **pregrado** (47%) y durante el **posgrado** (34,6%) (*gráfico 3*). De los estudiantes que reflejaron la necesidad de incorporar la formación en VG a ESO y Bachillerato se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre los estudiantes que recibieron formación en VG fuera de la universidad (40,1%) frente a los que no (59,9%).

Gráfico 2: Asignaturas en las que se recibió formación en VG

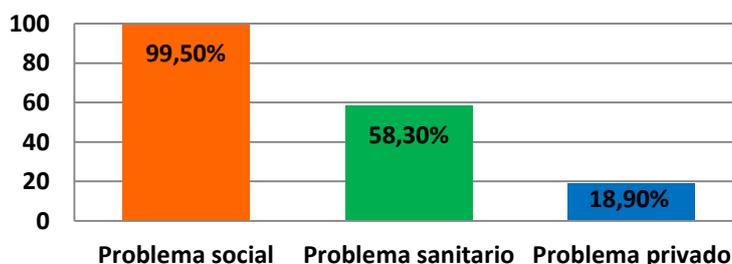


3. Percepción del problema de la violencia de género

Los participantes consideran que **el problema de la VG es de carácter social** (99,5%), sanitario (58,3%) y del ámbito privado (18,9%) (*gráfico 4*).

La **valoración de la dificultad del abordaje** entre 0 (mínima) y 10 (máxima) fue de media 7,9 +/- 1,455; con un valor mínimo de 0 y máximo de 10, siendo la puntuación de 8 la escogida con más frecuencia (42,5%) (*anexo 2*).

Gráfico 4: Carácter del problema de la VG



La **valoración de la importancia**

del problema de la VG en nuestro país entre 0 (mínimo) y 10 (máximo) fue de media 8,41 +/- 1,572; con un valor mínimo de 2 y máximo de 10, siendo las puntuaciones de 9 (28,6%) y 10 (27,6%) las escogidas con más frecuencia (*anexo 3*).

Se observaron resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$) en cuanto a la valoración de la importancia del problema de VG y el sexo. El 64,2% de los varones le otorgan una importancia grave (8-10) mientras que el 84,5% de las mujeres que reflejaron la misma valoración.

El 97,2% de los voluntarios consideran que **las mujeres merecen igualdad de derechos** respecto a los hombres. El 82,5% de los encuestados opinan que no existe la **igualdad de derechos entre sexos a día de hoy en nuestro país**. Analizando este ítem según el sexo se obtuvieron resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$): un 30,3% de los hombres piensan que sí existe dicha equidad entre sexos mientras que entre las mujeres sólo el 11,8% expresan el mismo parecer.

El 98,6% no permitiría ningún tipo de **control por parte de su pareja** y el 97,6% refiere no **consentir violencia en el ámbito de la pareja**. Por otra parte, el 93,8% muestra disponibilidad a **interceder si fueran testigos de una situación de violencia en el ámbito de la pareja**.

4. Motivación para recibir formación en violencia de género

Un 21,7% de los encuestados refieren haber participado en la **atención a víctimas de VG durante sus prácticas en centros sanitarios** en los servicios de Pediatría, Endocrinología, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Urgencias, Psiquiatría y, mayoritariamente, Medicina Familiar y Comunitaria que supone el 50% del total de los casos atendidos por los encuestados.

Por otro lado, el 60% de los encuestados reflejan tener **conocimiento de algún caso de VG fuera del ámbito académico o profesional**.

La gran mayoría de los voluntarios (91,5%) reflejan que **la VG debe ser competencia del profesional sanitario** aunque el 42,9% de ellos refiere **no tener conocimiento de las obligaciones legales del sanitario ante la detección de un caso de VG**.

Respecto a las **competencias y habilidades sobre VG que tendrían interés en adquirir** (*gráfico 5*) destacan la entrevista clínica con un 95,3% de interesados y la actuación ante una agresión sexual con un 92,9%.

Respecto a la voluntad sobre adquirir algunas competencias y habilidades, en concreto en

el asesoramiento para la elaboración de un plan de protección y huida, existen diferencias estadísticamente significativas entre sexos ($p < 0,05$): el 86,8% de las mujeres expresan su disposición a ampliar sus conocimientos al respecto frente a un 67,2% de los hombres.

En cuanto a los **aspectos del abordaje de VG que causan preocupación** en los voluntarios (*gráfico 6*) destaca la tolerancia social ante situaciones machistas, que es señalada por el 72,6%. Si analizamos ese punto en concreto, existen diferencias estadísticamente significativas según el sexo ($p < 0,05$): el 73,9% de las mujeres frente a sólo 26,1% de los hombres.

Gráfico 5 : Interés sobre adquisición de competencias y habilidades individuales

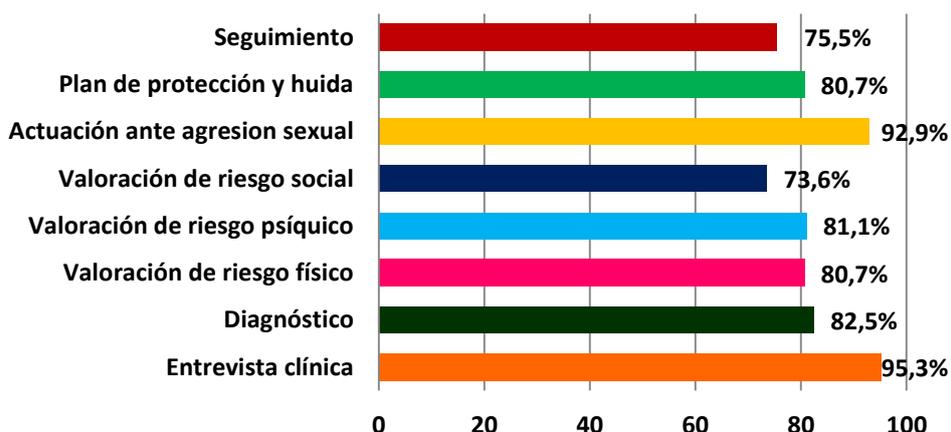
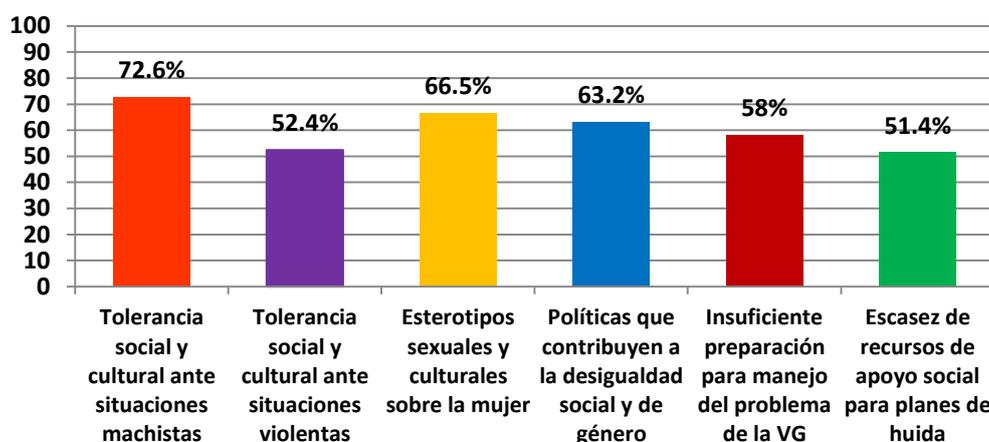


Gráfico 6: Aspectos del abordaje de VG que causan preocupación



5. Competencias individuales sobre violencia de género

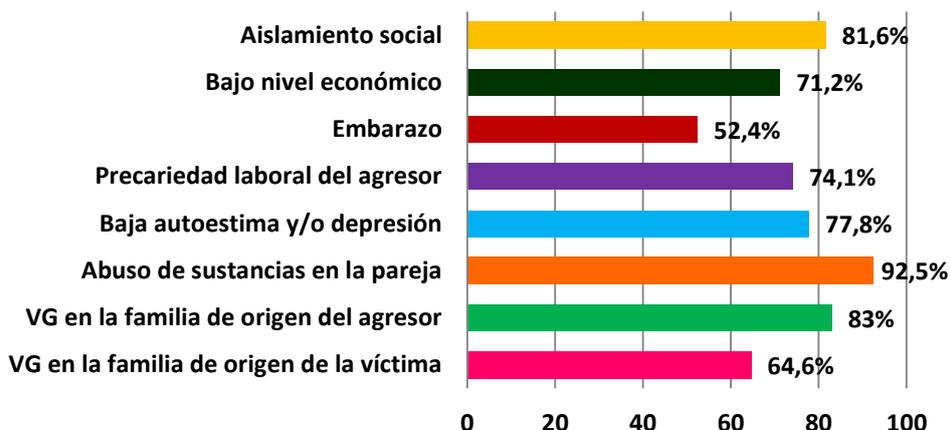
En relación a la valoración de la **seguridad con la que afrontarían situaciones relacionadas con VG** entre 1 (mínimo) y 10 (máximo), los participantes muestran mayor confianza en la identificación de factores de riesgo o signos de alerta y el apoyo psicológico a la víctima (variables con las medias más altas) y menor confianza al afrontar la relación médico-paciente con el agresor y en cuanto al conocimiento de recursos para derivar a la víctima (*Tabla 3*).

TABLA 3: SEGURIDAD CON LA QUE AFRONTAN SITUACIONES RELACIONADAS CON LA VG

<u>Competencia individual</u>	<u>Mínimo</u>	<u>Máximo</u>	<u>Media +/- DS</u>	<u>Moda (%)</u>
Identificación de factores de riesgo o signos de alerta	1	10	6,22 +/- 1,731	7 (21,4%)
Entrevista ante sospecha de VG	1	10	5,33 +/- 1,771	6 (22%)
Decisión de emitir parte de lesiones	1	10	5,98 +/- 2,446	7 (17,2%)
Conocimiento de recursos para derivar a víctima de VG	1	10	4,70 +/- 2,362	5 (17,1%)
Coordinación con otros profesionales e instituciones	1	10	5,21 +/- 2,378	6 (17,3%)
Valoración de riesgo vital	1	10	5,95 +/- 2,052	7 (24,4%)
Apoyo psicológico a la víctima	1	10	6,15 +/- 2,170	6 (20,1%)
Relación médico-paciente con el agresor	1	10	4,86 +/- 2,662	5 (14,5%)

Entre los estudiantes que muestran una seguridad alta (8-10/10) a la hora de enfrentarse a diferentes situaciones relacionadas con la VG: más del 48% son de 6º curso y más del 80% refieren haber cursado la asignatura Medicina Familiar y Comunitaria (resultados estadísticamente significativos, $p < 0,05$).

Gráfico 7: Reconocimiento de factores de riesgo para sufrir VG



Los encuestados identifican con mayor frecuencia como **situaciones de riesgo para sufrir VG** la existencia de abuso de alcohol y/o drogas en la pareja (92,5%) y antecedentes de VG en la familia de origen del agresor (83%), así como, en el otro extremo, aproximadamente la mitad no identifican el embarazo como factor de riesgo (47,6%) (gráfico 7).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre los estudiantes que identifican algunas situaciones de riesgo para sufrir VG y el hecho de que dichos estudiantes hayan recibido o no formación universitaria en VG (tabla 4).

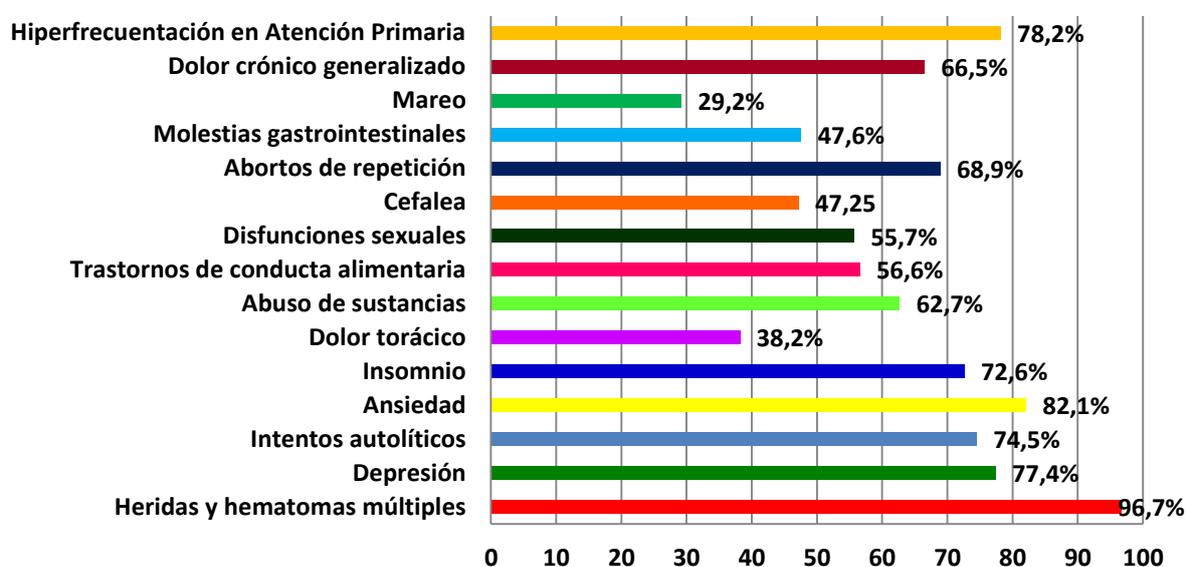
TABLA 4: RELACIÓN ENTRE LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA Y LA DETECCIÓN DE SITUACIONES DE RIESGO PARA SUFRIR VG

<u>Situación de riesgo para sufrir VG detectada</u>	<u>Formación universitaria: SÍ</u>	<u>Formación universitaria: NO</u>
Antecedentes de VG en la familia de origen de la víctima	77,4%	22,6%
Antecedentes de VG en la familia de origen del agresor	73,1%	26,9%
Desempleo o precariedad laboral del agresor	78,3%	21,7%
Embarazo de la víctima	86,4%	13,6%
Bajo nivel económico	74,8%	25,2%
Aislamiento social	72,7%	27,3%

También se obtuvieron resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$) que señalan que entre los estudiantes que identifican las situaciones de riesgo para sufrir VG: más del 40% refleja una seguridad intermedia (4-7/10) al enfrentarse a ellas.

Del mismo modo, los voluntarios reconocen como **síntomas que deben hacer pensar en VG** con mayor frecuencia en el caso de heridas y hematomas múltiples (96,7%) y ansiedad (82,1%) mientras que lo hacen con menor frecuencia con el mareo (29,2%) y el dolor torácico (38,2%) (gráfico 8).

Gráfico 8: Identificación de síntomas que deben hacer pensar en VG



Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre los estudiantes que identifican algunos síntomas de alarma que deben hacer pensar en VG y el hecho de que dichos estudiantes hayan recibido o no formación universitaria en VG (tabla 5).

TABLA 5: RELACIÓN ENTRE LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA Y LA DETECCIÓN DE SÍNTOMAS DE ALARMA ANTE POSIBLE VG

<u>Síntoma de alarma detectado</u>	<u>Formación universitaria: SÍ</u>	<u>Formación universitaria: NO</u>
Insomnio	74,5%	25,5%
Disfunciones sexuales	79,5%	20,5%
Cefalea	81,8%	18,2%
Abortos de repetición	74,7%	25,3%
Molestias GI	80,0%	20,0%
Mareo	82,3%	17,7%
Dolor crónico generalizado	80,0%	20,0%
Hiperfrecuentación en AP	78,0%	22,0%

También se observaron resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$) que señalan que entre los estudiantes que identifican los síntomas de alarma que deben hacer pensar en VG: más del 45% refleja una seguridad intermedia (4-7/10) al enfrentarse a las mismas.

DISCUSIÓN

Los trabajos existentes respecto a la formación en VG durante el pregrado dentro de la literatura médica son escasos. Esto hace que sea difícil extrapolar nuestros resultados, algo que ya ha ocurrido a grupos que han realizado trabajos previos en este ámbito.⁷ Sin embargo, creemos que pueden reflejar la realidad en la formación pregrado dentro de los estudiantes de la Universidad de Valladolid (UVa) e incluso, al revisar los ítems, pensamos que pueden, al menos en parte, reflejar la situación de otras universidades de nuestro país.

La mayoría de los encuestados fueron mujeres lo cual puede ser debido a la feminización de la formación sanitaria que viene ocurriendo en los últimos años.¹⁰ El haber preservado el anonimato de los voluntarios puede haber contribuido a que las respuestas se ajusten menos a lo esperable y más a la realidad ya que los voluntarios expresan su parecer en aspectos relacionados con la igualdad de género sin el riesgo de ser prejuizados.

Por otra parte, el hecho de que la mayoría de los encuestados pertenezcan a 6^o curso permite que los resultados del estudio ofrezcan una visión más global de cómo se desarrolla la formación de VG en todos los cursos del grado, aunque sabemos que esto puede suponer una versión algo desactualizada de la situación actual ya que los programas formativos cambian cada año.

En las guías docentes de los diferentes cursos aparecen escasos temas relacionados con la violencia machista aunque sería lo ideal que recibiera la misma importancia que otras entidades clínicas con similar carga de enfermedad como por ejemplo la hipertensión arterial o tabaquismo.¹¹

Un tercio de los encuestados refiere no haber recibido formación en VG. Pensamos que esto puede estar en relación con el carácter puramente teórico de dicha formación y con el hecho de que se pudiera haber producido en momentos y horarios que no favorecen la asistencia por parte del alumnado.

Respecto al formato de la formación, las clases magistrales son lo más frecuente en la UVa. Las recomendaciones didácticas expuestas en estudios previos orientan a la

formación mediante clases magistrales acompañadas de foros educativos y entrenamiento práctico que deben impartirse a lo largo de los cursos y rotaciones que componen la educación sanitaria de estos estudiantes.⁶ Los talleres y *role play*, de carácter más práctico, son el formato óptimo para aplicar los conocimientos teóricos y conseguir habilidades de carácter sólido y duradero.⁷

Como se observa en los resultados, destaca sobre el resto, el papel de las asignaturas *Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública y Medicina Legal y Forense* en su esfuerzo por introducir la VG en el programa formativo de la UVa, intentando adaptarse a las recomendaciones didácticas internacionales.¹²

A pesar de que la educación sobre violencia machista impartida en la UVa ha mejorado, todavía no es óptima; es necesario ampliarla cuantitativa y cualitativamente,⁹ incorporando el manejo de situaciones de VG en contextos clínicos para conseguir que estos esfuerzos den sus frutos en forma de mejora de las competencias sobre la misma.¹³ Además, hemos encontrado estudios que indican que la educación al respecto no debe ser marginada y relegada a las últimas horas del día, del cuatrimestre o a fechas próximas a exámenes importantes, ya que todos ellos son factores que pueden llevar a una menor asistencia lectiva.¹⁴

Llama la atención el porcentaje no desdeñable de alumnos que refieren haber recibido formación en VG fuera de la universidad. Este dato concuerda con lo expuesto en estudios previos que señalan que la ausencia de enseñanza en este ámbito hace que los médicos estén menos inclinados a buscar formación en el futuro. Además, pensamos que puede estar en relación con la preocupación sobre el problema y la voluntad de mejorar su preparación al respecto.⁸

Prácticamente la mayoría de voluntarios reflejan la necesidad de incorporar la educación en igualdad de género en ESO y Bachillerato. Creemos que este dato puede estar en relación con la alarma social que existe en torno a este tema, como pone de manifiesto la elevada valoración de la importancia del problema en nuestra encuesta. Si tenemos en cuenta los diferentes tipos de prevención, la prevención primaria se debería iniciar a este nivel educativo de manera temprana. Además, estos voluntarios reflejan la necesidad de recibir formación continuada al respecto. Somos conscientes de que estos resultados pueden estar sesgados por el hecho de que los encuestados son voluntarios y pueden estar más interesados en el problema. A pesar de todo, creemos que hemos analizado un

número importante de encuestas y seguramente habrá diferentes grados de interés entre los voluntarios que realizaron las mismas.

Como ya hemos visto en la introducción, la VG no se limita solamente al ámbito privado y así lo perciben los encuestados que reflejan el carácter social del problema en sus opiniones de forma mayoritaria. Sin embargo, sólo la mitad lo consideran un problema sanitario; pensamos que esto puede estar en relación con el poco peso de esta cuestión en el currículo formativo de la UVa, como queda reflejado en el análisis de las guías docentes de los diferentes cursos de Medicina expuesto en la introducción de este trabajo.

Nuestros encuestados encuentran una alta dificultad en el abordaje de este problema, lo cual puede tener de nuevo relación con el carácter teórico de la formación que han recibido y podría, quizá, mejorar si dicha formación tuviera un carácter más práctico^{6, 7}, como ya se ha expuesto previamente.

Pese a que, como hemos comentado anteriormente, la importancia que nuestros voluntarios dan al problema es elevada, existen importantes diferencias en cuanto al sexo habiendo un porcentaje más elevado de mujeres que le otorgan dicha valoración respecto al porcentaje de hombres. Es posible que esto se deba al propio hecho de ser mujer (principal factor de riesgo para sufrir VG),¹ lo cual hace que vivan situaciones de desigualdad en su día a día.

Aunque prácticamente todos los encuestados manifiestan que debería haber igualdad de derechos entre hombres y mujeres, la inmensa mayoría de ellos opina que en España esta situación aún no se ha conseguido. Destaca de nuevo la diferencia que existe entre géneros a la hora de valorar la igualdad actual entre sexos; la percepción de desigualdad vuelve a ser mayor en el sector femenino. De nuevo pensamos que se debe al simple hecho de ser mujer.¹

Cerca de la totalidad de los participantes manifiesta que no permitiría situaciones de control ni violencia en el ámbito de la pareja además de manifestar su tendencia a intervenir si fueran testigos de una situación violenta en dicho ámbito. A nuestro parecer, estas opiniones tan claras muestran una importante concienciación sobre la situación actual de la VG entre los futuros médicos, lo cual encaja con la elevada valoración de la importancia del problema que muestran en la encuesta.

Una considerable parte de los encuestados refiere haber participado en la atención a víctimas de violencia machista durante sus prácticas clínicas, habiéndolo hecho de manera principal en la rotación por *Medicina Familiar y Comunitaria*. De nuevo, pensamos que este hecho apoya el importante papel que juega esta especialidad médica en el abordaje de la VG y también su enseñanza en las facultades de Medicina.

Puede que la razón por la que los estudiantes no incluyen esta entidad en su diagnóstico diferencial es porque no ven a los médicos responsables de su educación hacerlo. Buenos *role model* y mentores son esenciales para los estudiantes de Medicina. A su vez, es posible que estos médicos que no realizan *screening* de VG no lo hagan porque no han sido entrenados y evaluados formalmente para ello.³ Las guías actuales recomiendan el uso de *screening* desde Atención Primaria, no recomendándose de manera universal sino ante signos de sospecha en el resto de situaciones sanitarias.¹ Esto puede suponer una barrera para que los estudiantes no aprendan observando estas situaciones ya que la mayor parte de sus prácticas se desarrollan en hospitales y no en centros de salud.

El hecho de que más de la mitad de los voluntarios tengan constancia de casos de VG fuera de su ámbito estrictamente académico o profesional puede justificar la alarma que demuestran a la hora de valorar la importancia del problema en nuestra encuesta así como su voluntad por mejorar su formación al respecto.

Los participantes muestran una gran disposición a la hora de adquirir nuevas competencias y habilidades que mejoren su formación en este asunto. En cuanto a estos ítem, llama la atención que en cuanto al asesoramiento para la elaboración de un plan de protección y huida haya más mujeres con voluntad de mejorar sus conocimientos que hombres. Opinamos que esto puede estar en relación con la menor percepción de la importancia del problema de la VG por parte del sexo masculino, lo cual puede conllevar una menor percepción del riesgo social, vital y físico de las víctimas de este problema.

Cuando los encuestados reflejan los aspectos del abordaje de VG que les causan preocupación, destaca la tolerancia social ante situaciones machistas, que es señalada por un porcentaje elevado de mujeres y un minoritario porcentaje de hombres. El gran número de personas que indican esta preocupación puede estar en relación con el mayor porcentaje de mujeres que contestaron la encuesta mientras que la diferencia entre sexos quizá se deba al hecho de que ellas sufren situaciones machistas que los hombres, por no pertenecer al sexo femenino, perciben con menor sensibilidad.

Preguntados por la seguridad con la que afrontarían diferentes situaciones relacionadas con la violencia machista, es destacable que aquellos que muestran una seguridad alta son mayoritariamente alumnos de 6º curso y refieren haber cursado *Medicina Familiar y Comunitaria*. Por otro lado, de entre las personas que identifican dichas situaciones de riesgo para sufrir VG y síntomas de alarma que deben haber pensar al médico en la misma, la mayoría han recibido formación universitaria en este ámbito.

Creemos que nuestros resultados reflejan, por un lado, la especial implicación de esta asignatura en la formación de los futuros médicos de la UVa sobre este problema así como el impacto que tiene sobre sus competencias y sobre su confianza al afrontar un problema cuyo abordaje ellos mismos definen como complejo en la misma encuesta. Por otra parte, pensamos que muestran el impacto que la formación universitaria en VG tiene sobre el desempeño de los estudiantes en el abordaje de la misma.

Sin embargo, llama la atención que a pesar de ser capaces de detectar estas situaciones en relación al diagnóstico y manejo de esta entidad, los voluntarios muestran una seguridad moderada al enfrentarse a ellas. Pensamos que esto puede significar que la formación que han recibido ha mejorado sus habilidades y que quizá la inexperiencia laboral inherente a su condición de estudiantes junto con la elevada percepción de la dificultad del problema de la VG les haga sentir inseguros a la hora de afrontarlo. A nuestro parecer, la confianza de estos futuros sanitarios podría mejorarse si a lo largo de su formación pregrado se incorporara una mayor carga práctica en el ámbito,^{6,7} ya que estudios previos afirman que la educación en VG se relaciona con el inicio de conversaciones sobre la misma con los pacientes de manera rutinaria.¹⁶

CONCLUSIONES

Nuestro estudio pone de manifiesto el alto grado de sensibilización de los estudiantes de Medicina de la UVa con el problema de la VG así como su voluntad de implicarse como activos importantes en la lucha contra este problema, tanto desde la prevención primaria como secundaria.

Por otro lado, los próximos doctores formados en Valladolid dan una gran importancia a la educación sobre la igualdad de derechos entre sexos no sólo en la educación médica universitaria, sino también en la educación básica de la población general a través de la ESO y el Bachillerato.

La diferente valoración entre sexos del problema y el diferente grado de voluntad a la hora de mejorar sus competencias en VG es evidente. Los futuros médicos varones tienen como reto mejorar su grado de empatía con sus compañeras respecto a la violencia machista en un ejercicio por conseguir mejorar su atención sanitaria a las víctimas de la misma, lo que les hará ser mejores profesionales.

El impacto de la formación universitaria en las competencias y habilidades relativas a la VG de los estudiantes de Medicina es claro. A pesar de ello, es necesario incorporar formatos de educación práctica al respecto para que estos futuros profesionales se enfrenten a la VG con una mayor pericia que les otorgue mayor seguridad en sí mismos para confrontar estas situaciones relacionadas con la misma.

El papel central del especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en la atención a las víctimas de la violencia machista no sólo se limita a los centros de salud sino que también se extiende a las aulas como queda reflejado por la positiva repercusión de dicha asignatura en la formación de sus alumnos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones; 2012.
2. Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la Unión Europea. Resumen de conclusiones. 1st ed. Luxembourg: Publications Office; 2014.
3. Núñez A, Robertson C, Foster J. Update on Intimate Partner Violence and Medical Education. *Virtual Mentor*. 2009; 11(2):124-129.
4. Vives Cases C, Torrubiano Domínguez J, Carrasco Portiño M, Espinar-Ruiz E, Gil-González D, Goicolea I. Validación de la versión española del cuestionario Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey (PREMIS). *Revista Española de Salud Pública*. 2015;89(2):173-190.
5. Torralbas-Fernández, A, Calcerrada-Gutiérrez M. Using Primary Care to Address Violence against Women in Intimate Partner Relationships: Professional Training Needs. *MEDICC*. 2016;18(4).

6. Buranosky R, Hess R, McNeil M, Aiken A, Chang J. Once Is Not Enough: Effective Strategies for Medical Student Education on Intimate Partner Violence. *Violence Against Women*. 2012;18(10):1192-1212.
7. Kamimura A, Al-Obaydi S, Nguyen H, Trinh H, Mo W, Doan P et al. Intimate partner violence education for medical students in the USA, Vietnam and China. *Public Health*. 2015;129(11):1452-1458.
8. Valpied J, Aprico K, Clewett J, Hegarty K. Are Future Doctors Taught to Respond to Intimate Partner Violence? A Study of Australian Medical Schools. *Journal of Interpersonal Violence*. 2015;:088626051559261.
9. Miller A, Coonrod D, Brady M, Moffitt M, Bay R. Medical Student Training in Domestic Violence: A Comparison of Students Entering Residency Training in 1995 and 2001. *Teaching and Learning in Medicine*. 2010;16(1):3-6.
10. Dacre J. Are there too many female medical graduates? No. *BMJ*. 2008;336(7647):749-749.
11. Vos T. Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. *Bulletin of the World Health Organization*. 2006;84(9):739-744.
12. Short L, Alpert E, Harris J, Surprenant Z. A Tool for Measuring Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence. *American Journal of Preventive Medicine*. 2006;30(2):173-180.e19.
13. Alpert E, Tonkin A, Seeherman A, Holtz H. Family Violence Curricula in U.S. Medical Schools. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998;14(4):273-282.
14. Wathen C, Tanaka M, Catallo C, Lebner A, Friedman M, Hanson M et al. Are clinicians being prepared to care for abused women? A survey of health professional education in Ontario, Canada. *BMC Medical Education*. 2009;9(1).

ANEXOS

- Anexo 1: Encuesta sobre formación en VG en el grado en Medicina en la Universidad de Valladolid
- Anexo 2: Histograma: valoración de la dificultad del abordaje de la VG
- Anexo 3: Histograma: valoración de la importancia del problema de la VG

ANEXO 1: ENCUESTA SOBRE LA FORMACIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL GRADO EN MEDICINA EN LA UVA

DATOS BÁSICOS

1. **Ocupación:** Estudiante de Medicina Graduado/a en preparación MIR
2. **Sexo:** Hombre Mujer
3. **Edad:** ___ años
4. **Curso:** ___

FORMACIÓN

1. ¿Has recibido formación en VG en la Universidad? SI NO
2. En caso negativo, ¿conoces si existe formación sobre VG en tu Universidad? SI NO
3. En caso afirmativo, marca con una X el formato:

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clases magistrales <input type="checkbox"/> ▪ Seminarios <input type="checkbox"/> ▪ Otros <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Talleres <input type="checkbox"/> ▪ Role play <input type="checkbox"/>
--	---
4. En caso afirmativo marca con una X aquellas asignaturas en las que se impartió formación sobre VG:

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Epidemiología y demografía sanitaria <input type="checkbox"/> ▪ Psicología <input type="checkbox"/> ▪ Bioética <input type="checkbox"/> ▪ Propedéutica clínica y comunicación asistencial <input type="checkbox"/> ▪ Obstetricia y Ginecología <input type="checkbox"/> ▪ Psiquiatría <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicina Legal <input type="checkbox"/> ▪ Medicina preventiva y salud pública <input type="checkbox"/> ▪ Patología del aparato locomotor <input type="checkbox"/> ▪ Geriátría y Gerontología <input type="checkbox"/> ▪ Medicina familiar y comunitaria <input type="checkbox"/> ▪ Otros <input type="checkbox"/>
---	--
5. La formación recibida en VG durante el pregrado fue de carácter:

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Optativo <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obligatorio <input type="checkbox"/>
---	--
6. ¿Has recibido formación en VG durante la preparación del examen MIR? SI NO
7. ¿Has recibido formación en VG fuera de la Universidad? SI NO
8. ¿Cuántas horas de formación sobre VG has recibido?

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguna ▪ 1-5 h ▪ 6-10 h ▪ 11-15 h 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 16-20 h ▪ 20-25 h ▪ > 25 h
---	---

9. Consideras que la formación en VG debería estar incorporada en: (Es posible marcar más de una opción).

- ESO y Bachillerato
- Posgrado
- Pregrado
- Formación continuada

RESPECTO A LA PERCEPCIÓN DEL PROBLEMA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

1. ¿Consideras que la violencia de género es un problema...? (Es posible marcar más de una opción): Social Sanitario Del ámbito privado
2. ¿Cuál es tu percepción de la dificultad del abordaje de un caso de VG? Valora de 0 (ninguna) a 10 (máxima).

3. ¿Cuál es tu percepción de la importancia del problema de la violencia de género actualmente en nuestro país? Valora de 0 (ninguna) a 10 (máxima). _____
4. ¿Piensas que las mujeres merecen tener los mismos derechos que los hombres? SI NO
5. ¿Crees que actualmente la igualdad de género es una realidad en nuestro país? SI NO
6. ¿Consideras que una persona tiene el derecho de controlar la vida de su pareja? SI NO
7. ¿Consentirías algún tipo de violencia por parte de tu pareja? SI NO
8. ¿Intercederías si fueras testigo de una agresión en el ámbito de la pareja? SI NO

PREGUNTAS SOBRE LA MOTIVACIÓN PARA RECIBIR FORMACIÓN EN VG

1. En tu experiencia académica, ¿has atendido o visto algún caso de VG? SI NO
2. En caso afirmativo, ¿en qué rotación? _____
3. ¿Conoces algún caso de VG fuera de tu ámbito asistencial/académico? SI NO
4. ¿Piensas que la VG es competencia del profesional sanitario? SI NO
5. ¿Crees conocer las obligaciones legales de un profesional sanitario cuando se detecta un caso de VG? SI NO
6. ¿Qué competencias y habilidades te gustaría adquirir a través de la formación en VG? Marca con una X (es posible marcar más de una opción).
 - Manejo de la entrevista clínica ante la sospecha de VG
 - Diagnóstico de VG
 - Valoración de riesgo físico inmediato
 - Valoración de riesgo psíquico inmediato
 - Valoración de riesgo social inmediato
 - Actuación ante agresión sexual
 - Asesoramiento para elaboración de plan de protección y huida
 - Seguimiento una vez pasada la situación aguda de riesgo inmediato

7. ¿Te preocupa especialmente algún aspecto del abordaje de este problema?

- Tolerancia cultural y social ante situaciones machistas
- Tolerancia cultural y social ante situaciones violentas
- Estereotipos sexuales y culturales sobre el papel de la mujer en la sociedad
- Políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales que contribuyen a mantener las desigualdades entre géneros y grupos sociales
- Insuficiente preparación para diagnóstico y manejo del problema
- Escasez de recursos de apoyo social que faciliten el plan de huida

RESPECTO A LAS COMPETENCIAS INDIVIDUALES SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO

1. Puntúa del 1 al 10 el grado de seguridad con el que afrontarías los siguientes aspectos respecto a VG, siendo 1 = totalmente inseguro y 10 = perfectamente seguro.

- Identificación de factores de riesgo o signos de alerta ___
- Entrevista ante la sospecha de maltrato ___
- Decisión de emitir o no un parte de lesiones ___
- Conocimiento de los recursos para derivar a la paciente víctima de VG ___
- Coordinación con otros profesionales e instituciones ___
- Valoración del riesgo vital de la víctima ___
- Apoyo psicológico a la víctima ___
- Abordaje de la relación médico-paciente con el agresor (si fuera tu paciente) ___

2. ¿Cuáles de las siguientes situaciones consideras de riesgo para sufrir VG?

- | | |
|---|--|
| ▪ Antecedentes de VG en la familia de origen de la víctima <input type="checkbox"/> | ▪ Desempleo o precariedad laboral del agresor <input type="checkbox"/> |
| ▪ Antecedentes de VG en la familia de origen del agresor <input type="checkbox"/> | ▪ Embarazo <input type="checkbox"/> |
| ▪ Abuso de alcohol y/o drogas en la pareja <input type="checkbox"/> | ▪ Bajo nivel económico <input type="checkbox"/> |
| ▪ Paciente con baja autoestima y/o depresión <input type="checkbox"/> | ▪ Aislamiento social <input type="checkbox"/> |

(Continúa al reverso)

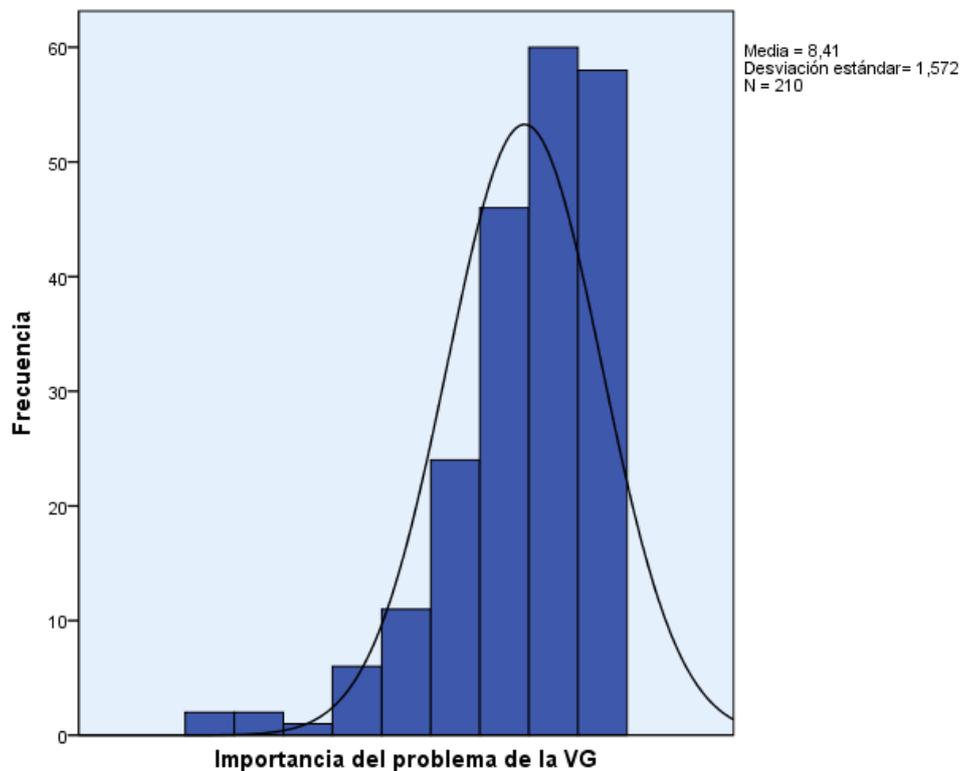
3. ¿Cuáles de los siguientes síntomas debería hacer pensar al profesional sanitario en la posibilidad de VG?

- Heridas y hematomas múltiples
- Depresión
- Intentos autolíticos
- Ansiedad
- Insomnio
- Dolor torácico
- Abuso de sustancias
- Trastornos de conducta alimentaria
- Disfunciones sexuales
- Cefalea
- Abortos de repetición
- Molestias GI
- Mareo
- Dolor crónico generalizado
- Hiperfrecuentación en AP

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

Email de contacto: martafdz13@gmail.com

ANEXO 2: HISTOGRAMA DE VALORACIÓN DE LA IMPORTANCIA DEL PROBLEMA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO



ANEXO 3: HISTOGRAMA DE LA VALORACIÓN DE LA DIFICULTAD DEL PROBLEMA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

