



Universidad de Valladolid

TRABAJO DE FIN DE GRADO MEDICINA

“Valoración del conocimiento, capacidades y competencias, del protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género de los estudiantes de Grado de Medicina y de los médicos de atención primaria”

Tutor: Dra. María Mercedes Martínez León

Colaboración: Dra. Verónica Casado Vicente

Autores: Jorge Luis Díaz González e Iñigo De Lorenzo Martínez de Ubago

INDICE:

- Resumen
- Agradecimientos
- Justificación/Objetivos del trabajo
- Introducción y marco teórico
- Material y métodos
- Resultados
- Discusión
- Conclusiones
- Bibliografía
- Anexos :
 - Anexo 1 .Tablas y gráficos estadísticos.
 - Anexo 2.Cuestionario comentado.
 - Anexo 3.Cuestionario/encuesta.

RESUMEN:

Introducción: La violencia de género (en adelante VG) o en general las múltiples formas de violencia contra la mujer, son un problema a nivel nacional e internacional, con una gran repercusión sociosanitaria, donde los médicos de atención primaria, muestran una posición crucial en su correcto abordaje y detección. Para ello, como ya se ha demostrado en anteriores estudios, es necesario una buena formación y gran experiencia. Preguntar, en definitiva, una correcta anamnesis, es vital para la detección de casos de VG. Para una actuación protocolizada y homogénea en estos casos existe el protocolo de actuación común de 2012.

Metodología: Mediante un muestreo no probabilístico se entrega un cuestionario auto-aplicado de 10 preguntas tipo test, basadas en el protocolo común en VG, a médicos de familia del Área de Salud de Valladolid, y a estudiantes de quinto y sexto en la facultad de medicina. Se recogen además otras variables sociodemográficas (edad, sexo y años de experiencia profesional), para el posterior estudio estadístico descriptivo e inferencial

Resultados: Se obtienen 208 cuestionarios cumplimentados válidos, con mayoría femenina de 149 mujeres frente a 59 hombres. El grupo mayoritario fue estudiantes de quinto (37.5%), posteriormente médicos de familia (37.0%) y de sexto (25.4%). Mediante un estudio de asociaciones no se observan diferencias por sexo (T-Student $p > 0.05$), pero sí por grado de experiencia-formación (Kruskal-Wallis/ANOVA) ($p < 0.05$), con una OR (IC 95%) de 2.54-9.25 para la asociación “médico” y “puntuación > 7 ” en el cuestionario. Mediante regresión lineal se observa que a mayor experiencia mayor puntuación.

Conclusiones: En la muestra estudiada se observa, a diferencia de lo que se pudiera creer, que no hay diferencia según el sexo en la puntuación obtenida, es decir, el conocimiento sobre el protocolo en ambos es equivalente. Sin embargo, se observa la importancia de la experiencia y de la formación a la hora de saber interpretar correctamente el protocolo. De todo ello se concluye la importancia de la correcta formación teórico-práctica y de la experiencia en el abordaje de los casos de violencia de género.

Palabras clave: violencia de género, formación en violencia de género, Protocolo común de actuación, atención primaria en violencia de género.

AGRADECIMIENTOS:

Queremos dedicar un especial agradecimiento a nuestra tutora Dra. María Mercedes Martínez León, que nos ha guiado en la elaboración de este trabajo de fin de grado, y a la Dra. Verónica Casado Vicente, que nos ha permitido la difusión y nos ha ayudado en otra gran cantidad de aspectos.

JUSTIFICACION y OBJETIVOS:

La violencia de género (en adelante VG), como parte de los tipos de violencia contra la mujer, es un problema de gran relevancia a nivel socio-sanitario ^{2,3}, tanto a nivel internacional como nacional. Esta condición puede ser larvada en el tiempo y progresiva ⁶. Los profesionales sanitarios, y sobre todo aquellos profesionales de la atención primaria deben entender qué es la violencia de género, saber detectar sus factores de riesgos, realizar prevención primaria, saber cómo actuar en caso de detectar un episodio de violencia de género y conocer los principales aspectos ético-legales ^{1,10}. Esto es extensible, por lo tanto, a los estudiantes de últimos cursos del grado en medicina, dado que nuestra formación debe ir dirigida hacia la medicina general y de atención primaria. Al afrontar este trabajo de fin de grado, recibimos diferente información de estadísticas institucionales y protocolos, y después de su lectura, nos planteamos si el protocolo era suficientemente conocido por los profesionales, si éste era aplicado correctamente, y si la experiencia en la especialidad de medicina de familia demostraba un mejor conocimiento del protocolo. En resumen, si los futuros médicos y los médicos de familia que ejercen en la actualidad, conocen lo que es la violencia de género y el protocolo de actuación.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

General:

- Estudio bibliográfico sobre la violencia contra la mujer a nivel sanitario.

Específicos:

- Análisis y revisión del protocolo de actuación médica, a través de informes tanto nacionales como internacionales (OMS).
- Estudio del conocimiento y competencias de estudiantes de medicina quinto y sexto año y profesionales de atención primaria, sobre el protocolo de actuación sanitaria.

INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

Definición de Violencia de Género según la Asamblea General de las Naciones Unidas:

“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 la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”

La **OMS** ha declarado la violencia contra las mujeres como una **prioridad de salud pública en todo el mundo.**

Los principales factores determinantes de la violencia de género son la *relación desigual* entre hombres y mujeres y la existencia de la *cultura de la violencia* como medio para resolver conflictos. Tras el incremento de los asesinatos machistas está el incremento de la desigualdad, consecuencia de que la crisis económica ha precarizado enormemente las condiciones laborales de la clase

trabajadora, afectando en mayor medida a los trabajos ejercidos por las mujeres.

La violencia contra las mujeres es **estructural**. La violencia no se debe a rasgos singulares y patológicos de una serie de individuos, sino que tiene rasgos estructurales de una forma cultural de definir las identidades y las relaciones entre los hombres y las mujeres. La violencia contra las mujeres se produce en una sociedad que mantiene un sistema de *relaciones de género* y una *división sexual del trabajo* que perpetúan la superioridad de los hombres sobre las mujeres, y asigna diferentes atributos, roles y espacios en función del sexo.

Todo esto se articula en discursos, comportamientos y prácticas, que van desde los comentarios que los bebés oyen desde que nacen, a lo que van interiorizando en cuanto al reparto de tareas en casa, a la forma de vestir, los juegos, las expectativas del profesorado, a la forma en la que se usan los espacios comunes como el patio de colegio, la ausencia de referentes mujeres en la historia, a las condiciones en el mercado laboral, etc.

El **principal factor de riesgo** para la violencia contra las mujeres es, precisamente, **el hecho de ser mujer**.

La violencia contra las mujeres es además **instrumental**. El poder de los hombres y la subordinación de las mujeres, que es un rasgo básico del *patriarcado*, requiere de algún mecanismo de sometimiento. La violencia de género más que un fin en sí mismo, es un instrumento de dominación y control social.

Según se extrae del informe “Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la UE”⁴ una de cada 10 mujeres ha sido víctima de violencia sexual desde los 15 años de edad, y una de cada 20 ha sido violada. Más de una de cada cinco mujeres ha sido víctima de violencia física y/o sexual por parte de su pareja actual o de las previas, y algo más de una de cada 10

mujeres indica que ha experimentado algún tipo de violencia por parte de un adulto antes de los 15 años de edad. Sin embargo y pese a la gravedad de estos datos sólo un 14 % de mujeres comunicaron el incidente más grave de violencia por parte de la pareja a la policía, y un 13 % cuando el autor no era su pareja.

A lo largo del *proceso de violencia*, la mujer sufre una pérdida de autoestima progresiva. Va perdiendo las esperanzas de salir de su situación, aumentando la sumisión y el miedo hacia el maltratador.

Por eso, cuando una mujer pide ayuda, debe recibir prioritariamente apoyos concretos para cambiar su situación, respetando y no culpabilizándola por sus decisiones. Es importante que la mujer comprenda que la violencia continuará e irá en aumento. No podrá corregir la conducta de su agresor.

Los *hijos e hijas* de las mujeres que están sufriendo violencia por sus parejas o ex parejas, son **víctimas de la Violencia de Género**, siempre. Si detectamos un caso de violencia de género, es necesario tener en cuenta que las hijas e hijos de esa relación van a requerir una atención especial en el Sistema Sanitario, siendo fundamental el papel del personal de Trabajo Social y Pediatría.

La violencia de género tiene siempre importantes *repercusiones en la salud* de las mujeres maltratadas, que persisten incluso después de haber terminado la situación. Hay estudios que vinculan algunos “trastornos funcionales”, como el síndrome del colon irritable, la fibromialgia y los diversos síndromes de dolor crónico con el antecedente de haber sufrido maltrato físico o sexual. Además, se ha observado que realizan más visitas médicas y consultas de salud mental, tienen estancias hospitalarias más prolongadas y consumen más fármacos que las mujeres que no han sufrido violencia.⁶

Tabla A. Consecuencias para la salud de la violencia contra las mujeres:

Físicas	Sexuales y reproductivas
<ul style="list-style-type: none"> • lesiones físicas agudas o inmediatas, por ejemplo hematomas, excoriaciones, laceraciones, heridas punzantes, quemaduras o mordeduras, así como fracturas de huesos o dientes • lesiones más graves que pueden conducir a discapacidad, por ejemplo lesiones en la cabeza, los ojos, el oído, el tórax o el abdomen • afecciones del aparato digestivo, problemas de salud a largo plazo o mala salud, incluidos síndromes de dolor crónico • muerte, por ejemplo por femicidio o en relación con el sida 	<ul style="list-style-type: none"> • embarazo no planeado o no deseado • aborto o aborto inseguro • infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH • complicaciones del embarazo o aborto espontáneo • hemorragias o infecciones vaginales • infección pélvica crónica • infecciones de las vías urinarias • fístulas (desgarros entre la vagina y la vejiga o el recto, o ambos tipos de desgarro) • relaciones sexuales dolorosas • disfunción sexual
Mentales	Conductuales
<ul style="list-style-type: none"> • depresión • trastornos del sueño y de los hábitos alimentarios • estrés y trastornos de ansiedad (por ejemplo, trastorno por estrés postraumático) • autoagresión e intentos de suicidio • baja autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> • uso nocivo de alcohol u otras sustancias • múltiples compañeros sexuales • elección de parejas abusivas en etapas posteriores de la vida • tasas bajas de uso de anticonceptivos y de condones

El personal sanitario deberá ser capaz de identificar aquellas mujeres que están en situación de *especial vulnerabilidad*: mujeres inmigrantes, embarazadas, mujeres con diversidad funcional, mujeres mayores, mujeres en situación de exclusión social, mujeres con VIH y mujeres que viven en el mundo rural.

□ La importancia de los servicios sanitarios ante la violencia de género

Estudios realizados en diferentes países demuestran que el porcentaje de mujeres 15 a 49 años que han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja a lo largo de su vida se sitúa entre el 15 y el 71%.⁷ Estos datos nos demuestran que la violencia contra la mujer es un problema hasta cierto punto prevenible.

Las mujeres que sufren violencia de género entran en contacto con los servicios sanitarios con mayor frecuencia, especialmente en Atención Primaria, Urgencias, Obstetricia y Ginecología, y Salud Mental, por lo que tienen un papel esencial en proporcionarles ayuda.

La detección de la situación de violencia por parte del personal sanitario predispone a la *ruptura del silencio*, lo que supone el primer paso para la visualización y comprensión del problema.

Teniendo en cuenta que las necesidades de estas mujeres son de múltiples dimensiones, es fundamental la implicación activa de todo el personal de los servicios sanitarios, siguiendo un *modelo de atención integral*.

La OMS recomienda en su *informe Violencia contra las mujeres: un tema de salud prioritario*³: “No tenga miedo de preguntar: Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta de forma directa y no valorativa. En realidad, muchas están esperando silenciosamente que alguien les pregunte”.

A pesar de que el protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género (2012) incluye específicamente un apartado sobre *prevención*, en el que incluye la formación continuada del personal sanitario en atención integral, seguimos observando una *baja detección* de violencia de género, y existe un claro *retraso en su diagnóstico*.

En este mismo protocolo, se plantea que el personal sanitario debe tener una *actitud de alerta y búsqueda activa* de conductas, síntomas o signos de sospecha.

Cuando un miembro del personal sanitario tiene indicios de que una mujer puede ser víctima de malos tratos, deberá confirmarlo mediante una *entrevista clínica específica*.

En el citado informe “Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la UE”⁴ se muestra que el 87 % de las mujeres considerarían aceptable que los médicos preguntaran de forma rutinaria sobre actos de violencia cuando observen determinadas lesiones o características en las pacientes.

Nuestra intención con este Trabajo de Fin de Grado es evaluar la formación específica sobre Violencia de Género que tienen los estudiantes de quinto y sexto curso de medicina, así como numerosos médicos de familia, e inferir si existe relación entre el nivel de formación y/o experiencia y el grado de conocimiento en materia de violencia de género.

Consideramos fundamental que los profesionales sepan actuar en las diferentes situaciones relacionadas con los episodios de violencia:

- Actuación ante agresiones sexuales
- Actuación en urgencias
- Actuación en atención primaria y especializada
- Reconocimiento de las mujeres en situaciones de especial vulnerabilidad - Valoración de las consecuencias de la violencia en las hijas e hijos de las víctimas
- Valoración del nivel de riesgo, extremo o no extremo
- Actuación con hombres que ejercen violencia contra las mujeres
- Dominio de los aspectos éticos y legales, especialmente de la elaboración de un completo informe médico y parte de lesiones
- Conocimiento del itinerario que sigue el parte de lesiones
- Conocimiento de los recursos del estado a los que puede acudir la víctima

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Para la elaboración del estudio observacional transversal se realizó una encuesta mediante un cuestionario de 10 ítems o preguntas de elección múltiple donde se planteaban diferentes aspectos básicos sobre la violencia de género, violencia contra la mujer y el protocolo común de actuación de 2012. En todos ellos se presentan cuatro opciones posibles en las que sólo una de ellas puntúa "1" o "se ajusta correctamente al protocolo" y el resto "0" o "no se ajusta de correctamente al protocolo de actuación sanitaria". La puntuación va desde un rango de [0-10].

Características de la población estudiada

Fue realizado un muestreo no probabilístico seleccionando a los participantes por conveniencia y reclutándolos por el método “bola de nieve”. Se obtuvo una muestra final de **n= 215** (pérdida, por falta de datos, de 7, por lo tanto, una **n válida de 208**). Fue respondido por 78 alumnos de quinto (37,5%) y 53 de sexto (25.5%) de grado de medicina de la universidad de Valladolid; y 77 médicos de familia de numerosos centros de salud de Valladolid (37.0%).

VARIABLES ESTUDIADAS

- Edad (variable cuantitativa continua)
- Sexo (variable dicotómica)
- Experiencia-Formación(variable cualitativa ordinal)
 - o Estudiantes del Grado de Medicina de la Universidad de Valladolid
 - 5º Curso
 - 6º Curso
 - o Médicos de familia:
 - De menos de 10 años de experiencia
 - Entre 10-20 años de experiencia
 - Entre 20-30 años de experiencia
 - De más de 30 años de experiencia.
 - o Los grupos “Medico MIR” y “urgencias” fueron eliminados por no obtener respuestas de estos grupos.
- Variable Grupo (obtenida de la transformación de la variable experiencia y división en tres grupos: “quinto”, “sexto” y “médicos de familia”).
- Puntuación final (variable cuantitativa obtenida de la suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem)

Recogida de datos:

La encuesta fue impresa y entregada en persona a los encuestados, proporcionándoles un tiempo limitado en el caso de los estudiantes de quinto y sexto (15 minutos aproximadamente) e ilimitado para el resto de grupos (tiempo de realización no controlado).

El cuestionario es anónimo, confidencial, y sencillo para hacerse rápidamente, evitando así la fatiga del encuestado.

Las preguntas van encaminadas a analizar los diferentes aspectos esenciales sobre la violencia de género: (Ver cuestionario en el Anexo 2 y Anexo 3)

Tabla B. Comparación de secciones y preguntas contenidas en el cuestionario

1. Definición y diferenciación de conceptos: violencia de género, abuso sexual, violencia sexual y agresión sexual.	Se explora en la pregunta 1
2. Factores de riesgo de la VG, detección mujeres en especial vulnerabilidad, contexto social y estereotipos	Se explora en las preguntas 2, 3 y 5
3. Abordaje en atención primaria: valoración y actuación.	Se explora en la pregunta 4
4. Abordaje en urgencias y emergencias.	Se explora en la pregunta 7
5. Epidemiología agresión sexual violación y actuación ante estas situaciones a nivel sanitario.	Se explora en la pregunta 8
6. Parte de lesiones.	Se explora en la pregunta 6
7. Dilemas ético-legales.	Se explora en las preguntas 9 y 10

Aspectos éticos y médico-legales:

El Trabajo se ha realizado siempre informando previamente a las personas que participaron voluntariamente en la realización del cuestionario con el respeto a la privacidad, intimidad y confidencialidad de la totalidad de los datos preguntados en el cuestionario y siempre de acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal. Por lo que los resultados expuestos no permiten ni en su totalidad ni en parte la identificación

de ninguna persona implicada en la muestra estudiada. No ha existido tampoco en el presente estudio ningún tipo de financiación externa ni conflicto de intereses.

Análisis o Método Estadístico

Para la realización del análisis multivariado, estadístico descriptivo y estudio de asociaciones se realizó con el programa **SPSS 22.0** para Windows.

Se utilizaron los siguientes test estadísticos, en todos los casos estableciéndose el valor error alfa en 0.05 (Intervalo de Confianza 95%):

- Estadística descriptiva de las variables cuantitativas (procedimiento DESCRIPTIVE) para la descripción de las muestras: media, desviación estándar, máximo, mínimo, mediana, desviación estándar de la media, etc²⁰.
- Estadística descriptiva de las variables cualitativas (procedimiento FREQUENCIES), con la obtención de frecuencias y porcentajes de las categorías²⁰.
- Tablas de contingencia para la relación entre la variable “sexo” y “final”, realizándose T-Student para muestras independientes.
- Test de Kruskal-Wallis para comparación de medias de la variable “final” según “experiencia”. Por otro lado, se realiza ANOVA para variables “final” y “grupo”.
- Tabla de contingencia para “Medicos/estudiantes” y “final >7/final ≤7” y cálculo de OR.
- Índice de correlación de SPEARMAN para las variables “edad” y “final”.
- Regresión lineal y obtención de coeficiente Beta, para la variable “experiencia” (y “grupo”) y “final” (variable dependiente) .^{20, 21}.

Limitaciones del estudio

Las limitaciones del estudio son: una muestra no demasiado amplia, un cuestionario no validado externamente, una muestra seleccionada por conveniencia y existencia de posibles variables intercurrentes y condicionantes.

RESULTADOS

Se exponen de forma descriptiva los resultados con un total de n=215 encuestas-cuestionarios completadas, con una pérdida de 7 (por falta de datos en algunas variables, por lo tanto, **n válido 208**), de acuerdo a las diferentes ítems o variables estudiadas mediante tablas y gráficos.

A) Estadística descriptiva:

Los resultados de las diez preguntas del cuestionario están expuestos en el Anexo 1.

- Variable SEXO:

Como se puede apreciar en la tabla B, la mayoría de los encuestados fueron mujeres, 149 frente a 59 hombres.

Tabla C .SEXO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Hombre	59	27,4	28,4
	Mujer	149	69,3	71,6
	Total	208	96,7	100,0

- Variable EXPERIENCIA:

Tabla D. EXPERIENCIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	quinto	78	36,3	37,5
	sexto	53	24,7	25,5
	menos de 10	4	1,9	1,9
	10 a 20	6	2,8	2,9
	20 a 30	22	10,2	10,6
	más de 30	45	20,9	21,6
	Total	208	96,7	100,0

El grupo más abundante fue estudiantes de quinto (78), posteriormente de sexto (53) y médicos de familia de más de 30 años de experiencia (45).

- PREGUNTAS/ ITEM: (Ver Anexo 1 y Anexo 2)

Las preguntas con mejores resultados fueron la 4 (94% de acierto) y la 2 (89.7% de acierto) que versaban sobre factores de riesgo y actuación en consulta de medicina de familia, respectivamente. Por otro lado, las que peor resultado presentaron fueron la 1 (18.6% de acierto) y la 9 (20.4% de acierto) que versaban sobre definiciones y aspectos ético legales, respectivamente.

- Variable EDAD/FINAL:

La edad media de entre los encuestados fue 32.79 años (IC 95% 30.59-34.98) y una mediana de 23 con un rango de [22-65]. La variable FINAL (suma de las puntuaciones obtenidas en las 10 preguntas) tuvo una media de 6.71 con (IC 95% 6.50-6.91) y una mediana de 7, con un rango de [3-10]. Las medias según sexos fueron de 6.78 (d.t. 1.62) para hombres y de 6.68 (d.t. 1.47) para mujeres. La variable EDAD no se ajustaba a una distribución normal, sin embargo, la variable FINAL sí, como observamos en el histograma con superposición de curva de Gauss. (Ver Anexo 1)

B) Estadística inferencial y estudio de correlaciones:

- Variable SEXO/FINAL

Se realiza la estadística inferencial y el contraste de hipótesis. Para las variables "final" y "sexo" se realizó la prueba de muestras independientes T-student donde se obtiene una **p=0.663** (mayor a 0.05). Por lo tanto, no rechazamos la hipótesis nula (**H₀** = no existen diferencias en la puntuación final según el sexo).

Por lo que **no se observan diferencias** estadísticamente significativas **por sexos** en el conocimiento sobre violencia de género y el protocolo.

- Variable EXPERIENCIA O GRUPO/FINAL

En el contraste de hipótesis planteado para la igualdad (**H₀**) o desigualdad (**H₁**) de puntuación “final” media según la variable “experiencia”, realizamos un prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes obteniéndose una **p<0.05**. Este resultado nos permite **rechazar la hipótesis nula**.

Planteando un contraste de hipótesis similar al anterior, pero en esta ocasión para las variable “grupo” y “final”, se efectúa un test ANOVA y Post-Hoc, obteniéndose **p<0.05**. Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula o “igualdad de medias”.

Observada la diferencia de media en la puntuación final dependiendo de la variable “experiencia” o “grupo” se realiza una regresión lineal (previa transformación de variables) y se calcula con una significación **p<0.05**, un coeficiente Beta superior a 0 (en concreto 0.316 y 0.320 respectivamente).

Por lo tanto, existe relación **estadísticamente significativa y proporcionalmente directa** entre el **grado de experiencia** o formación y el **conocimiento** sobre violencia de género y el protocolo.

- Variables EDAD/FINAL

En el estudio de correlación mediante RHO de Spearman, se objetiva una correlación positiva (**0.306**) y significativa **p<0.05** para las variables “edad” y “final”.

- Tabla de contingencia para (médico/estudiante) y (puntuación >7/≤7) /cálculo de OR.

Tabla E.:

	>7	≤7	
Médico	37	40	77
Estudiantes	21	110	131
Total	58	150	208

Por último se calcula odds ratio obteniéndose: **OR : 4.85 , IC 95% 2.54-9.25 (no incluye la unidad)**. Esto significa que siendo médico de familia la probabilidad de obtener una puntuación > de 7 es (para IC 95%) 2.54-9.25 veces mayor que siendo estudiante.

En nuestro trabajo, se observa que existe **una diferencia clara** entre la puntuación obtenida por los **estudiantes y los médicos de familia**.

DISCUSIÓN:

Los resultados comentados anteriormente van en la misma dirección que estudios realizados con anterioridad, aplicando el cuestionario validado PREMIS ¹³, en los cuales se entrevistaba únicamente a médicos de familia y se preguntaba sobre el grado de formación y experiencia en casos de violencia de género, concluyéndose que a mayor experiencia y formación mayor capacidad de afrontar casos de violencia de género y detectarlos de forma precoz.

El reconocimiento de los malos tratos como un problema de salud pública es imprescindible para avanzar en la búsqueda de soluciones. El 90 % de las mujeres maltratadas pasan por las consultas del Médico de familia en el año posterior a la agresión. El Médico de Familia es el profesional sanitario en mejores condiciones para identificar a tiempo un problema que afecta a un 12% de las mujeres españolas, de ahí la importancia del médico de familia en la detección, prevención y abordaje del maltrato crónico.

El diagnóstico en los servicios de atención primaria donde se van a detectar cuadros patológicos de difícil encuadre y que pueden poner al profesional de la Medicina sobre la pista de estas situaciones. “El médico puede ser la única persona fuera de la familia a la que una mujer le pida ayuda de forma silenciosa”. “Siempre hay actitudes de la mujer que deben de ser sospechosas de ser una víctima silenciosa de malos tratos: Temerosa, insegura, sentimientos de culpa, confusa al explicar el mecanismo de producción” ¹⁸.

Solamente se detectan un 20 % de los casos de mujeres víctimas de malos tratos. Diferentes estudios han revelado que cuando en la anamnesis se incluyen cuestiones y referencias a la violencia de género, alrededor de un 50%

de las mujeres indican que la han sufrido. La disponibilidad de la mujeres para hablar de estos temas es muy elevada, quizá un ejemplo lo tenemos en el caso comentado por Richard Jones, expresidente del colegio americano de ginecólogos, quien unos días después de leer un folleto educativo sobre la violencia en el hogar le preguntó a una paciente, más por curiosidad que por interés, si su marido le había pegado alguna vez. La respuesta le dejó estupefacto: “Dr. Jones, no sabe cuánto tiempo he esperado esta pregunta”. Ella, como muchas mujeres, en realidad está buscando una ayuda o un apoyo sobre el que levantar y sacar a la luz todas las vivencias relacionadas con el maltrato ¹⁹.

La violencia de género como problema de especial repercusión pública y que genera un gran efecto deletéreo o perjudicial a nivel socio-sanitario (se asocia a malos indicadores de salud tanto de la mujer como en sus hijos, mayor utilización de recursos sanitarios y consumo de medicamentos) ^{1,2,14} debe ser manejada de forma adecuada por parte de los trabajadores sanitarios, y especialmente aquellos que desempeñan su función en la atención primaria. Es importante, dada la elevada prevalencia ¹⁶ y el número de denuncias en ascenso (108.638 en 2016 , según se expone en los datos del consejo del poder judicial)¹² , realizar una detección precoz de estas circunstancias y un screening mediante preguntas y cuestionarios tipo WAST ².

Los médicos de familia por su enfoque integral, su accesibilidad, seguimiento continuado y visión familiar y social de la paciente (contando generalmente con su confianza) desempeñan un papel crucial en el abordaje de los casos de violencia de género, tanto en su prevención, como en su tratamiento y orientación. Esto significa que, como médicos de atención primaria y estudiantes de últimos años de grado en medicina, es necesario que poseamos conocimientos y herramientas para ello, es decir, conocer de forma exhaustiva el protocolo común de actuación de 2012, los recursos disponibles y los aspectos ético-legales.

El **miedo a preguntar** y la **negación del problema** sociosanitario de la VG, por partes de algunos profesionales de la salud⁹, es en muchas ocasiones un impedimento para que los médicos de familia y de urgencias detecten los casos de violencia de género. Hay que tener en cuenta que el porcentaje de mujeres que denuncian es muchísimo menor a aquellas que acuden a los centros de atención primaria o salud mental y que, afirmado por la OMS, las mujeres ven bien y agradecen ser preguntadas al respecto ²². Para llevar a cabo el paso de preguntar se ha visto, mediante estudios realizados con el cuestionario PREMIS ¹⁴, que existe una relación muy marcada entre la formación y experiencia en violencia de género y el número de entrevistas dirigidas a la detección de casos de violencia de género, y a su correcto abordaje.

CONCLUSIONES:

1. En el ámbito sanitario, el sexo femenino no condiciona un mayor conocimiento del protocolo de actuación.
2. La experiencia sí condiciona un mejor manejo del protocolo de actuación, así como mayor conocimiento teórico sobre la VG.
3. Existe una diferencia clara entre la puntuación obtenida por los estudiantes y los médicos de familia.
4. Las áreas de conocimiento con mejores resultados fueron las de *identificación de factores de riesgo y actuación en consulta de medicina de familia*.
5. Los aspectos donde se observaron mayor tasa de fallos fueron en *definiciones*, y sobre todo, en *aspectos ético-legales*. Se debería reforzar la formación en estas áreas.
6. El protocolo, dada su complejidad, extensión y ambigüedad en ciertos aspectos, requiere un estudio exhaustivo y en profundidad.
7. Una correcta anamnesis y la entrevista clínica específica dirigida son las herramientas más importantes del médico de familia para la detección de casos de V.G.
8. Consideramos esencial la formación en violencia de género, tanto en la facultad como en las diferentes especialidades médicas, sobre

todo en la medicina de familia, urgencias, ginecología, y pediatría; así como la educación en aspectos ético-legales.

BIBLIOGRAFIA:

1. Fernández Alonso, M. del Carmen. “[Commitment of primary care to gender violence. Have we met the challenge?].” *Atencion Primaria* 47, no. 3 (March 2015): 129–30.
2. “Consejo General del Poder Judicial. - Protocolos.” Accessed Feb 11, 2017. Disponible: <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia-domestica-y-degenero/Guias-y-Protocolos-de-actuacion/Protocolos/Protocolo-comun-para-laactuacion-sanitaria-ante-la-violencia-de-genero---2012>.
3. “Organización Mundial de la Salud. *Violencia_infopack1.pdf*.” Disponible http://www.who.int/gender/violence/violencia_infopack1.pdf.
4. “F.R.A.” European Union Agency for Fundamental Rights. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/laDelegacionInforma/pdfs/F_R_A.pdf.
5. Vives-Cases, Carmen, Diana Gil-González, Juncal Plazaola-Castaño, María Isabel Montero-Piñar, Isabel Ruiz-Pérez, Vicenta Escribà-Agüir, Gaby OrtizBarreda, Jordi Torrubiano-Domínguez, and G6 para el Estudio de la Violencia de Género en España. “[Gender-based violence against immigrant and Spanish women: scale of the problem, responses and current policies].” *Gaceta Sanitaria* 23 Suppl 1 (December 2009): 100–106.
6. “WHO_RHR_12.43_spa.pdf.” Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98862/1/WHO_RHR_12.43_spa.pdf?ua=1.
7. OMS (2005). Multi-country study on women's health and domestic violence against women. Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/

8. Ruiz-Pérez, Isabel, Juncal Plazaola-Castaño, Carmen Vives-Cases, María Isabel Montero-Piñar, Vicenta Escribà-Agüir, Esther Jiménez-Gutiérrez, David MartínBaena, and G6 para el Estudio de la Violencia de Género en España. “[Geographical variability in violence against women in Spain].” *Gaceta Sanitaria* 24, no. 2 (April 2010): 128–35.
9. Coll-Vinent, Blanca, Teresa Echeverría, Ursula Farràs, Dolores Rodríguez, José Millá, Manel Santiñà, and Comisión de Violencia Intrafamiliar y de Género of the Hospital Clínic de Barcelona. “[Intimate partner violence is not identified as a health problem by health care workers].” *Gaceta Sanitaria* 22, no. 1 (February 2008): 7–10.
10. “Ley Orgánica 1/2004, de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral Contra La Violencia de Género.” *Noticias Jurídicas*. http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/lo1-2004.html.
11. “Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad - Por Una Sociedad Libre de Violencia de Género - Agencia Europea de Los Derechos Fundamentales. (FRA). Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/marcoInternacional/ambitoInternacional/unionEuropea/instituciones/Otros/FRA/home.htm>.
12. “Observatorioviolencia.org.” Disponible en: <http://observatorioviolencia.org>.
13. Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad. http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/res_p/revista_cdrom/vol89/vol89_2/RS892C_CVC.pdf.
14. Ruiz-Pérez, Isabel, Vicenta Escribà-Agüir, Isabel Montero-Piñar, Carmen VivesCases, Miguel Rodríguez-Barranco, and G6 for the Study of Gender Violence in Spain. “Prevalence of Intimate Partner Violence in Spain: A National CrossSectional Survey in Primary Care.” *Atencion Primaria* 49, no. 2 (February 2017): 93–101.
15. OMS. Summary World Report. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf.

16. Ruiz-Pérez, Isabel, Nelva Mata-Pariente, and Juncal Plazaola-Castaño. "Women's Response to Intimate Partner Violence." *Journal of Interpersonal Violence* 21, no. 9 (September 2006): 1156–68.
17. Calidad, Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS Oficina de Planificación Sanitaria y. "Violencia contra las mujeres," October 10, 2006.
18. Lorente Acosta M. La violencia de género como un problema de salud. En: San Segundo Manuel T. A vueltas con la violencia. Una aproximación multidisciplinar a la violencia de género. Madrid: Editorial Tecnos; 2015; p. 199-215.
19. Ferrán Aranaz, M. SPSS para Windows. Programación y Análisis Estadístico. Mc Graw Hill. 1996.
20. Everitt, B. S. The Analysis of Contingency Tables. Chapman & Hall. Second Edition. 1992.
21. Martínez León M. Valoración Médico-Legal de la Violencia: De la Violencia Intrafamiliar a la Violencia de Género. Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid 2015; Vol. 52: 100-116.
22. Martínez León M. Antropología de la Violencia de Género en la Medicina Legal. Discurso ingreso como Académica de Número de la Real Academia de Medicina. 19 de Mayo de 2017.