

INFLUENCIA DEL GÉNERO DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LAS MUJERES DERIVADAS A SALUD MENTAL



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

EQUIPOS DE SALUD MENTAL 1 Y 2, ZONA ESTE
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

TRABAJO FIN DE GRADO

GRADO EN MEDICINA

CURSO 2020/2021

Autora: María Jolín Rodrigo

Tutor: José Antonio Espina Barrio

ÍNDICE:

1. Resumen	3
2. Introducción:	4
2.1. La violencia de género y el contexto actual.....	4
2.2. Violencia de género: un problema en la atención sanitaria.....	6
2.2.1. Visión desde atención primaria.....	6
2.2.2. Soluciones y medidas aprobadas en Castilla y León.....	7
2.2.3. Problema en el cribado.....	7
2.2.4. Repercusiones sobre la salud mental.....	7
2.3. Influencia del género de MAP en el cumplimiento del cribado.....	8
3. Objetivos	8
4. Material y métodos	9
4.1. Diseño del estudio.....	9
4.2. Población diana y periodo de estudio.....	9
4.3. Diseño de la encuesta y variables.....	10
4.4. Recogida de datos y análisis estadístico.....	10
5. Resultados	10
5.1. Datos demográficos.....	10
5.2. Datos del cribado de VG en MAP según los resultados del estudio.....	11
5.3. Influencia del género de MAP en el cumplimiento del cribado de VG.....	11
5.4. Análisis datos de mujeres que sufren VG y acuden a consultas de salud mental.....	13
6. Análisis y discusión	13
7. Conclusiones	18
8. Bibliografía	18
9. Agradecimientos	21
<u>Anexos</u>	22

1. RESUMEN:

Introducción: La violencia de género (VG) es un problema social mundial que afecta a miles de mujeres. Para erradicarlo, se ha incorporado un sistema de cribado en las consultas de atención primaria, pero su incumplimiento perpetúa la falta de diagnóstico de VG. Se investiga si el género de los profesionales de medicina de atención primaria (MAP) influye en el cumplimiento del cribado.

Métodos: Estudio descriptivo transversal (2 meses). Con una encuesta autoaplicada a mujeres, que acudieron a su primera consulta en Salud Mental, remitidas desde AP. Se analizaron los resultados con SPSS.

Resultados: Se analizaron 143 encuestas. A 25 (17,48%) mujeres, su MAP habitual le realizó el cribado de VG, y 118 (82,5%) nunca fueron preguntadas. En el grupo cuyo MAP es un hombre, sí se realizó en un 26,5% de los casos, frente al 14,7% cuando su MAP es una mujer. Se empleó el test chi-cuadrado para ambas variables. Se obtuvo un valor X^2 : 1,747 y p: 0,186, siendo este no significativo. 9 Mujeres acudieron con un motivo de consulta relacionado con la VG. 6 de ellas (66,66%) nunca fueron preguntadas por la VG por su MAP habitual.

Conclusiones: Se necesita implementar la formación y sensibilización de todos los profesionales sanitarios en la VG. Se precisan realizar más estudios diferenciados con perspectiva de género, para confirmar si ha mejorado la sensibilización de los profesionales sanitarios varones sobre la VG, como se apunta de forma provisional en este estudio.

Palabras clave: violencia de género, detección, atención primaria, género, actitudes

2. INTRODUCCIÓN:

2.1. La violencia de género y el contexto actual:

La violencia de género (VG) es definida en el BOCYL como: “cualquier acto de violencia que el hombre ejerce sobre la mujer, por el hecho de ser mujer, y que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, incluyendo las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como privada, comprendiendo las distintas formas de violencia física, psicológica, sexual y económica, que tienen lugar en los ámbitos de la pareja, familiar, laboral y sociocomunitario”. (1) Durante muchos años fue socialmente aceptada, negada, ignorada y ocultada bajo amenaza o vergüenza en el interior de las familias, considerándose un problema perteneciente a la esfera individual y que debía resolverse en el seno del hogar, perpetuando la invisibilización de la misma, poniendo el foco de culpa sobre las mujeres que la sufren y desfavoreciendo la eliminación de esta situación. (2)

No fue hasta el año 1996 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció la VG como un problema de salud pública. (2). En España en el año 1998 se reconoció de forma explícita la Violencia de género como un problema de estado y así se recogió en el primer plan de acción contra la misma. (3)

En el año 1997, desde la Unión Europea se aprobó un mandato para recoger, elaborar y publicar de manera anual los datos sobre violencia de género recogidos en cada uno de los países miembros. Esta recogida de datos no se hace de la manera adecuada, ya que no se realiza en todos los países, no existe un sistema de registro unificado y las entidades responsables de realizar el registro lo hacen de manera incompleta. (4)

En España, los datos se recogen desde el año 2003 por el Instituto de la mujer y para la igualdad de oportunidades (IMIO) del Ministerio de Igualdad, y también se pueden consultar en la web del Instituto Nacional de Estadística (INE). Las cifras obtenidas en los últimos cinco años se muestran en el siguiente gráfico: (5) (6)

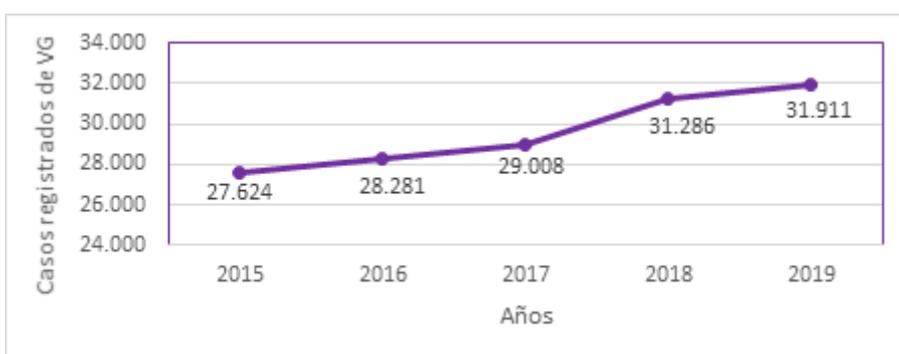


Gráfico 1: casos registrados de VG en España en los últimos 5 años

Una macroencuesta realizada en el año 1999 por el instituto de la mujer con una muestra de 20.552 mujeres mayores de edad, recoge que el 12.4% de las mujeres se encontraban en una “situación objetiva” de violencia en el entorno familiar. Estos datos proyectados a la población española indicarían que 2.090.767 mujeres podrían encontrarse en situación objetiva de violencia en el entorno familiar. Al entrevistar a estas mujeres, sólo la tercera parte de ellas se consideraba a sí misma víctima. Esta diferencia entre la detectada por los indicadores y la percepción subjetiva de la violencia de género, reflejan la existencia de una “tolerancia” ante los malos tratos en las relaciones de pareja. (3) (6) (7) Esta situación tan alarmante refleja el gran impacto de este problema social y su tendencia creciente en los últimos años. En respuesta, se han aprobado leyes, mandatos nacionales y regionales y numerosas instituciones del país han establecido protocolos de asistencia, prevención, apoyo...

En Diciembre del 2001 se presentó al Congreso de los Diputados la propuesta de Ley Orgánica Integral contra la violencia de género, pero no fue aprobada. Cuatro años más tarde, el 28 de Enero del 2005, entra en vigor la Ley Orgánica de “Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género”. (8)

La secretaría de Estado de Seguridad del Ministerio del Interior en Julio del 2007, pone en funcionamiento el “Sistema de seguimiento integral en los casos de violencia de género (Sistema VioGén)” con el fin de agrupar a las diferentes instituciones relacionadas con la VG, realizar un correcto seguimiento de las víctimas, proporcionar recursos y llevar a cabo una labor preventiva. (9)

Sin embargo, la situación de la VG está sometida a una subestimación de los datos que conocemos, ya que numerosos estudios reflejan tan sólo un 10% de la realidad total (3). Esto es a lo que se hace referencia con el término “iceberg de la violencia de género”, explicando que los datos recogidos de manera oficial se corresponden principalmente con aquellos casos de violencia física y agresiones sexuales que son denunciados. Sin embargo, paralelamente existe un número elevado de casos de violencia que no son identificados o no son reconocidos como VG, lo que ocurre en ocasiones al tratarse de violencia psicológica, económica, social o cualquier tipo de violencia ejercida por hombres en el contexto de una pareja o relación familiar... (2) La información de la VG de género sigue sin corresponderse con la realidad por diversos motivos, entre los que se destacan: la persistencia de la concepción de los problemas de VG como ámbito privado, la falta de información sobre la VG y sus tipos, la existencia de una sociedad patriarcal con una perspectiva social no igualitaria que

perpetúa diferencias entre hombres y mujeres, la falta de recursos y apoyos para las mujeres víctimas, infravaloración de la magnitud del problema por parte de las instituciones públicas...(2)

2.2. Violencia de género: un problema en la atención sanitaria

2.2.1. Visión desde atención primaria:

Las consecuencias de este tipo de violencia, provocan problemas en la salud física y mental de las mujeres y posibles familiares relacionados, ocasionando grandes gastos en el sistema sanitario por las consultas realizadas en el servicio de urgencias, salud mental u otras especialidades implicadas en la atención de los daños generados. El servicio de atención primaria juega un papel de gran importancia en relación con este problema, ya que se trata de un espacio desde donde se puede trabajar: la prevención, el diagnóstico de estas situaciones, iniciar el protocolo de acción y apoyo a las mujeres víctimas... Diversos estudios recogen datos que muestran que casi la totalidad de las mujeres víctimas de VG acudieron a una consulta con su Médico de Atención Primaria (MAP) en el año siguiente a la agresión (3) (2). Siendo esta una oportunidad óptima para que el/la profesional pregunte a la mujer, y favorecer un entorno adecuado para la declaración pertinente.

En España, el primer estudio de prevalencia se realizó en Granada en 2002 recogiendo los datos en las consultas de atención primaria. Sus resultados reflejaron que entre un 23% y un 44% de las mujeres que acudieron a las consultas de AP fueron mujeres que se encontraban en relaciones de malos tratos. (7)

Se ha comprobado que si no se pregunta expresamente a las mujeres, la violencia pasa desapercibida, sobre todo cuando los daños generados no son lesiones evidentes. Son pocos los casos en los que las mujeres declaran voluntariamente, pero sí lo hacen cuando se les pregunta al respecto en consulta. Ante esta situación, diversos estudios realizados en servicios de atención primaria, muestran que es conveniente realizar preguntas específicas para detectar los posibles casos de VG, ya que aumenta el rendimiento. (10) (11) (12). Desde hace años el sector sanitario español empezó a tomar partida en la resolución de este problema. Es especialmente desde la atención primaria desde donde se empezó a plantear un mayor compromiso con la detección y prevención de este problema.

2.2.2. Soluciones y medidas aprobadas en Castilla y León

Con el fin de abordar el problema desde las consultas de atención primaria, en el año 2007 los servicios sanitarios de Castilla y León incorporaron a la Cartera de Servicios de Atención Primaria, un protocolo para la identificación de factores de riesgo, vulnerabilidad y canalización de las necesidades y demandas de manera sistemática a todas las mujeres mayores de 14 años que acudan a consulta (13). Esta medida supone la incorporación de un cribado a las mujeres que acuden a los servicios de atención primaria. En la última actualización de 2019 destaca un apartado llamado “Detección y prevención de violencia de género en mujeres” que mantiene la indicación de realizar una identificación de manera sistemática e incorpora guías clínicas con protocolos de acción para facilitar herramientas a los profesionales de Atención Primaria (14).

2.2.3. Problema en el cribado

Pese a la aprobación de estas medidas, años después se observa como hay una falta del cumplimiento por parte del profesional médico de atención primaria (MAP) y sigue habiendo una falta de identificación de los casos de VG en las consultas de los centros de salud por no realizar correctamente las preguntas necesarias a las mujeres que acuden a estos servicios. (15) (11) Varios estudios analizaron la frecuencia con la que los MAP realizaban el cribado, y se observó que solo al 10% de las mujeres que acudían a consulta se les hacía preguntas en relación con la VG. (16) (3)

Se han realizado investigaciones que recogen los diferentes motivos por los cuales los MAP dicen no realizar el cribado tal y como está indicado: (2) (17) (18)

- No saben cómo preguntar o abordarlo
- Tienen poco tiempo de consulta
- Les resulta difícil hacer este tipo de preguntas a la mujer y tienen miedo a invadir la esfera personal
- Tienen dudas sobre cómo saber si es verdad lo que dice
- Tienen dudas de que el sistema pueda ofrecerle una solución al problema
- Sienten incomodidad ante la situación

2.2.4. Repercusiones sobre la salud mental:

Una de las esferas de la VG, que se encuentra en la parte invisible del problema, es la violencia de tipo psicológico, que los hombres ejercen para lograr su dominio sobre las mujeres. Este tipo de violencia se denuncia menos, y con

menor frecuencia las denuncias llevan a condenas por los jueces u órdenes de protección. Además en la mayoría de las mujeres que sufren cualquier tipo de VG, sufren consecuencias que afectan a su salud mental y son consideradas por las propias mujeres como “más graves que las del maltrato físico”. Algunas de ellas son: ansiedad, depresión, intentos de suicidio, abuso de sustancias, trastornos del sueño y/o del comportamiento alimentario...etc (19) (3) (2). Esto conlleva una mayor asistencia de estas mujeres a las consultas de atención primaria, que son remitidas a Salud mental por síntomas sin causa identificada, en ocasiones por no haber realizado la entrevista adecuada en relación con la VG.

Un estudio realizado por el equipo de salud mental 1º perteneciente al Hospital Clínico Universitario de Valladolid, revisó 48 historias de mujeres en las que se había detectado maltrato de género, que acudieron remitidas por su MAP por este motivo (33,33%) o no (66,66%). Los resultados reflejan el impacto en el ámbito psicosocial de las mujeres que sufren este tipo de violencia y el problema de falta de diagnóstico en las consultas de Atención Primaria y la necesidad de su correcto abordaje. Durante el primer mes tras la primera consulta en Salud mental, un 70% de las mujeres verbalizaron la situación de maltrato, muchas veces en la primera visita, por lo que “es suficiente hacer una buena anamnesis que incluya el maltrato como pregunta”. (20)

Continuando con la misma línea de investigación, este estudio se realiza desde el Área de Psiquiatría, en concreto en dos Equipos de Salud Mental, sobre las mujeres que acuden a las primeras consultas, remitidas desde Atención Primaria, e intenta profundizar si existen diferencias en el abordaje de la VG en las consultas de MAP en función del género de sus profesionales.

2.3. Influencia del género de MAP en el cumplimiento del cribado:

Esta investigación se centra principalmente en la influencia del género del profesional de atención primaria como variable determinante en el correcto cumplimiento del cribado sobre VG.

Algunos de los recursos bibliográficos de apoyo recogen investigaciones realizadas sobre las diferentes actitudes entre las/los profesionales de atención primaria respecto a la VG.

Un estudio realizado en diferentes Centros de Salud en Andalucía, muestra cómo las mujeres médicas de atención primaria muestran una mayor implicación en los problemas psicosociales de las personas que acuden a su consulta (21).

Otra investigación realizada en Reino Unido analizó las diferencias en la percepción y el manejo de la VG según el género de los profesionales, revelando una diferencia a favor de las médicas. (22). “Los hombres tienen una menor implicación en el problema, mostrando una actitud pasiva y de espera a la declaración por parte de la mujer sin tomar la iniciativa para hablar sobre el tema”. Esta situación viene influenciada por la adquisición de unos roles de género que relegan a las mujeres a los cuidados, a la esfera psicosocial y emocional, mientras que a los hombres se les asignan conductas más mecánicas con menor implicación sentimental y una mayor preocupación por las patologías físicas. (22) (23)

3. OBJETIVOS:

Objetivo principal:

- Detectar si el género de los MAP influye en la realización de la pregunta sobre VG, que se indica en la cartera de servicios de Castilla y León, a las mujeres que acuden remitidas desde AP a las consultas de salud mental

Objetivos secundarios:

- Conocer el porcentaje de mujeres que son derivadas por VG, desde AP a Salud Mental
- Analizar las diferencias asignadas según los roles de género de los MAP en cuanto al cumplimiento de realizar la pregunta sobre VG.
- Comparar con los resultados obtenidos en investigaciones previas, sobre el cumplimiento del cribado de VG en los servicios de AP.

4. MATERIAL Y MÉTODOS:

4.1. Diseño del estudio:

Para llevar a cabo el estudio, se ha realizado un estudio descriptivo transversal.

4.2. Población diana y periodo de estudio:

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación (CEIC) del Área de Salud de Valladolid Este, emitiendo un dictamen favorable con el código PI 21-2133. Se declara no tener ningún conflicto de interés.

La investigación se realizó sobre una muestra compuesta por mujeres que acudieron a su primera consulta en dos Equipos de Salud Mental del edificio Rondilla (Hospital Clínico Universitario de Valladolid) remitidas desde atención primaria. Corresponden al Área de Psiquiatría, que posee tres equipos, se redujo a dos, por estar situados en el mismo recinto. Durante un periodo de dos meses (15/2/2021-19/4/2021) se les

proporcionó una encuesta voluntaria autocumplimentada para obtener los datos de la investigación. (Encuesta adjunta en anexos).

4.3. Diseño de la encuesta y variables:

Se diseñó una encuesta en papel de cumplimentación sencilla, voluntaria y rápida que se entregaba a las mujeres de la muestra, y posteriormente las auxiliares del centro archivaban durante el período de estudio. Todo ello de forma anónima y autoaplicada.

Se recogen datos demográficos básicos (edad, nacionalidad, estado civil) y las variables de la investigación que se muestran a continuación. Para ello se hace referencia a las dos preguntas contenidas en la versión corta del WAST (Woman Abuse Screening Tool) validado para su uso en atención primaria en España (Adjunto en anexos). (24)

Para facilitar la cumplimentación y el posterior análisis de los resultados, las variables de estudio se presentan de manera dicotómica con preguntas cerradas y se define el término de Violencia de Género en la pregunta en la que se le hace referencia.

Las variables de la investigación son:

- Género de su MAP habitual: hombre o mujer
- Si alguna vez su MAP le ha hecho las preguntas del WAST o alguna otra relacionada con la VG: si o no
- Si el motivo por el que acude a la consulta de salud mental está relacionado con la VG: si o no

4.4. Recogida de datos y análisis estadístico:

Los datos obtenidos de las encuestas, se recogieron en una base de datos con el programa Excel. Dado el carácter anónimo de la encuesta, es posible que algún profesional sanitario haya derivado más de una persona al equipo de Salud Mental, esta variable no puede ser controlada. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS 24.0 con licencia oficial de la Universidad de Valladolid.

A excepción de la edad, todas las variables empleadas son cualitativas nominales expresadas con porcentajes (%). Se analiza la asociación entre las variables de interés empleando el test chi-cuadrado con corrección por continuidad para tablas de 2x2, (utilizando la corrección de Fisher y Yates si fuese necesario).

5. RESULTADOS:

5.1. Datos demográficos:

De un total de 357 mujeres nuevas en dicho periodo, se completaron 167 encuestas, considerando válidas 143 (85,63%) y descartando 24 (14,37%) por no estar correctamente cumplimentadas. A partir de ahora, se tomará de referencia como valor total, la cifra de 143 correspondientes a las encuestas válidas. La edad media de las mujeres es de 45 años con una desviación estándar de 17,18. La nacionalidad predominante es la Española (86,7%), a continuación la Búlgara (3,5%) y el resto con una frecuencia de 1 o 2. En cuanto al estado civil, 39,9% están casadas, 25,9% son solteras, 17,5% tienen una relación de pareja, y con una frecuencia similar al 8% se encuentran tanto las que están divorciadas como las que son viudas.

5.2. Datos del cribado de VG en MAP según los resultados del estudio:

El estudio reveló que tan solo a 25 (17,48%) del total de mujeres de las encuestas válidas, en algún momento su MAP habitual realizó el cribado de VG con alguna de las preguntas de la versión corta del WAST u otra pregunta relacionada con la VG, frente a las 118 mujeres (82,52%) que nunca fueron preguntadas.

5.3. Influencia del género de MAP en el cumplimiento del cribado de VG:

Los datos del estudio mostraron la siguiente distribución en cuanto al género del MAP habitual de las mujeres encuestadas: 34 hombres (23,78%) y 109 mujeres (76,22%). Se contactó con la gerencia de Atención primaria de la zona Este de Valladolid, para conocer los datos del número de hombres y mujeres que trabajan como MAP en los Equipos de Atención Primaria (EAP) correspondientes a estos ESM: 42 hombres (33,9%) y 82 mujeres (66,1%).

Dentro del grupo de las 25 mujeres encuestadas que sí recibieron un correcto cribado de VG por parte de su MAP, se observa la siguiente distribución del género de su MAP: 9 de ellas tenían un MAP hombre (36% del total de MAP que realizaron el cribado) y 16 tenían un MAP mujer (64% del total de MAP que realizaron el cribado). Sin embargo, teniendo en cuenta que había una diferencia en el número de MAP hombres (34) y mujeres (109), se analizó la relación entre la variable “cribado de VG” y los dos grupos diferenciados en función del género del MAP (hombre o mujer). Al calcular las proporciones, podemos comparar los datos de la frecuencia con la que se realiza el cribado en cada uno de los grupos según el género de su MAP.

En la tabla adjunta se observa como en el grupo con un MAP hombre, en un 26,5% de los casos, si se realizó el cribado de VG empleando preguntas de la versión corta del WAST u otras relacionadas con VG, sin embargo en el grupo cuyo MAP es una mujer, solo en un 14,7% se realizó el cribado a sus pacientes.

Tabla cruzada Cribado VG*Género MAP

			Género MAP		Total
			hombre	mujer	
Cribado VG	no	Recuento	25	93	118
		% dentro de Género MAP	73,5%	85,3%	82,5%
	si	Recuento	9	16	25
		% dentro de Género MAP	26,5%	14,7%	17,5%
Total		Recuento	34	109	143

Tabla 1: datos frecuencia de la realización del cribado de VG en cada uno de los grupos según el género de MAP (hombre/mujer)

Se emplea el test chi-cuadrado con corrección por continuidad, para estudiar la asociación entre la variable “cribado de VG” y el género de MAP. Se establece como Hipótesis nula (H0): no hay diferencia en la proporción de mujeres a las que se les realizó un correcto cribado de VG (con la versión corta del WAST o preguntas relacionadas con la VG) entre aquellas cuyo MAP era un hombre y las que era una mujer. Tomando los datos de corrección de continuidad, se observa el valor X^2 : 1,747 y p: 0,186, siendo este un valor no significativo ($>0,05$).

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,498 ^a	1	,114		
Corrección de continuidad ^b	1,747	1	,186		
Razón de verosimilitud	2,322	1	,128		
Prueba exacta de Fisher				,126	,096
N casos válidos	143				

a. 0 casillas (0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,94.

Tabla 2: prueba chi-cuadrado para las variables “cribado de VG” y género MAP

5.4. Análisis datos de mujeres que sufren VG y acuden a las consultas de salud mental:

La variable “motivo VG” agrupa los casos de mujeres que acuden a una primera consulta en el servicio de salud mental por problemas relacionados con sufrir VG.

En el estudio se observaron 9 casos de mujeres que acudieron a una primera consulta en salud mental por motivos relacionados con la VG. Los datos muestran cómo en 6 de estos casos (66,66% del total de mujeres que acuden por estos motivos) nunca fueron preguntadas por la VG en sus consultas a MAP (en 4 de ellas su MAP es mujer y en 2 hombre). Solo en 3 casos (33,33% de este total de mujeres) su MAP habitual (en 2 casos es mujer, y en 1 es hombre) les había preguntado alguna vez por la VG.

Tabla cruzada Cribado VG*motivo VG

		motivo VG		Total	
		no	si		
Cribado VG	no	Recuento	112	6	118
		% dentro de motivo VG	83,6%	66,7%	82,5%
	si	Recuento	22	3	25
		% dentro de motivo VG	16,4%	33,3%	17,5%
Total		Recuento	134	9	143
		% dentro de motivo VG	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 3: datos frecuencia de la realización del cribado de VG en cada uno de los grupos según si el motivo de consulta en salud mental tiene relación con la VG.

6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN:

La primera limitación de esta investigación es que solamente el 46,77 % de las mujeres nuevas que acudieron a primera consulta respondieron al cuestionario, a pesar de que las auxiliares administrativas lo entregaron con la historia. Aunque este es anónimo y rellenarlo lleva menos de 3 minutos; es posible que entregarlo a las mujeres para que lo rellenaran, al finalizar la primera consulta, puede haber motivado esta importante pérdida de encuestas. La mayoría de los profesionales implicados manifestó una posición colaboradora y participativa, mejorando el cuestionario. Es posible, el olvido en su entrega, pero este hecho no se ha podido controlar. Cuando se ha encuestado a algunos de los profesionales, se ha comprobado que, cuando ellos lo

rellenan y lo entregan, se consigue una mejor adherencia y excepcionalmente las mujeres se niegan a contestar. Este hecho deberá ser controlado en futuras investigaciones.

El cribado de VG continúa teniendo un cumplimiento insuficiente en las consultas de MAP. En este estudio se observa como solo al 17,48% del total de mujeres encuestadas, en alguna visita a su centro de salud con su MAP habitual, se les realizó el cribado utilizando la versión corta del WAST u otras preguntas relacionadas con la VG.

Estos datos reflejan resultados similares a los obtenidos en estudios previos (12) (3) (15). Cabe destacar que solo dos de estos estudios fueron realizados con perspectiva de género (12) (15), el resto no. Se observó una práctica reducida del cribado de VG en las consultas de MAP, aunque se observa un incremento en relación con estudios anteriores similares:

Uno de ellos, se realizó en la comunidad de Castilla y León en el año 2011. Se incluyó una muestra de 832 médicos de familia que trabajaban en la comunidad y se obtuvo que solo el 2,8% decía “preguntar siempre o casi siempre por VG”. En este mismo estudio, se entrevistaron a 321 mujeres atendidas en Asociaciones de Víctimas de malos tratos y Agresiones sexuales (ADAVAS), las cuales referían que solo en el 9,2% de los casos su MAP le preguntó directamente por sospechar VG. (23)

En la comunidad de Murcia en el año 2015, también se realizó un estudio para valorar el cumplimiento del cribado de VG en los centros de salud de la zona, obteniendo que solo 7,57% de los MAP “indagan siempre o casi siempre acerca de VG en la consulta”. (25)

Estudios internacionales también avalan esta situación de incumplimiento del cribado. (10) (16). En Melbourne se analizaron las respuestas de 1441 mujeres que habían sufrido VG, obteniendo que 87,8% nunca fueron preguntadas por su MAP y observando que las mujeres que fueron preguntadas, se mostraron 2 veces más dispuestas a declarar. (11).

La falta de cumplimiento, contrasta con las evidencias existentes en cuanto al beneficio obtenido al realizar este cribado en las consultas de MAP. (11) (10) (12) (2). A los 4 años de la implantación del sistema de cribado en la cartera de servicios del servicio de Atención Primaria en Castilla y León, se realizó un estudio para analizar su funcionamiento. Los resultados mostraron como los casos confirmados de VG registrados en el “Servicio de detección precoz”, aumentaron de un 1,4% a un 23,5% cuando las mujeres eran preguntadas directamente en las consultas de MAP. (15)

En el año 2007, se realizó una revisión sistemática de 22 estudios para tener en cuenta las barreras existentes en la falta de detección de VG por los profesionales sanitarios, reportando en su mayoría (45,5%) la percepción de que “no es papel de los profesionales sanitarios hacer el cribado de VG”. Otros estudios y guías clínicas, recogen los problemas existentes en la detección de VG. En los referidas por los MAP se encuentran algunos de los siguientes motivos por los cuales no realizan el cribado: sentir inseguridad al abordar este tipo de problemas, miedo a ofender a la paciente e invadir su intimidad, miedo a implicarse demasiado, no tener una formación suficiente para manejar situaciones de VG, tener internalizados estereotipos y mitos sociales sobre la VG ...etc. (26) (27) (3) (17) (18) (13) (2)

En cuanto a la barrera de la falta de formación sobre VG, se observa una diferencia entre ambos géneros en el tiempo invertido a la investigación y las actividades de formación, de manera que los profesionales hombres dedican más tiempo a este tipo de actividades en comparación a sus compañeras. (21) Sin embargo, a la hora de realizar cursos formativos sobre VG, la mayoría de las profesionales que acuden son mujeres (25), pero también es cierto que la profesión médica lleva varias décadas con una mayoría aplastante de mujeres graduadas.

Es conveniente tener en cuenta la perspectiva de las mujeres que son atendidas en las consultas, ya que, a pesar de las falsas creencias, existe una buena aceptación ante ser preguntadas por VG, que es la única manera de detectarla. Ellas, consideran la figura de su MAP como “la primera profesional a quien revelarían una situación de maltrato” (28). Además, perciben la pregunta como un gesto de atención por parte de su MAP y no lo consideran como una intromisión en su esfera personal.

La investigación llevada a cabo en el 2018 en Castilla y León para valorar la evolución a los cuatro años de la implantación del cribado, demostró que un 96,6% de las mujeres de la muestra “está a favor de ser preguntadas por la posibilidad de sufrir VG” (15). Otro estudio ya mencionado, realizado en 2011 en Castilla y León, recogió el testimonio de mujeres que habían sufrido VG, de las cuales el 91,3% expresó que “no les molestaría que su médico o enfermera le hubiese preguntado si sufría malos tratos” y 86,87% consideraron necesario “que se incluyese una pregunta rutinaria en la historia clínica”. (23)

El género de los MAP se plantea como posible factor influyente en la realización del cribado de VG. Por ello en este estudio, se analizó la correlación entre las variables recogidas en las encuestas. En el grupo de mujeres cuyo MAP habitual es un hombre, el 26,5% fueron interrogadas en alguna ocasión con la versión corta del WAST u otras

preguntas relacionadas con la VG. Sin embargo, en el grupo cuyo MAP es una mujer, el porcentaje disminuye a un 14,7%. Estos resultados obtuvieron un valor estadísticamente no significativo, por lo que no se puede rechazar la H0 y no se puede concluir que exista una diferencia significativa en la frecuencia del correcto cribado de VG entre el grupo cuyo MAP es un hombre y el grupo cuyo MAP es una mujer. Por ello, la interpretación debe hacerse con cautela, aún más si se tiene en cuenta que, a pesar del adecuado tamaño de la muestra (143), solo 25 de las encuestas nos proporcionan datos para la comparación de la influencia del género en el cribado de VG. Sería necesario ampliar el tamaño del estudio para así lograr un análisis significativo que permita confirmar los hallazgos, aunque es complicado por la desigual proporción de los MAP.

La distribución desigual del género, masculino y femenino, de los MAP de la muestra, es bastante similar a la composición de los Equipos de AP de la población correspondiente. Esto permite proponer unas conclusiones, que son provisionales, por los motivos arriba expuestos, pero que apuntan a futuras líneas de investigación sobre tendencias cambiantes en la actitud de los MAP según el género.

A pesar de los pocos MAP hombres en el estudio, parecen estar más sensibilizados con el cribado de VG en comparación con sus compañeras. Estudios previos, muestran unos resultados que difieren a los obtenidos:

En el año 1999, un estudio transversal realizado en México a través de una encuesta a 269 profesionales, mostró que las mujeres MAP tenían 2.3 veces mejores actitudes y más favorables hacia la identificación de casos de VG. (17). Años más tarde, se realizaron estudios similares en países como Sudán, Líbano, Australia y Nueva Zelanda, observando de nuevo como las mujeres que ejercían su profesión en la medicina de atención primaria, tenían una mayor tasa de diagnóstico e intervención ante casos de VG, por lo que afirmaron que “ser mujer tiene una correlación positiva con un mejor conocimiento sobre VG y deseo de intervenir”. (29) (30) (11).

En 2006 la Universidad de Oxford publicó un nuevo estudio que concluyó que “las MAP mujeres mostraban un mayor interés en los problemas psicosociales de sus pacientes y detectaban más activamente casos de VG en sus consultas”, por lo que “recomendaron a los MAP hombres tener en cuenta el impacto de su masculinidad en la visión que tienen respecto a la sexualidad y las relaciones de pareja y cómo esto puede afectar a sus pacientes y al modo de abordar la VG en sus consultas”. (22)

En España, en 2015 un estudio llevado a cabo en los centros de salud de Murcia, reveló una diferencia de 0,56 puntos a favor de las MAP mujeres en “la detección de

situaciones de mayor riesgo de VG” y una diferencia de 1,39 puntos a favor de ellas a la hora de “identificar síntomas que deberían hacer pensar en VG” respecto a sus homólogos hombres. (25)

Con estos resultados, es importante prestar atención a las cuestiones relacionadas con el género de las personas que ejercen en MAP. De esta manera se podrá seguir trabajando en su efecto barrera para detectar la VG y continuar buscando solucionar los problemas derivados de la misma. Numerosos estudios realizados a lo largo de los últimos años, muestran una diferencia en la percepción de la VG por parte del MAP y sus actitudes en consulta, en función de si se trata de un hombre o una mujer.

Un ejemplo es el estudio ya mencionado, llevado a cabo por Sonia Herrero en 2011 en Castilla y León, en el cual se sostiene que “las MAP mujeres consideraban la VG un problema sanitario en mayor medida que los hombres”. (23).

Teniendo en cuenta los roles de género, y su impacto en la manera de ejercer la medicina en las consultas, en Andalucía se realizó una investigación centrada en el tema, y se manifestó que las médicas hacen más preguntas y “muestran más interés por los aspectos sociales y relacionales de sus pacientes” en comparación a los médicos. (21)

Todos estos resultados no son más que un reflejo del gran impacto que tienen los roles de género impuestos por el entorno en el que se desarrolla la actividad profesional. Este contexto está basado en un sistema no equitativo entre hombres y mujeres que perpetúa una situación de dominancia del género masculino sobre el femenino. Esta situación se ve claramente representada en el funcionamiento de la VG, siendo el machismo la raíz del problema. Se trata por lo tanto de “un problema de los hombres que sufren las mujeres”. (25)

Finalmente, este estudio recogió en las encuestas si el motivo por el que las mujeres acudían a las consultas de salud mental guardaba relación con la VG, obteniéndose los siguientes resultados: 9 (6,3% de las mujeres encuestadas) acudían por motivos relacionados con la VG, de las cuales solo 3 de ellas (33,33%) habían sido interrogadas sobre el tema en sus consultas de MAP. En estos casos, 2 de ellas tenían un MAP mujer, y 1 tenía un MAP hombre.

Esta misma situación se presentó en el estudio retrospectivo, realizado en el 2018 en el equipo de salud mental 1º Este, del HCU de Valladolid. En el 66,66% de los casos de mujeres en las que se detectó VG y fueron atendidas en las consultas de Salud mental, no se había identificado hasta entonces el problema causante de su sintomatología. En el primer mes de la primera consulta en salud mental, se produjo la

verbalización del maltrato en un 70% de los casos. (20). Aunque hay una diferencia importante en la metodología de los dos estudios y también en la casuística, el porcentaje de detección de la VG de los profesionales de AP sigue siendo muy escaso.

La VG ejerce daño sobre las mujeres de manera muy diversa, entre la que se encuentra la afectación sobre la salud mental de las mujeres con síntomas como: depresión, ansiedad, intentos de suicidio, abuso de sustancias, trastornos del sueño...etc. (3) (2) (19). El maltrato de tipo psíquico es registrado con mayor frecuencia, por ejemplo, en el estudio llevado a cabo en Murcia ya mencionado, se contabilizó en el 70,6% de los casos registrados. (25)

7. CONCLUSIONES:

- El porcentaje de mujeres con VG que son derivadas desde AP a Salud Mental por este motivo es muy bajo.
- A pesar del incremento en el uso del cribado de VG (WAST o similar) en AP, aún no es suficiente para alcanzar una detección adecuada de la VG.
- Una encuesta hetero aplicada por el MAP en futuros estudios, disminuirá el porcentaje de mujeres que no entregan la encuesta, que constituye una limitación de este estudio..
- Los resultados extraídos indican una necesidad de implementar la formación y sensibilización de los profesionales sanitarios, de AP y Especializada, para mejorar la detección y atención de los problemas suscitados por la VG.
- La no significancia estadística, producto del insuficiente tamaño muestral, impide extraer una conclusión definitiva en relación a la influencia del género de los profesionales y su actitud ante la VG.
- Las grandes diferencias entre la población médica de hombres y mujeres de la muestra, muy similar a la composición de los EAP, indica la necesidad de seguir realizando más estudios diferenciados con perspectiva de género, para conocer si ha mejorado la sensibilización de los profesionales sanitarios varones, como apunta este estudio de forma provisional, en contra de lo que se ha encontrado hasta ahora en la literatura revisada.

8. BIBLIOGRAFÍA:

1. Junta de Castilla y León. Ley 13/2010, de 9 de diciembre, contra la Violencia de Género en Castilla y León [Internet]; [citado 12 de enero de 2021]. Disponible en: <https://familia.jcy.es/web/jcy/Familia/es/Plantilla100Detalle/1246988964069/Normativa/1284151459704/Redaccion>

2. Andrés Domingo P, Balaguer Callejón A, Blanco Prieto P. La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública [Internet]. Comunidad de Madrid; 2003. Disponible en: https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/articulos-interes.ficheros/261278-Madrid_La%20violencia%20contra%20las%20mujeres%20como%20un%20problema%20de%20salud%20p%C3%ABlica.pdf
3. Fernández Alonso M del C, Herrero Velázquez S. Guía de actuación ante los malos tratos contra la mujer. Valladolid: SocalemFYC; 2005. 115 p. (Violencia Doméstica).
4. Lozano FA, Alberdi I, Matas N. La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Reis [Internet]. 2003 [citado 3 de abril de 2021];(102):320. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/10.2307/40184547?origin=crossref>
5. Asuntos incoados. Víctimas Violencia de género, Personas Denunciadas (34967) [Internet]. Instituto Nacional de Estadística (INE). [citado 12 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=34967#!tabs-tabla>
6. Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades - Mujeres en Cifras - Violencia - Víctimas Mortales por Violencia de Género [Internet]. [citado 3 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.inmujer.gob.es/MujerCifras/Violencia/Macroencuestas.htm>
7. Instituto Andaluz de la Mujer. Actas de las jornadas Andaluzas Mujeres y Salud. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Málaga; 2006. 140 p.
8. BOE.es - BOE-A-2004-21760 Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. [Internet]. [citado 3 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2004/12/28/1/con>
9. Sistema VioGén - Ministerio del Interior [Internet]. Servicios al Ciudadano. [citado 3 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.interior.gob.es/web/servicios-al-ciudadano/violencia-contra-la-mujer/sistema-viogen>
10. Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. BMJ [Internet]. 2 de febrero de 2002. Irlanda. [citado 5 de abril de 2021];324(7332):271. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC65059/>
11. Hegarty KL, Taft AJ. Overcoming the barriers to disclosure and inquiry of partner abuse for women attending general practice. Australian and New Zealand Journal of Public Health [Internet]. 2001 [citado 5 de abril de 2021];25(5):433-7. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-842X.2001.tb00288.x>
12. Diez BS. Relatos de los equipos de salud mental de atención primaria (aps) acerca del abordaje de la violencia de género en la pareja. Ciência & Saúde Coletiva. Valparaíso, Chile. [Internet]. Diciembre de 2012 [citado 5 de abril de 2021];17(12):3301-10. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232012001200015&lng=en&nrm=iso&tlng=es

13. Guía clínica de actuación sanitaria ante la violencia de género [Internet]. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. Gerencia regional de la salud. 2019[citado 5 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/guia-clinica-actuacion-sanitaria-violencia-genero>
14. Cartera de Servicios de Atención Primaria 2019[Internet]. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. [citado 12 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios/cartera-servicios-atencion-primaria>
15. Sainz de Andueza M. Análisis y validación de los resultados del servicio de cribado de violencia de género en Castilla y León a los 4 años de su puesta en marcha [Internet]. 2018 [citado 18 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/30232>
16. Rodriguez MA, Bauer HM, McLoughlin E, Grumbach K. Screening and intervention for intimate partner abuse: practices and attitudes of primary care physicians. JAMA [Internet]. 4 de agosto de 1999;282(5):468-74. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10442663/>
17. Méndez-Hernández P, Valdez-Santiago R, Viniegra-Velázquez L, Rivera-Rivera L, Salmerón-Castro J. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. salud pública mex [Internet]. 2003 [citado 3 de abril de 2021];45(6):472-82. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=16327>
18. Mejía R, Alemán M, Fernández A. Conocimientos y detección de violencia doméstica por los médicos clínicos. Buenos Aires; 2000. Fundación Propuesta [Internet]. 2000 [citado 3 de abril de 2021]; Disponible en: <http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol60-00/5-1/violenciadomestica.htm>
19. Carrillo PV, Herranz JS. Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres [Internet]. Instituto de la Mujer; 1999 [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=47486>
20. Espina Barrio J.A. y Marques P. et al. Análisis preliminar de los roles de género en mujeres maltratadas que acuden a consulta en un centro de salud mental. 2018[Internet]. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. [citado 5 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/articulos-interes.ficheros/1036658-ANALISIS%20ROLES%20GENERO%20MALTRATO%20DEF.pdf>
21. Delgado A, López-Fernández L, Luna J. Ser médico o médica marca diferencias en la práctica asistencial. Atención Primaria. Granada. [Internet]. 31 de diciembre de 2001;28:219-26. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/257058643_Ser_medico_o_medica_marc_a_diferencias_en_la_practica_asistencial
22. Wong SHLF, Jonge AD, Wester F, Mol SSL, Römken RR, Lagro-Janssen T. Discussing partner abuse: does doctor's gender really matter?. Family Practice [Internet]. 1 de octubre de 2006 [citado 11 de marzo de 2021];23(5):578-86. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/fampra/cml004>

23. Herrero Velázquez S. Conocimientos y actitudes de los médicos de familia de Castilla y León respecto a la violencia doméstica y estudio de opinión de las víctimas de maltrato en relación a su actuación. [Valladolid]: Universidad de Valladolid,; 2011.
24. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Hernández-Torres E. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. Gaceta Sanitaria [Internet]. octubre de 2008 [citado 4 de abril de 2021];22(5):415-20. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112008000500005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
25. López RM. Actitudes y actuación de los médicos de familia respecto a la violencia de género en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia [Internet] [http://purl.org/dc/dcmitype/Text]. Universidad de Murcia; 2016 [citado 5 de abril de 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=126970>.
26. Hegarty K, Tarzia L. Identification and Management of Domestic and Sexual Violence in Primary Care in the #MeToo Era: an Update. Curr Psychiatry Rep [Internet]. 8 de febrero de 2019 [citado 10 de marzo de 2021];21(2):12. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11920-019-0991-6>
27. Oram S, Khalifeh H, M Howard L. Violence against women and mental health-ClinicalKey. The Lancet Psychiatry [Internet]. 10 de marzo de 2021 [citado 10 de marzo de 2021]; Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S2215036616302619?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS2215036616302619%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F>
28. Miguel Luken V de. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2015. 468 p. (Contra la violencia de género Documentos). Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/coleccion/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf
29. Ahmed AM, Abdella ME, Yousif E, Elmardi AE. Response of Sudanese doctors to domestic violence. Saudi Med J [Internet]. octubre de 2003;24(10):1077-80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14578972/>
30. Usta J, Feder G, Antoun J. Attitudes towards domestic violence in Lebanon: a qualitative study of primary care practitioners. Br J Gen Pract [Internet]. junio de 2014;64(623):e313-320. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24868068/>

9. AGRADECIMIENTOS:

A todo el personal de los ESM, por apoyar y colaborar en el estudio. A las auxiliares administrativas por proporcionar y recoger las encuestas. A la gerencia de AP del Área Este de Valladolid por haber proporcionado los datos necesarios. Y a todas las mujeres que han participado completando las encuestas.

ANEXOS:

ANEXO 1: Versión corta del Woman Abuse Screening Tool (WAST)

1. In general, how would you describe your relationship?

En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?

A lot of tension Some tension No tension

Mucha tensión Alguna tensión Sin tensión

2. Do you and your partner work out arguments with:

Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:

Great difficulty Some difficulty No difficulty

Mucha dificultad Alguna dificultad Sin dificultad

ANEXO 2: Encuesta utilizada en el estudio

ENCUESTA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Hospital Clínico Universitario y Universidad de Valladolid

Edad actual:

Nacionalidad:

Indique con un círculo las situaciones con las que identifique su estado civil actual:

Soltera Casada Pareja Divorciada Viuda Otro

1- Indique con un círculo el género de su médico/a de cabecera habitual en su centro de salud:

Hombre

Mujer

2- Alguna vez su médico/a de cabecera habitual le ha preguntado sobre: el grado de tensión en su relación de pareja, o la dificultad con la que resuelven las discusiones, o alguna otra pregunta relacionada con la violencia de género: (Que es todo maltrato que el hombre ejerce sobre la mujer por el hecho de ser mujer):
(Indique con un círculo la respuesta)

Si

No

3- El motivo por el que acude a esta consulta, ¿está relacionado con la violencia de género? (Indique con un círculo la respuesta)

Si

No

POSTER:

INFLUENCIA DEL GÉNERO DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LAS MUJERES DERIVADAS A SALUD MENTAL



Alumna: María Jolín R.
Tutor: José Antonio Espina B.
Facultad de Medicina de Valladolid
Hospital Clínico Universitario de Valladolid



INTRODUCCIÓN

La violencia de género (VG) es un problema social que a nivel mundial afecta a miles de mujeres cada año. Se han establecido estrategias para erradicarlo, como el cribado en las consultas de Atención Primaria, pero su incumplimiento perpetúa la falta de diagnóstico

OBJETIVOS

El objetivo **principal** es estudiar si el género de los médicos de atención primaria (MAP) influye en la realización del cribado de violencia de género.
Los objetivos **secundarios** son: conocer el porcentaje de mujeres que son derivadas a Salud Mental desde Atención Primaria por violencia de género, y analizar, según los roles de género, las diferencias en las actitudes de los profesionales ante estas situaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio **descriptivo transversal**.
- Se analizaron encuestas voluntarias, anónimas y autocompletadas por mujeres que en un periodo de 2 meses acudieron a su primera consulta en Salud Mental del Hospital Clínico Universitario de Valladolid remitidas desde Atención Primaria.
- Se recogieron datos demográficos y variables relacionadas con el género de su MAP, el cribado de VG y el motivo de consulta a Salud Mental
- Los datos se almacenaron en una base de datos Excel y se analizaron con el paquete estadístico SPSS 24.0

RESULTADOS

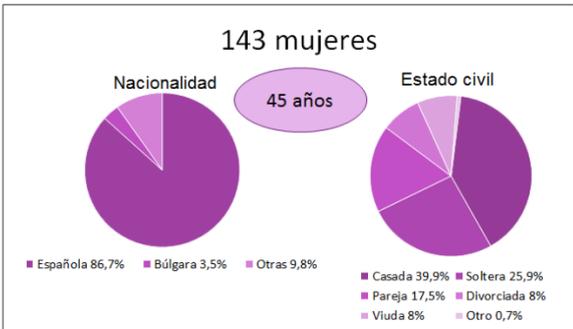


Figura 1. Datos demográficos

Cribado VG	Género MAP		Total
	Hombre	Mujer	
NO	25 (73,5%)	93 (85,3%)	118 (82,5%)
SI	9 (26,5%)	16 (14,7%)	25 (17,5%)
Total	34	109	143

Tabla 1. Tabla cruzada "cribado VG " y Género MAP: p valor=0,186

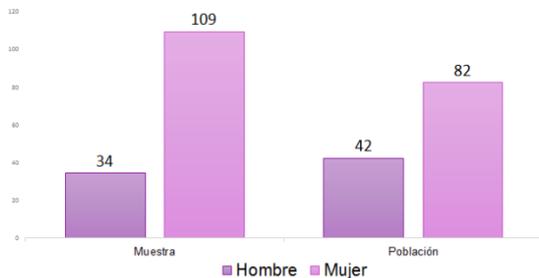


Figura 2. Distribución del género de MAP

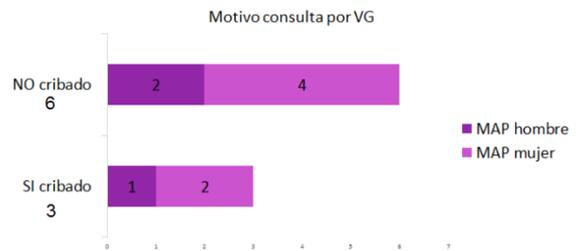


Figura 3. Motivo consulta a Salud Mental relacionado con VG

CONCLUSIONES

Se necesita implementar la formación y sensibilización de todos los profesionales en la VG. Se precisan realizar más estudios con perspectiva de género, para confirmar si como apunta de forma provisional este estudio: "ha mejorado la sensibilización de los profesionales varones sobre la VG"

Bibliografía:

- Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades - Mujeres en Cifras - Violencia - Víctimas Mortales por Violencia de Género [Internet]. Disponible en: <https://www.inmujer.gob.es/MujerCifras/Violencia/Macroencuestas.htm>
- Sainza Andueza M. Análisis y validación de los resultados del servicio de cribado de violencia de género en Castilla y León a los 4 años de su puesta en marcha [Internet]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/30232>
- Espina Barrio J.A. y Marques P. et al. Análisis preliminar de los roles de género en mujeres maltratadas que acuden a consulta en un centro de salud mental. 2018 [Internet]. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/articulos/interes-ficheros/1086658-ANALISIS%20ROLES%20GENERO%20MALTRATO%20DEF.pdf>

