



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad Ciencias de la Salud

MÁSTER OFICIAL

EN SEXOLOGÍA

Curso Académico 2010/2011

Trabajo de Fin de Máster

**ANÁLISIS DE LOS FACTORES DETERMINANTES PARA LA
APLICACIÓN DEL PROTOCOLO ANDALUZ PARA LA ACTUACIÓN
SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS
SERVICIOS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE LA
PROVINCIA DE ALMERÍA.**

Autor: María del Mar Pérez Oteros

Tutor: Dr. Tesifón Parrón Carreño

ÍNDICE:

1. Introducción	pág.3
1.1. La Violencia de género como problema de Salud Pública.....	pág.5
1.2. El Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género	pág.6
1.3. Barreras institucionales y personales para la Detección de la Violencia de Género por parte de los profesionales sanitarios.....	pág.8
1.3.1. Las actitudes del personal sanitario ante la detección de casos de violencia contra la mujer: influencia del sexismo y la empatía ante la detección de la violencia de género.....	pág.9
2. Justificación del tema	pág.11
3. Objetivos	pág.12
4. Material y métodos	pág.12
4.1. Participantes	pág.13
4.2. Variables e Instrumentos	pág.13
4.3. Análisis de datos	pág.15
5. Resultados	pág.16
5.1. Análisis univariante	pág.16
5.2. Análisis bivariante	pág.24
5.3. Análisis de correlaciones	pág.35
6. Discusión	pág.38
7. Conclusiones	pág.40
8. Referencias bibliográficas	pág.41
9. Anexos	pág.44
9.1. Cuestionario	
10. Agradecimientos	pág.48

1. INTRODUCCIÓN:

En 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer”. En su artículo 1 la define 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 la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (Asamblea General de Naciones Unidas, 1993).

La **violencia doméstica**, de **género** y **contra las mujeres** son tres denominaciones que a menudo se utilizan indistintamente a pesar de sus diferentes connotaciones. La primera denominación dota a la violencia de un carácter privado, es decir, los agresores son personas cercanas a las agredidas y se suele producir en el ámbito doméstico (García-Moreno, 2000).

La segunda, está cargada de ideología y hace referencia al hecho de que la violencia se basa en la desigualdad de género (una forma de poder masculino para mantener su dominio y subordinación de las mujeres). El Género “...es un concepto sociocultural ligado a las costumbres y al significado que se da a las atribuciones femeninas y masculinas, que pueden diferir entre sociedades y en el tiempo...”(Rohlf y Valls-Llobet, 2003). La violencia de género incluye, por definición, más tipos de violencia, que la ejercida contra la mujer en la pareja. Estas formas son: el acoso sexual, la intimidación en el trabajo, el abuso sexual de niñas, la mutilación genital femenina, la violación marital, la explotación sexual, el tráfico de mujeres, la prostitución y la violencia perpetrada por el Estado (García-Moreno, 2000).

La violencia contra la mujer y tercera definición, es bastante explícita ya que realza que la violencia es, en su mayoría, perpetrada por los varones (Rohlf y Valls-Llobet, 2003).

Ante la falta de consenso en la literatura científica para referirnos al problema de estudio, la autora se referirá indistintamente con cualquiera de las tres denominaciones descritas con anterioridad.

La violencia contra la mujer supone un problema social y de Derechos humanos, que repercute de manera directa en la Salud y en el bienestar de todas las mujeres afectadas y de las personas que conviven en esa situación (Méndez-Hernández et al, 2003).

La prevalencia suele estar subestimada ya que las cifras registradas por los servicios de salud y las que barajan las administraciones de justicia representan la punta del iceberg, sólo constanding los casos de extrema violencia o aquellos en los que la víctima decide denunciar, los cuales sólo son la minoría (Ruiz-Pérez, Blanco-Prieto y Vives-Cases, 2004). La OMS ha declarado que la prevención de la violencia es una prioridad que exige un conocimiento exhaustivo de su magnitud (OMS, 2002).

Según datos proporcionados por el Observatorio de la Mujer el número total de denuncias por violencia de género de Enero de 2007 a Diciembre de 2009 en España fue de 403.958, en Andalucía la cifra fue de 84.206 y solamente en la provincia de Almería fue de 7.383 denuncias. En cuanto a las víctimas mortales en el periodo de Enero 2003 a Diciembre 2009 hubo un total de víctimas que ascendió a 471 mujeres. Sólo en lo que llevamos de año el número es de 23 víctimas mortales por violencia de género, pero por supuesto este número sigue aumentando.

1.1. La Violencia de género como problema de salud pública.

La violencia hacia las mujeres ocasiona consecuencias en la salud física, psicológica y social (García-Moreno, 2000).

En cuanto a la salud física se encuentran las lesiones traumáticas, los trastornos ginecológicos, los daños a la salud reproductiva y el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual. Las mujeres en edad reproductiva pierden 20 años de vida saludable a causa de la violencia. Durante el embarazo el abuso representa riesgos tanto para la madre como para el feto, entre los que destacan el bajo peso al nacer, escaso aumento de peso en la madre, parto prematuro, anemia e infecciones (Ruiz-Pérez, Blanco-Prieto y Vives-Cases, 2004).

La violencia de género está infradiagnosticada pero sólo conociendo parcialmente la magnitud del problema, se puede afirmar que la violencia contra las mujeres es un problema de salud pública (Rohlf s y Valls-Llobet, 2003).

Hay evidencia de que las mujeres maltratadas hacen un mayor uso de los servicios de urgencias y de las consultas de atención primaria, con quejas algo inespecíficas y ambiguas que enmascaran el problema de fondo (Blanco-Prieto y Ruiz-Jarabo, 2002).

El hecho de preguntar sistemáticamente a todas las mujeres que acuden a los servicios sanitarios en Atención Primaria u Hospitalaria, si padecen o han padecido situaciones de violencia doméstica aumenta las posibilidades de esa mujer de recibir información y asistencia adecuada y por supuesto aumenta el diagnóstico (García Moreno, 2002).

Las instituciones sanitarias son un punto clave para la detección y prevención del maltrato en la mujer (OMS, 2002). Se ha demostrado que el 70% de las mujeres maltratadas esperan que el profesional sanitario sea el que les pregunte con empatía y en un clima de confianza sobre la situación que viven (Fawcett, Venguer, Vernon y Pick, 1998).

La elevada prevalencia de la violencia doméstica justifica plenamente que se realiza una detección rutinaria (Buck y Collins, 2007). La identificación temprana de la violencia puede reducir las consecuencias y el sufrimiento de quien la padece (OMS, 2002). No obstante, el personal sanitario encuentra muy difícil el reconocer, preguntar y atender a las víctimas de la violencia contra las mujeres (Rohlf s y Valls-Llobet, 2003).

1.2. El Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género.

El Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género fue creado para proporcionar a los profesionales sanitarios una guía de actuación para la detección precoz, prevención, atención y seguimiento de los casos de violencia de género. Se trata de una herramienta de gran utilidad para que el sector sanitario pueda contribuir a la lucha contra la violencia de género. Además, se encuentra recogida en la Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (BOE nº 313, de 29 de Diciembre de 2004) y en el Real Decreto 1030/2006 de 15 de Septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

El Protocolo Andaluz recomienda un algoritmo de actuación para la detección de los casos de violencia de género. En la primera visita y durante la apertura de la historia clínica es aconsejable realizar preguntas de abordaje psicosocial como éstas: ¿Cómo van las cosas en casa? ¿Está usted contenta en la relación con su pareja y con sus familiares? (Torró y Llamas, 2008).

El Protocolo Andaluz además anima al personal sanitario a realizar una búsqueda activa de casos de maltrato, sobre todo si existen indicadores de sospecha. Estos indicadores de sospecha de violencia de género son signos y síntomas que pueden hacer pensar que una mujer sufre maltrato. Es importante que el personal sanitario los conozca y mantenga una actitud alerta para identificar los casos (Torró y Llamas, 2008).

Los indicadores de sospecha de violencia de género que el “Protocolo Andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género” propone, son los siguientes: **haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia, antecedentes personales y de hábitos de vida** (lesiones frecuentes, abuso de alcohol, drogas y medicamentos como los psicofármacos), **problemas gineco-obstétricos, síntomas psicológicos frecuentes** (insomnio, ansiedad, depresión, estrés postraumático, intentos de suicidio, etc.), **síntomas físicos frecuentes** (cefalea, dolor crónico, mareo, etc.), **utilización de los servicios sanitarios** (periodos de hiperfrecuentación y otros de abandono), **situaciones de mayor vulnerabilidad y dependencia de la mujer** (como son el embarazo, la separación, situaciones de aislamiento, migración, dependencia económica, etc.),

información de familiares, amigos, profesionales e instituciones de que la mujer está siendo víctima de malos tratos, las características de la lesiones, actitud de la mujer (temerosa, evasiva, incómoda, con sentimientos de culpa, triste, etc.) y **la actitud de la pareja** (solicita estar presente en toda la visita, muy controlador, a veces colérico).

Buck y Collins (2007) concluyeron en su revisión sistemática que el cribado rutinario con preguntas directas es el método más efectivo para identificar a las víctimas de abuso. Las mujeres no declaran voluntariamente su historia de violencia a no ser que se les pregunte directamente (Price y Baird, 2003).

A pesar de las recomendaciones desde las Instituciones sanitarias, que avocan por la detección o cribado rutinario, la vasta mayoría de los profesionales sanitarios todavía no lo han integrado en su práctica (Price y Baird, 2003).

1.3. Barreras institucionales y personales para la Detección de la Violencia de Género por parte de los profesionales sanitarios.

A pesar de los avances logrados hasta el momento aún prevalece una cierta permisividad social alrededor de este fenómeno, lo cual impide que el problema se detecte, por lo cual no se previene ni controla de la manera en la que se debería hacer (Fawcett, Venguer, Vernon y Pick, 1998).

En cuanto a los profesionales de la salud, todavía hay un cierto desconocimiento sobre los procedimientos para la identificación, atención y seguimiento de los casos de violencia de género. Además, en ocasiones, los mismos profesionales se ven limitados por el propio sistema de salud, es decir existen barreras institucionales que limitan la intervención de los profesionales (Méndez-Hernández et al, 2003).

De la misma manera existen ciertas barreras personales. Entre éstas, destacan la inseguridad para abordar la violencia de género, la incomodidad de tratar este tipo de situaciones, las ideas sexistas que culpabilizan a la mujer por la situación de violencia que sufre, etc. (Méndez-Hernández et al, 2003). En definitiva los profesionales de la salud se encuentran con una incapacidad subjetiva para hacer frente a la necesidad de preguntar sobre el tema.

En la revisión sistemática realizada por Buck y Collins (2007) los factores que actuaban como barreras para el cribado rutinario eran: la falta de tiempo (10 estudios), la falta de formación (8), recursos inadecuados (8), sentirse incómodo preguntando (8), sentir que el preguntar no es su responsabilidad (7), miedo de ofender (5), la creencia de que “la mujer no dejará al agresor de ninguna manera” (5).

Otras razones que los profesionales de la salud respondieron pero de manera menos frecuente fueron: sentirse incapaz de ayudar (4), falta de apoyo (3), tipo de paciente que estaban viendo (3), no saber cómo preguntar (3), falta de privacidad (2), una historia personal de relación violenta y de abuso y el miedo por la seguridad personal (Buck y Collins, 2007).

1.3.1. Las actitudes del personal sanitario ante la detección de casos de violencia contra la mujer: influencia del sexismo y la empatía ante la detección de la violencia de género.

El sexismo ha sido relacionado con actitudes que legitiman la violencia, de tal modo, las personas que tienen actitudes sexistas ven de forma negativa la imagen de la mujer maltratada y tienen creencias erróneas acerca de las causas de la violencia (Glick, Sakalli-Ugurlu, Ferreira y Souza, 2002).

En la actualidad cuando se habla de sexismo se está haciendo referencia a dos posibles formas de éste: el sexismo hostil y el benevolente (Expósito, Moya y Glick, 1998).

El sexismo hostil es el sexismo “tradicional” que consiste en la consideración de la mujer como inferior al hombre y su consiguiente discriminación. El sexismo benevolente es el conjunto de actitudes relacionadas que considera a la mujer de forma estereotipada y limitada a ciertos roles, pero con un tono afectivo positivo. El sexismo benevolente, a pesar de su apariencia positiva, comparte con el sexismo hostil una serie de aspectos, como por ejemplo, la creencia de que las mujeres tienen asignado un papel fijo en la sociedad y son más débiles. El sexismo benevolente puede ser muy perjudicial, ya que puede utilizarse para legitimar el sexismo hostil cuando la mujer no cumple con los roles que le han sido asignados por el hombre (Glick y Fiske, 1996).

Se han realizado diversas investigaciones para el colectivo policía en las que se ha encontrado que los policías con creencias patriarcales o misóginas tienden a justificar la violencia e incluso a culpar a la mujer maltratada de su propia victimización (DeJong et al, 2008). En este colectivo ha habido investigaciones que apuntan a que la hegemonía masculina que impera en la Policía favorece las actitudes sexistas que se fomentan desde la “cultura del trabajo” (Dellinger, 2008).

El concepto de empatía se refiere a la habilidad para entender los sentimientos de la otra persona y expresar ese entendimiento a la persona en cuestión (Alcorta-Garza et al, 2005).

De acuerdo con Batson et al (1997) la empatía es un elemento clave en la conducta prosocial y cuando alguien siente empatía por otra persona se incrementa el valor que se le otorga al bienestar de dicha persona.

Se considera la empatía como un importante predictor de las actitudes hacia las víctimas de la violencia de género. Hay estudios que demuestran que a mayor empatía sentida por la víctima menor responsabilidad se le atribuye a la misma (Lila, Gracia y García, 2010).

La empatía es un elemento fundamental para la práctica médica. La relación médico-paciente positiva va a influir en el proceso de enfermedad. Con el uso de la tecnología para diagnosticar y tratar, hay una sensación de que el médico se ha desligado y alejado del contacto con el paciente. La empatía es un área de investigación que todavía no se ha explorado del todo, debido a que es difícil de conceptualizar y ambigua su definición (Alcorta-Garza et al, 2005).

Existe, evidencia de que las mujeres que se dedican a la práctica médica tienden a ser más empáticas que sus compañeros hombres (Hojat M, Gonella JS, Nasca TJ, Mangione S y cols, 2002).

2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:

La prevalencia de violencia de género en mujeres que acuden a los servicios de Ginecología y Obstetricia es alta (Price y Baird, 2003).

El personal que trabaja en estos servicios tiene una posición ideal para identificar los casos de violencia de género ya que tratan directamente con mujeres en edad fértil, la mayoría, y que tienen varios contactos con los servicios sanitarios a lo largo de su vida, lo que facilitaría un seguimiento (Torró y Llamas, 2008).

Además, en el embarazo, el problema de la violencia de género cobra especial atención. Cuando las mujeres se quedan embarazadas, se encuentran en una situación de vulnerabilidad y la evidencia muestra que es entonces, cuando a menudo, empieza la violencia de género o si ya ha ocurrido, se intensifica (Mezey et al, 2002). La violencia de género todavía es más grave durante el embarazo ya que no sólo es la madre la que puede sufrir algún daño sino que el feto puede sufrirlo también. Las mujeres embarazadas que sufren o han sufrido maltrato, están en una situación inmejorable para pensar en ellas mismas y en el futuro de sus hijos (Buck y Collins, 2007).

La aparente falta de implicación por parte de los profesionales sanitarios para ejercer ese rol hace que la violencia de género siga sin detectarse con las graves consecuencias que esto acarrea. El problema sigue pasando inadvertido, sin embargo, las mujeres esperan de los profesionales sanitarios que asuman un papel activo (Mezey et al, 2002).

Ante la aparente falta de ejecución del protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género en materia de detección, se hace necesario saber qué factores impiden el cribado rutinario de este problema.

En el presente estudio se pretende examinar la relación del sexismo (tanto el hostil como el benevolente) y la empatía con las actitudes del personal sanitario de los servicios de Ginecología y Obstetricia ante la detección de casos de violencia de género. Además el estudio se centra en enfermeras, matronas y ginecólogos que atienden a población femenina. Además de la categoría profesional se utilizaran otros controles demográficos (edad, años de experiencia profesional, sexo, estado civil, lugar de trabajo y formación en materia de Violencia de Género) que podrían estar relacionados con las actitudes del personal sanitario objeto de interés en el presente estudio.

3. OBJETIVOS:

El presente estudio tiene por objetivos analizar qué factores determinan la actuación de las matronas, enfermeras y ginecólogos, que trabajan en servicios de obstetricia y ginecología de la provincia de Almería, en cuanto a la detección rutinaria. Los factores que se van a analizar son los siguientes:

- los conocimientos sobre la violencia de género, para valorar la capacitación de los profesionales sanitarios para la detección de este problema.
- los factores externos, como son las barreras institucionales y las personales, que más fuertemente pueden limitar el manejo adecuado de este tipo de casos.
- y las actitudes, en especial, el sexismo ambivalente y la empatía médica.

4. MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada en inglés y castellano. Se revisaron seis bases de datos electrónicas: PubMed, Medline, CINAHL, Psycinfo, PSICODOC y MIDIRS. Los criterios de búsqueda fueron el año de publicación (preferiblemente con no más de 10 años desde la publicación) y que incluyera las siguientes palabras clave: violencia de género, violencia, mujer, detección, cribado, actitudes, personal sanitario, matrona, médico, sexismo y empatía. Estas palabras se combinaron en una variedad de formas para aumentar los resultados de las búsquedas. También se utilizaron sus sinónimos en inglés para aquellas bases de datos en las que los resultados son más abundantes si las búsquedas se realizan en el idioma mencionado.

Durante el mes de Abril de 2011 se realizó un estudio transversal, observacional y descriptivo en enfermeras, matronas y ginecólogos que trabajan en los servicios de Ginecología y Obstetricia de los tres hospitales públicos de la provincia de Almería (Hospital La Inmaculada de Huércal-Overa, Hospital Torrecárdenas de Almería y Hospital Poniente en El Ejido).

4.1. Participantes:

Participaron un total de 51 profesionales, de los cuales 15 eran ginecólogos, 25 matronas y 11 enfermeras. Los participantes fueron visitados en sus áreas de trabajo y se les invitó a participar en el estudio, a quienes aceptaron participar se les entregó un cuestionario de autoaplicación anónimo y confidencial. Se permitió a los participantes que pudieran cumplimentar el cuestionario dentro y fuera del turno laboral. Los cuestionarios rellenos se depositaban en un sobre y se recogieron hasta 10 días más tarde.

4.2. Variables e Instrumentos:

El cuestionario fue creado para cumplir los objetivos del presente estudio (ver Anexo 1). El cuestionario consta de tres secciones. La primera, concerniente a las características socio-demográficas, los conocimientos sobre violencia de género y los factores institucionales o de la práctica que el profesional percibe como barreras para identificar los casos de mujeres maltratadas. En esta primera parte había también ítems que nos permitían conocer si los participantes tenían experiencias personales sobre violencia de género y si conocían y utilizaban el protocolo de violencia de género. Además, se les preguntaba directamente si realizan el cribado rutinario de violencia de género y si piensan que el personal sanitario es el ideal para canalizar los casos de violencia de género. Otros ítems iban encaminados a conocer si habían recibido formación en violencia de género y si sentían que necesitaban más.

La segunda parte evaluaba la actitud de empatía médica y la tercera la de sexismo ambivalente.

Los instrumentos que han mostrado fiabilidad para medir empatía son muy pocos. El Índice de Reactividad Interpersonal, la escala de empatía de Hogan y la escala de empatía emocional, sirven para la población general.

Para medir la actitud empática se adaptó un instrumento validado y con consistencia interna llamado Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ versión “S”) diseñada para medir empatía en estudiantes de medicina. La Universidad de Jefferson desarrolló la EEMJ (Escala de Empatía Médica).

En esta escala se define empatía en base a tres factores: toma de perspectiva, atención con compasión y habilidad para “ponerse en los zapatos del otro”. Esta escala ha sido adaptada culturalmente y traducida al español. Esta adaptación se hacía necesaria ya que la empatía puede estar influenciada por factores sociales, educacionales y personales. Esta escala ha mostrado validez como instrumento para medir operativamente la empatía en profesionales de la salud.

La escala original es en inglés y consta de 20 ítems tipo Likert en una escala de 7 puntos (1 = totalmente en desacuerdo, 7 = totalmente de acuerdo). Para el estudio se utilizó la escala traducida al español la cual tiene consistencia interna (Alcorta-Garza et al, 2005).

Para medir la empatía sólo se utilizaron 8 ítems en lugar de los 20 ítems en los que se basa la escala, lo cual puede restar fiabilidad a los resultados, pero se acometió este riesgo para que el cuestionario no resultase tedioso a la hora de rellenarlo. En los ítems 1, 5 y 6 a más puntuación más empatía, sin embargo, los ítems 2,3,4,7 y 8 a más puntuación menos empatía, por lo que la puntuación se invirtió.

En el caso del sexismo ambivalente, se utilizó la versión reducida de la escala de Sexismo Ambivalente hacia mujeres (Ambivalent Sexism Inventory “ASI” de Glick y Fiske, 1996) en su versión al español de Expósito, Moya y Glick (1998). Con esta escala se miden las actitudes ambivalentes (hostiles y benevolentes) hacia las mujeres. Esta escala mostró ser apta para medir las actitudes sexistas hacia el género con una adecuada fiabilidad y validez interna en una muestra de estudiantes españoles (Rodríguez C, Lameiras F y Carrera F, 2009).

La escala reducida estaba compuesta de 12 ítems con un rango de respuesta tipo Likert que va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo), siendo las puntuaciones más altas las que representan un mayor nivel de sexismo. El rango de respuesta fue alterado con respecto a la disposición original que iba de 0 a 5. El motivo de esta modificación fue el de homogeneizar esta escala con la anterior, de empatía médica, y que el cuestionario fuese más amigable.

4.3. Análisis de datos:

Se realizó un análisis univariante, estimando medias y porcentajes para ver la distribución de las variables de interés y describir las características generales.

Posteriormente, se efectuó un análisis bivariante. Se realizó una prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar si las variables cuantitativas seguían una distribución normal. Otras pruebas que se utilizaron fueron la prueba de Chi cuadrado, t de Student, previa prueba de Levene, coeficiente de correlación de Pearson y ANOVA.

Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS versión 18.

5. RESULTADOS:

A continuación pasamos a exponer los resultados obtenidos en nuestra investigación. Comenzaremos con el análisis univariante, seguidamente desarrollaremos el análisis bivariante y continuaremos con las correlaciones pertinentes.

5.1. Análisis univariante:

Edad:

La edad de la muestra estaba comprendida entre los 25 y los 59 años de edad. La media de edad de los 51 individuos que comprenden la muestra era de 39,18 años con una DE (desviación estándar) de $\pm 8,325$.

Años de experiencia profesional:

Los años de ejercicio profesional de la muestra iban desde un mínimo de 3 a un máximo de 30. La media de los años de profesión fue de 14,59 años con una desviación típica de $\pm 7,153$.

Sexo:

La muestra estaba comprendida por 51 personas, de las cuales 21 eran varones un (41,2%) y 30 eran mujeres (58,8%).

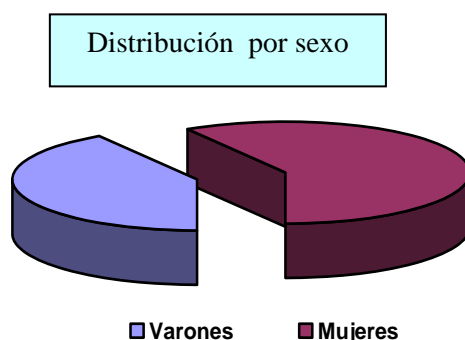


GRÁFICO I

Situación de pareja:

La muestra fue encuestada acerca de si tenía o no pareja actualmente. El 84,3% de la muestra tenía pareja frente al 15,7% que contestó que estaba sin pareja. Esto se muestra en la tabla 1.

Tabla 1: SITUACIÓN DE PAREJA

	Frecuencia	Porcentaje
CON PAREJA	43	84,3
SIN PAREJA	8	15,7
Total	51	100,0

Categoría Profesional :

La mayor parte los encuestados eran MATRONAS con un total de 25 (49%), seguidos de los GINECÓLOGOS que fueron 15 (29,4%) y en último lugar las ENFERMERAS con un total de 11 encuestadas (21,6%).

Tabla 2: CATEGORÍA PROFESIONAL

	Frecuencia	Porcentaje
GINECÓLOGOS	15	29,4
MATRONAS	25	49,0
ENFERMERAS	11	21,6
Total	51	100,0

Lugar de trabajo:

A los participantes se les encuestó acerca de en qué hospital de la provincia de Almería trabajaban. La mayor parte (45,1%) trabajaba en el Hospital La Inmaculada, mientras que un 29,4% trabajaba en el Hospital Torrecárdenas y un 25,5% lo hacía en el Hospital de Poniente. La tabla 3. describe a continuación las frecuencias.

Tabla 3. LUGAR DE TRABAJO

	Frecuencia	Porcentaje
HOSPITAL TORRECÁRDENAS	15	29,4
HOSPITAL DE PONIENTE	13	25,5
HOSPITAL LA INMACULADA	23	45,1
Total	51	100,0

Otra variable cualitativa fue la pregunta de si **conocen algún caso** de violencia de género en su entorno. En esta ocasión el 49% respondió sí conocer algún caso.

Tabla 4: CONOCE ALGÚN CASO

	Frecuencia	Porcentaje
SI	25	49,0
NO	26	51,0
Total	51	100,0

A la pregunta de **cuántos casos** de Violencia de Género habían identificado en los últimos tres meses durante la jornada laboral, la vasta mayoría, un 80,4% contestó no haber detectado ninguno. El máximo de casos identificados fue de 3 y éste resultado provino de 1 sólo participante. A continuación se exponen los resultados en la tabla 5.

Tabla 5. CUÁNTOS CASOS HA IDENTIFICADO

Nº Casos identificados	Frecuencia	Porcentaje
0	41	80,4
1	8	15,7
2	1	2,0
3	1	2,0
Total	51	100,0

A los participantes se les sondeó sobre **si conocían la existencia del protocolo** para la atención sanitaria ante la Violencia de género. Un rotundo 96,1% (49 participantes) sabía que existe tal protocolo frente al 3,9% (2) que contestó que no existía.

De los 49 participantes que respondieron que sí existe protocolo de violencia de género, sólo 31 (63,3%) reconocieron que **sí lo utilizaban**.

Tabla 6. UTILIZA EL PROTOCOLO

	Frecuencia	Porcentaje
SI	31	63,3
NO	18	36,7
Total	49	100,0

En cuanto a la pregunta de si habían recibido algún tipo de **formación** en Violencia de género un 58,8% (30 participantes) respondió que sí la había recibido frente a un 41,2% (21) que no.

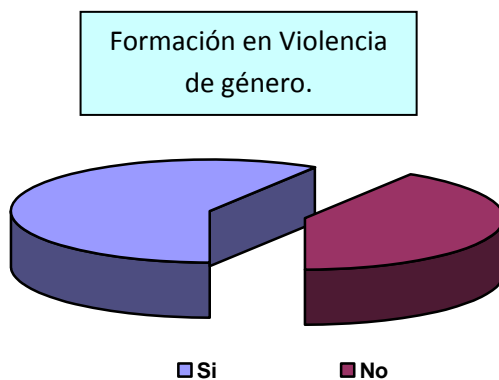


GRÁFICO II

De la muestra encuestada, al preguntar sobre si consideraban que **necesitan más formación** sobre Violencia de género, 39 participantes (76,5%) contestaron que necesitaban más formación y 12 (23,5%) contestaron que no consideraban que necesitasen más formación.

Tabla 7. CONSIDERA NECESITA MÁS FORMACIÓN

	Frecuencia	Porcentaje
SI	39	76,5
NO	12	23,5
Total	51	100,0

Los encuestados fueron preguntados si pensaban que la violencia de género en nuestra sociedad es un **problema** muy frecuente, bastante frecuente, algo frecuente y poco frecuente. Las respuestas se pueden ver en la Tabla 8.

Tabla 8. PIENSA QUE LA VIOLENCIA DE GÉRO ES UN PROBLEMA...

	Frecuencia	Porcentaje
MUY FRECUENTE	26	51,0
BASTANTE FRECUENTE	23	45,1
ALGO FRECUENTE	2	3,9
POCO FRECUENTE	0	0,0
Total	51	100,0

A la pregunta de si creen que la mayoría de las pacientes que sufren violencia de género comunican su situación o pasa desapercibida, un **98% de los participantes respondieron que su situación de maltrato pasaba inadvertida.**

Los encuestados fueron preguntados si creían que la Violencia de género es un problema de **Salud Pública**. De los participantes, 43 (84,3%) respondieron que piensan que la Violencia de Género es un problema de Salud Pública, mientras que 8 (15,7%) todavía no lo reconoce.

Creer que la Violencia de Género es un problema de Salud Pública

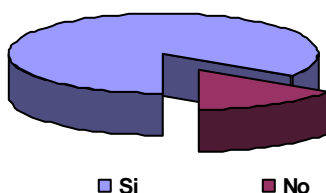


GRÁFICO III

Los encuestados tuvieron que responder a la siguiente pregunta : En la primera visita de cada mujer o al iniciar la historia clínica, **¿preguntas abiertamente si son o han sido víctimas de malos tratos?**. La respuesta era múltiple, teniendo que elegir una opción. Las respuestas fueron las siguientes: un 45,1% (23 participantes) respondió “No, nunca lo hago”, un 41,2% reconoció preguntar “sólo si hay sospecha”, un 7,8% preguntaba “sólo si es obvio” y sólo un 5,9% (3 participantes) reconoció hacerlo de “forma rutinaria”. Los datos se pueden ver en la siguiente tabla:

Tabla 9. PREGUNTA ABIERTAMENTE ACERCA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

	Frecuencia	Porcentaje
SI, DE FORMA RUTINARIA	3	5,9
SÓLO SI HAY SOSPECHA	21	41,2
NO, NUNCA LO HAGO	23	45,1
SÓLO SI ES OBVIO	4	7,8
Total	51	100,0

El personal sanitario encuestado **cree es el ideal** para identificar y canalizar los casos de Violencia de Género en un 62,7% (32 participantes), mientras que el 37,3% (19 participantes) cree que no está en una posición ideal.



GRÁFICO IV

Los **problemas organizativos o estructurales** en el trabajo que impiden diagnosticar los casos de violencia de género fueron estudiados dentro de las barreras institucionales antes descritas. De los 51 participantes, 34 (66,7%) creen que hay problemas organizativos que actúan como barrera ante la detección de casos de maltrato. Un 33,3% (17), sin embargo, piensa que no existen tales problemas.

Cuando se les pedía que identificasen el **principal impedimento** para que se detecten los casos de violencia de género, los participantes tuvieron que elegir entre seis posibles respuestas. La falta de tiempo y la presión asistencial fue el impedimento repetido con más frecuencia, seguido de la falta de formación especializada. La incapacidad subjetiva para afrontar estos casos, vino en tercer lugar. La falta de protocolo o guía específica fue el mayor impedimento para 5 de los 35 que respondieron. La falta de interés y la consideración de la violencia de ámbito privado fueron respondidas con menos frecuencia: 3 participantes respondieron falta de interés y otros 3 consideran la violencia como de ámbito privado.

Los 16 valores perdidos en esta tabla se deben a que éstos fueron los participantes que no pensaban que hubieran problemas organizativos en el trabajo que impidan diagnosticar los casos de violencia de género, por lo tanto no contestaron cuáles eran. Sólo 35 participantes contestaron. Por lo tanto el porcentaje válido difiere en esta ocasión.

Tabla 10. CUÁLES SON LOS PROBLEMAS ORGANIZATIVOS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
FALTA DE TIEMPO Y PRESIÓN ASISTENCIAL	10	19,6	28,6
FALTA DE INTERÉS	3	5,9	8,6
FALTA DE PROTOCOLO	5	9,8	14,3
FALTA DE FORMACIÓN	8	15,7	22,9
INCAPACIDAD SUBJETIVA	6	11,8	17,1
VIOLENCIA ÁMBITO PRIVADO	3	5,9	8,6
Total	35	68,6	100,0
Total (sumando los valores perdidos)	51	100,0	

Con respecto a la principal causa de Violencia de género, las respuestas fueron variadas. El 39,2% contestó que “No existe un solo factor causal”, un 25,5% achaca la violencia de género al alcoholismo, un 21,6% al bajo nivel educativo y un 9,8% a la pobreza y exclusión social. Sólo un 4%, es decir 2 participantes, pensaban que la violencia de género se debe uno, a la genética y otro, al comportamiento provocativo de las mujeres.

La siguiente tabla exponen los resultados de manera muy clara.

Tabla 11. CAUSA PRINCIPAL DE VIOLENCIA DE GÉNERO

	Frecuencia	Porcentaje
ALCOHOLISMO	13	25,5
BAJO NIVEL EDUCATIVO	11	21,6
POBREZA Y EXCLUSIÓN SOCIAL	5	9,8
GENÉTICA	1	2,0
NO EXISTE UN SOLO FACTOR CAUSAL	20	39,2
COMPORTAMIENTO PROVOCATIVO	1	2,0
Total	51	100,0

La **empatía médica** del grupo tuvo una media de 40,92 con una desviación típica de $\pm 11,818$. La mínima puntuación obtenida fue de 8 (2% de los participantes) y la máxima puntuación de empatía fue de 56, la cual obtuvo un 9,8% de la muestra (5 participantes). Según la escala utilizada, a más puntuación más empatía. La escala iba entre los valores 8 a 56.

La media del Inventario de **Sexismo Ambivalente** (ASI) fue de 29,61 con una desviación típica de 13,124, en este caso, a más puntuación más grado de sexismo ambivalente. El inventario iba de 12 a 84. El mínimo valor obtenido por la muestra fue de 12, el cual conformó un 11,8% de la muestra y el máximo fue de 64 que correspondía al 2 % del total.

5.2. Análisis bivariante:

Prueba de Kolmogorov-Smirnov, para variables cuantitativas (Tabla 12.):

Tabla 12.

Kolmogorov-Smirnov				
	EDAD	AÑOS DE PROFESIÓN	EMPATÍA	SEXISMO
N	51	51	51	51
Media	39,18	14,59	40,92	29,61
S. D.	8,325	7,153	11,818	13,124
Valor p	,846	,195	,239	,494

Comparación de la edad en función del sexo:

La media de edad de los varones fue de 40,52 años, con una desviación típica de $\pm 8,761$, la cual era superior a la de las mujeres (38,23 años $\pm 8,020$) pero estas diferencias no fueron estadísticamente significativas, ya que el valor de p fue 0,339 asumiendo varianzas iguales.

Comparación de los años de profesión en función del sexo:

Los años de profesión no variaron significativamente en función del sexo. Los varones llevaban trabajados una media de 14,33 años $\pm 6,175$ y las mujeres 14,77 años $\pm 7,864$. Al comparar estas medias, obtuvimos un valor p de 0,834, lo cual no es estadísticamente significativo.

Comparación de la Situación de pareja en función del sexo:

Si comparamos la situación de pareja con respecto al sexo encontramos que existe un mayor porcentaje de varones sin pareja, el 19% frente al 13,3% de mujeres sin pareja. Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas como se observa en la tabla 13.

Tabla 13. SITUACIÓN DE PAREJA EN FUNCIÓN DEL SEXO

			SEXO		Total
			VARÓN	MUJER	
SIT. DE PAREJA	CON PAREJA	Recuento	17	26	43
		Porcentaje	81,0%	86,7%	84,3%
	SIN PAREJA	Recuento	4	4	8
		Porcentaje	19,0%	13,3%	15,7%

Tabla 13. Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,305	,581
Corrección por continuidad	,026	,872
Razón de verosimilitud	,301	,583
Asociación lineal por lineal	,299	,585
N de casos válidos	51	

Comparación de la categoría profesional en función del sexo:

En los Ginecólogos, las Matronas y las Enfermeras hay diferencias significativas en cuanto a la proporción de hombres y mujeres que componen los colectivos. Mientras que el de los Ginecólogos está compuesto por más varones que mujeres, las matronas y enfermeras son colectivos que en este estudio muestran estar compuestos por más mujeres que varones. Tras realizar la prueba Chi cuadrado estas diferencias han demostrado ser estadísticamente significativas, con un valor p de 0,004.

Tabla 14. CATEGORÍA PROFESIONAL EN FUNCIÓN DEL SEXO

			VARÓN	MUJER	Total
CATEGORÍA PROFESIONAL	GINECÓLOGOS	Recuento	11	4	15
		Porcentaje	73,3%	26,7%	100,0%
	MATRONAS	Recuento	8	17	25
		Porcentaje	32,0%	68,0%	100,0%
	ENFERMERAS	Recuento	2	9	11
		Porcentaje	18,2%	81,8%	100,0%

Tabla 14. Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,674	,008
Razón de verosimilitud	9,932	,007
Asociación lineal por lineal	8,520	,004
N de casos válidos	51	

Comparación de la empatía médica en función del sexo:

La empatía médica en los varones tuvo una media de 38,24 con una desviación típica de 10,784. La media en las mujeres fue superior, con una puntuación de 42,80 ±12,319. Estas diferencias no son estadísticamente significativas, como se puede apreciar en la siguiente tabla.

Tabla 15. EMPATÍA EN FUNCIÓN DEL SEXO

SEXO	N	Media	Desviación típ.	Valor p
VARÓN	21	38,24	10,784	0,177
MUJER	30	42,80	12,319	

Comparación del Sexismo Ambivalente en función del sexo:

Al comparar el sexismo ambivalente en función al sexo, existen diferencias estadísticamente significativas. Los varones tienen una media de sexismo ambivalente más alta que las mujeres (a más puntuación más sexismo) como se puede ver en la tabla 16.

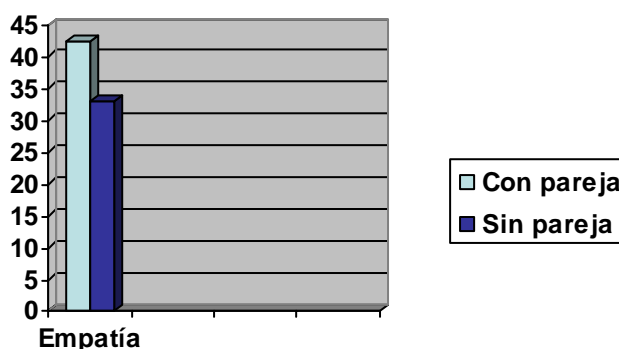
Tabla 16. SEXISMO AMBIVALENTE EN FUNCIÓN DEL SEXO

SEXO	N	Media	Desviación típ.	Valor p
VARÓN	21	36,48	12,584	0,002
MUJER	30	24,80	11,388	

Empatía médica en función de la Situación de pareja:

La media de empatía de los que tienen pareja era $42,42 \pm 11,215$ y la media de los que se consideran “Sin pareja” era de $32,88 \pm 12,461$. El valor p fue de 0,035, por lo tanto, estadísticamente significativo. Se puede afirmar que los profesionales con pareja son más empáticos. A continuación los resultados se muestran en el gráfico V.

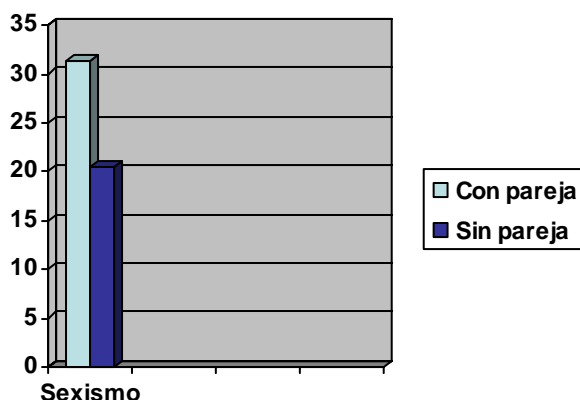
Gráfico V



El sexismo ambivalente en función de la Situación de pareja:

Los profesionales sanitarios que tenían pareja puntuaron más alto en el Inventario de Sexismo Ambivalente, con 31,30 de media $\pm 13,199$, que los profesionales sin pareja que puntuaron $20,50 \pm 8,519$ con un valor p de 0,31, por lo tanto estadísticamente significativo. Los profesionales con pareja eran más sexistas que los que no tenían pareja. Los resultados se muestran en el Gráfico VI.

Gráfico VI



Comparación de la empatía médica en función de la categoría profesional:

Al comparar las muestras independientes de Ginecólogos y Matronas obtenemos los resultados que se observan en la tabla. Las matronas obtienen una media de empatía más alta que los ginecólogos, pero estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,162$).

Tabla 17. EMPATÍA MÉDICA EN FUNCIÓN DE LA CATEGORÍA PROFESIONAL: GINECÓLOGOS Y MATRONAS.

	CATEGORÍA PROFESIONAL	N	Media	Desviación típ.	Valor p
EMPATÍA MÉDICA	GINECÓLOGOS	15	35,67	10,574	,162
	MATRONAS	25	41,48	13,479	

Al comparar el colectivo de los Ginecólogos y las Enfermeras obtuvimos también diferencias en las medias de empatía médica, siendo bastante más empáticas las enfermeras, como se puede observar en la tabla 18. En esta ocasión, estas diferencias son estadísticamente significativas con un valor p de 0,04

Tabla 18. EMPATÍA MÉDICA EN FUNCIÓN DE LA CATEGORÍA PROFESIONAL: GINECÓLOGOS Y ENFERMERAS.

	CATEGORÍA PROFESIONAL	N	Media	Desviación típ.	Valor p
EMPATÍA MÉDICA	GINECÓLOGOS	15	35,67	10,574	,04
	ENFERMERAS	11	46,82	5,036	

En último lugar, al comparar el colectivo de Matronas con el de Enfermeras, éstas últimas puntúan de media más alto que las matronas (ver Tabla 19.). Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas. La prueba T da un valor p mayor de 0,05 ($p=0,214$).

Tabla 19. EMPATÍA MÉDICA EN FUNCIÓN DE LA CATEGORÍA PROFESIONAL: MATRONAS Y ENFERMERAS.

	CATEGORÍA PROFESIONAL	N	Media	Desviación típ.	Valor p
EMPATÍA MÉDICA	MATRONAS	25	41,48	13,479	,214
	ENFERMERAS	11	46,82	5,036	

A continuación se van a explorar las diferencias de actitud empática en función del género de las diferentes categorías profesionales.

Los Ginecólogos: Empatía en función del género

Tabla 20.

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Valor p
EMPATÍA MÉDICA	MUJER	4	31,00	15,188	0,320
	VARÓN	11	37,36	8,686	

Las Matronas: Empatía en función del género.

Tabla 21.

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Valor p
EMPATÍA MÉDICA	MUJER	17	43,00	13,038	0,423
	VARÓN	8	38,25	14,724	

Las Enfermeras: Empatía en función del género.

Tabla 22.

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Valor p
EMPATÍA MÉDICA	MUJER	9	47,67	5,220	0,256
	VARÓN	2	43,00	,000	

En ninguna de las tres categorías profesionales estudiadas se observan diferencias estadísticamente significativas (Ver tablas: 20, 21 y 22).

Comparación del Sexismo Ambivalente en función de la Categoría Profesional:

La media de sexismo de los Ginecólogos es mayor al de las Matronas, como se aprecia en la tabla 23. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p=0,006$), lo cual nos permite afirmar que los Ginecólogos tienen un mayor grado de sexismo.

Tabla 23. SEXISMO AMBIVALENTE EN FUNCIÓN DE LA CATEGORÍA PROFESIONAL: GINECÓLOGOS Y MATRONAS

	CATEGORÍA PROFESIONAL	N	Media	Desviación típ.	Valor p
SEXISMO AMBIVALENTE	GINECÓLOGOS	15	38,27	9,438	,006
	MATRONAS	25	26,88	13,208	

Entre los Ginecólogos y las Enfermeras también se aprecian diferencias estadísticamente significativas. Mientras que la media de sexismo ambivalente en Ginecólogos era de $38,27 \pm 9,438$, la media de sexismo en las Enfermeras era de $24,00 \pm 12,337$. Al comparar ambas muestras con la prueba t, obtenemos un valor p de 0,003, lo que nos permite afirmar que el sexismo en el colectivo de los Ginecólogos es significativamente mayor, otra vez.

Sin embargo, entre Matronas y Enfermeras los valores de las medias son más similares. La media de sexismo en Matronas es mayor aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p = 0,543$). Ver tabla 24.

Tabla 24. SEXISMO AMBIVALENTE EN FUNCIÓN DE LA CATEGORÍA PROFESIONAL: MATRONAS Y ENFERMERAS

	CATEGORÍA PROFESIONAL	N	Media	Desviación típ.	Valor p
SEXISMO AMBIVALENTE	MATRONAS	25	26,88	13,208	,543
	ENFERMERAS	11	24,00	12,337	

A continuación, se mostrarán por separado las diferencias de actitud sexista en función del género de las diferentes categorías profesionales.

Ginecólogos: actitudes sexistas en función del género.

Tabla 25.

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Valor p
SEXISMO AMBIVALENTE	MUJER	4	34,25	7,182	0,339
	VARÓN	11	39,73	10,021	

Matronas: actitud sexista en función del género

Tabla 26.

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Valor p
SEXISMO AMBIVALENTE	MUJER	17	24,76	11,568	0,251
	VARÓN	8	31,38	16,071	

Enfermeras: actitud sexistas en función del género.

Tabla 27.

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Valor p
SEXISMO AMBIVALENTE	MUJER	9	20,67	10,920	0,050
	VARÓN	2	39,00	4,243	

Como se observa en las tablas 25 y 26, en el grupo de Ginecólogos y en el de las Matronas no hay diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, en el grupo de Enfermeras encuestadas, encontramos que la media de sexismo es significativamente mayor en los varones enfermeros que en las mujeres enfermeras, si bien estas diferencias están muy próximas a la significación estadística con un valor $p=0,05$ (ver tabla 27).

Anteriormente vimos que sólo un 5,9% de los participantes preguntaban abiertamente sobre violencia de género con el propósito de realizar un cribado rutinario de los casos, pues bien, del 45,1% de los participantes que contestaron que “nunca preguntaban abiertamente” a la mujer sobre violencia de género, un 65,2% eran matronas. Los demás resultados se pueden ver en la siguiente tabla.

Tabla 28. PREGUNTA ABIERTAMENTE SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO DEPENDIENDO DE LA CATEGORÍA PROFESIONAL

		GINECÓ LOGOS	MATRON AS	ENFERMER AS	Total
DE FORMA RUTINARIA	Recuento	1	1	1	3
	Porcentaje	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
SI HAY SOSPECHA	Recuento	7	8	6	21
	Porcentaje	33,3%	38,1%	28,6%	100,0%
NUNCA	Recuento	4	15	4	23
	Porcentaje	17,4%	65,2%	17,4%	100,0%
SI ES OBVIO	Recuento	3	1	0	4
	Porcentaje	75,0%	25,0%	,0%	100,0%
Total	Recuento	15	25	11	51
	Porcentaje	29,4%	49,0%	21,6%	100,0%

Tabla 28.

	Valor	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,164	,226
Razón de verosimilitud	8,351	,213
Asociación lineal por lineal	1,058	,304
N de casos válidos	51	

La empatía en función de la formación recibida:

De los 51 participantes, 30 habían recibido formación en materia de Violencia de Género y su media de empatía fue de $40,90 \pm 12,866$. Comparada con la media de empatía de los que NO habían recibido formación ($40,95 \pm 10,447$) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,988$).

El sexismo en función de la formación recibida:

El sexismo fue más bajo en los participantes que habían recibido formación con una media de $26,30 \pm 10,632$, comparado con los que no habían recibido formación específica en violencia de género $34,33 \pm 15,061$. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas, con un valor p de 0,030.

Influencia de saber que la Violencia de Género es un problema de Salud Pública sobre la Empatía.

Los encuestados respondieron en su mayoría, que creían que la Violencia de género es un problema de Salud Pública, sin embargo hubo un porcentaje de participantes que no creían que lo fuese. Se han identificado diferencias en la puntuación media de empatía en ambos grupos, siendo la empatía del grupo que considera la violencia de género un problema de Salud Pública más alta ($41,98 \pm 11,999$) que la que no lo considera ($35,25 \pm 9,498$). Sin embargo estas diferencias no fueron significativas (valor p 0,141).

Influencia de saber que la Violencia de Género es un problema de Salud Pública sobre el Sexismo Ambivalente.

Los que pensaban que la violencia de género es un problema de salud pública obtuvieron menores puntuaciones medias de sexismo si lo comparamos con los que no creen que sea un problema de Salud Pública. Estos datos tuvieron significación estadística ($p= 0,001$). Ver datos en la tabla 29.

Tabla 29. SENSIBILIZACIÓN Y SEXISMO

	CREE QUE ES UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA	N	Media	Desviación típ.	Valor p
INVENTARIO DE SEXISMO AMBIVALENTE	SI	43	27,16	11,592	0,001
	NO	8	42,75	13,781	

Empatía en función de que el personal sanitario opine que es el ideal para diagnosticar los casos de violencia de género:

La media de empatía en los participantes que opinan que el personal sanitario es el ideal para detectar los casos de violencia de género ($43,47 \pm 11,019$) es mayor comparada con los que piensan que no son los profesionales ideales para encargarse de la identificación y canalización de este tipo de casos ($36,63 \pm 12,162$). Además estas diferencias parecen no ser debidas al azar, ya que el valor p es de 0,045.

Actitud sexista en función de que el personal sanitario opine que es el ideal para diagnosticar los casos de violencia de género:

Los que opinan que el personal sanitario es el ideal para detectar los casos de maltrato tiene puntuaciones de sexismo más bajas ($27,75 \pm 12,030$) que los que no lo piensan ($32,74 \pm 14,586$). Sin embargo en esta ocasión estas diferencias se pueden haber debido al azar, ya que p tiene un valor de 0,192.

5.3. Análisis de correlaciones:

La edad y la empatía han sido estudiadas, ambas variables cuantitativas siguen una distribución normal, por lo que se ha aplicado el coeficiente de correlación de Pearson.

Empatía y Edad tienen una correlación positiva, es decir, a mayor edad, mayor es la empatía médica. Sin embargo, este resultado no es estadísticamente significativo, ya que $p=0,740$.

Tabla 30. CORRELACIÓN ENTRE EDAD Y EMPATÍA

		EMPATÍA MÉDICA	EDAD
EMPATÍA MÉDICA	Pearson Correlation	1	,048
	Sig. (2-tailed)		,740
	N	51	51
EDAD	Pearson Correlation	,048	1
	Sig. (2-tailed)	,740	
	N	51	51

Los años de profesión y la empatía también tienen una correlación positiva. Esto quiere decir que a más años de profesión, más empatía médica. Este resultado tampoco es estadísticamente significativo, ya que $p = 0,176$.

Tabla 31. CORRELACIÓN ENTRE AÑOS DE PROFESIÓN Y EMPATÍA

		AÑOS DE PROFESIÓN	EMPATÍA MÉDICA
AÑOS DE PROFESIÓN	Pearson Correlation	1	,192
	Sig. (2-tailed)		,176
	N	51	51
EMPATÍA MÉDICA	Pearson Correlation	,192	1
	Sig. (2-tailed)	,176	
	N	51	51

El sexismo ambivalente y la empatía se han estudiado para determinar qué tipo de correlación existe entre ellas. En este caso, la correlación es negativa, como se puede apreciar en la tabla 32. A más empatía médica, menos sexismo ambivalente.

Tabla 32. CORRELACIÓN ENTRE SEXISMO Y EMPATÍA.

		EMPATÍA MÉDICA	SEXISMO AMBIVALENTE
EMPATÍA MÉDICA	Pearson Correlación	1	-,208
	Sig. (2-tailed)		,143
	N	51	51
INVENTARIO DE SEXISMO AMBIVALENTE	Pearson Correlation	-,208	1
	Sig. (2-tailed)	,143	
	N	51	51

Comparaciones múltiples: análisis multivarianza ANOVA.

Al querer comparar la empatía y el sexismo del personal sanitario en los diferentes hospitales, se utilizó ANOVA ya que se comparan más de dos variables:

La media de empatía médica del Hospital Torrecárdenas (n=15) fue de 43,20±10,903.

La media de empatía médica del Hospital de Poniente (n=13) fue de 28,00±9,548.

La media de empatía médica en el Hospital La Inmaculada (n=23) fue de 46,74±7,381.

Tras realizar el análisis encontramos que hay diferencias significativas entre Torrecárdenas y Poniente (p=0.000) pero no entre Torrecárdenas y La Inmaculada. En el caso del Poniente hay diferencias significativas entre Torrecárdenas y La Inmaculada (para ambos hospitales el valor de p=0,000). Ver tabla 33.

Tabla 33. EMPATÍA MÉDICA Y LUGAR DE TRABAJO

	LUGAR DE TRABAJO	LUGAR DE TRABAJO	Valor p
EMPATÍA MÉDICA	HOSPITAL TORRECÁRDENAS	HOSPITAL DE PONIENTE	,000
		HOSPITAL LA INMACULADA	,738
	HOSPITAL DE PONIENTE	HOSPITAL TORRECÁRDENAS	,000
		HOSPITAL LA INMACULADA	,000
	HOSPITAL LA INMACULADA	HOSPITAL TORRECÁRDENAS	,738
		HOSPITAL DE PONIENTE	,000

El sexismo ambivalente en el Hospital Torrecárdenas es de $32,73 \pm 16,675$; mientras que en el Hospital de Poniente es ligeramente más bajo $29,85 \pm 9,873$; para seguir bajando en el Hospital La Inmaculada $27,43 \pm 12,236$. Sin embargo estas diferencias no son significativas como se puede apreciar en la tabla 34.

Tabla 34. SEXISMO AMBIVALENTE Y LUGAR DE TRABAJO

INVENTARIO DE SEXISMO AMBIVALENTE	HOSPITAL TORRECÁRDENAS	HOSPITAL DE PONIENTE	1,000
		HOSPITAL LA INMACULADA	,697
	HOSPITAL DE PONIENTE	HOSPITAL TORRECÁRDENAS	1,000
		HOSPITAL LA INMACULADA	1,000
	HOSPITAL LA INMACULADA	HOSPITAL TORRECÁRDENAS	,697
		HOSPITAL DE PONIENTE	1,000

6. DISCUSIÓN:

A pesar de la repercusión social que tiene este problema, su impacto en la salud de la mujer y de las iniciativas tomadas por las administraciones públicas, un porcentaje alto de profesionales considera la violencia de género un tabú.

A pesar de la alta prevalencia que tiene la violencia de género, el personal sanitario infradiagnostica los casos de maltrato (Tabla 5) y es que tan sólo un pequeñísima proporción pregunta de forma a las mujeres dentro de una consulta o aprovechando su visita a urgencias.

El protocolo Andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género es una herramienta que no todos utilizan, un porcentaje alto conoce de su existencia pero reconoce no ponerlo en práctica.

Los resultados de nuestro estudio son preocupantes, ya que ponen de manifiesto que el personal sanitario, alrededor de algo menos de la mitad, **nunca** pregunta abiertamente a la mujer si es o ha sido víctima de la violencia de género, ya venga con síntomas de sospecha o signos obvios. Y lo que es más preocupante es que un colectivo como el de las matronas, especialmente sensibilizados, sea el que más notoriamente se excluya de la responsabilidad de la detección del maltrato.

Los profesionales expresan que siguen teniendo dificultades a la hora de atender a este tipo de pacientes y parece, que lo que es un hecho, es que reclaman más formación específica.

Los sanitarios conocen que el problema del maltrato es un problema bastante frecuente y que la víctima en vez de comunicar su situación hace que pase inadvertida, aún así la actitud del personal sanitario no es una actitud activa. En muchos estudios llevados a cabo en España y en otros países, la falta de protocolo supone uno de los grandes obstáculos o impedimentos y es la causa de la no detección de casos. Sin embargo, para los participantes del estudio, la falta de protocolo no podía ser el principal obstáculo.

Todavía el personal sanitario no cree que esté en una posición ideal para identificar y canalizar los casos de maltrato e incluso una proporción no considera la violencia de género un problema de salud pública.

Entre los obstáculos organizativos o estructurales que identifican para la detección de estos casos, el principal es la falta de tiempo y la presión asistencial. No es menester especificar que este obstáculo se ha de salvar, no a un nivel individual, sino de la organización sanitaria. La incapacidad subjetiva para afrontar este tipo de casos, sin embargo, es un obstáculo para el que haciendo intervenciones educativas se podría afrontar sin problemas.

Las falsas creencias también pueden estar influyendo en la infradetección de casos. Nos referimos a que todavía un porcentaje alto de profesionales sigue considerando el problema de la violencia como un problema de las clases más bajas, asociando estereotipos, tanto a la figura del maltratador como a la de la víctima, que no se corresponde con la información disponible en la bibliografía actual.

En cuanto a las actitudes sexistas, el estudio confirma lo que anteriores estudios han confirmado (Glick y Fiske, 1996). Los hombres siguen teniendo actitudes más sexistas hacia las mujeres. Alcorta-Garza et al (2005) encontró que las mujeres puntuaban más alto en la EEMJ y que esto era estadísticamente significativo. En su estudio participaron 1022 estudiantes de Medicina de México. Las mujeres son más receptivas a las señales emocionales que los hombres y las mujeres pasan más tiempo con sus pacientes. En cambio, los hombres se inclinan más a menudo a ofrecer soluciones racionales, mientras que las mujeres lo hacen más hacia medidas de apoyo emocional y el entendimiento.

Los Ginecólogos son un colectivo eminentemente masculino y en nuestro estudio había diferencias significativas en sexismo al compararlo con otros dos eminentemente femeninos: las matronas y las enfermeras.

También, la empatía en el colectivo de los ginecólogos era cuestionable comparada con la de las enfermeras.

Otras variables que demostraron tener influencia en la actitud sexista es la formación recibida con anterioridad. Por lo que podemos concluir, que una intervención educativa y de sensibilización podría cambiar el curso de lo acontecido. Sin embargo, los estudios publicados sobre la posibilidad de cambio de empatía en respuesta a una intervención educacional son inconsistentes. Algunos autores piensan que la empatía es una cualidad personal que no se puede aprender.

Es importante señalar que en el estudio hemos encontrado tasas de participación muy bajas, quizá debido a esa falta de tiempo que el personal sanitario siempre tiene. A pesar de existir una población de Ginecólogos y Matronas en la provincia de Almería de al menos 120 personas, fue complicado obtener la participación del personal que trabaja en los servicios de Ginecología y Obstetricia.

Entre las limitaciones del estudio, cabe mencionar que hubiera sido conveniente realizar un muestreo estratificado por categoría profesional con el fin de mejorar las comparaciones entre los diferentes grupos, evitando con ello diferencias tan importantes como la diferencia de número de sujetos participantes.

En vista de los resultados, parece prioritario el diseño de un plan de formación continuada.

Consideramos que el estudio se debería ampliar a todas las unidades de los hospitales estudiados y a atención primaria, ya que están implicadas en la atención a la mujer.

7. CONCLUSIONES:

A pesar de que los hallazgos del presente estudio no sean representativos y extrapolables al resto de la población, podemos concluir que la falta de matronas en Atención Primaria es una limitación para la detección de la violencia doméstica.

Este colectivo, que atiende a la mujer específicamente, podría detectar las posibles víctimas de maltrato si se aboga por un cribado sistemático, durante el control prenatal.

Se debe preguntar específicamente para que la violencia se haga visible. Las matronas, que son profesionales concienciadas, preocupadas e involucradas en la lucha por la igualdad y contra la violencia de género, “estamos en situación de hacer visible lo invisible” (María Isabel Oliver Reche).

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Alcorta-Garza, A., González-Guerrero, J.F., Tavitas-Herrera, S.E., Rodríguez-Lara, F.J. y Hojat, M. (2005). Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Mental*, 28 (5). Octubre.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Diciembre 1993.
- Batson, C.D., Polycarpou, M.P., Harmon-Jones, E., Imhoff, H.J., Mitchener, E.C., Bednar, L.L., Klein, T.R. y Highberger, L. (1997). Empathy and attitudes: Can feeling for a member of a stigmatized group improve feelings toward the group? *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 105-118.
- Blanco-Prieto P, Ruiz-Jarabo C. La prevención y detección de la violencia contra las mujeres desde la atención primaria de salud. Madrid: Ed. Asociación para la defensa de sanidad pública de Madrid, 2002.
- Boletín Oficial del Estado (BOE) de 16 de septiembre de 2006. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Boletín Oficial del Estado (BOE) de 28 de diciembre de 2004. Disposiciones generales. Jefatura de estado. Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género.
- Buck L y Collins S (2007). Why don't midwives ask about domestic abuse?. *British Journal of Midwifery*, 15 (12).
- DeJong, C., Burgess-Proctor, A. y Ellis, L. (2008). Police officer perceptions of intimate partner violence: an analysis of observational data. *Violence and victims*, 23, 683-697.
- Dellinger, A. (2008). Judging women and defining crime: police officers' attitudes toward women and rape. *Sociological Spectrum*, 28, 389-411.
- Expósito, F., Moya, M. y Glick, P. (1998). Sexismo Ambivalente: medición y correlates. *Revista de Psicología Social*, 13, 159-169.
- García Moreno, C. Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud. Organización Panamericana de la Salud y Harvard Center for Population and Development Studies; 2000.

- García Moreno, C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health service response to violence against women. *Lancet* 2002; 359: 1509-14.
- Glick, P. y Fiske, S.T. (1996). The ambivalent sexism inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 491-512.
- Glick, P., Sakalli-Ugurlu, N., Ferreira, M.C. y De Souza, M.A. (2002). Ambivalent sexism and attitudes toward wife abuse in Turkey and Brazil. *Psychology of Women Quarterly*, 26, 292-297.
- Hojat, M., Gonella, J.S., Nasca, T.J., Mangione, S. y cols. (2002). Physician empathy: definition, components, measurement and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry*, 159: 1563-1569.
- Méndez-Hernández P, Valdez-Santiago R, Viniegra-Velázquez L, Rivera-Rivera I, Salmerón-Castro J. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *Salud Pública Méx* 2003;45; 472-482.
- Mezey G, Bacchus L, Bewley S, Haworth A (2002). An exploration of the prevalence, nature and effects of domestic violence in pregnancy. *Economic and social research council; violence research programme*.
- Lila M, Gracia E y García F. Actitudes de la policía ante la intervención en casos de violencia contra la mujer en las relaciones de pareja: influencia del sexismo y la empatía. *Revista de Psicología Social*, 2010, 25 (3), 313-323.
- OMS. WHO multi-country study on women's health and domestic violence progress report. Ginebra: WHO/WHD, 2001.
- OMS. World report on violence and health. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: 2002.
- Price S, Baird K (2003). Tackling domestic violence. An audit of professional practice. *The practising midwife* 6 (3): 15-18.
- Rodríguez, Y., Lameiras, M. y Carrera, M.V. (2009). Validación de la versión reducida de las escalas ASI y AMI en una muestra de estudiantes españoles. *Psicogente*, 12 (22): pp. 284-295.
- Rohlf I, Valls-Llobet C. Actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública. *Gac Sanit* 2003; 17(4): 263-5.

- Ruiz-Pérez I, Blanco-Prieto P y Vives-Cases C (2004). Violencia contra la mujer en pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gac Sanit*, 18 (2).
- Torró C y Llamas C (2008). Protocolo Andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Sevilla: Consejería de Salud.
- Venguer T, Fawcett G, Vernon R, Pick S (1998). Violencia doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud. México, DF: Population Council, INOPAL III, 24: 7-52.

9. ANEXOS :

9. 1. Anexo 1: cuestionario.



Este cuestionario forma parte de un proyecto de investigación del **Máster de Sexología impartido en la Universidad de Almería**. El único propósito es el de profundizar en el conocimiento de esta cuestión.

El estudio tiene la finalidad de investigar las actitudes del personal sanitario ante la detección de casos de violencia de género, sus conocimientos en materia de violencia de género y los factores externos que puedan interferir en el diagnóstico.

Este cuestionario es totalmente **anónimo** y **voluntario**, por lo que se ruega **sinceridad** en las respuestas. No existen respuestas buenas o malas. Marque con una **X** su respuesta cuando sea necesario.

DATOS GENERALES:

1. EDAD EN AÑOS:
2. AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL:
3. SEXO: Masculino Femenino
4. SITUACIÓN DE PAREJA: Con pareja Sin pareja
5. CATEGORÍA PROFESIONAL:
 Enfermera Matrona Ginecólogo
6. LUGAR DE TRABAJO:
 Hospital La Inmaculada Hospital Torrecárdenas Hospital De Poniente
7. Conoces algún caso de Violencia de Género en tu entorno: Si No
8. ¿Cuántos casos de Violencia de Género habrás identificado en los últimos 3 meses durante tu jornada laboral?
9. ¿Existe un protocolo para la atención sanitaria ante la Violencia de Género? Si No
10. En caso de existir un protocolo de Violencia de Género, ¿lo utilizas? Si No
11. ¿Has recibido algún tipo de formación en Violencia de Género? Si No
12. Consideras que necesitas más formación sobre Violencia de Género: Si No
13. Piensas que la Violencia de Género en nuestra sociedad es un problema
 Muy frecuente Bastante frecuente Algo frecuente Poco frecuente
14. Crees que la mayoría de los/las pacientes que sufren Violencia de Género

Comunican su situación Pasa desapercibida

15. ¿Crees que la Violencia de Género es un problema de Salud Pública? Si No

16. En la primera visita de cada mujer o al iniciar la historia clínica, ¿preguntas abiertamente si son o han sido víctimas de malos tratos?

Si, de forma rutinaria Sólo si hay sospecha

No, nunca lo hago Sólo si es obvio

17. ¿Crees que el personal sanitario es el ideal para identificar y canalizar los casos de Violencia de Género? Si No

18. ¿Crees que hay problemas organizativos o estructurales en tu trabajo que impiden diagnosticar los casos de Violencia de Género? Si No

19. De los siguientes ítems, marca el que en tu opinión es la principal causa de la Violencia de Género:

Alcoholismo Bajo nivel educativo Pobreza y exclusión social Genética

No existe un solo factor causal El comportamiento provocativo de las mujeres

20. ¿Cuál, en tu opinión, es el principal impedimento para que se detecten los casos de violencia?

Falta de tiempo y presión asistencial Falta de interés

Falta de protocolo o guía de actuación específica Falta de formación especializada

Incapacidad subjetiva para afrontar estos casos Considera la violencia de ámbito privado

MEDICIÓN DE LA EMPATÍA MÉDICA

Indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes oraciones. Cuando hayas elegido tu respuesta, márcala con un círculo. Un mayor número en la escala indica un mayor acuerdo (**1= totalmente en desacuerdo; 7= totalmente de acuerdo**).

1. Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos.

1 2 3 4 5 6 7

2. La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas desde la perspectiva de mi paciente.

1 2 3 4 5 6 7

3. Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica.

1 2 3 4 5 6 7

4. No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias.

1 2 3 4 5 6 7

5. Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico.
1 2 3 4 5 6 7
6. Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente.
1 2 3 4 5 6 7
7. Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico.
1 2 3 4 5 6 7
8. Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico; por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto.
1 2 3 4 5 6 7

MEDICIÓN DE LA ESCALA ASI (INVENTARIO DE SEXISMO AMBIVALENTE)

Indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes oraciones. Cuando hayas elegido tu respuesta, márcala con un círculo. Un mayor número en la escala indica un mayor acuerdo (**1= totalmente en desacuerdo; 7= totalmente de acuerdo**)

1. Las mujeres intentan ganar poder controlando a los hombres.
1 2 3 4 5 6 7
2. Las mujeres exageran los problemas que tienen en el trabajo.
1 2 3 4 5 6 7
3. Una vez que una mujer logra que un hombre se comprometa con ella, por lo general intenta controlarle estrechamente.
1 2 3 4 5 6 7
4. Cuando las mujeres son vencidas por los hombres en una competencia justa, generalmente, ellas se quejan de haber sido discriminadas.
1 2 3 4 5 6 7
5. Existen muchas mujeres que para burlarse de los hombres, primero se insinúan sexualmente a ellos y luego rechazan los avances de éstos.
1 2 3 4 5 6 7
6. Las mujeres feministas están haciendo demandas completamente irracionales a los hombres.
1 2 3 4 5 6 7
7. Muchas mujeres se caracterizan por una pureza que pocos hombres poseen.
1 2 3 4 5 6 7
8. Las mujeres deben ser queridas y protegidas por los hombres.
1 2 3 4 5 6 7
9. Todo hombre debe de tener una mujer a quien amar.
1 2 3 4 5 6 7
10. El hombre está incompleto sin la mujer.
1 2 3 4 5 6 7
11. Las mujeres en comparación con los hombres, tienden a tener un sentido más refinado de la

cultura y el buen gusto.

1 2 3 4 5 6 7

12. Los hombre deberían de estar dispuestos a sacrificar su propio bienestar con el fin de proveer seguridad económica a las mujeres.

1 2 3 4 5 6 7

10. Agradecimientos:

Un especial agradecimiento a mi tutor, Tesifón Parrón, por su apoyo intelectual y personal.

Gracias a la coordinadora del Máster, Rosa, por su más que paciente y comprensiva actitud con todos nosotros.

A Manuel por instigarnos a escuchar nuestra sed de piel.

A TODOS los alumnos del Máster, que son amigos además de compañeros.

A mi familia y amigos, y en especial a ti Héctor, no llegues tarde el 24 de Septiembre.