

**ACTA DE EVALUACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL**

Año académico 2016/17

DOCTORANDO: **PASCUAL BENITO, M. ISABEL**  
D.N.I./PASAPORTE: \*\*\*\*9565F

PROGRAMA DE DOCTORADO: **D324 DOCTORADO EN ATENCIÓN SOCIO SANIT EN LOS CUIDADOS DE SALUD.  
FUNDAM E INTERVE**  
DEPARTAMENTO DE: **ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA**  
TITULACIÓN DE DOCTOR EN: **DOCTOR/A POR LA UNIVERSIDAD DE ALCALÁ**

En el día de hoy 12/07/17, reunido el tribunal de evaluación nombrado por la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado y Doctorado de la Universidad y constituido por los miembros que suscriben la presente Acta, el aspirante defendió su Tesis Doctoral, elaborada bajo la dirección de HELENA HERNÁNDEZ MARTÍNEZ.

Sobre el siguiente tema: *VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LA PAREJA, SENSIBILIZACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL ÁREA DE SALUD DE GUADALAJARA*

Finalizada la defensa y discusión de la tesis, el tribunal acordó otorgar la CALIFICACIÓN GLOBAL<sup>6</sup> de (no apto, aprobado, notable y sobresaliente): SOBRESALIENTE

Alcalá de Henares, 12 de julio de 2017

EL PRESIDENTE

Fdo.: Pilar Almuza

EL SECRETARIO

Fdo.: Estrella Ruano

EL VOCAL

Fdo.: Isabel M. Morales

Con fecha 24 de julio de 2017 la Comisión Delegada de la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado, a la vista de los votos emitidos de manera anónima por el tribunal que ha juzgado la tesis, resuelve:

- Conceder la Mención de "Cum Laude"  
 No conceder la Mención de "Cum Laude"

La Secretaria de la Comisión Delegada

FIRMA DEL ALUMNO

Fdo.: Isabel Pascual

<sup>6</sup> La calificación podrá ser "no apto" "aprobado" "notable" y "sobresaliente". El tribunal podrá otorgar la mención de "cum laude" si la calificación global es de sobresaliente y se emite en tal sentido el voto secreto positivo por unanimidad.

INCIDENCIAS / OBSERVACIONES:



**Programa de Doctorado en Atención Sociosanitaria en los  
Cuidados de Salud. Fundamentos e Intervenciones**

# **Violencia Contra la Mujer en la Pareja. Sensibilización de los Profesionales Sanitarios del Área de Salud de Guadalajara**

**Tesis Doctoral presentada por**

**M<sup>a</sup> Isabel Pascual Benito**

**Directora:**

**DRA. Helena Hernández Martínez**

**Alcalá de Henares, 2017**

---







Da. Helena Hernández Martínez, profesora Contratada Doctora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Alcalá, como directora de la tesis de Da. M<sup>a</sup> Isabel Pascual Benito,

EXPONE: Que la tesis doctoral titulada *Violencia Contra la Mujer en la Pareja. Sensibilización de los Profesionales Sanitarios del Área de Salud de Guadalajara*, elaborada por Da. M<sup>a</sup> Isabel Pascual Benito, alumna de Doctorado del Programa D324: Atención Sociosanitaria en los cuidados de salud. Fundamentos e intervenciones, se encuentra finalizada y reúne las condiciones necesarias para el inicio de los trámites destinados a su defensa pública por parte de la doctoranda por lo que:

AUTORIZA la presentación de la citada Tesis Doctoral para su posterior tramitación.

En Alcalá de Henares, a 17 de abril de 2017

Fdo.: Dra. Helena Hernández Martínez  
Profesora Contratada Doctora  
Dpto. de Enfermería y Fisioterapia  
Universidad de Alcalá



**Acuerdo del Consejo de Departamento de Enfermería y Fisioterapia, sobre la tesis doctoral  
presentada por Doña M<sup>a</sup> Isabel Pascual Benito**

**Título de la Tesis:** Violencia Contra la Mujer en la Pareja. Sensibilización de los Profesionales Sanitarios del Área de Salud de Guadalajara

**Programa de Doctorado:** Atención Sociosanitaria en los Cuidados de salud. Fundamentos e Intervenciones RD 1393/2007

**Directora de la tesis:** Doña. Helena Hernández Martínez

Como directora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia hago constar que en la reunión del Consejo de Departamento celebrada el día 21 de abril de 2017, se acordó informar favorablemente sobre la Tesis Doctoral presentada por **Doña M<sup>a</sup> Isabel Pascual Benito**, dado que reúne los criterios académicos y administrativos que la normativa establece.

Para que así conste, firmo el presente a 21 de abril de 2017

Directora del Departamento



Cristina Francisco del Rey



*A mi familia y amigos, los que  
están y los que no están....*

*A mis hermanos y sobrinos*



## AGRADECIMIENTOS

La parte mas satisfactoria de este trabajo es poder dar las gracias a todas aquellas personas sin las cuales no se habría podido desarrollar.

Agradezco a mi directora de tesis, la Dra. Helena Hernández Martínez, por su constante ayuda y cariño. Por haber compartido conmigo su amistad, sabiduría y experiencia durante este largo proyecto. Gracias por confiar en mi.

También quiero agradecer a D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Carmen Hernández González, a D. Francisco López Martínez, a D<sup>a</sup> Isabel Valencia Fernández, al Dr. Carmelo Pérez García por ofrecerme su tiempo, su ánimo y apoyo incondicional. Así como, a mis compañeros y compañeras, amigos y amigas que han sufrido mis malos momentos. Gracias.

No quiero olvidarme de mis compañeros del Departamento de Enfermería y Fisioterapia y del personal del edificio Multidepartamental, por su ánimo y ayuda.

Por último, a la dirección y a los profesionales de atención primaria del Área de Salud de Guadalajara por su colaboración.





## Índice:

Presentación.....	Pg. 1
<b>Marco Teórico</b>	
<b>Capítulo 1.- Violencia Sobre las Mujeres por su Pareja.....</b>	Pg. 9
1.1- Concepto de Violencia.....	Pg. 11
1.1.1.- Clasificación de la Violencia.....	Pg. 13
1.1.2.- El Modelo Ecológico de la violencia.....	Pg. 14
1.2.- Violencia sobre la Mujer.....	Pg. 18
1.2.1.- La violencia sobre la mujer como problema social.....	Pg. 18
1.2.2.- Tipos de violencia sobre la mujer.....	Pg. 20
1.2.3.- El Modelo Ecológico para comprender la violencia sobre la mujer.....	Pg. 22
1.3.- Violencia sobre la Mujer Ejercida por su Pareja.....	Pg. 25
1.3.1.- El ciclo de la violencia en la mujer maltratada.....	Pg. 28
1.3.2.- Tipos de violencia ejercida sobre la mujer por su pareja.....	Pg. 30
1.3.3.- Consecuencias para la salud de las mujeres maltratadas...	Pg. 31
1.3.4.- Costes de la Violencia sobre la Mujer ejercida por su pareja.....	Pg. 34
<b>Capítulo 2.- Prevalencia de la violencia sobre la mujer ejercida por su pareja.</b>	Pg. 39
2.1.- Antecedentes.....	Pg. 41
2.2.- Estudios Internacionales.....	Pg. 43
2.2.1.- “Estudio Multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer” .....	Pg. 43
2.2.2.- Informe “Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud” .....	Pg. 49
2.3.- Estudio Europeo: “Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la Unión Europea” .....	Pg. 53
2.4.- Estudio e informes nacionales .....	Pg. 57

2.4.1.- “Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015” .....	Pg. 58
2.4.2.- Estadísticas oficiales del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer .....	Pg.74

### **Capítulo 3.- Legislación para la Protección a las Mujeres que sufren Violencia**

<b>por parte de sus parejas .....</b>	<b>Pg. 85</b>
3.1.- Introducción.....	Pg. 87
3.2.- Normativas Internacionales.....	Pg. 88
3.3.- Normativa Europea.....	Pg. 93
3.4.- Normativa Nacional y Autonómica.....	Pg. 94
3.4.1.- Legislación Nacional.....	Pg. 94
3.4.1.1.- El Código Penal.....	Pg. 97
3.4.2.- Normas Autonómicas.....	Pg. 101
3.5.- Planes y Protocolos de Prevención e Intervención Nacionales.....	Pg. 102
3.5.1.- Planes Nacionales.....	Pg. 102
3.5.2.- Protocolos.....	Pg. 108

### **Capítulo 4.- Profesionales Sanitarios y Violencia contra la Mujer Ejercida por**

<b>su Pareja .....</b>	<b>Pg. 117</b>
4.1.- Sensibilización y prevención.....	Pg. 119
4.2.- Sensibilización y concienciación social ante la violencia a la mujer ejercida por su pareja .....	Pg. 120
4.3.- Prevención de la violencia a la mujer ejercida por su pareja .....	Pg. 128
4.4.- Sensibilización y Prevención en el Ámbito Sanitario ante la violencia contra la mujer.....	Pg. 130
4.5.- Responsabilidades de los profesionales de la salud ante la violencia contra la mujer ejercida por su pareja.....	Pg. 136
4.6.- Implicaciones éticas y legales de los profesionales de la salud.....	Pg. 145
4.6.1.- Derechos de la mujer.....	Pg. 145
4.6.2.- Normas legales que guían la actuación profesional.....	Pg. 146
4.6.3.- Principios éticos que deben guiar la actuación profesional..	Pg. 147
4.6.4.- Dilemas éticos.....	Pg. 149

---

## Parte Empírica

<b>Capítulo 5.- Objetivos, Hipótesis y Metodología.....</b>	Pg. 155
5.1.- Objetivos e hipótesis del proyecto .....	Pg. 157
5.1.1.- Objetivos específicos.....	Pg. 157
5.1.2.- Hipótesis.....	Pg. 158
5.2.- Descripción de la muestra .....	Pg. 161
5.3.- Variables.....	Pg. 165
5.3.1.- Variables de la sensibilización de los profesionales de la salud ante la violencia a la mujer ejercida por su pareja ....	Pg. 165
5.3.2.- Variables Sociodemográficas.....	Pg. 166
5.4.- Instrumento de medida.....	Pg. 167
5.5.- Procedimiento para la recogida de información.....	Pg. 169
5.6.- Análisis de la información recogida.....	Pg. 170
<b>Capítulo 6.- Conocimientos de los Profesionales de la Salud sobre la Violencia                 contra la Mujer Ejercida por su Pareja.....</b>	Pg. 171
6.1.- Concepto de violencia a la mujer por su pareja .....	Pg. 173
6.2.- Frecuencia de los distintos tipos de violencia a la mujer por su pareja .....	Pg. 178
6.3.- Casos de violencia a la mujer por su pareja no diagnosticados.....	Pg. 185
6.3.1.- Concepto de fenómeno “iceberg” .....	Pg. 185
6.3.2.- Porcentaje de casos de VMCI no diagnosticados.....	Pg. 190
6.4.- Signos y síntomas de sospecha de VMCI.....	Pg. 197
6.5.- Protocolo de atención sanitaria a las mujeres víctimas de violencia.	Pg. 204
6.5.1.- Existencia de protocolo de atención sanitaria a la mujer víctima de violencia.....	Pg. 204
6.5.2.- Conocimiento del protocolo de atención sanitaria a la mujer víctima de violencia.....	Pg. 209
6.6.- Conocimientos legales.....	Pg. 213
6.6.1.- Obligación legal ante la sospecha de violencia a la mujer por su pareja .....	Pg. 213
6.6.2.- Consecuencias legales por no declarar violencia a la mujer por su pareja .....	Pg. 218

<b>Capítulo 7.- Creencias de los/as Profesionales de la Salud sobre la Violencia</b>	
<b>contra la Mujer Ejercida por su Pareja .....</b>	Pg. 225
7.1.- Creencias sobre el perfil de la mujer víctima de violencia.....	Pg. 227
7.2.- Creencias sobre el perfil del hombre maltratador.....	Pg. 233
7.3.- Creencia sobre la asociación de la violencia a la mujer por su pareja y clase social de pertenencia.....	Pg. 238
<b>Capítulo 8.- Percepción de los/as Profesionales de la Salud sobre la Violencia</b>	
<b>contra la Mujer Ejercida por su Pareja .....</b>	Pg. 245
8.1.- Percepción de la importancia del problema de la violencia a la mujer ejercida por su pareja.....	Pg. 247
8.2.- Percepción de la frecuencia del problema de la violencia a la mujer ejercida por su pareja.....	Pg. 252
8.3.- Percepción sobre la comunicación de la situación por la mujer víctima de violencia por su pareja.....	Pg. 258
8.4.- Percepción de casos de VMCI de los profesionales de la salud.....	Pg. 263
8.4.1.- Conocimiento de casos de VMCI en el entorno cercano.....	Pg. 263
8.4.2.- Número de casos de violencia a la mujer ejercida por su pareja detectados durante el trabajo.....	Pg. 268
8.5.- Percepción sobre las posibles causas de infradetección del problema de VMCI.....	Pg. 274
<b>Capítulo 9.- Actuación de los/as Profesionales de la Salud ante la Mujer</b>	
<b>Víctima de Violencia Ejercida por su Pareja .....</b>	Pg. 283
9.1.- Actitud expectante para la detección de casos de VMCI.....	Pg. 285
9.2.- Actuación ante una mujer con lesiones físicas.....	Pg. 290
9.3.- Profesionales implicados en identificar y solucionar la VMCI.....	Pg. 295
9.4.- Actuación consensuada de los profesionales implicados en la violencia a la mujer por su pareja.....	Pg. 301
9.5.- Necesidad de formación específica para mejorar la actuación de los profesionales implicados en la VMCI.....	Pg. 306

---

---

<b>Capítulo 10.- Detección y Protocolo de Actuación en la Violencia ejercida sobre la Mujer por su Pareja.....</b>	<b>Pg. 313</b>
10.1.- Detección de casos asociado al nivel de conocimiento, creencias, percepción y actuación de los profesionales de la salud.....	Pg. 316
10.2.- Conocimiento protocolo actuación asociado con percepción, creencias y actuación de los/as profesionales sanitarios.....	Pg. 320
10.3.- Relación entre casos detectados de la violencia contra la mujer y tipo de localidad donde está ubicado el centro de salud donde trabajan los/as profesionales sanitarios.....	Pg. 325
<b>Capítulo 11.- Discusión y Conclusiones.....</b>	<b>Pg. 327</b>
11.1.- Conocimientos de los Profesionales de la Salud sobre la Violencia contra la Mujer Ejercida por su Pareja.....	Pg. 329
11.2.- Creencias de los Profesionales de la Salud sobre la Violencia contra la Mujer Ejercida por su Pareja .....	Pg. 336
11.3.-Percepción de los Profesionales de la Salud sobre la Violencia contra la Mujer Ejercida por su Pareja .....	Pg. 338
11.4.- Actuación de los/as Profesionales de la Salud ante la Mujer Víctima de Violencia Ejercida por su Pareja .....	Pg. 343
11.5.- Conclusiones.....	Pg. 347
11.6.- Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación.....	Pg. 350
Referencias Bibliográficas.....	Pg. 353
Anexos.....	Pg. 377
Anexo 1.- Encuesta.....	Pg. 379
Anexo 2.- Informe Comisión Investigación.....	Pg. 383
Anexo 3.- Carta presentación para centros de salud .....	Pg. 385
Tablas y Figuras.....	Pg. 387
Índice de Tablas.....	Pg. 389
Índice de Figuras.....	Pg. 396
Abreviaturas.....	Pg. 407
Listado de abreviaturas.....	Pg. 409



---

## Presentación

---

---





La violencia que se ejerce sobre las mujeres, además de una vulneración de los derechos humanos, supone, por las repercusiones que tiene en el nivel de salud de las mujeres, un importante problema de salud pública. Es una expresión de la discriminación, la desigualdad y la relación de poder de los hombres sobre las mujeres, que se retroalimenta en los sistemas de valores y creencias con los que se construyen los roles sociales de hombres y mujeres.

Según el informe publicado por la OMS en 2013 “Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud”, la violencia física o sexual sobre la mujer es un problema de proporciones epidémicas que afecta a más de un tercio de todas las mujeres a nivel mundial.

Los problemas, tanto físicos como psicosociales, derivados u ocasionados por la violencia ejercida por la pareja sobre la mujer son múltiples. La OPS en 2013 describe en un estudio como estas mujeres sufren de cefaleas, dolores crónicos, pérdida de memoria, dificultad para realizar su actividad cotidiana y, demandan atención sanitaria por problemas crónicos de salud como dolor pélvico, abdominal, de espalda, trastornos del sueño y del aparato digestivo. No menos importantes son las consecuencias sobre su salud sexual y reproductiva, tales como, pérdida de deseo sexual, enfermedades de transmisión sexual, fibrosis vaginal, embarazos no deseados y problemas obstétricos, entre otras; sobre su salud mental como depresión, trastornos de la conducta alimentaria, abusos de sustancias, ansiedad, baja autoestima y psicopatías y, sobre su salud social presentando aislamiento familiar, absentismo laboral, pérdida de empleo y aislamiento social.

La prevención de este tipo de violencia es complicada al ser su etiología multifactorial por la interrelación entre factores personales, situacionales y socioculturales, para cambiar la imagen social de la violencia sobre las mujeres, es necesaria la implicación de numerosos agentes sociales. El Modelo Ecológico, propuesto por Lory L. Heise explica esta multicausalidad que opera en diferentes niveles de forma simultánea y permite la identificación de factores de riesgo y factores protectores.

Además de la prevención, es importante la detección precoz y el apoyo asistencial a las mujeres víctimas de este importante problema, es necesaria la implicación y el trabajo colaborativo de los diferentes agentes sociales responsables de la atención a las mujeres maltratadas. Es significativo el papel que los/as profesionales sanitarios, sobre todo los/as que ejercen en atención primaria, deben desempeñar, pues la mayoría de las veces son el primer y mas cercano apoyo que la mujer tiene en esta situación. Para proporcionar una atención integral a la mujer víctima de violencia, los/as profesionales deben conocer cuál es su nivel de responsabilidad profesional, ético legal y social, cuando son conocedores de la situación en la que vive la mujer, por lo que necesitan una preparación específica.

Ante la importancia del problema que presenta la violencia sobre la mujer ejercida por su pareja o expareja<sup>1</sup> y su prevención y detección precoz por parte de los/as profesionales sanitarios de atención primaria, la presente tesis doctoral tiene como objetivo avanzar en el estudio de la sensibilidad de los profesionales sanitarios de Atención Primaria del Área de Guadalajara sobre la violencia que sufren las mujeres ejercida por sus parejas. Esto es, qué efecto tiene la categoría profesional, el sexo, la edad, los años de experiencia profesional, el haber vivido o no en pareja o el tamaño de población del centro de salud donde trabajan, y cómo influyen los conocimientos y las creencias sobre la violencia ejercida sobre la mujer en las conductas de detección precoz y atención llevadas a cabo por los/as profesionales sanitarios.

Para dar respuesta a estas cuestiones, se presenta, en primer lugar, el marco teórico con una revisión acerca del concepto de violencia sobre la mujer, las teorías, modelos y resultados de trabajos de investigación sobre su concepto, etiología, tipos, consecuencias, prevalencia, normativas y protocolos y la actitud de los profesionales sanitarios ante ella. Revisión que sirve de guía y referencia para el desarrollo de este trabajo y que, además, nos ayuda a entender y a interpretar nuestros propios resultados. Los objetivos, el método y los resultados de dicha investigación se presentan en la parte empírica de este trabajo.

---

<sup>1</sup> Para facilitar la lectura, cuando aparece el termino pareja se quiere hacer referencia a pareja o expareja.

Los cuatro primeros capítulos componen el marco teórico. En el Capítulo 1, se presentan las aportaciones teóricas al estudio de la violencia sobre la mujer, dedicando atención al Modelo Ecológico para explicar la multicausalidad y sus aportes en la prevención. Además, se identifican las repercusiones que la violencia tiene sobre la salud de las mujeres y los costes en recursos y en sufrimiento humano que este problema provoca.

En el Capítulo 2 se expone la prevalencia a nivel internacional, europeo, nacional y autonómico, para conocer la dimensión real del problema de salud pública de la violencia sobre la mujer ejercida por la pareja o la expareja a lo largo de su vida o en los últimos meses referidos a la fecha de los estudios.

El Capítulo 3 presenta una descripción de las normativas internacionales, europeas, nacionales y de la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha sobre la protección a la mujer. A continuación, se refieren los protocolos de prevención de la violencia sobre la mujer a nivel nacional y de la comunidad autónoma.

Para terminar la parte del marco teórico, en el Capítulo 4 se presentan las medidas de sensibilización y conciencia social ante el problema de la violencia sobre la mujer y la sensibilización de los/as profesionales de la salud como agentes sociales. Y, las medidas de prevención y actuación de los profesionales sanitarios de atención primaria ante la violencia sobre la mujer ejercida por su pareja.

Con el Capítulo 5 se inicia la parte empírica de la tesis. En él se detalla el planteamiento de la investigación. Se definen los objetivos e hipótesis y se describen las variables e instrumentos utilizados, así como el procedimiento de recogida de información y los análisis realizados.

En el Capítulo 6 se presentan los resultados de los conocimientos en relación a la violencia sobre la mujer por su pareja, cómo la conceptualizan y qué conocimientos tienen respecto a la frecuencia de los tipos de violencia, a los problemas de salud que se pueden derivar de ella y/o sin signos de detección precoz.

En el Capítulo 7, se muestran los resultados sobre las creencias que tienen los profesionales de la salud respecto al perfil de hombre maltratador y mujer víctima de violencia y a qué clase social pertenecen. A continuación, en el Capítulo 8, se exponen los resultados sobre como perciben los/as profesionales de la salud de los centros de atención primaria este problema.

En el Capítulo 9, se presentan los resultados sobre las variables del estilo de actuación de los profesionales en relación con la violencia sobre la mujer, la actitud expectante ante este problema, la forma de abordarlo y si se sienten preparados para hacerlo o por el contrario necesitan formación específica.

Por último, en el Capítulo 10 se presenta la discusión de los resultados obtenidos y las principales conclusiones que se desprenden del mismo. Finalmente, se especifican las referencias bibliográficas, los anexos en los que se pueden encontrar los instrumentos utilizados para la recogida de la información y los índices de tablas y figuras.

---

# Marco Teórico

---

---

---

## Capítulo 1.- Violencia Sobre las Mujeres por su Pareja

---

---





En este capítulo se trata de analizar la violencia que sufren las mujeres por parte de sus parejas, identificar las consecuencias que la violencia tiene en la salud de las mujeres y los costes que esto supone.

Se comienza definiendo lo que es la violencia, identificando sus clases y el modelo que ayuda a comprender su naturaleza polifacética. También se analizan los tipos de violencia que pueden sufrir las mujeres por el hecho de serlo, explicitando el problema social y de salud pública que supone este tipo de violencia. Se finaliza centrando la violencia que sufre la mujer en el escenario de las relaciones de pareja, identificando como suceden los episodios violentos, que repercusiones tienen en la salud de las mujeres y cuáles son los costos personales y/o sociales que este problema supone.

### 1.1. Concepto de violencia

La violencia en sus diferentes manifestaciones es un problema social y de salud pública que afecta a las personas desde que nacen hasta que mueren, no hay ningún país en el mundo que este a salvo de la violencia, es un tema habitual en las noticias de los diferentes medios de comunicación. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup> la violencia es una de las principales causas de muerte en poblaciones entre los 15 y 44 años, cada año mueren 1,6 millones de personas en el mundo por causas violentas y son incontables los individuos que sufre lesiones que afectan a su salud física y/o psíquica.

Etimológicamente violencia viene del latín *“violentia”* que deriva de *“vis”* fuerza y *“latus”* llevar o transportar. Por lo tanto, su sentido etimológico significa llevar la fuerza a algo o a alguien. La violencia es siempre un ejercicio de poder y supremacía, asociada a términos como poder y fuerza, de hecho, la acepción del término violencia que da el diccionario de la lengua española<sup>2</sup> es *“cualidad de violento”*, que a su vez define como: *“dicho de una persona: que actúa con ímpetu y fuerza y se deja llevar por la ira”* o *“que implica el uso de la fuerza, física o moral”*, mientras que fuerza se entiende como *“Aplicación del poder físico o moral”* o *“Acto de obligar a alguien a que*

*asienta a algo, o a que lo haga*". Por lo tanto, la violencia es un comportamiento deliberado que puede provocar daños a otro o a uno mismo.

Según José Sanmartín en su libro "El laberinto de la violencia"<sup>3</sup>, la violencia, es un descontrol que se traduce en una agresividad hipertrofiada. La violencia se ejerce de manera deliberada y consciente, ocasiona un daño y busca el sometimiento y control de la víctima. Cuando se produce un daño se transgrede el derecho humano básico a la salud, a la libertad y a la integridad física. Esta definición hace referencia a la relación de poder que se establece entre el agresor y la víctima, entendiendo por víctima toda aquella persona que ha sufrido un daño de tipo físico, emocional y/o psicológico que pueden comprometer su salud actual o futura.

La agresividad es una conducta innata, automáticamente ante la presencia de algún estímulo externo, se inhibe o se exagera, mientras que la violencia es una conducta intencional no automática. La violencia es el comportamiento resultante de poner la agresividad al servicio de nuestras experiencias de desarrollo personal que determinaran que la agresividad innata se potencie o se inhiba. De modo que, por nuestra biología, somos agresivos; pero por nuestra socialización, podemos ser pacíficos o violentos<sup>4</sup>.

La violencia es un comportamiento adquirido. Es imposible encontrar una causa única a todas las formas de violencia; nos encontramos, en efecto, frente a un fenómeno multidimensional. La violencia ha existido desde siempre, ha ido variando en sus manifestaciones a la par que ha evolucionado el comportamiento social del ser humano. La característica principal de la violencia es que pone en riesgo la vida, la salud, la integridad corporal o la libertad individual de la víctima<sup>5</sup>.

En 1996 la OMS<sup>1</sup> declaró que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo, definió la violencia como:

*"El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad,*

*que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”*

En esta definición se vincula la intención con la comisión del acto mismo, independientemente de las consecuencias que se producen sobre el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades. Se entiende que la violencia es un plan diseñado para conseguir un beneficio, formarían parte de esta estrategia no solo los hechos violentos, sino también el descuido y la omisión.

Según la Asociación Estadounidense de Psicología (APA) la violencia es un comportamiento aprendido, subordinado a normas socioculturales y al rol que se presume debe desempeñar un individuo en la sociedad a la que pertenece. El que el comportamiento violento este supeditado al rol social no descarta que factores psicológicos o de personalidad estén relacionados con el comportamiento agresivo o violento<sup>6</sup>.

### **1.1.1. Clasificación de la violencia**

Ninguna de las clasificaciones que existen sobre la violencia es completa. El profesor Sanmartín en el boletín del diario de campo del Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH) de Méjico, en el artículo titulado *¿qué es esa cosa llamada violencia?*<sup>4</sup>, propone una taxonomía en la que clasifica la violencia según:

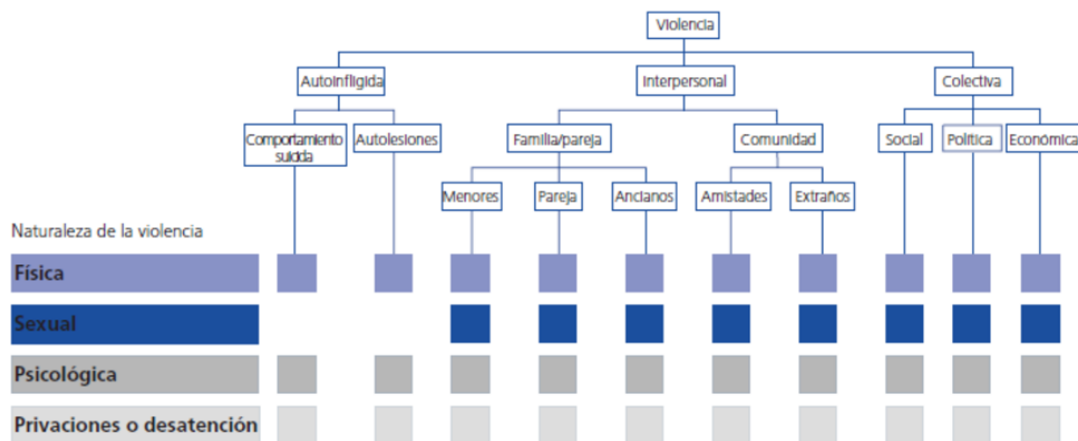
- a) Su modalidad: activa o pasiva
- b) El tipo de víctima: violencia de género, contra niños, contra personas mayores
- c) El tipo de agresor: juvenil, terrorista, psicopática y crimen organizado
- d) El daño causado: física, emocional, sexual y maltrato económico
- e) El escenario en el que se produce: en el domicilio, en la escuela, en el lugar de trabajo, en los conflictos armados, en la cultura y callejera.

La clasificación que propone la OMS en el Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud combina la relación que se establece entre agresor y víctima y la naturaleza de la acción violenta. Atendiendo a la relación que se establece entre agresor y víctima, la violencia se divide en tres categorías principales<sup>1</sup>:

- Violencia autoinfligida: la que una persona se ocasiona a sí misma. Comprende el comportamiento suicida y las autolesiones
- Violencia interpersonal: la impuesta por otra persona o un grupo pequeño de individuos. Comprende la violencia familiar y la violencia comunitaria
- Violencia colectiva: la ocasionada por grupos grandes, como estados o grupos terroristas. Se subdivide en violencia social, violencia política y violencia económica

Estas categorías se subdividen para reflejar más de 30 tipos específicos de violencia. Atendiendo a la naturaleza de los actos violentos se divide en: violencia física, sexual, psíquica y violencia que incluye privaciones o descuido. La figura 1 muestra en sentido horizontal quienes son las víctimas, y en vertical de qué manera lo son. Esta clasificación nos hace entender más fácilmente los distintos tipos de violencia que suceden en la vida diaria de las personas, las familias y las comunidades.

**Figura 1.- Clasificación de la violencia**



Fuente: Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003

### 1.1.2. El Modelo Ecológico de la Violencia

No existe ninguna causa que explique qué algunas personas se comporten de manera violenta con otras, o que la frecuencia de sucesos violentos sea más prevalente en unas comunidades que en otras.

Algunos factores de riesgo pueden ser privativos de un tipo determinado de violencia, pero es más frecuente que los diversos tipos de violencia compartan varios factores de riesgo, por lo que sería más adecuado luchar contra la violencia en el contexto más amplio y tener en cuenta los rasgos comunes que comparten los tipos de violencia.

La violencia es un acto intencionado que responde a la interacción de innumerables factores, conocer como estas interacciones se producen e inciden en el comportamiento violento es uno de los pasos más importante para poder prevenirla. Conocer las condiciones que determinan las prácticas violentas permite el desarrollo de intervenciones dirigidas a prevenir, atender y sancionar las distintas formas de violencia. El reto es desactivar y erradicar las conductas violentas convirtiendo las condiciones que determinan prácticas violentas en situaciones de seguridad para todas las personas.

El Enfoque Ecológico para la atención de la violencia, instituido por Heise (1994) a partir de la propuesta de Bronfenbrenner (1979) proporciona una visión holística. Parte del supuesto de que, cotidianamente, cada persona está inmersa en múltiples niveles relacionales: individual, familiar, comunitario y social, donde pueden producirse distintas expresiones y dinámicas de violencia. El planteamiento de Heise fue asumido desde 2003 por la OMS<sup>7</sup>.

*El Informe Mundial sobre Violencia y Salud* recurre al Modelo Ecológico para ayudar a comprender la naturaleza polifacética de la violencia, ver figura 2.

**Figura 2.- Modelo Ecológico para comprender la violencia**



Fuente: Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003

Su principal utilidad estriba en que ayuda a distinguir los innumerables factores que influyen en la violencia, al tiempo que proporciona un marco para comprender cómo interactúan. Este modelo ecológico se aplicó inicialmente al abuso de menores y, posteriormente, a la violencia juvenil. Más recientemente, en las investigaciones se ha utilizado para comprender la violencia infligida por la pareja y el abuso de las personas mayores. El modelo explora la relación entre los factores individuales y contextuales y considera la violencia como producto de múltiples niveles de influencia sobre el comportamiento.

**El nivel individual:** se centra en las características del individuo que aumentan la probabilidad de ser víctima o perpetrador de la violencia. En los factores individuales incluyen los factores biológicos y la historia personal que determinan el comportamiento, así como la impulsividad, el bajo nivel educativo, el abuso de sustancias y los antecedentes de comportamiento agresivo o de haber sufrido abusos.

**El nivel de las relaciones:** explora como las relaciones sociales próximas, los compañeros, la pareja y los miembros de la familia pueden configurar el comportamiento y la historia personal del individuo, aumentando o disminuyendo el riesgo de convertirse en víctima o agresor.

**El nivel de la comunidad:** examina los contextos de la comunidad en la que están inmersas las relaciones sociales, como la escuela, el lugar de trabajo y el vecindario, y trata de identificar las características de los valores que se asocian con ser víctimas o perpetradores de violencia. La investigación sobre la violencia muestra que las oportunidades para la violencia son mayores en algunos contextos comunitarios como por ejemplo, en zonas de pobreza o donde hay poco apoyo institucional.

**El nivel social:** inspecciona los factores sociales más generales que influyen en las tasas de violencia, entre estos figuran:

- Normas culturales donde la violencia es la forma de resolver conflictos
- Actitudes respecto al suicidio como una cuestión de elección individual en lugar de un acto de violencia prevenible

- Normas que dan prioridad a la patria potestad sobre bienestar de los niños
- Normas que afianzan la dominación masculina sobre las mujeres y los niños
- Normas que apoyan el uso excesivo de la fuerza policial contra los ciudadanos
- Normas que apoyan el conflicto político
- Otros factores como las políticas sanitarias, educativas, económicas y sociales que mantienen elevados niveles de desigualdad entre distintos grupos sociales.

Los vínculos entre la violencia y la interacción entre los factores individuales y los contextos sociales, culturales y económicos más amplios sugieren que el tratamiento de los factores de riesgo en los diferentes niveles del Modelo Ecológico (tabla 1) puede contribuir a la disminución en más de un tipo de violencia<sup>1</sup>.

**Tabla 1.- Factores de riesgo de violencia basados en el Modelo Ecológico**

Sociedad	Comunidad	Relaciones	Individual
Factores amplios que reducen las inhibiciones contra la violencia	El barrio, la escuela y el lugar de trabajo	Con la familia, en la pareja y con amigos	Factores personales que determinan el comportamiento individual
Pobreza	Alto nivel de desempleo	Disfunción de la familia	Género, edad y educación
Desigualdades económicas, sociales y de género	Gran densidad de población	Violencia generacional; prácticas deficientes de crianza de los hijos	Historia familiar de violencia
Seguridad social deficiente	Aislamiento social de las mujeres y la familia	Conflicto parental que entraña violencia	Testigo de violencia de género
La masculinidad se asocia con la agresión y la dominación	Falta de información	Asociación con personas que tienen una conducta violenta o delictiva	Víctima de abuso o abandono infantil
Un sistema jurídico y de justicia penal débil	Atención insuficiente a las víctimas	Condición socioeconómica baja; tensiones socioeconómicas	Medios de vida e ingresos personales insuficientes
No se enjuicia a los infractores	El problema de la violencia de género no se aborda en la escuela ni en el lugar de trabajo	Fricción respecto del empoderamiento de la mujer	Desempleo
Las víctimas carecen de derechos jurídicos	Sanciones comunitarias deficientes contra la violencia de género	El honor de la familia es más importante que la salud y la seguridad de las mujeres	Problemas de salud mental y de comportamiento
Las normas sociales y culturales apoyan la violencia	Seguridad deficiente en los espacios públicos		Uso indebido del alcohol y de las drogas
Armas pequeñas	Papeles complejos tradicionalmente asignados a cada género		Prostitución
Situaciones de conflicto o posteriores a conflictos	La víctima debe asumir la culpa		Refugiados y desplazados internos
Desplazamiento interno	Violación de la confidencialidad de la víctima		Discapacidad
Campamentos de refugiados			Posesión de armas pequeñas

Fuente: Buvinic, Morrison y Shifter, 1999; Heise y García Moreno, 2002; Jewkes, Sen y García Moreno, 2002; Kug y otros, 2002.

## **1.2. Violencia sobre la mujer**

La violencia contra las mujeres además de una vulneración de los derechos humanos es un importante problema de Salud Pública, debido a las repercusiones que tiene en el nivel de salud de las mujeres, incluida la mortalidad. La violencia contra la mujer es un hecho universal, pues no hay ningún lugar en el mundo en el que las mujeres estén libres de la violencia, sus raíces se encuentran en el patriarcado, identificado como el sistema de valores y creencias que retroalimenta la desigualdad entre hombre y mujeres<sup>8</sup>.

### **1.2.1. La violencia sobre la mujer como problema social**

A lo largo de la historia el papel social de la mujer ha estado supeditado al del hombre, de tal manera que los hombres ejercen poder y control sobre ellas. La violencia es un mecanismo para mantener el poder de los hombres, los límites de los roles masculino y femenino. Otros factores como las creencias, la cultura y la desigualdad económica, favorecen la aparición de la violencia sobre la mujer<sup>9</sup>.

La violencia que se ejerce sobre las mujeres, independientemente de la edad, su origen o condición social, constituye un importante problema social. En 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) aprobó la “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer”<sup>10</sup>, en su artículo 1 define la violencia contra la mujer como:

*“todo acto de violencia por razones de sexo 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 produce en la vida pública como en la privada”.*

Durante la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer que tuvo lugar en Beijing en 1995<sup>11</sup> se concluyó que:

*“la violencia contra las mujeres es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre los hombres y las mujeres, que han*



*conducido a la dominación de la mujer por parte del hombre, la discriminación contra la mujer y la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo. La violencia contra la mujer a lo largo de su ciclo vital proviene especialmente de pautas culturales, concretamente de los efectos perjudiciales de algunas prácticas tradicionales o consuetudinarias y de todos los actos de extremismo relacionados con la raza, el sexo, el idioma o la religión, que perpetúan la condición inferior que se asigna a la mujer en la familia, el lugar de trabajo, la comunidad y la sociedad” (ONU, 1995).*

Según las Naciones Unidas en su estudio “Poner fin a la violencia contra la mujer. De las palabras los hechos” de 2006<sup>9</sup>:

*“Las raíces de la violencia contra la mujer están en la desigualdad histórica de las relaciones de poder entre el hombre y la mujer y la discriminación generalizada contra la mujer en los sectores tanto público como privado. Las disparidades patriarcales de poder, las normas culturales discriminatorias y las desigualdades económicas se han utilizado para negar los derechos humanos de la mujer y perpetuar la violencia. La violencia contra la mujer es uno de los principales medios que permiten al hombre mantener su control sobre la capacidad de acción y la sexualidad de la mujer.”*

Según el Consejo de Europa<sup>12</sup> la violencia contra la mujer es universal, lo que la convierte en una forma endémica de discriminación contra las mujeres. En todos los países europeos:

*“... existen mujeres que son abofeteadas, pateadas, golpeadas, encerradas, acosadas sexual y psicológicamente, mutiladas genitalmente, obligadas a prostituirse y asesinadas por hombres de su entorno social inmediato, pero también por funcionarios del Estado. De niñas, sufren abusos sexuales en la familia o en las escuelas, discriminación en sus opciones de escolarización o formación profesional, la mutilación de sus genitales o el matrimonio en contra de su voluntad. Cuando son adultas, sufren maltrato económico y*

*psicológico y abusos sexuales por parte de sus parejas y son acosadas o violadas por sus ex parejas o por desconocidos. Cuando son ancianas, vuelven a sufrir maltrato económico y psicológico y abusos sexuales por parte de familiares o de los empleados de las residencias de ancianos, y se les priva de tomar sus propias decisiones”.*

En vista de lo cual se puede afirmar que la violencia contra la mujer es una expresión de la discriminación, la desigualdad y la relación de poder de los hombres sobre las mujeres, es un ejercicio de sometimiento en el que se infringe un daño intencionado.

Según el informe publicado por la OMS en 2013 *“Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud”*<sup>13</sup>, la violencia física o sexual sobre la mujer es un problema de salud mundial, de proporciones epidémicas que afecta a más de un tercio de todas las mujeres a nivel mundial.

### **1.2.2. Tipos de violencia sobre la mujer**

La Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) <sup>10</sup>, entiende que la violencia contra la mujer adopta tres formas principales: violencia física, psicológica y sexual, abarcando los siguientes actos, aunque sin limitarse a ellos:

- La violencia física, sexual y psicológica que se produce en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la relacionada con la explotación
- La violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada
- La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.

La ONU en su declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer<sup>10</sup> establece que las formas mas comunes de violencia contra la mujer son:

- **Maltrato físico:** comprende todo acto no accidental que utilice deliberadamente la fuerza y provoque o pueda provocar una lesión o daño en el cuerpo de la víctima. Incluye múltiples manifestaciones que van desde bofetadas, golpes, palizas, empujones, heridas, fracturas o quemaduras hasta la muerte. Se produce con mas frecuencia en el hogar o en la familia, los diferentes estudios e investigaciones sobre este tema demuestran que una mujer tiene mayor probabilidad de ser lastimada, violada o asesinada por su compañero actual o anterior que por otra persona.
- **Violencia sexual:** se produce siempre que se obliga a la víctima a sufrir un comportamiento sexual contra su voluntad, puede implicar o no contacto físico. La violación y los tocamientos son los actos de violencia sexual más fácilmente identificables pues hay un contacto físico entre el agresor y la víctima, pero también se consideran actos de violencia sexual comportamientos como el exhibicionismo y el acoso sexual, por ejemplo, en la que no existe contacto físico.
- **Violencia psicológica** es todo comportamiento que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la víctima y contra su dignidad, el objetivo del agresor es imponer pautas de comportamiento lesionando la autoestima de la víctima y generando un sentimiento de inseguridad. Las amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social, la culpabilización, la privación de libertad, el control económico, el chantaje emocional, el rechazo o el abandono son las manifestaciones más comunes.
- **Mutilación genital femenina:** comprende todos los procedimientos que incluyen la eliminación parcial o total de los genitales femeninos externos y otras lesiones a los órganos genitales femeninos ya sea por motivos culturales y otras razones no terapéuticas. Es una forma de violencia contra las mujeres, practicada generalmente en los primeros años, incluso meses de vida, que afecta su vida como mujer adulta, es una práctica cultural tradicional, se cree necesaria para garantizar la dignidad de la niña y su familia y aumenta sus posibilidades de contraer matrimonio.

- **Trata de mujeres, prostitución forzada y abuso contra trabajadoras domésticas:** muchas mujeres en todo el mundo son engañadas, coercidas, secuestradas o vendidas en condiciones similares a la esclavitud y son obligadas a trabajar como prostitutas, trabajadoras domésticas, en fábricas en condiciones de explotación, o como esposas. Las trabajadoras domésticas son vulnerables a las agresiones violentas, tales como el maltrato físico y la violación, de parte de sus empleadores, que pueden incluso retener sus sueldos, pasaportes y documentos personales. En algunos países, las trabajadoras domésticas no están amparadas por las leyes laborales.
  
- **Mujer y Medios de Comunicación:** la mujer es objeto de burla, marginación y abuso cuando los medios de comunicación la utilizan como objeto sexual para promociones de productos o programas de televisión diseñados para incitar el deseo sexual.
  
- **Otras formas de discriminación:** la preferencia del hijo varón puede dar lugar a violencia, la selección prenatal de sexo puede provocar un número desproporcionado de abortos de fetos femeninos frente a fetos masculinos, incluso, después del nacimiento pueden producirse infanticidios de niñas.

### **1.2.3. El Modelo Ecológico para comprender la violencia sobre la mujer**

Para abordar el problema de la violencia contra la mujer no podemos centrarnos únicamente en el agresor y la víctima, ya que la violencia contra la mujer es un fenómeno complejo que se fundamenta en la interacción entre factores personales, situacionales y socioculturales. La identificación y descripción de sus causas mejorara la efectividad y la eficacia de las acciones dirigidas a tratar este problema.

El Modelo Ecológico, propuesto por Lory L. Heise, y expuesto, en líneas generales con anterioridad como explicativo de la violencia, aplicado a la violencia que sufren las mujeres es una primera aproximación que permite la identificación de los factores de riesgo, así como los determinantes que favorecen o dificultan la relación de las personas con su medio y viceversa<sup>14-7</sup>.

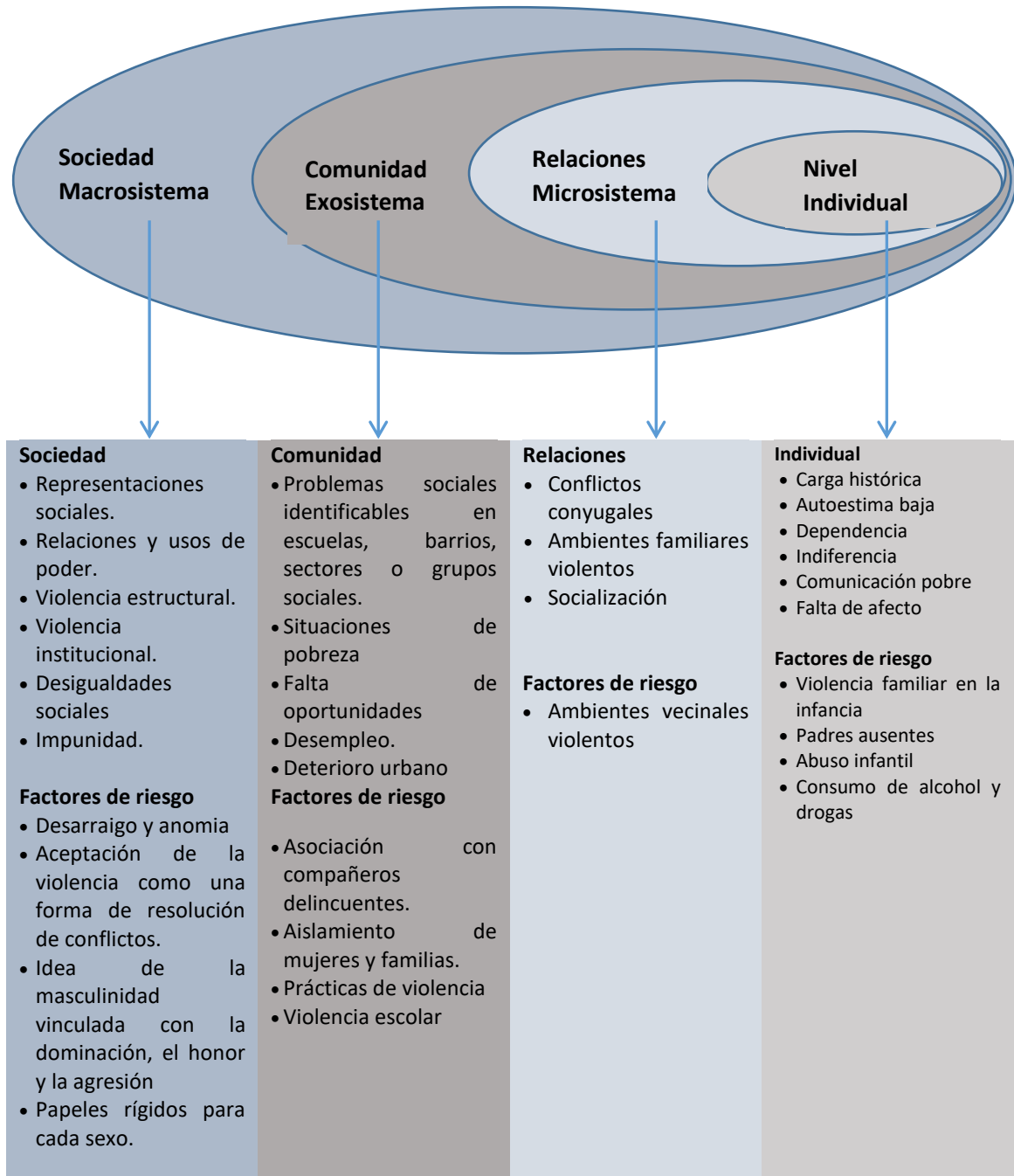
Para Bronfenbrenner, precursor del modelo, la comprensión del problema excede a la observación de la conducta, e implica examinar los sistemas de interacción y las características del entorno donde se produce el comportamiento. El contexto ecológico se define por una serie de estructuras seriadas, cada una de las cuales está dentro de las siguientes, como muñecas rusas. Estas estructuras, según Heise son:

- Nivel individual: características del desarrollo personal que afectan a la respuesta personal y aumentan la probabilidad de ser víctima o autor de la violencia.
- Microsistema: corresponde al entorno inmediato de la persona en el que tiene lugar la violencia, generalmente se refiere a las relaciones que se dan en el entorno familiar y laboral.
- Exosistema: comprende las estructuras formales e informales que conforman la comunidad y hacen perdurar el problema a través de pautas culturales sexistas y autoritarias.
- Macrosistema: representa los valores culturales y la ideología que impregna la sociedad.

La ventaja de esta perspectiva es el reconocimiento de la multicausalidad de la violencia contra la mujer que operan en diferentes niveles de forma simultánea, independiente o interactiva. Ningún factor de manera exclusiva explica el riesgo de sufrir violencia<sup>14-15</sup>, ver figura 3.

La forma más frecuente de violencia contra las mujeres es la ejercida por el marido o compañero sentimental, denominada también “violencia doméstica”, “violencia de género” o “violencia contra la mujer en la pareja”<sup>16</sup>.

**Figura 3.- Enfoque Ecológico de factores relacionados con la violencia contra la mujer.**



Elaboración propia a partir de: Modelo ecológico para una vida libre de violencia de género<sup>7</sup>.

### **1.3. Violencia sobre la mujer ejercida por su pareja**

La violencia sufrida por la mujer en la que el agresor es su pareja es un tipo de violencia interpersonal que habitualmente sucede en el entorno del hogar, puede ser física, sexual, psicología y/o de privaciones o descuidos. Existe en todos los países y en todos los estratos sociales, independientemente del nivel económico, cultural y las creencias religiosas. Existen en la literatura términos diferentes para referirse a este tipo de violencia:

- **Violencia Domestica:** no se refiere con exclusividad a violencia sufrida por las mujeres, ya que cualquier miembro del hogar puede ser víctima o agresor, sea mujer, hombre, anciano/a o hijo/a. El Convenio de Estambul<sup>17</sup> especifica que por "violencia doméstica" se entenderá "todo acto de violencia física, sexual, psicológica o económica que se producen dentro de la familia o unidad doméstica, o entre cónyuges o parejas anteriores o actuales, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la víctima". Por tanto, la definición de la Convención incluye la violencia de pareja y la violencia intergeneracional.
- **Violencia de Género:** que hace referencia a todo acto de violencia basado en la pertenencia a un sexo, por lo que tanto mujeres como hombres pueden convertirse en agresores o víctimas, si es cierto que es más común que la violencia de género sea sufrida por las mujeres independientemente de la relación que mantengan con el agresor masculino.
- **Violencia Machista:** se refiere más específicamente a la violencia sufrida por las mujeres y ejercida por los hombres en las que cada episodio violento busca el sometimiento y el control de la mujer consolidando la desigualdad entre ambos sexos.

La utilización de estos términos como sinónimos puede inducir a error, con el fin de unificar la terminología y evitar confusiones se propone la utilización de "violencia de pareja" o más específicamente "violencia contra las mujeres ejercida por su pareja". La razón principal que justifica la elección de este término es que determina claramente

quien es el agresor y la víctima del acto violento. Algunos grupos de lesbianas/gays que trabajaban con víctimas de la violencia en el hogar comenzaron a utilizar la expresión “violencia del compañero íntimo”, poniendo de relieve que no sólo las mujeres heterosexuales sufren a manos de la persona que tendría que amarlas, sino que esto también sucede en las relaciones entre personas del mismo sexo.

Ante esta cantidad de denominaciones de un mismo problema con tantos matices, a partir de ahora se va a utilizar el acrónimo VMCI para hacer referencia a la violencia que sufre la mujer por parte de su compañero sentimental, objeto de este estudio.

La violencia contra la mujer ejercida por su pareja se ha convertido en una preocupación de los organismos internacionales, ya que además de ser un importante problema de trasgresión de los derechos humanos, es un problema de salud pública. Los organismos oficiales encargados de velar por el bienestar de los individuos y que han hecho específica mención a la violencia que sufren las mujeres a manos de sus parejas o compañeros íntimos han definido esta situación de diferentes maneras, así tenemos:

1. La Comisión Europea en 1998<sup>18</sup> define la violencia de género como:

*“todo tipo de violencia ejercida mediante el recurso a las amenazas a la fuerza física o al chantaje emocional, incluyendo la violación, el maltrato de mujeres, el acoso sexual, el incesto y la pederastia”.*

Se refiere a la violencia doméstica o familiar como:

*“toda forma de violencia física, sexual o psicológica que pone en peligro la seguridad o el bienestar de un miembro de la familia, mediante el uso de la fuerza física, el chantaje emocional, amenazas, incluyendo la violencia sexual.”*

2. La OMS en su Informe Mundial sobre la violencia y la Salud de 2002<sup>1</sup>, definió específicamente la violencia de pareja como:



*“aquellas agresiones físicas, como los golpes o las patadas, las relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual, los malos tratos psíquicos, como la intimidación y la humillación, y los comportamientos controladores, como aislar a una persona de su familia y amigos o restringir su acceso a la información o la asistencia”.*

3. En el estudio del Secretario General de las Naciones Unidas «poner fin a la violencia contra la mujer de las palabras a los hechos» ONU (2006)<sup>9</sup> se certifica que la violencia experimentada por las mujeres dentro de la pareja es la forma más común de violencia que sufren las mujeres en el mundo,

*“la violencia dentro de la pareja comprende toda gama de actos sexual, psicológica y físicamente coercitivos practicados contra mujeres adultas y adolescentes por una pareja actual o anterior, sin el consentimiento de la mujer”.*

En los casos más graves, la violencia dentro de la pareja termina con la muerte, estudios sobre el feminicidio indican que entre el 40% y el 70% de las mujeres víctimas de homicidio, fueron asesinadas por sus parejas<sup>9</sup>.

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género<sup>19</sup>, en su artículo 1.1., define la violencia de género como aquella que,

*“como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”, y “comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad.”*

La VMCI tiene connotaciones que la hacen diferente a otros tipos de violencia, es ejercida por un hombre con el que la mujer mantiene o han mantenido un vínculo afectivo, comparte o han compartido su vida y que suele ser el padre de sus hijos o hijas. La violencia forma parte de la convivencia y se suele prolongar durante años, progresivamente va generando sentimientos de miedo e impotencia en la mujer y una fuerte dependencia emocional.

La violencia de pareja ha formado parte de la vida cotidiana de muchas mujeres a lo largo de la historia, lo que ha hecho que se identifique como un hecho natural y normal que pertenece al ámbito íntimo, por lo que ha permanecido oculto, silenciado e invisible para la sociedad.

### **1.3.1. El ciclo de la violencia en la mujer maltratada**

El ciclo de la violencia fue formulado por la antropóloga Leonor Walker en su libro “Las mujeres maltratadas” (1.979)<sup>20</sup>, analizando los testimonios de mujeres maltratadas, identifico que existen fases con manifestaciones y duración variable. Explica cómo se produce y mantiene la violencia en la pareja. También identifica las fases principales que describen el proceso y aclara por que para algunas víctimas es difícil defenderse o alejarse del agresor. Según la autora la mujer que sufre violencia física en el ámbito de las relaciones íntimas pasa por 3 fases<sup>21</sup>:

- **1ª fase Acumulación de tensión:** esta fase se caracteriza por continuos cambios en el estado de ánimo del agresor que desconciertan a la mujer. Los conflictos entre la pareja aumentan, la mujer intenta controlar las situaciones con el objetivo de que el agresor no se enfade, adopta una actitud sumisa y complaciente. Ante los demás, minimiza o justifica el comportamiento de su pareja atribuyéndolo a causas externas, aislándose al mismo tiempo de las personas que podrían ayudarla a salir de esta situación. El maltratador ante la pasividad de la mujer se pone cada vez mas violento, los enfados son mas frecuentes y duraderos.

- **2ª fase Explosión de la violencia:** tras el acumulo de la tensión el agresor en un momento dado descarga toda la tensión, produciéndose una explosión violenta que conlleva agresión física hacia la mujer, la finalidad de la agresión no es hacerle daño sino reconducir la conducta de la mujer. El acto violento finaliza cuando es consciente de que la mujer ha aprendido la lección. La mujer tras el suceso queda conmocionada, no cree lo que ha sucedido. A partir de este momento la mujer puede hacerse consciente de su situación o puede minimizar la situación o incluso negarla. La que es consciente de su situación no sabe que actitud tomar ni cómo manejar la situación.
  
- **3ª fase Luna de miel:** es una fase de manipulación afectiva, el agresor pide ayuda a la víctima, su objetivo es que la mujer continúe con la relación. El agresor puede adoptar distintas conductas:
  - Pedir perdón y prometer no volver a ser violento
  - Reconocer su culpa y plantear cambios
  - Chantaje emocional
  - Amenazar a la víctima con el suicidio si ella le abandona

El agresor a partir de este momento empieza a comportarse ante la mujer como el hombre ideal, es cariñoso, detallista, etc... La mujer se encuentra en una difícil situación que hace que se estreche la relación de dependencia, este es el momento en el que si había interpuesto una demanda la retira, el entorno no es capaz de entender la actitud de la mujer lo que provoca que se aísle aún mas. El agresor en esta fase continúa considerando a la mujer desde la perspectiva del dominio y la desigualdad.

Con el paso del tiempo se iniciará de nuevo el ciclo acumulando tensión, repitiéndose el ciclo una y otra vez. La mujer se hace cada vez mas vulnerable, la violencia se consolida y las fases de calma, reconciliación y luna de miel tienden a hacerse mas cortas HASTA desaparecer, la violencia se hace cada vez mas frecuente y con resultados mas graves para ella. Los actos violentos no son siempre cíclicos, en ocasiones son repentinos, no necesitando justificación ni ritmo.

### 1.3.2. Tipos de violencia ejercida sobre la mujer por su pareja

Las manifestaciones de la VMCI, básicamente puede clasificarse en tres tipos<sup>22</sup>:

- **Violencia física:** se produce cuando el hombre hace un uso intencional de la fuerza física con el fin de causar daño físico, como se ha comentado en epígrafes anteriores deja huellas externas. Es la más visible, lo que facilita la toma de conciencia de la víctima, y es la mas reconocida social y jurídicamente,
- **Violencia sexual:** tiene lugar cuando el hombre mediante coacción o intimidación obliga a la mujer a mantener cualquier tipo de práctica sexual no consentida, podría incluirse dentro de la violencia física, pero se diferencia en que trasgrede la libertad sexual de la mujer, no tanto su integridad física. Es la menos reconocida social y jurídicamente.
- **Violencia psicológica:** se produce cuando el hombre de manera activa o por omisión trata de degradar o controlar las acciones, comportamientos, conductas, creencias y decisiones de la mujer, implica la aparición en la mujer de sentimientos de culpa e indefensión, aumentando la dominación del agresor sobre la víctima, aparece inevitablemente siempre que hay otro tipo de violencia. Este tipo de violencia incluye el sufrimiento emocional, el control económico y el aislamiento de la víctima de su entorno familiar y afectivo, y otras conductas que vulneran la libertad personal. No es tan visible como la física o la sexual, es más difícil de demostrar, y en muchas ocasiones no es identificada por la víctima como tal sino como manifestaciones propias del carácter del agresor.

Los tipos de violencia se entremezclan, no se producen de manera única, la mayoría de las mujeres que son víctimas de agresiones, lo son durante mucho tiempo, sufren multitud de actos violentos hasta que deciden abandonar la relación. La mayoría de los estudios sobre este tema recogen información sobre la violencia física. En los casos más graves, como se apunta anteriormente, la violencia dentro de la pareja termina con la muerte, estudios sobre el feminicidio indican que entre el 40% y el 70% de las mujeres víctimas de homicidio, fueron matadas por sus parejas<sup>9- 13</sup>.

### **1.3.3. Consecuencias para la salud de las mujeres maltratadas**

La VMCI es uno de los problemas de salud pública más importante por su creciente incidencia, mortalidad y por afectar a todas las esferas de la vida de la mujer, tales como, autonomía, productividad, capacidad para cuidar de sí mismas y de sus hijos, y su calidad de vida. Las mujeres que sufren violencia tienen mala salud física, mental y un peor funcionamiento social.

Habitualmente, no se trata de hechos aislados, sino que los actos violentos responden a un patrón de maltrato continuado, cuyas repercusiones en la salud de las mujeres no solo tienen efectos inmediatos, sino que pueden persistir mucho tiempo después de que haya cesado la violencia.

Las consecuencias negativas de la VMCI en la salud física, mental y social de las mujeres tienden a ser más importantes cuanto más grave es el acto violento y cuando sufren más de un tipo de violencia<sup>23</sup>. La consecuencia más extrema de la VMCI es la muerte, estos feminicidios también repercuten en las personas que pertenecen al círculo cercano a la mujer, sobre todo repercute en los hijos, cuando no son también asesinados<sup>13</sup>.

Partiendo de los estudios realizados por la OMS sobre violencia contra la mujer<sup>13-24</sup>, que detallan el impacto sobre la salud física y mental de las mujeres, las repercusiones en la salud de la mujer puede ser un resultado directo de la violencia o un efecto a largo plazo de la misma, sus consecuencias pueden ser:

- Muerte y lesiones: El estudio del 2013 encontró que a nivel mundial, el 38% de todas las mujeres asesinadas fueron asesinadas por sus parejas, y el 42% de las mujeres que han experimentado violencia física o sexual a manos de su pareja resultaron lesionadas. la VMCI es la principal causa de traumatismos no mortales entre las mujeres.
- Depresión: La violencia conyugal contribuye de manera importante a los problemas de salud mental de las mujeres, pasan por un mayor número de

cuadros de depresión, ansiedad, estrés postraumático, baja autoestima, insomnio, trastornos de los hábitos alimentarios y sufrimiento emocional. Esto influye en la aparición de trastornos de la conducta e ideación suicida, en comparación con las que no padecieron ningún tipo de violencia.

- Problemas del uso alcohol: Las mujeres que sufren violencia de pareja son casi dos veces más propensas a tener problemas con el uso del alcohol, y en general, una mayor probabilidad de abusar de sustancias tóxicas.
- Problemas ginecológicos: Tienen 1,5 veces más probabilidades de contraer sífilis, clamidia o gonorrea. En algunas regiones (incluida el África subsahariana) tienen 1,5 veces más probabilidades de contraer el VIH. Estos problemas afectan a su salud sexual y reproductiva.
- Problemas reproductivos: Estas también tienen el doble de probabilidades de tener un aborto que las mujeres que no sufren este tipo de violencia. Sufren con mayor frecuencia embarazos no deseados que abocan a las mujeres a interrupciones del embarazo y aumento en las tasas de mortinatalidad<sup>25</sup>. También tienen un 16% más de probabilidades de tener un bebé de bajo peso al nacer.
- Otros problemas: Los abusos pueden dar lugar a muchos problemas de salud, incluidas cefaleas, lumbalgias, dolores abdominales, fibromialgia, trastornos gastrointestinales, una movilidad limitada, y una mala salud general.

Según la OPS (2013)<sup>26</sup> las mujeres que sufren VMCI se quejan más de mala salud que aquellas que no sufren este tipo de violencia, las quejas más frecuentes tienen que ver con dolores crónicos, pérdidas de memoria y/o dificultades para realizar su actividad cotidiana. Demandan atención sanitaria sobre una variedad de problemas crónicos de salud como: cefaleas, dolor pélvico crónico, dolores abdominales y/o de espalda, trastornos del aparato digestivo. A modo de resumen, ver tabla 2.

**Tabla 2.-Consecuencias de la VMCI en la salud de las mujeres**

<b>Consecuencias fatales</b>
Muerte por homicidio o suicidio
<b>Consecuencias no fatales</b>
<b>Consecuencias en la Salud Física</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras, etc.</li> <li>- Deterioro funcional</li> <li>- Síntomas inespecíficos (cefalea).</li> <li>- Peor salud</li> <li>- Dolor crónico</li> <li>- Síndrome de intestino irritable</li> <li>- Otros trastornos gastrointestinales</li> <li>- Trastornos del sueño</li> <li>- Discapacidades</li> </ul>
<b>Consecuencias en la Salud sexual y reproductiva</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Por relaciones sexuales forzadas</u>: pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual incluida la infección por VIH, sangrado, fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infecciones urinarias, cáncer de cérvix, embarazo no deseado</li> <li>- <u>Por maltrato durante el embarazo</u>: embarazo de alto riesgo, mayor mortalidad materna, anemia, hemorragia vaginal, amenaza de aborto, aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer, mayor mortalidad perinatal</li> </ul>
<b>Consecuencias en la Salud Mental</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Depresión</li> <li>- Ansiedad</li> <li>- Estrés postraumático</li> <li>- Trastornos de la conducta alimentaria</li> <li>- Psicopatías</li> <li>- Baja autoestima</li> <li>- Abuso de alcohol, drogas y/o psicofármacos</li> </ul>
<b>Consecuencias en la Salud Social</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aislamiento social</li> <li>- Absentismo laboral</li> <li>- Pérdida de empleo</li> <li>- Disminución del número de días de vida saludable</li> <li>- Cambios de domicilio y/o ciudad forzados por la necesidad de protegerse.</li> </ul>

Elaboración propia a partir de:

- Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012
- Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la salud. Washington,DC : OPS , 2013.

No se pueden olvidar las repercusiones que este tipo de violencia tienen en las personas que conforman el entorno cercano, con los que la mujer mantiene vínculos afectivos, laborales y/o sociales<sup>23-27-28</sup>. Los principales afectados van a ser los hijos e hijas que conviven también con el agresor, y cuya salud puede verse afectada al no tener capacidad para manejar la situación. También pueden producirse sentimientos de culpa en familiares o amigos que no han detectado la situación que han mantenido actitudes pasivas. El conocimiento de estos actos violentos va a afectar

sistemáticamente a todas aquellas mujeres que sufren o han sufrido VMCI, ya que van a reexperimentar su situación personal<sup>29-30</sup>.

#### **1.3.4. Costes de la Violencia sobre la mujer ejercida por su pareja o expareja**

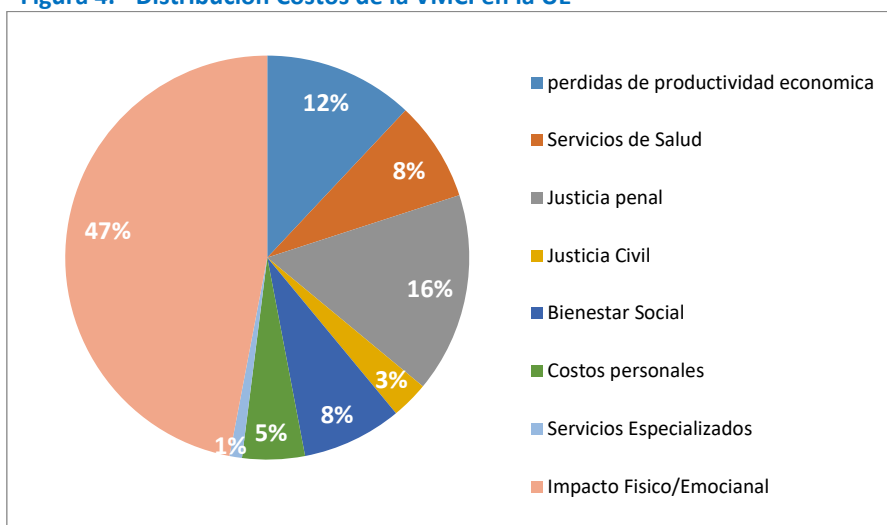
Es difícil calcular el peso exacto de todos los tipos de violencia sobre los sistemas de atención de salud, o sus efectos sobre la productividad económica en todo el mundo. Las mujeres que sufren VMCI estadísticamente tienen mas problemas de salud y, cuanto mas frecuente y grave es el maltrato mayor el consumo de recursos sanitarios<sup>31-32</sup>. Demandan con mas asiduidad atención médica y visitan mas frecuentemente los servicios de urgencias que aquellas mujeres sin antecedentes de maltrato. Los recursos sanitarios de los que estas mujeres hacen menos uso son aquellos cuya finalidad es preventiva, con lo que cuando se diagnostican algunas enfermedades es mas costoso su tratamiento. Estos costes contribuyen sustancialmente a los gastos anuales de atención de salud<sup>1-30</sup>.

En un estudio, publicado en 2009, con más de 3.000 mujeres efectuado en los Estados Unidos, se concluyó que los costes sanitarios anuales eran 42% más elevados en las que informaban violencia física infligida por sus parejas en el momento del estudio y entre 19% y 24% más altos en las que habían sido víctimas de violencia en los cinco años precedentes<sup>33</sup>.

Un informe sobre la estimación de costes de la violencia basada en el género en la Unión Europea, publicado en 2014<sup>34</sup> (ver figura 4), estima que los países miembros dedican mas de 109.000 millones de euros al año en atención sanitaria, servicios sociales, procesos judiciales o pérdidas económicas derivadas de la violencia de género, de los cuales mas de 10.000 millones corresponderían a España. Esto supone alrededor del 0,8% del PIB de los 28 Estados miembros. Mientras que los países comunitarios invierten en programas de prevención apenas el 3% de esa cantidad. No se contabilizan los costes sufridos por las personas que pertenecen al entorno de la mujer y que sufren también los efectos de la VMCI.



Figura 4.- Distribución Costos de la VMCI en la UE



Elaboración propia a partir de Estimating the costs of gender-based violence in the European Union

El primer estudio sobre estimación de costes de la violencia de género en nuestro país se publicó en 2004 por el Instituto Andaluz de la Mujer<sup>35</sup>, estima que la VMCI tiene un coste anual de más de 2.356,8 millones de euros. Este importe recoge tanto los gastos directos (recursos, específicos o no, utilizados por las víctimas) como algunos costes indirectos (el valor de los bienes y servicios perdidos por la violencia, la pérdida de bienestar de la víctima y de la sociedad en su conjunto). Estas inversiones se distribuyen, por orden de importancia, en itinerarios:

- Laboral: 707,1 millones de euros (30% del coste total)
- Social: 627,9 millones de euros (27% sobre el total)
- De hijos e hijas: 589,9 millones de euros (25% del coste total)
- De salud física y mental: 371,1 millones de euros (16% del coste total)
- Jurídico: 60,8 millones de euros (3% del coste total).

Los costes directos estimados representan, según esta investigación, un 0,9% del Producto Interior Bruto de Andalucía (año 2002):

- Directo por habitante y año se cifra, en consecuencia, en 113 euros
- Directo por víctima y año se cifra en 835 euros
- Directo por hogar afectado se cifra en 2.764 euros anuales.

Entre los años 2004-2006 el Centro Reina Sofía realizó una investigación sobre los costes de la violencia de género en las relaciones de pareja en la Comunidad Valenciana, para ellos tuvieron en cuenta<sup>36</sup>:

- La asistencia sanitaria proporcionada por los servicios de salud de la Generalitat Valenciana que incluye: los costes ocasionados por la atención primaria, la atención especializada, la atención en servicios de urgencia y los ingresos hospitalarios de las víctimas, y los costes ocasionados por las pruebas diagnósticas complementarias que se han realizado a las víctimas (ver tabla 3). Es significativo que la atención de urgencias sea la de mayor coste económico, suponiendo casi un 34,0% del total, mas de 3,5 millones de euros.

**Tabla 3.- Costes de la Asistencia Sanitaria**

Tipo de Atención	Coste de las Prestaciones	% del Coste Total
<b>Atención Primaria</b>	3.284.029,57 euros	30.29
<b>Atención Especializada</b>	1.492.915,45 euros	13.77
<b>Atención de Urgencias</b>	3.684.017,46 euros	33.98
<b>Ingresos Hospitalarios</b>	2.382.025,92 euros	21.96
Costes de la Asistencia Sanitaria	<b>10.842.988,40 euros</b>	<b>100</b>

Fuente: Costes de la violencia de género en las relaciones de pareja. Comunitat Valenciana

- El gasto farmacológico ocasionado por las víctimas en el año 2004, supone un 20,3 % del gasto sanitario global (ver tabla 4).

**Tabla 4.- Coste Sanitario Global**

	Coste	% del Coste Total
<b>Coste de las prestaciones medicas</b>	10.842.988,40 euros	79.69
<b>Coste farmacológico</b>	2.763.319,30 euros	20.31
Coste Sanitario Global	<b>13.606.307,70 euros</b>	<b>100</b>

Fuente: Costes de la violencia de género en las relaciones de pareja. Comunitat Valenciana

- Otros costes, no menos importantes, son: judiciales, sociales (Centros Mujer 24 Horas, telealarmas, casas de acogida, etc.), policiales (ver tabla 5).

**Tabla 5.- Costes de recursos sociales para la VMCI**

Tipo de Coste	Coste	% del Coste Total
<b>Sanitarios</b>	13.606.307,70 euros	58.44
<b>Judiciales</b>	2.447.878,61 euros	10.51
<b>Sociales</b>	6.827.843,52 euros	29.32
<b>Policiales</b>	403.000,00 euros	1.73
<b>Coste Total</b>	<b>23.285.029,83 euros</b>	<b>100</b>

Fuente: Costes de la violencia de género en las relaciones de pareja. Comunitat Valenciana

Las cifras aportadas por estos estudios desvelan el importante desembolso económico que para el Estado supone el problema de la VMCI. En alguno de estos estudios se haN tratado de cuantificar económicamente los costes intangibles del sufrimiento que supone para las víctimas directas e indirectas el estar inmersas en este tipo de violencia, cuantificándolo en cifras cercanas al 50% del coste total.



---

Capítulo 2.- Prevalencia de la Violencia Sobre la Mujer  
Ejercida por su Pareja

---

---



En este capítulo se trata de analizar los diferentes estudios internacionales y nacionales sobre la prevalencia de la violencia que sufren las mujeres por parte de sus parejas, e identificar la situación actual en España.

Se comienza con los estudios internacionales realizados por la OMS, a continuación, el estudio europeo, la macroencuesta nacional publicada en 2015, y para finalizar los datos que proporciona el portal estadístico del Observatorio Estatal de Violencia sobre la mujer. Estos estudios nos permiten tener una visión general de lo que supone la violencia sobre las mujeres.

el capítulo finaliza con los datos oficiales publicados por el observatorio estatal de la violencia de género, que nos van a permitir identificar la realidad española, la de la comunidad de castilla la mancha y específicamente de la provincia de Guadalajara, población a la que atienden los profesionales objeto de este estudio.

## **2.1. Antecedentes**

Desde el siglo XIX existen estadísticas que tratan de medir el nivel de delincuencia, los primeros estudios ponen cifras a los delitos denunciados a la policía, dejando fuera de la estimación aquellos delitos que no se denuncian. Los estudios estadísticos eran difícilmente comparables debido a las legislaciones diferentes en cada país y a las diferencias metodológicas en la realización de los estudios. Esto originó que surgieran métodos alternativos como encuestas de victimización y estudios sobre delincuencia auto-revelada. Según los criminólogos, la combinación de datos oficiales y los resultados de las encuestas proporcionarían datos más exactos sobre los niveles de delincuencia.

Respecto a la VMCI, los estudios realizados el siglo pasado estimaban la prevalencia de violencia física entre el 10% y el 50%, la violencia sexual entre el 10% y el 30%. Contemplaban variaciones muy significativas, incluso en el mismo país, al utilizar métodos distintos que dificultaban la comparación de resultados y ponían en duda la fiabilidad de los cálculos.

Basándose en las encuestas de victimización, el Instituto Europeo para la Prevención y Control del Crimen (European Institute for Crime Prevention and Control - HEUNI) de Finlandia, inició el desarrollo de una Encuesta Internacional de Violencia contra la Mujeres, en sus siglas en inglés IVAWS (Internacional Violence against Women Survey) en 1997. La encuesta se pilotó en diversos estudios y en 2001 se estableció el cuestionario definitivo y se tradujo a diferentes idiomas <sup>37</sup>.

La IVAWS mide dos tipos diferentes de violencia contra la mujer: la física (incluidas las amenazas de violencia física) y la sexual. El cuestionario contiene tres secciones principales: experiencias de victimización violenta a lo largo de la vida y en el último año, lo que permite establecer el grado de las lesiones, si ha necesitado de asistencia sanitaria, si se ha realizado denuncia y el nivel de satisfacción con la asistencia; consecuencias de la violencia e información sociodemográfica.

El paquete metodológico para la encuesta incluye el cuestionario, un manual con informaciones detalladas sobre la manera de implementar la encuesta y un programa informático para ingresar los datos recogidos<sup>38</sup>. Previamente se forma a las entrevistadoras para asegurar un nivel máximo de confianza con la mujer, la confidencialidad y la seguridad de la información obtenida.

Basados metodológicamente en el IVAWS se han realizado posteriormente varios estudios internacionales, se describirán en los epígrafes posteriores, publicados con los siguientes títulos:

- *“Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer”<sup>24</sup>*
- *“Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud”<sup>13</sup>*
- *“Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la Unión Europea”<sup>39</sup>*



## **2.2. Estudios Internacionales**

Los estudios internacionales proporcionan información sobre la incidencia de la violencia que sufre la mujer por parte de su pareja o expareja a nivel mundial, los tipos de violencia que sufre la mujer, sobre todo violencia física y/o sexual, si ha sido a lo largo de su vida o en los últimos doce meses, así como información sobre el maltratador.

### **2.2.1. “Estudio Multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer”**

La OMS puso en marcha el Estudio Multipaís “Salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer” en 1997, cuyos resultados fueron publicados en 2005, primeros datos publicados de prevalencia a nivel internacional. Sus objetivos fueron:

- A. Estimar la prevalencia de la violencia contra la mujer, y especialmente la violencia física, sexual y psíquica infligida por su pareja
- B. Evaluar la vinculación existente entre la violencia infligida por la pareja y una serie de síntomas y eventos relacionados con la salud
- C. Definir los factores que pueden proteger a la mujer o exponerla a una situación de riesgo de violencia por parte de su pareja
- D. Documentar y comparar las estrategias y los servicios que utilizan las mujeres para afrontar la violencia infligida por su pareja.

La metodología normalizada aplicada en todos los países redujo la divergencia de resultados de estudios anteriores, las variaciones de prevalencia entre distintos países representan diferencias reales. La elaboración de la encuesta consensuada y testada en los países participantes, la elección de los países en base a la existencia de grupos capaces de utilizar la información en reformas políticas y un clima político favorable para abordar este tema, los entornos y el adiestramiento de las entrevistadoras con el apoyo de expertos internacionales. En los países participantes se creó un equipo de investigación integrado por expertos en la gestión de encuestas y por

organizaciones de mujeres con experiencia en la prestación de servicios a mujeres maltratadas.

Se entrevistó a más de 24 000 mujeres procedentes de 15 entornos ubicados en 10 países con diferentes entornos culturales: Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, Samoa, Serbia y Montenegro, Tailandia y la República Unida de Tanzania.

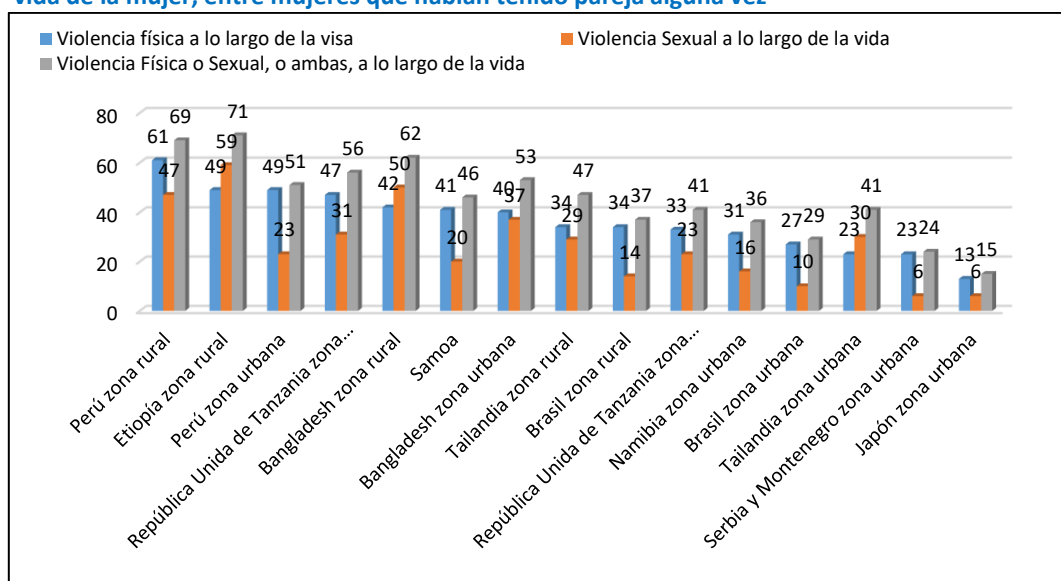
Los resultados del Estudio, expuestos a continuación, son:

*Prevalencia de la violencia física y/o sexual infligida por la pareja*

Como puede apreciarse en la figura 5, la violencia infligida por la pareja se produce en todos los países con variaciones significativas entre países y entre entornos de ciudades grandes y provinciales, con mayor población rural, en el mismo país.

El porcentaje de mujeres que habían sufrido violencia física y/o sexual, o ambas, por parte de su pareja a lo largo de su vida oscilaba entre el 15% en Japón zona urbana y el 71% de la zona rural de Etiopía. En la mayoría de los entornos se registraron índices comprendidos entre el 24% y el 53%.

**Figura 5.- Prevalencia, por lugar, de la violencia física y sexual infligida por la pareja durante la vida de la mujer, entre mujeres que habían tenido pareja alguna vez**



Fuente: Elaboración propia a partir de: Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer

Las mujeres japonesas registraron el nivel más bajo de violencia física (13%) y sexual (6%) infligida por la pareja a lo largo de la vida, mientras que el mayor porcentaje de violencia física se registraba en el entorno provincial de Perú (61%) y de violencia sexual en Etiopía zona rural (49%) y en el entorno provincial de Perú (47%).

#### *Gravedad y frecuencia de la violencia física*

La gravedad de los actos de violencia física se clasificó en violencia moderada (bofetada y el empujón) y violencia grave (patada, estrangulamiento, quemaduras y la amenaza o el uso real de un arma)

El acto de violencia más común era una bofetada, oscilando entre el 9% en Japón y el 52% en el entorno provincial de Perú. Las mujeres víctimas de violencia física grave variaba entre el 4% de las mujeres en Japón y el 49% en el entorno provincial de Perú, aunque en la mayoría de los países se situaba entre el 15% y el 30%.

Cuando la mujer ya ha sido víctima alguna vez de violencia moderada infligida por su pareja, era muy probable que esta se repitiera, más de la mitad de las mujeres que habían sido víctimas de un acto violento en los últimos 12 meses lo había sufrido más de una vez.

Fueron más numerosos los actos de violencia física grave en algún momento de su vida que en los últimos 12 meses, a excepción del entorno urbano de Bangladesh, Etiopía, Namibia y Samoa, donde más mujeres habían sufrido actos de violencia graves en los últimos 12 meses. Probablemente, esta situación se deba a la falta de opciones de ayuda en estos entornos, lo que limita la posibilidad de las mujeres maltratadas de abandonar a su pareja, incluso habiendo sido víctimas de violencia física grave.

#### *Gravedad y frecuencia de la violencia sexual*

El porcentaje de mujeres que declararon haber sido víctimas de abusos sexuales por parte de su pareja oscilaba entre el 6% en Japón y Serbia y Montenegro, y el 59% en Etiopía. El 33% de las mujeres etíopes refieren haber sido coaccionadas físicamente por su pareja en los últimos 12 meses previos a la entrevista; esto es especialmente

alarmante a la luz de la epidemia de SIDA y de la dificultad que tienen muchas mujeres para protegerse de la infección por el VIH.

En todos los entornos, entre un 2% de las mujeres en Japón, Serbia y Montenegro y el 11% en el entorno provincial de Perú, habían sido forzadas por sus parejas a realizar actos sexuales que consideraban degradantes o humillantes.

#### *Superposición entre la violencia física y sexual infligida por la pareja*

Entre el 30% y el 56% de las mujeres que había sido víctimas de algún tipo de violencia por parte de su pareja manifestaron que ésta se había tratado física y sexual. La superposición de ambos tipos de violencia era inferior al 30% en los entornos urbanos de Brasil y Tanzania, Japón, Serbia y Montenegro. En los entornos urbano y rural de Tailandia, entorno provincial de Bangladesh y Etiopía se registró un porcentaje considerable de mujeres que habían sufrido violencia sexual únicamente.

#### *Maltrato psíquico infligido por la pareja*

Los actos específicos de maltrato psíquico infligido por la pareja que se incluyen en el estudio son: ser insultada o hacerla sentirse mal con ella misma; ser humillada en público; intimidada o asustada y amenazada con daño físico.

En todos los países, entre el 20% y el 75% de las mujeres había experimentado, como mínimo, uno de estos actos, en su mayoría en los últimos 12 meses y al menos dos tercios había sufrido la experiencia en más de una ocasión. Los actos mas habituales fueron los insultos, la humillación y la intimidación.

También se abordaron los comportamientos dominantes infringidos por su pareja como:

- limitar el contacto con su familia e impedirle ver a sus amigas
- insistir en saber dónde está en todo momento
- ignorarla o tratarla con indiferencia
- enojarse con ella si habla con otros hombres
- acusarla constantemente de serle infiel

- controlar su acceso a la atención para la salud.

El porcentaje de mujeres que manifestaron haber sufrido uno o más de estos comportamientos variaba entre un 21% en Japón y casi un 90% en la República Unida de Tanzania. Esta diferencia puede sugerir diferencias en cuanto al grado en el que dicho comportamiento se considera aceptable en las diferentes culturas.

#### Factores que protegen a la mujer o la exponen a una situación de riesgo

Uno de los objetivos del estudio era investigar los factores que pueden proteger a la mujer de la violencia o ponerla en situación de mayor riesgo. A continuación, se describirá la influencia de edad, situación de la pareja y educación.

- Edad: Las mujeres con edades comprendidas entre 15 y 19 años, tenían más riesgo de ser objeto de violencia física o sexual o ambas en todos los entornos, excepto en Japón y Etiopía. En el entorno urbano de Bangladesh (un 48%) y de Perú (un 41%) las mujeres de 15 a 19 años declararon haber sufrido violencia física o sexual o ambas, a manos de sus parejas en los últimos 12 meses. En los mismos entornos las mujeres de 45-49 años representan un 10% y un 8% respectivamente. Esto puede deberse a que:
  - Los hombres jóvenes suelen ser mas violentos que los mayores
  - Las mujeres jóvenes que conviven con su pareja sin estar casada son mas numerosas y estas suelen tener mas riesgo de ser víctimas de violencia.
  - Las mujeres mayores, en algunos entornos, son menos vulnerables a la violencia porque su estatus social es superior.
- Estado de la relación: las mujeres separadas o divorciadas o que convivían sin estar casadas declararon sufrir muchos más actos de violencia por sus parejas a lo largo de su vida que las mujeres casadas (excepto en Bangladesh y Etiopía con un porcentaje de mujeres divorciadas o separadas relativamente bajo).
- Educación: las mujeres con mayor nivel educativo sufren menor número de actos violentos. En algunos entornos (entorno urbano de Brasil, Namibia, Perú,

Tailandia y la República Unida de Tanzania) se observó que el efecto protector de la educación parece empezar cuando la mujer cursa estudios superiores.

#### Actitud de la mujer ante la violencia

Se investigaron dos aspectos, las circunstancias en que la mujer considera que es aceptable “pegar a la mujer” y la creencia de la mujer sobre si puede negarse a tener relaciones sexuales con su pareja en determinadas situaciones (estar enferma, no desearlas, estar borracha la pareja o si la maltrata).

Más de las tres cuartas partes de las mujeres de los entornos urbanos de Brasil, Japón, Namibia y Serbia y Montenegro consideraban que no había ningún motivo que justificara la violencia y una cuarta parte de las mujeres de los entornos provinciales de Bangladesh, Etiopía, Perú y Samoa no compartía esta opinión.

El motivo más referenciado para justificar la violencia era la infidelidad de la mujer, si bien las cifras oscilaban entre el 80% en la provincia de Etiopía y el 6% en Serbia y Montenegro. Desobedecer a la pareja era el siguiente motivo más aceptado, seguido de negarse a tener relaciones sexuales y no realizar bien las tareas domésticas.

La aceptación de cualquier motivo era más elevada entre mujeres que habían sido víctimas de violencia que entre las que no lo habían sido, lo que puede indicar que las mujeres aprenden a “aceptar” la violencia en situaciones en las que son víctimas de la misma, o que las mujeres que consideran la violencia como algo “normal” tienen más posibilidades de establecer o tolerar relaciones violentas.

En relación a negarse a mantener relaciones sexuales, había menos mujeres que pensaban que podían negarse por no les apetencia que si lo relacionaban con estar enfermas o porque su pareja estaba borracha o la maltrataba. En los entornos provinciales de Bangladesh, Perú y la República Unida de Tanzania, Etiopía y Samoa, entre el 10% y el 20% de las mujeres pensaba que no tener derecho a negarse en ninguna de las circunstancias descritas.

### 2.2.2. Informe “Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud”

En 2013, la OMS en colaboración con la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica publicó el informe “Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud”<sup>13</sup>. Los objetivos eran obtener datos globales y regionales de prevalencia de violencia sobre la mujer y detallar sus efectos sobre la salud física, sexual, reproductiva y mental de esta.

Este informe presenta la primera revisión sistemática de los datos mundiales hasta 2008 sobre la prevalencia de dos formas de violencia física y/o sexual contra las mujeres ejercida por una pareja. Se realizó una búsqueda en 26 bases de datos médicas y de ciencias sociales, considerando solo estudios con datos representativos de prevalencia de violencia de pareja en mujeres mayores de 15 años, seleccionándose un total de 7350 resúmenes. Además, se realizó un análisis de 186 estudios internacionales, de los que se estimaron 155, que contenían datos de 81 países que representaban todas las regiones del mundo (ver tabla 6).

**Tabla 6.- Número de estudios incluidas en el análisis de la violencia en la pareja por regiones de la OMS, región y grupo de edad**

Grupos de edad	Regiones con ingresos medios y bajos						Ingresos altos	Total
	África	Las Américas	Mediterráneo oriental	Europa	Pacífico occidental	Asia sudoriental		
15-19	44	60	9	29	12	16	28	198
20-24	44	59	7	15	20	16	38	199
25-29	42	59	8	29	18	16	34	206
30-34	44	60	9	31	20	16	36	216
35-39	5	18	2	8	11	1	28	73
40-44	2	13	2	6	6	1	4	34
45-49	42	59	7	10	26	16	31	191
50-54	0	4	1	0	6	0	2	13
55-59	0	4	0	0	0	0	3	13
60-64	2	0	0	0	0	0	5	7
65-69	3	3	1	0	3	0	23	33

Fuente: Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. OMS 2013.

El instrumento utilizado es la Escala de Tácticas de Conflicto (CTS en inglés), mide los actos violentos que experimentan las mujeres a la hora de resolver conflictos en la pareja, ataques físicos y/o psicológicos y el uso de la negociación y el razonamiento<sup>40</sup>.

Para la estimación por regiones se agruparon los datos teniendo en cuenta las regiones de la OMS y un grupo compuesto por países cuya renta per-cápita es mas alta, independientemente de su localización geográfica (ver tabla 7).

**Tabla 7.- Países incluidos en estudios de prevalencia de violencia de pareja por regiones de la OMS**

Regiones de la OMS	Países
Ingresos medios y bajos	
<b>África</b>	Botsuana, Camerún, República Democrática del Congo, Etiopía, Kenia, Lesoto, Liberia, Malawi, Mozambique, Namibia, Ruanda, Sudáfrica, Suazilandia, Uganda, República Unida de Tanzania, Zambia, Zimbabue
<b>Las Américas</b>	Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, Estado Plurinacional de Bolivia
<b>Mediterráneo oriental</b>	Egipto, Irán, Irak, Jordania, Palestina <sup>a</sup>
<b>Europa</b>	Albania, Azerbaiyán, Georgia, Lituania, República de Moldava, Rumania, Federación de Rusia, Serbia, Turquía, Ucrania
<b>Asia sudoriental</b>	Bangladesh, Timor-Leste (Timor Oriental), India, Myanmar, Sri Lanka, Tailandia
<b>Pacífico occidental</b>	Camboya, China, Filipinas, Samoa, Vietnam
Ingresos altos <sup>b</sup>	Australia, Canadá, Croacia, República Checa, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Hong Kong <sup>a</sup> , Islandia, Irlanda, Israel, Japón, Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, Polonia, Corea del Sur, España, Suecia, Suiza, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Estados Unidos de América

<sup>a</sup> Estado no miembros de la OMS, se han incluido los datos.

<sup>b</sup> Clasificados por el Banco Mundial sobre la base del ingreso nacional bruto per cápita calculado utilizando el método Atlas del Banco Mundial.

Fuente: Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. OMS 2013.

Los resultados (ver tabla 8) indican una prevalencia global de violencia física y/o sexual sobre las mujeres que tienen o han tenido pareja alguna vez del 30.0% (intervalo de



confianza del 95% [IC] = 27,8% a 32,2%). La prevalencia es mayor, alrededor del 37%, en África, la región oriental del mediterráneo y el sureste de Asia. La menor en las regiones de ingresos altos (23%) y regiones de Europa y el Pacífico Occidental el 25%.

**Tabla 8.- Prevalencia violencia física y/o sexual ejercida por la pareja en mujeres que han tenido pareja en algún momento de su vida, por regiones de la OMS**

Regiones de la OMS	Prevalencia %	95% IC, %
Regiones con ingresos medios y bajos		
África	36.6	32.7 a 40.5
Las Américas	29.8	25.8 a 33.9
Mediterráneo oriental	37.0	30.9 a 43.1
Europa	25.4	20.9 to 30.0
Asia sudoriental	37.7	32.8 to 42.6
Pacífico occidental	24.6	20.1 to 29.0
Ingresos altos	23.2	20.2 to 26.2

IC= Intervalo de Confianza

Fuente: Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. OMS 2013.

Por grupos de edad (ver tabla 9), puede observarse como la prevalencia aumenta progresivamente hasta los 40 y los 44 años (37,8%) y un 29,4% de las mujeres de 15 a 19 años sugiriendo que los actos violentos comienzan pronto en las relaciones de pareja.

**Tabla 9.- Prevalencia violencia física y/o sexual ejercida por la pareja en mujeres que han tenido pareja en algún momento por de edad**

Grupos de edad	Prevalencia %	95% IC, %
15-19	29.4	26.8 a 32.1
20-24	31.6	29.2 a 33.9
25-29	32.3	30.0 a 34.6
30-34	31.1	28.9 a 33.4
35-39	36.6	30.0 a 43.2
40-44	37.8	30.7 a 44.9
45-49	29.2	26.9 a 31.5
50-54	25.5	18.6 a 32.4
55-59	15.1	6.1 a 24.1
60-64	19.6	9.6 a 29.5
65-69	22.2	12.8 a 31.6

IC= Intervalo de Confianza

Fuente: Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. OMS 2013.

Sin embargo, no se podían hacer comparaciones de prevalencias entre las regiones de las OMS por lo heterogéneas que eran en sí mismas. Se decide agrupar los datos en las 21 regiones (ver tabla 10) que se utilizan en el estudio realizado en el 2010, de Carga Global de Enfermedad (GBD), ya que la imagen aportada es mas clara y refleja mejor las áreas geográficas.

**Tabla 10.- La prevalencia de la violencia de pareja por regiones GBD**

Región	Prevalencia (95% intervalo de confianza),%
Asia y el Pacífico, de renta alta	28.45 (20.6 to 36.3)
Asia central	22.89 (15.8 to 30.0)
Asia oriental	16.30 (8.9 to 23.7)
Sur de Asia	41.73 (36.3 to 47.2)
Asia sudoriental	27.99 (23.7 to 32.2)
Australasia	28.29 (22.7 to 33.9)
Caribe	27.09 (20.8 to 33.3)
Europa central	27.85 (22.7 to 33.0)
Europa del este	26.13 (20.6 to 31.6)
Europa occidental	19.30 (15.9 to 22.7)
América latina, estados andinos	40.63 (34.8 to 46.5)
América latina, central	29.51 (24.6 to 34.4)
Sur de América latina	23.68 (12.8 to 34.5)
América latina, países tropicales	27.43 (20.7 to 34.2)
Norte de África / Oriente Medio	35.38 (30.4 to 40.3)
América del norte, altos ingresos	21.32 (16.2 to 26.4)
Oceanía	35.27 (23.8 to 46.7)
África central subsahariana	65.64 (53.6 to 77.7)
África subsahariana oriental	38.83 (34.6 to 43.1)
Sur África subsahariana	29.67 (24.3 to 35.1)
África subsahariana occidental	41.75 (32.9 to 50.6)

Fuente: Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. OMS 2013.

El porcentaje medio mundial de la prevalencia de violencia contra la mujer se sitúa en 26,4%. Las regiones por debajo de este promedio son el este de Asia (16,3%), oeste de Europa (19,3%), América del Norte (21,3%), Asia Central (22,9%) y el Sur de América

Latina (23,7%). Por encima de esta media se sitúan el resto de las regiones, siendo la prevalencia más alta (65,6%) en la zona central del África subsahariana.

Las variaciones en cuanto a la prevalencia entre unas regiones y otras, según el informe, tienen que ver con la situación económica y los factores socioculturales que permiten que se promuevan programas para prevenir la violencia de pareja.

Este informe demuestra inequívocamente que la violencia contra las mujeres es un fenómeno generalizado a nivel mundial, no es un pequeño problema y supone un problema de salud de proporciones epidémicas, que requieren medidas urgentes.

### **2.3. Estudio Europeo: “Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la Unión Europea”**

El estudio de la Unión Europea<sup>39</sup> se realizó por la Agencia de Derechos Fundamentales de la UE (FRA) a solicitud del Parlamento Europeo, tras valorar las conclusiones adoptadas por el Consejo de Estados miembros sobre erradicación de la violencia contra las mujeres.

Entre los años 2010 y 2012 se desarrolló y testó una encuesta en seis países, entre ellos España, una vez aprobada se tradujo a los idiomas de los Estados miembros. Se pedía a las mujeres, entre otras experiencias, que identificaran violencia física, sexual y psicológica de la pareja, tema de esta tesis, desde los 15 años hasta el día de la entrevista y los distinguieran de los sufridos en los últimos 12 meses. Esto permite medir la eficacia de las políticas preventivas.

Se realizaron 42000 entrevistas a mujeres, 1500 en cada uno de los 28 estados de la UE, con excepción de Luxemburgo en el que el tamaño de la muestra fue de 900 mujeres. La selección se hizo aleatoriamente entre mujeres de 18 a 74 años.

Las encuestas se realizaron por mujeres entrenadas para manejar estos temas, utilizando técnicas de entrevista personal PAPI (en papel) o CAPI (en ordenador

portátil) cara a cara en la mayoría de los casos, excepcionalmente se utilizó la entrevista telefónica (CATI). La dirección global estuvo a cargo del personal de la FRA.

Los datos muestran que el 22% de las mujeres encuestadas, con pareja actual o anterior, han sufrido violencia física y sexual por parte de su pareja, desde los 15 años o en los últimos doce meses antes de la entrevista, ver tabla 11.

**Tabla 11 - Mujeres desde los 15 años, y en los últimos 12 meses antes de la entrevista, que han experimentado violencia física y/o sexual, y violencia psicológica por su pareja por País de la UE (%)**

País de la UE	Cualquier pareja (actual y/o anteriores) <sup>a</sup>		
	violencia física y/o sexual		violencia psicológica
	Desde los 15 años	Últimos 12 meses	
Austria	13	3	38
Bélgica	24	6	44
Bulgaria	23	6	39
Chipre	15	3	39
República Checa	21	4	47
Alemania	22	3	50
Dinamarca	32	4	60
Estonia	20	2	50
Grecia	19	6	33
España	13	2	33
Finlandia	30	5	53
Francia	26	5	47
Croacia	13	3	42
Hungría	21	6	49
Irlanda	15	3	31
Italia	19	6	38
Lituania	24	4	51
Luxemburgo	22	3	49
Letonia	32	5	60
Malta	15	4	37
Países Bajos	25	5	50
Polonia	13	2	37
Portugal	19	5	36
Rumanía	24	6	39
Suecia	28	5	51
Eslovenia	13	2	34
Eslovaquia	23	6	47
Reino Unido	29	5	46
<b>UE-28</b>	<b>22</b>	<b>4</b>	<b>43</b>

**Notas:**

- a. De todas las encuestadas que estaban casadas, convivían con su pareja sin estar casados o tenían una relación sin convivencia en el momento de la entrevista o en cualquier momento en el pasado (n = 40 192).

Fuente: Datos de la encuesta realizada por la FRA sobre la violencia de género contra las mujeres, 2012

Al introducir la variable edad, los datos obtenidos de la encuesta no reflejan variaciones significativas en las mujeres que han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja o expareja, ver tabla 12.

**Tabla 12.- violencia física y / o sexual ejercida por la pareja, por grupos de edad desde los 15 años y en los 12 meses anteriores a la entrevista (%)**

Grupos de edad	Desde los 15 años (%)	En los últimos 12 meses (%)
<b>18-29</b>	20	6
<b>30-44</b>	23	5
<b>45-59</b>	23	4
<b>60 o mas</b>	19	3

Fuente: FRA violencia de género contra las mujeres encuesta conjunto de datos de 2012

Las diferencias en las prevalencias de violencia física y/o sexual sobre la mujer ejercida por su pareja o expareja entre países pueden explicarse, según este estudio, por:

- A. En algunos países, hablar de violencia de género y/o violencia doméstica es un tema privado y no se habla con ciertas personas, lo que puede determinar tasas de prevalencia más bajas.
- B. Los países con unos índices de igualdad mayor, tienen también mayor prevalencia de violencia contra la mujer, tener mayor nivel de concienciación, divulgación y apoyo facilitarían la verbalización y denuncia de la violencia.

Concedores del problema de algunas mujeres para hablar sobre la violencia sufrida, además de la encuesta se les pide que rellenen un cuestionario autoaplicado de 6 preguntas que se introduce en un sobre sellado delante de ellas. La comparación de los datos de prevalencia obtenidos solamente por la encuesta y por la combinación de la encuesta y el cuestionario autoaplicado indica:

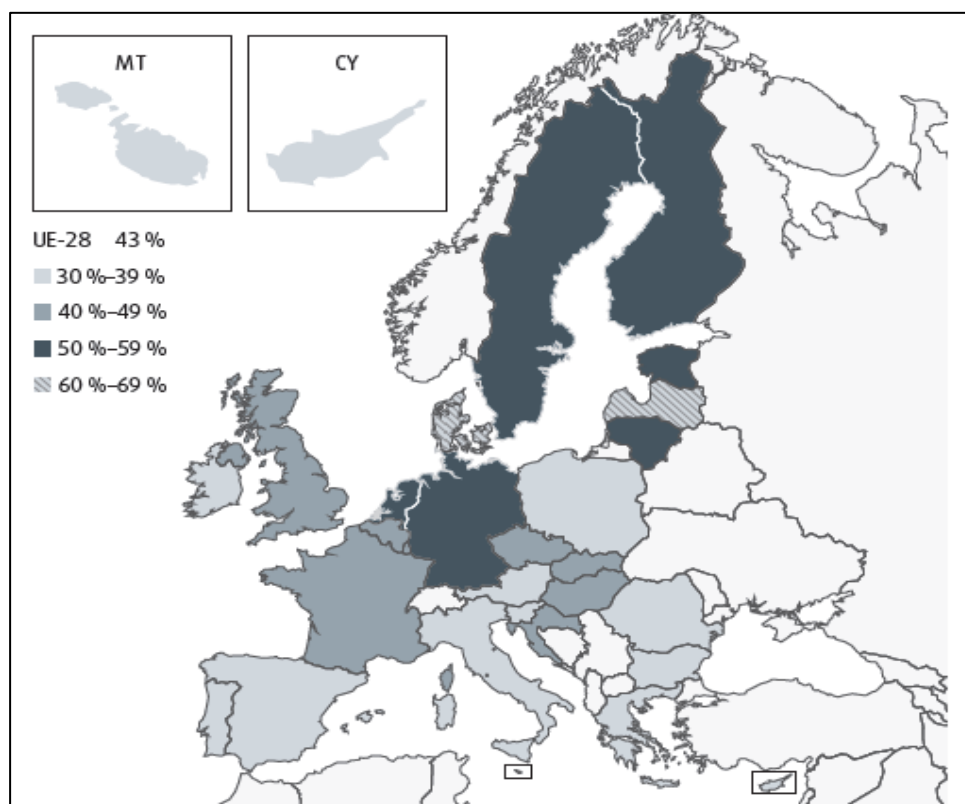
- La combinación añadiría de 1 a 3 puntos en la prevalencia de 18 países
- En 9 países añadiría de 4 a 6 puntos
- En Hungría la prevalencia varía del 19% (entrevista) a un 33% con el cuestionario.

Un 16 % de las mujeres víctimas de violencia en una pareja anterior experimentaron violencia con otra pareja posterior. Más del 50% de las mujeres que han sido violadas, o participes en relaciones sexuales obligadas por ser incapaces de negarse o con intento de violación por parte de su pareja, sufren más de un incidente; si es violación, un 31% ha experimentado seis o más incidentes a manos de su pareja actual.

En relación a la violencia psicológica, un 43% de mujeres han experimentado alguna forma de este tipo de violencia a manos de su pareja (ver figura 6). Un 25 % refirió menosprecio o humillación por su pareja actual en privado, un 14 % recibió amenazas de agresión y a un 5 % se les prohibió salir de casa o encerró o les quitó las llaves del coche.

De las mujeres con pareja, un 7% ha experimentado cuatro o más formas de violencia psicológica por su pareja actual, habitualmente la mayoría también ha sufrido violencia física y /o sexual por parte de la pareja.

**Figura 6.- Violencia psicológica a manos de la pareja desde los 15 años de edad, UE-28 (%)**



Fuente: Datos de la encuesta realizada por la FRA sobre la violencia de género contra las mujeres, 2012

La violencia psicológica abarca un conjunto de comportamientos de control y abuso, las categorías analizadas en este estudio recogen, entre otros, el comportamiento dominante, la violencia económica y el chantaje (ver tabla 13).

**Tabla 13.- Violencia psicológica por parte de la pareja, por tipo de abuso y por tipo de pareja (%)**

	Pareja actual <sup>a</sup>	Parejas anteriores <sup>b</sup>	Cualquier pareja (actual y/o anteriores) <sup>c</sup>
Comportamiento dominante	16	40	35
Violencia relacionada con cuestiones económicas	5	13	12
Comportamiento abusivo	15	37	32
Chantaje con/comportamiento abusivo con los niños <sup>d</sup>	2	14	8
Cualquier abuso psicológico	23	48	43

Notas:

- Cifras basadas en todas las mujeres que tienen una pareja actual, es decir, que estaban casadas, vivían con su pareja sin estar casados o tenían una relación en el momento de la entrevista (n = 30 675), salvo por lo que respecta al chantaje/comportamiento abusivo con los niños.
- Cifras basadas en todas las mujeres que tienen una pareja anterior, es decir, que han estado casadas, han vivido con su pareja sin estar casados o tuvieron una relación al menos una vez en el pasado (n = 25 870), salvo por lo que respecta al chantaje/comportamiento abusivo con los niños.
- De todas las encuestadas que estaban casadas, vivían con su pareja sin estar casados o tenían una relación en el momento de la entrevista o en cualquier momento del pasado (n = 40 192), salvo por lo que respecta al chantaje/comportamiento abusivo con los niños.
- Se basa en todas las mujeres que tienen o han tenido hijos a su cargo.

Fuente: Datos de la encuesta realizada por la FRA sobre la violencia de género contra las mujeres, 2012

De las mujeres de la UE, en torno a un 5 % han sido víctimas de violencia económica (no dejar a la mujer tomar decisiones sobre las finanzas de la familia o prohibirle trabajar) en su relación actual y un 13 % lo han experimentado en relaciones previas.

## 2.4. Estudio e informes nacionales

En España se han realizado encuestas sobre violencia de género cada cuatro años desde 1999, la última “La Macroencuesta de violencia contra la mujer” de 2015<sup>41</sup>; por otro lado, en aplicación de la Ley Orgánica 1/2004 se crea El Observatorio Estatal de

Violencia sobre la Mujer cuyo objetivo es conseguir un diagnóstico lo más preciso posible, a continuación, se mostrarán el estudio y los datos estadísticos oficiales.

#### **2.4.1. “Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015”**

La Macroencuesta sigue las recomendaciones internacionales sobre pilotaje de la encuesta: edad a partir de los 16 años (antes era a partir 18 años), recoger información de todas las parejas previas (anteriormente se hacía solo en los últimos 10 años) y la formación de las encuestadoras. Analiza la violencia sufrida por las mujeres de alguna pareja o expareja, o de la pareja actual a lo largo de su vida y en el último año.

El cuestionario consta de cinco bloques de preguntas para los siguientes tipos de violencia: física, sexual, psicológica de control, psicológica emocional y económica. Se introduce una pregunta de ‘control’ para intentar recoger situaciones de violencia no reveladas y se pregunta a todas las mujeres si alguna vez han tenido miedo de su pareja actual o de sus exparejas.

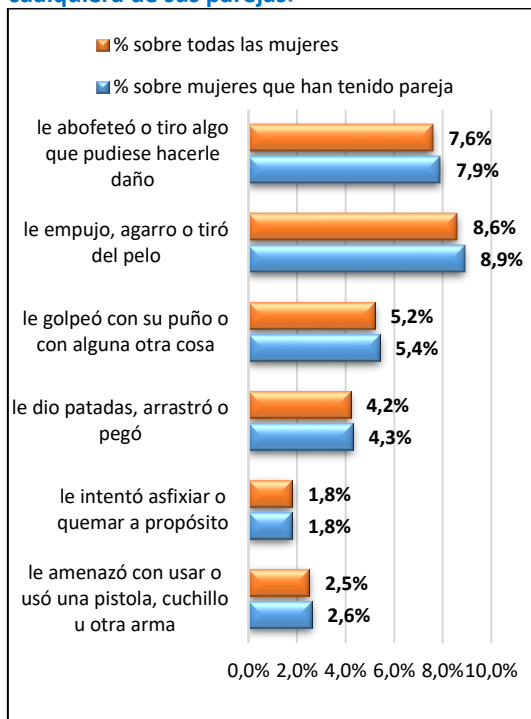
##### *Violencia física sufrida a lo largo de toda la vida y en los últimos 12 meses*

Los actos de violencia física se clasifican en violencia física moderada: “le ha abofeteado o tirado algo que pudiese hacerle daño”, “le ha empujado, agarrado o tirado del pelo” y violencia física severa: “le ha golpeado con su puño o con alguna otra cosa que pudiera hacerle daño”, “le ha dado patadas, arrastrado o pegado”, “le ha intentado asfixiar o quemar a propósito” o “le ha amenazado con usar o ha usado una pistola, cuchillo o alguna otra arma contra usted.”

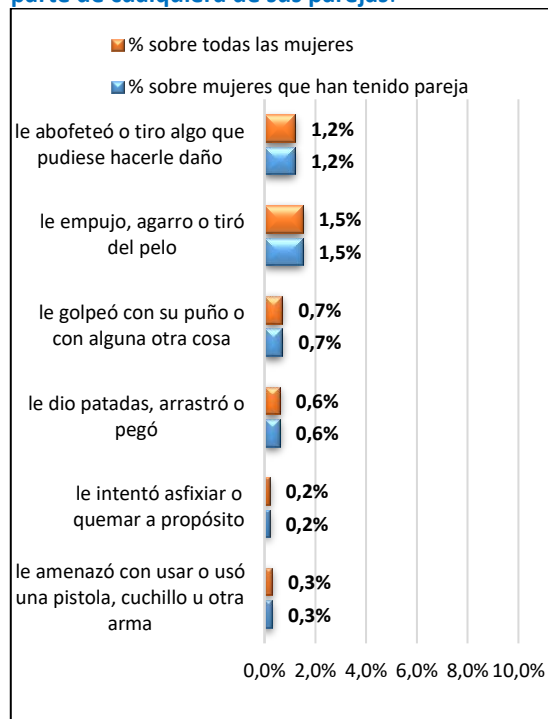
Las agresiones mas violentas son las que se han producido en un porcentaje menor, tanto en cualquier ocasión (fig. 7) como en los últimos 12 meses (fig. 8).



**Figura 7.-Situaciones de violencia física sufrida por las mujeres en alguna ocasión por parte de cualquiera de sus parejas.**



**Figura 8.- Situaciones de violencia física sufrida por las mujeres en los últimos doce meses por parte de cualquiera de sus parejas.**

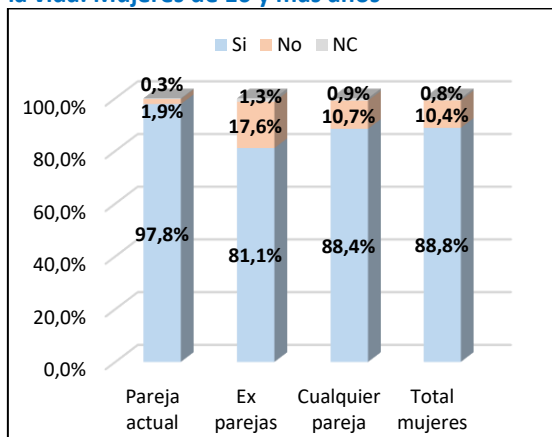


Fuente: Macroencuesta de Violencia contra la mujer 2015 en España.

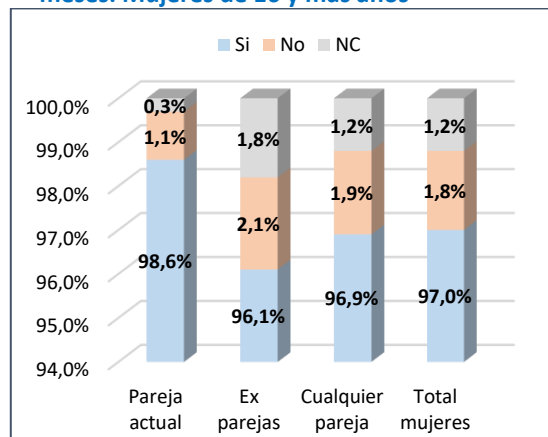
Según se aprecia en las figuras 9 y 10, en total el 10,4% de las mujeres residentes en España de 16 o más años ha sufrido violencia física en algún momento de su vida y un 1,8% en los últimos 12 meses. Si se tiene en cuenta a las mujeres que han sido agredidas por cualquier pareja el porcentaje asciende al 10,7% en algún momento de su vida y a un 1,9% en los últimos 12 meses. Por una expareja han sido agredidas un 17,6% en algún momento de su vida y 2,1% en los últimos 12 meses. La agresión por parte de la pareja actual es de un 1,9% en algún momento de su vida y un 1,1% en los últimos doce meses.

Es necesario, a la hora de analizar los resultados del estudio, tener en cuenta que un 60,2% de las mujeres de 16 y más años solo ha tenido una pareja a lo largo de su vida.

**Figura 9.-Violencia física de la pareja, ex parejas o cualquier pareja a lo largo de toda la vida. Mujeres de 16 y más años**



**Figura 10. Violencia física de la pareja, ex parejas o cualquier pareja en los últimos doce meses. Mujeres de 16 y más años**



Fuente: Elaboración propia a partir de: Macroencuesta de Violencia contra la mujer 2015 en España.

Atendiendo a los resultados de la encuesta un 12,6% de las mujeres que han sufrido violencia física de alguna pareja o expareja a lo largo de su vida afirma que fue un hecho aislado, mientras que un 85,2% manifiesta haber sido agredida físicamente en mas de una ocasión.

En cuanto a las características sociodemográficas, el estudio determina:

- No existe una relación lineal entre edad y prevalencia de violencia física y severidad de las lesiones de las mujeres a lo largo de su vida. Sin embargo, en los últimos doce meses, el número de mujeres que han sufrido violencia física de parte de cualquier pareja desciende a medida que aumenta la edad, del 3,7% de entre 16 y 29 años hasta el 0,7% de las de 60 y más años.
- Las mujeres nacidas en el extranjero y residentes en España han sufrido violencia física en mayor medida que las nacidas en España, tanto a lo largo de su vida como en los últimos doce meses:
  - Han sufrido violencia física por parte de la pareja o expareja en algún momento un 9,5% de las mujeres nacidas en España y un 20,5% de las nacidas en el extranjero; en los últimos doce meses lo han sufrido un 1,7% mujeres nacidas en España y un 3,4% nacidas en el extranjero.

- Un 1,6% de las nacidas en España, han sufrido violencia física por parte de su pareja actual en cualquier momento de su vida y un 4,2% de las nacidas en el extranjero; en los últimos doce meses han sido un 0,9% de las mujeres nacidas en España y un 2,4% de las nacidas en el extranjero.
- El nivel de estudios de la mujer y la violencia física y la severidad de las lesiones en cualquier momento de su vida no presenta una relación lineal. Pero, al analizar las respuestas en los últimos doce meses, la prevalencia es mayor en mujeres con estudios primarios o menos (2,2% por cualquier pareja o expareja y 1,9% por pareja actual) que en mujeres universitarias (1% por cualquier pareja o expareja y 0,4% por pareja actual).
- Un 6,6% de las mujeres que viven en poblaciones de  $\leq 2000$  habitantes han sufrido violencia física por parte de cualquier pareja a lo largo de su vida frente a un 10,9% en el entorno urbano. Con la pareja actual, la tendencia se invierte.
- Las mujeres trabajadoras manifiestan un 1,7% haber sido víctimas de la violencia física por cualquiera de sus parejas y un 0,8% por la actual. En las mujeres desempleadas aumenta hasta el 4,0% y el 2,2%, respectivamente.
- El número de parejas influye de manera negativa, han sufrido violencia física el 4,7% de las mujeres que han tenido una pareja y un 25,8% de las que han tenido 4 o más.

#### *Violencia sexual sufrida a lo largo de toda la vida y en los últimos doce meses*

Los datos del estudio muestran (figura 11) que un 6,6% afirman que al menos alguna de sus parejas, a lo largo de su vida, la ha obligado a mantener relaciones sexuales cuando ella no quería; un 6,3% han mantenido relaciones sexuales sin desearlo, por miedo a las represalias de su pareja; un 3,5% afirman haberse visto obligadas a mantener relaciones humillantes o degradantes y un 3,2% aunque su pareja lo intentó sujetándola o haciéndole daño no mantuvo las relaciones sexuales no deseadas.

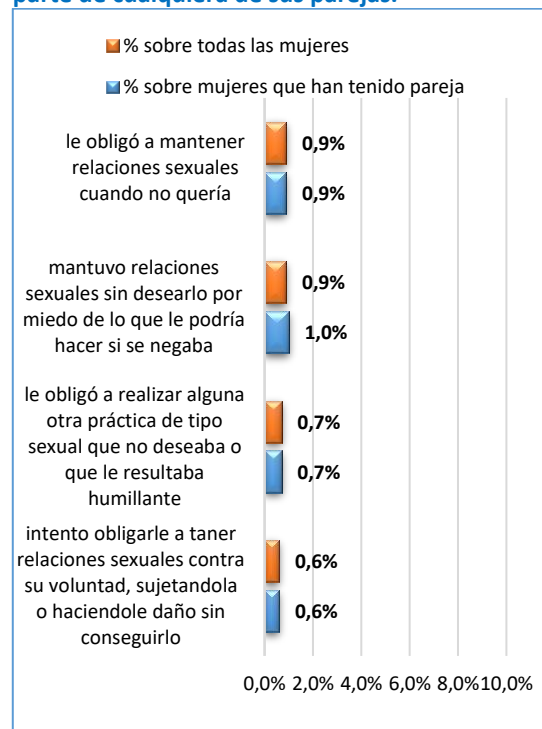
En los últimos doce meses (figura 12), un 1% corresponde a las mujeres que afirman haber mantenido relaciones sexuales en el último año sin desearlo por miedo a la

reacción de su pareja. Prácticamente la misma frecuencia se observa para las que afirman haber sido obligadas a mantener relaciones sexuales cuando no querían (0,9%). Un 0,7% manifiestan haber realizado actividades sexuales que la mujer considera vejatorias y un 0,6% comentan intentos fallidos, por parte del hombre, de obligarle a tener relaciones sexuales haciéndole daño.

**Figura 11. Situaciones de violencia sexual sufrida por las mujeres en alguna ocasión por parte de cualquiera de sus parejas.**



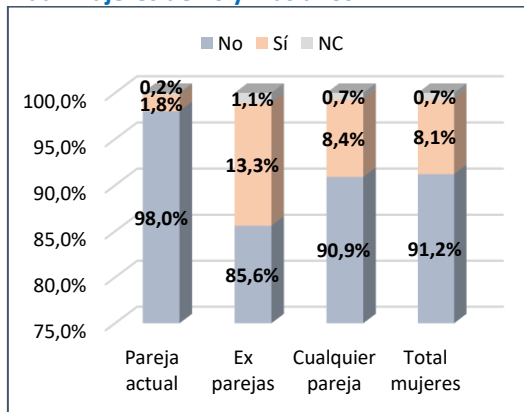
**Figura 12. Situaciones de violencia sexual sufrida por las mujeres en los últimos doce meses por parte de cualquiera de sus parejas.**



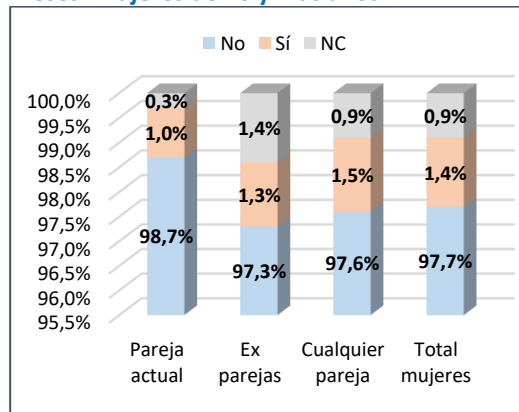
Fuente: Macroencuesta de Violencia contra la mujer 2015 en España

Al hablar de violencia sexual en general, según se observa en las figuras 13 y 14, un 8,1% de las mujeres encuestadas han sufrido violencia en algún momento de su vida, mientras que en los últimos doce meses es un 1,4%. Si se considera a cualquier pareja un 8,4% de mujeres manifiestan haberla sufrido en algún momento de su vida y un 1,5% en los últimos doce meses. Un 13,3% afirma haber sufrido violencia sexual por parte de alguna ex pareja, en algún momento de su vida, y un 1,3% en los últimos doce meses. Del total de mujeres que tienen pareja en la actualidad, un 1,8% manifiestan haber sufrido violencia sexual de esta pareja en algún momento de la relación, mientras que el 1,0% manifiestan haberla sufrido en los últimos doce meses.

**Figura 13. Violencia sexual de la pareja, ex parejas o cualquier pareja a lo largo de toda la vida. Mujeres de 16 y más años**



**Figura 14. Violencia sexual de la pareja, ex parejas o cualquier pareja en los últimos doce meses. Mujeres de 16 y más años**



Fuente: Elaboración propia a partir de: Macroencuesta de Violencia contra la mujer 2015 en España

El 3,5% de las mujeres que han sufrido violencia sexual de cualquier pareja a lo largo de su vida afirma que se trató de un hecho aislado y un 94% manifiesta haberlo sufrido en más de una ocasión. En los últimos doce meses un 11,4% de las mujeres que han sufrido violencia sexual de alguna pareja o ex pareja afirma que se trató de un hecho aislado, mientras que un 88,6% manifiesta haber sido víctima de agresiones sexuales en más de una ocasión en el último año.

En cuanto a las características sociodemográficas de las mujeres que han sufrido violencia sexual los resultados del estudio determinan:

- Un 7,5% de las mujeres nacidas en España alguna vez en su vida ha sufrido violencia sexual y un 15,5% en las nacidas en el extranjero, este porcentaje se incrementa a un 24% cuando la ex pareja ha nacido en el mismo país extranjero que la mujer. En los últimos doce meses lo han sufrido el 1,3% de las mujeres nacidas en España y un 3,1% de las nacidas en el extranjero. Han sufrido violencia sexual por parte de la pareja actual en algún momento de su vida (un 1,6% nacidas en España y un 3,1% nacidas en el extranjero) y en los últimos doce meses un 0,9% nacidas en España y un 2,4% nacidas en el extranjero.
- Considerando el nivel de estudios, un 10,5% de las mujeres con estudios inferiores a primaria y un 5,8% de mujeres universitarias han sufrido violencia sexual de cualquier pareja. De las mujeres con pareja actual un 6,3% con

estudios inferiores a primaria y un 0,7% con estudios superiores manifiestan haber sufrido violencia sexual en algún momento de esta relación.

- Al aumentar el número de parejas a lo largo de la vida, mayor porcentaje de mujeres han sufrido violencia sexual por parte de cualquiera de ellas, un 4,4% de mujeres con una pareja y un 16,8% con cuatro o más parejas.
- De las mujeres que han sufrido violencia sexual por parte de su ex pareja un 12,9% de las mujeres convivieron con ella y un 4,4% no convivieron; un 12,7% estaban casadas con su ex pareja y un 8,3% no estaban casadas.

#### *Violencia psicológica de control sufrida a lo largo de toda la vida y en los últimos doce meses*

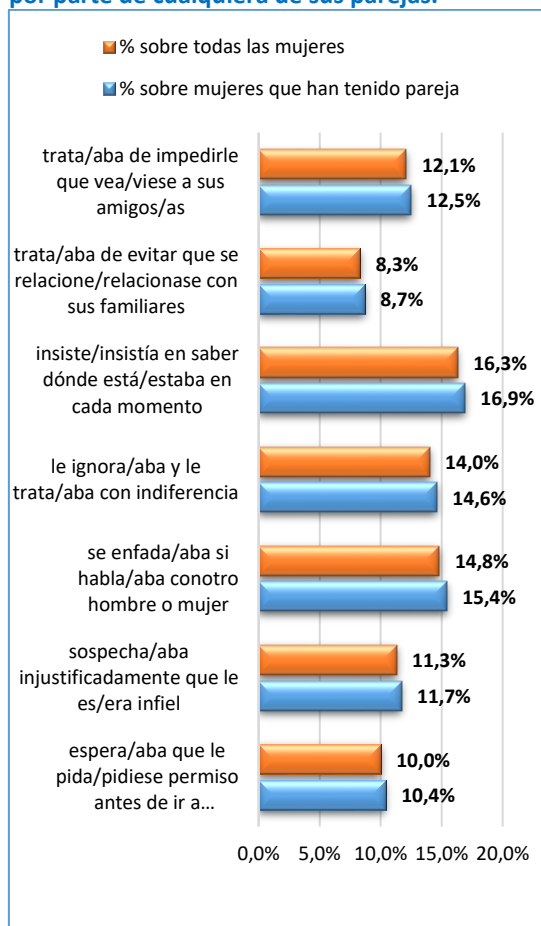
El porcentaje de mujeres residentes en España de 16 y más años que manifiestan haber sufrido en algún momento de su vida los distintos actos de violencia psicológica de control que contempla la encuesta, por parte de cualquier pareja, a lo largo de su vida son:

- Un 16,3% insistía en saber dónde estaba en cada momento
- Un 14,8% se enfadaba si hablaba con otro hombre o mujer
- Un 14% le ignoraba y trataba con indiferencia
- Un 12,1% trataba de impedirle que viese a sus amigos o amigas
- Un 11,3% sospechaba injustificadamente que le era infiel
- Un 10% esperaba que le pidiese permiso antes de ir por su cuenta a determinados sitios como un hospital, centro de salud, centro cultural o deportivo, etc.
- Un 8,3% trataba de evitar que se relacionase con su familia directa o parientes.

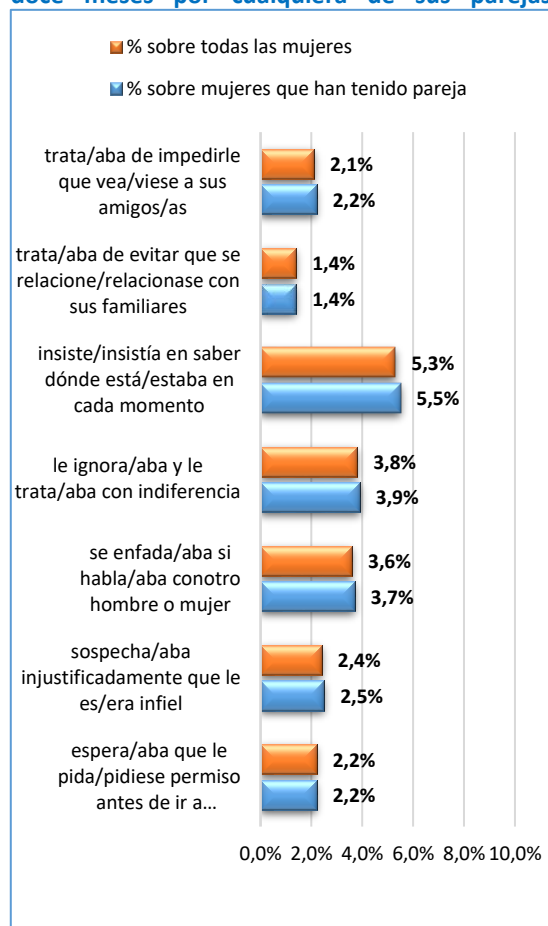
Cuando se acota a los últimos doce meses, la prevalencia desciende con respecto a lo observado anteriormente pero el orden de los ítems según la prevalencia se mantiene igual (figuras 15 y 16). Un 5,5% de las mujeres afirman haber sufrido la insistencia por saber en dónde se encontraba en cada momento. La indiferencia ocupa la segunda posición con un 3,9% y un 3,7% ha sufrido los enfados de la pareja cuando hablaba con

otro hombre o mujer. El hecho de ver a la familia presenta la menor prevalencia (un 1,4%).

**Figura 15. Situaciones de violencia psicológica de control sufrida por las mujeres en alguna ocasión por parte de cualquiera de sus parejas.**



**Figura 16. Situaciones de violencia psicológica de control sufrida por las mujeres en los últimos doce meses por cualquiera de sus parejas.**

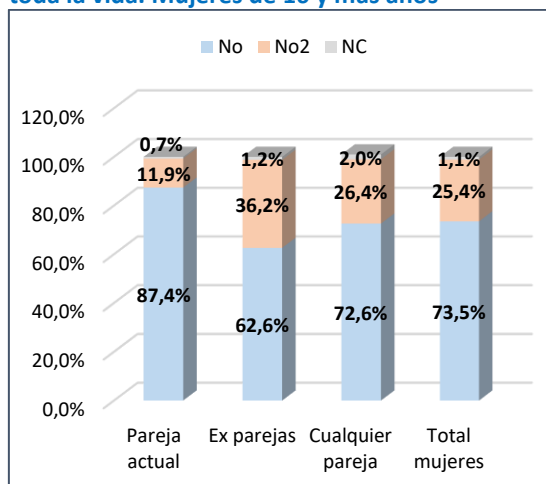


Fuente: Elaboración propia a partir de: Macroencuesta de Violencia contra la mujer 2015 en España

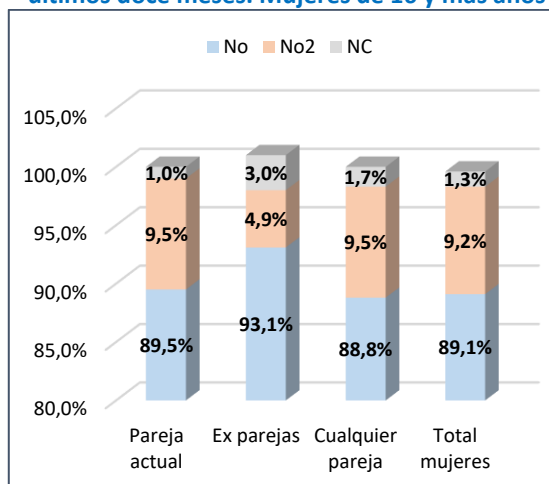
En total, un 25,4% de las mujeres residentes en España de 16 y más años ha sufrido violencia psicológica de control en algún momento de su vida y un 9,2% afirma haberla sufrido en los últimos doce meses. Si se tiene en cuenta a cualquier pareja de la mujer un 26,4% lo ha sufrido en algún momento de su vida y un 9,5% en los últimos doce meses. Un 36,2% afirma haber sufrido violencia psicológica de control por alguna expareja en algún momento de su vida y un 4,9% afirma haberla sufrido en los últimos doce meses. De las mujeres con pareja en la actualidad, un 11,9% manifiestan haber

sufrido violencia psicológica de control de esta pareja en algún momento de la relación y el 9,5% manifiesta haberla sufrido en los últimos doce meses, ver figuras 17 y 18.

**Figura 17. Violencia psicológica de control de la pareja, ex parejas o cualquier pareja a lo largo de toda la vida. Mujeres de 16 y más años**



**Figura 18. Violencia psicológica de control de la pareja, ex parejas o cualquier pareja en los últimos doce meses. Mujeres de 16 y más años**



Fuente: Elaboración propia a partir de: Macroencuesta de Violencia contra la mujer 2015 en España

En cuanto a las características sociodemográficas de las mujeres que han sufrido violencia psicológica de control, los resultados del estudio determinan:

- En relación a la edad, las mujeres mas jóvenes de 16 a 24 años que han sufrido violencia psicológica de control por parte de cualquier pareja tienen la mayor prevalencia (un 38,3%). Este valor se reduce progresivamente a medida que aumenta la edad hasta el 15,1% de las mujeres de 75 o más años.
- De las mujeres con pareja actual y estudios inferiores a primaria, manifiestan haber sufrido violencia psicológica de control un 19,6% y un 7,9% de las mujeres con pareja y estudios universitarios.
- Las mujeres que han tenido en algún momento de su vida pareja y han sufrido violencia psicológica de control son un 24,3% nacidas en España y un 42,7% nacidas en el extranjero. De las mujeres con pareja actual que han sufrido violencia psicológica de control un 10,6% son nacidas en España y un 22,3% nacidas en el extranjero.



- En cuanto al número de parejas tenidas a lo largo de la vida por las mujeres víctimas de violencia psicológica de control, el 15,3% han tenido una única pareja y un 54% han tenido 4 o más. De las mujeres cuya pareja actual le ha infringido violencia psicológica de control en algún momento de su vida, un 10,8% solo han tenido una pareja previa y un 16,5% han tenido 4 o más parejas.
- Al analizar la diferencia de edad entre la pareja, el estudio muestra que un 14,9% de mujeres con parejas 5 años mayor han sufrido violencia psicológica de pareja actual, si la pareja es de edad similar el porcentaje disminuye a un 11,3% y si es 5 años menor un 9,4% han sufrido violencia psicológica. Lo mismo ocurre cuando se estudia en los últimos doce meses, un 12,7% de las mujeres con pareja 5 años mayor y un 6,7% cuando la pareja es 5 años menor.

*Violencia psicológica emocional sufrida a lo largo de toda la vida y en los últimos doce meses*

Los actos de violencia emocional analizados en la encuesta están relacionados con algún tipo de humillación, menosprecio, intimidación y/o amenaza verbal.

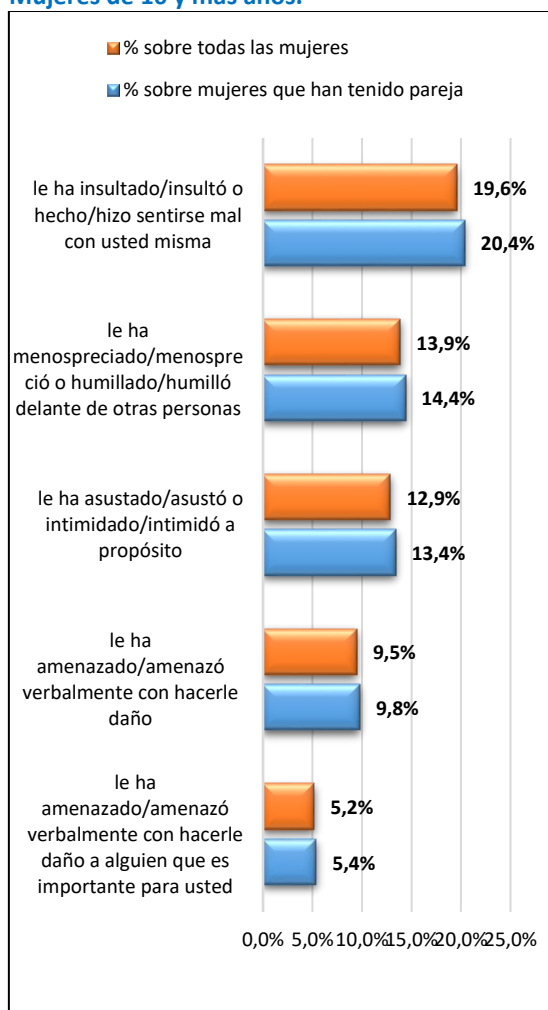
Como se refleja en la figura 19, un 20,4% de mujeres ha recibido insultos o le han hecho sentirse mal consigo misma, un 14,4% ha sufrido menosprecio o humillación, un 13,4% susto o intimidación, un 9,8% amenaza verbal hacia ella y un 5,4% amenaza verbal hacia alguna persona importante para la mujer.

Un 7,8% de las mujeres responde haber sufrido insultos o haberse sentido mal consigo misma por su pareja actual y un 28,4% por una ex pareja. Respecto al menosprecio y humillación un 3,9% afirman haberlo sufrido de la pareja actual y un 21,8% de exparejas. Un 3,4% han sufrido intimidación por su pareja actual, frente al 20,9% que lo han sufrido por parte de una ex pareja. Han sufrido amenaza verbal hacia sí mismas un 1,8% por su pareja y un 16,1% por una ex pareja y amenaza verbal hacia alguien importante para la mujer un 0,6% por su pareja actual y un 9,1% por una ex pareja.

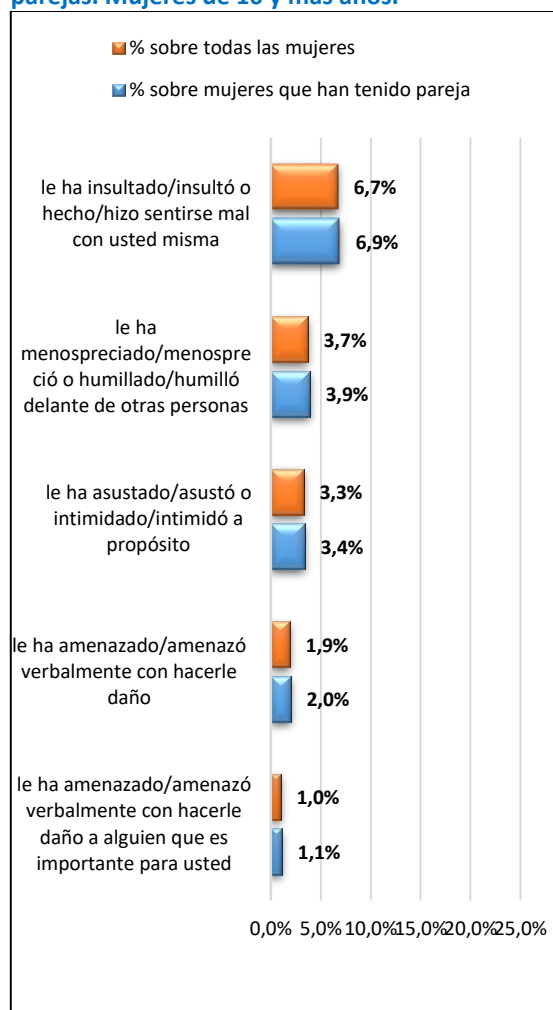
Respecto a la violencia emocional sufrida en los últimos doce, ver figuras 19 y 20, un 6,9% de las mujeres han recibido insultos o le ha hecho sentirse mal consigo misma, un

3,9% ha sido humillada en público, un 3,4% han sido asustadas o intimidadas, un 2,0% han sido amenazadas directamente y un 1,1% ha sido amenazada con hacer daño a un ser querido para ellas.

**Figura 19. Situaciones de violencia psicológica emocional sufrida por las mujeres en alguna ocasión por parte de cualquiera de sus parejas. Mujeres de 16 y más años.**



**Figura 20. Situaciones de violencia psicológica emocional sufrida por las mujeres en los últimos doce meses por parte de cualquiera de sus parejas. Mujeres de 16 y más años.**

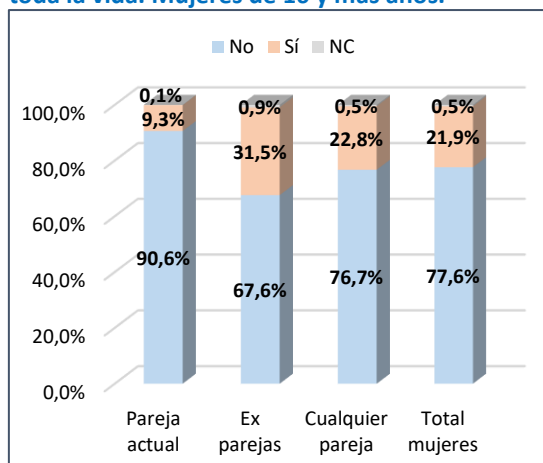


Fuente: Elaboración propia a partir de: Macroencuesta de Violencia contra la mujer 2015 en España

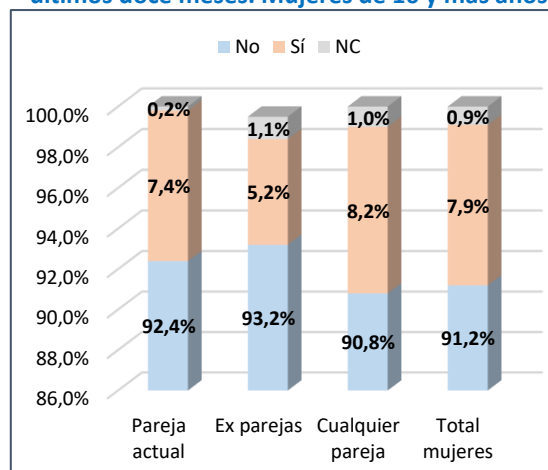
Un 21,9% han sufrido violencia psicológica emocional en algún momento de su vida y un 7,9% en los últimos doce meses. Si se tiene en cuenta la infringida por cualquier pareja un 22,8% han sufrido este tipo de violencia en algún momento y un 8,2% en los últimos doce meses. Un 31,5% dicen haber sufrido este tipo de violencia por alguna

expareja en algún momento de su vida y un 5,2% dice haberla sufrido en los últimos doce meses. Por otro lado, un 9,3% afirman haber sufrido este tipo de violencia por su pareja actual en algún momento de su relación y un 7,4% en los últimos 12 meses, ver figuras 21 y 22.

**Figura 21. Violencia psicológica emocional de la pareja, ex parejas o cualquier pareja a lo largo de toda la vida. Mujeres de 16 y más años.**



**Figura 22. Violencia psicológica emocional de la pareja, ex parejas o cualquier pareja en los últimos doce meses. Mujeres de 16 y más años**



Fuente: Elaboración propia a partir de: Macroencuesta de Violencia contra la mujer 2015 en España

De las mujeres que han sufrido violencia psicológica emocional de cualquier pareja a lo largo de su vida, un 2,8% dicen que se trató de un hecho ocasional y un 95,4% afirma haberla sufrido en mas de una ocasión. De las mujeres que han sufrido este tipo de violencia en los últimos doce meses, un 7,1% afirma que fue un hecho ocasional y un 92,9% la ha sufrido en mas de una ocasión.

En cuanto a las características sociodemográficas de las mujeres que han sufrido violencia psicológica emocional los resultados del estudio determinan que:

- De las mujeres con pareja actual que refieren haber sufrido violencia psicológica emocional de esta pareja en algún momento un 10,1% tienen estudios inferiores a primaria y un 5,7% tienen estudios universitarios.
- Las mujeres que han sufrido violencia psicológica emocional en algún momento de su vida, un 6,2% han tenido una única pareja y un 16,4% han tenido 4 o más.

En relación a la violencia ejercida por su pareja actual, un 7,0% solo ha tenido una pareja y un 10,5% han tenido 4 o más parejas.

### Violencia económica sufrida a lo largo de toda la vida y en los últimos doce meses

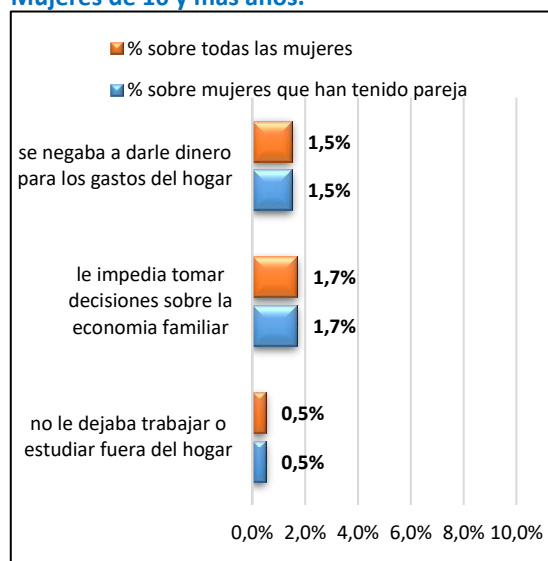
El control de la economía doméstica con el objetivo de mermar la independencia económica de la mujer es un tipo de violencia de género que también se explora en esta encuesta. Las cuestiones contempladas en la encuesta permiten obtener información sobre si su pareja se negaba a darle dinero para los gastos del hogar, le impidiera tomar decisiones sobre la economía del hogar o hacer compras libremente, y si no la dejaba trabajar o estudiar fuera del hogar.

De las mujeres que han tenido pareja alguna vez, a un 7,2% se le han negado a darle dinero para los gastos del hogar alguna vez en su vida y a un 1,7% en el último año. Un 7,5% no han podido tomar decisiones sobre la economía familiar o hacer compras libremente en alguna ocasión y un 1,7% en el último año; a un 5,1% no les dejaban trabajar o estudiar fuera del hogar en algún momento de su vida y a un 0,5% en el último año, ver figuras 23 y 24.

**Figura 23. Situaciones de violencia económica sufrida por las mujeres en alguna ocasión por parte de cualquiera de sus parejas. Mujeres de 16 y más años.**



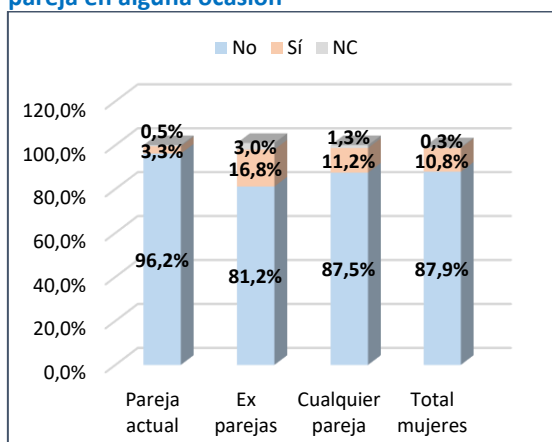
**Figura 24. Situaciones de violencia económica sufrida por las mujeres en los últimos doce meses por parte de cualquiera de sus parejas. Mujeres de 16 y más años.**



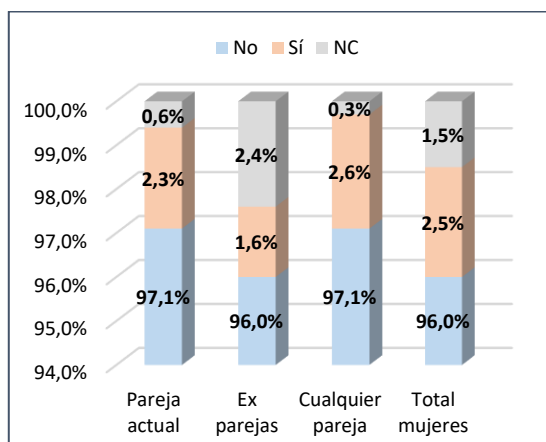
Fuente: Elaboración propia a partir de: Macroencuesta de Violencia contra la mujer 2015 en España

En el último año, un 2,5% de las mujeres ha sufrido violencia económica; un 2,6% por cualquier pareja y un 1,6% afirma haberla tenido por una ex pareja. Por la pareja actual manifiestan haber sufrido violencia económica en los últimos doce meses un 2,3%, ver figuras 25 y 26.

**Figura 25. Violencia económica de la pareja, ex parejas o cualquier pareja a lo largo de toda la vida. Mujeres de 16 y más años que han tenido pareja en alguna ocasión**



**Figura 26. Violencia económica de la pareja, ex parejas o cualquier pareja en los últimos doce meses. Mujeres de 16 y más años.**



Fuente: Elaboración propia a partir de: Macroencuesta de Violencia contra la mujer 2015 en España

En cuanto a las características sociodemográficas de las mujeres que han sufrido violencia psicológica emocional los resultados del estudio determinan que:

- De las mujeres nacidas en España ha sufrido violencia económica por parte de cualquier pareja, en algún momento de su vida, un 9,9%, y de las nacidas en el extranjero son un 21,2%. En el último año han sufrido este tipo de violencia un 2,1% de las nacidas en España y un 6,2% de las nacidas en el extranjero.
  - Un 15,4% de las mujeres nacidas en España y un 25,4% de las nacidas en el extranjero han sufrido, en algún momento de su vida, violencia económica por parte de alguna de sus ex parejas.
  - Por la pareja actual un 2,7% de las nacidas en España y un 7,3% de las nacidas en el extranjero han sufrido violencia económica en algún

momento de su vida. En el último año, lo han sufrido un 1,7% de las nacidas en España y un 6,4% de las nacidas en el extranjero.

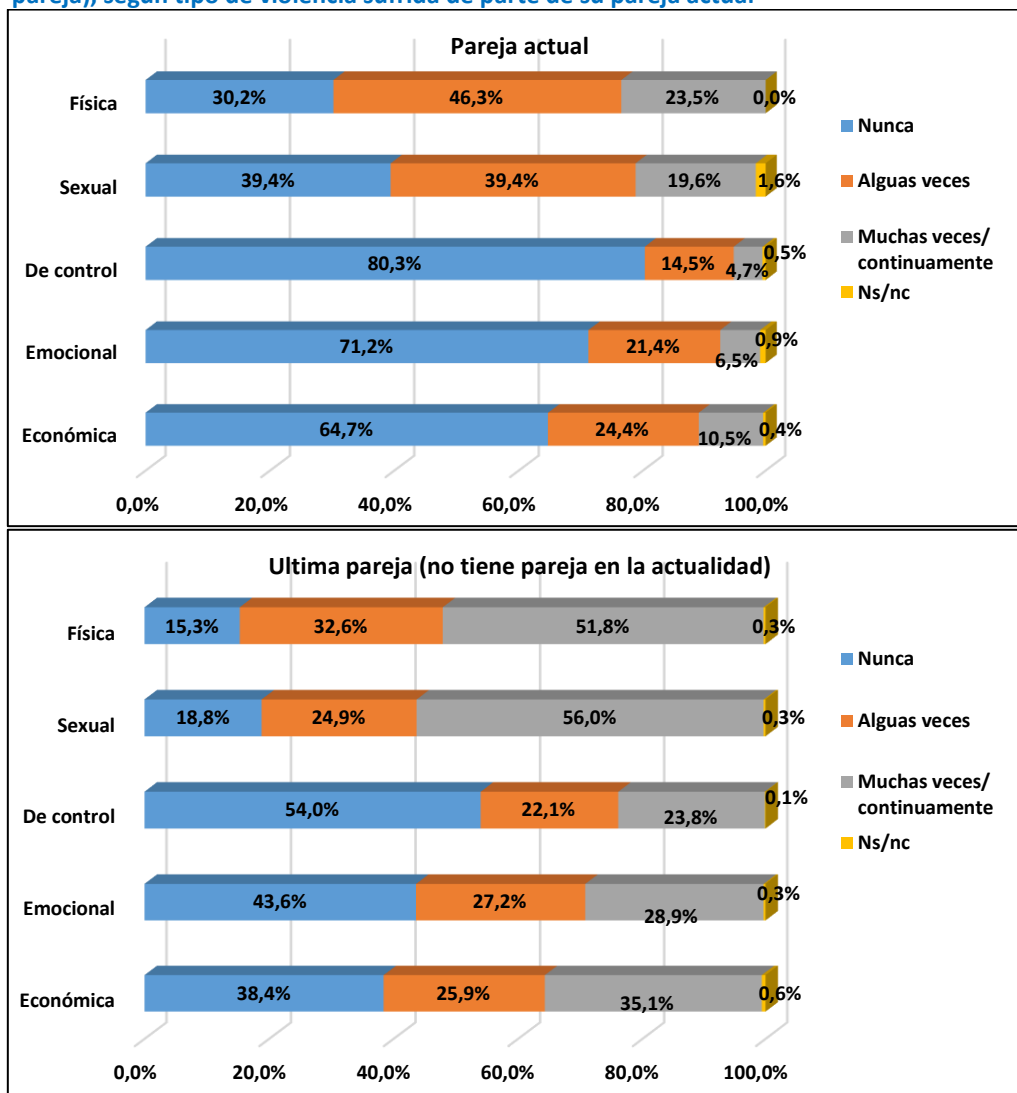
- En cuanto al nivel de estudios, un 14,4% de las mujeres con estudios inferiores a primaria han sufrido violencia económica de alguna pareja o expareja, frente al 6,7% de las mujeres que tienen estudios universitarios finalizados.
  - De las mujeres con estudios inferiores a primaria con pareja en la actualidad manifiestan un 6,5% haber sufrido violencia económica por parte de esta pareja en algún momento de la relación, frente al 2,1% de las mujeres con estudios superiores.

También se explora en la encuesta el miedo, ver figura 27, que las mujeres han tenido a sus parejas, un 13% de las mujeres ha sufrido miedo de cualquier pareja en algún momento de su vida. Un 2,9% manifiesta que dicho miedo era continuo.

- De las mujeres que han tenido pareja alguna vez en su vida, un 13,4% ha tenido miedo en algún momento y un 3,0% dice que el miedo era continuo. Un 21,5% afirma haber sufrido miedo de alguna ex pareja y para un 5,4% de las mujeres este miedo era continuo.
- De las mujeres que tienen pareja en la actualidad y que en algún momento han sufrido violencia física de esta pareja un 69,8% refieren haber sentido miedo hacia ella y si la violencia ha sido sexual afirman sentir miedo un 59%. De las mujeres que no tienen pareja actual y sufrieron violencia de su última ex pareja afirman tener miedo de ella un 84,4% cuando la violencia fue física y un 90,9% cuando la violencia fue sexual.
- En las mujeres que tienen pareja en la actualidad y que en algún momento han sufrido violencia psicológica de control de esta pareja un 19,2% refiere haber sentido miedo hacia ella, si la violencia psicológica es emocional afirman sentir miedo un 27,9% y si la violencia es económica lo afirman un 34,9%. De las mujeres que no tienen pareja en la actualidad y sufrieron violencia psicológica de su última ex pareja afirman tener miedo de ella un 45,9% cuando es de control, un 56,1% cuando fue emocional y cuando es económica un 61,0%.

- De las mujeres que afirman haber sufrido violencia psicológica de control, emocional o económica de su última pareja (actual o última ex pareja) pero que no han sufrido ni violencia física ni sexual, un 10,3% manifiestan haber sufrido miedo de esta pareja.

Figura 27. Porcentaje de mujeres que tienen o han tenido miedo de su última pareja (actual o ex pareja), según tipo de violencia sufrida de parte de su pareja actual



Fuente: Elaboración propia a partir de: Macroencuesta de Violencia contra la mujer 2015 en España

## 2.4.2. Estadísticas oficiales del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer

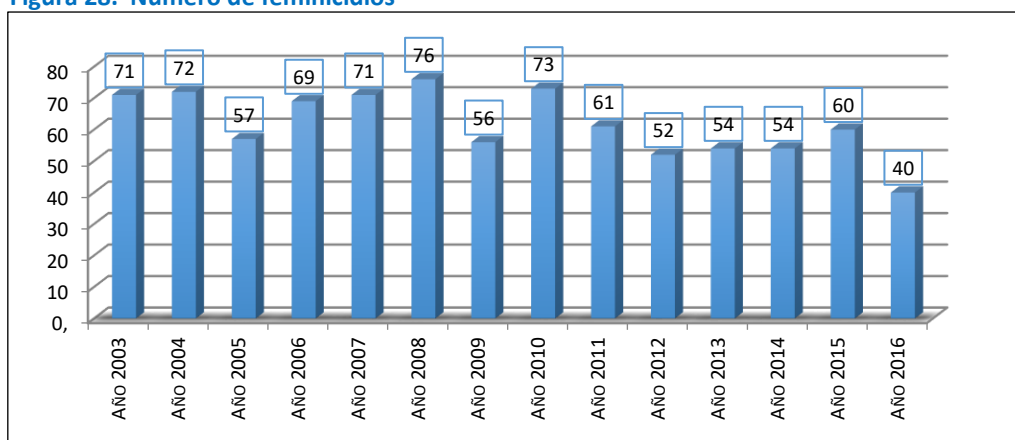
En aplicación de la Ley Orgánica 1/2004 se crea El Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer, dentro de sus funciones está la de elaborar informes y estudios sobre la violencia de género, con el fin de conseguir un diagnóstico lo más preciso posible sobre este fenómeno social. En la actualidad depende de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.

Esta Delegación creó, en 2015, un portal estadístico en el que pueden consultarse el histórico desde 2003 sobre todo lo relacionado con las mujeres víctimas de violencia. Se describen a continuación los datos más relevantes para el desarrollo de esta tesis.

### Feminicidios

Según los datos oficiales<sup>42</sup> el número de mujeres muertas por causa de la VMCI desde 2003 hasta finales de noviembre de 2016, asciende a un total de 866 (ver Figura 28).

Figura 28. Número de feminicidios



Fuente: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Última actualización: 25/11/2016

Si analizamos el tipo de relación que mantienen la mujer víctima de violencia y el agresor, la mayoría de los feminicidios, el 60,27% (N= 522), son cometidos por la pareja actual, el 23,32% (N= 202) son exparejas y el 16,40% (N= 142) estaban en trámites de separación (ver tabla 14 y figura 29).

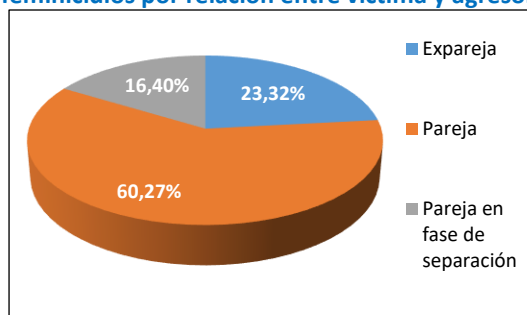


**Tabla 14.- Numero de feminicidios en función de la relación entre víctima y agresor**

Tipo de Relación	Nº víctimas mortales	%
Expareja	202	23.32
Pareja	522	60.27
Pareja en fase de separación	142	16.40
<b>Total</b>	<b>866</b>	

Fuente: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Última actualización: 25/11/2016

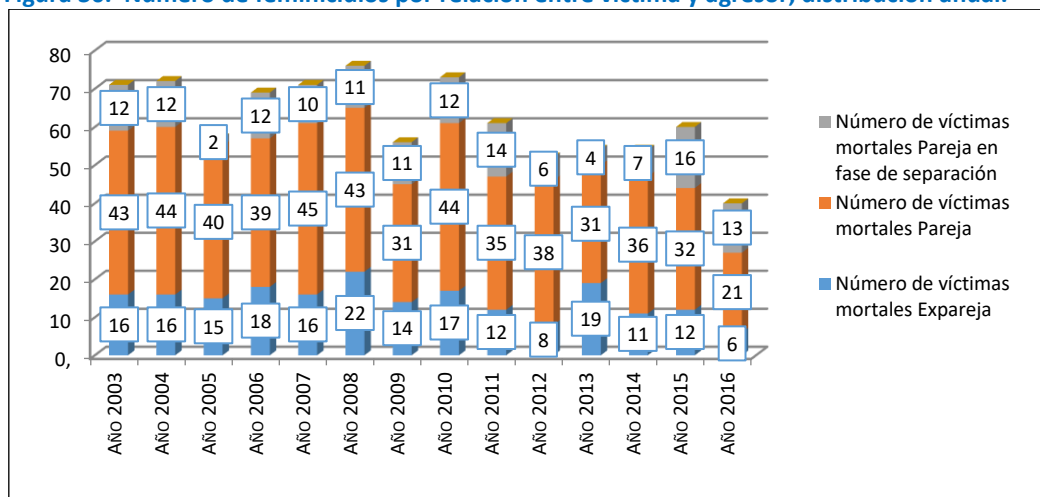
**Figura 29. Distribución porcentual de feminicidios por relación entre víctima y agresor**



Fuente: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Última actualización: 25/11/2016

Los feminicidios por la pareja casi duplican los cometidos por exparejas o en trámites de separación (ver figura 30). El mayor número fue en 2008 con 76 feminicidios, también fue mayor el cometido por exparejas, 22 (28,95%). El año 2012 el de menor tasa (52 feminicidios) se corresponde con el año en el cual menos fueron cometidos por exparejas, 8 (15,38%) y quienes estaban en trámites de separación 6 (11,53%).

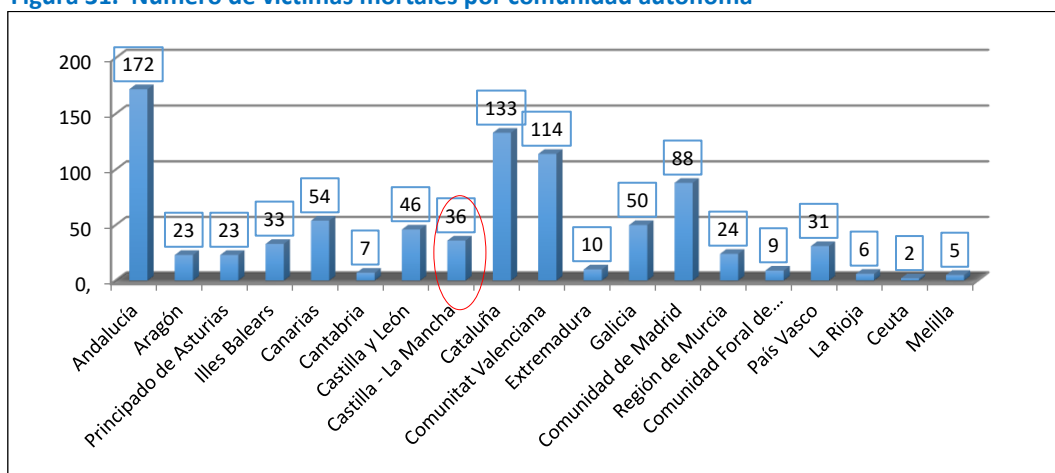
**Figura 30. Número de feminicidios por relación entre víctima y agresor, distribución anual.**



Fuente: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Última actualización: 25/11/2016

La distribución por Comunidades Autónomas (CCAA), ver figura 31, muestra el mayor índice en Andalucía con 172, seguida de Cataluña 133 y Comunidad Valenciana con 114. La comunidad de Castilla La Mancha (CLM) es la octava con 36 feminicidios.

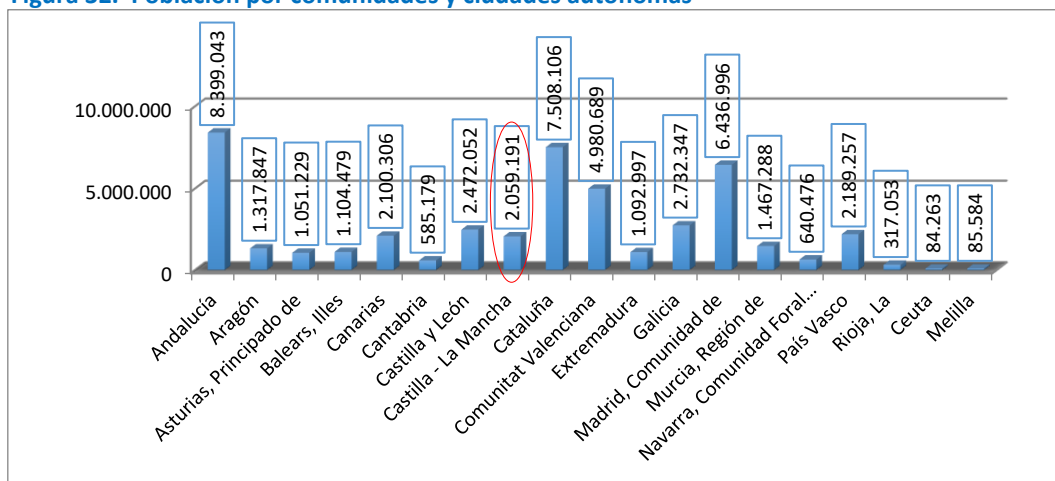
Figura 31. Número de víctimas mortales por comunidad autónoma



Fuente: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Última actualización: 25/11/2016

Al relacionar el número de feminicidios con el tamaño de la población (ver figura 32), las CCAA sigue a la cabeza de feminicidios Andalucía con un (19,86%) seguida de Cataluña con un (15,36%). La Comunidad de Castilla la Mancha con un 4,41% es la octava Comunidad con mas muertes, pero la novena en número de habitantes.

Figura 32. Población por comunidades y ciudades autónomas

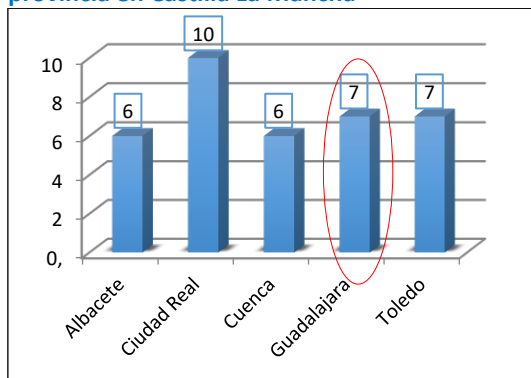


Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Los 36 casos de feminicidios que han tenido lugar en la Comunidad de Castilla la Mancha, se distribuyen de la siguiente manera: 10 en Ciudad Real, 7 en Guadalajara y Toledo y 6 en Albacete y Cuenca. Al compararlo con la población, Toledo tiene 2,7

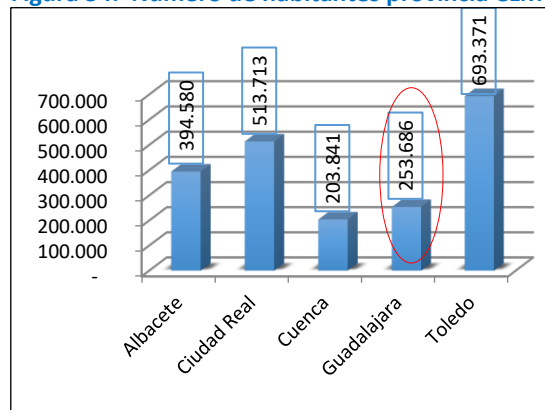
veces mas población que Guadalajara y 1,3 que Ciudad Real; pero el mismo número de feminicidios que Guadalajara y menos que Ciudad Real, ver figuras 33 y 34.

**Figura 33. Número de víctimas mortales por provincia en Castilla La Mancha**



Fuente: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Última actualización: 25/11/2016

**Figura 34. Número de habitantes provincia CLM**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

### Denuncias y Ordenes de Protección

El número de denuncias acumuladas desde el año 2009 hasta noviembre de 2016 es de 983.187, la mayoría son el resultado de atestados policiales y posterior denuncia de la víctima, 625.047 (63,5%), ver tabla 15, presentadas directamente por la víctima solo 74.526 (7,6%) y por familiares directos únicamente 4.792 (0,48%), llama la atención que 111.679 (11,35%) tienen como origen los partes de lesiones hechos por profesionales sanitarios.

**Tabla 15.- Distribución de las denuncias de violencia de género según su origen**

Origen de la denuncia	Nº Denuncias por VG
Presentada directamente por víctima	74.526
Presentada directamente por familiares	4.792
Atestados policiales - con denuncia víctima	625.047
Atestados policiales - con denuncia familiar	10.464
Atestados policiales - por intervención directa policial	141.052
Parte de lesiones	111.679
Servicios asistencia-Terceros en general	15.627
<b>Total</b>	<b>983.187</b>

Fuente: Consejo General del Poder Judicial. Última actualización: 30/06/2016

El número de Órdenes de Protección que ha dictado la judicatura es de 270.335, aproximadamente la cuarta parte del total de las denuncias.

Las peticiones de Órdenes de Protección, ver tabla 16, han sido a instancia de la víctima 255.249 (94,42%) y 11.038 (4,08%) a petición del Ministerio Fiscal.

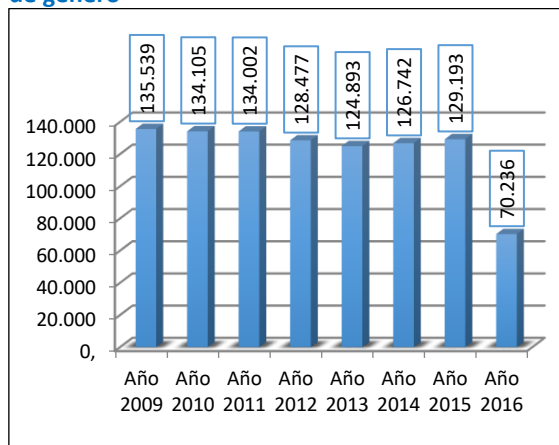
**Tabla 16.- Distribución de las Ordenes de Protección según el origen de la petición.**

Origen de la Petición	Nº Órdenes Protección
A instancia de la víctima	255.249
A instancia de otras personas	1.153
A instancia del Ministerio Fiscal	11.038
De oficio	2.756
A instancia de la Administración	139
Total	270.335

Fuente: Consejo General del Poder Judicial.  
Última actualización: 30/06/2016

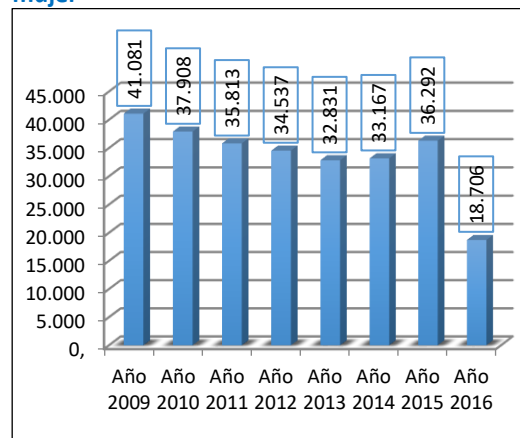
La distribución de las denuncias a lo largo de los años es uniforme (ver figura 35), lo mismo ocurre con las órdenes de protección (ver figura 36)

**Figura 35. Número de denuncias por violencia de género**



Fuente: Consejo General del Poder Judicial. Última actualización: 30/06/2016

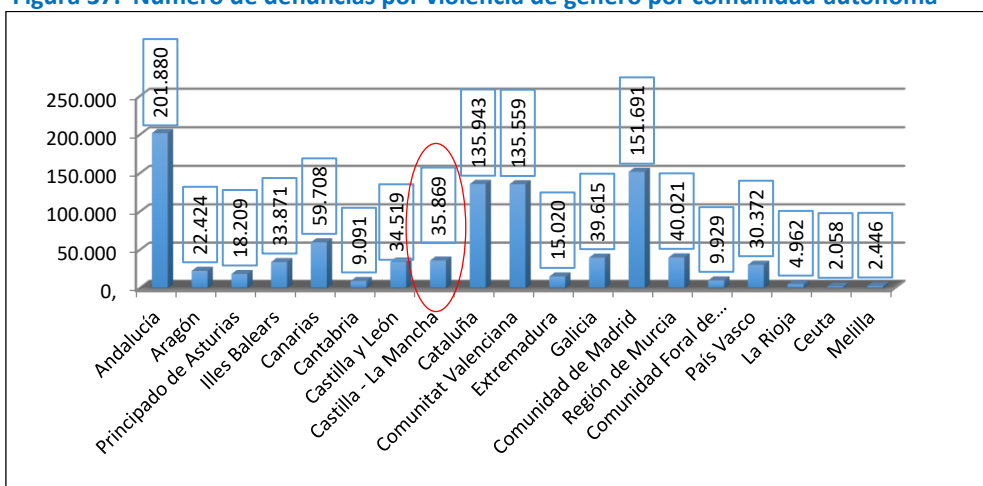
**Figura 36. Número órdenes de protección a la mujer**



Fuente: Consejo General del Poder Judicial. Última actualización: 30/06/2016

Las cifras absolutas de las denuncias<sup>42</sup>, acumuladas desde el 2009, presentadas en cada Comunidad Autónoma (ver figura 37), son mayores en aquellas CCAA cuya población es mas elevada.

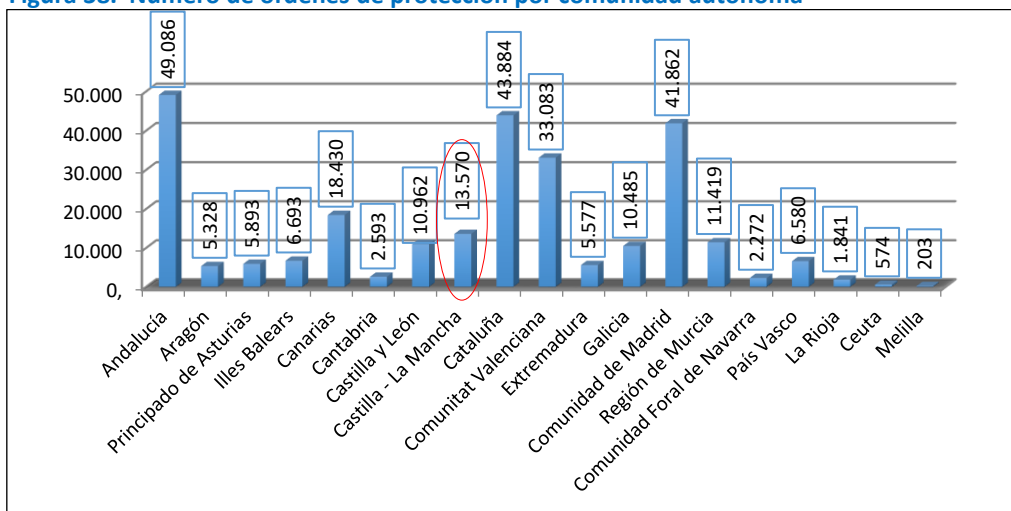
Figura 37. Número de denuncias por violencia de género por comunidad autónoma



Fuente: Consejo General del Poder Judicial. Última actualización: 30/06/2016

Lo mismo ocurre con las cifras absolutas de los feminicidios y con las órdenes de protección emitidas por la judicatura (ver figura 38).

Figura 38. Número de órdenes de protección por comunidad autónoma

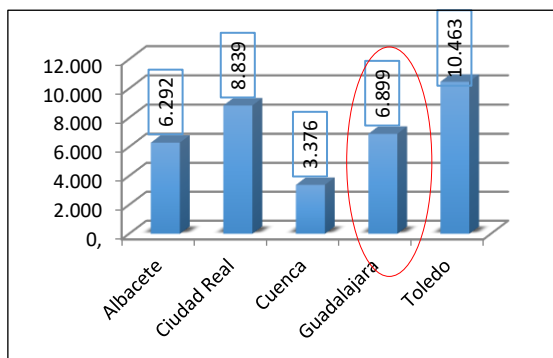


Fuente: Consejo General del Poder Judicial. Última actualización: 30/06/2016

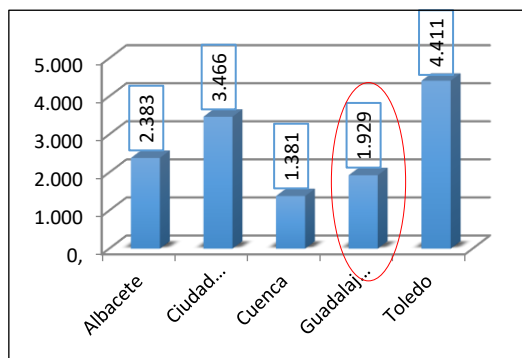
De las 35.896 denuncias recogidas en Castilla la Mancha, se emitieron 13.570 órdenes de protección, menos de la tercera parte de las denuncias. En cuanto a la distribución por provincias, tanto de denuncias (ver figura 39), como de órdenes de protección (ver

figura 40), llama la atención que Guadalajara, con menos habitantes que Albacete, tenga mas denuncias, pero menos órdenes de protección.

**Figura 39. Número de denuncias violencia de género por provincia de Castilla-La Mancha**



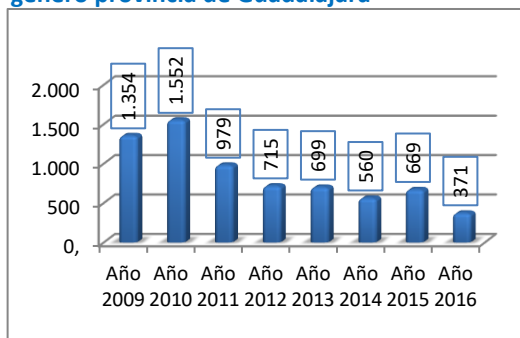
**Figura 40. Numero de órdenes de protección a la mujer por provincia de Castilla-La Mancha**



Fuente: Consejo General del Poder Judicial. Última actualización: 30/06/2016

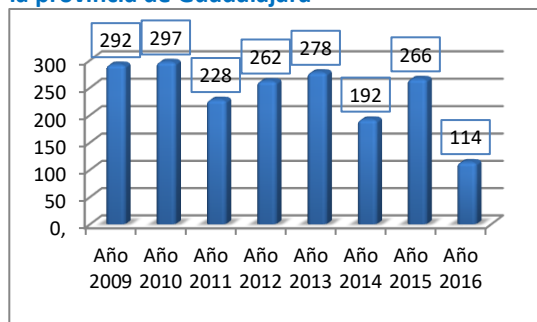
Las 6.899 denuncias presentadas en la provincia de Guadalajara no se han repartido de manera uniforme a lo largo de los años (ver figura 41), al igual que las Ordenes de Protección (ver figura 42). Los años en los que mas denuncias se realizaron fueron 2009 (1,354) y 2010 (1.552), no coincidiendo con ser los años con mas órdenes de protección emitidas 292 (el 21,5%) y 297 (el 19,1%) respectivamente. Es importante significar el año 2013 con 699 denuncias y con 278 órdenes de protección emitidas, el 39,7% del total de las denuncias.

**Figura 41. Número denuncias violencia de género provincia de Guadalajara**



Fuente: Consejo General del Poder Judicial.  
Última actualización: 30/06/2016

**Figura 42. Numero de Órdenes de Protección en la provincia de Guadalajara**



Fuente: Consejo General del Poder Judicial.  
Última actualización: 30/06/2016

Llamadas al 016

El número de llamadas, a nivel nacional, al teléfono 016 desde el año 2007 fueron 634.114, de las cuales 464.156 (73,2%) fueron realizadas por mujeres y 153.428 (24,2%) las realizaron familiares o persona allegada (ver tabla 17).

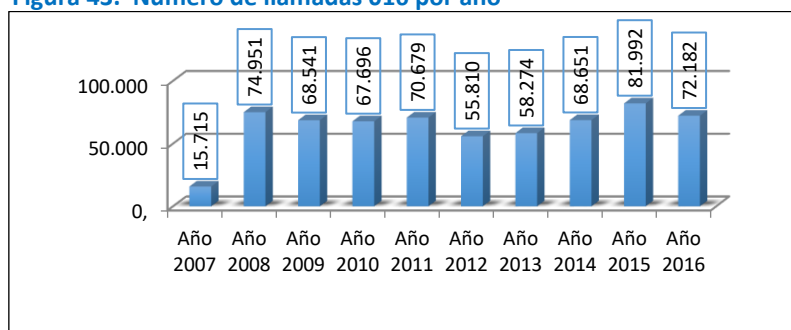
**Tabla 17.- Llamadas al 016 por tipo llamante**

Llamante	Nº llamadas pertinentes
La víctima	464.156
Familiares/personas allegadas	153.428
Otros	16.530
Total	634.114

Fuente: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género  
 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.  
 Última actualización: 30/10/2016

La distribución a lo largo de los años ha sido uniforme, a excepción del año 2007, año en que se puso en funcionamiento este servicio de ayuda a las mujeres maltratadas, y el repunte que se está produciendo en los últimos años, ver figura 43.

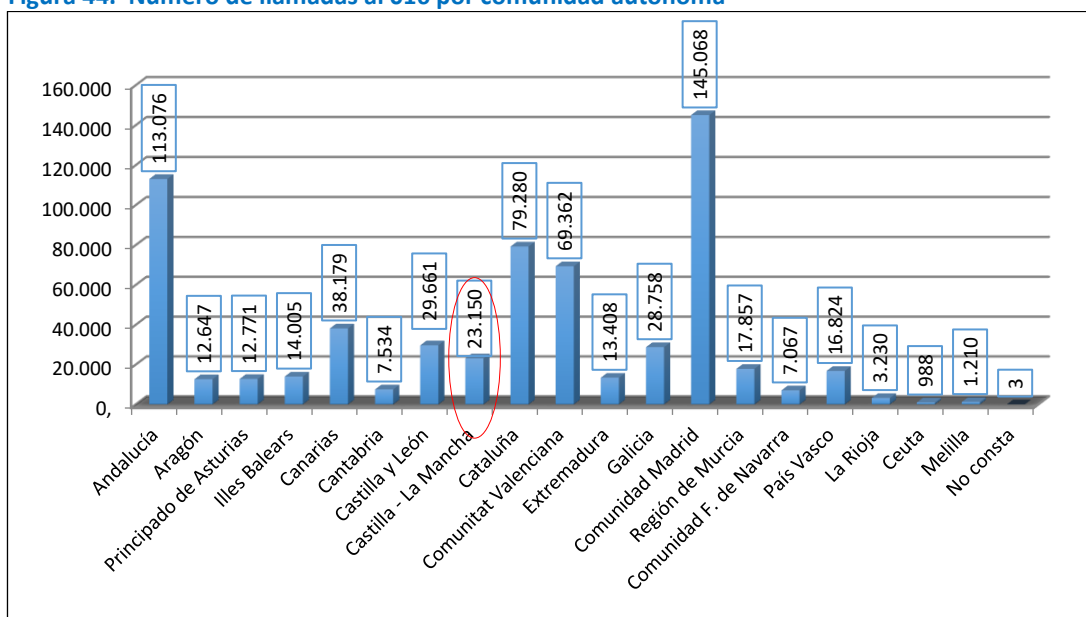
**Figura 43. Número de llamadas 016 por año**



Fuente: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Última Actualización: 31/10/2016.

El número de llamadas realizadas desde las distintas CCAA no tiene una correlación con el número de habitantes, como si lo tenían los feminicidios y las denuncias, la comunidad desde la que se realizan mas llamadas es Madrid 145.068 (el 22,9%), ver figura 44.

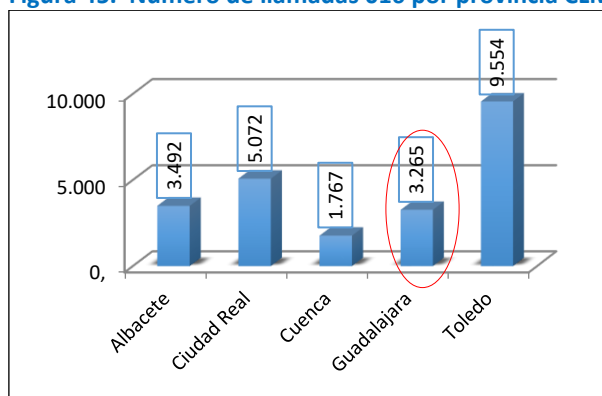
Figura 44. Número de llamadas al 016 por comunidad autónoma



Fuente: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Última actualización: 31/10/2016

De las 23.150 llamadas realizadas desde Castilla la Mancha llama la atención que en Toledo se hayan realizado 9.554 (el 41,2%) y en Cuenca 1.767 (el 7,6%). La distribución de llamadas en la Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha sí está relacionada con el número de habitantes, ver figura 45.

Figura 45. Número de llamadas 016 por provincia CLM

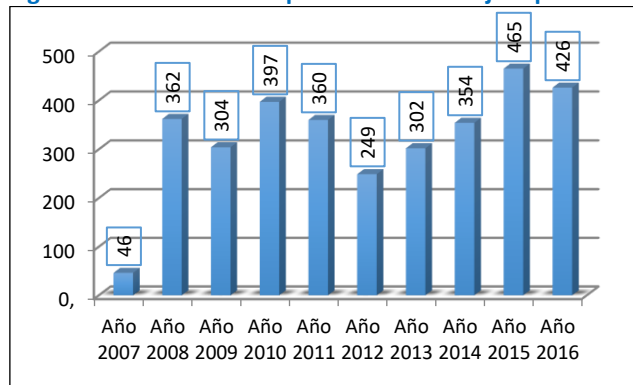


Fuente: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Última actualización: 31/10/2016

Las 3.265 llamadas realizadas al 016 desde Guadalajara se han distribuido de una manera uniforme a lo largo de los años, observándose, al igual que a nivel nacional, un ligero repunte en los últimos años, ver figura 46.



Figura 46. Llamadas 016 provincia Guadalajara por años



Fuente: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género  
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.  
Última actualización: 31/10/2016.



---

Capítulo 3.- Legislación para la Protección a las Mujeres  
que sufren Violencia por parte de sus parejas

---



La respuesta legal a la situación de la violencia que sufre la mujer por parte de su pareja o expareja, se recoge en los distintos marcos jurídicos que hacen referencia a los derechos, atención y protección a la mujer víctima de malos tratos. Hasta mediados del siglo XX, existían en Europa y en el resto del mundo civilizado, numerosas leyes que disculpaban la violencia de los hombres contra las mujeres y sus hijos e hijas en el círculo doméstico.

En este capítulo se describirán en primer lugar las normativas y resoluciones internacionales desarrolladas por la Organización de las Naciones Unidas. En el segundo apartado se enumeran Decisiones y Convenios del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia sobre la mujer. También, se recoge la normativa legislativa nacional, incluido el Código Penal, y la normativa autonómica de Castilla-La Mancha, comunidad objeto de este trabajo. El capítulo finaliza con la identificación y descripción de los Planes y Protocolos de prevención y atención a las mujeres víctimas de la violencia ejercida por sus parejas, en función de su ámbito profesional.

### **3.1. Introducción**

Históricamente la violencia contra la mujer se ha utilizado como una herramienta para perpetuar la desigualdad, su propósito ha sido controlar y evitar su plena emancipación. Ha servido para mantener los privilegios que la religión, las tradiciones y las normas sociales otorgaban al hombre, reduciendo a la mujer a ser un mero objeto al servicio del hombre. La violencia contra la mujer constituye la máxima expresión de la desigualdad y el ejemplo más significativo de la dominación masculina<sup>43</sup>.

Un ejemplo de los privilegios sociales del hombre y de la desigualdad que han sufrido las mujeres, es la biografía de Francisca de Pedraza<sup>44</sup>, la primera mujer, de la que se tiene conocimiento, que consiguió el divorcio en 1624, una orden que obligó a su marido a devolverle la dote y, además obtuvo una orden de alejamiento. En el siglo XVII la ley no otorgaba a las mujeres personalidad jurídica para litigar, pasaban de estar tuteladas por el padre a estar tuteladas por el marido, aun así, esta mujer en vista de

que la jurisdicción eclesiástica no considero que los malos tratos que sufría reiteradamente por parte de su marido merecían mas que una amonestación al esposo, recurrió a D. Álvaro de Ayala, Rector de la Universidad de Alcalá y jurista del Colegio Mayor de San Ildefonso, licenciado en derecho Civil y Canónico. La corte jurisdiccional de la Universidad de Alcalá firmó una sentencia inédita para la época, ya que el Rector no solo dictaminó el divorcio de Francisca de Pedraza de su maltratador, sino que obligó a éste a devolver la dote y le impuso al maltratador una orden de alejamiento.

### **3.2. Normativas Internacionales**

En la actualidad numerosas normas protegen a la mujer ante la VMCI. Las principales normativas internacionales son<sup>43-45-46</sup>:

- A. **Declaración Universal de Derechos Humanos**<sup>47</sup>, aprobada el 10 de diciembre de 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, donde se reconoce:

*“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos...”*

*“Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo... “*

*“Toda persona tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad..., y a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes”*

- B. **Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)**<sup>48</sup>, aprobada el 18 de diciembre de 1979 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, desde el 3 de septiembre de 1981 es considerado como Tratado Internacional, en 1983 fue ratificado por el Gobierno de España<sup>49</sup>. De este Tratado surgen obligaciones<sup>49</sup> para los Estados partes y en el que se crea un órgano de vigilancia, que establece recomendaciones generales y particulares a los Estados para garantizar la aplicación de lo dispuesto en la citada Convención. Establece en su artículo 1 que la violencia contra la mujer es

una forma de discriminación, los Estados deben tomar todas las medidas pertinentes para eliminar este tipo de discriminación.

- C. **Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de las Naciones Unidas** (Resolución de la Asamblea General 48/104)<sup>10</sup>, aprobada el 20 de diciembre de 1993. Pretende reforzar y complementar el proceso ya iniciado en 1979 con la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Esta Declaración supuso un reconocimiento explícito de la violencia de género, debido al énfasis que hace sobre la violencia contra la mujer como violación de los derechos humanos y como el principal impedimento para su total disfrute y ejercicio<sup>50</sup>. El artículo 1 de esta Declaración es el referente mundial para definir la violencia de género. Insta a los Estados a:

*“Adoptar medidas para que las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley y los funcionarios que han de aplicar las políticas de prevención, investigación y castigo de la violencia contra la mujer reciban una formación que los sensibilice respecto de las necesidades de la mujer”.*

- D. **Resolución 40/36 sobre Violencia en el Hogar**, de 16 de noviembre de 1985, de la Asamblea General de las Naciones Unidas, es el primer paso para que la violencia doméstica ingrese en la agenda de la ONU. Otras Resoluciones importantes son:

- a) Resolución WHA49.25 de la 49ª Asamblea Mundial de la Salud sobre Prevención de la Violencia, de mayo de 1996
- b) Resolución del Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas 1996/12 sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, de 23 de julio de 1996
- c) Resolución de la Comisión de Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas 1997/44 sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, de 11 de abril de 1997

- d) Resolución de la Asamblea General 52/99 sobre Prácticas Tradicionales o Consuetudinarias que afectan a la Salud de la Mujer y la Niña, de 12 de diciembre de 1997
  - e) Resolución de la Comisión de Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas 1998/52 sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, 17 de abril de 1998
  - f) Resolución de la Comisión de Derechos Humanos sobre la eliminación de la Violencia contra la mujer 1999/42, de 26 de abril de 1999
  - g) Resolución de la Comisión de Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas 2000/45 sobre Eliminación de la Violencia contra la Mujer, de 20 de abril de 2000
  - h) Resolución de la Comisión de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas 2001/49 sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, de 24 de abril de 2001
  - i) Resolución de la Comisión de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas 2002/52 sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, de 23 de abril de 2002
  - j) Resolución de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas 57/179 hacia la Eliminación de los Delitos de Honor Cometidos contra la Mujer, de 18 de diciembre de 2002
  - k) Resolución de la Comisión de Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas 2003/45 sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, de 23 de abril de 2003
- E. **Conferencias Mundiales sobre la Mujer**, convocadas por las Naciones Unidas que han contribuido a situar la causa de la igualdad entre los géneros en el epicentro de la agenda política mundial. Las conferencias mundiales sobre la mujer han tenido lugar en:
- a) I Conferencia en México (1975), es el inicio de una nueva era de esfuerzos a escala mundial para promover la igualdad entre el hombre y la mujer



- b) II Conferencia en Copenhague (1980), se declara la violencia contra las mujeres como el crimen encubierto más frecuente del mundo y se adopta por primera vez una resolución sobre este tipo de violencia
- c) III Conferencia en Nairobi (1985), donde ya se considera la violencia doméstica como uno de los principales obstáculos para el desarrollo y la paz
- d) IV Conferencia en Beijing (1995), en la que se reconoce que la violencia contra las mujeres es un obstáculo para la igualdad, el desarrollo y la paz entre los pueblos, e impide que las mujeres puedan disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales. Representó un punto de inflexión en el tratamiento de la igualdad. Se considera que el cambio de la situación de las mujeres afecta a la sociedad en su conjunto. Se aprobó por unanimidad la **Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing**<sup>51</sup> que incorporaron un nuevo mecanismo de actuación denominado “gender mainstreaming” o transversalidad de la perspectiva de género para el diseño, la ejecución y la evaluación de las políticas públicas, exige un examen de la sociedad en su totalidad.

Los objetivos estratégicos, de esta Conferencia, para prevenir y eliminar la violencia contra la mujer, son:

- i) No cometer actos de violencia contra la mujer y tomar las medidas necesarias para prevenir, investigar y, de conformidad con las leyes nacionales en vigor, castigar los actos de violencia contra la mujer
- ii) Introducir sanciones penales, civiles, laborales y administrativas en las legislaciones nacionales, o reforzar las vigentes, con el fin de castigar y reparar los daños causados a las mujeres víctimas de cualquier tipo de violencia
- iii) Ofrecer a las mujeres víctimas de la violencia acceso a los sistemas judiciales y, según lo previsto en las leyes nacionales, a soluciones justas y eficaces para reparar el daño de que han sido objeto, e informarles acerca de su derecho a obtener compensación a través de esos mecanismos

- iv) Formular y aplicar, a todos los niveles apropiados, planes de acción para erradicar la violencia contra la mujer
- v) Adoptar todas las medidas necesarias, especialmente en el ámbito de la enseñanza, para modificar los modelos de conducta sociales y culturales de la mujer y el hombre, y eliminar los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de otro tipo, basadas en la idea de la inferioridad o la superioridad de uno de los sexos y en funciones estereotipadas asignadas al hombre y la mujer
- vi) Crear mecanismos institucionales, o reforzar los existentes, a fin de que las mujeres y las niñas puedan denunciar los actos de violencia
- vii) Garantizar el acceso de las mujeres con discapacidad a la información y los servicios disponibles en el ámbito de la lucha contra la violencia sobre la mujer.

La plataforma de acción de Beijing identifica doce esferas de especial preocupación que representaban los principales obstáculos al adelanto de la mujer y que exigían la adopción de medidas concretas por parte de los gobiernos y la sociedad civil. Estas esferas son:

- i) La mujer y la pobreza
- ii) La educación y la capacitación de la mujer
- iii) La mujer y la salud
- iv) La violencia contra la mujer
- v) La mujer y los conflictos armados
- vi) La mujer y la economía
- vii) La participación de la mujer en el poder y la adopción de decisiones
- viii) Los mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer
- ix) Los derechos humanos de la mujer
- x) La mujer y los medios de comunicación
- xi) La mujer y el medio ambiente
- xii) La niña.

Con objeto de realizar un seguimiento del cumplimiento de los compromisos adquiridos en Beijing, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de Naciones Unidas celebró en su sede (Nueva York) las revisiones de Beijing+5 (junio 2000), Beijing+10 (febrero 2005) Beijing+15 (marzo 2010) y Beijing +20 (marzo de 2015), reafirmando los compromisos que se contrajeron en la IV Conferencia. Cada país realiza un informe nacional sobre sus logros en relación con la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing cuando se producen las revisiones.

### **3.3. Normativa Europea**

En el seno de la Unión Europea también se han puesto en marcha políticas conducentes a la eliminación de este tipo de violencia, los principales tratados y normativas europeas son:

- A. Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 2000<sup>52</sup>, ratifica la prohibición de cualquier forma de discriminación, en particular las basadas en el sexo, y la obligación de garantizar la igualdad entre hombres y mujeres en todos los ámbitos
- B. Decisión Marco del Consejo de la Unión Europea de 15 de marzo de 2001<sup>53</sup>, por la que se propugna un mayor énfasis en la creación y articulación de redes de asistencia a las víctimas, lo que supone una directriz clara de cuál debe ser la orientación de las medidas de atención por parte de los Estados de la Unión Europea
- C. Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea (2002)<sup>54</sup>, Artículo 2 y 3, entre las misiones esenciales de la Comunidad está la obligación de intentar eliminar las desigualdades y promover la igualdad entre hombres y mujeres en todas sus actividades. En virtud del Artículo 13 del Tratado, el Consejo puede adoptar las medidas necesarias para luchar contra toda discriminación basada en el sexo
- D. Programa de acción comunitario (2007-2013), llamado programa DAPHNE III OJEU L 173/19, 03/07/2007, aprobado por el Parlamento Europeo, su propósito

es prevenir y combatir la violencia ejercida sobre la infancia, los jóvenes y las mujeres y proteger a las víctimas y grupos de riesgo.

- E. Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (2011), Convención de Estambul<sup>17</sup>. La Convención pide a todos los miembros de la sociedad, en particular a los hombres y a los niños, su ayuda para alcanzar el objetivo de crear una Europa libre de todas las formas de violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Cuando las medidas preventivas fallan, es importante proporcionar a las víctimas y testigos protección y apoyo especializado. Los Estados tendrán que tomar una serie de medidas para garantizar la investigación efectiva de toda denuncia de violencia contra las mujeres por parte de sus parejas, respetando los derechos de las víctimas en todas las etapas del procedimiento. La Convención pide a los Estados implementar políticas integrales y coordinadas con participación de organismos gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, así como los parlamentos nacionales, regionales y locales. Establece mecanismos de seguimiento de la Convención para evaluar y mejorar la aplicación de los acuerdos.

### **3.4. Normativa Nacional y Autonómica**

España como miembro de la ONU y de la UE debe integrar en sus políticas tanto las normas internacionales como las europeas. Las leyes españolas, se ha ido ajustando, por un lado, a estas normativas y por otro a la demanda social.

#### **3.4.1. Legislación Nacional**

En la Legislación Estatal<sup>43-45</sup>, cabe destacar:

- A. **La Constitución Española** de 1978<sup>55</sup> reconoce la igualdad como valor superior del ordenamiento jurídico, y establece la obligación de los poderes públicos de promover aquellas condiciones que hagan reales y efectivas la libertad e igualdad

de todas las personas. Recoge en su articulado Derechos Fundamentales tan importantes como el derecho a la dignidad de la personas y al libre desarrollo de la personalidad (artículo 10), a la Igualdad (artículo 14), a la vida (artículo 15), a la libertad y a la seguridad (artículo 17), al honor y a la intimidad, a elegir libremente su residencia y otros derechos tales como a contraer matrimonio en plano de absoluta igualdad; quedando también afectados los principios rectores de la política social y económica, que se refieren a la protección de la familia y de la infancia. Derechos todos ellos que se preconizan por igual para hombres y mujeres.

- B. Ley Orgánica 11/2003<sup>56</sup>, de 29 de septiembre, de **Medidas concretas en materia de Seguridad Ciudadana, Violencia Doméstica e Integración Social de los Extranjeros**. Se sancionan como delitos conductas que antes eran sancionadas como simples faltas, agravándose la sanción cuando se ejecuten en presencia de menores, en el domicilio común o de la víctima o quebrantando una pena o medida cautelar de prohibición de aproximación y comunicación con la víctima. Se incorpora la pena de privación del derecho de tenencia y porte de armas y se abre la posibilidad de imponer la privación de la patria potestad, tutela, curatela, guarda y acogimiento del menor.
- C. La Ley Orgánica 1/2004<sup>19</sup>, de 28 de diciembre, de **Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género**, tiene como objetivo fundamental proporcionar protección a las víctimas que sufren violencia de género abarcando los aspectos preventivos, sociales, educativos y asistenciales, enfocado de un modo integral y multidisciplinar. Comenzando por un proceso de educación en la igualdad y el respeto a la dignidad de las mujeres a través del reconocimiento de derechos como la información, asistencia jurídica gratuita, protección social y apoyo económico. En ella se establecen medidas de sensibilización e intervención en el ámbito educativo, sanitario, laboral, social, para la detección precoz y atención física y psicológica de las víctimas. Ordena la creación de una nueva jurisdicción especializada, los Juzgados de Violencia contra la Mujer.

Para impulsar el desarrollo de la Ley Orgánica 1/2004, el Gobierno aprueba. En 2006, un Catálogo de Medidas urgentes en la lucha contra la Violencia de Género, con el propósito de reforzar algunas de las medidas ya en marcha y proteger a las víctimas. Estas medidas van encaminadas a:

- Aumentar la atención y la sensibilización
- Reforzar los mecanismos judiciales y de protección judicial
- Mejorar la coordinación de los profesionales que se dedican a la atención a mujeres víctimas de violencia y de los recursos de todas las administraciones
- Conseguir la máxima inhibición de los maltratadores y agresores.

D. Ley Orgánica 3/2007<sup>57</sup>, de 22 de marzo, para la **Igualdad efectiva de Mujeres y Hombres**.

E. Ley 4/2015<sup>58</sup>, del 27 de abril, del **Estatuto de la Víctima del Delito**, cuyo objetivo es dar una respuesta más amplia desde los poderes públicos a las víctimas, no solo en materia jurídica sino también social. En cuanto a las víctimas de violencia de género, garantiza el derecho de éstas a la protección, información, apoyo, asistencia y atención, así como a la participación activa en el proceso penal y a recibir un trato respetuoso, profesional, individualizado y ausente de discriminación. Incorpora además la ampliación de la asistencia y protección a los hijos e hijas de las mujeres víctimas de violencia de género, evaluando las características individuales de cada situación.

F. Guía de los **Derechos de las Mujeres Víctimas de Violencia de Género**<sup>59</sup>. Elaborada por la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, actualizada a junio de 2016. Establece los Derechos que la Ley Orgánica 1/2004 reconoce a las mujeres que sufren o han sufrido violencia de género. Tiene los siguientes derechos específicos: derecho a la información, a la asistencia social integral, a la asistencia jurídica gratuita, inmediata y especializada, derechos laborales, en materia de seguridad social, en materia de empleo y para la

inserción laboral, de las funcionarias públicas, económicos, y a la escolarización inmediata. También establece los derechos de las mujeres extranjeras víctimas de violencia de género, así como, los derechos de las mujeres españolas, víctimas de violencia de género, fuera del territorio nacional. Además, tienen los derechos que las leyes reconocen a las víctimas del delito.

#### **3.4.1.1. El Código Penal**

El Código Penal (CP) actual fue aprobado por la Ley Orgánica de 23 de noviembre de 1995, desde entonces ha sufrido varias modificaciones, la última versión vigente es de 28 de octubre de 2015<sup>60</sup>. El CP impone penas que son privativas de libertad, privativas de otros derechos o multas. Comparado con otras situaciones en el caso de los delitos de violencia de género:

- No es imprescindible la denuncia previa de la mujer, en el resto de los casos es necesaria la denuncia previa de la persona agraviada o de su representante.
- Solo se podrán imponer multas cuando este acreditado que no existen relaciones económicas entre el agresor y la víctima (art. 84.2 CP).

Con la entrada en vigor de la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección contra la Violencia de Género se realizaron una serie de modificaciones, la mas importante es la incorporación del género como circunstancia agravante de la responsabilidad criminal definida en el artículo 22.4, que obliga con carácter general, a tener presente en todo delito si este se ejecutó por motivos de discriminación referente al género, es decir, practicados por hombres sobre mujeres que son, o fueron sus parejas. En la última revisión de 2015 se suprimen las faltas de amenaza, coacción, las injurias leves y las vejaciones injustas leves, transformándolas en delitos leves:

*“la pena será la de localización permanente de cinco a treinta días, siempre en domicilio diferente y alejado del de la víctima, o trabajos en beneficio de la comunidad de cinco a treinta días, o multa de uno a cuatro meses”.*

Las situaciones que el CP contempla como delitos de violencia de género son las descritas en los siguientes artículos:

A. El delito de lesiones leves o maltrato de obra del artículo 153.1

*“El que por cualquier medio o procedimiento causare a otro menoscabo psíquico o una lesión de menor gravedad de las previstas en el apartado 2 del artículo 147, o golpear o maltratar de obra a otro sin causarle lesión, cuando la ofendida sea o haya sido esposa, o mujer que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o persona especialmente vulnerable que conviva con el autor, será castigado con la pena de prisión de seis meses a un año o de trabajos en beneficio de la comunidad de treinta y uno a ochenta días y, en todo caso, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de un año y un día a tres años, así como, cuando el juez o tribunal lo estime adecuado al interés del menor o persona con discapacidad necesitada de especial protección, inhabilitación para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento hasta cinco años”.*

B. El delito de lesiones del artículo 147.1 (en virtud de lo previsto en el artículo 148.4) determina un castigo de prisión de dos a cinco años, atendiendo al resultado causado o riesgo producido, si la víctima fuere o hubiere sido esposa, o mujer que estuviere o hubiere estado ligada al autor por una análoga relación de afectividad, aun sin convivencia

C. El delito de amenazas leves del artículo 171.4 y de coacciones leves artículo 172.2

*“El que de modo leve amenace/coaccione a quien sea o haya sido su esposa, o mujer que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, será castigado con la pena de prisión de seis meses a un año o de trabajos en beneficio de la comunidad de treinta y uno a ochenta días y, en todo caso, privación del*



*derecho a la tenencia y porte de armas de un año y un día a tres años, así como, cuando el Juez o Tribunal lo estime adecuado al interés del menor o persona con discapacidad necesitada de especial protección, inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento hasta cinco años. Igual pena se impondrá al que de modo leve amenace a una persona especialmente vulnerable que conviva con el autor”.*

Se agravará la pena cuando el delito tenga lugar en presencia de menores, o tenga lugar en el domicilio común o en el domicilio de la víctima, o se realice quebrantando una pena de las contempladas en el artículo 48 de este Código o una medida cautelar o de seguridad de la misma naturaleza.

D. El delito de acoso o acecho, también conocido como “stalking”, artículo 172 ter.

*“Será castigado con la pena de prisión de tres meses a dos años o multa de seis a veinticuatro meses el que acose a una persona llevando a cabo de forma insistente y reiterada, y sin estar legítimamente autorizado, alguna de las conductas siguientes y, de este modo, altere gravemente el desarrollo de su vida cotidiana:*

- 1. ª La vigile, la persiga o busque su cercanía física*
- 2. ª Establezca o intente establecer contacto con ella a través de cualquier medio de comunicación, o por medio de terceras personas*
- 3. ª Mediante el uso indebido de sus datos personales, adquiera productos o mercancías, o contrate servicios, o haga que terceras personas se pongan en contacto con ella*
- 4. ª Atente contra su libertad o contra su patrimonio, o contra la libertad o patrimonio de otra persona próxima a ella.*

*En el caso de la violencia de género se impondrá una pena de prisión de uno a dos años, o trabajos en beneficio de la comunidad de sesenta a ciento veinte días. En este caso no será necesaria la denuncia”.*

- E. El delito de difusión de imágenes obtenidas con consentimiento de la víctima, pero sin autorización para su difusión: “sexting”, artículo 197.7.

*“Será castigado con una pena de prisión de tres meses a un año o multa de seis a doce meses el que, sin autorización de la persona afectada, difunda, revele o ceda a terceros imágenes o grabaciones audiovisuales de aquélla que hubiera obtenido con su anuencia en un domicilio o en cualquier otro lugar fuera del alcance de la mirada de terceros, cuando la divulgación menoscabe gravemente la intimidad personal de esa persona.*

*La pena se impondrá en su mitad superior cuando los hechos hubieran sido cometidos por el cónyuge o por persona que esté o haya estado unida a él por análoga relación de afectividad, aun sin convivencia, la víctima fuera menor de edad o una persona con discapacidad necesitada de especial protección, o los hechos se hubieran cometido con una finalidad lucrativa”.*

- F. Cuando se suspenda la ejecución de las penas privativas de libertad ((art. 83.1 CP), en el caso de la violencia de género siempre se impondrán las siguientes prohibiciones: prohibición de aproximación a la víctima, de residencia en un lugar determinado y deber de participar en programas de igualdad de trato y no discriminación (art. 83.2 CP).
- G. Delito de quebrantamiento de condena, art. 468.3, por la manipulación de los dispositivos técnicos cuyo objetivo es controlar el cumplimiento de las penas, medidas de seguridad o medidas cautelares, no los lleven consigo u omitan las medidas exigibles para mantener su correcto estado de funcionamiento, serán castigados con una pena de multa de seis a doce meses.

### **3.4.2. Normas Autonómicas**

Las 17 comunidades autónomas y, Ceuta y Melilla tienen transferidas competencias, entre otras, en educación, sanidad, asistencia social, por lo que cada una tiene poder para legislar en su comunidad.

Las normas legislativas emprendidas por la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, que tiene que ver con la protección de los derechos de la mujer y manejo de la violencia de género, son:

- A. **El Estatuto de Autonomía de Castilla la Mancha (1982)**<sup>61</sup>, hace alusión a que se debe propiciar la efectiva igualdad del hombre y la mujer y la plena participación de la mujer en la vida social.
- B. Ley 5/2001, de 17 de mayo, de **Prevención de Malos Tratos y de Protección a las Mujeres Maltratadas de Castilla-La Mancha**<sup>62</sup>. Ley pionera en el territorio nacional, su objetivo es prevenir la violencia contra las mujeres, así como proteger y asistir a las víctimas jurídicamente y hacer efectivo el asesoramiento y la asistencia letrada en el juicio. Es una de las leyes precursoras en la protección de derechos de las mujeres que sufren maltrato, por parte de sus parejas, en el territorio nacional.
- C. Decreto 38/2002, de 12 de marzo de 2002<sup>63</sup>, de las Consejerías de Bienestar Social e Industria y Trabajo, para la aplicación de la Ley 5/2001, de 17 de mayo, de **Prevención de los Malos Tratos y de Protección a las Mujeres Maltratadas**, garantiza el derecho de alojamiento provisional gratuito a favor de las mujeres víctimas de malos tratos cuando hayan finalizado su estancia en las casas de acogida y lo precisen por su situación socio-laboral.
- D. Ley 12/2010<sup>64</sup>, de 18 de noviembre, de **Igualdad entre Mujeres y Hombres de Castilla-La Mancha**, tiene como objetivo promover las condiciones que hagan efectivo y real el derecho a la igualdad entre mujeres y hombres y remover los obstáculos que impiden o dificultan su plenitud, en el ámbito de las competencias atribuidas a los poderes públicos de Castilla La Mancha. Así como

el establecimiento de medidas dirigidas a prevenir y combatir la discriminación por razón de sexo.

### **3.5. Planes y protocolos de prevención e intervención nacionales**

La Administración General del Estado, como veremos a continuación, ha elaborado planes de sensibilización y prevención de la violencia sobre la mujer con los objetivos de promover la sensibilización en la población, dar respuesta a los grupos de mujeres vulnerables, visibilizar cualquier tipo de violencia, detectar precozmente los casos de violencia sobre la mujer y mejorar la respuesta institucional a las mujeres víctimas de la violencia por su pareja.

#### **3.5.1. Planes Nacionales**

Desde la entrada en vigor de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género<sup>19</sup>, la Administración General del Estado ha realizado, en el ámbito de su competencia, una serie de actuaciones de sensibilización, prevención y detección e intervención en diferentes ámbitos. El título I de la Ley sobre Medidas de Sensibilización, Prevención y Detección, determina la puesta en marcha, por parte del Gobierno de Estado de planes estratégicos. Ejemplo de estos planes, que se describirán a continuación son: el Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género (2007)<sup>65</sup>, la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia Contra la Mujer (2013 - 2016)<sup>46</sup>, así como el impulso de campañas de información y sensibilización en los entornos educativo, de la publicidad y sanitario.

- A. **Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género<sup>65</sup>**, publicado en 2007 y con vigencia temporal de dos años, desarrolla un marco común de actuación en materia de sensibilización y prevención de la violencia de género. El Plan Nacional se construye fundamentalmente en torno a dos parámetros de actuación:

- Prevención, que exige contar con recursos e instrumentos que permitan a las mujeres víctimas de violencia de género restaurar su proyecto vital
- Sensibilización, dotando a la sociedad de los instrumentos cognitivos necesarios para que sepa reconocer cuándo se inicia o se está ante un proceso de violencia y qué papel asumen las mujeres y los hombres como víctimas y agresores. En este sentido, la violencia de género, para que se comprenda en todas sus dimensiones, requiere que se conozca en profundidad.

El Plan Nacional cuenta con dos objetivos estratégicos: mejorar la respuesta frente a la violencia de género y conseguir un cambio en el modelo de relación social. Se actuará sobre el sistema judicial, las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, los profesionales sanitarios, los servicios sociales, se informará a la población sobre la violencia de género, al conjunto de la comunidad educativa y a los medios de comunicación, para potenciar la investigación y el estudio, la formación y especialización de profesionales, la movilización de la sociedad, la coordinación de todos los actores implicados y la evaluación del plan.

- B. Plan de Atención y Prevención de la Violencia de Género en la Población Extranjera Inmigrante (2009-2012)<sup>66</sup>.** Crear las condiciones adecuadas para abordar este problema atendiendo a las circunstancias específicas de la población extranjera con el objeto de mejorar la atención y la prevención desde una perspectiva global.
- C. Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer (2013 - 2016)<sup>46</sup>,** recoge medidas que cumplen con esa finalidad sensibilizadora, preventiva y de detección, se estructura en tres apartados:
- El primero titulado “¿Qué es la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer?” recoge la información sobre las bases conceptuales de la Estrategia, valores constitucionales en los que se asienta, procedimiento para su elaboración, marco normativo con especial referencia

al ámbito internacional, tabla de principios que inspiran los contenidos y aspectos relativos a su vigencia y evaluación.

- El segundo apartado se refiere a “¿Por qué la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer?” y en él se realiza un diagnóstico sobre este problema, mencionando las razones que justifican la necesidad de elaborar la Estrategia Nacional y aportando datos estadísticos y referencias a las realidades y problemas detectados.
- El tercer apartado denominado “¿Para qué la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer?”, expone, sobre la base del diagnóstico realizado, los cuatro grandes objetivos generales, que a su vez, se dividen, en varios objetivos específicos.

La Estrategia constituye un instrumento vertebrador de la actuación de los poderes públicos para acabar con esta forma de violencia, y unifica en un mismo documento de forma coherente, coordinada y sistematizada 284 medidas de actuación, que implican a todas las administraciones y los poderes públicos (ver tabla 18)<sup>67</sup>.

Su contenido incluye acciones que buscan dar la mejor respuesta institucional – asistencial, de protección y de apoyo – a las mujeres que han sufrido violencia de género, logrando la máxima personalización, incidiendo en la atención a los menores y a las mujeres especialmente vulnerables, mejorando la formación de agentes, aumentando la evaluación de las políticas públicas y del conocimiento sobre la violencia contra la mujer, visibilizando de las distintas formas de violencia de la que puede ser objeto por su condición de tal y maximizando el trabajo en red.

Tabla 18.- Administraciones públicas implicadas en cada objetivo

ERRADICACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER	
Objetivos	Agentes responsables
<p><b>Promover acciones de prevención frente a la violencia de género; promover la implicación y sensibilización social en la erradicación de la violencia de género; anticipar la detección de los casos de violencia de género</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad</li> <li>– Secretaría General de Sanidad y Consumo</li> </ul> </li> <li>• Ministerio del Interior                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Secretaría de Estado de Seguridad</li> </ul> </li> <li>• Ministerio de Educación, Cultura y Deporte                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Secretaría de Estado de Educación, Formación Profesional y Universidades</li> <li>– Secretaría de Estado de Cultura</li> <li>– Consejo Superior de Deportes</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Mejorar la respuesta institucional dada por los poderes públicos, proporcionando planes personalizados y avanzando hacia la ventanilla única.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad</li> </ul> </li> <li>• Ministerio del Interior                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Secretaría de Estado de Seguridad</li> <li>– Secretaría General de Instituciones Penitenciarias</li> </ul> </li> <li>• Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Secretaría General de Agricultura y Alimentación</li> </ul> </li> <li>• Ministerio de Justicia                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Secretaría de Estado de Justicia</li> <li>– Subsecretaría</li> </ul> </li> <li>• Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Secretaría de Estado de Hacienda</li> <li>– Secretaría de Estado de Presupuestos y Gastos</li> <li>– Secretaría de Estado de Administraciones Públicas</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Proporcionar una respuesta específica a los grupos especialmente vulnerables: menores, mujeres con discapacidad, mayores, del medio rural e inmigrantes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad</li> <li>– Secretaría General de Sanidad y Consumo</li> </ul> </li> <li>• Ministerio de Empleo y Seguridad Social                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Secretaría General de Inmigración y Emigración</li> <li>– Secretaría de Estado de Empleo</li> </ul> </li> <li>• Ministerio del Interior                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Secretaría de Estado de Seguridad</li> </ul> </li> <li>• Ministerio de Educación, Cultura y Deporte                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Secretaría de Estado de Educación, Formación Profesional y Universidades</li> </ul> </li> <li>• Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Secretaría General de Agricultura y Alimentación</li> </ul> </li> <li>• Ministerio de Justicia                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Secretaría de Estado de Justicia</li> <li>– Subsecretaría</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Visibilizar otras formas de violencia contra las mujeres: matrimonios forzados, trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, mutilación genital y agresiones sexuales.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad</li> <li>– Secretaría General de Sanidad y Consumo</li> </ul> </li> <li>• Ministerio de Empleo y Seguridad Social                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Secretaría General de Inmigración y Emigración</li> </ul> </li> <li>• Ministerio del Interior                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Secretaría de Estado de Seguridad</li> <li>– Secretaría General de Instituciones Penitenciarias</li> </ul> </li> <li>• Ministerio de Educación, Cultura y Deporte                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Secretaría de Estado de Educación, Formación Profesional y Universidades</li> </ul> </li> <li>• Ministerio de Justicia                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Secretaría de Estado de Justicia</li> <li>– Subsecretaría</li> </ul> </li> </ul>

Fuente: elaboración propia a partir del Plan Estratégico de Igualdad de oportunidades 2014-2016

Los objetivos y líneas de actuación de la Estrategia son:

- Promover acciones de prevención frente a la violencia de género; promover la implicación y sensibilización social en la erradicación de la violencia de género; y anticipar la detección de los casos. Las medidas que se establecen para la consecución de este objetivo van dirigidas a concienciar a la sociedad para erradicar esta forma de violencia. Haciendo hincapié en la ruptura del silencio cómplice del maltrato, reforzando la prevención primaria, con el fin de reducir la probabilidad de aparición del problema, corregir los factores de riesgo y reforzar las habilidades personales para afrontarlo. Las medidas recogidas en esta línea de actuación perseguirán:
  - Organizar campañas de sensibilización y conocimiento de este tipo de violencia, que ayuden a su prevención
  - Reforzar la prevención, formación en igualdad y respeto a los derechos fundamentales en todas las etapas educativas. Realizar actuaciones de visibilización del problema, de sensibilización, de formación de agentes implicados en la erradicación de la violencia de género y formación en igualdad y respeto a los derechos fundamentales en todas las etapas educativas
  - Mejorar la detección, anticipando la identificación de las primeras señales, la detección de supuestos concretos y mejorando la respuesta institucional, tanto ante los casos ya conocidos como ante los posibles casos ocultos, pasando de una actuación reactiva a una actuación proactiva, por parte de cualquier agente implicado del ámbito educativo, sanitario, y social.
  
- Mejorar la respuesta institucional dada por los poderes públicos, proporcionando planes personalizados y avanzando hacia las ventanillas únicas. Las medidas que se establecen para la consecución de este objetivo van dirigidas a establecer medidas orientadas a lograr la máxima individualización y personalización de la respuesta, evitando la



revictimización y maximizando la eficacia de los recursos existentes. Es decir, reforzar la prevención secundaria, dirigida a reducir la prevalencia, asegurando una identificación precoz del problema y procurando una intervención rápida y eficaz. La personalización de la atención a las víctimas se articula en las siguientes medidas:

- Mejorar la respuesta de la Administración de Justicia y de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, garantizando la máxima protección y la debida reparación del daño causado
  - Asegurar un mínimo de presencia femenina entre las dotaciones de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, incluidas las unidades situadas en el ámbito rural
  - Fomentar la coordinación, para la protección a las víctimas de violencia de género, a través del “Sistema de seguimiento integral en los casos de violencia de género (Sistema VdG o VIOGÉN)”
  - Garantizar la respuesta asistencial dirigida a las mujeres que sufren violencia, reforzando la atención personalizada y la actuación en red de los distintos recursos públicos dispuestos para la atención integral y recuperación de las mujeres e impulsando la formación especializada de los y las profesionales que intervienen en la asistencia a mujeres que sufren violencia de género y sus hijos e hijas
  - Aprobar un protocolo de actuación en el ámbito de la Administración General del Estado, en relación con las situaciones de especial protección que afecten a las víctimas de violencia de género, especialmente en materia de movilidad y en el marco del Plan para la Igualdad entre Mujeres y Hombres en la Administración General del Estado y en sus Organismos Públicos.
- 
- Proporcionar una respuesta específica a los grupos especialmente vulnerables: menores, mujeres con discapacidad, mayores, del medio rural e inmigrantes que sufran violencia y estén en situación irregular. Las medidas que se establecen para la consecución de este objetivo van dirigidas a

reducir la incidencia de la violencia en los grupos especialmente vulnerables, cada uno de estos grupos constituye un objetivo específico. En este sentido, se desarrollarán:

- Atención específica a los hijos e hijas de las mujeres que sufren violencia; a las que tienen alguna discapacidad; a las que viven en el medio rural; a las mayores de 65 años; y a las inmigrantes, en colaboración con las administraciones competentes.
  - Avanzar en la coordinación y el efectivo trabajo en red entre recursos estatales y recursos autonómicos que mejore la respuesta profesional de los agentes implicados en la asistencia y protección de las mujeres víctimas de violencia de género.
- Visibilizar otras formas de violencia contra las mujeres: matrimonios forzados, trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, mutilación genital y agresiones sexuales. Las líneas de actuación se vertebrarán para visibilizar las formas de violencia contra la mujer y se articularán medidas para combatir la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual serán:
- Reforzar el conocimiento y la visibilidad de estas formas de violencia, sensibilizando a la población y a los profesionales sobre su existencia y sobre la necesidad de actuar contra ellas
  - Aprobar un Plan integral para combatir la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual.

### **3.5.2. Protocolos**

Los protocolos más importantes que se han aprobado para dirigir la actuación de los distintos profesionales implicados en la sensibilización, prevención y detección e intervención en diferentes ámbitos, son:

## **A. Ámbito educativo**

- **Protocolo Básico de Intervención contra el Maltrato Infantil en el Ámbito Familiar (2014)<sup>68</sup>**. Actualizado a la intervención en los supuestos de menores de edad víctimas de violencia de género. El objetivo de este protocolo de actuación es promover la coordinación interinstitucional para mejorar la atención a los menores de edad víctimas de maltrato familiar, evitando la victimización primaria y secundaria que pudieran sufrir en el proceso de intervención.

## **B. Ámbito de la publicidad y medios de comunicación**

- **Acuerdo para el Fomento de la Autorregulación de la actividad publicitaria** entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Secretaría General de Políticas de Igualdad) y la Asociación para la Autorregulación de la Comunicación Comercial (Autocontrol) (17 de octubre de 2007)<sup>69</sup>. El propósito de este acuerdo es permitir la cooperación mutua en el seguimiento de la publicidad y la detección, corrección y supresión de la publicidad vejatoria o discriminatoria contra las mujeres.
- **Protocolo de Constitución de la comisión asesora de la imagen de las mujeres en publicidad y medios de comunicación (12 de abril de 2007)<sup>70</sup>**. La comisión tiene como objetivos:
  - Fomentar un tratamiento igualitario, acorde con la realidad social, de la imagen de las mujeres en la publicidad y en los medios de comunicación.
  - Colaborar con el Instituto de la Mujer y entre los propios organismos firmantes, para velar por una representación no estereotipada y discriminatoria de las mujeres.

### **C. Ámbito de la asistencia social integral**

- **Protocolo de Derivación entre las Comunidades Autónomas para la Coordinación de sus Redes de Centros de Acogida para las Mujeres Víctimas de la Violencia de Género y de sus Hijos e Hijas (2014)<sup>71</sup>**. que pretende cumplir con los siguientes objetivos:
  - Coordinación de las redes de los recursos de acogida para las mujeres víctimas de la violencia de género y sus hijos e hijas
  - Determinación de las causas que pueden motivar la derivación de una usuaria a un centro de acogida de otra Comunidad Autónoma
  - Establecimiento de un listado común de la documentación exigible para tramitar el ingreso en los centros de acogida
  - Desarrollo de un modelo de comunicación directa entre los organismos competentes en esta materia para todo lo relativo al proceso de admisión, incluida las causas para la motivación en caso de denegación
  - Fijación de unos criterios comunes sobre la asunción de gastos derivados del traslado o los que se produzcan como consecuencia de las gestiones derivadas de su situación
  
- **Propuesta de Pautas para la Intervención Integral e Individualizada con Mujeres Víctimas de Violencia de Género, sus Hijos e Hijas y otras Personas a su cargo (2014)<sup>72</sup>**. Los propósitos de esta propuesta son:
  - Conocer la realidad de la unidad familiar y toda la información relevante, para una adecuada valoración de su situación actual, con el fin de ajustar las pautas de actuación en equipo a las necesidades y demandas manifestadas por la mujer. Se considerará de manera específica la información relativa a hijos e hijas y personas dependientes de la mujer víctima de violencia de género
  - Informar a la mujer acerca del recurso más adecuado a sus necesidades, así como de sus normas de funcionamiento

- Preparar y establecer mecanismos de coordinación con los recursos identificados como implicados, recabando de ellos la información y documentación y actuaciones relevantes para la intervención
- Facilitar a la mujer un documento que explique cuáles son sus derechos, deberes y obligaciones, así como la normativa de funcionamiento del recurso en el que se encuentra
- Recabar de la usuaria el consentimiento informado para el tratamiento de sus datos de carácter personal conforme a lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal
- Apoyar a la mujer y a la unidad familiar en la admisión al recurso creando un clima de confianza y empatía propicio para la creación de vínculo con el equipo del recurso, sin crear expectativas y necesidades no realistas
- Asignar, de acuerdo a las necesidades manifestadas, un profesional de referencia (tanto para la mujer como para sus hijos/as) para el desarrollo y su posterior seguimiento posterior del Plan de Atención Individualizado
- Evaluar y recoger desde las distintas áreas de trabajo, las expectativas y necesidades planteadas para posteriormente definir los objetivos, por áreas que deberán contar en el PLAN DE ACTUACIÓN INDIVIDUALIZADA (PAI)
- Establecer una fecha para la elaboración y en su caso las evaluaciones periódicas del PAI.

#### **D. Ámbito de la seguridad:**

- **Protocolo de Actuación del Sistema de Seguimiento por Medios Telemáticos del Cumplimiento de las Medidas y Penas de Alejamiento en Materia de Violencia de Género (2013)**<sup>73</sup>. El objetivo principal es mejorar la seguridad y protección de las víctimas y generar confianza para poder abordar su recuperación. El Sistema permite verificar el cumplimiento de las

medidas y penas de alejamiento impuestas en los procedimientos que se sigan por violencia de género en que se estime oportuno, de acuerdo con las pautas y reglas que, en su caso, haya establecido la Autoridad Judicial y de conformidad con lo dispuesto en el presente Protocolo. El Sistema proporciona información actualizada y permanente de las incidencias que afecten al cumplimiento o incumplimiento de las medidas o penas, así como de las posibles incidencias, tanto accidentales como provocadas, en el funcionamiento de los elementos de vigilancia utilizados.

- **Protocolo para la Valoración Policial del Nivel de Riesgo de Violencia de Género y de Gestión de Seguridad de las Víctimas (8 de Julio de 2016)<sup>74</sup>**, Instrucción nº 7/2016, de la Secretaría de Estado de Seguridad, por la que se establece un nuevo protocolo. Siempre que se tenga conocimiento de un episodio de violencia de género, la actividad policial se dirigirá a determinar:
  - Los factores referidos a la violencia sufrida por la víctima
  - Las relaciones mantenidas con el agresor
  - Los antecedentes del propio agresor y su entorno
  - Las circunstancias familiares, sociales, económicas y laborales de la víctima y el agresor
  - La retirada de denuncia, la reanudación de la convivencia y la renuncia de la víctima al estatuto de protección concedido.

Esta información es imprescindible para poder concretar el nivel de riesgo de violencia y las medidas que hayan de adoptarse en cada caso para asegurar la protección. Para ello se utilizarán las herramientas y formularios normalizados aprobados por la Secretaría de Estado de Seguridad.

- **Protocolo de Actuación y Coordinación de Fuerzas y Cuerpo de Seguridad del Estado y de Abogados y Abogadas para Mejorar la Asistencia Jurídica y la Información Facilitadas a las Víctimas de la Violencia de Género (2007)<sup>75</sup>**. Tiene por finalidad garantizar y homogeneizar el servicio de asistencia

letrada en la formulación y presentación de la denuncia y solicitud de la orden de protección; mejorar el servicio policial a la víctima y la formulación policial del atestado, y establecer pautas generales para la información y asistencia a la víctima, tanto de los aspectos judiciales como de las posibles prestaciones y medidas sociales.

- **Protocolo para la Implementación de la Orden de Protección de las Víctimas de Violencia de Género (2003)**<sup>76</sup>. El objetivo prioritario de la Orden de Protección es que la víctima y la familia recuperen la sensación de seguridad frente a posibles amenazas o represalias posteriores del agresor. Por ese motivo, en los supuestos de violencia doméstica el acceso a una Orden de Protección se constituye en un derecho de la víctima. Para ello, se crea una comisión de seguimiento de la implantación de la orden de protección de las víctimas de violencia doméstica, cuyo propósito es poner en práctica aquellos elementos que, interrelacionados entre sí, harán posible el correcto funcionamiento de los mecanismos de protección integral diseñados en la nueva regulación, sin perjuicio de los desarrollos que a cada Institución o Administración competen en cada área.
- **Protocolo de Actuación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad con los Órganos Judiciales y el Ministerio Fiscal para la Protección de las Víctimas de Violencia Doméstica y de Género (2005)**<sup>77</sup>. Tiene como fin prestar una atención preferente a la asistencia y protección de las mujeres que han sido objeto de comportamientos violentos en el ámbito familiar y atenuar, en la medida de lo posible, los efectos de dicho maltrato, se potenciará la presencia, en todas las unidades de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, de funcionarios especializados en el tratamiento de la violencia de género y doméstica, así como su formación específica en instrumentos e indicadores de valoración del riesgo.
- **Protocolo de Colaboración y Coordinación entre las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y los Cuerpos de Policía Local para la Protección de**

**las Víctimas de Violencia Doméstica y de Género (13 de marzo de 2006)<sup>78</sup>.**

La colaboración entre las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y los Cuerpos de Policía Local en esta materia se guiará, en todo caso, por los siguientes criterios:

- Proporcionar a las víctimas una respuesta policial de la mayor rapidez y eficacia en las situaciones de riesgo
- Proporcionar una respuesta policial de la máxima sensibilidad, calidad y eficiencia en la atención y protección a las víctimas y evitar las actuaciones que suponen un incremento de la victimización, especialmente la duplicidad de intervenciones
- Proporcionar a la víctima información clara y accesible sobre los derechos reconocidos en la Ley Orgánica 1/2004 y los recursos existentes para la efectividad de tales derechos en el ámbito territorial correspondiente
- Facilitar la transmisión entre las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y los órganos judiciales de toda la información relevante para la protección de la víctima
- Garantizar la coordinación y colaboración policial con los recursos públicos y no gubernamentales dedicados al apoyo jurídico y psicosocial a las víctimas.

**E. Ámbito judicial**

- **Guía de Criterios de Actuación Judicial frente a la Violencia de Género (2013)<sup>79</sup>.** Pretende servir de orientación a los órganos jurisdiccionales en el ejercicio de su quehacer diario. Ofrece en algunos casos criterios de actuación que eliminan, de las actuaciones en sede judicial, estereotipos aprendidos y que aproximen a los y las intérpretes del ordenamiento al fenómeno de la violencia de género. En otros, ofrece soluciones interpretativas o expone lo que han sido reflexiones doctrinales o evolución de la doctrina de las Audiencias Provinciales sobre algunos de los aspectos



que han suscitado más debate en la aplicación de la Ley Integral a lo largo de los años transcurridos desde que entró en vigor.

- **Protocolo Médico-Forense de Valoración Urgente del Riesgo de Violencia de Género (2011)**<sup>80</sup>. Este protocolo tiene como fin responder a la inmediatez procesal en la que se enmarcan la mayoría de los temas relativos a la violencia machista en el ámbito judicial, muy especialmente los dirigidos a la protección de las mujeres que la sufren.
- **Protocolo de Coordinación entre los Órdenes Jurisdiccionales Penal y Civil para la Protección de las Víctimas de Violencia Doméstica (2005)**<sup>81</sup>. La coordinación entre ambas órdenes jurisdiccionales, penal y civil, está destinada principalmente a proporcionar a la víctima un marco integral de protección, evitando que existan resoluciones contradictorias; proporcionando a los Juzgados civiles un adecuado conocimiento de las actuaciones realizadas por los Juzgados de Instrucción en asuntos de violencia doméstica, favoreciendo la adopción de las resoluciones que resulten más adecuadas; y facilitando que el Juzgado Civil correspondiente pueda adoptar dentro de los plazos legales la resolución sobre la ratificación, modificación o levantamiento de las medidas civiles dictadas en el seno de una Orden de Protección (2º párrafo del apartado 7 del artículo 544 ter de la Ley de Enjuiciamiento Criminal).

## **F. Ámbito sanitario**

- **Protocolo Común para la Actuación ante la Violencia de Género en el Sistema Nacional de Salud (2012)**<sup>29</sup>. La finalidad de este protocolo es contribuir a la mejora continua de la calidad asistencial a las mujeres que sufren maltrato y sus hijas e hijos. Profundiza en el modelo de atención integral desde los servicios sanitarios en todos los contextos, en especial; orientando las actuaciones sanitarias de manera transversal y coordinada con los profesionales de otros sectores (educación, fiscalía, forenses, Fuerzas

y Cuerpos de Seguridad, recursos locales, etc.). Asimismo, dota de mejores herramientas para la toma de decisiones

Las diferentes CCAA han publicado protocolos y planes de actuación específicos, en ningún caso contravendrán los protocolos vigentes a nivel nacional. En la Comunidad de Castilla La Mancha existen:

- **Protocolo de Actuación Sanitaria en Mujeres Víctimas de Malos Tratos de Castilla-La Mancha, 2008<sup>82</sup>**, la primera edición de este protocolo se editó en 2005, la de 2008 es la 3ª edición. Se reconoce el importante papel que los profesionales sanitarios desempeñan en la prevención, la detección, el tratamiento y la orientación de este complejo problema, que debe ser abordado de manera integral y en coordinación con profesionales de otras disciplinas e instituciones.
- **Acuerdo de Coordinación Institucional y Aplicación de los Protocolos para la Prevención de la Violencia de Género y Atención a Mujeres de Castilla-La Mancha, 2009<sup>83</sup>**. Firmado el 25 de noviembre de 2009, entre la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, la Delegación del Gobierno, el Tribunal Superior de Justicia, La Federación de Municipios y Provincias y el Consejo de Colegios Médicos, todos ellos de Castilla-La Mancha. El objetivo fundamental es lograr un firme compromiso por parte de las Instituciones firmantes para establecer unas pautas comunes de actuación, permitiendo la optimización de los recursos y servicios.

---

Capítulo 4.- Profesionales de la Salud y Violencia contra la  
Mujer Ejercida por su Pareja

---

---



A lo largo de este capítulo se detallan las medidas de sensibilización y prevención que han surgido tras la aplicación de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

Se comienza, diferenciando sensibilización de prevención para seguidamente y, partiendo de que los profesionales sanitarios son parte de la población, identificar las medidas de concienciación social que se han ido estableciendo a lo largo del tiempo desde la aprobación de la LO. Se describen los recursos creados y todas las medidas preventivas encaminadas a identificar cuáles son las causas del problema.

Por último, se analizan las medidas de sensibilización y prevención establecidas particularmente para el ámbito sanitario, identificando las responsabilidades de los profesionales sanitarios, en la detección precoz y apoyo asistencial de las víctimas. Se describe el modelo de atención integral, y las implicaciones éticas y legales que determinan la práctica profesional ante este problema.

#### **4.1. Sensibilización y prevención**

La sensibilización en materia de VMCI pretende que este fenómeno no permanezca oculto, que se conozcan y entiendan las causas que la provocan y que cada persona adquiera un papel activo para combatirla. La definición de ‘sensible’ en el Diccionario de la Real Academia<sup>2</sup>, recoge varias acepciones, la más interesante refiriéndose a las personas dice que se trata de ser *“receptivo a determinados asuntos o problemas y proclive a ponerles solución”*, por lo que las campañas de sensibilización deben encaminarse a concienciar a las personas para que estas puedan actuar ante sobre el problema.

La prevención pretende resultados diferentes a los de la sensibilización, en la actualidad, las intervenciones preventivas más frecuentes se basan en campañas de sensibilización. Confundir sensibilizar con prevenir resta eficacia a la actuación de una y de otra estrategia. La tabla 19 resume las principales diferencias entre ambas<sup>84</sup>.

**Tabla 19.- Diferencias entre sensibilización y prevención**

	<b>SENSIBILIZACIÓN</b>	<b>PREVENCIÓN</b>
<b>Objetivo principal</b>	El objetivo es la implicación individual y colectiva para combatir la violencia contra las mujeres.	El objetivo es que en un futuro no se produzca violencia contra las mujeres.
<b>Estrategias metodológicas</b>	Visualizar el fenómeno e informar sobre el mismo para tomar conciencia y actuar.	Procesos de educación y formación para la igualdad, para el empoderamiento de las mujeres y el fomento de un nuevo concepto de masculinidad, es decir, incidiendo sobre las raíces de la desigualdad y por tanto, de la violencia.
<b>¿Desde dónde prioritariamente?</b>	Medios de comunicación, Administración Pública, Organizaciones No Gubernamentales, Agentes sociales.	Comunidad Educativa, Administración Pública, ámbitos no formales de educación, Organizaciones No Gubernamentales.
<b>Resultados deseables</b>	Conseguir cambios en las creencias, actitudes y conductas - reducir el umbral de tolerancia - e implicar a la ciudadanía en la resolución de la problemática.	Que nadie tolere la violencia, nadie utilice la violencia y nadie la sufra.
<b>Tipología</b>	Publicaciones: guías, artículos, libros... Publicidad Social (Campañas de sensibilización que incluyen distintas actividades: cartelería, folletos, actos públicos, etc.), celebración de jornadas y eventos, conmemoración del 25 de noviembre.	Actuaciones en los siguientes niveles de prevención: - Primaria. - Secundaria. - Terciaria.

Fuente: Guía para Sensibilizar y Prevenir desde las Entidades Locales la Violencia contra las Mujeres. Federación Española de Municipios y Provincias Área de Igualdad

## **4.2. Sensibilización y concienciación social ante la violencia a la mujer ejercida por su pareja**

Las campañas de sensibilización deben ir mas allá de la simple información sobre el tema, informar es necesario pero insuficiente. El resultado deseable es que con la información suministrada la persona entienda lo que ocurre y tome una postura crítica ante la realidad y actué para modificarla si lo considera oportuno.

La Ley Orgánica 1/2004 , de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género<sup>19</sup>, tiene como objetivo fundamental proporcionar protección a las víctimas que sufren violencia de género abarcando los aspectos preventivos, sociales, educativos y asistenciales, enfocado de un modo integral y multidisciplinar, comenzando por un proceso de educación en la igualdad y el respeto a la dignidad de las mujeres a través del reconocimiento de derechos como la información, asistencia jurídica gratuita, protección social y apoyo económico. En ella se establecen medidas de sensibilización e intervención en el ámbito educativo, sanitario, laboral, social, para la detección precoz y atención física y psicológica de las víctimas.

La sensibilización a la población general, así como la sensibilización y formación de los/as profesionales, es uno de los pilares que se plantea en dicha ley como base para la futura erradicación de un problema tan complejo como la violencia de género. El artículo 3º, sobre planes de sensibilización, determina que se pondrá en marcha un Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género. Este plan introducirá nuevas escalas de valores basadas en el respeto de los derechos y libertades fundamentales y de la igualdad entre hombres y mujeres, y contempla un amplio programa de formación complementaria y de reciclaje de los profesionales que intervienen en estas situaciones. Además, anima a los poderes públicos a impulsar campañas de información y sensibilización específicas con el fin de prevenir este tipo de violencia. Esta labor se ha traducido en un número muy importante de actuaciones:

**A. Medidas de sensibilización e implicación social:**

- Desde 2004, durante el acto conmemorativo del Día Internacional para la Eliminación de la Violencia contra la Mujer que cada año celebra el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, hace entrega de reconocimientos a personas e instituciones cuya labor en la erradicación de la violencia contra las mujeres ha destacado especialmente
- Desde 2006 y con carácter anual se vienen realizando campañas de sensibilización sobre violencia de género

- El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad desde 2012 cuenta con una página web <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/> en la que para poder navegar con más tranquilidad por sus contenidos, proporciona varias opciones:
  - La opción de “SALIR RÁPIDO”: se dispondrá de un botón siempre accesible en pantalla
  - Borra el historial de navegación para no dejar rastro después de informarse
  - Utiliza el modo incógnito o privado de navegación, si no se quiere que el navegador guarde registro de los sitios web que se visitan y del contenido que se descarga.

Esta página proporciona información relevante sobre violencia contra la mujer ejercida por su pareja o expareja:

- Información útil para la mujer y su entorno: como detectar y que hacer.
  - Sensibilización y concienciación social: la sociedad actúa
  - Información para profesionales: normativas, protocolos de actuación, derechos, recursos, informes y estudios para los profesionales de todos los ámbitos profesionales que están implicados en la violencia contra la mujer
  - Estadísticas, encuestas, estudios e investigaciones
  - Información sobre otras formas de violencia sobre la mujer.
- Desde 2013 se intenta que colectivos sociales y/o profesionales de distintos ámbitos (del deporte, artístico y cultural, sanitario, empresarial, etc...), se impliquen en la sensibilización y concienciación de la violencia sobre la mujer. Es por ello que el Instituto de la Juventud (Injuve), desde ese mismo año otorga los Premios Periodismo Joven, con el que quieren reconocer los trabajos que mejor hayan contribuido a la defensa y difusión de los valores contra la violencia de género en las modalidades de Periodismo Impreso, Periodismo Audiovisual (Radio y Televisión), Gráfico y Digital.



- Desde 2014 se convoca la concesión de un premio a tesis doctorales sobre violencia de género, con el fin de promover trabajos de investigación en la materia, reconociendo y recompensando a las personas autoras de aquellas tesis doctorales que hayan contribuido a mejorar el conocimiento de la dimensión, consecuencias y características de la violencia de género, así como los medios para evitarla.

**B. Medidas de Sensibilización Dirigidas a la Prevención y Detección de Situaciones de Violencia**, se ha actuado sobre todo en el ámbito educativo, sanitario, judicial, en las fuerzas de seguridad del estado, y penitenciario, mediante campañas de sensibilización y formación en igualdad de género. Así como, la creación de comisiones de violencia, que velen por los derechos y garanticen la calidad de la atención que los distintos agentes sociales proporcionan a la mujer maltratada.

En aplicación de la Ley Orgánica 1/2004<sup>19</sup>, se han ido creando nuevos recursos para mejorar la calidad de los servicios públicos implicados en la violencia contra la mujer, como:

**a) Delegación del Gobierno para la Violencia de Género**, a la que le corresponde proponer la política del Gobierno contra las distintas formas de violencia contra la mujer e impulsar, coordinar y asesorar en todas las medidas que se lleven a cabo en esta materia. Es la encargada entre otros temas de:

- Sensibilizar a la ciudadanía y prevenir todas las formas de violencia contra la mujer
- Promover la coordinación y colaboración entre todos los servicios competentes para garantizar una actuación integral en relación con la valoración y gestión del riesgo. Con este objetivo, se elaborarán planes y protocolos de actuación que garanticen la ordenación de las actuaciones y procedimientos de prevención, detección, asistencia, protección y persecución de los actos de violencia contra las mujeres
- Realizar, promocionar y difundir informes, estudios e investigaciones sobre cuestiones relacionadas con las distintas formas de violencia de género

- Diseñar, elaborar y actualizar un sistema de información en base a la recogida, análisis y difusión de datos relativos a la violencia contra las mujeres.

En colaboración con el Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer y con el resto de Administraciones implicadas se impulsó el proceso de elaboración del Plan Nacional de Sensibilización y Prevención.

**b) Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer** es un órgano colegiado interministerial, al que corresponde el asesoramiento, evaluación, colaboración institucional, elaboración de informes y estudios y propuestas de actuación en materia de violencia de género. Está adscrito a la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad a través de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Tiene entre otras las siguientes funciones:

- Colaborar institucionalmente en materia de violencia de género, así como promover la colaboración entre el resto de instituciones implicadas
- Actuar como órgano de recogida, análisis y difusión de información periódica, homogénea y sistemática relativa a la violencia de género, procedente de las Administraciones Públicas, y de entidades privadas, para prevenir, detectar y erradicar la violencia de género
- Formular recomendaciones y asesorar a las Administraciones Públicas y demás instituciones implicadas, en materia de violencia de género, así como constituir un foro de intercambio y comunicación entre organismos públicos y la sociedad
- Evaluar el impacto de las políticas y medidas que se desarrollen con el fin de erradicar la violencia de género y paliar sus efectos
- Elaborar informes y estudios sobre la violencia de género, con el fin de conseguir un diagnóstico lo más preciso posible sobre este fenómeno social
- Participar y mantener relaciones con instituciones internacionales similares, sin perjuicio de las competencias de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

- Elaborar, difundir y remitir al Gobierno y a las Comunidades Autónomas, anualmente, un informe sobre la evolución de la violencia ejercida sobre las mujeres, con determinación de los tipos penales que se hayan aplicado y de la efectividad de las medidas acordadas
- Realizar cuantas actuaciones le sean encomendadas para el mejor cumplimiento de sus fines.

El observatorio Estatal de Violencia sobre la mujer publica periódicamente información relevante sobre la violencia que sufren las mujeres, mensualmente, desde marzo de 2012, se edita un Boletín Estadístico, anualmente, desde 2007, publica un informe, el último editado es VIII Informe del Observatorio Estatal De Violencia Sobre La Mujer 2014<sup>85</sup>, y cada 4 años, desde 1999, los resultados de la Macroencuesta sobre Violencia contra la Mujer.

Hasta la actualidad, también ha publicado dos estudios sobre percepción social de la violencia contra la mujer:

- El estudio realizado en 2012 sobre la Percepción Social de la Violencia de Género en la Población General<sup>86</sup>, concluyo que:
  - Un 92% de los entrevistados considera inaceptable la violencia ejercida contra la mujer en el marco de las relaciones
  - Un 36% de la población se muestra tolerante con alguna forma de maltrato psicológico y de control, pues no lo asocia con violencia de género
  - Un 22% considera aceptable controlar el horario de la pareja, un 15% que piensa que es aceptable decirle a la pareja las cosas que puede o no hacer, y un 4% considera “aceptable en determinadas circunstancias” la “restricción de la libertad” de la pareja
  - Sobre la imagen de los agresores y las victimas es que pertenecen a todas las clases sociales y nivel de formación académica, un 89% considera que las victimas aguantan por los hijos/as, un 35% piensa que las mujeres

sufren esta situación porque lo consienten, un 38% opina que los agresores tienen una enfermedad mental

- Un 60% conocen o han oído hablar de la Ley Integral
- Un 79% de los entrevistados opina que las campañas de sensibilización son útiles para concienciar a la población en general sobre el problema de la violencia de género y un 77% las considera también útiles para ayudar a las víctimas a tomar conciencia de la situación en la que se encuentran. Un 51% son capaces de citar el mensaje de alguna de las campañas
- Un 88% de la población, sabría dónde acudir para interponer una denuncia en caso de maltrato. Las razones para no interponer una denuncia a pesar de sufrir violencia de género se atribuyen fundamentalmente al miedo al agresor (el 80% así lo estima), seguidas de los/as hijos/as (33%), un sentimiento de vergüenza y/o querer ocultarlo a su entorno más cercano (28%) y depender económicamente del agresor (20%). No hay diferencias por sexo en las respuestas, así como tampoco, en función de si la mujer es víctima de violencia de género o no.
- Un estudio en 2013 sobre Percepción Social de la Violencia de Género por la Adolescencia y la Juventud<sup>87-88</sup>, concluyo que:
  - El 71% de los hombres y el 67% de las mujeres opinan que la violencia de género no está aumentando, sino que se está produciendo un proceso de visibilización.
  - el 96% de las mujeres y el 92% de los hombres consideran “totalmente inaceptable” la violencia de género
  - Un 97% rechaza la violencia física, un 93% la violencia sexual y en cuanto a la violencia de control un 67% de las personas encuestadas manifiestan rechazo, frente a un 33% que percibe como aceptables algunas situaciones como “controlar los horarios de la pareja” o “decir a su pareja las cosas que puede o no puede hacer”
  - Un 57% de las mujeres y un 53% de los hombres conocen la Ley Orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la Violencia de Género.

- Un 78% de la población joven opina que las campañas de sensibilización ayudan a concienciar a la sociedad sobre este problema
- Un 88% de los y las jóvenes sabría dónde acudir para poner una denuncia, de ellos/as, el 78% acudiría a la Policía, el 25% a la Guardia Civil y el 16% llamaría al teléfono 016. En lo que concierne a los motivos que se atribuyen a las mujeres para no denunciar a su agresor, cabe señalar que un 80% piensa que una de las principales razones para no denunciar es el miedo, seguido de un 40% cree que es por motivos asociados a los/as hijos/as, un 25% por vergüenza y un 15% por dependencia económica de su agresor.

**c) Juzgados de Violencia sobre la Mujer**, así como el nombramiento de la Fiscalía contra la Violencia sobre la Mujer

**d) Unidad de Coordinación contra la Violencia sobre la Mujer**<sup>89</sup>, desde 2007 las Delegaciones del Gobierno cuentan con una y en todas las Subdelegaciones del Gobierno y Direcciones Insulares existirá una Unidad de Violencia sobre la Mujer, dependen del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Desarrollarán las siguientes funciones:

- Seguimiento y coordinación de los recursos y servicios de la Administración General del Estado para la atención de las situaciones de violencia de género en el territorio
- Colaboración con las administraciones autonómicas y locales competentes en materia de violencia de género
- Seguimiento personalizado de cada situación de violencia de género
- Actuaciones en relación con las víctimas mortales por violencia de género
- Participación en las campañas de información, sensibilización y prevención de la violencia de género. Intervención en el marco del Plan Director para la Mejora de la Convivencia y Seguridad Escolar
- Promoción y colaboración en la formación y especialización de profesionales.

e) Otros órganos competentes como:

- El Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género del CGPJ es una institución creada en el año 2.002, cuya finalidad principal consiste en abordar el tratamiento de estas violencias desde la Administración de Justicia
- Observatorio de Salud de la Mujer trabaja en la elaboración de líneas de actuación comunes para la disminución de las desigualdades en salud por razón de género
- Observatorio de la Mujer en las Fuerzas Armadas Españolas, creado en 2005, vela por hacer efectiva la igualdad de trato y oportunidades en el seno de las Fuerzas Armadas
- Web de Recursos de apoyo y prevención en casos de violencia de género permite la localización sobre mapas activos de los distintos recursos (policiales, judiciales y de información, atención y asesoramiento) que las administraciones públicas y las entidades sociales han puesto a disposición de la ciudadanía y de las víctimas de violencia de género.

### **4.3. Prevención de la violencia a la mujer ejercida por su pareja**

La prevención trata de actuar sobre las causas y no sobre los efectos, por lo que la actuación en formación, de la población en general y específicamente a los profesionales sanitarios, es una de las líneas estratégicas mas decisivas. Los esfuerzos de prevención son de tres categorías, (ver tabla 20):

1. **Prevención Primaria:** su propósito es detener la violencia antes de que ocurra, para ello, es necesario que se cambien las actitudes y se cuestionen los estereotipos existentes en la sociedad y que se preste asistencia a las comunidades que procuran poner fin a la aceptación de la violencia contra la mujer<sup>24</sup>. El objetivo es evitar la aparición de casos de este tipo de violencia actuando ante los factores de riesgo, mediante la sensibilización y formación de los profesionales que pueden modificar los patrones de vida social, económica y

cultural que contribuyen a aumentar en número de casos de violencia contra la mujer.

2. **Prevención Secundaria:** sus fines son la detección e intervención precoz para dar inmediata respuesta después de que la violencia haya ocurrido a fin de limitar su extensión y sus consecuencias. Debe incidirse en la formación complementaria y el reciclaje profesional, dirigido a los ámbitos profesionales que pueden intervenir en la detección temprana en situaciones de violencia hacia la mujer. El objetivo es reducir la prevalencia de la violencia sufrida por la mujer mediante la detección e intervención precoz, y la formación específica.
3. **Prevención Terciaria:** tiene como propósito brindar atención y apoyo a largo plazo a las mujeres que hayan sufrido actos de violencia. Debe dirigirse a la puesta en marcha de servicios y recursos de atención y asistencia a mujeres víctimas de violencia de género. El objetivo es restituir el proyecto de vida de la mujer, haciendo desaparecer las secuelas físicas y psicológicas de la violencia, mediante la puesta en marcha de medidas de acción positiva hacia las mujeres y sus hijos e hijas, adecuando los servicios de protección y apoyo a la autonomía de la mujer víctima de violencia<sup>84-90</sup>.

**Tabla 20.- Tipos y modelos de prevención**

Tipo	Objetivos Principales	Líneas De Acción
<b>Primaria.</b>	Evitar la aparición y consolidación de patrones de vida social, económica y cultural que contribuyen a aumentar el riesgo de violencia. Evitar la aparición de casos nuevos (incidencia) de malos tratos mediante el control de las causas y de los factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información a la sociedad sobre las causas y efectos de la violencia.</li> <li>• coeducación</li> </ul>
<b>Secundaria</b>	Reducir la prevalencia de malos tratos mediante la detección precoz de los casos ocultos y la intervención precoz que evite las consecuencias más graves y la reincidencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación a las y los profesionales para la detección precoz.</li> <li>• Empoderamiento de las mujeres.</li> </ul>
<b>Terciaria</b>	Reducir el progreso o las consecuencias de una situación de malos tratos ya establecida, minimizando las secuelas y sufrimientos causados. Incluye la adopción de medidas de acción positiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación y, en su caso, adecuación de servicios y recursos.</li> <li>• Medidas de acción positiva hacia las mujeres violentadas y sus hijos e hijas.</li> <li>• Apoyo a la autonomía personal de las mujeres violentadas.</li> </ul>

Fuente: Aportes para la sensibilización sobre la violencia de género a nivel local y comunitario

#### **4.4. Sensibilización y Prevención en el Ámbito Sanitario ante la violencia a la mujer**

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género<sup>19</sup>, determina en su título I la puesta en marcha, por parte del Gobierno de Estado de planes estratégicos cuyo fin sea la sensibilización y prevención de la violencia que sufre la mujer.

El **Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género**<sup>66</sup>, publicado en 2007, cuenta con dos objetivos estratégicos: mejorar la respuesta frente a la violencia de género y conseguir un cambio en el modelo de relación social. Para convertirlo en una herramienta de intervención útil Identifica 7 ejes prioritarios de actuación. El tercero de ellos se refiere a la atención sanitaria, dando un protagonismo muy relevante, a los profesionales sanitarios tanto en la detección del fenómeno como en la atención a las víctimas. Para mejorar la respuesta frente a la violencia de género, propone poner en marcha una serie de medidas para:

- A. Formación de profesionales relacionados con el ámbito de la Salud
  - Adopción de criterios comunes para la formación básica, especializada y continuada en materia de igualdad entre hombres y mujeres y de violencia de género del personal del SNS.
  - Establecer un calendario para la formación en materia de igualdad y de violencia de género de todos los profesionales del SNS y ejecutar sus dos primeros años.
  - Elaborar materiales formativos de referencia que contribuyan a una formación de calidad en materia de violencia de género en la formación del personal del Sistema Nacional de Salud.
  
- B. Criterios comunes para la atención sanitaria a la mujer víctima de violencia de género



- Acordar un conjunto común de indicadores epidemiológicos y sanitarios en violencia de género para el SNS.

C. Coordinación en el servicio de salud integrado ante la violencia de género

- Diseñar la coordinación y seguimiento de la atención a la violencia de género en los diferentes niveles de los sistemas y servicios de salud del SNS.
- Desarrollar mecanismos de asesoramiento, intervención y coordinación de los servicios de salud con las otras administraciones implicadas (justicia, seguridad, servicios sociales), especialmente con las unidades de valoración forense para mejorar la efectividad de la atención integral.

La **Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer** (2013 - 2016)<sup>46</sup>, para el cumplimiento del objetivo específico sobre la anticipación en la detección de los casos de VMCI en la atención sanitaria a la mujer, propone una serie de medidas:

- A. Promover el conocimiento por los profesionales sanitarios del “Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género” y en especial los modelos de comunicación a Fiscalía y órganos judiciales y el parte de lesiones.
- B. Perfeccionar los mecanismos de derivación de mujeres que sufren violencia de género desde los servicios sanitarios a las redes de recursos de asistencia integral.
- C. Elaborar material de sensibilización sobre violencia de género para Centros de Salud y de Atención Primaria que promueva la ruptura del silencio y la detección temprana.

La Ley Orgánica 1/2004<sup>19</sup>, en su artículo 16, establece la creación de una **Comisión contra la Violencia de Género en el Consejo Interterritorial del SNS**<sup>92</sup>, estará presidida por el Secretario General de Sanidad y de la que forman parte la Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS, representantes de cada Comunidad Autónoma, de la Secretaría General de Políticas de Igualdad y del Instituto de la Mujer, y actuando

como Secretaria una persona representante del Observatorio de Salud de la Mujer. Por acuerdo de esta Comisión y con el propósito de realizar actividades específicas de carácter sanitario en materia de violencia de género, en mayo de 2006, se crean cuatro grupos de trabajo:

- Sistemas de información y vigilancia epidemiológica de la violencia de género
- Protocolos y guías de actuación sanitaria ante la violencia de género
- Aspectos éticos y legales
- Evaluación de las actuaciones.

Como fruto del trabajo de estos grupos, se pone en evidencia la falta de formación específica en violencia de género de los profesionales del ámbito sanitario y la dificultad de coordinación entre éstos con otros servicios necesarios para la atención y apoyo a la mujer víctima de violencia por su pareja o expareja<sup>43</sup>, por lo que se crea un quinto grupo de trabajo sobre formación de profesionales.

Este nuevo grupo, tiene entre sus funciones apoyar y orientar la planificación de las medidas contra dicha violencia en el ámbito de la salud, evaluando y proponiendo aquellas que sean necesarias para la aplicación del protocolo de sanidad ante el problema de la violencia a la mujer, y cualesquiera otras medidas que se estimen precisas para que el sector sanitario contribuya a la erradicación de esta forma de violencia.

La Comisión emite un informe anual que será remitido al Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer y al Pleno del Consejo Interterritorial y a través del grupo de trabajo de evaluación, analiza los resultados de las actuaciones llevadas a cabo por las CCAA al tiempo que integra los resultados recogidos en el Observatorio de Salud de la Mujer, perteneciente a la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

En el Informe realizado por la Comisión en 2005 sobre atención a la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud, en el que se analiza el estado del problema y de las respuestas dadas por los profesionales sanitarios, recomienda la inclusión en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud la atención a la violencia de género. Esta recomendación es aprobada por el Real Decreto 1030/2006<sup>92</sup>, de 15 de

septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y donde se incluye, por primera vez, la detección y atención a la violencia de género como un servicio más de los ofertados.

En la prevención de la VMCI tienen un papel trascendental el Sistema Sanitario, es el encargado de articular proyectos de sensibilización y formación de los profesionales sanitarios, y determinar la actuación que deben ejercer en la atención integral a las mujeres víctimas de violencia y como deben actuar con la comunidad para la prevención de la violencia de género, ver tabla 21.

**Tabla 21.- Recomendaciones para la prevención de la Violencia de Género desde el Sistema Sanitario.**

En el ámbito de la sensibilización y formación de profesionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusión en la formación continuada del personal sanitario, de aspectos sobre prevención, detección precoz y atención integral a la mujer y a sus hijos e hijas. Debe incluirse con especial énfasis la formación en competencias interculturales, y los distintos contextos de vulnerabilidad ante el maltrato.</li> <li>• Realización de sesiones clínicas multi e interdisciplinares sobre casos reales que hayan sido abordados en el centro o servicio, incluyendo casos en los que las mujeres se encuentren en situación de especial vulnerabilidad.</li> <li>• Realización de sesiones con profesionales de otras instituciones. En el caso de sesiones para el abordaje relativo a hijos o hijas que presencian o han presenciado violencia hacia su madre, cobran especial relevancia las sesiones con profesionales de la pediatría, profesionales del sector educativo y servicios sociales.</li> <li>• Dar a conocer la importancia de las actuaciones relativas a la detección, valoración y actuación en los y las menores que presencian violencia de género.</li> </ul>
En el ámbito de la atención a la salud integral de las mujeres
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar colocando carteles y folletos en lugares visibles que indiquen a las mujeres que la violencia es un tema objeto de atención sanitaria y en el que se puede ofrecer ayuda.</li> <li>• Fomentar, a través de la relación del personal sanitario con la paciente, actitudes, valores y actividades que favorezcan la autonomía personal de la mujer y el ejercicio de sus derechos personales, sexuales y de relaciones sociales, promoviendo su participación en actividades grupales dentro y fuera del sistema sanitario que incrementen su desarrollo psicosocial y su autocuidado.</li> <li>• Incluir, en las actividades de Educación para la Salud y en los grupos de Educación Maternal, contenidos de sensibilización y prevención de la violencia contra las mujeres.</li> </ul>
En el ámbito comunitario
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaborar con asociaciones comunitarias a través de talleres, jornadas y charlas explicando las consecuencias de este tipo de violencia en la salud y cuál es el papel del personal sanitario.</li> <li>• Proponer y participar en acciones, campañas, jornadas relacionadas con el tema que estén realizando las instituciones y organizaciones sociales, especialmente con aquellas de mujeres en situación de vulnerabilidad.</li> <li>• Colaborar con el entorno escolar para favorecer modelos coeducativos eficaces como forma de prevención de la violencia hacia las mujeres.</li> </ul>

Fuente: Protocolo Común para la actuación ante la Violencia de Género en el Sistema Nacional de Salud

La Ley Orgánica 1/2004<sup>19</sup> contempla, en el ámbito sanitario, actuaciones de detección precoz y apoyo asistencial a las víctimas, así como la aplicación de protocolos sanitarios ante las agresiones derivadas de la VMCI, que se remitirán a los Tribunales correspondientes con objeto de agilizar el procedimiento judicial. En el artículo 15 establece básicamente que:

- Las Administraciones Sanitarias en el seno del Consejo Interterritorial de SNS, promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género
- Se desarrollarán programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer en las situaciones de violencia de género.

El Consejo Interterritorial del SNS ha publicado, junto con las Comunidades Autónomas, los diferentes protocolos de actuación sanitaria:

- En 2007, el Ministerio de Sanidad y Consumo presenta el «Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la violencia de género», con el objetivo de proporcionar unas pautas de actuación homogéneas en los casos de violencia dirigida de forma específica contra las mujeres, tanto en la atención y seguimiento, como en la prevención y diagnóstico temprano
- Las Comunidades Autónomas han ido desarrollados planes y/o protocolos de actuación sanitaria propios, aplicables en cada Comunidad y que se basan en el protocolo común, en el caso de Castilla la Mancha la primera edición se editó en 2005, y la última en 2008.

La puesta en práctica de estos protocolos, la experiencia acumulada y la evidencia científica internacional permitió revisar y actualizar el protocolo, aprobándose una nueva edición en 2012. **El Protocolo Común para la Actuación ante la Violencia de Género en el Sistema Nacional de Salud (2012)**<sup>29</sup>, tiene como propósito servir de orientación a los/as profesionales sanitarios del SNS para una atención integral (física, psicológica, emocional y social) a las mujeres que sufren VMCI. Para ello establece una

pauta de actuación normalizada y homogénea, tanto para la detección precoz como para la valoración y actuación ante los casos detectados y el seguimiento de los mismos. Tiene, además, como objetivos específicos:

- A. Actualizar el conocimiento basado en la experiencia y la evidencia científica de los últimos años y proporcionar al personal sanitario más y mejores herramientas para la toma de decisiones en la intervención con las mujeres en situaciones de violencia de género, resaltando la colaboración y coordinación con profesionales y recursos dentro y fuera del sistema sanitario
- B. Promover el empoderamiento y la capacitación de las mujeres que sufren maltrato para el reconocimiento de su situación, la búsqueda de soluciones y alternativas, y la recuperación de su salud y su autonomía psicosocial
- C. Continuar la sensibilización y formación del personal sanitario del SNS sobre la gravedad de la violencia contra las mujeres como problema de salud
- D. Dar a conocer al personal sanitario las consecuencias de la violencia contra las mujeres en su salud y en el desarrollo físico, psicológico y social de sus hijos e hijas
- E. Hacer visibles las situaciones de especial vulnerabilidad, que dificultan en las mujeres el reconocimiento de la violencia y la toma de decisiones para terminar con las situaciones que las producen
- F. Contribuir desde el SNS a la sensibilización de la población general sobre este problema.

En este protocolo se contempla un Modelo de Atención Integral de la Salud, en el cual se reconoce el papel crucial que los/as profesionales sanitarios tienen en la ayuda a las mujeres que sufren VMCI, estas mujeres contactan con ellos en algún momento de su vida. Las mujeres que sufren VMCI son usuarias habituales del sistema sanitario, en especial de las consultas de atención primaria. Para la atención de sus problemas de salud se van a requerir cuidados que contemplen los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, por lo que va a ser necesaria la implicación activa de todo el personal sanitario.

El modelo de atención integral a la salud incorpora el concepto de interdisciplina, cuyo fin es la construcción de un nuevo conocimiento, experiencia y lenguaje resultante del abordaje compartido del problema que debe afrontar la mujer. Los/as profesionales sanitarios, de distintas disciplinas, deben colaborar en el diagnóstico y tratamiento de la situación que vive la mujer que sufre violencia por parte de su pareja o expareja.

En la Comunidad Autónoma de Castilla-la Mancha, en la actualidad, existen dos documentos que recogen la actuación de los/as profesionales sanitarios ante la violencia que sufre la mujer ejercida por su pareja o expareja, el Protocolo de Actuación Sanitaria en Mujeres Víctimas de Malos Tratos de Castilla-La Mancha, 2008<sup>82</sup>, y el Acuerdo de Coordinación Institucional y Aplicación de los Protocolos para la Prevención de la Violencia de Género y atención a mujeres de Castilla La Mancha, 2009<sup>83</sup>.

**El Acuerdo de Coordinación Institucional y Aplicación de los Protocolos para la Prevención de la Violencia de Género y atención a mujeres de Castilla La Mancha, 2009<sup>83</sup>.** Tiene como objetivo prioritario lograr el compromiso firme por parte de las Instituciones firmantes para establecer unas pautas comunes de actuación, permitiendo la optimización de los recursos y servicios. El documento marca unas pautas básicas de atención, y concreta específicamente la actuación para los diferentes ámbitos involucrados: el sanitario, el de la seguridad y el judicial.

#### **4.5. Responsabilidades de los profesionales de la salud ante la violencia contra la mujer ejercida por su pareja.**

Los profesionales sanitarios tienen responsabilidades en la información y en la detección de potenciales casos de VMCI, por lo que las campañas de sensibilización hacia este colectivo tienen que tener como objetivo aumentar su corresponsabilidad en la lucha contra la violencia que sufren las mujeres. Para ello, será necesario que estén formados para identificar situaciones de violencia sobre las mujeres y actuar

para lograr modificarlas<sup>93</sup>. Todos los profesionales tienen a su disposición el protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género en su edición de 2012.

Los profesionales en un alto porcentaje no están sensibilizados ante la violencia que sufren las mujeres por parte de su pareja o expareja<sup>27-28-94-95-96</sup>, a pesar de que diferentes estudios indican que aproximadamente un 20% de las mujeres que hacen una demanda sanitaria sufre esta situación, si bien el motivo de consulta no siempre es una lesión directa, sino un síntoma encubierto y en algunas ocasiones una petición de auxilio no explícita.

Algunos estudios cuyos objetivos eran evaluar la actitud y la opinión del personal médico y de enfermería frente a la violencia doméstica, así como su preparación para detectar y atender a las pacientes en esta situación, determinaron que la escasa formación, la elevada presión asistencial y la falta de espacios apropiados para este tipo de atención, como las principales barreras para la detección de la VMCI<sup>28-94-95</sup>. Por lo tanto, sería necesario mejorar la formación del personal sanitario sobre cómo identificar y tratar a las mujeres que sufren VMCI<sup>93-96</sup>.

El papel de los/as profesionales sanitarios en la prevención primaria es limitado, pueden actuar a través de programas de educación para la salud que contemplen las relaciones interpersonales, la comunicación y la convivencia<sup>94</sup>.

En cuanto a la prevención secundaria, los/as profesionales sanitarios deben esforzarse en la detección precoz, no existe consenso en el beneficio de la aplicación de cuestionarios estandarizados, para el cribado sistemático de la VMCI<sup>97-98-99</sup>, a todas las mujeres que acuden a las consultas de atención primaria. La OMS recomienda a todos/as los/as profesionales sanitarios:

- Preguntar con regularidad, cuando sea factible, a todas las mujeres sobre la existencia de violencia doméstica, como tarea habitual dentro de las actividades preventivas
- Estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato y hacer su seguimiento

- Ofrecer atención sanitaria integral y registrarla en la historia de salud o historia clínica
- Ayudar a entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo
- Informar y remitir a las pacientes a los recursos disponibles de la comunidad
- Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida
- Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución
- Evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras ya que pueden reforzar el aislamiento, minar la confianza en ellas mismas y restar la probabilidad de que busquen ayuda
- Establecer una coordinación con otros y otras profesionales e instituciones
- Colaborar en dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos.

Lo cierto es que en muchas ocasiones existen dificultades para identificar la violencia sobre la mujer ejercida por su pareja o expareja, por parte de las mujeres que la sufren, (ver tabla 22), debido a factores socioculturales, mitos y/o estereotipos, a factores psicológicos como los miedos y/o el dolor emocional de las mujeres víctimas<sup>29</sup>.

**Tabla 22.- Dificultades para identificar la VMCI en la mujer víctima de violencia**

DIFICULTADES EN LAS MUJERES
<ul style="list-style-type: none"><li>• Miedos (a la respuesta de su pareja, a no ser entendida y ser culpabilizada, a que no se respete la confidencialidad, a no ser capaz de iniciar una nueva vida, a las dificultades económicas, judiciales, sociales, a lo que ocurra con sus hijos..)</li><li>• Baja autoestima, culpabilización</li><li>• Estar viviendo en una situación de especial vulnerabilidad (embarazo, senectud, discapacidad, inmigración, exclusión social, vivir en el medio rural)</li><li>• Ser dependiente económicamente. Estar fuera del mercado laboral</li><li>• Sentimientos de vergüenza y humillación</li><li>• Deseo de proteger a la pareja</li><li>• Desconfianza del Sistema Sanitario</li><li>• Minimización de lo que ocurre.</li><li>• Aislamiento y falta de apoyo familiar y social</li><li>• Tener incorporados creencias y valores sexistas</li><li>• Estar acostumbradas a ocultarlo</li><li>• Percepción del maltrato como algo “normal” dentro de la relación</li><li>• Bloqueo emocional por trauma físico o psíquico</li></ul>

Fuente: Protocolo Común para la actuación ante la Violencia de Género en el Sistema Nacional de Salud



Pero, también existen dificultades para identificar la violencia a la mujer por su pareja o expareja en los profesionales, las dificultades son debidas a factores socioculturales, y mitos y/o estereotipos, como en las mujeres; pero también, por la escasa formación sobre el tema<sup>29</sup>, ver tabla 23.

**Tabla 23.- Dificultades para identificar la VMCI en los profesionales de la salud**

<b>POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Estar inmersos en el mismo proceso de socialización sexista que el resto de la sociedad</li><li>• Haber internalizado mitos y estereotipos sobre la violencia de género</li><li>• No considerar la violencia como un problema de salud</li><li>• Vivir y/o haber vivido experiencias personales respecto a la violencia</li><li>• Creencia de que la violencia no es tan frecuente</li><li>• Intento de racionalización de la conducta del agresor</li><li>• Miedo a ofender a la mujer, a empeorar la situación, por su seguridad o por la propia integridad</li><li>• Desconocimiento de las estrategias para el manejo de estas situaciones</li><li>• Formación fundamentalmente biologicista (no abordaje de problemas psicosociales)</li><li>• Escasa formación en habilidades de comunicación en la entrevista clínica</li><li>• Desconocer que los hijos e hijas también son víctimas de la violencia de género</li><li>• Creer que la situación de maltrato, si no es directa, no está afectando a la salud de los menores</li></ul>

Fuente: Protocolo Común para la actuación ante la Violencia de Género en el Sistema Nacional de Salud

La detección precoz es vital para dar ayuda, soporte y tratamiento sanitario y social a la mujer víctima de violencia por su pareja o expareja. Para esto es necesario estar alerta, en las consultas de salud, ante la presencia en la mujer de signos y/o síntomas físicos, psíquicos y de relación, que deben hacer sospechar al profesional de ser resultado de actos violentos de cualquier tipo sobre ella, ver tabla 24.

**Tabla 24.- Indicadores de sospecha de la VMCI**

<b>EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA</b>	
Características de las lesiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retraso en la demanda de asistencia de las lesiones físicas</li> <li>• Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa</li> <li>• Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara/cabeza, brazos o muslos</li> <li>• Lesiones por defensa (en antebrazos y región dorsal)</li> <li>• Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de largo tiempo de evolución</li> <li>• Lesiones en genitales</li> <li>• Lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas</li> <li>• Lesión típica: rotura de tímpano</li> </ul>
Actitud de la mujer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, se altera por ejemplo al abrirse la puerta</li> <li>• Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza</li> <li>• Autoestima baja</li> <li>• Sentimientos de culpa</li> <li>• Estado de ansiedad o angustia, irritabilidad</li> <li>• Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil, evitar mirar a la cara</li> <li>• Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones</li> <li>• Falta de cuidado personal</li> <li>• Justifica sus lesiones o quita importancia a las mismas</li> <li>• Si está presente su pareja:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Temerosa en las respuestas</li> <li>- Busca constantemente su aprobación</li> </ul> </li> </ul>
Actitud de la pareja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicita estar presente en todo momento</li> <li>• Muy controlador, siempre contesta él o, por el contrario, despreocupado, despectivo o intentando banalizar los hechos</li> <li>• Excesivamente preocupado o solícito con ella</li> <li>• A veces colérico u hostil con ella o con el profesional</li> </ul>
Otros indicadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quejas crónicas de mala salud</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Cefaleas</li> <li>• Molestias gastrointestinales</li> <li>• Disfunciones sexuales</li> <li>• Consumo abusivo de medicamentos</li> <li>• Trastornos de la conducta alimentaria</li> <li>• Existencia de periodos de hiperfrecuentación en la utilización de los servicios sanitarios y otros de abandono</li> <li>• Estar en situaciones de mayor vulnerabilidad</li> <li>• Información, por parte de familiares o amigos, de que la mujer sufre VMCI</li> </ul>

Fuente: elaboración propia a partir de: Protocolo Común para la actuación ante la Violencia de Género en el Sistema Nacional de Salud

Si se detecta alguna de estas situaciones anteriores es recomendable formular preguntas genéricas que faciliten la identificación de la existencia de violencia, estas preguntas han de ser graduales y dirigidas en función de la respuesta de la mujer<sup>29-82-83</sup>, ver tabla 25.

**Tabla 25.- Ejemplos de preguntas ante sospecha VMCI**

<b>En el caso de sospecha por información de los antecedentes y características de la paciente:</b>
<p>He repasado su historial y encuentro algunas cosas que me gustaría comentar con usted. Veo que: (relatar los hallazgos), ¿a qué cree que se debe su malestar o problema de salud?, La encuentro algo intranquila ¿qué le preocupa? ¿Está viviendo alguna situación problemática que le haga sentirse así?, ¿qué me puede decir a esto? ¿cree que todo está relacionado?</p> <p>En muchos casos las mujeres que tienen problemas como los suyos, como... (relatar algunos de los identificados, los más significativos), suelen ser a causa de que están recibiendo algún tipo de maltrato por parte de alguien, por ejemplo, su pareja, ¿es éste su caso?</p> <p>En caso de sospecha por antecedentes como dispareunia, dolor pélvico..., preguntar acerca de si sus relaciones afectivas y sexuales son satisfactorias o no</p>
<b>En el caso de sospechar por las lesiones físicas que presenta</b>
<p>Esta lesión suele aparecer cuando se recibe un empujón, golpe, corte, puñetazo, ¿es eso lo que le ha ocurrido?</p> <p>¿Su pareja o alguna otra persona utiliza la fuerza contra usted?, ¿cómo?, ¿desde cuándo?</p> <p>¿Alguna vez la han agredido más gravemente? (palizas, uso de armas, agresión sexual)</p>
<b>En el caso de sospecha por los síntomas o problemas psíquicos encontrados</b>
<p>Me gustaría conocer su opinión sobre esos síntomas que me ha contado (ansiedad, nerviosismo, tristeza, apatía.): ¿Desde cuándo se siente usted así? ¿A qué cree usted que se deben? ¿Los relaciona con algo?</p> <p>¿Ha sucedido últimamente algo en su vida que le tenga preocupada o triste? ¿Tiene algún problema quizás con su pareja? ¿O con sus hijas o hijos? ¿Con alguien de su familia? ¿En el trabajo?</p> <p>Parece como si se encontrara alerta, asustada, ¿Qué teme?</p> <p>¿Tiene alguna dificultad para ver a sus amistades o familiares? ¿Qué le impide hacerlo?</p>
<b>En el caso de sospecha en situaciones de especial vulnerabilidad</b>
<p>“Durante el embarazo a veces, se agudizan los problemas o conflictos de pareja ¿se encuentra usted en esta situación? ¿cómo vive su pareja el embarazo? ¿se siente apoyada por él?”</p> <p>Se ha visto que al estar lejos del país pueden aumentar los problemas en la pareja ¿cómo va su relación? ¿se siente sola?”</p> <p>Se sabe que, en ocasiones cuando hay algún tipo de discapacidad se puede ver afectada la relación de pareja ¿cómo van las cosas en casa?</p>

Fuente: Protocolo Común para la actuación ante la Violencia de Género en el Sistema Nacional de Salud

Cuando los profesionales sanitarios, que ejercen en centros de atención primaria, sospechan de la existencia de VMCI, deben registrar la sospecha y la actuación que se realiza, e informar a la mujer de la situación. La mayoría de las mujeres negaran la situación, por lo que será necesario realizar un seguimiento, con el fin de concienciar a la mujer y conseguir la decisión de cambiar su situación, para ello será necesario:

- Establecer una relación de confianza
- Trabajar con la mujer la toma de conciencia acerca de las relaciones de maltrato y el impacto en su salud
- Atención integral/interdisciplinar de los problemas físicos/psíquicos/sociales encontrados
- Planificar visitas de seguimiento: acompañar a la mujer en el reconocimiento de la situación de violencia y en la toma de decisiones, de manera empática
- Proponer, si existe la posibilidad y se considera adecuado, la participación en intervenciones grupales (grupos de mujeres en el centro o en otros recursos de la zona). Los grupos de mujeres coordinados por profesionales especializados permiten a las mujeres ir tomando conciencia de que la situación que están viviendo puede cambiarse
- Si existe sospecha consistente de Violencia de Género y se valora la situación como de riesgo para la mujer, se puede comunicar al ministerio fiscal para su investigación.

En el momento que la mujer reconozca la situación que está sufriendo, y haya decidido elaborar un proyecto de vida propio, los profesionales sanitarios en aplicación, tanto del protocolo de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la JCCM<sup>82</sup>, como el del Consejo Interterritorial del SNS<sup>29</sup>, deberán realizar:

1. Una valoración integral que incluya: exploración minuciosa de las lesiones, de su estado emocional y de su situación social, informándole de las exploraciones que se realizan y de su finalidad.
2. Evaluación de si la mujer se encuentra en riesgo de sufrir nuevas agresiones, con el fin de adoptar, si fuera necesario, medidas de protección:

- Si existe riesgo inmediato, se procederá a la comunicación a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (Policía Nacional, Local o Guardia Civil), a fin de establecer los mecanismos de protección oportunos. Se informará a la mujer de las estrategias a seguir, y se identificarán los recursos de apoyo con los que cuenta y si existen personas dependientes a su cargo, se podrán en marcha medidas de actuación con los hijos e hijas y otras personas dependientes si las hubiera. El parte de lesiones y el informe médico se remitirán urgentemente al juez y se derivará a la mujer, con carácter de urgencia, al trabajador/a social o a los servicios de apoyo de 24 horas de emergencias sociales para mujeres maltratadas.
  - Si no existe un riesgo inmediato, se comunicará la intervención realizada a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad para que realicen las investigaciones pertinentes y al Centro de la Mujer o la Delegación Provincial del Instituto de la Mujer, a fin de que éstos tengan conocimiento de la situación de violencia. Dicha comunicación se realizará preferentemente, por el/la trabajador/a social del Centro Sanitario. Los/as profesionales sanitarios trabajarán con la mujer la toma de conciencia del impacto en la salud de la relación de maltrato que está viviendo, se atenderán todos los problemas de salud encontrados, si es necesario se emitirá un parte de lesiones, y se establecerá un plan de seguimiento para ayudar a la mujer en el afrontamiento de la situación y prevenir nuevas situaciones de violencia.
3. Explorar las expectativas de la mujer y la situación en la que se encuentra en relación a la toma de decisiones de cambios en su vida, aspectos que son muy importantes de cara a adaptar la intervención a la situación de la mujer.

En todos los casos, se facilitará a la mujer información sobre sus derechos, sobre la posibilidad de interponer denuncia y solicitar una Orden de Protección, facilitando el formulario y su cumplimentación. Asimismo, se facilitarán los teléfonos y direcciones de los Centros de la Mujer, Teléfonos Gratuitos del Servicio de Atención Permanente (900 100 114 y 016) y sobre la posibilidad de acceder a un Centro de acogida, en caso

de necesitarlo. Se informará de la dirección y teléfono de la Oficina de Asistencia a las Víctimas de Delitos.

#### **4.6. Implicaciones éticas y legales de los profesionales de la salud**

La atención de los/as profesionales sanitarios a las mujeres que sufren VMCI se enfrenta en algunas ocasiones a la contraposición entre las obligaciones legales y los principios éticos que rigen su conducta. La situación que ocurre con mas frecuencia es cuando la mujer no quiere denunciar la situación, lo que aboca a los/as profesionales a decidir entre cumplir con el mandato legal o respetar los derechos de la mujer.

##### **4.6.1. Derechos de la mujer**

La Ley Orgánica 1/2004<sup>19</sup> reconoce que las mujeres que sufren VMCI, con independencia de su origen, religión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social y, en su caso, a sus hijas e hijos y personas dependientes a su cargo, según se recoge en el protocolo común para la actuación ante la violencia de género en el SNS (2012)<sup>29</sup>, los siguientes derechos:

- Derecho a una atención especializada y adecuada a sus necesidades, a servicios sociales de atención, emergencia, apoyo, acogida y recuperación integral. La atención multidisciplinar implicará: información sobre sus derechos y los recursos, atención psicológica, apoyo social, seguimiento de las reclamaciones de los derechos. La información se dará de forma que sea accesible y comprensible, con traducción al lenguaje de signos, en su caso, o en las diferentes lenguas para mujeres procedentes de otros países
- Derecho a protección y seguridad, a solicitar una orden de protección, a la defensa jurídica, inmediata y especializada y, en su caso, gratuita.
- Derechos laborales y prestaciones de la Seguridad Social, derechos sociales y económicos, apoyo a la formación e inserción laboral.
- Derecho, como colectivo prioritario, al acceso a la vivienda protegida y residencias públicas para mayores.

Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente<sup>100</sup>, reconoce a todos/as los usuarios/as del sistema sanitario el derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles, tiene derecho a negarse al tratamiento propuesto y, derecho a que se respete su decisión. También, tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.

#### 4.6.2. Normas legales que guían la actuación profesional

La Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género<sup>19</sup> articula un conjunto de medidas para proporcionar una respuesta global a la VMCI, abarcando aspectos de sensibilización e intervención en el ámbito educativo, sanitario, social, asistencial y de atención, así como normas procesales, penales y civiles. En esta Ley se contempla que la VMCI es un delito y el personal sanitario está obligado a poner en conocimiento de la autoridad judicial la posible existencia de un hecho delictivo.

Por otra parte, la Ley de Enjuiciamiento Criminal<sup>101</sup>, recoge:

- En el artículo 262: *“Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieran noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al tribunal competente, al juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratase de un delito flagrante”*
- En el artículo 355 menciona de forma explícita la obligación de los/as profesionales sanitarios: *“Si el hecho criminal que motive la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los médicos que asistieran al herido estarán obligados a dar parte de su estado”*.

El Real Decreto 1030/2006<sup>92</sup> que establece la Cartera de Servicios comunes del SNS, en cuanto a la comunicación a las autoridades competentes, señala como función del personal sanitario:

- En el Anexo II, apartado 6.6.3: *“Comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en el caso de sospecha de violencia de género o de malos tratos en menores, ancianos y personas con discapacidad y, si procede, a los servicios sociales”*.
- En el Anexo IV, apartado 2.8, *“La comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en el caso de sospecha de violencia de género o de malos tratos en menores, ancianos y personas con discapacidad”*.

La comunicación se realizará haciendo llegar a las autoridades el parte de lesiones o el informe médico, esto permite la puesta en marcha de las medidas necesarias para la protección de la mujer y de todas las personas a su cargo.

Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente<sup>100</sup>, identifica como principios básicos que deben regir la actuación sanitaria la dignidad de la persona, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad. Toda actuación sanitaria requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley. Los/as profesionales sanitarios están obligados no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente, así como, a guardar la reserva debida de esta información.

También es preciso mencionar que el Código de Deontología Médica recoge<sup>102</sup>, en el capítulo XV sobre tortura y vejación de la persona, artículo 60: *“El médico jamás debe participar, secundar o admitir actos de tortura o de malos tratos, cualesquiera que sean los argumentos invocados para ello. Está obligado, por el contrario, a denunciarlos a la autoridad competente”*.

En el Código Deontológico de la Enfermería Española<sup>103</sup>, establece:



- En el capítulo II sobre la enfermera y el ser humano, deberes de las enfermeras, en su artículo 5: *“las Enfermeras/os deben proteger al paciente, mientras esté a su cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal”*. En el artículo 6: *“En ejercicio de sus funciones, las Enfermeras/os están obligados a respetar la libertad del paciente, a elegir y controlar la atención que se le presta”*. En el artículo 7: *“El consentimiento del paciente, en el ejercicio libre de la profesión, ha de ser obtenido siempre, con carácter previo, ante cualquier intervención de la Enfermera/o. Y lo harán en reconocimiento del derecho moral que cada persona tiene a participar de forma libre, y válidamente manifestada sobre la atención que se le preste”*.
- En el capítulo III sobre derechos de los enfermos y profesionales de enfermería, en el artículo 19: *“La Enfermera/o guardará en secreto toda la información sobre el paciente que haya llegado a su conocimiento en el ejercicio de su trabajo”*. En el artículo 20: *“La Enfermera/o informará de los límites del secreto profesional y no adquirirá compromisos bajo secreto que entrañen malicia o dañen a terceros o a un bien público”*. En el artículo 21: *“Cuando la Enfermera/o se vea obligada a romper el secreto profesional por motivos legales, no debe olvidar que moralmente su primera preocupación, ha de ser la seguridad del paciente y procurará reducir al mínimo indispensable la cantidad de información revelada y el número de personas que participen del secreto”*.

#### **4.6.3. Principios éticos que deben guiar la actuación profesional**

En la toma de decisiones profesionales es necesario tener en cuenta los principios básicos de la bioética<sup>29-104-105-106-107</sup>:

- Principio de no maleficencia: evitar perjuicios con las intervenciones, minimizando los daños, si se emite un parte de lesiones sin que la mujer reconozca su situación y sin tener establecidas medidas de protección, puede agravar la situación y empeorar de forma involuntaria la seguridad de la mujer. Por lo tanto, siempre que se tome la decisión de emitir un parte de lesiones, es

necesario informar a la mujer previamente, valorar con ella su seguridad y tomar medidas para su protección. Si la mujer manifiesta su deseo de que no se emita un parte de lesiones, es necesario indagar en las causas de esta negativa, si se sospecha que la emisión del parte puede poner en riesgo la vida de la mujer, sus hijos e hijas u otras personas su cargo, se debe planificar con la mujer las medidas que garanticen su seguridad.

- Principio de beneficencia: Velar por la vida y el beneficio de la salud, promoviendo la salida de la víctima del entorno de violencia. Todas las intervenciones deben estar dirigidas hacia el objetivo de mejorar la calidad de vida y de garantizar la seguridad de la mujer en situación de violencia. La emisión del parte de lesiones o el informe médico alertan a las autoridades judiciales y permite poner en marcha las medidas legales dirigidas a la protección de la mujer. Por el contrario, si no se emite un parte de lesiones en los casos necesarios, no estaremos atendiendo al principio de beneficencia.
- Principio de justicia: la sociedad está obligada a legislar para eliminar las barreras que imposibilitan la igualdad, en muchas ocasiones la razón por la que la mujer se niega a denunciar la situación de violencia se debe a una situación económica precaria. Es necesario que la sociedad dote de recursos a estas mujeres para que no tengan barreras que les impidan denunciar.
- Principio de autonomía: una mujer es autónoma cuando es independiente, deberíamos considerar que grado de autonomía tiene una mujer que sufre VMCI, en cualquier caso, en todos los códigos deontológicos profesionales y el la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente<sup>91</sup> reconocen que se deben respetar las decisiones que tome el paciente. Los/as profesionales sanitarios deben acompañar a la mujer y potenciar su autonomía. Para que las mujeres puedan tomar decisiones informadas y ser protagonistas de su propio proceso de recuperación, han de ser informadas de las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, de las consecuencias probables de actuar o no actuar, de los beneficios y riesgos esperados, también y además, como medida para garantizar su seguridad.

Tanto en el Código Deontológico Médico<sup>102</sup>, en el artículo 27.2, como en el de Enfermería<sup>103</sup>, en el artículo 19, se recoge el secreto profesional como un deber profesional y un derecho del paciente. El mantenimiento del secreto profesional implica:

- El registro confidencial de la información: el contenido y la forma en que se registre la información en la historia clínica dependerá, entre otras razones, del personal que tenga acceso a ella
- Preservar la privacidad de los datos personales que pudieran permitir la identificación y localización de las mujeres, poniendo en riesgo su seguridad. Todo el personal, también el administrativo, debe ser consciente de la necesidad de garantizar la confidencialidad de los datos que identifican a la mujer, ya que habitualmente el personal es el mismo para todos los miembros de la unidad familiar, incluyendo a los hijos e hijas mayores de 14 años, y al propio agresor
- Garantizar un ambiente de intimidad durante las entrevistas, sin la presencia de familiares u otras personas de su entorno, y en la realización de pruebas u otras intervenciones sanitarias
- No compartir información sobre la mujer con miembros del equipo en espacios que no sean estrictamente profesionales.

En el caso de que se emita un parte de lesiones, no se debe adjuntar la historia clínica de la mujer, ya que en caso de que se inicie un procedimiento judicial, la parte denunciada tendrá acceso a toda la información remitida. La información que se remita al juez, en el informe médico, será la estrictamente necesaria y relacionada con la situación de violencia.

#### **4.6.4. Dilemas éticos**

La atención a las mujeres que sufren VMCI pueden originar dilemas éticos en el personal sanitario<sup>29-105-106-107</sup>, ya que se produce una contraposición entre los deberes del personal y los derechos de las mujeres. La situación mas habitual es, la negativa de la mujer de que se emita el parte de lesiones cuando se evidencia por parte del

personal que la mujer sufre VMCI, en este caso se enfrenta la obligatoriedad de profesional de denunciar un delito, con el respeto al principio de autonomía de la mujer, a la confidencialidad de la información e incluso frente al principio de no maleficencia.

El protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género<sup>29</sup> recomienda no emitir el parte de lesiones si la mujer no lo acepta, solamente se emitirá el parte cuando objetivamente la mujer se encuentre en una situación en la corra peligro su vida, se hace valer el principio de no maleficencia. Si la mujer no se encuentra en peligro inminente puede posponerse la emisión del parte mientras los/as profesionales sanitarios tras evaluar de manera interdisciplinar la situación de la mujer, planifican una estrategia de seguimiento, acompañamiento e información sobre la mujer con el fin de hacerle ver la realidad y proporcionarle soluciones.

También puede ocurrir que el profesional sanitario tenga dudas sobre si realmente sufre VMCI, y teme poner en marcha el mecanismo judicial, el protocolo propone comunicarlo a la fiscalía que se encargara de recoger información sobre los hechos denunciados antes de que se ponga en marcha la acción judicial. Según establece la Ley de Enjuiciamiento criminal, la Fiscalía podrá, con carácter previo a la acción judicial, ordenar la realización de diligencias preprocesales para recabar más datos e información acerca de los hechos denunciados. Siempre habrá que tener presente que la actuación de los/as profesionales sanitarios, debe priorizar la protección de la mujer y su familia.

Es fácil que la mujer y su maltratador sean pacientes de la misma consulta, ambos tienen derecho a ser atendidos, esta situación común en atención primaria, puede provocar un conflicto en el profesional, dificulta el manejo de la información y enturbiar la relación con el maltratador. Esta situación puede crear temor a las represalias del supuesto agresor, tanto por ser acusados/as de calumnias en vía judicial, como por la posibilidad de sufrir represalias físicas o de otro tipo. En este caso si es posible se recomienda el cambio de consulta de uno de los miembros de la pareja.

Cuando el maltratador pide ayuda al profesional sanitario porque no es capaz de manejar los episodios violentos, debemos considerar cual es el perfil del maltratador, habitualmente se considera que tiene un problema mental o un trastorno de la personalidad y derivarlo a psiquiatría. No siempre es así, se impone una valoración minuciosa de la situación y planificar junto con otros profesionales pautas de rehabilitación grupal y/o individual.

---

---

# Parte Empírica

---





---

## Capítulo 5.- Objetivos, Hipótesis y Metodología

---



La información presentada previamente en los Capítulos 1, 2, 3 y 4 constituye el marco de referencia en base al cual se formulan los objetivos e hipótesis de trabajo de la presente investigación.

Dichos objetivos e hipótesis y la metodología empleada para la realización del presente trabajo de investigación se presentan a continuación. En el primer y segundo apartado de este Capítulo se exponen los objetivos y las hipótesis planteadas en este estudio. En el siguiente, se describen las características de la población y la muestra de esta investigación. En el cuarto apartado se exponen las variables utilizadas y el instrumento utilizado para su medición. El procedimiento seguido para la recogida de información se muestra en el quinto apartado. Y, por último, se detallan los análisis estadísticos efectuados.

## **5.1. Objetivos e hipótesis del proyecto**

El objetivo general de la presente investigación consiste en avanzar en el estudio de la sensibilidad de los profesionales de la salud de Atención Primaria del Área Integrada de Salud de Guadalajara ante la violencia contra la mujer ejercida por su pareja o expareja. Para medir el nivel de sensibilización se utilizarán una serie de variables dependientes (conocimientos, creencias, percepciones y actitud de los profesionales) y variables demográficas (categoría profesional, género, edad, experiencia laboral, convivencia en pareja y el centro de salud en el que trabaja).

### **5.1.1. Objetivos específicos:**

En relación al objetivo general anteriormente planteado se espera conseguir los siguientes objetivos específicos:

1. Estimar el conocimiento de los profesionales sanitarios sobre la violencia contra las mujeres ejercida por su pareja, por género, edad, experiencia laboral, vivir o haber vivido o no en pareja y centro de trabajo.

2. Conocer las creencias de los profesionales de la salud sobre la violencia contra la mujer por género, edad, experiencia laboral, vivir o haber vivido o no en pareja y centro de trabajo.
3. Analizar la percepción que sobre el problema de la violencia contra las mujeres tienen los profesionales sanitarios por género, edad, experiencia laboral, vivir o haber vivido o no en pareja y centro de trabajo.
4. Estudiar el comportamiento de los profesionales de la salud ante la detección de casos de violencia contra las mujeres ejercida por su pareja, por género, edad, experiencia laboral, vivir o haber vivido o no en pareja y centro de trabajo.

### **5.1.2. Hipótesis**

En base a los trabajos previos existentes y en función de los objetivos planteados, se pueden formular las siguientes hipótesis:

**Hipótesis 1** Sobre los conocimientos del personal sanitario ante la violencia contra las mujeres ejercida por sus parejas:

*Hipótesis 1.1* Demuestran mayor nivel de conocimientos sobre el tema las/os profesionales enfermeras/os que los/as profesionales médicos/as.

*Hipótesis 1.2* Demuestran mayor nivel de conocimientos las profesionales mujeres que los profesionales hombres.

*Hipótesis 1.3* Demuestran mayor nivel de conocimientos los/as profesionales de mayor edad.

*Hipótesis 1.4* Demuestran menor nivel de conocimientos los/as profesionales con mas experiencia laboral.

*Hipótesis 1.5* Demuestran mayor nivel de conocimientos los/as profesionales que viven o han vivido en pareja.

*Hipótesis 1.6* Demuestran mayor nivel de conocimientos los/as profesionales que trabajan en centros de salud localizados en poblaciones con mayor número de habitantes.

**Hipótesis 2** Sobre las creencias del personal sanitario ante la violencia contra las mujeres ejercida por su pareja:

*Hipótesis 2.1* Tienen menos estereotipos las/os profesionales enfermeras/os que los/as profesionales médicos/as.

*Hipótesis 2.2* Tienen menos estereotipos las profesionales mujeres que los profesionales hombres.

*Hipótesis 2.3* Tienen menos estereotipos las/os profesionales mas jóvenes.

*Hipótesis 2.4* Tienen mas estereotipos las/os profesionales con mas experiencia laboral.

*Hipótesis 2.5* Tienen menos estereotipos las/os profesionales que viven o han vivido en pareja.

*Hipótesis 2.6* Tienen menos estereotipos las/os profesionales que trabajan en centros de salud localizados en poblaciones con mayor número de habitantes.

**Hipótesis 3** Sobre la percepción del personal sanitario ante el problema de la violencia contra las mujeres ejercida por sus parejas:

*Hipótesis 3.1* Perciben la violencia contra la mujer como un problema de salud, mayor número de profesionales de enfermería que profesionales de medicina.

*Hipótesis 3.2* Perciben la violencia contra la mujer como un problema de salud, mayor número de profesionales mujeres que profesionales hombres.

*Hipótesis 3.3* Perciben la violencia contra la mujer como un problema de salud, mayor número de profesionales jóvenes que de mayor edad.

*Hipótesis 3.4* Perciben la violencia contra la mujer como un problema de salud, menor número de profesionales con mayor experiencia laboral.

*Hipótesis 3.5* Perciben la violencia contra la mujer como un problema de salud, mayor número de profesionales que viven o han vivido en pareja.

*Hipótesis 3.6* Perciben la violencia contra la mujer como un problema de salud, mayor número de profesionales que trabajan en centros de salud localizados en poblaciones con mayor número de habitantes.

**Hipótesis 4** Sobre la actitud de los profesionales de la salud, ante la violencia contra las mujeres ejercida por sus parejas:

*Hipótesis 4.1* Están mas expectantes ante la detección de violencia contra la mujer el personal de enfermería que el personal médico

*Hipótesis 4.2* Están mas expectantes ante la detección de violencia contra la mujer las enfermeras y médicas que los enfermeros y médicos

*Hipótesis 4.3* Están mas expectantes ante la detección de violencia contra la mujer los/as profesionales más jóvenes.

*Hipótesis 4.4* Están menos expectantes ante la detección de violencia contra la mujer los/as profesionales con mayor experiencia laboral

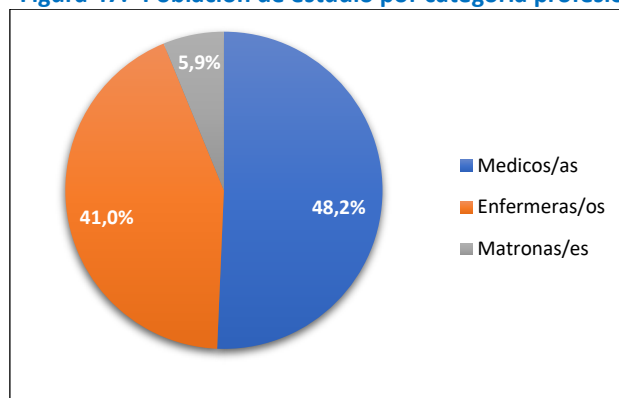
*Hipótesis 4.5* Están mas expectantes ante la detección de violencia contra la mujer los/as profesionales que viven o han vivido en pareja.

*Hipótesis 4.6* Están mas expectantes ante la detección de violencia contra la mujer los/las profesionales que trabajan en centros de salud localizados en poblaciones con mayor número de habitantes.

## 5.2. Descripción de la muestra.

La población de estudio está compuesta (ver figura 47), según datos aportados por la Dirección de Atención Primaria del Área Integrada de Salud de Guadalajara, por 399 profesionales, de los que el 48,2% (N= 202) son médicos/as, el 41,0% (N= 172) son enfermeras/os y el 5,9% (N= 25) matronas/es.

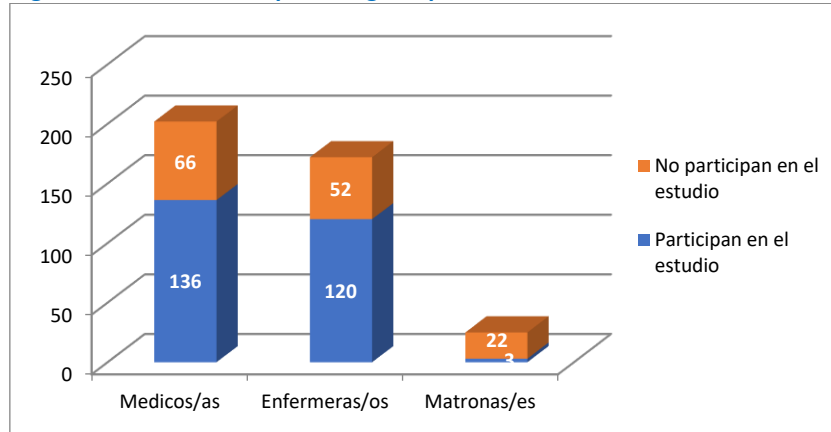
Figura 47.- Población de estudio por categoría profesional



Se han recogido un total de 259 encuestas validas, lo que supone un 61,8% de los profesionales sanitarios, la participación en función de la categoría profesional (ver figura 48), determina que de los 202 médicos/as de familia que conforman el total de

la plantilla, han participado un 67,3% (N= 136); de las/os 172 enfermeras/os han participado un 69,7% (N= 120), y del total de 25 matronas/es han participado un 12,0% (N= 3).

**Figura 48.- Distribución por categoría profesional**



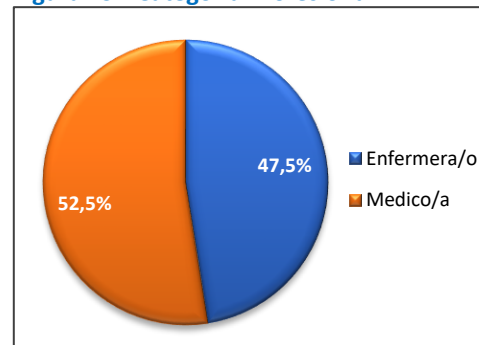
Debido al bajo número de matronas participantes, se ha decidido incluirlas dentro del grupo de enfermeras/os, al ser también enfermeras, lo que facilita el tratamiento estadístico de los datos.

Si tenemos en cuenta la categoría profesional, de las 259 encuestas recogidas el 52,5% (N=136) pertenecen a médicos/as y, el 47,5% (N=123) a enfermeras/os (ver figura 49), según se refleja en la tabla 26, todas las encuestas recogidas señalaban alguna de las opciones.

**Tabla 26.- Categoría Profesional**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Enfermera/o	123	47,5	47,5	47,5
Médico/a	136	52,5	52,5	100,0
Total	259	100,0	100,0	

**Figura 49.- Categoría Profesional**



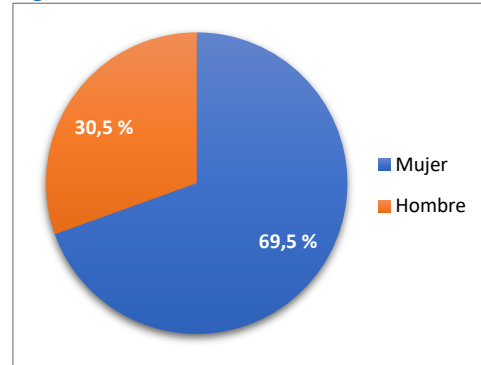


La distribución por sexo de la muestra determina, según se aprecia en la tabla 27 y la figura 50, que el 69,5% (N=180) son mujeres y el 30,5% (N= 79) son hombres.

**Tabla 27.-Sexo**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mujer	180	69,5	69,5	69,5
Hombre	79	30,5	30,5	100,0
Total	259	100,0	100,0	

**Figura 50.- Sexo**

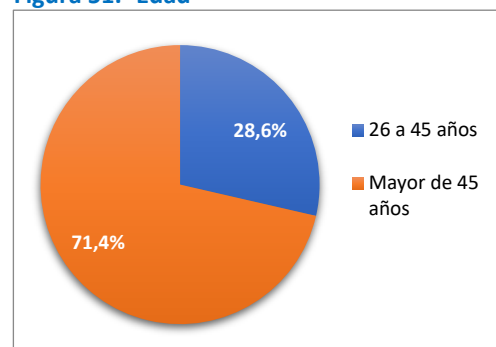


De los profesionales encuestado un 71,4% (N= 185) se encuentra entre las décadas de 46 a 55 años y mayores de 56 años, ver tabla 28. La edad de los profesionales encuestados se ha reagrupado en dos únicos grupos, debido a la distribución porcentual en cada grupo de edad y para facilitar su análisis estadístico, dividiendo la muestra entre 26 y 45 años y mayores de 45 años. Los profesionales cuya edad se encuentra en el rango de 26 a 45 años suponen el 28,6% (N= 74), mientras que los mayores de 45 años suponen el 71,4% (N= 185), ver figura 51.

**Tabla 28.- Edad**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
26-35 años	13	5,0	5,0	5,0
36-45 años	61	23,6	23,6	28,6
46-55 años	95	36,7	36,7	65,3
Mayor 56 años	90	34,7	34,7	100,0
Total	259	100,0	100,0	

**Figura 51.- Edad**

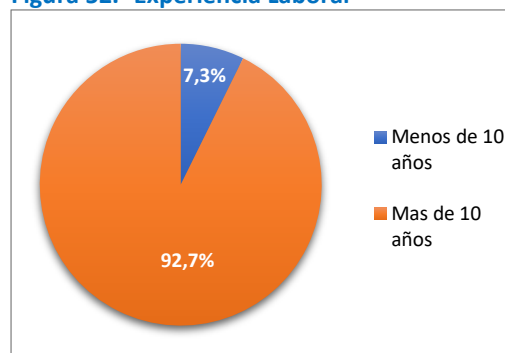


En cuanto a la experiencia laboral, ver tabla 29 y figura 52, de los/as profesionales que responden la encuesta, el 92,7% (N=240) tienen más de 10 años de experiencia laboral, el 7,3% (N= 19) menos de 10 años.

**Tabla 29.- Experiencia Laboral**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menos de 10 años	19	7,3	7,3	7,3
Más de 10 años	240	92,7	92,7	100,0
Total	259	100,0	100,0	

**Figura 52.- Experiencia Laboral**

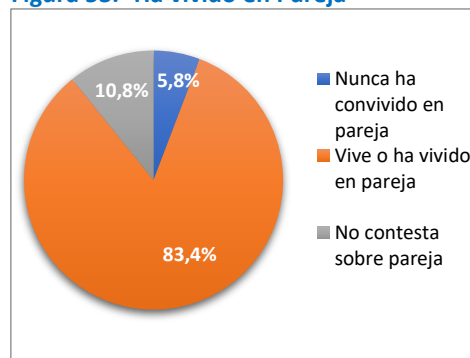


Atendiendo a si han convivido o no en pareja (ver tabla 30 y figura 53), de los/as profesionales que han contestado a la encuesta el 83,4% (N= 216) vive o ha vivido en pareja, mientras que el 5,8% (N= 15) nunca ha vivido en pareja y el 10,8% (N= 28) no contesta.

**Tabla 30.- Ha vivido en Pareja**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca ha convivido en pareja	15	5,8	5,8	5,8
Vive o ha vivido en pareja	216	83,4	83,4	89,2
No contesta sobre pareja	28	10,8	10,8	100,0
Total	259	100,0	100,0	

**Figura 53.- Ha vivido en Pareja**



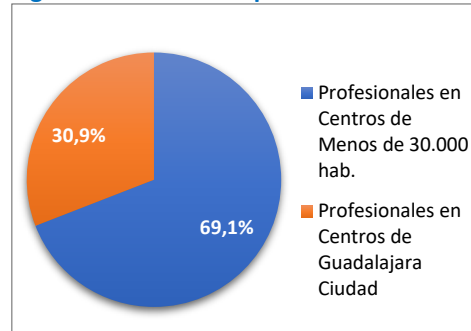
Se han agrupado los diferentes centros de salud en función del tamaño de la población donde se localizan. Un grupo lo forman los centros de salud de Guadalajara ciudad, con una población superior a 30.000 habitantes, y el otro grupo lo forman los centros de salud situados en localidades con menos de 30.000 habitantes.

Como podemos apreciar en la tabla 31 y en la figura 54, el 69,1% (N= 179) de los profesionales trabaja en centros de salud que atienden a menos de 30.000 habitantes, y el 30,9% (N= 80) trabaja en Guadalajara ciudad.

**Tabla 31.- Estrato de población**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Poblaciones Menor 30.000	179	69,1	69,1	69,1
Guadalajara ciudad	80	30,9	30,9	100,0
Total	259	100,0	100,0	

**Figura 54.- Estrato de población**



### 5.3. Variables

En este apartado se definen las variables agrupadas en dos tipos: variables sobre el estudio de los profesionales de la salud ante la VMCI, y variables sociodemográficas.

#### 5.3.1. Variables de la sensibilización de los profesionales de la salud ante la violencia a la mujer ejercida por su pareja

Las variables que se diseñan son aquellas que permiten medir, ver tabla 32:

- A. El nivel de conocimientos que los profesionales sanitarios tienen sobre la VMCI, se determina mediante: el concepto, la frecuencia de los diferentes tipos de violencia, los casos no diagnosticados (fenómeno Iceberg y porcentajes de no detección), y signos síntomas de sospecha.
- B. Las creencias de los profesionales sobre la VMCI, se determina mediante: la identificación del perfil de la víctima y el del maltratador y la consideración de factores determinantes como la clase social.

- C. La percepción de los profesionales ante la VMCI, se determina mediante: la consideración sobre la frecuencia e importancia del problema, su opinión sobre si las mujeres lo comunican con facilidad y la infradetección.
- D. Las actitudes de los profesionales ante la VMCI, se determina mediante: mantenimiento de una actitud expectante, reconocimiento de las pautas de actuación cuando atienden a una mujer con lesiones físicas, la importancia de la formación específica y el trabajo interdisciplinar.

**Tabla 32.- Variables de estudio**

<b>Variables dependientes</b>
Conocimientos sobre VMCI <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia del protocolo de atención</li> <li>• Terminología utilizada</li> <li>• El fenómeno iceberg,</li> <li>• La frecuencia</li> <li>• Las normas legales</li> </ul>
Creencias sobre VMCI <ul style="list-style-type: none"> <li>• El perfil de la víctima</li> <li>• El del maltratador</li> <li>• La clase social en la que es mas habitual que se produzcan sucesos de VMCI</li> </ul>
Percepción ante VMCI <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia del problema</li> <li>• Importancia del problema</li> <li>• Comunicación del problema</li> <li>• La infradetección</li> </ul>
Actitud de los profesionales ante <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expectante para la detección del problema</li> <li>• Sospecha ante una mujer con lesiones físicas,</li> <li>• Importancia de la formación específica</li> <li>• trabajo interdisciplinar</li> </ul>
<b>Variables independientes</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• categoría profesional</li> <li>• sexo</li> <li>• edad</li> <li>• experiencia laboral</li> <li>• vive o ha vivido en pareja</li> <li>• centro salud en el que trabaja</li> </ul>

### **5.3.2. Variables Sociodemográficas**

Las variables independientes analizadas en este trabajo, ver tabla 32, son: la categoría profesional (enfermera/o y medico/a), sexo (hombre, mujer), edad (menos de 45 años, mas de 45 años), experiencia laboral (menos de 10 años, mas de 10 años), convivencia

en pareja (vive o ha vivido en pareja, nunca ha vivido en pareja) y centro salud en el que trabaja (centros que atienden a menos de 30.000 habitantes centros que atienden poblaciones de mas de 30.000 habitantes)

#### 5.4. Instrumento de medida

Como instrumento de medida se utiliza en esta investigación el cuestionario diseñado por R. Siendones Castillo et al<sup>107</sup>, y las modificaciones realizadas por Arredondo Provecho et al<sup>108</sup> para su adaptación a atención primaria. El cuestionario se diseñó a partir de la revisión de documentación científica y el consenso de los profesionales. Para la elaboración del cuestionario se contó con la colaboración de varios profesionales con experiencia en violencia doméstica. Después de realizar varias pruebas antes del diseño definitivo, el cuestionario se estructuro en base a tres dominios: el grado de formación sobre el tema de estudio, barreras de actitud y propuestas de mejora y barreras organizativas y propuestas de mejora.

Este cuestionario ha sido utilizado en varios estudios <sup>28-92-95-107-108-109</sup> cuyo objetivo era medir los conocimientos y las actitudes de los profesionales sanitarios sobre la violencia que sufre la mujer por parte de sus parejas o exparejas, tanto en atención primaria como en especializada. Estos estudios consideran el cuestionario validado mediante su uso.

Para este trabajo se utiliza el cuestionario original desestimando aquellas preguntas que tienen que ver con las barreras organizativas, pues no es objeto de esta investigación.

En la encuesta (ver Anexo 1), de carácter anónimo y voluntario, se recogen datos sociodemográficos sobre: categoría profesional, sexo, edad, experiencia laboral, vive o ha vivido en pareja y centro salud en el que trabaja. Consta de 23 preguntas de respuesta cerrada, en la que se exploran:

- A. El nivel de conocimientos que los/as profesionales sanitarios tienen sobre la VMCI, para el que se utilizaran los siguientes indicadores de medida:

- a. Conocimiento de existencia y contenido del protocolo de atención sanitaria a mujeres que sufren VMCI.
  - b. Conocimiento del significado de terminología habitual para designar la VMCI.
  - c. Conocimiento de los casos no diagnosticados (fenómeno iceberg y porcentajes de no diagnóstico)
  - d. Conocimiento de la frecuencia de los distintos tipos de VMCI.
  - e. Conocimiento de las obligaciones y repercusiones legales.
  - f. Conocimientos de signos síntomas de sospecha.
- B. Las creencias que los/as profesionales sanitarios tienen sobre la VMCI, para lo que se utilizarán los siguientes indicadores de medida:
- a. Identificación del perfil de la víctima.
  - b. Identificación del perfil del maltratador
  - c. Identificación del estrato social en el que es más frecuente la VMCI.
- C. La percepción que los/as profesionales sanitarios tienen sobre la VMCI, para lo que se utilizarán los siguientes indicadores de medida:
- a. Percepción de la frecuencia e importancia del problema de la VMCI.
  - b. Reconocimiento de casos de VMCI cercanos.
  - c. Número de casos diagnosticados en los últimos tres meses.
  - d. Percepción sobre la comunicación del problema por parte de la víctima.
  - e. Percepción sobre la infradetección de los casos de VMCI.

- D. Las actitudes que los/as profesionales sanitarios tienen sobre la VMCI, para lo que se utilizarán los siguientes indicadores de medida:
- a. Mantenimiento de una actitud expectante para detectar casos de VMCI.
  - b. Sospecha de VMCI ante una mujer con lesiones físicas.
  - c. Actitud colaborativa con otros profesionales implicados también en la atención a las mujeres que sufren VMCI.
  - d. Importancia de la formación específica sobre la VMCI.

### **5.5. Procedimiento para la recogida de información**

Previamente al comienzo del estudio se presenta el proyecto de investigación ante la comisión de investigación del Hospital Universitario de Guadalajara, obteniendo un informe favorable para la realización del estudio. (Anexo 2)

Se solicita a la dirección de Atención Primaria el número de profesionales de medicina y de enfermería que trabajan en los diferentes equipos de atención primaria, la composición de la plantilla es de 202 médicos/as, 172 enfermeras/os. También se solicita la dirección de todos los centros y el correo electrónico de los responsables médico y de enfermería, enviándoles a todos ellos un correo electrónico con el fin de solicitar una reunión con el personal de cada centro, y proceder a presentarles el trabajo y solicitarles su colaboración. En este correo se adjunta el informe de la comisión de investigación del Hospital y una carta de presentación de la directora de la tesis. (Anexo 3)

Se concertan citas en cada uno de los centros de atención primaria, siempre al principio de la jornada laboral, pues es el único momento en que todos los miembros del equipo coinciden en el centro, algunos profesionales se desplazan a los consultorios rurales y otros terminan su guardia y se van del centro. Una vez concertadas las citas se procede a visitar los centros, informando al personal que ha

acudido a la cita del objetivo general del estudio, la forma de cumplimentar el cuestionario, asegurándoles que no hay respuestas correctas o incorrectas. Se les asegura el anonimato y la confidencialidad (en todo momento se han respetado los preceptos de la Declaración de Helsinki y la Ley de Protección de Datos). Por último, se solicita su colaboración agradeciéndoles la sinceridad en las respuestas.

### **5.6. Análisis de la información recogida**

Se realiza un estudio descriptivo y transversal durante los meses de noviembre de 2013 a junio 2014. Para la recogida de datos se utiliza una encuesta anónima y autoadministrada (ver Anexo X) descrita previamente.

Una vez recogidos todos los cuestionarios se genera una base de datos, el procesamiento estadístico de los datos se realiza con el paquete estadístico SPSS (versión 22), de IBM, para Windows, a partir de cual se realizan distintos análisis:

- Estadística descriptiva de las características de los participantes, usando medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas y distribuciones de frecuencia de las cualitativas.
- Análisis bivariantes para el estudio de la asociación de variables cualitativas Chi cuadrado de Pearson ( $\chi^2$ ) o alternativamente al Chi-cuadrado se usará el test exacto de Fisher. Además, se utilizó el test ANOVA para la comparación de variables cualitativas y cuantitativas.
- En el caso de ser necesario se emplearon las pruebas no paramétricas de U de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis.
- El cálculo de intervalos de confianza al 95% (IC95%), y el nivel de significación se establecerá en  $p < 0.05$ .



---

Capítulo 6.- Conocimientos de los/as Profesionales de la  
Salud sobre la Violencia contra la Mujer  
Ejercida por su Pareja

---

---



En este capítulo se exponen los resultados que hacen referencia al estudio del conocimiento de los profesionales de la salud de Atención Primaria del Área de Salud de Guadalajara sobre la violencia a la mujer ejercida por su pareja.

Se presentan los resultados sobre el concepto y la prevalencia de VMCI, los signos y síntomas de sospecha, la frecuencia de los distintos tipos de violencia y de los casos no denunciados, la existencia de un protocolo de actuación y las responsabilidades legales de los profesionales sanitarios ante la mujer víctima de violencia. En primer lugar, se realiza un análisis descriptivo para posteriormente presentar las diferencias por sexo, profesión, edad, años de experiencia profesional, haber vivido o no en pareja y el tamaño de la población donde se sitúa el centro.

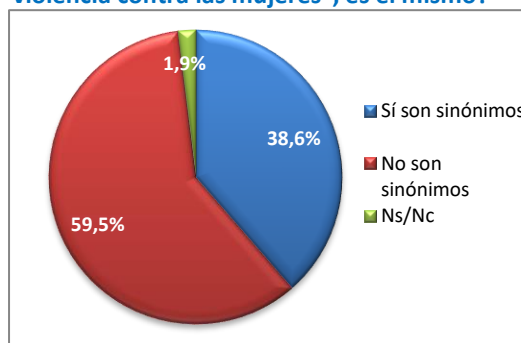
### 6.1. Concepto de violencia a la mujer por su pareja

Al preguntar, ¿Crees que el significado de “violencia doméstica”, “violencia de género”, “violencia contra las mujeres”, es el mismo?, según se observa en la tabla 33 y en la figura 55, el 59,5% (N= 154) consideran que no son sinónimos, un 38,6% (N= 100) responden que los términos sí son sinónimos y el 1,9% (N= 5) no contesta esta pregunta.

**Tabla 33.- ¿Crees que el significado de “violencia doméstica”, “violencia de género”, “violencia contra las mujeres”, es el mismo?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No es lo mismo	154	59,5	59,5	59,5
Sí es lo mismo	100	38,6	38,6	98,1
ns/nc	5	1,9	1,9	100,0
Total	259	100,0	100,0	

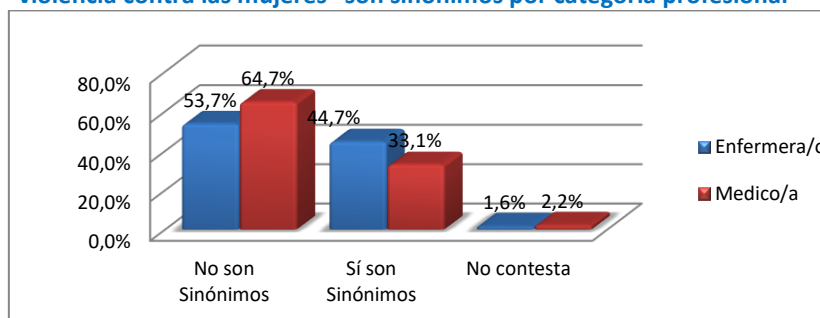
**Figura 55.- ¿Crees que el significado de “violencia doméstica”, “violencia de género”, “violencia contra las mujeres”, es el mismo?**



Si tenemos en cuenta la categoría profesional, de los/as 136 médicos/as que han contestado esta pregunta el 64,7 (N=88) consideran que el significado de “violencia doméstica”, “violencia de género” y “violencia contra las mujeres”, no es lo mismo,

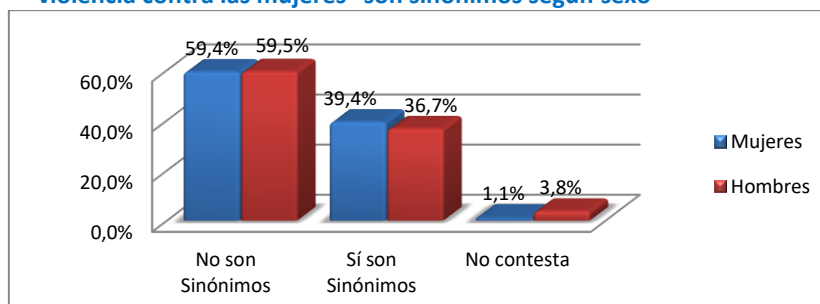
mientras que el 33,1% (N= 45) consideran que si es lo mismo y el 2,2% (N= 3) no contestan esta pregunta. De las/os 123 enfermeras/os que han respondido esta pregunta el 53,7% (N= 66) manifiestan que los términos no son sinónimos, el 44,7% (N= 55) consideran que sí lo son sinónimos y el 1,6% (N= 2) no contestan la pregunta, (figura 56).

**Figura 56.- Conocimiento: “violencia doméstica”, “violencia de género”, “violencia contra las mujeres” son sinónimos por categoría profesional**



En cuanto al sexo, de las 180 mujeres que han respondido esta pregunta el 59,4% (N= 107) consideran que el significado de “violencia doméstica”, “violencia de género” y “violencia contra las mujeres”, no es lo mismo, mientras que el 39,4% (N= 71) consideran que si es lo mismo y el 1,1% (N= 2) no contestan esta pregunta. De los 79 hombres que han contestado el 59,5% (N= 47) consideran que el significado de los términos no es sinónimo, el 36,7% (N= 29) consideran que son sinónimos y el 3,8% (N= 3) no contestan la pregunta. (Figura 57).

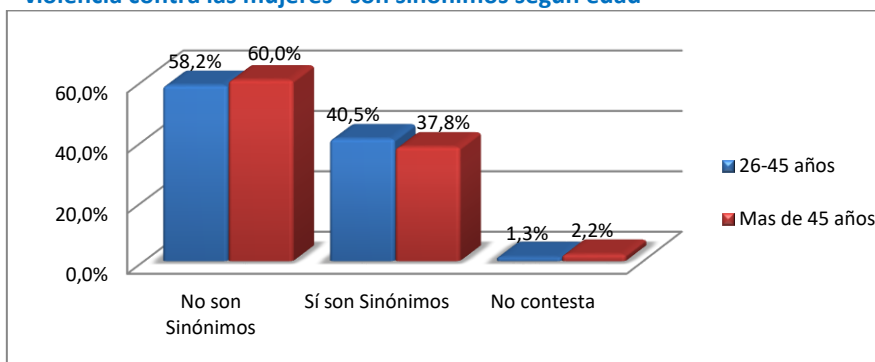
**Figura 57.- Conocimiento: “violencia doméstica”, “violencia de género”, “violencia contra las mujeres” son sinónimos según sexo**



Atendiendo a la edad, de los 74 profesionales que tienen entre 26 y 45 años de edad que han contestado esta pregunta, el 58,2% (N= 43) refiere que el significado de

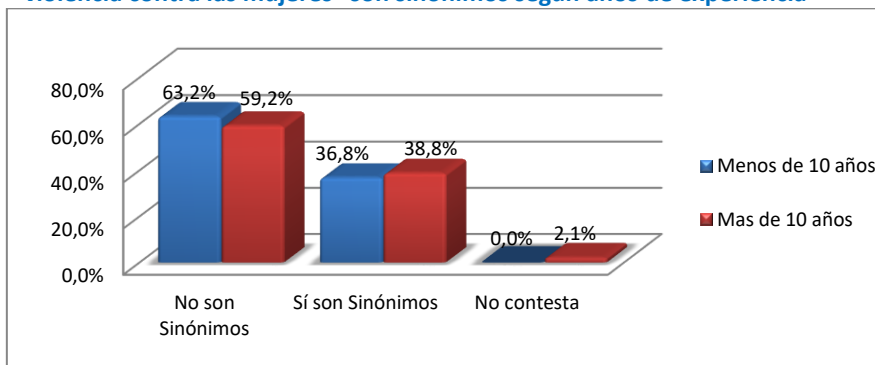
“violencia doméstica”, “violencia de género” y “violencia contra las mujeres”, no es lo mismo, mientras que el 40,5% (N= 30) lo consideran sinónimos y el 1,3% (N= 1) no contestan. De los 185 profesionales de mas de 45 años de edad el 60,0% (N= 111) consideran que el significado de los términos no es sinónimo, el 37,8% (N= 70) consideran que sí son sinónimos y el 2,2% (N= 4) no contestan la pregunta. (Figura 58).

**Figura 58.- Conocimiento: “violencia doméstica”, “violencia de género”, “violencia contra las mujeres” son sinónimos según edad**



En cuanto a la experiencia laboral, de los 19 profesionales cuya experiencia laboral es inferior a 10 años, el 63,2% (N= 12) consideran que el significado de estos términos no es lo mismo, el 36,8% (N= 7) responden que si es lo mismo. De los 240 con mas de 10 años de experiencia el 59,2% (N= 142) manifiestan que los términos no son sinónimos, el 38,8% (N= 93) consideran que sí lo son y el 2,1% (N= 5) no contestan, ver figura 59.

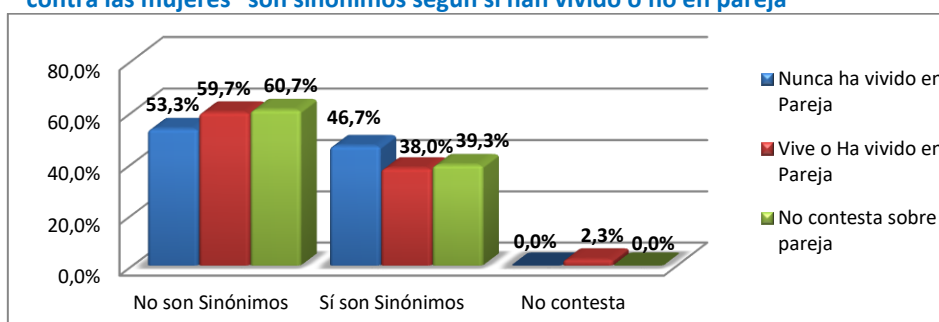
**Figura 59.- Conocimiento: “violencia doméstica”, “violencia de género”, “violencia contra las mujeres” son sinónimos según años de experiencia**



Si tenemos en cuenta si han vivido o no en pareja (figura 60), de los profesionales que

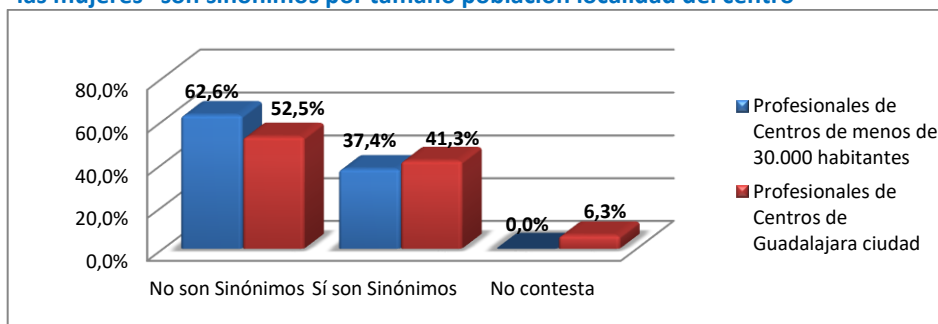
afirman no haber convivido nunca en pareja (15) el 53,3% (N= 8) consideran que el significado de “violencia doméstica”, “violencia de género” y “violencia contra las mujeres” no es lo mismo y el 46,7% (N= 7) consideran que sí. De los que contestan vivir o haber vivido en pareja (216), para el 59,7% (N= 129) el significado de los términos no es sinónimo, el 38,0% (N= 82) consideran que sí lo son y el 2,3% (N= 5) no contestan. Hay profesionales que no marcan si han vivido o no en pareja (28) de estos, el 39,3% (N= 11) contestan que son sinónimos y el 60,7% (N= 17) los consideran no sinónimos.

**Figura 60.- Conocimiento: “violencia doméstica”, “violencia de género”, “violencia contra las mujeres” son sinónimos según si han vivido o no en pareja**



En relación al tipo de centro de salud donde trabajan, según el número de habitantes de la localidad (figura 61), 179 profesionales trabajan en centros que atienden una población menor de 30.000 habitantes, el 62,6% (N= 112) contestan que no es lo mismo violencia doméstica, de género y contra las mujeres y el 37,4% (N= 67) consideran que si es lo es. De los 80 profesionales de centros de salud localizados en Guadalajara ciudad el 52,5% (N= 42) consideran los términos no sinónimos, el 41,3% (N= 33) consideran que son iguales y el 6,3% (N= 5) no contestaron esta pregunta.

**Figura 61.- Conocimiento “violencia doméstica”, “violencia de género”, “violencia contra las mujeres” son sinónimos por tamaño población localidad del centro**



A la hora de comparar las hipótesis de trabajo, no se encuentran relaciones de dependencia (ver tabla 34) respecto al conocimiento de los profesionales de la salud sobre la violencia a la mujer por su pareja o expareja con la categoría profesional ( $\chi^2_{(2)}=3,7$  y  $p=0,157$ ), el sexo ( $\chi^2_{(2)}=2,159$  y  $p=0,34$ ), edad ( $\chi^2_{(2)}=0,312$  y  $p=0,856$ ), vivir o no en pareja ( $\chi^2_{(4)}=1,379$  y  $p=0,848$ ).

Sin embargo, existe relación de dependencia entre el conocimiento de los profesionales de la salud sobre la violencia a la mujer por su pareja o expareja y la variable tamaño de la población donde se localiza el centro de salud ( $\chi^2_{(2)}=12,339$  y  $p=0,002$ ) con  $C=0,213$ , lo que indica una asociación directamente proporcional entre ambas variables, aunque puede considerarse leve al ser la  $C_{max}=0,71$ . Del total de profesionales de la salud que conocen la diferencia entre “violencia doméstica”, “violencia de género” y “violencia contra la mujer” indicando que no son sinónimos el 43,2% desarrollan su actividad profesional en centros de salud situados en poblaciones menores de 30.000 habitantes y el 16,2% en centros de Guadalajara ciudad.

**Tabla 34. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre ¿Crees que el significado de “violencia doméstica”, “violencia de género”, “violencia contra las mujeres”, es el mismo? y sexo, edad, categoría profesional, vivir o no en pareja y tamaño población localidad del centro**

	$\chi^2$	Gl	Sig	Medidas de Asociación	
				RR	C
<b>Sexo</b>	2,159	2	0,34	N.A.	N.A.
<b>Categoría Profesional</b>	3,7	2	0,157	N.A.	N.A.
<b>Edad</b>	0,312	2	0,856	N.A.	N.A.
<b>Vivir o no en Pareja</b>	1,379	4	0,848	N.A.	N.A.
<b>Tamaño Población Centro</b>	12,339	2	<b>0,002</b>	N.A.	<b>0,213</b>

Dónde: Gl. es grado de libertad, sig. es significación, RR es Riesgo Relativo, C es Coeficiente de Contingencia, N.A. es No Aplica

## 6.2. Frecuencia de los distintos tipos de violencia a la mujer por su pareja

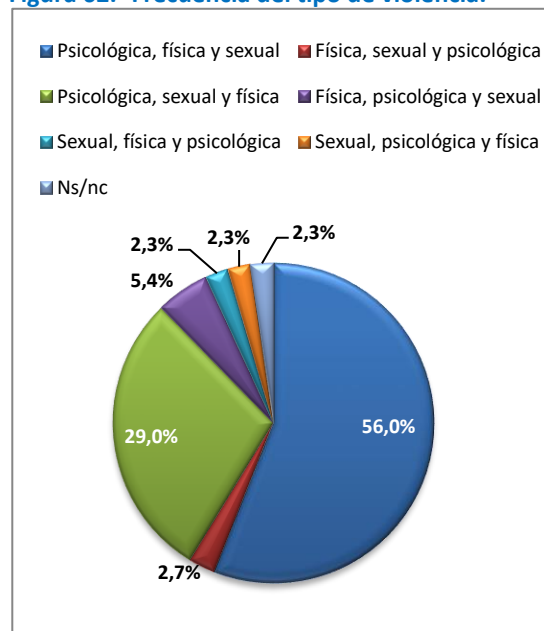
Para la pregunta ¿Sabrías ordenar de más a menos frecuente los tipos de violencia física, psicológica y sexual (un 1 para el más frecuente y un 3 para el menos frecuente)?

Las respuestas de los profesionales de la salud son, el 56,0% (N= 145) ordena la violencia psicológica en primer lugar, la física en segundo y la violencia sexual la tercera. El 29,0% (N= 75) coloca en primer lugar la violencia psicológica seguida de la sexual y la física en último lugar. El 5,4% (N= 14) pondera la violencia física con un 1, la psicológica con un 2 y la sexual con un 3. El 2,7% (N= 7) sitúa la violencia física en primer lugar, seguido de la sexual para terminar con la psicológica. Hay 2,3% (N=6) que las coloca con el siguiente orden: violencia sexual, física y psicológica; otro 2,3% (N=6) pondera la violencia sexual con un 1, la psicológica con un 2 y la física con un 3 y, de nuevo, un 2,3% (N=6) no contesta la pregunta (ver tabla 35 y figura 62). Si solo se tiene en cuenta la violencia situada en primer lugar, un 85% de los profesionales contestan la violencia psicológica, un 8,1% sitúa la violencia física en primer lugar y un 4,6 refieren en primer lugar la violencia sexual.

**Tabla 35.- Frecuencia del tipo de violencia**

	Fr	%	% válido	% acumulado
Psicológica, física y sexual	145	56,0	56,0	56,0
Física, sexual y psicológica	7	2,7	2,7	58,7
Psicológica, sexual y física	75	29,0	29,0	87,6
Física, psicológica y sexual	14	5,4	5,4	93,1
Sexual, física y psicológica	6	2,3	2,3	95,4
Sexual, psicológica y física	6	2,3	2,3	97,7
Ns/nc	6	2,3	2,3	100,0
<b>Total</b>	<b>259</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

**Figura 62.- Frecuencia del tipo de violencia.**

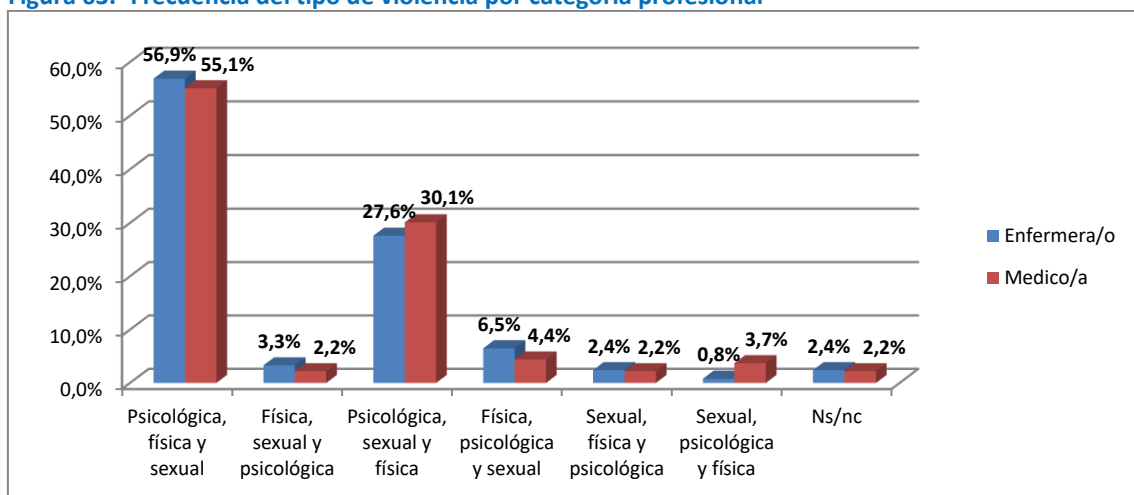




Si tenemos en cuenta la categoría profesional (figura 63), de los/as 136 médicos/as que han contestado esta pregunta, el 55,1% (N=75) sitúa la violencia psicológica en primer lugar, seguido de la violencia física y sexual; el 2,2% (N= 3) marca la violencia física con un 1, la sexual con un 2 y la psicológica con un 3; el 30,1% (N= 41) indica en primer lugar la violencia psicológica, en segundo lugar la sexual y en tercera posición la violencia física; el 4,4% (N= 6) indica por orden de frecuencia la violencia física, la psicológica y la sexual; el 2,2% (N=3) pondera la violencia sexual con un 1, la física con un 2 y la psicológica con un 3; el 3,7% (N=5) refiere de mayor a menor frecuencia la violencia sexual, la psicológica y la física; por último, el 2,2% (N=3) no contesta.

De las/os 123 enfermeras/os que han respondido esta pregunta el 56,9% (N=70) sitúa la violencia psicológica en primer lugar, seguida de la física y la sexual; el 3,3% (N= 4) marca como más frecuente la violencia física. En segundo lugar la sexual y la psicológica como tercera; el 27,6% (N= 34) pondera que la violencia psicológica con un 1, la sexual con un 2 y la física con un 3; el 6,5% (N= 8) refiere la violencia física como la mas frecuente, seguida de la psicológica y la sexual; el 2,4% (N=3) pondera la violencia sexual con un 1, la física con un 2 y la psicológica con un 3; el 0,8% (N=1) señala como mas prevalente la violencia sexual, seguida de la psicológica y la física en tercer lugar; el 2,4% (N= 3) no contesta la pregunta (figura 63).

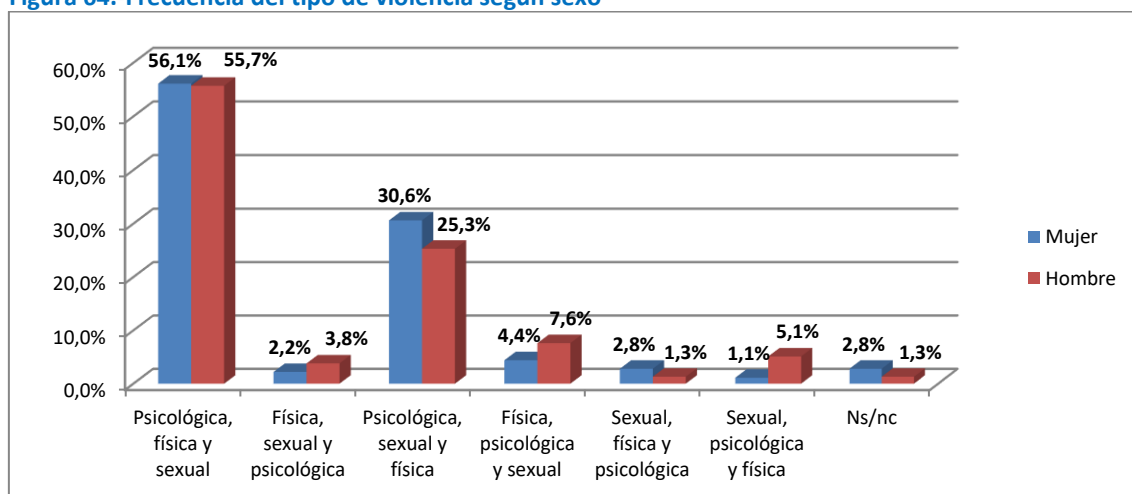
Figura 63.- Frecuencia del tipo de violencia por categoría profesional



En cuanto al sexo (figura 64), de las 180 mujeres que han respondido esta pregunta el 56,1% (N=101) pondera que la violencia psicológica con un 1, la física con un 2 y la sexual con un 3, el 2,2% (N= 4) marca como mas prevalente la violencia física, seguida de la sexual en segundo lugar y la psicológica en tercera posición; el 30,6% (N= 55) sitúa en primer lugar la violencia psicológica, en segundo la sexual y en tercer lugar la física; el 4,4% (N= 8) refiere como mas frecuente la violencia física seguida de la psicológica y la sexual por este orden; un 3, el 2,8% (N=5) pondera la violencia sexual con un 1, la física con un 2 y la psicológica con un 3; el 1,1% (N=2) sitúa la violencia sexual como la mas habitual seguida de la psicológica y la física; el 2,8% (N= 5) no contesta la pregunta.

Han contestado la pregunta 79 hombre, el 55,7% (N= 44) pondera la violencia psicológica con un 1, la física con un 2 y la sexual con un 3; el 3,8% (N= 3) sitúa la violencia física en primer lugar seguida de la sexual y la psicológica; para el 25,3% (N= 20) la violencia psicológica es la mas frecuente seguida de la sexual y la física; el 7,6% (N= 6) pondera la violencia física con un 1, la psicológica con un 2 y la sexual con un 3; el 1,3% (N=1) de los hombres contestan que la violencia sexual es la mas frecuente seguida de la física y la psicológica; el 5,1% (N=4) coloca en primer lugar la violencia sexual, en segundo la psicológica y en tercer lugar la violencia física; el 1,3% (N= 1) no contesta la pregunta. (Figura 64)

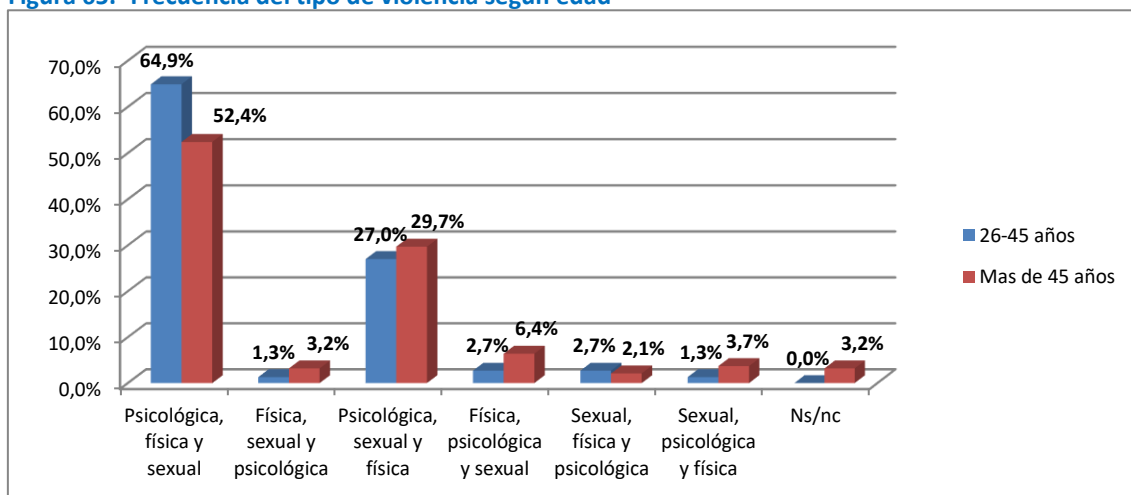
**Figura 64.-Frecuencia del tipo de violencia según sexo**



Atendiendo a la edad (figura 65), los profesionales entre 26 y 45 años de edad (74), el 64,9% (N=48) refiere como mas frecuente la violencia psicológica seguida de la física y la sexual; el 1,3% (N= 1) pondera que la violencia física con un 1, la sexual con un 2 y la psicológica con un 3; el 27,0% (N= 20) sitúa la violencia psicológica en primer lugar, en segundo la sexual y por último la física; el 2,7% (N= 2) pondera que la violencia física con un 1, la psicológica con un 2 y la sexual con un 3; el 2,7% (N=2) coloca de mas frecuente a menos la violencia sexual, la física y la psicológica; por último, el 1,3% (N=1) refiere la violencia sexual como la mas prevalente seguida de la psicológica y la violencia física en último lugar.

De los 185 profesionales de mas de 45 años, el 52,4% (N=97) pondera que la violencia psicológica con un 1, la física con un 2 y la sexual con un 3; el 3,2% (N= 6) por orden de frecuencia marca la violencia física, la sexual y la psicológica; el 29,7% (N= 55) pondera que la violencia psicológica con un 1, la sexual con un 2 y la física con un 3; el 6,4% (N=12) sitúa en primer lugar la violencia física, en segundo la psicológica y en tercer lugar la sexual; el 2,1% (N=4) sitúa primera la violencia sexual, segunda la física y tercera la psicológica; el 3,7% (N=5) pondera que la violencia sexual con un 1, la psicológica con un 2 y la física con un 3; el 3,2% (N= 6) no contesta. (Figura 65).

Figura 65.- Frecuencia del tipo de violencia según edad

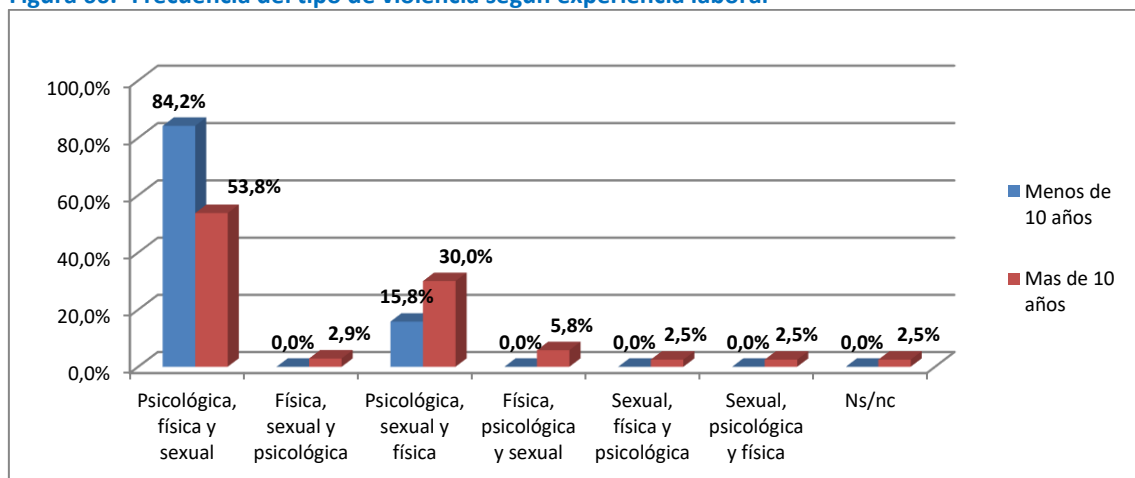


En cuanto a la experiencia laboral (figura 66), 19 profesionales tienen una experiencia menor de 10 años y contestan, el 84,2% (N=16) sitúan la violencia psicológica en

primer lugar seguida de la física y la sexual y el 15,8% (N= 3) pondera la violencia psicológica con un 1, la sexual con un 2 y la física con un 3. Como puede apreciarse en la figura 87, todos los profesionales de la salud en este rango de edad sitúan la violencia psicológica como la mas frecuente.

De los 240 profesionales con mas de 10 años de experiencia laboral, el 53,8% (N=129) pondera que la violencia psicológica con un 1, la física con un 2 y la sexual con un 3, el 2,9% (N= 7) sitúa la violencia física en primer lugar seguida de la sexual y la psicológica; el 30,0% (N= 72) marca como mas frecuente la violencia psicológica, en segundo lugar la sexual y por último la física; el 5,8% (N= 14) pondera la violencia física con un 1, la psicológica con un 2 y la sexual con un 3; el 2,5% (N=6) pondera que la violencia sexual con un 1, la física con un 2 y la psicológica con un 3; otro 2,5% (N=6) coloca la violencia sexual la primera seguida de la psicológica como segunda y la física tercera; el 2,5% (N= 6) no contesta la pregunta, ver figura 66.

**Figura 66.- Frecuencia del tipo de violencia según experiencia laboral**



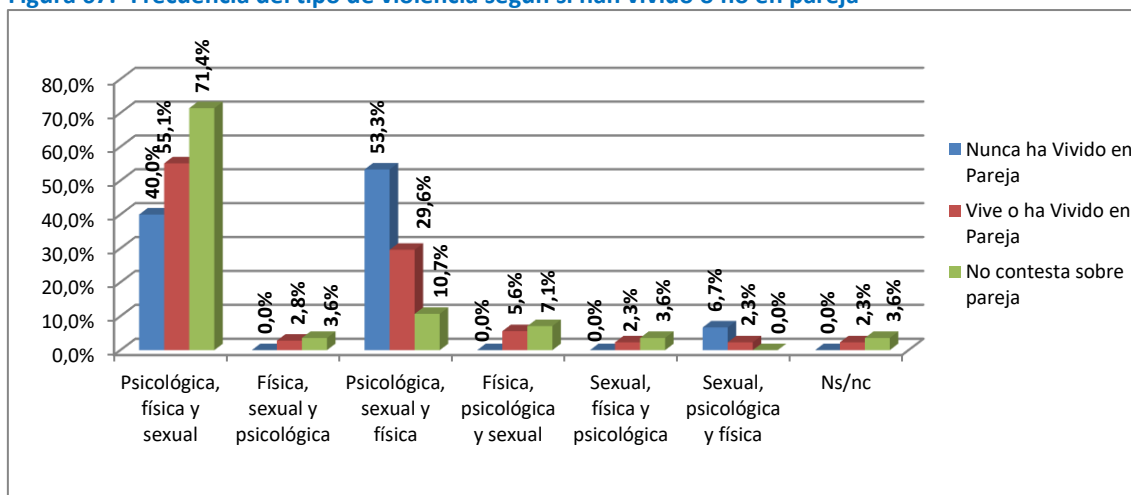
En relación a si viven o han vivido o no en pareja (figura 67), de los 15 profesionales que afirman no haber convivido nunca en pareja el 40,0% (N=6) pondera la violencia psicológica con un 1, la física con un 2 y la sexual con un 3, el 53.3% (N= 8) marca la violencia psicológica como primera seguida de la sexual y la física; para el 6,7% (N=1) la mas frecuente es la violencia sexual seguida de la psicológica y la física.

De los 216 que viven o han vivido en pareja (figura 88), el 55,1% (N=119) marca en

primer lugar la violencia psicológica, en segundo lugar la física y en el tercero la sexual; el 2,8% (N= 6) pondera la violencia física con un 1, la sexual con un 2 y la psicológica con un 3; el 29,6% (N= 64) las sitúa de mayor a menor frecuencia la violencia psicológica, la sexual y la física; el 5,6% (N= 12) refiere la violencia física como la mas frecuente, seguida de la psicológica y la sexual; el 2,3% (N=5) pondera la violencia sexual con un 1, la física con un 2 y la psicológica con un 3; el 2,3% (N=5) indica la violencia sexual en primera posición, en segunda la psicológica y tercera la física; el 2,3% (N= 5) no contesta la pregunta.

De los 28 que no contestan si han vivido o no en pareja, el 71,4% (N= 20) pondera la violencia psicológica con un 1, la física con un 2 y la sexual con un 3, el 3,6% (N= 1) ordena de mas habitual a menos, la violencia física, la sexual y la psicológica; el 10,7% (N= 3) pondera la violencia psicológica con un 1, la sexual con un 2 y la física con un 3; el 7,1% (N= 2) marca en primer lugar la violencia física, seguida de la psicológica y la sexual; el 3,6% (N=1) sitúa en primer lugar la violencia sexual, en segundo la física y en tercer lugar la psicológica; el 3,6% (N= 1) no contesta. (Figura 67)

Figura 67.- Frecuencia del tipo de violencia según si han vivido o no en pareja

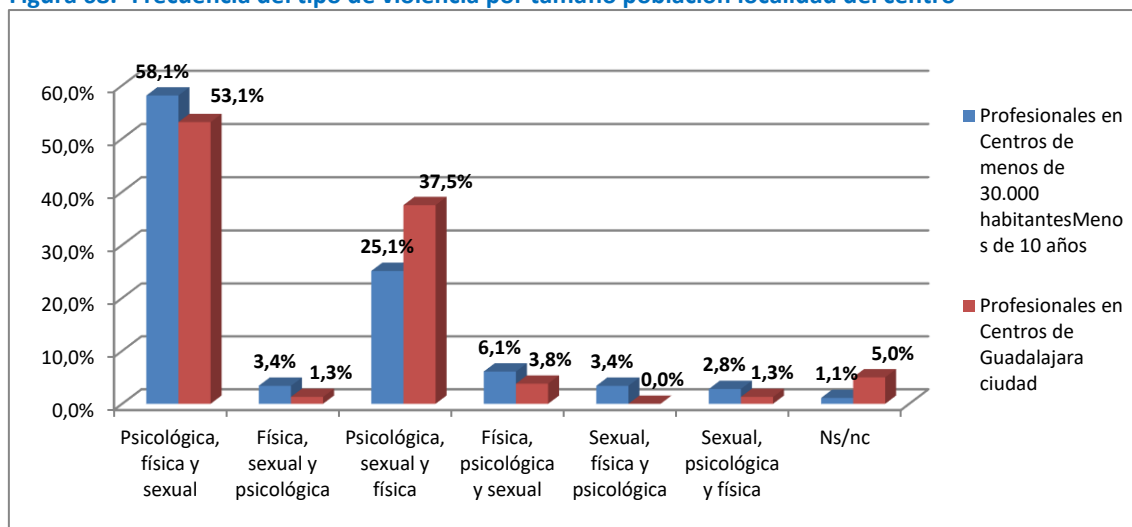


Si tenemos en cuenta el tamaño de la población donde se sitúa el centro de salud donde trabajan los profesionales (figura 68), de los 179 profesionales que trabajan en centros de salud situados en poblaciones de menos de 30.000 habitantes, el 58,1%

(N=104) pondera la violencia psicológica con un 1, la física con un 2 y la sexual con un 3; el 3,4% (N= 6) marca en primer lugar la violencia física, seguida de la sexual y la psicológica; el 25,1% (N= 45) sitúa la violencia psicológica como la mas frecuente seguida de la sexual y la física; para el 6,1% (N= 11) la mas habitual es la violencia física seguida de la sexual y la física; para el 6,1% (N= 11) la mas habitual es la violencia física seguida de la psicológica y la sexual; el 3,4% (N= 6) pondera la violencia sexual con un 1, la física con un 2 y la psicológica con un 3; el 2,8% (N= 5) indica mas prevalente la violencia sexual seguida de la psicológica y la física; el 1,1% (N= 2) no contesta.

De los 80 profesionales que trabajan en centros de salud de Guadalajara ciudad, el 53,1% (N= 41) coloca de mayor frecuencia a menor la violencia psicológica, la física y la sexual; el 1,3% (N= 1) pondera la violencia física con un 1, la sexual con un 2 y la psicológica con un 3; el 37,5% (N= 30) marca la violencia psicológica en primer lugar, la sexual en segundo y la física en tercer lugar; el 3,8% (N= 3) pondera la violencia física con un 1, la psicológica con un 2 y la sexual con un 3; el 1,3% (N= 1) sitúa como mas frecuente la violencia sexual seguida de la psicológica y la física; el 5,0% (N= 4) no contesta la pregunta. (Figura 68)

**Figura 68.- Frecuencia del tipo de violencia por tamaño población localidad del centro**



A la hora de comparar las hipótesis de trabajo, no se encuentran relaciones de dependencia (ver tabla 36) respecto al conocimiento de los profesionales de la salud sobre la frecuencia de los distintos tipos de violencia a la mujer por su pareja o

expareja con las variables independientes: categoría profesional ( $\chi^2_{(6)}=3,277$  y  $p=0,742$ ), el sexo ( $\chi^2_{(6)}=6,82$  y  $p=0,338$ ), edad ( $\chi^2_{(6)}=6,576$  y  $p=0,362$ ), vivir o no en pareja ( $\chi^2_{(12)}=12,652$  y  $p=0,395$ ), tamaño de la población donde se ubica el centro de salud ( $\chi^2_{(6)}=11,719$  y  $p=0,069$ ).

**Tabla 36. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre ¿Sabrías ordenar de más a menos frecuente los tipos de violencia física, psicológica y sexual? y sexo, edad, categoría profesional, vivir o no en pareja y tamaño población localidad del centro**

Sabrías ordenar de más a menos frecuente los tipos de violencia					
	$\chi^2$	Gl	Sig	Medidas de Asociación	
				RR	C
<b>Sexo</b>	6,82	6	0,338	N.A.	N.A.
<b>Categoría Profesional</b>	3,277	6	0,742	N.A.	N.A.
<b>Edad</b>	6,576	6	0,362	N.A.	N.A.
<b>Vivir o no en Pareja</b>	12,652	12	0,395	N.A.	N.A.
<b>Tamaño Población Centro</b>	11,719	6	0,069	N.A.	N.A.

Dónde: Gl. es grado de libertad, sig. es significación, RR es Riesgo Relativo, C es Coeficiente de Contingencia, N.A. es No Aplica

### 6.3. Casos de violencia a la mujer por su pareja no diagnosticados

Para valorar el conocimiento de los profesionales sobre el porcentaje de casos de violencia a la mujer por su pareja que se diagnostican, se les pregunta sobre el fenómeno iceberg y sobre su creencia del porcentaje de casos no diagnosticados.

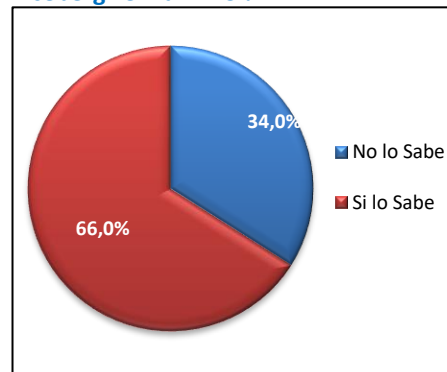
#### 6.3.1. Concepto de fenómeno “iceberg”

A la pregunta ¿Sabes lo que es el fenómeno “Iceberg” en la violencia contra la mujer ejercida por su pareja?, el 34,0% (N= 88) no saben lo que significa, el 66,0% (N= 171) contestan que si saben lo que significa. (Ver tabla 37 y figura 69)

**Tabla 37.- ¿Sabes lo que es el fenómeno “Iceberg” en la VMCI?**

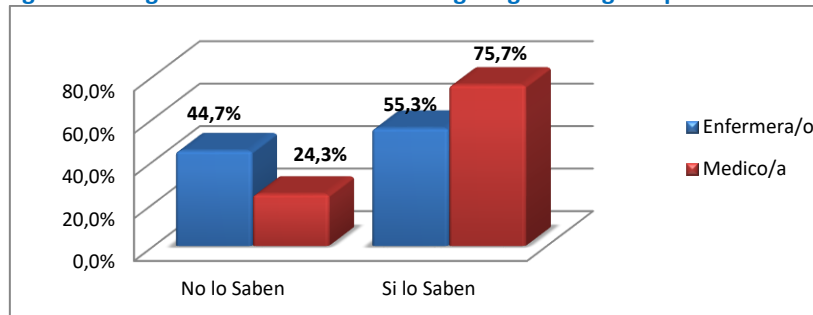
	Fr	%	% válido	% acumulado
No lo sabe	88	34,0	34,0	34,0
Sí lo sabe	171	66,0	66,0	100,0
Total	259	100,0	100,0	

**Figura 69.- ¿Sabes lo que es el fenómeno “Iceberg” en la VMCI?**



En cuanto a la categoría profesional de los/as 136 médicos/as, el 24,3% (N=33) no saben lo que significa el fenómeno “iceberg” en la VMCI, el 75,7% (N= 103) si saben lo que significa. De las/os 123 enfermeras/os, el 44,7% (N= 55) no saben lo que significa el fenómeno “iceberg” en la VMCI, el 55,3% (N= 68) si saben lo que significa, (figura 70).

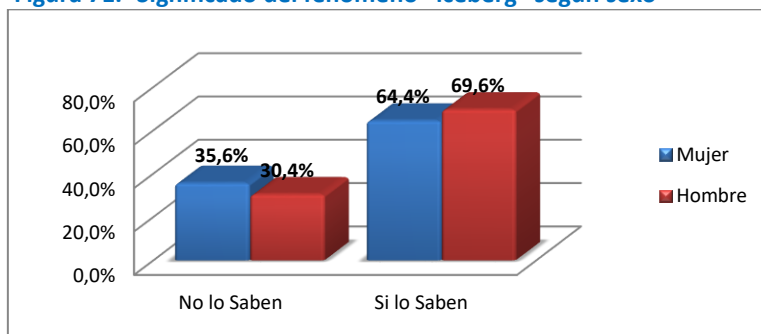
**Figura 70.- Significado fenómeno “iceberg” según categoría profesional**



De las 180 mujeres, el 35,6% (N= 64) no saben lo que significa el fenómeno “iceberg” en la VMCI, el 64,4% (N= 116) si saben lo que significa. De los 79 hombres que han contestado el 30,4% (N= 24) no saben lo que significa el fenómeno “iceberg” en la VMCI, el 69,6% (N= 55) si saben lo que significa. (Figura 71)

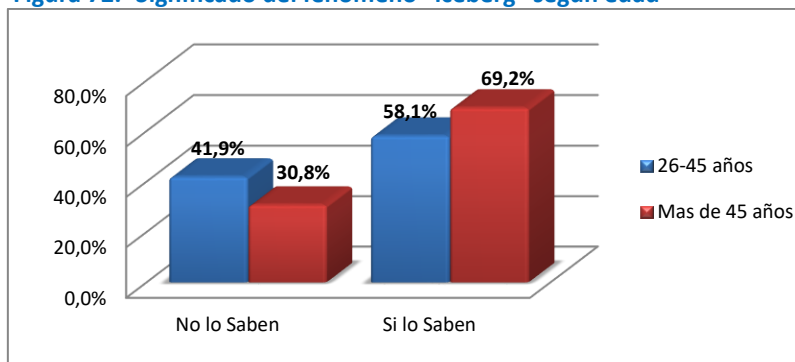


Figura 71.- Significado del fenómeno "iceberg" según sexo



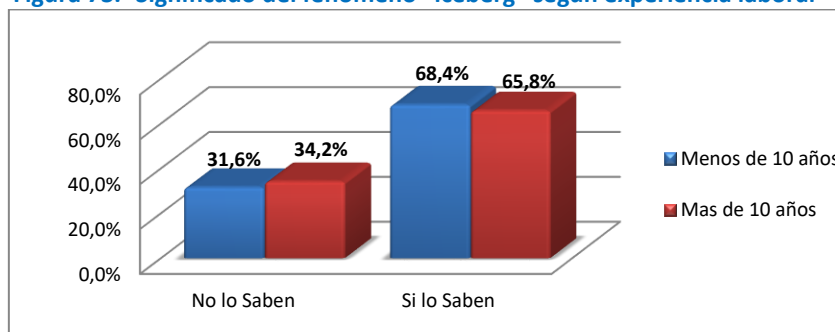
Teniendo en cuenta la edad de los profesionales que han contestado esta pregunta, de los 74 profesionales tienen entre 26 y 45 años, el 41,9% (N= 31) no saben lo que significa el fenómeno "iceberg" en la VMCI, el 58,1% (N= 43) si saben lo que significa. De los 185 profesionales de mas de 45 años de edad el 30,8% (N= 57) no saben lo que significa el fenómeno "iceberg" en la VMCI, el 69,2% (N= 128) si saben lo que significa. (Ver figura 72).

Figura 72.- Significado del fenómeno "iceberg" según edad



En cuanto a la experiencia laboral de los 19 profesionales cuya experiencia es menor de 10 años el 31,6% (N= 6) no saben lo que significa el fenómeno "iceberg" en la VMCI, el 68,4% (N= 13) si saben lo que significa. De los 240 de mas de 10 años de experiencia laboral, el 34,2% (N= 82) no saben lo que significa el fenómeno "iceberg" en la VMCI, el 65,8% (N= 158) si saben lo que significa, ver figura 73.

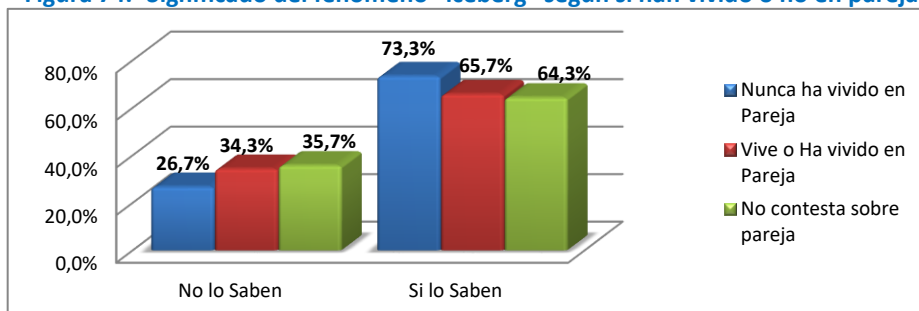
Figura 73.- Significado del fenómeno “iceberg” según experiencia laboral



Si tenemos en cuenta si los profesionales que han contestado esta pregunta viven o han vivido en pareja (figura 74), de los 15 profesionales que afirman no haber convivido nunca en pareja el 26,7% (N= 4) no saben lo que significa el fenómeno “iceberg” en la VMCI, el 73,3% (N= 11) si saben lo que significa. De los 216 que viven o han vivido en pareja, el 34,3% (N= 74) no saben lo que significa el fenómeno “iceberg” en la VMCI, el 65,7% (N= 142) si saben lo que significa.

De los 28 que no contestan si han vivido o no en pareja el 35,7% (N= 10) no saben lo que significa el fenómeno “iceberg” en la VMCI, el 64,3% (N= 18) si saben lo que significa. (Figura 74)

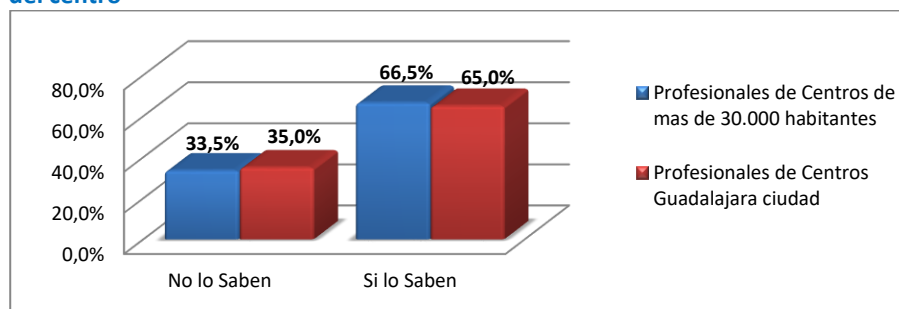
Figura 74.- Significado del fenómeno “iceberg” según si han vivido o no en pareja



Respecto al tipo de centro de salud, por tamaño de población, en el que trabajan los profesionales que han contestado esta pregunta (figura 75), de los 179 que trabajan en centros de salud que atienden una población de menos de 30.000 habitantes el 33,5%

(N= 60) no saben lo que significa el fenómeno “iceberg” en la VMCI, el 66,5% (N= 119) si saben lo que significa. De los 80 profesionales que trabajan en centros de salud que atienden a mas de 30.000 habitantes y que pertenecen a Guadalajara Ciudad, el 35,0% (N= 28) no saben lo que significa el fenómeno “iceberg” en la VMCI, el 65,0% (N= 52) si saben lo que significa. (Figura 75)

**Figura 75.- Significado del fenómeno “iceberg” por tamaño población localidad del centro**



A la hora de comparar las hipótesis de trabajo, se encuentra que tanto el sexo ( $\chi^2_{(1)}=0,656$  y  $p=0,418$ ), como la edad ( $\chi^2_{(1)}=2,893$  y  $p=0,089$ ), vivir en pareja ( $\chi^2_{(2)}=0,403$  y  $p=0,818$ ) y el tamaño de la población donde se ubica el centro de salud ( $\chi^2_{(1)}=0,054$  y  $p=0,816$ ) tienen una relación estadísticamente no significativa, es decir, la variable que representa la pregunta planteada es independiente de estas variables sociodemográficas.. (Ver tabla 38).

Sin embargo, encontramos relaciones de dependencia, en la variable categoría profesional ( $\chi^2_{(1)}=12,042$  y  $p=0,001$ ), se encuentra que el Odds Ratio (OR)=2,55; IC95%: 1,487-4,285). Esto quiere decir que los/as médicos/as tienen mayor probabilidad de conocer el significado del fenómeno “Iceberg”, el 39,8% (N= 103), frente al 26,3% (N= 68) de las/os enfermeras/os.

**Tabla 38. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre ¿sabes lo que es el fenómeno iceberg en la VMCI? y sexo, edad, categoría profesional, vivir o no en pareja y tamaño población localidad del centro**

¿Sabes lo que es el fenómeno "Iceberg" en la violencia contra la mujer ejercida por su pareja?					
	$\chi^2$	Gl	Sig	Medidas de Asociación	
				RR	C
<b>Sexo</b>	0,656	1	0,418	N.A.	N.A.
<b>Categoría Profesional</b>	12,042	1	<b>0,001</b>	<b>2,525</b> (IC95% 1,487-4,285)	N.A.
<b>Edad</b>	2,893	1	0,089	N.A.	N.A.
<b>Vivir o no en Pareja</b>	0,403	2	0,818	N.A.	N.A.
<b>Tamaño Población Centro</b>	0,054	1	0,816	N.A.	N.A.

Dónde: Gl. es grado de libertad, sig. es significación, RR es Riesgo Relativo, C es Coeficiente de Contingencia, N.A. es No Aplica

### 6.3.2. Porcentaje de casos de VMCI no diagnosticados

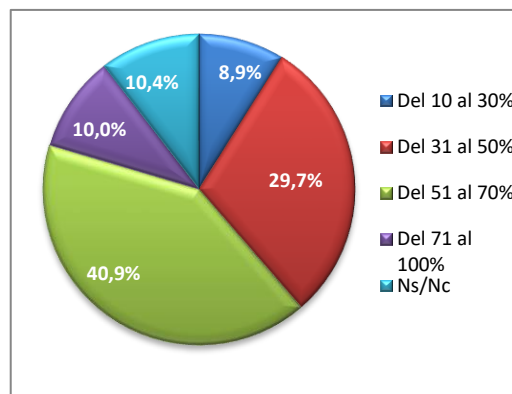
Para la pregunta ¿Conoces cuál podría ser el porcentaje de casos que **NO** son diagnosticados con los medios actuales?, los profesionales tenían posibilidad de elegir entre las opciones: entre el 10-30%, entre el 31-50%, entre el 51-70%, entre el 71-100% y no sabe no contesta.

Los resultados indican que el 8,9% (N= 23) contesta que el porcentaje de casos no diagnosticado esta entre en 10 y el 30%, el 29,7% (N= 77) entre el 31 y el 50%, el 40,9% (N= 106) entre el 51 y el 70%, el 10,0% (N= 26) entre el 71 y el 100%, y el 10,4% (N= 27) no sabe no contesta. (ver tabla 39 y figura 76)

**Tabla 39.- ¿Conoces cuál podría ser el porcentaje de casos que NO son diagnosticados?**

	Fr	%	% válido	% acumulado
Del 10 al 30%	23	8,9	8,9	8,9
Del 31 al 50%	77	29,7	29,7	38,6
Del 51 al 70%	106	40,9	40,9	79,5
Del 71 al 100%	26	10,0	10,0	89,6
Ns/Nc	27	10,4	10,4	100,0
Total	259	100,0	100,0	

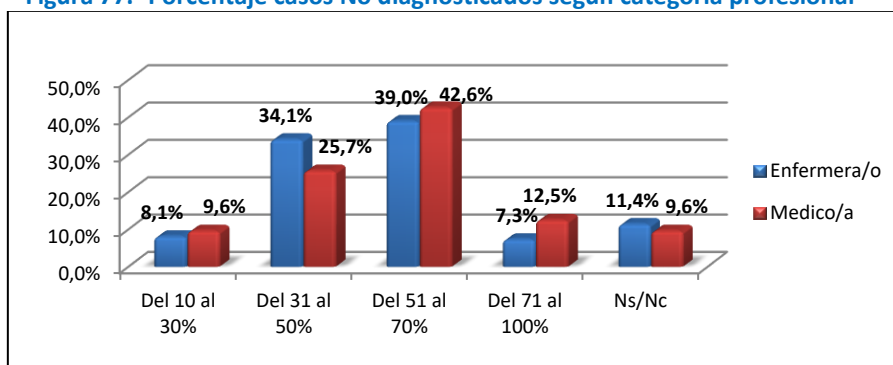
**Figura 76.- ¿Conoces cuál podría ser el porcentaje de casos que NO son diagnosticados?**



Si tenemos en cuenta la categoría profesional (figura 77), de los/as 136 médicos/as que han contestado esta pregunta el 9,6% (N=13) contesta que el porcentaje de casos no diagnosticado esta entre en 10 y el 30%, el 25,7% (N= 35) entre el 31 y el 50%, el 42,6% (N= 58) entre el 51 y el 70%, el 12,5% (N= 17) entre el 71 y el 100%, y el 9,6% (N= 13) no sabe no contesta.

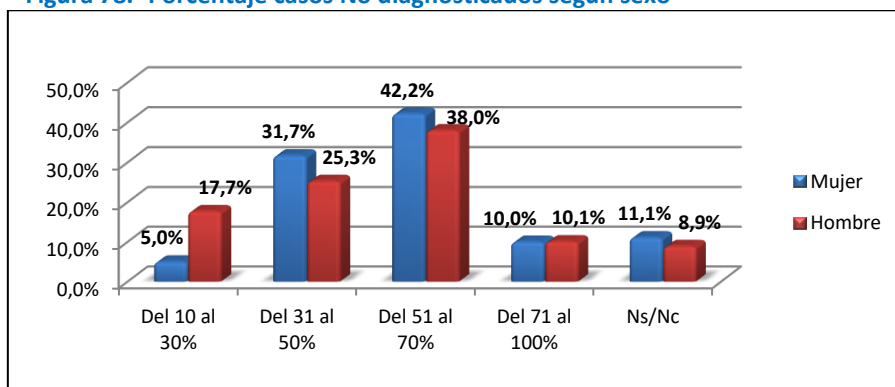
De las/os 120 enfermeras/os que han respondido esta pregunta el 8,1% (N=10) contesta que el porcentaje de casos no diagnosticado esta entre en 10 y el 30%, el 34,1% (N= 42) entre el 31 y el 50%, el 39,0% (N= 48) entre el 51 y el 70%, el 7,3% (N= 9) entre el 71 y el 100%, y el 11,4% (N= 14) no sabe no contesta, (figura 77).

**Figura 77.- Porcentaje casos No diagnosticados según categoría profesional**



En cuanto al sexo de las 180 mujeres que han respondido esta pregunta el 5,0% (N=9) contesta que el porcentaje de casos no diagnosticado esta entre en 10 y el 30%, el 37,1% (N= 57) entre el 31 y el 50%, el 42,2% (N= 76) entre el 51 y el 70%, el 10,0% (N= 18) entre el 71 y el 100%, y el 11,1% (N= 20) no sabe no contesta. De los 79 hombres que han contestado el 17,7% (N=14) contesta que el porcentaje de casos no diagnosticado esta entre en 10 y el 30%, el 25,3% (N= 20) entre el 31 y el 50%, el 38,0% (N= 30) entre el 51 y el 70%, el 10,1% (N= 8) entre el 71 y el 100%, y el 8,9% (N= 7) no sabe no contesta. (Figura 78)

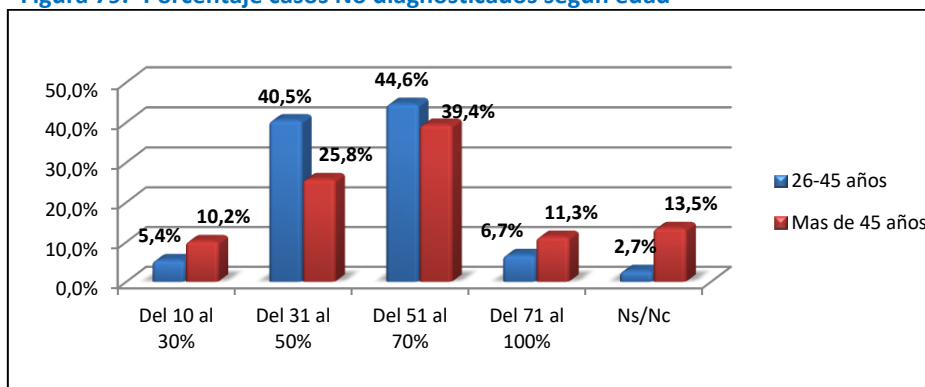
**Figura 78.- Porcentaje casos No diagnosticados según sexo**



Atendiendo a la edad los profesionales (figura 79) de los 74 profesionales entre 26 y 45 años de edad que han contestado esta pregunta el 5,4% (N=4) contesta que el porcentaje de casos no diagnosticado esta entre en 10 y el 30%, el 40,5% (N= 30) entre el 31 y el 50%, el 44,6% (N= 33) entre el 51 y el 70%, el 6,7% (N= 5) entre el 71 y el 100%, y el 2,7% (N= 2) no sabe no contesta.

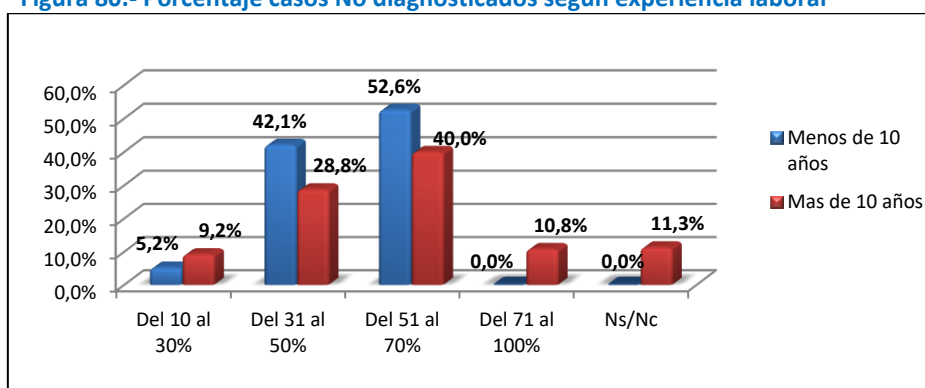
De los 185 profesionales mayores de 45 años, el 10,2% (N=19) contesta que el porcentaje de casos no diagnosticado esta entre en 10 y el 30%, el 25,8% (N= 47) entre el 31 y el 50%, el 39,4% (N= 73) entre el 51 y el 70%, el 11,3% (N= 21) entre el 71 y el 100%, y el 13,5% (N= 25) no sabe no contesta. (Figura 79).

Figura 79.- Porcentaje casos No diagnosticados según edad



En cuanto a la experiencia laboral de los 19 profesionales cuya experiencia es menor de 10 años, el 5,2% (N=1) contesta que el porcentaje de casos no diagnosticado esta entre en 10 y el 30%, el 42,1% (N= 8) entre el 31 y el 50%, el 52,6% (N= 10) entre el 51 y el 70%, ninguno/a entre el 71 y el 100%, todos los profesionales con esta experiencia laboral contestan a la pregunta. De los 240 de mas de 10 años de experiencia laboral, el 9,2% (N=22) contesta que el porcentaje de casos no diagnosticado esta entre en 10 y el 30%, el 28,8% (N= 69) entre el 31 y el 50%, el 40,0% (N= 96) entre el 51 y el 70%, el 10,8% (N= 26) entre el 71 y el 100%, y el 11,3% (N= 27) no sabe no contesta., ver figura 80.

Figura 80.- Porcentaje casos No diagnosticados según experiencia laboral

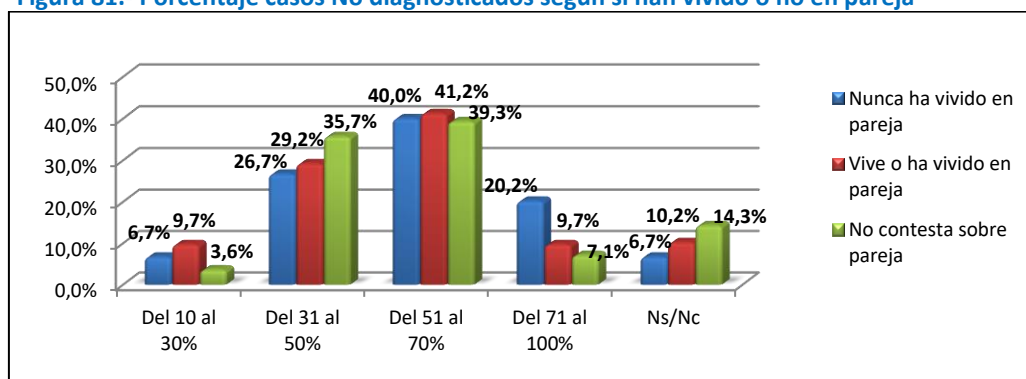


Si tenemos en cuenta si los profesionales que han contestado esta pregunta (figura 81), viven o han vivido en pareja, de los 15 profesionales que afirman no haber

convivido nunca en pareja el 6,7% (N=1) contesta que el porcentaje de casos no diagnosticado esta entre en 10 y el 30%, el 26,7% (N= 4) entre el 31 y el 50%, el 40,0% (N= 6) entre el 51 y el 70%, el 20,0% (N= 3) entre el 71 y el 100%, y el 6,7% (N= 1) no sabe no contesta. De los 216 que viven o han vivido en pareja, el 9,7% (N=21) contesta que el porcentaje de casos no diagnosticado esta entre en 10 y el 30%, el 29,2% (N= 63) entre el 31 y el 50%, el 41,2% (N= 89) entre el 51 y el 70%, el 9,7% (N= 21) entre el 71 y el 100%, y el 10,2% (N= 22) no sabe no contesta.

De los 28 que no contestan si han vivido o no en pareja el 3,6% (N=1) contesta que el porcentaje de casos no diagnosticado esta entre en 10 y el 30%, el 35,7% (N= 10) entre el 31 y el 50%, el 39,3% (N= 11) entre el 51 y el 70%, el 7,1% (N= 2) entre el 71 y el 100%, y el 14,3% (N= 4) no sabe no contesta, (figura 81).

**Figura 81.- Porcentaje casos No diagnosticados según si han vivido o no en pareja**



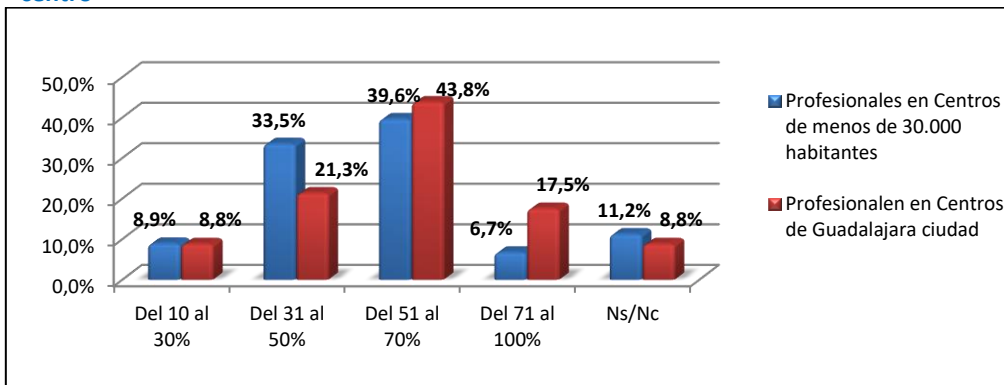
Si tenemos en cuenta el centro de salud en el que trabajan los profesionales que han contestado esta pregunta (Figura 82), de los 179 que trabajan en centros de salud que atienden una población de menos de 30.000 habitantes el 8,9% (N=16) contesta que el porcentaje de casos no diagnosticado esta entre en 10 y el 30%, el 33,5% (N= 60) entre el 31 y el 50%, el 39,6% (N= 71) entre el 51 y el 70%, el 6,7% (N= 12) entre el 71 y el 100%, y el 11,2% (N= 20) no sabe no contesta.

De los 80 profesionales que trabajan en centros de salud que atienden a mas de 30.000 habitantes que pertenecen a Guadalajara Ciudad el 8,8% (N=7) contesta que el porcentaje de casos no diagnosticado esta entre en 10 y el 30%, el 21,3% (N= 17) entre



el 31 y el 50%, el 43,8% (N= 35) entre el 51 y el 70%, el 17,5% (N= 14) entre el 71 y el 100%, y el 8,8% (N= 7) no sabe no contesta. (Figura 82)

**Figura 82.- Porcentaje casos No diagnosticados por tamaño población localidad del centro**



A la hora de comparar las hipótesis de trabajo, se encuentra que tanto la categoría profesional ( $\chi^2(4)=3,827$  y  $p=0,43$ ), como vivir en pareja ( $\chi^2(8)=3,931$  y  $p=0,863$ ), tienen una relación estadísticamente no significativa, es decir, el conocimiento del fenómeno iceberg es independiente de estas variables sociodemográficas, (ver tabla 40).

**Tabla 40. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre ¿Conoces cuál podría ser el porcentaje de casos que NO son diagnosticados con los medios actuales? y sexo, edad, categoría profesional, vivir o no en pareja y tamaño población localidad del centro**

	¿Conoces cuál podría ser el porcentaje de casos que NO son diagnosticados con los medios actuales				
	$\chi^2$	Gl	Sig	Medidas de Asociación	
				RR	C
<b>Sexo</b>	11,260	4	0,024	N.A.	0,204
<b>Categoría Profesional</b>	3,827	4	0,43	N.A.	N.A.
<b>Edad</b>	12,859	4	0,012	N.A.	0,217
<b>Vivir o no en Pareja</b>	3,931	8	0,863	N.A.	N.A.
<b>Tamaño Población Centro</b>	9,785	4	0,045	N.A.	0,191

Dónde: Gl. es grado de libertad, sig. es significación, RR es Riesgo Relativo, C es Coeficiente de Contingencia, N.A. es No Aplica

Sin embargo, encontramos que existen relaciones de dependencia, en las siguientes variables, ver tabla 40:

- Sexo ( $\chi^2(4)=11,26$  y  $p=0,024$ ), el Coeficiente de Contingencia encontrado ( $C=0,204$ ) indica una asociación directamente proporcional entre el sexo y el conocimiento correcto del porcentaje de casos que no son diagnosticados con los medios actuales, 29,3% las mujeres y 11,6% los hombres, aunque existe una relación de asociación, ésta puede considerarse leve ya que nuestro valor de  $C=0,204$  y la  $C_{\max}=0,71$ .
- Edad ( $\chi^2(4)=12,859$  y  $p=0,012$ ), el Coeficiente de Contingencia encontrado ( $C=0,301$ ) indica una asociación directamente proporcional entre la edad y el conocimiento correcto del porcentaje de casos que no son diagnosticados con los medios actuales, aunque existe una relación de asociación, ésta puede considerarse como leve ya que nuestro valor de  $C=0,217$  y la  $C_{\max}=0,71$ . Los profesionales mayores de 45 años indican la respuesta correcta un 39,4% del total y los menores de 45 años que han indicado la respuesta correcta, suponen un 12,7% del total
- Tamaño de la población donde se localiza el centro ( $\chi^2(4)=9,758$  y  $p=0,045$ ), el Coeficiente de Contingencia ( $C=0,191$ ) indica una asociación directamente proporcional entre esta variable y el conocimiento del porcentaje de casos que no son diagnosticados, relación de asociación leve  $C_{\max}=0,71$ . Es mayor el porcentaje de respuestas correctas (27,4%) en poblaciones menores de 30.000 habitantes que en poblaciones con mayor tamaño, Guadalajara ciudad, con un 13,5%.

#### 6.4. Signos y síntomas de sospecha de VMCI

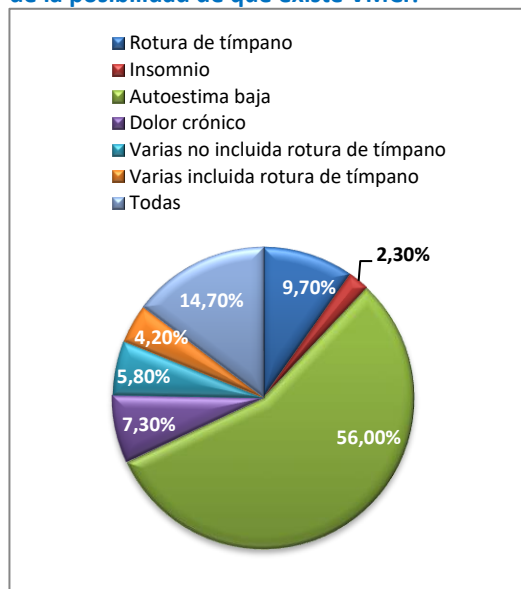
Para la pregunta, ¿Qué datos te harían sospechar de la posibilidad de que existe violencia contra la mujer ejercida por su pareja?, siendo las opciones de respuesta: rotura tímpano, insomnio, autoestima baja y dolor crónico. En varias de las encuestas recogidas los profesionales han marcado mas de una opción, para mejor tratamiento de los datos se ha tenido en cuenta el signo referido como el mas importante por la mayoría de los autores, la rotura de tímpano y se han tratado tres opciones mas: varias respuestas no incluida rotura de tímpano, varias incluida rotura de tímpano y todas.

Las respuestas de los profesionales indican que el 9,7% (N= 25) responden que rotura de tímpano, el 2,3% (N= 6) responden que insomnio, el 56,0% (N= 145) responden que autoestima baja, el 7,3% (N= 19) responden que el dolor crónico, el 5,8% (N= 15) responden varias no incluida rotura de tímpano, el 4,2% (N= 11) responden que varias incluida rotura de tímpano, y el 14,7% (N= 38) responden que todas. (ver tabla 41 y figura 83)

**Tabla 41.- ¿Qué datos te harían sospechar de la posibilidad de que existe VMCI?**

	Fr	%	% válido	% acumulado
Rotura de tímpano	25	9,7	9,7	9,7
Insomnio	6	2,3	2,3	12,0
Autoestima baja	145	56,0	56,0	68,0
Dolor crónico	19	7,3	7,3	75,3
Varias no incluida rotura de tímpano	15	5,8	5,8	81,1
Varias incluida rotura de tímpano	11	4,2	4,2	85,3
Todas	38	14,7	14,7	100,0
Total	259	100,0	100,0	

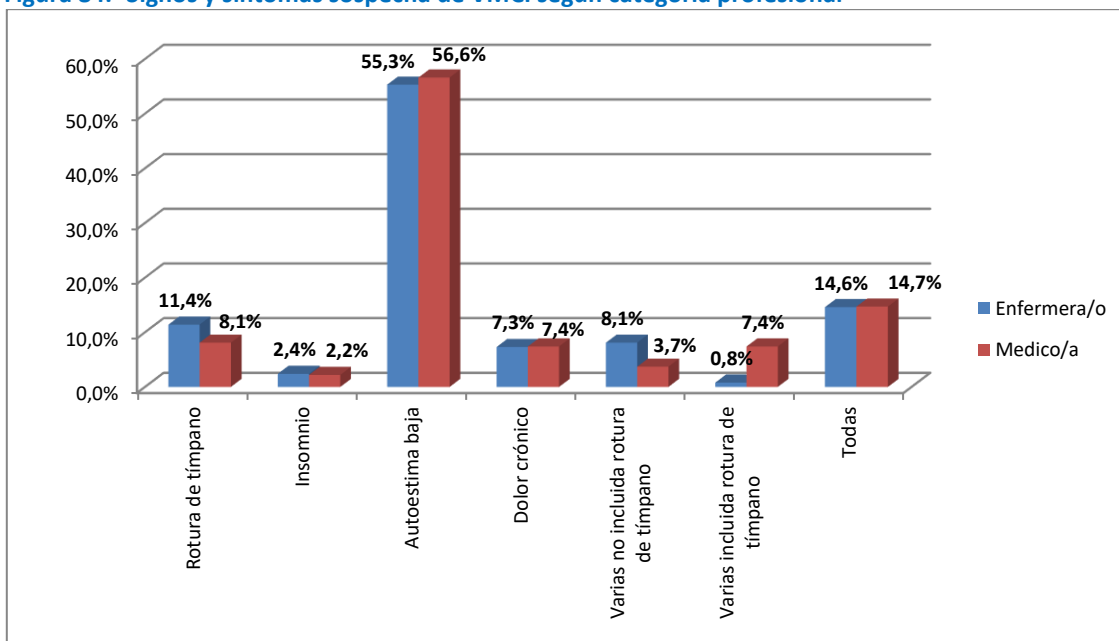
**Figura 83.- ¿Qué datos te harían sospechar de la posibilidad de que existe VMCI?**



Si tenemos en cuenta la categoría profesional (figura 84) de los/as 136 médicos/as que han contestado esta pregunta el 8,1% (N= 11) responden que rotura de tímpano, el 2,2% (N= 3) responden que insomnio, el 56,6% (N= 77) responden que autoestima baja, el 7,4% (N= 10) responden que el dolor crónico, el 3,7% (N= 5) responden varias no incluida rotura de tímpano, el 7,4% (N= 1) responden que varias incluida rotura de tímpano, y el 14,7% (N= 20) responden que todas.

De las/os 123 enfermeras/os que han respondido esta pregunta el 11,4% (N= 14) responden que rotura de tímpano, el 2,4% (N= 3) responden que insomnio, el 55,3% (N= 68) responden que autoestima baja, el 7,3% (N= 9) responden que el dolor crónico, el 8,1% (N= 10) responden varias no incluida rotura de tímpano, el 0,8% (N= 1) responden que varias incluida rotura de tímpano, y el 14,6% (N= 18) responden que todas, (figura 84).

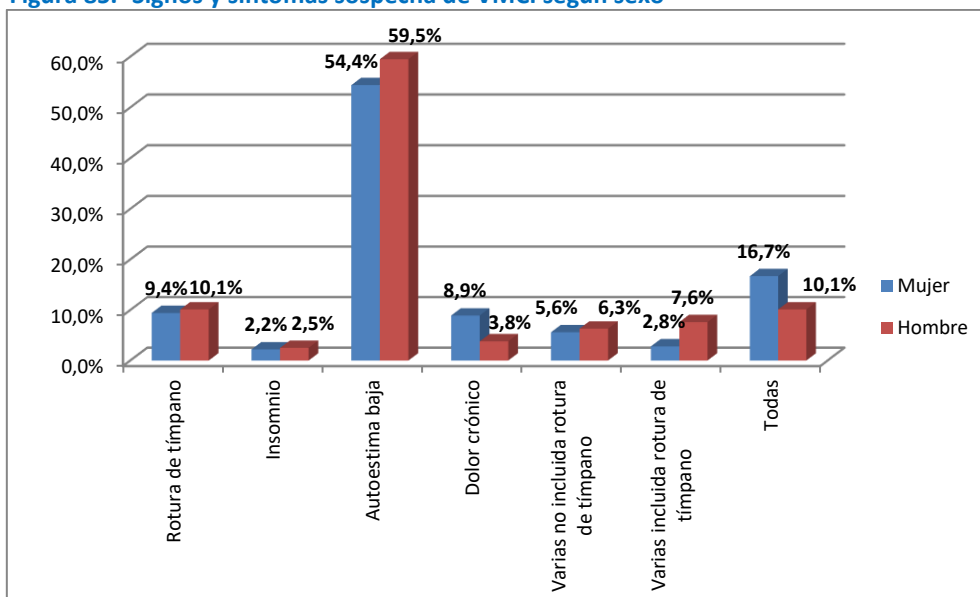
**Figura 84.- Signos y síntomas sospecha de VMCI según categoría profesional**



En cuanto al sexo de las 180 mujeres que han respondido esta pregunta el 9,4% (N=17) responden que rotura de tímpano, el 2,2% (N= 4) responden que insomnio, el 54,4% (N= 98) responden que autoestima baja, el 8,9% (N= 16) responden que el dolor crónico, el 5,6% (N= 10) responden varias no incluida rotura de tímpano, el 2,8% (N= 5) responden que varias incluida rotura de tímpano, y el 16,7% (N= 30) responden que

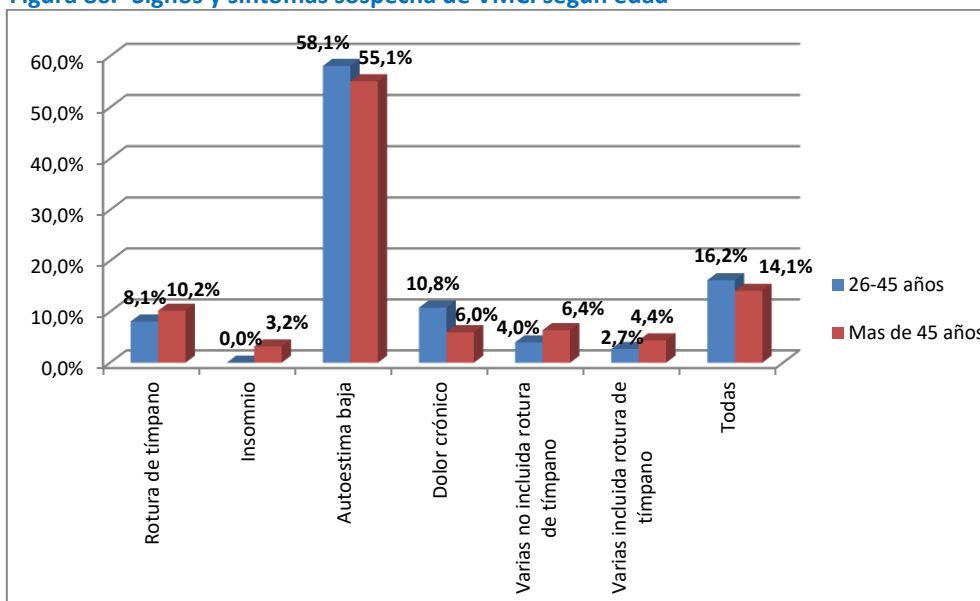
todas. De los 79 hombres que han contestado el 10,1% (N= 8) responden que rotura de tímpano, el 2,5% (N= 2) responden que insomnio, el 59.5% (N= 47) responden que autoestima baja, el 3,8% (N= 3) responden que el dolor crónico, el 6,3% (N= 5) responden varias no incluida rotura de tímpano, el 7,6% (N= 6) responden que varias incluida rotura de tímpano, y el 10,1% (N= 8) responden que todas. (Figura 85)

Figura 85.- Signos y síntomas sospecha de VMCI según sexo



Atendiendo a la edad (figura 107), los profesionales de los 74 profesionales entre 26 y 45 años de edad que han contestado esta pregunta, el 8,1% (N= 6) responden que rotura de tímpano, ninguno/a responden que insomnio, el 58,1% (N= 43) responden que autoestima baja, el 10,8% (N= 8) responden que el dolor crónico, el 4,0% (N= 3) responden varias no incluida rotura de tímpano, el 2,7% (N= 2) responden que varias incluida rotura de tímpano, y el 16,2% (N= 12) responden que todas. De los 185 profesionales de mas de 45 años, el 10,2% (N= 19) responden que rotura de tímpano, el 3,2% (N= 6) responden que insomnio, el 55,1% (N= 102) responden que autoestima baja, el 6,0% (N= 11) responden que el dolor crónico, el 6,4% (N= 12) responden varias no incluida rotura de tímpano, el 4,8% (N= 9) responden que varias incluida rotura de tímpano, y el 14,1% (N= 26) responden que todas. (Figura 86).

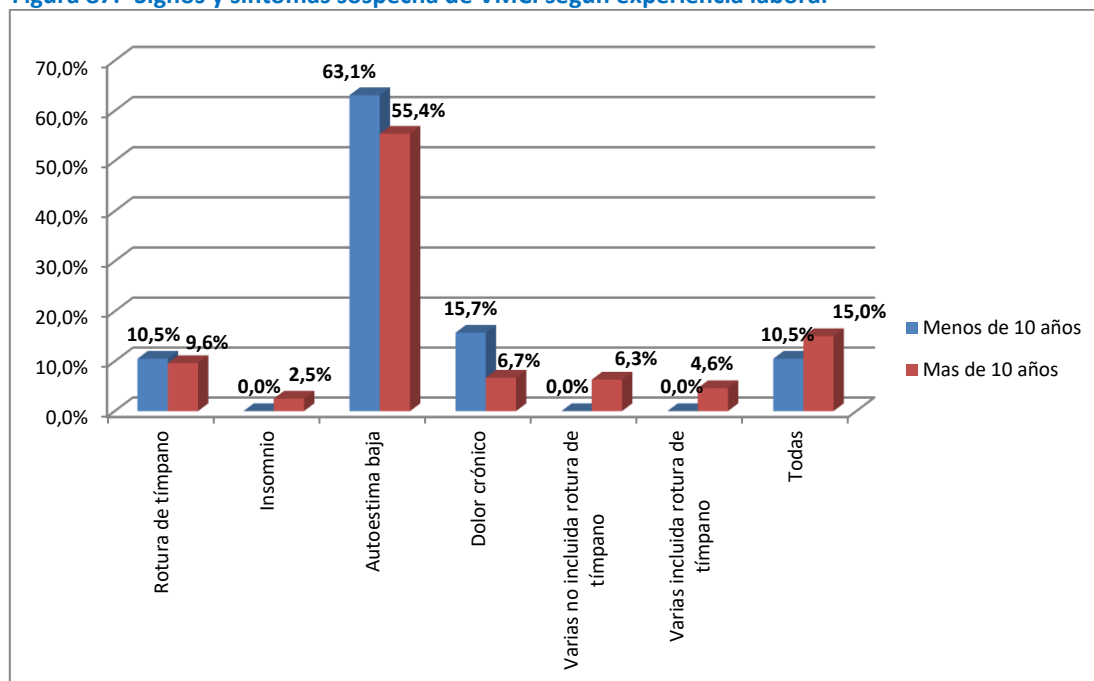
Figura 86.- Signos y síntomas sospecha de VMCI según edad



En cuanto a la experiencia laboral (figura 87), de los 19 profesionales cuya experiencia es menor de 10 años, el 10,5% (N= 2) responden que rotura de tímpano, ninguno/a responden que insomnio, el 63,1% (N= 12) responden que autoestima baja, el 15,7% (N= 3) responden que el dolor crónico, ninguno/a responden varias no incluida rotura de tímpano o varias incluida rotura de tímpano, y el 10,5% (N= 2) responden que todas.

De los 240 de mas de 10 años de experiencia laboral, el 9,6% (N= 23) responden que rotura de tímpano, el 2,5% (N= 6) responden que insomnio, el 55,4% (N= 133) responden que autoestima baja, el 6,7% (N= 16) responden que el dolor crónico, el 6,3% (N= 15) responden varias no incluida rotura de tímpano, el 4,6% (N= 11) responden que varias incluida rotura de tímpano, y el 15,0% (N= 36) responden que todas, ver figura 87.

Figura 87.- Signos y síntomas sospecha de VMCI según experiencia laboral

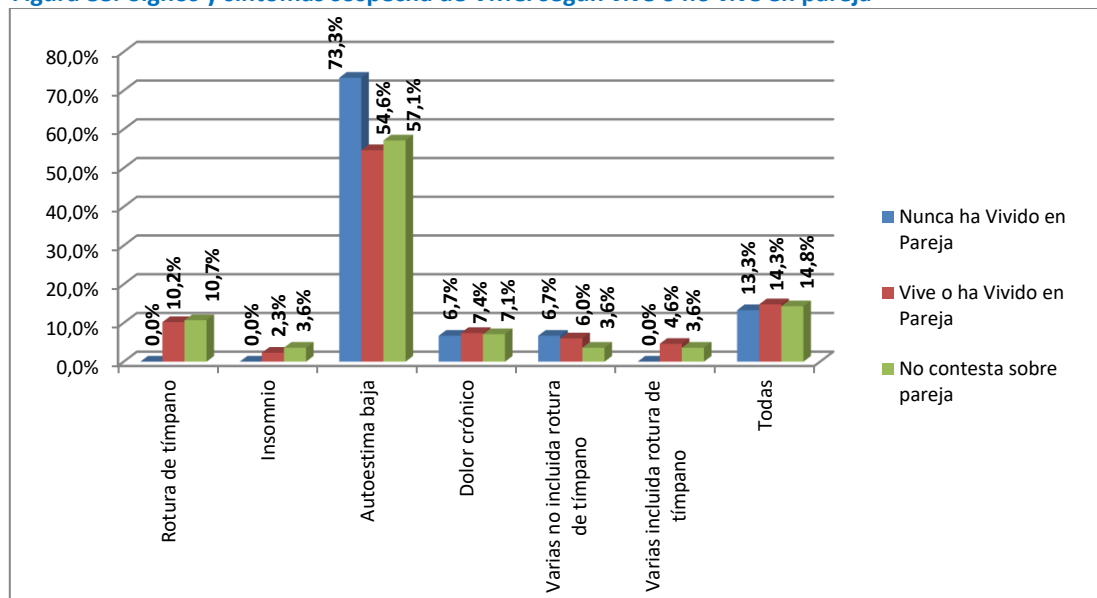


Si tenemos en cuenta si los profesionales que han contestado esta pregunta viven o han vivido en pareja (figura 88), de los 15 profesionales que afirman no haber convivido nunca en pareja ninguno/a responden que rotura de tímpano o insomnio, el 73,3% (N= 11) responden que autoestima baja, el 6,7% (N= 1) responden que el dolor crónico, el 6,7% (N= 1) responden varias no incluida rotura de tímpano, ninguno/a responden que varias incluida rotura de tímpano, y el 13,3% (N= 2) responden que todas. De los 216 que viven o han vivido en pareja, el 10,2% (N= 22) responden que rotura de tímpano, el 2,3% (N= 5) responden que insomnio, el 54,6% (N= 118) responden que autoestima baja, el 7,4% (N= 16) responden que el dolor crónico, el 6,0% (N= 13) responden varias no incluida rotura de tímpano, el 4,6% (N= 10) responden que varias incluida rotura de tímpano, y el 14,8% (N= 32) responden que todas.

De los 28 que no contestan si han vivido o no en pareja, el 10,7% (N= 3) responden que rotura de tímpano, el 3,6% (N= 1) responden que insomnio, el 57,1% (N= 16) responden que autoestima baja, el 7,1% (N= 2) responden que el dolor crónico, el 3,6%

(N= 1) responden varias no incluida rotura de tímpano, el 3,6% (N= 1) responden que varias incluida rotura de tímpano, y el 14,3% (N= 4) responden que todas. (Figura 88)

**Figura 88.-Signos y síntomas sospecha de VMCI según vive o no vive en pareja**

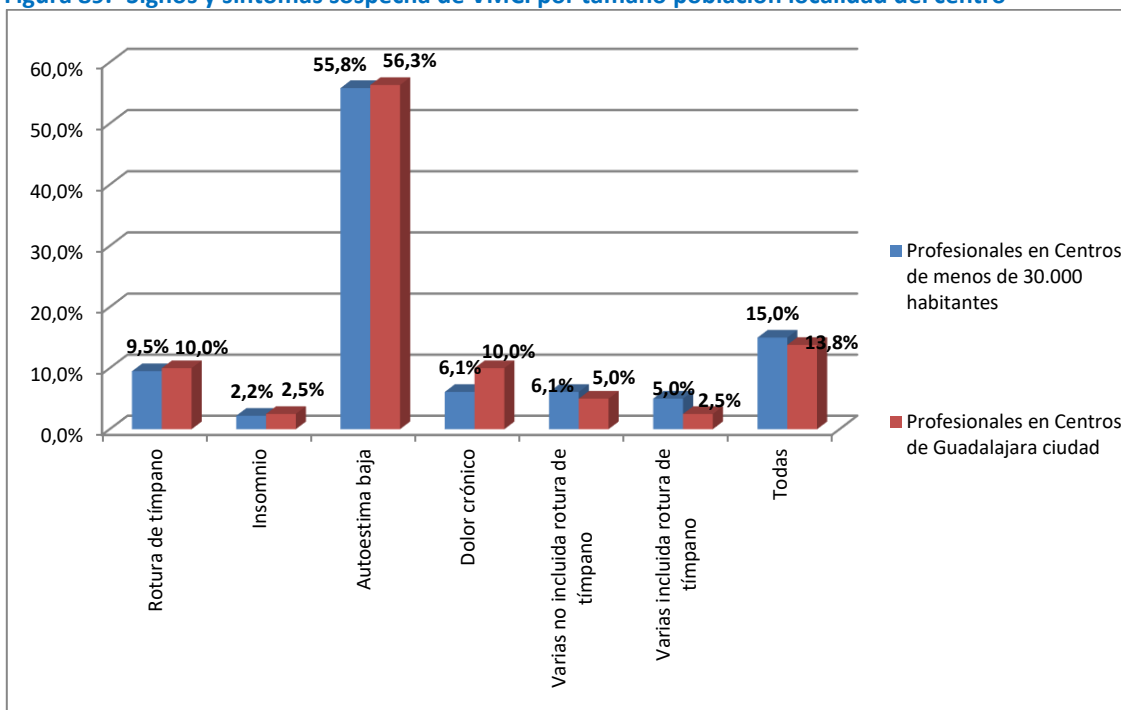


Si tenemos en cuenta el centro de salud en el que trabajan los profesionales que han contestado esta pregunta (figura 89), de los 179 que trabajan en centros de salud que atienden una población de menos de 30.000 habitantes el 9,5% (N= 17) responden que rotura de tímpano, el 2,2% (N= 4) responden que insomnio, el 55,8% (N= 100) responden que autoestima baja, el 6,1% (N= 11) responden que el dolor crónico, el 6,1% (N= 11) responden varias no incluida rotura de tímpano, el 5,0% (N= 9) responden que varias incluida rotura de tímpano, y el 15,0% (N= 27) responden que todas.

De los 80 profesionales que trabajan en centros de salud que atienden a más de 30.000 habitantes que pertenecen a Guadalajara Ciudad, el 10,0% (N= 8) responden que rotura de tímpano, el 2,5% (N= 2) responden que insomnio, el 56,3% (N= 45) responden que autoestima baja, el 10,0% (N= 8) responden que el dolor crónico, el 5,0% (N= 4) responden varias no incluida rotura de tímpano, el 2,5% (N= 2) responden que varias incluida rotura de tímpano, y el 13,8% (N= 11) responden que todas. (Figura 89).



Figura 89.- Signos y síntomas sospecha de VMCI por tamaño población localidad del centro



A la hora de comparar las hipótesis de trabajo, la variable signos y síntomas de sospecha de violencia a la mujer por su pareja o expareja es independiente respecto a cada una de las variables sociodemográficas: sexo ( $\chi^2(6)=6,896$  y  $p=0,331$ ), categoría profesional ( $\chi^2(6)=9,478$  y  $p=0,148$ ), edad ( $\chi^2(6)=5,735$  y  $p=0,454$ ), vivir en pareja ( $\chi^2(12)=4,021$  y  $p=0,983$ ) y estrato de población ( $\chi^2(6)=2,177$  y  $p=0,903$ ), ver tabla 42.

Tabla 42. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre ¿sabes lo que es el fenómeno iceberg en la VMCI? y sexo, edad, categoría profesional, vivir o no en pareja y tamaño población localidad del centro

¿Cuál de los siguientes datos te harían sospechar de la posibilidad de que existe violencia contra la mujer ejercida por su pareja?					
	$\chi^2$	Gl	Sig	Medidas de Asociación	
				RR	C
<b>Sexo</b>	6,896	6	0,331	N.A.	N.A.
<b>Categoría Profesional</b>	9,478	6	0,148	N.A.	N.A.
<b>Edad</b>	5,735	6	0,454	N.A.	N.A.
<b>Vivir o no en Pareja</b>	4,021	12	0,983	N.A.	N.A.
<b>Tamaño Población Centro</b>	2,177	6	0,903	N.A.	N.A.

Dónde: Gl. es grado de libertad, sig. es significación, RR es Riesgo Relativo, C es Coeficiente de Contingencia, N.A. es No Aplica

## 6.5. Protocolo de atención sanitaria a las mujeres víctimas de violencia

Para valorar los conocimientos de los profesionales sobre el protocolo de atención sanitaria a las mujeres víctimas de violencia por su pareja o expareja, se les pregunta en primer lugar si existe un protocolo y a los profesionales que confirman su existencia se les pregunta en segundo lugar si lo conocen.

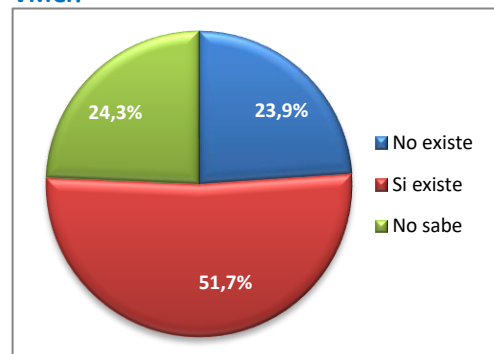
### 6.5.1. Existencia de protocolo de atención sanitaria a la mujer víctima de violencia

Las respuestas obtenidas para la pregunta ¿Existe protocolo interno para la atención sanitaria a las mujeres que sufren VMCI?, ver tabla 43 y figura 90, indican que el 51,7% (N=134) conoce la existencia del protocolo, mientras que el 48,2% (N= 125) de los profesionales o desconocen si existe, o afirman que no existe un protocolo de atención a las mujeres que sufren violencia ejercida por su pareja.

**Tabla 43.- ¿Existe protocolo para la atención sanitaria a las mujeres que sufren VMCI?**

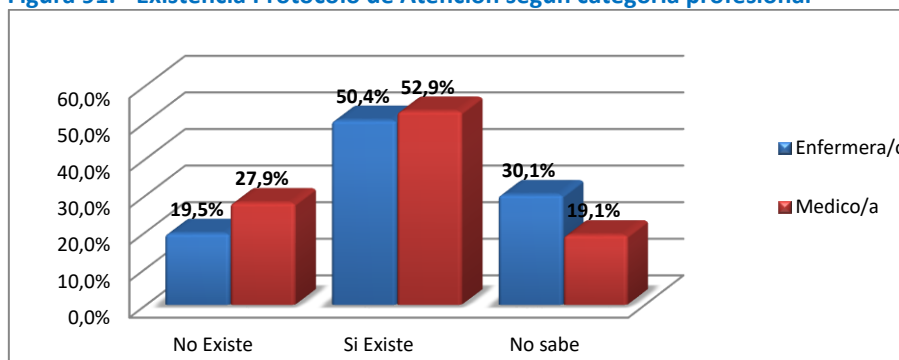
	Fr	%	% válido	% acumulado
No existe protocolo	62	23,9	23,9	23,9
Sí existe protocolo	134	51,7	51,7	75,7
No lo sabe	63	24,3	24,3	100,0
Total	259	100,0	100,0	

**Figura 90.- ¿Existe protocolo para la atención sanitaria a las mujeres que sufren VMCI?**



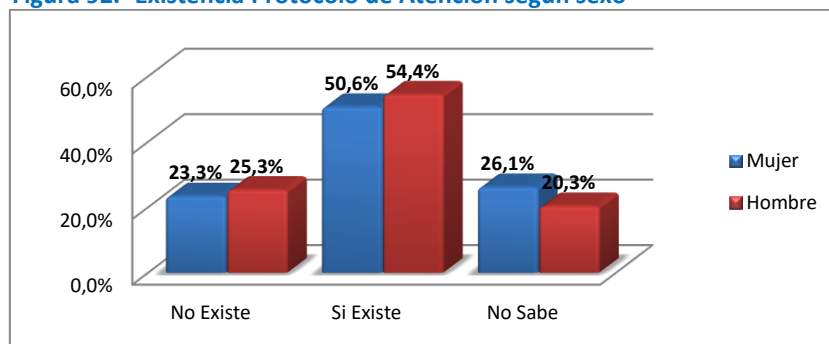
Si tenemos en cuenta la categoría profesional (ver figura 91), de los/as 136 médicos/as que han contestado esta pregunta el 27,9% (N=38) contestan que no existe protocolo, el 52,9% (N= 72) afirman que si existe protocolo y el 19,1% (N= 26) no saben si existe. De las/os 123 enfermeras/os que han respondido esta pregunta el 19,5% (N= 24) contestan que no existe protocolo, el 50,4% (N= 62) afirman que si existe protocolo y el 30,1% (N= 37) no saben si existe.

Figura 91.- Existencia Protocolo de Atención según categoría profesional



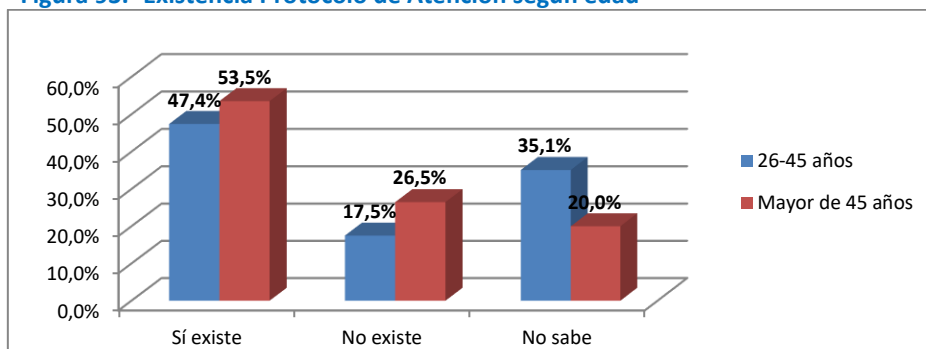
En cuanto al sexo (ver figura 92), de las 180 mujeres que han respondido esta pregunta el 23,3% (N= 42) contestan que no existe protocolo, el 50,6% (N= 91) afirman que si existe protocolo y el 26,1% (N= 47) no saben si existe. De los 79 hombres que han contestado el 25,3% (N= 20) contestan que no existe protocolo, el 54,4% (N= 43) afirman que si existe protocolo y el 20,3% (N= 47) no saben si existe.

Figura 92.- Existencia Protocolo de Atención según sexo



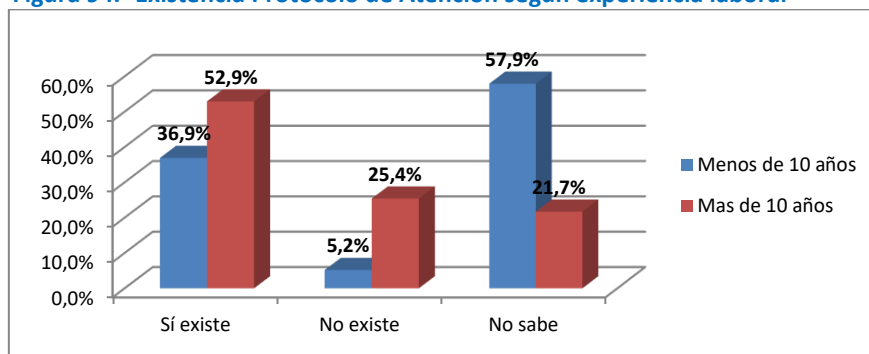
Atendiendo a la edad de los profesionales, ver figura 93, de los 74 profesionales que tienen menos de 45 años, el 47,4% (N= 35) afirman que si existe protocolo, el 17,5% (N= 13) dicen que no existe y el 35,1% (N= 26) no saben si existe. Mientras que de los 185 profesionales con mas de 45 años, el 53,5% (N= 99) dicen que existe protocolo, el 26,5% (N= 49) afirman que no existe, y el 20,0% (N= 37) no saben si existe protocolo para la atención de mujeres víctimas de VMCI.

Figura 93.- Existencia Protocolo de Atención según edad



En cuanto a la experiencia laboral (ver figura 94), de los 19 profesionales cuya experiencia es menor de 10 años, el 36,9% (N= 7) contestan que si existe protocolo, el 5,2% (N= 1) dice que no existe, y el 57,9% (N= 11) no sabe si existe protocolo. De los 240 de mas de 10 años de experiencia laboral el 25,4% (N= 61) contestan que no existe protocolo, el 52,9% (N= 127) afirman que si existe protocolo y el 21,7% (N= 52) no saben si existe protocolo de atención para las mujeres víctimas de la VMCI.

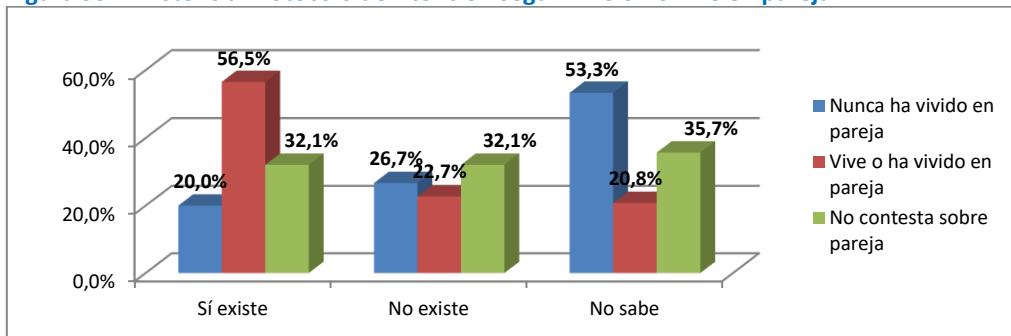
Figura 94.- Existencia Protocolo de Atención según experiencia laboral



Si tenemos en cuenta si los profesionales que han contestado esta pregunta viven o han vivido en pareja (ver figura 95), de los 15 profesionales que afirman no haber convivido nunca en pareja el 26,7% (N= 4) contestan que no existe protocolo, el 20,0% (N= 3) afirman que si existe protocolo y el 53,3% (N= 8) no saben si existe. De los 216 que viven o han vivido en pareja el 22,7% (N= 49) contestan que no existe protocolo, el 56,5% (N= 122) afirman que si existe protocolo y el 20,8% (N= 45) no saben si existe.

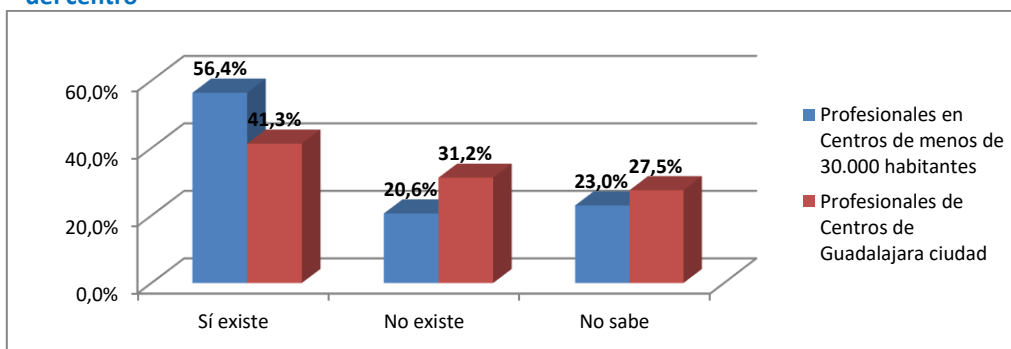
De los 28 que no contestan si han vivido o no en pareja el 32,1% (N= 9) contestan que no existe protocolo, el 32,1% (N= 9) afirman que si existe protocolo y el 35,7% (N= 10) no saben si existe. (Figura 95)

Figura 95.- Existencia Protocolo de Atención según vive o no vive en pareja



En relación al tamaño de la población donde se localiza el centro de salud (ver figura 96), de los 179 que trabajan en centros de salud de poblaciones de menos de 30.000 habitantes, el 20,6% (N= 37) contestan que no existe protocolo, el 56,4% (N= 101) afirman que si existe protocolo y el 23,0% (N= 22) no saben. De los 80 profesionales de los centros de salud localizados en Guadalajara ciudad el 31,2% (N= 25) contestan que no existe protocolo, el 41,3% (N= 33) afirman que si existe protocolo y el 27,5% (N= 22) no saben si existe protocolo de atención a las mujeres que sufren VMCI.

Figura 96.- Distribución Existencia Protocolo de Atención por tamaño población localidad del centro



A la hora de comparar las hipótesis de trabajo, se encuentra que tanto el sexo ( $\chi^2(2)=1,0245$  y  $p=0,599$ ), como la categoría profesional ( $\chi^2(2)=5,189$  y  $p=0,075$ ), y estrato de población ( $\chi^2(2)=5,526$  y  $p=0,063$ ) tienen una relación estadísticamente no

significativa, la variable que representa la pregunta planteada es independiente de estas variables sociodemográficas. (Ver tabla 44).

Sin embargo, encontramos que existen relaciones de dependencia, en las siguientes variables, ver tabla 44:

- Edad ( $\chi^2(2)=7,129$  y  $p=0,028$ ), el Coeficiente de Contingencia encontrado ( $C=0,164$ ), indica una asociación directamente proporcional, la relación de asociación puede considerarse leve porque  $C=0,164$  y la  $C_{max}=0,71$ . Los profesionales mayores de 45 años conocen en mayor número la existencia del protocolo (el 38,2%) que los menores de 45 años (el 13,5%).
- Vivir en pareja ( $\chi^2(4)=14,678$  y  $p=0,005$ ), el Coeficiente de Contingencia encontrado ( $C=0,232$ ), indica una asociación directamente proporcional que puede considerarse como leve ya que nuestro valor de  $C=0,232$  y la  $C_{max}=0,81$ . Los profesionales que refieren vivir o haber vivido en pareja, conocen en mayor número la existencia de protocolo un 56,5% ( $N= 122$ ), frente al 20% ( $N= 3$ ) de profesionales que no han vivido nunca en pareja.

**Tabla 44. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas. ¿Existe protocolo para la atención sanitaria a las mujeres que sufren VMCI? y sexo, edad, categoría profesional, vivir o no en pareja y tamaño población localidad del centro**

¿Existe protocolo interno para la atención sanitaria a estas pacientes?					
	$\chi^2$	Gl	Sig	Medidas de Asociación	
				RR	C
<b>Sexo</b>	1,024	2	0,599	N.A.	N.A.
<b>Categoría Profesional</b>	5,189	2	0,075	N.A.	N.A.
<b>Edad</b>	7,129	2	0,028	N.A.	0,164
<b>Vivir o no en Pareja</b>	14,678	4	0,005	N.A.	0,232
<b>Tamaño Población Centro</b>	5,526	2	0,063	N.A.	N.A.

Dónde: Gl. es grado de libertad, sig. es significación, RR es Riesgo Relativo, C es Coeficiente de Contingencia, N.A. es No Aplica

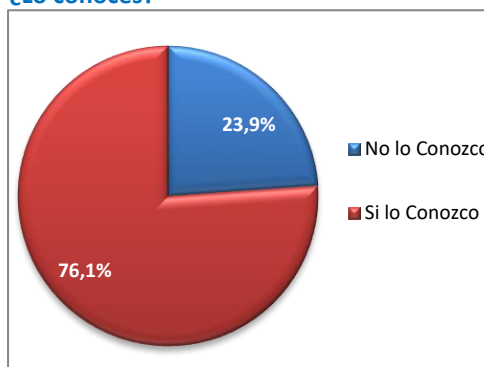
### 6.5.2. Conocimiento del protocolo de atención sanitaria a la mujer víctima de violencia

De los 134 profesionales que saben de la existencia del protocolo, ver tabla 45 y figura 97, el 76,1% (N= 102) conocen el protocolo frente al 23,9% (N= 32) no conocen el contenido del protocolo de atención a las mujeres que sufren violencia ejercida por su pareja.

**Tabla 45- En caso de existir el protocolo ¿Lo conoces?**

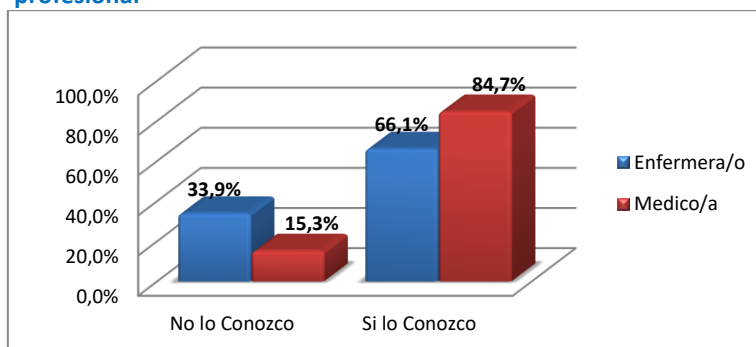
		Fr	%	% válido	% acumulado
Válidos	No lo conozco	32	12,4	23,9	23,9
	Sí lo conozco	102	39,4	76,1	100,0
	Total	134	51,7	100,0	
Perdidos	Sistema	125	48,3		
	Total	259	100,0		

**Figura 97.- En caso de existir el protocolo ¿Lo conoces?**



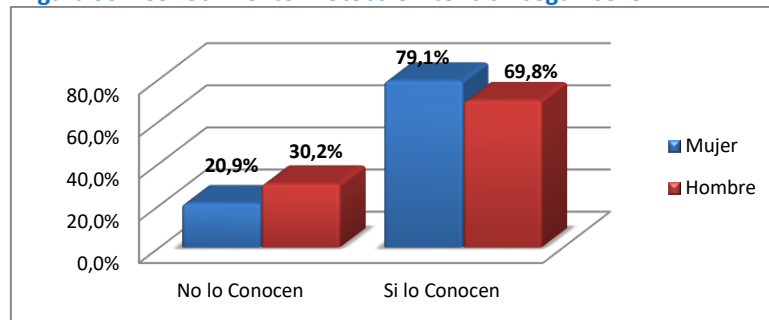
Si tenemos en cuenta la categoría profesional de los/as 72 médicos/as que han contestado que si saben que existe un protocolo el 15,3% (N=11) no conocen su contenido, frente al 84,7% (N= 61) que si lo conocen. De las/os 62 enfermeras/os que han contestado que si saben que existe un protocolo el 33,9% (N=21) no conocen su contenido, frente al 66,1% (N= 41) que si lo conocen (figura 98).

**Figura 98.- Conocimiento Protocolo Atención según categoría profesional**



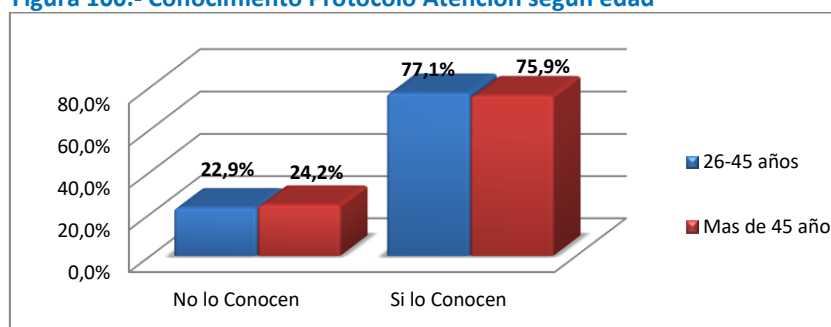
En cuanto al sexo de las 91 mujeres que han contestado que si saben que existe un protocolo el 20,9% (N=19) no conocen su contenido, frente al 79,1% (N= 72) que si lo conocen. De los 43 hombres que han contestado que si saben que existe un protocolo el 30,2% (N=13) no conocen su contenido, frente al 69,8% (N= 30) que si lo conocen. (Figura 99)

Figura 99.- Conocimiento Protocolo Atención según sexo



Atendiendo a la edad los profesionales de los 35 profesionales entre 26 y 45 años de edad que han contestado que si saben que existe un protocolo el 22,9% (N=8) no conocen su contenido, frente al 77,1% (N= 27) que si lo conocen. De los 99 profesionales que tienen mas de 45 años de edad, que si saben que existe un protocolo el 24,2% (N= 24) no conocen su contenido, frente al 75,9% (N= 75) que si lo conocen. (Figura 100).

Figura 100.- Conocimiento Protocolo Atención según edad

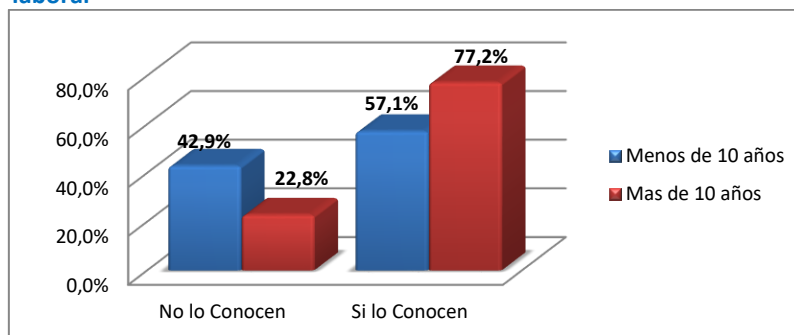


En cuanto a la experiencia de los 7 profesionales con menos de 10 años de experiencia laboral que han contestado que si saben que existe un protocolo el 42,9% (N=3) no



conocen su contenido, frente al 57,1% (N= 4) que si lo conocen. De los 127 de mas de 10 años de experiencia laboral que han contestado que si saben que existe un protocolo el 22,8% (N=29) no conocen su contenido, frente al 77,2% (N= 98) que si lo conocen., ver Figura 101.

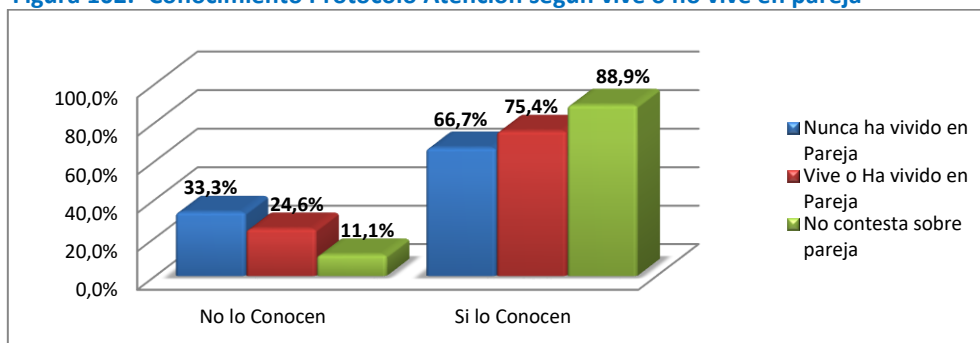
**Figura 101.- Conocimiento Protocolo Atención según experiencia laboral**



Si tenemos en cuenta si los profesionales viven o han vivido en pareja (figura 102), de los 3 profesionales que han contestado que si saben que existe un protocolo y no haber convivido nunca el 33,3% (N=1) no conocen su contenido, frente al 66,7% (N= 2) que si lo conocen. De los 122 que viven o han vivido en pareja y que han contestado que si conocen la existencia del protocolo el 24,6% (N= 30) no conocen su contenido, frente al 75,4% (N= 92) que si lo conocen.

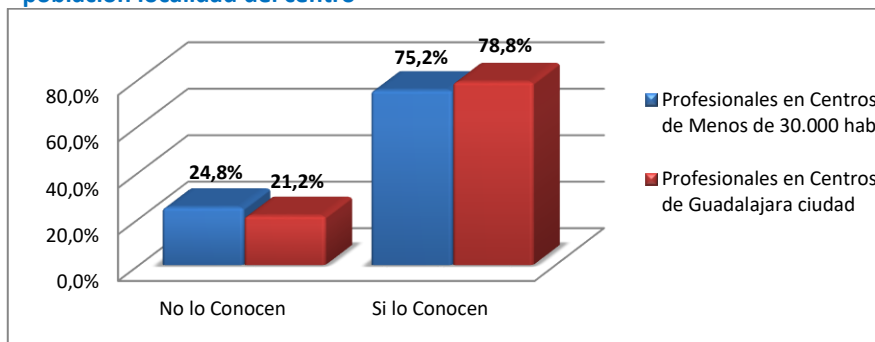
De los 9 que no contestan si han vivido o no en pareja y que han contestado que si conocen la existencia del protocolo el 11,1% (N= 1) no conocen su contenido, frente al 88,9% (N= 8) que si lo conocen. (Figura 102)

**Figura 102.- Conocimiento Protocolo Atención según vive o no vive en pareja**



Si tenemos en cuenta 101 profesionales que trabajan en centros de salud que atienden a menos de 30.000 habitantes, que han contestado que si conocen la existencia del protocolo, el 24,8% (N= 25) no conocen su contenido, frente al 75,2% (N= 76) que si lo conocen. De los 33 profesionales que trabajan en centros de salud que atienden a mas de 30.000 habitantes, que pertenecen a Guadalajara ciudad y que han contestado que si conocen la existencia del protocolo, el 21,2% (N= 7) no conocen su contenido, frente al 78,8% (N= 26) que si lo conocen. (Figura 103)

**Figura 103.- Distribución Conocimiento del Protocolo de Atención por tamaño población localidad del centro**



Al comparar las hipótesis de trabajo, se encuentra que tanto el sexo ( $\chi^2(2)=1,0245$  y  $p=0,599$ ), como la edad ( $\chi^2(3)=0,012$  y  $p=0,996$ ), vivir en pareja ( $\chi^2(2)=0,989$  y  $p=0,61$ ) y tamaño población donde se ubica el centro de salud ( $\chi^2(1)=0,172$  y  $p=0,816$ ) tienen una relación estadísticamente no significativa respecto a la variable conocimiento del protocolo de atención. (Ver tabla 46).

Sin embargo, encontramos que existen relación de dependencia en la variable categoría profesional ( $\chi^2(1)=6,336$  y  $p=0,012$ ), se encuentra que el Odds Ratio (OR)=2,84; IC95%: 1,239-6,514. Esto quiere decir que la probabilidad de que se conozca el protocolo de actuación sanitaria a la mujer víctima de violencia es 2,84 veces mayor en médicos que en enfermeros.

**Tabla 46. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas: En caso de que si conozca su existencia ¿conoce su contenido?, y sexo, edad, categoría profesional, vivir o no en pareja y tamaño población localidad del centro**

¿ : En caso de que si conozca su existencia ¿conoce su contenido?					
	$\chi^2$	Gl	Sig	Medidas de Asociación	
				RR	C
<b>Sexo</b>	1,405	1	0,236	N.A.	N.A.
<b>Categoría Profesional</b>	6,336	1	<b>0,012</b>	<b>2,84</b> (IC95% 1,239-6,514)	N.A.
<b>Edad</b>	0,027	1	0,869	N.A.	N.A.
<b>Vivir o no en Pareja</b>	0,989	2	0,61	N.A.	N.A.
<b>Tamaño Población Centro</b>	0,172	1	0,816	N.A.	N.A.

Dónde: Gl. es grado de libertad, sig. es significación, RR es Riesgo Relativo, C es Coeficiente de Contingencia, N.A. es No Aplica

## 6.6. Conocimientos legales

Para valorar los conocimientos de los profesionales sobre las obligaciones legales a los que están sujetos ante el problema de la violencia a la mujer por su pareja o expareja, se les pregunta en primer lugar si conocen las obligaciones legales ante la sospecha de violencia y, en segundo lugar, que consecuencias legales tiene no declarar un caso de violencia.

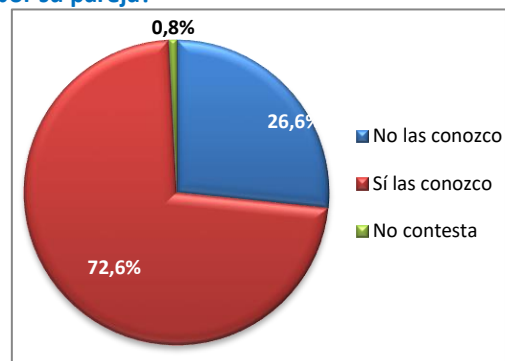
### 6.6.1. Obligación legal ante la sospecha de violencia a la mujer por su pareja

Para la pregunta ¿Conoces las obligaciones legales de los profesionales ante la mera sospecha de un caso de violencia contra la mujer ejercida por su pareja?, las respuestas de los profesionales indican que el 26,6% (N= 69) responden que no las conocen, el 72,6% (N= 188) responden que si las conocen, el 0,8% (N= 2) no contesta esta pregunta (ver tabla 47 y figura 104).

**Tabla 47.- ¿Conoces las obligaciones legales de los profesionales ante la mera sospecha de un caso de violencia contra la mujer ejercida por su pareja?**

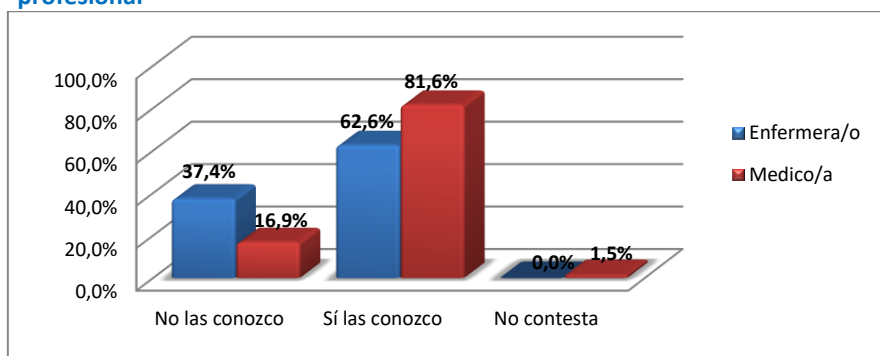
	Fr	%	% válido	% acumulado
No las conozco	69	26,6	26,6	26,6
Sí las conozco	188	72,6	72,6	99,2
No contesta	2	,8	,8	100,0
Total	259	100,0	100,0	

**Figura 104.- ¿Conoces las obligaciones legales de los profesionales ante la mera sospecha de un caso de violencia contra la mujer ejercida por su pareja?**



Si tenemos en cuenta la categoría profesional de los/as 136 médicos/as que han contestado esta pregunta el 16,9% (N= 23) responden que no las conocen, el 81,6% (N= 111) responden que si las conocen, el 1,5% (N= 2) no contesta esta pregunta. De las/os 123 enfermeras/os que han respondido esta pregunta el 37,4% (N= 46) responden que no las conocen, el 62,6% (N= 77) responden que si las conocen, todas/os las/os enfermeras/os contesta esta pregunta, (figura 105).

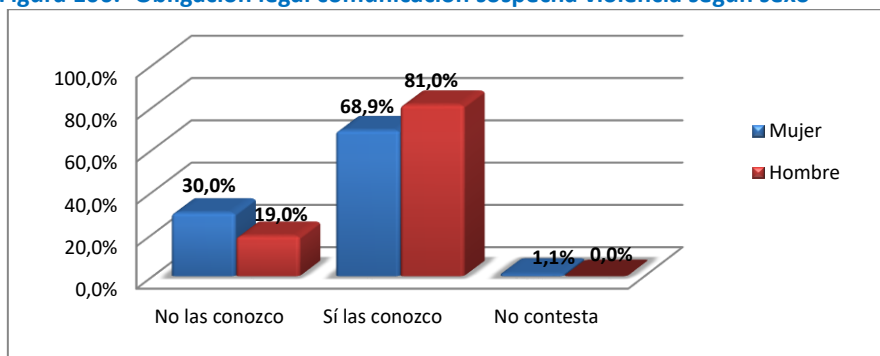
**Figura 105.- Obligación legal comunicación sospecha violencia según categoría profesional**



En cuanto al sexo de las 180 mujeres que han respondido esta pregunta el 30,0% (N=54) responden que no las conocen, el 68,9% (N= 124) responden que si las

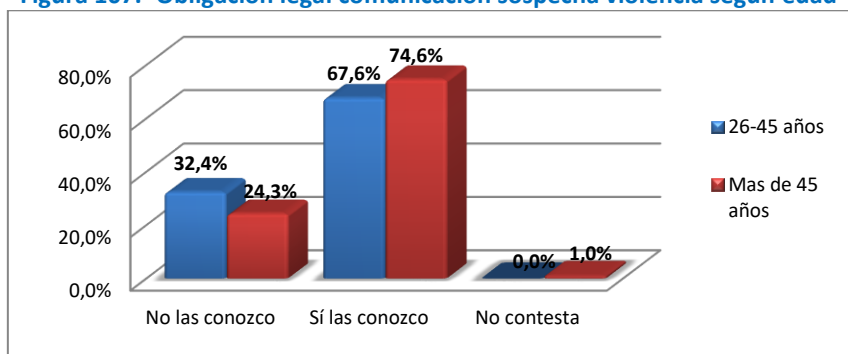
conocen, el 1,1% (N= 2) no contesta esta pregunta. De los 79 hombres que han contestado el 19,0% (N= 15) responden que no las conocen, el 81,0% (N= 64) responden que si las conocen, todos los hombres contestan esta pregunta. (Figura 106)

Figura 106.- Obligación legal comunicación sospecha violencia según sexo



Atendiendo a la edad los profesionales de los 74 profesionales entre 26 y 45 años de edad que han contestado esta pregunta, el 32,4% (N= 24) responden que no las conocen, el 67,6% (N= 50) responden que si las conocen, todos/as los/as profesionales en esta franja de edad contestan esta pregunta. De los 185 profesionales de mas de 45 años, el 24,3% (N= 45) responden que no las conocen, el 74,6% (N= 138) responden que si las conocen, el 1,0% (N= 2) no contesta esta pregunta. (Figura 107).

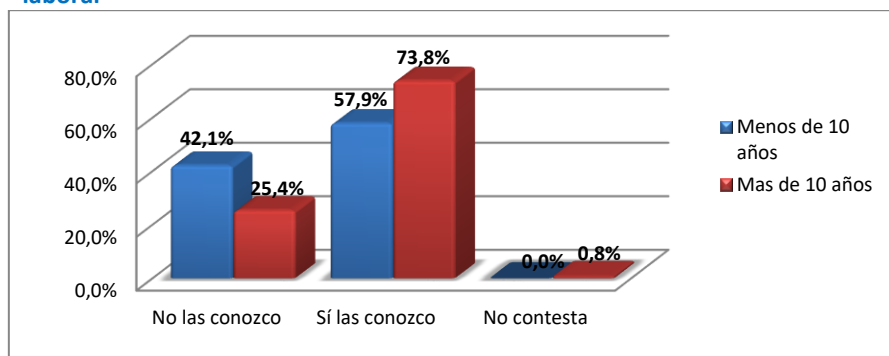
Figura 107.- Obligación legal comunicación sospecha violencia según edad



En cuanto a la experiencia laboral de los 19 profesionales cuya experiencia es menor de 10 años, el 42,1% (N= 8) responden que no las conocen, el 57,9% (N= 11) responden que si las conocen, todos/as los/as profesionales con esta experiencia laboral

contestan esta pregunta. De los 240 de mas de 10 años de experiencia laboral, el 25,4% (N= 61) responden que no las conocen, el 73,8% (N= 177) responden que si las conocen, el 0,8% (N= 2) no contesta esta pregunta, ver figura 108.

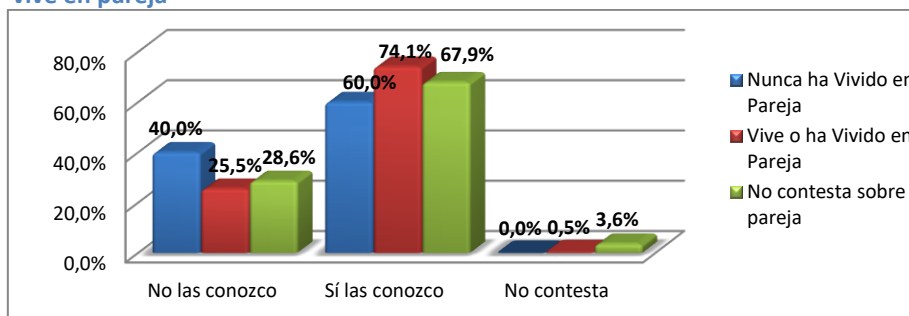
**Figura 108.- Obligación legal comunicación sospecha violencia según experiencia laboral**



Si tenemos en cuenta si los profesionales que han contestado esta pregunta viven o han vivido en pareja (figura 109), de los 15 profesionales que afirman no haber convivido nunca en pareja, el 40,0% (N= 6) responden que no las conocen, el 60,0% (N= 9) responden que si las conocen, todos/as los/as profesionales que afirman no haber vivido en pareja contestan esta pregunta. De los 216 que viven o han vivido en pareja, el 25,5% (N= 55) responden que no las conocen, el 74,1% (N= 160) responden que si las conocen, el 0,5% (N= 1) no contesta esta pregunta.

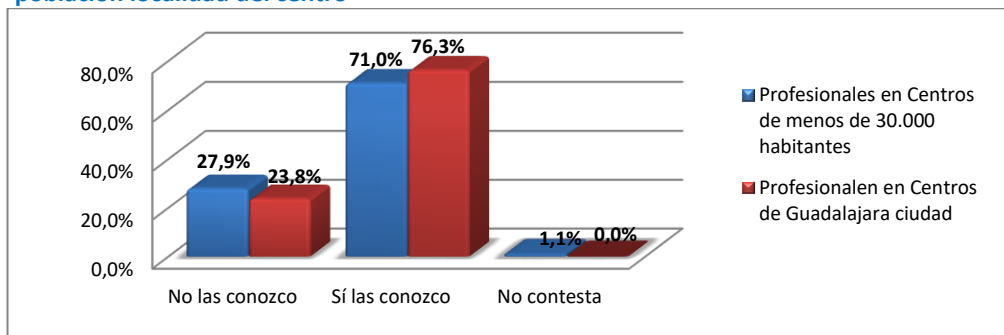
De los 28 que no contestan si han vivido o no en pareja, el 28,6% (N= 8) responden que no las conocen, el 67,9% (N= 19) responden que si las conocen, el 3,6% (N= 1) no contesta esta pregunta. (Figura 109)

**Figura 109.- Obligación legal comunicación sospecha violencia según vive o no vive en pareja**



Si tenemos en cuenta el centro de salud en el que trabajan los profesionales que han contestado esta pregunta, de los 179 que trabajan en centros de salud localizados en poblaciones de menos de 30.000 habitantes el 27,9% (N= 50) responden que no las conocen, el 71,0% (N= 127) responden que si las conocen, el 1,1% (N= 2) no contesta esta pregunta. De los 80 profesionales que trabajan en centros de salud situados en Guadalajara ciudad, el 23,8% (N= 19) responden que no las conocen, el 76,3% (N= 61) responden que si las conocen, todos/as los/as profesionales de estos centros de salud contestan esta pregunta. (Figura 110)

**Figura 110.- Distribución Obligación legal comunicación sospecha violencia por tamaño población localidad del centro**



A la hora de comparar las hipótesis de trabajo, se encuentra que tanto el sexo ( $\chi^2(2)=4,489$  y  $p=0,106$ ), como la edad ( $\chi^2(2)=2,464$  y  $p=0,292$ ), vivir o no vivir en pareja ( $\chi^2(4)=0,302$  y  $p=0,302$ ) y el tamaño de la población donde se ubica el centro de salud ( $\chi^2(2)=1,471$  y  $p=0,479$ ) tienen una relación estadísticamente no significativa con la variable que representa la pregunta planteada (ver tabla 48).

Sin embargo, se encuentra una relación de dependencia con la variable categoría profesional ( $\chi^2(2)=15,021$  y  $p=0,001$ ), el Coeficiente de Contingencia encontrado ( $C=0,235$ ), indica una asociación directamente proporcional entre la categoría profesional y la variable que representa la pregunta, aunque existe una relación de asociación, ésta puede considerarse como leve ya que nuestro valor de  $C=0,235$  y la  $C_{\max}=0,71$ . Es decir, se encuentra que el conocimiento de las obligaciones legales está asociado a la categoría profesional de los participantes, el 42,9% (N= 111) son médicos/as y 29,7% (N= 77) son enfermeras/os.

**Tabla 48. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas. ¿Conoces las obligaciones legales de los profesionales ante la mera sospecha de un caso de violencia contra la mujer ejercida por su pareja? y sexo, edad, categoría profesional, vivir o no en pareja y tamaño población localidad del centro**

	¿Conoces las obligaciones legales de los profesionales ante la mera sospecha de un caso de violencia contra la mujer ejercida por su pareja?				
	$\chi^2$	Gl	Sig	Medidas de Asociación	
				RR	C
<b>Sexo</b>	4,489	2	0,106	N.A.	N.A.
<b>Categoría Profesional</b>	15,201	2	<b>0,001</b>	N.A.	<b>0,235</b>
<b>Edad</b>	2,464	2	0,292	N.A.	N.A.
<b>Vivir o no en Pareja</b>	4,861	4	0,302	N.A.	N.A.
<b>Tamaño Población Centro</b>	1,471	2	0,479	N.A.	N.A.

Dónde: Gl, es grado de libertad; sig. es significación, RR, es Riesgo Relativo. C es coeficiente de Contingencia. es coeficiente. N.A. es No Aplica.

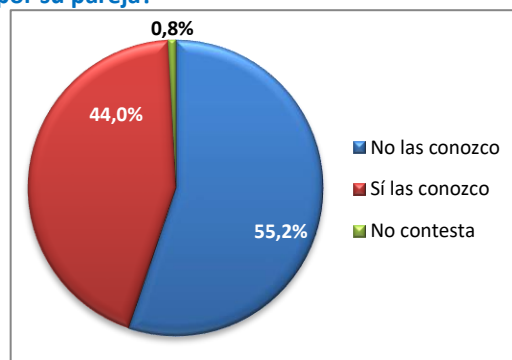
### 6.6.2. Consecuencias legales por no declarar violencia a la mujer por su pareja

Para la pregunta ¿Conoces las repercusiones legales que pueden derivarse de no declarar un caso evidente de violencia contra la mujer ejercida por su pareja?, las respuestas de los profesionales indican que el 55,2% (N= 143) no las conocen, el 44,0% (N= 114) responden que si las conocen, el 0,8% (N= 2) no contesta esta pregunta. (ver tabla 49 y figura 111)

**Tabla 49.- ¿Conoces las repercusiones legales que pueden derivarse de no declarar un caso evidente de violencia contra la mujer ejercida por su pareja?**

	Fr	%	% válido	% acumulado
No las conozco	143	55,2	55,2	55,2
Sí las conozco	114	44,0	44,0	99,2
No contesta	2	,8	,8	100,0
Total	259	100,0	100,0	

**Figura 111.- ¿Conoces las repercusiones legales que pueden derivarse de no declarar un caso evidente de violencia contra la mujer ejercida por su pareja?**

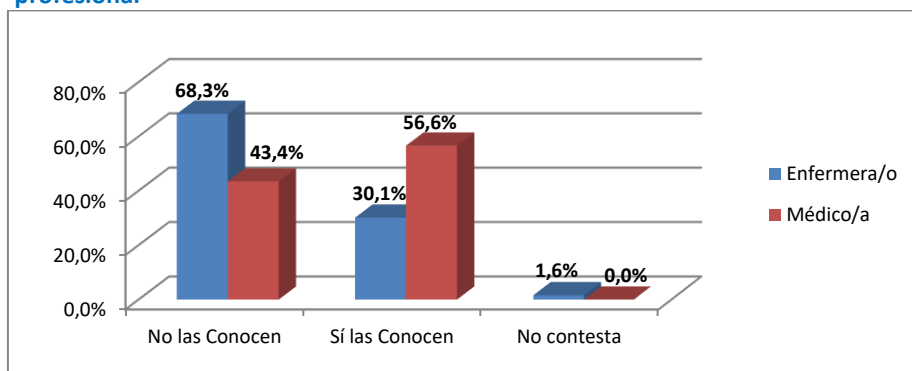


Si tenemos en cuenta la categoría profesional de los/as 136 médicos/as que han



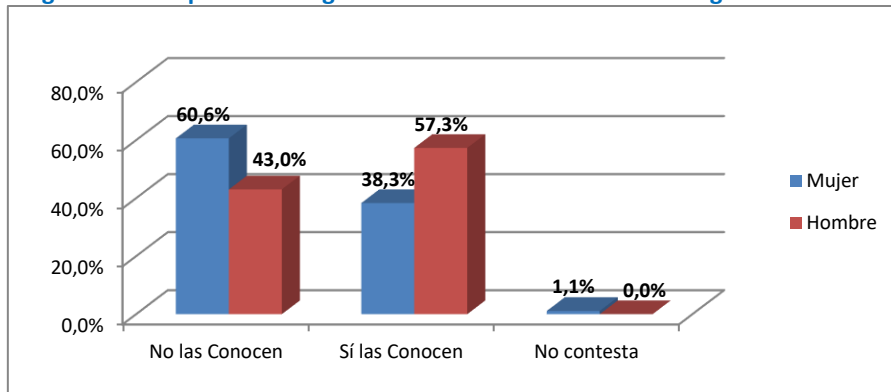
contestado esta pregunta el 43,4% (N= 59) no las conocen, el 56,6% (N= 77) responden que si las conocen, todos/as los/as médicos/as contesta esta pregunta. De las/os 123 enfermeras/os que han respondido esta pregunta el 68,3% (N= 84) no las conocen, el 30,1% (N= 37) responden que si las conocen, el 1,6% (N= 2) no contesta esta pregunta, (figura 112).

**Figura 112.- Repercusión legal no declarar caso de violencia según categoría profesional**



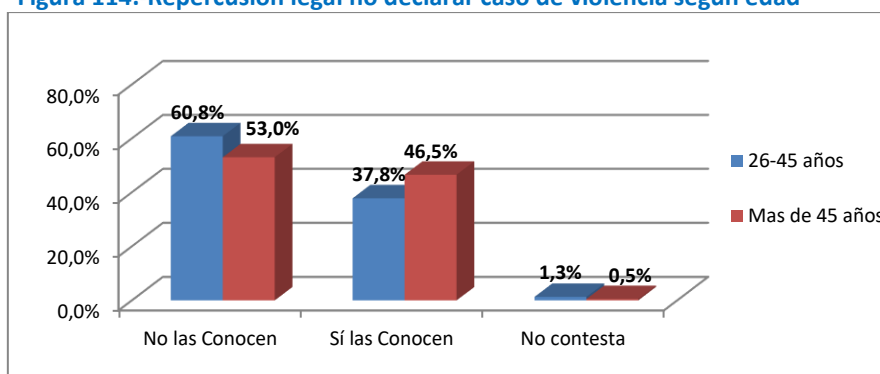
En cuanto al sexo de las 180 mujeres que han respondido esta pregunta el 60,6% (N=109) no las conocen, el 38,3% (N= 69) responden que si las conocen, el 1,1% (N= 2) no contesta esta pregunta. De los 79 hombres que han contestado el 43,0% (N= 34) no las conocen, el 57,0% (N= 45) responden que si las conocen, todos los hombres contestan esta pregunta. (Figura 113)

**Figura 113.- Repercusión legal no declarar caso de violencia según sexo**



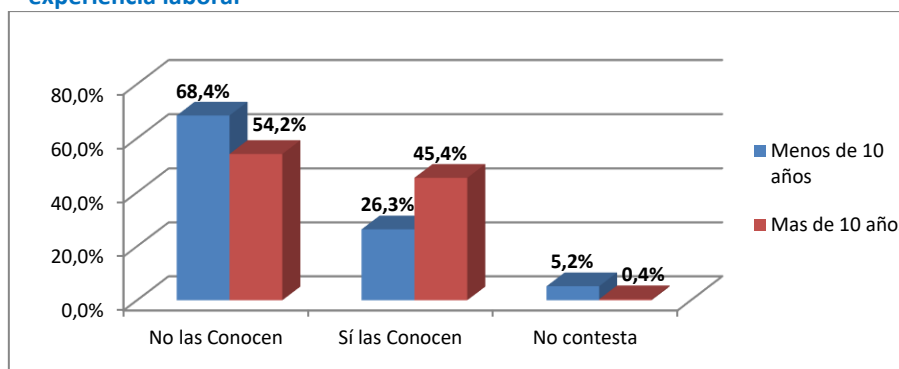
Atendiendo a la edad los profesionales de los 74 profesionales entre 26 y 45 años de edad que han contestado esta pregunta, el 60,8% (N= 45) no las conocen, el 37,8% (N= 28) responden que si las conocen, el 1,3% (N= 1) de los/as profesionales de esta franja de edad no contesta esta pregunta. De los 185 profesionales de mas de 45 años, el 53,0% (N= 98) no las conocen, el 46,5% (N= 86) responden que si las conocen, el 0,5% (N= 1) de los/as profesionales de esta franja de edad no contesta esta pregunta. (Figura 114).

Figura 114.-Repercusión legal no declarar caso de violencia según edad



En cuanto a la experiencia laboral de los 19 profesionales cuya es menor de 10 años, el 68,4% (N= 13) no las conocen, el 26,3% (N= 5) responden que si las conocen, el 5,2% (N= 1) no contesta esta pregunta. De los 240 de mas de 10 años de experiencia laboral, el 54,2% (N= 130) no las conocen, el 45,4% (N= 109) responden que si las conocen, el 0,4% (N= 1) no contesta esta pregunta, ver figura 115.

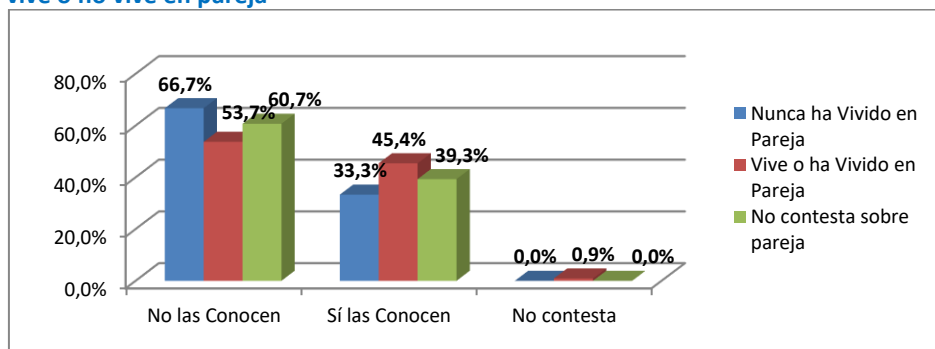
Figura 115.- Distribución Repercusión legal no declarar caso de violencia según experiencia laboral



Si tenemos en cuenta si los profesionales que han contestado esta pregunta viven o han vivido en pareja (figura 116), de los 15 profesionales que afirman no haber convivido nunca en pareja, el 66,7% (N= 10) no las conocen, el 33,3% (N= 5) responden que si las conocen, todos/as los/as profesionales que afirman no haber vivido en pareja contestan esta pregunta. De los 216 que viven o han vivido en pareja, el 53,7% (N= 116) no las conocen, el 45,4% (N= 98) responden que si las conocen, el 0,9% (N= 2) no contesta esta pregunta.

De los 28 que no contestan si han vivido o no en pareja, el 60,7% (N= 17) no las conocen, el 39,3% (N= 11) responden que si las conocen, todos/as los/as profesionales que no contestan si viven o han vivido en pareja contestan esta pregunta. (Figura 116)

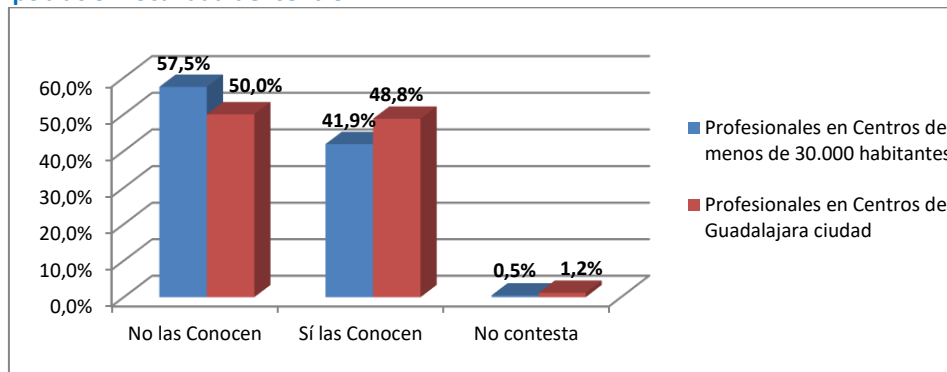
**Figura 116.- Distribución Repercusión legal no declarar caso de violencia según vive o no vive en pareja**



Si tenemos en cuenta el centro de salud en el que trabajan los profesionales que han contestado esta pregunta, de los 179 que trabajan en centros de salud que atienden una población de menos de 30.000 habitantes el 57,5% (N= 103) no las conocen, el 41,9% (N= 75) responden que si las conocen, el 0,5% (N= 1) no contesta esta pregunta.

De los 80 profesionales que trabajan en centros de salud que atienden a mas de 30.000 habitantes que pertenecen a Guadalajara Ciudad, el 50,0% (N= 40) no las conocen, el 48,8% (N= 39) responden que si las conocen, el 1,3% (N= 1) no contesta esta pregunta. (Figura 117)

Figura 117.- Distribución Repercusión legal no declarar caso de violencia por tamaño población localidad del centro



A la hora de comparar las hipótesis de trabajo, se encuentra que tanto la edad ( $\chi^2(2)=1,936$  y  $p=0,38$ ), como vivir en pareja ( $\chi^2(4)=1,618$  y  $p=0,805$ ) y tamaño de población localidad del centro de salud ( $\chi^2(2)=1,501$  y  $p=0,472$ ) tienen una relación estadísticamente no significativa, es decir la variable que representa la pregunta planteada es independiente de estas variables sociodemográficas. (ver tabla 50).

Sin embargo, encontramos que existen relaciones de dependencia, en las siguientes variables, ver tabla 50:

- Sexo ( $\chi^2(2)=8,258$  y  $p=0,016$ ), el Coeficiente de Contingencia encontrado ( $C=0,176$ ), indica una asociación directamente proporcional, aunque leve porque  $C_{max}=0,71$ , entre el sexo de los profesionales y el conocimiento de las repercusiones legales derivadas de no denunciar un caso evidente de violencia contra la mujer. El conocimiento es mayor (un 26,6%) en las profesionales que en los profesionales (el 17,4%).
- Categoría profesional ( $\chi^2(2)=19,803$  y  $p=0,000$ ), el Coeficiente de Contingencia encontrado ( $C=0,267$ ), indica una asociación directamente proporcional entre la categoría profesional y la variable que representa la pregunta, aunque existe una relación de asociación, ésta puede considerarse como moderada ya que nuestro valor de  $C=0,267$  y la  $C_{max}=0,71$ . Es decir, el conocimiento de las repercusiones legales de no comunicar un caso de violencia contra la mujer es mayor con un 29,7% (N= 77) en médicos/as que en enfermeras/os con el 14,3% (N= 37).

Tabla 50. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas. ¿Conoces las repercusiones legales que pueden derivarse de no declarar un caso evidente de violencia contra la mujer ejercida por su pareja? y sexo, edad, categoría profesional, vivir o no en pareja y tamaño población localidad del centro

	¿Conoces las repercusiones legales que pueden derivarse de no declarar un caso evidente de violencia contra la mujer ejercida por su pareja?				
	$\chi^2$	Gl	Sig	Medidas de Asociación	
				RR	C
<b>Sexo</b>	8,258	2	0,016	N.A.	0,176
<b>Categoría Profesional</b>	19,803	2	0,000	N.A.	0,267
<b>Edad</b>	1,936	2	0,38	N.A.	N.A.
<b>Vivir o no en Pareja</b>	1,618	4	0,805	N.A.	N.A.
<b>Tamaño Población Centro</b>	1,501	2	0,472	N.A.	N.A.

Dónde: Gl, es grado de libertad; sig. es significación, RR, es Riesgo Relativo. C es coeficiente de Contingencia. es coeficiente. N.A. es No Aplica.



---

Capítulo 7.- Creencias de los/as Profesionales de la Salud  
sobre la Violencia contra la Mujer Ejercida  
por su Pareja

---

---





En este capítulo se exponen los resultados que hacen referencia al estudio de las creencias de los profesionales de la salud de Atención Primaria del Área de Salud de Guadalajara sobre la violencia a la mujer ejercida por su pareja o expareja.

Se presentan los resultados sobre cual creen que es el perfil de la mujer víctima de violencia por su pareja o expareja y el perfil del hombre que maltrata a su pareja o expareja. Y, en qué clase social es mas habitual, según su creencia u opinión, la violencia a la mujer. En primer lugar, se realiza un análisis descriptivo para posteriormente presentar las diferencias por sexo, profesión, edad, años de experiencia profesional, haber vivido o no en pareja y el tamaño de la población donde se sitúa el centro.

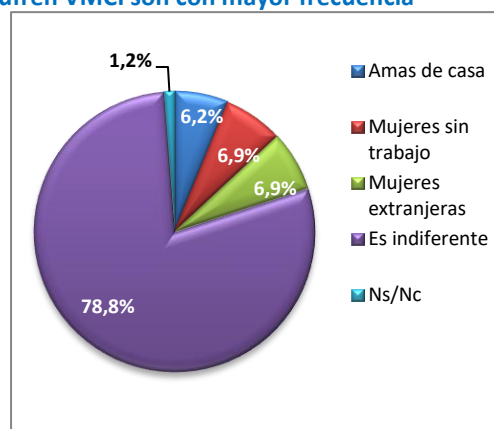
### 7.1. Creencias sobre el perfil de la mujer víctima de violencia

La opinión de los/as profesionales sobre el perfil de las mujeres que sufren VMCI (ver tabla 51 y figura 118), teniendo en cuenta las opciones: ama de casa, mujeres sin trabajo, extranjeras y cualquier tipo de mujer, para el 6,2% (N= 16) son amas de casa, el 6,9% (N= 18) responde que son mujeres sin trabajo, el 6,9% (N= 18) responde que son extranjeras, el 78,8% (N= 204) responde que cualquier tipo de mujer, el 1,2% (N= 3) no contesta esta pregunta.

**Tabla 51.- Según tu opinión, las mujeres que sufren VMCI son con mayor frecuencia**

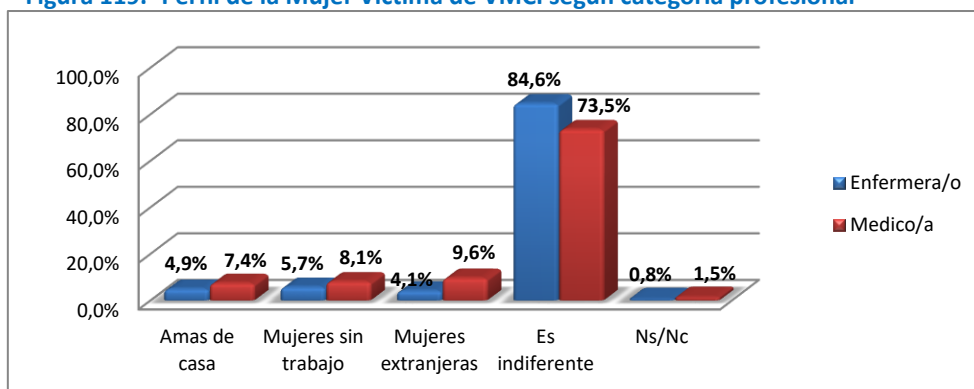
	Fr	%	% válido	% acumulado
Amas de casa	16	6,2	6,2	6,2
Mujeres sin trabajo	18	6,9	6,9	13,1
Mujeres extranjeras	18	6,9	6,9	20,1
Es indiferente	204	78,8	78,8	98,8
Ns/Nc	3	1,2	1,2	100,0
Total	259	100,0	100,0	

**Figura 118.- Según tu opinión, las mujeres que sufren VMCI son con mayor frecuencia**



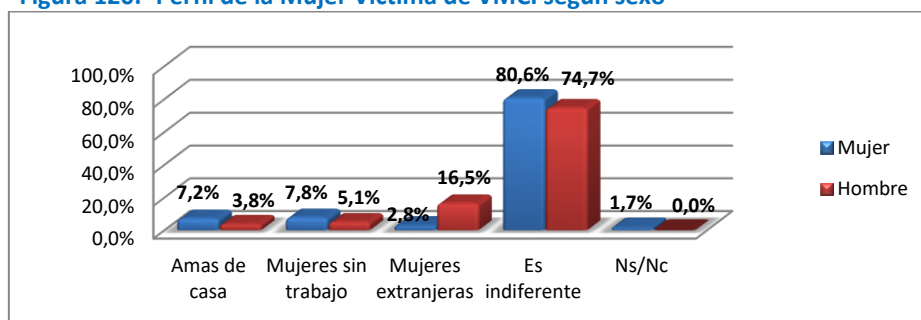
Si tenemos en cuenta la categoría profesional (ver figura 119), de los/as 136 médicos/as que han contestado esta pregunta el 7,4% (N= 10) de los/as profesionales responde que son amas de casa, el 8,1% (N= 11) responde que son mujeres sin trabajo, el 9,6% (N= 13) responde que son extranjeras, el 73,5% (N= 100) responde que cualquier tipo de mujer, el 1,5% (N= 2) no contesta esta pregunta. De las/os 123 enfermeras/os que han respondido esta pregunta el 4,9% (N= 6) de los/as profesionales responde que son amas de casa, el 5,7% (N= 7) responde que son mujeres sin trabajo, el 4,1% (N= 5) responde que son extranjeras, el 84,6% (N= 104) responde que cualquier tipo de mujer, el 0,8% (N= 1) no contesta esta pregunta.

**Figura 119.- Perfil de la Mujer Víctima de VMCI según categoría profesional**



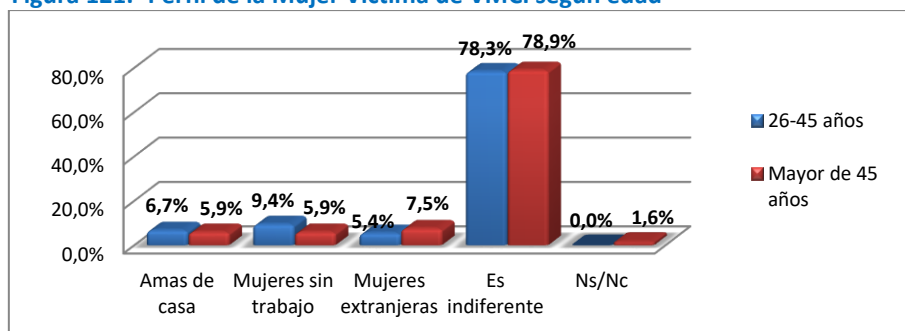
En cuanto al sexo (ver figura 120), de las 180 mujeres que han respondido esta pregunta el 7,2% (N=13) responde que son amas de casa, el 7,8% (N= 14) marca que son mujeres sin trabajo, el 2,8% (N= 5) responde que son extranjeras, el 80,6% (N= 145) indica cualquier tipo de mujer y el 1,7% (N= 3) no contesta. De los 79 hombres que han contestado el 3,8% (N= 3) responde amas de casa, el 5,1% (N= 4) dice mujeres sin trabajo, el 16,5% (N= 13) responde que son extranjeras y el 74,7% (N= 59) responde que cualquier tipo de mujer, todos los hombres contestan esta pregunta.

Figura 120.- Perfil de la Mujer Víctima de VMCI según sexo



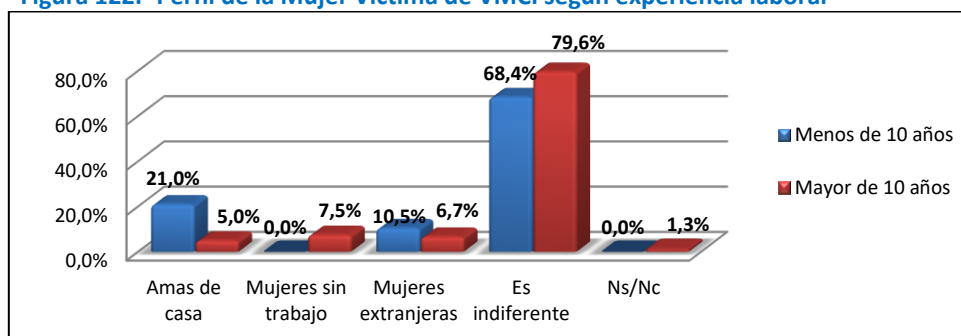
Atendiendo a la edad (ver figura 121), de los 74 profesionales entre 26 y 45 años de edad que han contestado esta pregunta, el 6,7% (N= 5) responde que son amas de casa, el 9,4% (N= 7) marca mujeres sin trabajo, el 5,4% (N= 4) indica extranjeras y el 78,3% (N= 58) responde que cualquier tipo de mujer. De los 185 profesionales mayores de 45 años, el 5,9% (N= 11) responde amas de casa, el 5,9% (N= 11) indica que son mujeres sin trabajo, el 7,5% (N= 14) responde que son extranjeras, el 78,9% (N= 146) responde que cualquier tipo de mujer, el 1,6% (N= 3) no contesta esta pregunta.

Figura 121.- Perfil de la Mujer Víctima de VMCI según edad



En cuanto a la experiencia laboral (ver figura 122), de los 19 profesionales con menos de 10 años de experiencia, el 21,0% (N= 4) de los/as profesionales responde que son amas de casa, el 10,5% (N= 2) responde que son extranjeras, el 68,4% (N= 13) responde que cualquier tipo de mujer, todos/as los/as profesionales con esta experiencia laboral contesta esta pregunta y ninguno/a responde que son mujeres sin trabajo. De los 240 de mas de 10 años de experiencia laboral, el 5,0% (N= 12) de los/as profesionales responde que son amas de casa, el 7,5% (N= 18) responde que son mujeres sin trabajo, el 6,7% (N= 16) responde que son extranjeras, el 79,6% (N= 191) responde que cualquier tipo de mujer, el 1,3% (N= 3) no contesta esta pregunta.

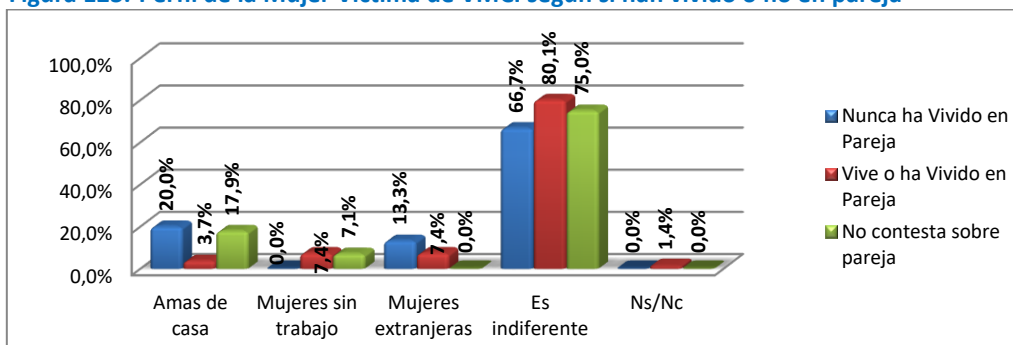
Figura 122.- Perfil de la Mujer Víctima de VMCI según experiencia laboral



Si tenemos en cuenta si los profesionales que han contestado esta pregunta viven o han vivido en pareja (ver figura 123), de los 15 profesionales que afirman no haber convivido nunca en pareja, el 20,0% (N= 3) de los/as profesionales responde que son amas de casa, ninguno/a responde que son mujeres sin trabajo, el 13,3% (N= 2) responde que son extranjeras, el 66,7% (N= 10) responde que cualquier tipo de mujer, todos/as los/as profesionales que nunca han vivido en pareja contesta esta pregunta. De los 216 que viven o han vivido en pareja, el 3,7% (N= 8) de los/as profesionales responde que son amas de casa, el 7,4% (N= 16) responde que son mujeres sin trabajo, el 7,4% (N= 16) responde que son extranjeras, el 80,1% (N= 173) responde que cualquier tipo de mujer, el 1,4% (N= 3) no contesta esta pregunta.

De los 28 que no contestan si han vivido o no en pareja ninguno/a responde que la asociaría a la clase social alta, el 17,9% (N= 5) de los/as profesionales responde que son amas de casa, el 7,1% (N= 2) responde que son mujeres sin trabajo, ninguno/a responde que son extranjeras, el 75,0% (N= 21) responde que cualquier tipo de mujer, todos/as los/as profesionales que no contestan si han vivido o no en pareja contesta esta pregunta.

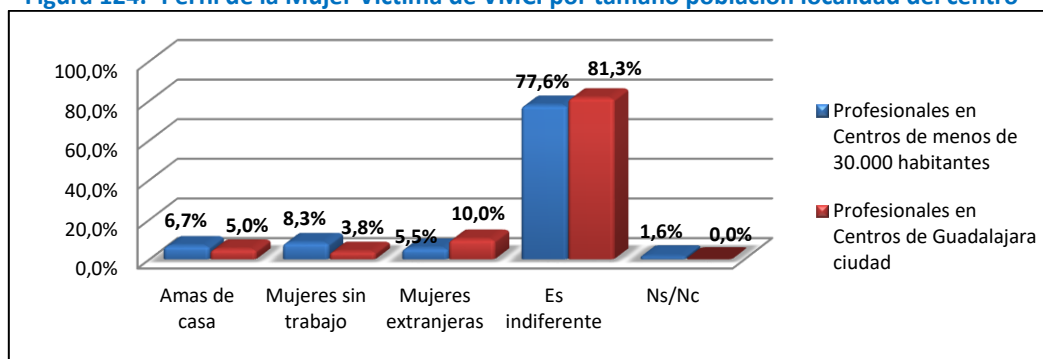
Figura 123.-Perfil de la Mujer Víctima de VMCI según si han vivido o no en pareja



Si tenemos en cuenta el tamaño de la población donde se localiza el centro de salud en el que trabajan los profesionales que han contestado esta pregunta (ver figura 124), de los 179 que trabajan en centros de salud que atienden una población de menos de 30.000 habitantes el 6,7% (N= 12) de los/as profesionales responde que son amas de casa, el 8,3% (N= 15) responde que son mujeres sin trabajo, el 5,5% (N= 10) responde que son extranjeras, el 77,6% (N= 139) responde que cualquier tipo de mujer, el 1,6% (N= 3) no contesta esta pregunta.

De los 80 profesionales que trabajan en centros de salud que atienden a mas de 30.000 habitantes que pertenecen a Guadalajara Ciudad, el 5,0% (N= 4) de los/as profesionales responde que son amas de casa, el 3,8% (N= 3) responde que son mujeres sin trabajo, el 10,0% (N= 8) responde que son extranjeras, el 81,3% (N= 65) responde que cualquier tipo de mujer, todos/as los/as profesionales que trabajan en estos centros de salud contestan esta pregunta.

Figura 124.- Perfil de la Mujer Víctima de VMCI por tamaño población localidad del centro



A la hora de comparar las hipótesis de trabajo, se encuentra que tanto la categoría profesional ( $\chi^2(4)=5,217$  y  $p=0,266$ ), edad ( $\chi^2(4)=2,553$  y  $p=0,635$ ) y tamaño población donde se sitúa el centro de salud ( $\chi^2(4)=4,946$  y  $p=0,293$ ), tienen una relación estadísticamente no significativa respecto a la variable que representa la pregunta planteada (ver tabla 52).

Sin embargo, encontramos que existen relaciones de dependencia, en las siguientes variables, ver tabla 52:

- Sexo ( $\chi^2(4)=17,961$  y  $p=0,001$ ), el Coeficiente de Contingencia encontrado ( $C=0,255$ ), indica una asociación directamente proporcional entre el sexo y la creencia sobre el perfil de la mujer víctima de VMCI aunque puede considerarse moderada ya que nuestro valor de  $C=0,255$  y la  $C_{max}=0,71$ . Son las mujeres (el 80,6%) quienes en mayor medida de que los hombres (el 74%) que cualquier tipo de mujer es susceptible de ser víctima de violencia,
- Vivir en pareja ( $\chi^2(8) =17,936$  y  $p=0,022$ ), el Coeficiente de Contingencia encontrado ( $C=0,254$ ), indica una asociación directamente proporcional entre haber vivido o vivir en pareja para considerar a cualquier tipo de mujer posible víctima de VMCI (80,1%) y no haber vivido nunca en pareja (66,7%); aunque esta relación de asociación puede considerarse como moderada ya que nuestro valor de  $C=0,254$  y la  $C_{max}=0,71$ .

**Tabla 52. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre perfil de la mujer víctima de VMCI y sexo, edad, categoría profesional, vivir o no en pareja y tamaño población localidad del centro**

¿Según tu opinión, las mujeres que sufren?					
	$\chi^2$	Gl	Sig	Medidas de Asociación	
				RR	C
<b>Sexo</b>	17,961	4	0,001	N.A.	0,255
<b>Categoría Profesional</b>	5,217	4	0,266	N.A.	N.A.
<b>Edad</b>	2,553	4	0,635	N.A.	N.A.
<b>Vivir o no en Pareja</b>	17,936	8	0,022	N.A.	0,254
<b>Tamaño Población Centro</b>	4,946	4	0,293	N.A.	N.A.

Dónde: Gl, es grado de libertad; sig. es significación, RR, es Riesgo Relativo. C es coeficiente de Contingencia. es coeficiente. N.A. es No Aplica.

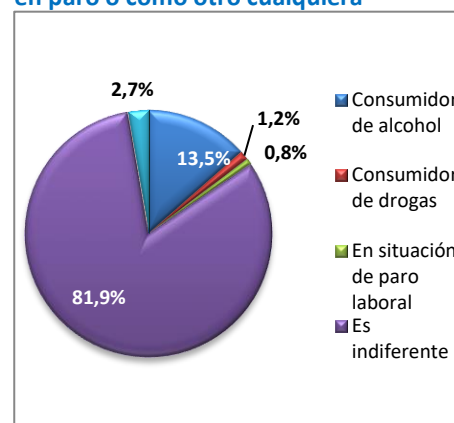
## 7.2. Creencias sobre el perfil del hombre maltratador

Para la pregunta, Habitualmente el maltratador es un hombre...bebedor, consumidor de drogas, en paro o como otro cualquiera, los profesionales (ver tabla 53 y figura 125), indican el 13,5% (N= 35) consumidor de alcohol, el 1,2% (N= 3) responden consumidor de drogas, el 0,8% (N= 2) marcan en situación de desempleo, el 81,9% (N= 212) responden es como otro hombre cualquiera y el 2,7% (N= 7) no contesta esta pregunta.

**Tabla 53.- Habitualmente el maltratador es un hombre...bebedor, consumidor de drogas, en paro o como otro cualquiera**

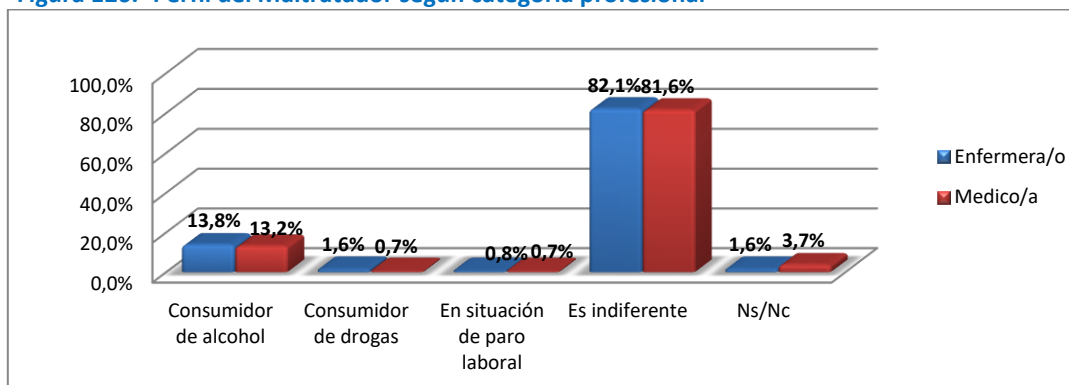
	Fr	%	% válido	% acumulado
Consumidor de alcohol	35	13,5	13,5	13,5
Consumidor de drogas	3	1,2	1,2	14,7
En situación de paro laboral	2	,8	,8	15,4
Es indiferente	212	81,9	81,9	97,3
Ns/Nc	7	2,7	2,7	100,0
Total	259	100,0	100,0	

**Figura 125.- Habitualmente el maltratador es un hombre...bebedor, consumidor de drogas, en paro o como otro cualquiera**



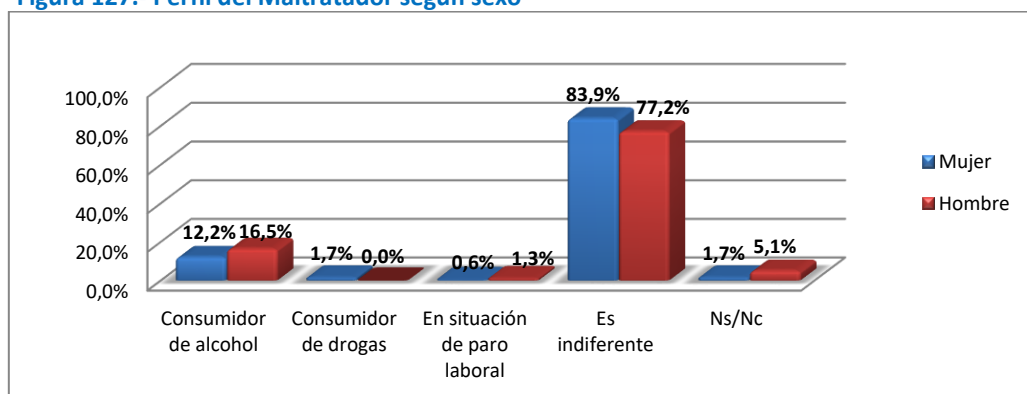
Si tenemos en cuenta la categoría profesional (ver figura 126), de los/as 136 médicos/as que han contestado esta pregunta el 13,2% (N= 18) responden que es consumidor de alcohol, el 0,7% (N= 1) responden que consumidor de drogas, el 0,7% (N= 1) responden que está en situación de desempleo, el 81,6% (N= 111) responden que es indiferente la situación en la que se encuentre el maltratador, el 3,7% (N= 5) no contesta esta pregunta. De las/os 123 enfermeras/os que han respondido esta pregunta el 13,8% (N= 17) responden que es consumidor de alcohol, el 1,6% (N= 2) responden que consumidor de drogas, el 0,8% (N= 1) responden que está en situación de desempleo, el 82,1% (N= 101) responden que es indiferente la situación en la que se encuentre el maltratador, el 1,6% (N= 2) no contesta esta pregunta.

**Figura 126.- Perfil del Maltratador según categoría profesional**



En cuanto al sexo (ver figura 127) de las 180 mujeres que han respondido esta pregunta el 12,2% (N=22) responden que es consumidor de alcohol, el 1,7% (N= 3) responden que consumidor de drogas, el 0,6% (N= 1) responden que está en situación de desempleo, el 83,9% (N= 151) responden que es indiferente la situación en la que se encuentre el maltratador, el 1,7% (N= 3) no contesta esta pregunta. De los 79 hombres que han contestado el 16,5% (N= 13) responden que es consumidor de alcohol, ninguno responde que sea consumidor de drogas, el 1,3% (N= 1) responden que está en situación de desempleo, el 77,2% (N= 61) responden que es indiferente la situación en la que se encuentre el maltratador, el 5,1% (N= 4) no contesta esta pregunta.

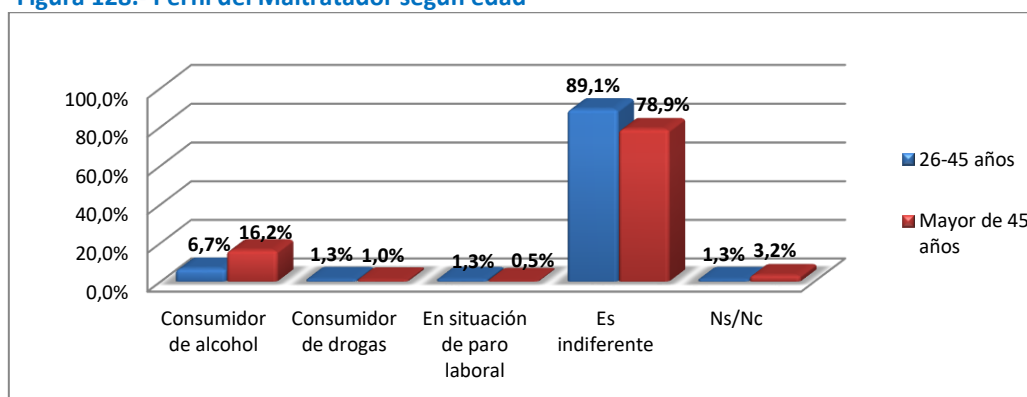
**Figura 127.- Perfil del Maltratador según sexo**





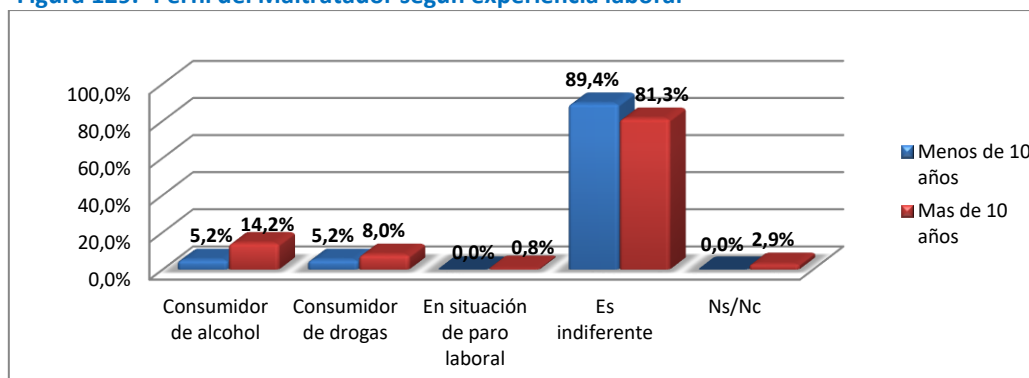
Atendiendo a la edad los profesionales (ver figura 128), de los 74 profesionales entre 26 y 45 años de edad que han contestado esta pregunta, el 6,7% (N= 5) responden que es consumidor de alcohol, el 1,3% (N= 1) responden que consumidor de drogas, el 1,3% (N= 1) responden que está en situación de desempleo, el 89,1% (N= 66) responden que es indiferente la situación en la que se encuentre el maltratador, el 1,3% (N= 1) de los/as profesionales de esta franja de edad no contesta esta pregunta. De los 185 profesionales mayores de 45 años, el 16,2% (N= 30) responden que es consumidor de alcohol, el 1,0% (N= 2) responden que consumidor de drogas, el 0,5% (N= 1) responden que está en situación de desempleo, el 78,9% (N= 146) responden que es indiferente la situación en la que se encuentre el maltratador, el 3,2% (N= 6) no contesta esta pregunta.

Figura 128.- Perfil del Maltratador según edad



En cuanto a la experiencia laboral (ver figura 129), de los 19 profesionales cuya experiencia es inferior a 10 años, el 5,2% (N= 1) responde que es consumidor de alcohol, el 5,2% (N= 1) responden que consumidor de drogas, ninguno/a responde que está en situación de desempleo, el 89,4% (N=17) responden que es indiferente la situación en la que se encuentre el maltratador, todos/as los/as profesionales de esta experiencia laboral contestan esta pregunta. De los 240 de mas de 10 años de experiencia laboral, el 14,2% (N= 34) responden que es consumidor de alcohol, el 0,8% (N= 2) responden que consumidor de drogas, el 0,8% (N= 2) responden que está en situación de desempleo, el 81,3% (N= 195) responden que es indiferente la situación en la que se encuentre el maltratador, el 2,9% (N= 7) no contesta esta pregunta.

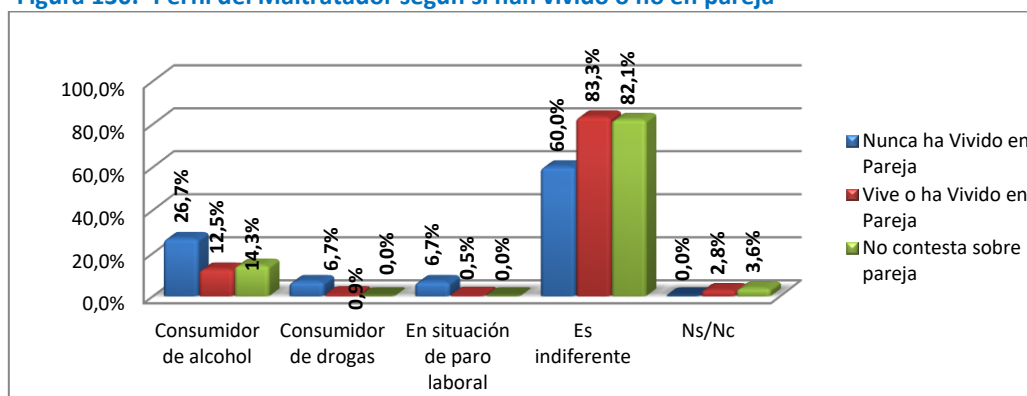
**Figura 129.- Perfil del Maltratador según experiencia laboral**



Si tenemos en cuenta si los profesionales que han contestado esta pregunta viven o han vivido en pareja (ver figura 130), de los 15 profesionales que afirman no haber convivido nunca en pareja, el 26,7% (N= 4) responden que es consumidor de alcohol, el 6,7% (N= 1) responden que consumidor de drogas, el 6,7% (N= 1) responden que está en situación de desempleo, el 60,0% (N= 9) responden que es indiferente la situación en la que se encuentre el maltratador, todos/as los/as profesionales que nunca han convivido en pareja contestan esta pregunta. De los 216 que viven o han vivido en pareja, el 12,5% (N= 27) responden que es consumidor de alcohol, el 0,9% (N= 2) responden que consumidor de drogas, el 0,5% (N= 1) responden que está en situación de desempleo, el 83,3% (N= 180) responden que es indiferente la situación en la que se encuentre el maltratador, el 2,8% (N= 6) no contesta esta pregunta.

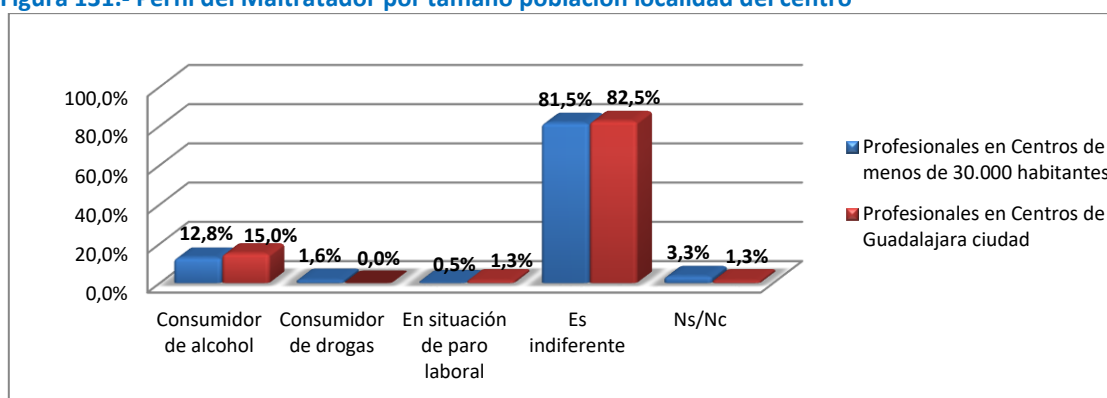
De los 28 que no contestan si han vivido o no en pareja, el 14,3% (N= 4) responden que es consumidor de alcohol, ninguno/a responden que consumidor de drogas o que está en situación de desempleo, el 82,1% (N= 23) responden que es indiferente la situación en la que se encuentre el maltratador, el 3,6% (N= 1) no contesta esta pregunta.

Figura 130.- Perfil del Maltratador según si han vivido o no en pareja



Si tenemos en cuenta el tamaño de la población donde se localiza el centro de salud en el que trabajan los profesionales que han contestado esta pregunta (ver figura 131), de los 179 que trabajan en centros de salud situados en poblaciones de menos de 30.000 habitantes, el 12,8% (N= 23) responden consumidor de alcohol, el 1,6% (N= 3) marca consumidor de drogas, el 0,5% (N= 1) responden que está en situación de desempleo, el 81,5% (N= 146) responden que es indiferente la situación en la que se encuentre el maltratador y el 3,3% (N= 6) no contesta esta pregunta. De los 80 profesionales que trabajan en los centros de salud de Guadalajara ciudad, el 15,0% (N= 12) responden consumidor de alcohol, ninguno/a responden que consumidor de drogas, el 1,3% (N= 1) marcan en situación de desempleo, el 82,5% (N= 66) manifiestan que es indiferente la situación en la que se encuentre el maltratador y el 1,3% (N= 1) no contesta.

Figura 131.- Perfil del Maltratador por tamaño población localidad del centro



A la hora de comparar las hipótesis de trabajo, se encuentra que tanto el sexo ( $\chi^2(4)=5,046$  y  $p=0,283$ ), como la categoría profesional ( $\chi^2(4)=1,471$  y  $p=0,832$ ), edad ( $\chi^2(4)=5,364$  y  $p=0,252$ ), vivir en pareja ( $\chi^2(8)=15,105$  y  $p=0,057$ ) y tamaño de la población del centro de salud ( $\chi^2(4)=2,782$  y  $p=0,595$ ) tienen una relación estadísticamente no significativa con la variable de esta pregunta, es decir no existe dependencia en la creencia sobre el perfil del hombre maltratador con estas variables sociodemográficas (ver tabla 54).

**Tabla 54. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas. Perfil del hombre maltratador y sexo, edad, categoría profesional, vivir en pareja y estrato de población**

Perfil del hombre maltratador					
	$\chi^2$	Gl	Sig	Medidas de Asociación	
				RR	C
<b>Sexo</b>	5,046	4	0,283	N.A.	N.A.
<b>Categoría Profesional</b>	1,471	4	0,832	N.A.	N.A.
<b>Edad</b>	5,364	4	0,252	N.A.	N.A.
<b>Vivir o no en Pareja</b>	15,105	8	0,057	N.A.	N.A.
<b>Tamaño Población Centro</b>	2,782	4	0,595	N.A.	N.A.

Dónde: Gl, es grado de libertad; sig. es significación, RR, es Riesgo Relativo. C es coeficiente de Contingencia. es coeficiente. N.A. es No Aplica.

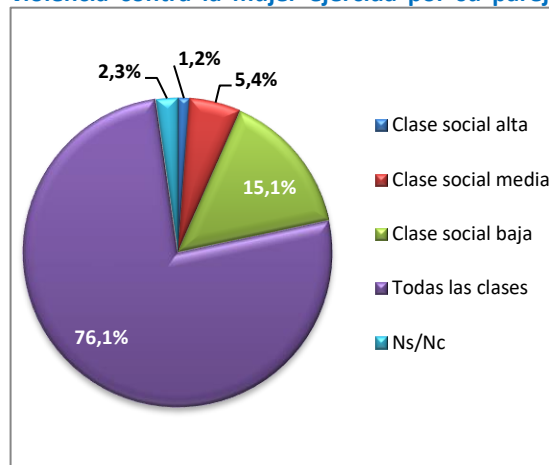
### 7.3. Creencia sobre la asociación de la violencia a la mujer por su pareja y clase social de pertenencia

Las respuestas de los profesionales a la pregunta ¿A qué clase social asociarías la violencia contra la mujer ejercida por su pareja? indican que el 1,2% (N= 3) responde que la asociaría a la clase social alta, el 5,4% (N= 14) responde que la asociaría a la clase social media, el 15,1% (N= 39) responde que la asociaría a la clase social baja, el 76,1% (N= 197) responde que la asociaría a todas las clases sociales y el 2,3% (N=6) no contesta esta pregunta. (ver tabla 55 y figura 132)

**Tabla 55.- ¿A qué clase social asociarías la violencia contra la mujer ejercida por su pareja?**

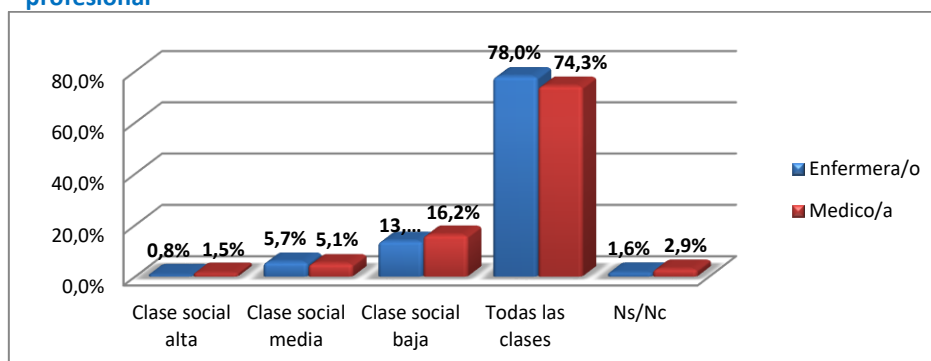
	Fr	%	% válido	% acumulado
Clase social alta	3	1,2	1,2	1,2
Clase social media	14	5,4	5,4	6,6
Clase social baja	39	15,1	15,1	21,6
Todas las clases	197	76,1	76,1	97,7
Ns/Nc	6	2,3	2,3	100,0
Total	259	100,0	100,0	

**Figura 132.- ¿A qué clase social asociarías la violencia contra la mujer ejercida por su pareja?**



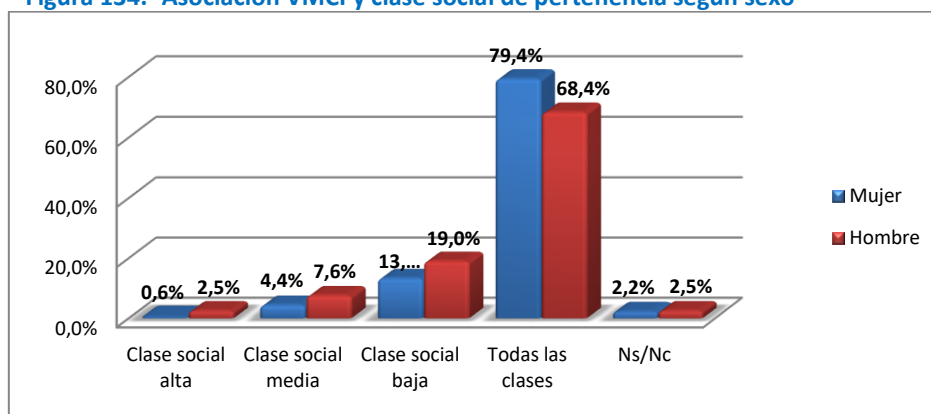
Si tenemos en cuenta la categoría profesional (ver figura 133) de los/as 136 médicos/as que han contestado esta pregunta el 1,5% (N= 2) responde que la asociaría a la clase social alta, el 5,1% (N= 7) responde que la asociaría a la clase social media, el 16,2% (N= 22) responde que la asociaría a la clase social baja, el 74,3% (N= 101) responde que la asociaría a todas las clases sociales, el 2,9% (N= 4) no contesta esta pregunta. De las/os 120 enfermeras/os que han respondido esta pregunta el 0,8% (N= 1) responde que la asociaría a la clase social alta, el 5,7% (N= 7) responde que la asociaría a la clase social media, el 13,8% (N= 17) responde que la asociaría a la clase social baja, el 78,0% (N= 96) responde que la asociaría a todas las clases sociales, el 1,6% (N=2) no contesta esta pregunta.

**Figura 133.- Asociación VMCI y clase social de pertenencia según categoría profesional**



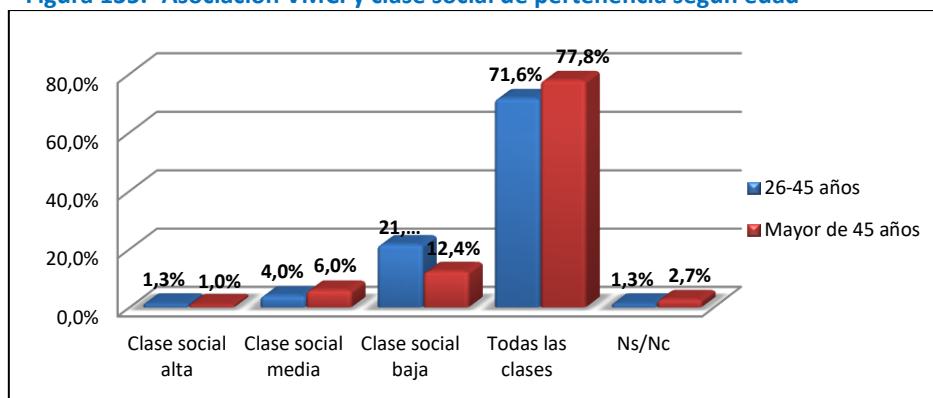
En cuanto al sexo (ver figura 134), de las 180 mujeres que han respondido esta pregunta el 0,6% (N=1) responde que la asociaría a la clase social alta, el 4,4% (N= 8) responde que la asociaría a la clase social media, el 13,3% (N= 24) responde que la asociaría a la clase social baja, el 79,4% (N= 143) responde que la asociaría a todas las clases sociales, el 2,2% (N= 4) no contesta esta pregunta. De los 79 hombres que han contestado el 2,5% (N= 2) responde que la asociaría a la clase social alta, el 7,6% (N= 6) responde que la asociaría a la clase social media, el 19,0% (N= 15) responde que la asociaría a la clase social baja, el 68,4% (N= 54) responde que la asociaría a todas las clases sociales, el 2,5% (N=2) no contesta esta pregunta.

**Figura 134.- Asociación VMCI y clase social de pertenencia según sexo**



Atendiendo a la edad los profesionales (ver figura 135), de los 74 profesionales entre 26 y 45 años de edad que han contestado esta pregunta, el 1,3% (N= 1) asocia la VMCI a la clase social alta, el 4,0% (N= 3) responde que la asociaría a la clase social media, el 21,6% (N= 16) responde que la asociaría a la clase social baja, el 71,6% (N= 53) responde que la asociaría a todas las clases sociales, el 1,3% (N= 1) no contesta esta pregunta. De los 185 profesionales de mas de 45 años, el 1,0% (N= 2) responden que la asociaría a la clase social alta, el 6,0% (N= 11) responde que la asociaría a la clase social media, el 12,4% (N= 23) responde que la asociaría a la clase social baja, el 77,8% (N= 144) responde que la asociaría a todas las clases sociales, el 2,7% (N=5) no contesta esta pregunta.

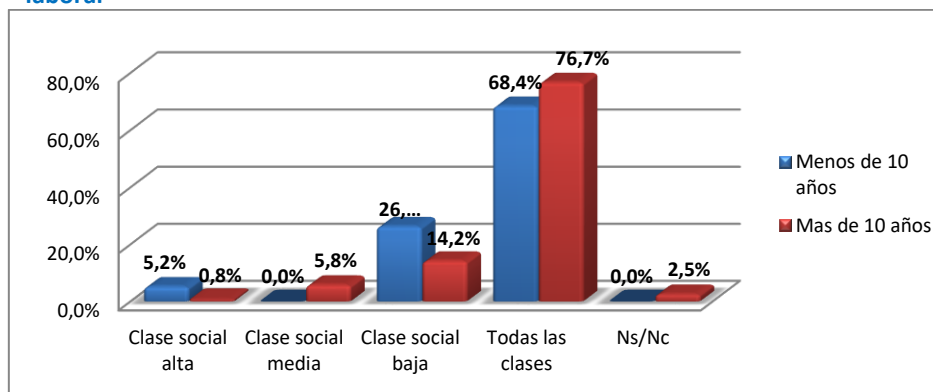
Figura 135.- Asociación VMCI y clase social de pertenencia según edad



En cuanto a la experiencia laboral (ver figura 136) de los 19 profesionales cuya experiencia es menor de 10 años, el 5,2% (N= 1) asocia la VMCI a la clase social alta, ninguno/a responde que la asociaría a la clase social media, el 26,3% (N= 5) responde que la asociaría a la clase social baja, el 68,4% (N= 13) responde que la asociaría a todas las clases sociales, todos/as los/as profesionales en de esta franja de experiencia laboral contestan esta pregunta.

De los 240 de mas de 10 años de experiencia laboral, el 0,8% (N= 2) responde que la asociaría a la clase social alta, el 5,8% (N= 14) responde que la asociaría a la clase social media, el 14,2% (N= 34) responde que la asociaría a la clase social baja, el 76,7% (N= 184) responde que la asociaría a todas las clases sociales, el 2,5% (N= 6) no contesta esta pregunta.

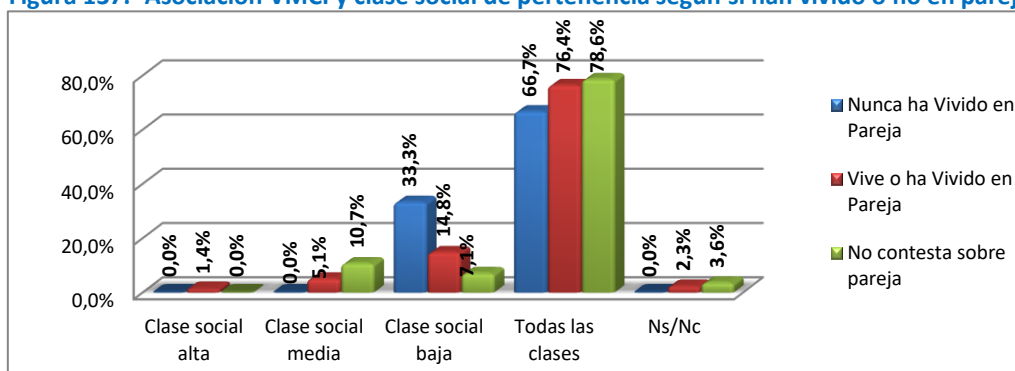
Figura 136.- Asociación VMCI y clase social de pertenencia según experiencia laboral



Si tenemos en cuenta si los profesionales que han contestado esta pregunta viven o han vivido en pareja (ver figura 137), de los 15 profesionales que afirman no haber convivido nunca en pareja ninguno/a asocia la VMCI a la clase social alta y clase social media, el 33,3% (N= 5) responde que la asociaría a la clase social baja, el 66,7% (N= 10) responde que la asociaría a todas las clases sociales, todos/as los/as profesionales que nunca han vivido en pareja contestan esta pregunta. De los 216 que viven o han vivido en pareja, el 1,4% (N= 3) responde que la asociaría a la clase social alta, el 5,1% (N= 11) responde que la asociaría a la clase social media, el 14,8% (N= 32) responde que la asociaría a la clase social baja, el 76,4% (N= 165) responde que la asociaría a todas las clases sociales, el 2,3% (N= 5) no contesta esta pregunta.

De los 28 que no contestan si han vivido o no en pareja ninguno/a responde que la asociaría a la clase social alta, el 10,7% (N= 3) responde que la asociaría a la clase social media, el 7,1% (N= 2) responde que la asociaría a la clase social baja, el 78,6% (N= 22) responde que la asociaría a todas las clases sociales, el 3,6% (N= 1) no contesta esta pregunta.

Figura 137.- Asociación VMCI y clase social de pertenencia según si han vivido o no en pareja



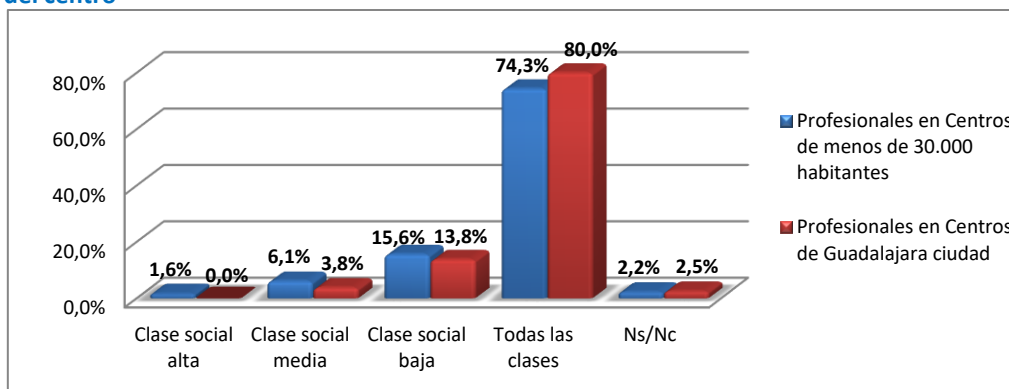
Si tenemos en cuenta el tamaño de la población donde se sitúa el centro de salud en el que trabajan los profesionales (ver figura 138), de los 179 que trabajan en centros de salud que trabajan en centros de poblaciones de menos de 30.000 habitantes el 1,6%



(N= 3) responde que la asociaría a la clase social alta, el 6,1% (N= 11) la asociaría a la clase social media, el 15,6% (N= 28) la asociaría a la clase social baja, el 74,3% (N= 133) responde que la asociaría a todas las clases sociales y el 2,2% (N= 4) no contesta esta pregunta.

De los 80 profesionales que trabajan en centros de salud de Guadalajara ciudad ninguno/a la asociaría a la clase social alta, el 3,8% (N= 3) responde asociarla a la clase social media, el 13,8% (N= 11) la asociaría a la clase social baja, el 80,0% (N= 64) responde a todas las clases sociales y el 2,5% (N= 2) no contesta esta pregunta.

Figura 138.- Asociación VMCI y clase social de pertenencia por tamaño población localidad del centro



A la hora de comparar las hipótesis de trabajo, se encuentra que la creencia sobre la asociación de la violencia a la mujer por su pareja y clase social de pertenencia presenta diferencias estadísticamente no significativas en relación con el sexo ( $\chi^2(4)=4,935$  y  $p=0,294$ ), categoría profesional ( $\chi^2(4)=1,118$  y  $p=0,891$ ), edad ( $\chi^2(4)=4,033$  y  $p=0,402$ ), vivir en pareja ( $\chi^2(8)=8,146$  y  $p=0,419$ ) y estrato de población ( $\chi^2(4)=2,312$  y  $p=0,679$ ), presentan diferencias estadísticamente no significativas, es decir que son independientes con respecto a la variable que representa la pregunta. (ver tabla 56)

**Tabla 56. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas. Asociación VMCI y clase social de pertenencia y sexo, edad, categoría profesional, vivir en pareja y estrato de población**

<b>¿A qué clase social asociarías la violencia de género contra la mujer ejercida por su pareja?</b>					
	$\chi^2$	Gl	Sig	Medidas de Asociación	
				RR	C
<b>Sexo</b>	4,935	4	0,294	N.A.	N.A.
<b>Categoría Profesional</b>	1,118	4	0,891	N.A.	N.A.
<b>Edad</b>	4,033	4	0,402	N.A.	N.A.
<b>Vivir o no en Pareja</b>	8,146	8	0,419	N.A.	N.A.
<b>Tamaño Población Centro</b>	2,312	4	0,679	N.A.	N.A.

Dónde: Gl, es grado de libertad; sig. es significación, RR, es Riesgo Relativo. C es coeficiente de Contingencia. es coeficiente. N.A. es No Aplica.

---

Capítulo 8.- Percepción de los/as Profesionales de la Salud  
sobre la Violencia contra la Mujer Ejercida  
por su Pareja

---

---



En este capítulo se exponen los resultados que hacen referencia al estudio de la percepción de los profesionales de la salud de Atención Primaria del Área de Salud de Guadalajara sobre la violencia a la mujer ejercida por su pareja o expareja.

Se presentan los resultados sobre la percepción de VMCI como un problema, la frecuencia de este problema, si las mujeres lo comunican cuando lo padecen, si han diagnosticado algún caso durante su jornada laboral, si conocen alguna mujer víctima de VMCI en su entorno y que causa perciben como la responsable de la infradetección. En primer lugar, se realiza un análisis descriptivo para posteriormente presentar las diferencias por sexo, profesión, edad, años de experiencia profesional, haber vivido o no en pareja y el tamaño de la población donde se sitúa el centro.

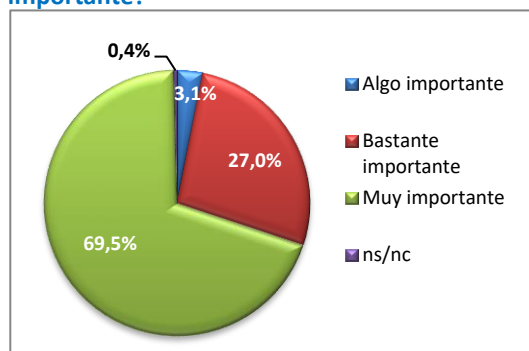
### 8.1. Percepción de la importancia del problema de la violencia a la mujer ejercida por su pareja

Para la pregunta ¿Crees que la violencia contra la mujer ejercida por su pareja es un problema: muy importante, bastante importante, algo importante?, las respuestas de los profesionales indican, según se observa en la tabla 57 y en la figura 139, que el 3,1% (N= 8) responden que es algo importante, el 27,0% (N= 70) responden que es bastante importante, el 69,5% (N= 180) responden que es muy importante, y el 0,4% (N= 1) no contestan esta pregunta.

Tabla 57.- ¿Crees que la violencia contra la mujer ejercida por su pareja es un problema: muy importante, bastante importante, algo importante?

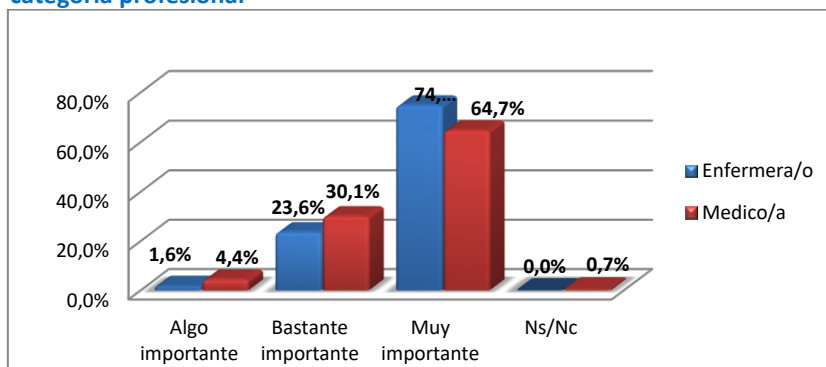
	Fr	%	% válido	% acumulado
Algo importante	8	3,1	3,1	3,1
Bastante importante	70	27,0	27,0	30,1
Muy importante	180	69,5	69,5	99,6
ns/nc	1	0,4	0,4	100,0
Total	259	100,0	100,0	

Figura 139.- ¿Crees que la violencia contra la mujer ejercida por su pareja es un problema: muy importante, bastante importante, algo importante?



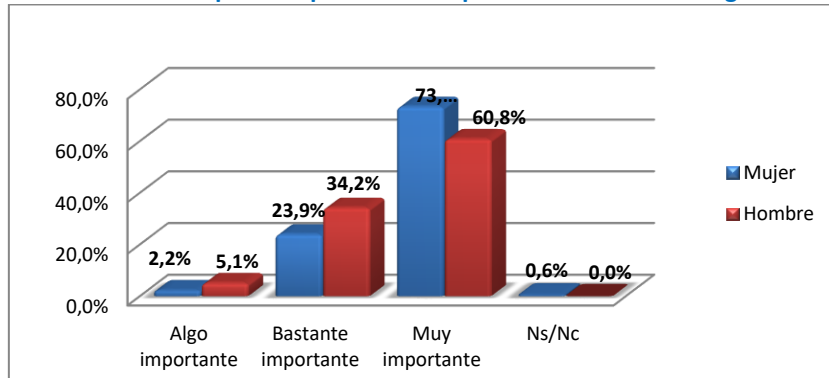
Si tenemos en cuenta la categoría profesional (ver figura 140), de los/as 136 médicos/as que han contestado esta pregunta el 4,4% (N= 6) responden que es algo importante, el 30,1% (N= 41) responden que es bastante importante, el 64,7% (N= 88) responden que es muy importante, y el 0,7% (N= 1) no contestan esta pregunta. De las/os 123 enfermeras/os que han respondido esta pregunta el 1,6% (N= 2) responden que es algo importante, el 23,6% (N= 29) responden que es bastante importante, el 74,8% (N= 92) responden que es muy importante, todas/as las/os enfermeras/os contestan esta pregunta.

**Figura 140.- Percepción importancia del problema de la VMCI según categoría profesional**



En cuanto al sexo (ver figura 141), de las 180 mujeres que han respondido esta pregunta el 2,2% (N=4) responden que es algo importante, el 23,9% (N= 43) responden que es bastante importante, el 73,3% (N= 132) responden que es muy importante, y el 0,6% (N= 1) no contestan esta pregunta. De los 79 hombres que han contestado el 5,1% (N= 4) responden que es algo importante, el 34,7% (N= 27) responden que es bastante importante, el 60,8% (N= 48) responden que es muy importante, todos/as los/as médicos/as contestan esta pregunta.

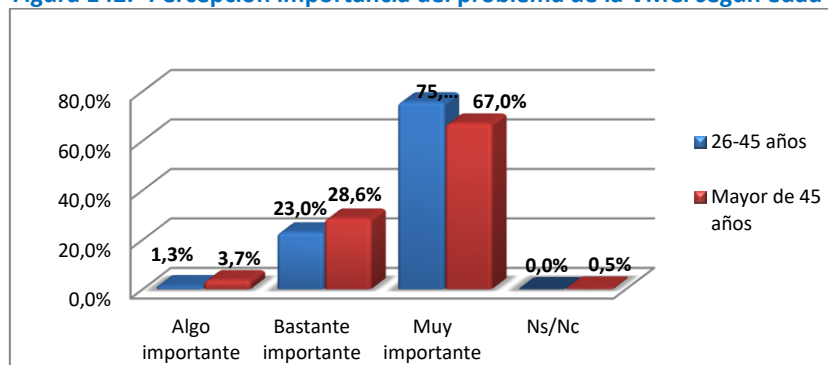
**Grafico 141.- Percepción importancia del problema de la VMCI según sexo**



Atendiendo a la edad (ver figura 142), los profesionales de los 74 profesionales entre 26 y 45 años de edad que han contestado esta pregunta, el 1,3% (N= 1) responden que es algo importante, el 23,0% (N= 17) responden que es bastante importante, el 75,6% (N= 56) responden que es muy importante, todos/as los/as profesionales en este rango de edad contestan esta pregunta.

De los 185 profesionales mayores de 45 años el 3,7% (N= 7) responden que es algo importante, el 28,6% (N= 53) responden que es bastante importante, el 67,0% (N= 124) responden que es muy importante, y el 0,5% (N= 1) de los/as profesionales en este rango de edad no contestan esta pregunta.

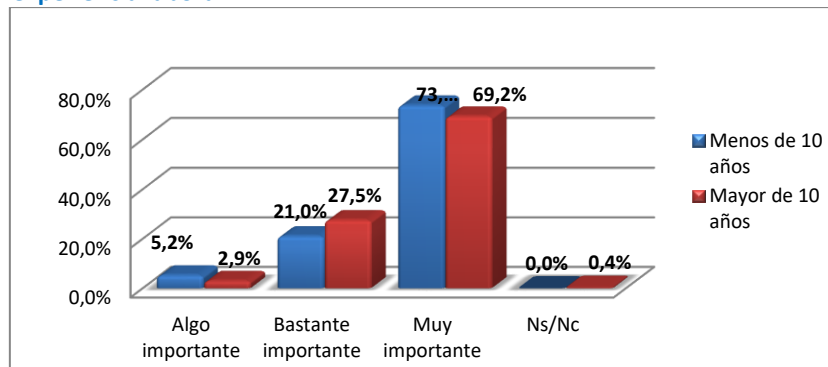
**Figura 142.- Percepción importancia del problema de la VMCI según edad**



En cuanto a la experiencia laboral (ver figura 143), de los 19 profesionales cuya experiencia es menor de 10 años, el 5,2% (N= 1) responde que es algo importante, el 21,0% (N= 4) responden que es bastante importante, el 73,6% (N= 14) responden que es muy importante, todos/as los/as profesionales con esta experiencia laboral

contestan esta pregunta. De los 240 de mas de 10 años de experiencia laboral, el 2,9% (N= 7) responden que es algo importante, el 27,5% (N= 66) responden que es bastante importante, el 69,2% (N= 166) responden que es muy importante, y el 0,4% (N= 1) no contestan esta pregunta.

**Figura 143.- Percepción importancia del problema de la VMCI según experiencia laboral**

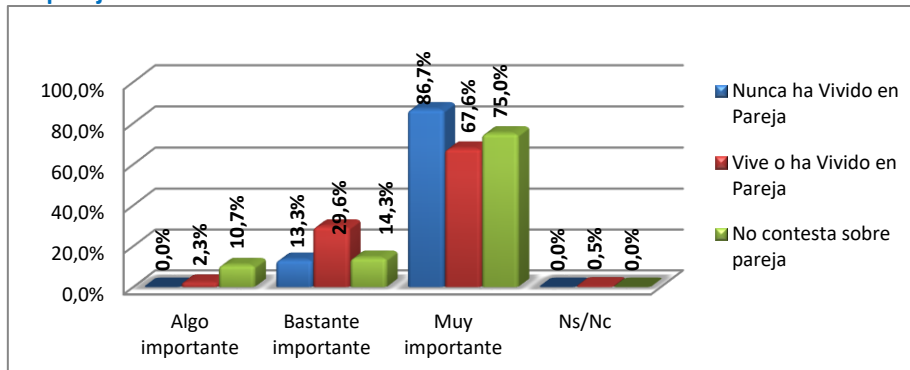


Si tenemos en cuenta si los profesionales que han contestado esta pregunta viven o han vivido en pareja (ver figura 144), de los 15 profesionales que afirman no haber convivido nunca en pareja, ninguno/a responden que es algo importante, el 13,3% (N= 2) responden que es bastante importante, el 86,7% (N= 13) responden que es muy importante, todos/as los/as profesionales que afirman que no han vivido en pareja contestan esta pregunta. De los 216 que viven o han vivido en pareja, el 2,3% (N= 5) responden que es algo importante, el 29,6% (N= 64) responden que es bastante importante, el 67,7% (N= 146) responden que es muy importante, y el 0,5% (N= 1) no contestan esta pregunta.

De los 28 que no contestan si han vivido o no en pareja, el 10,7% (N= 3) responden que es algo importante, el 14,3% (N= 4) responden que es bastante importante, el 75,0% (N= 21) responden que es muy importante, todos/as los/as profesionales que no han contestado si han vivido alguna vez en pareja contestan esta pregunta, (figura 144).



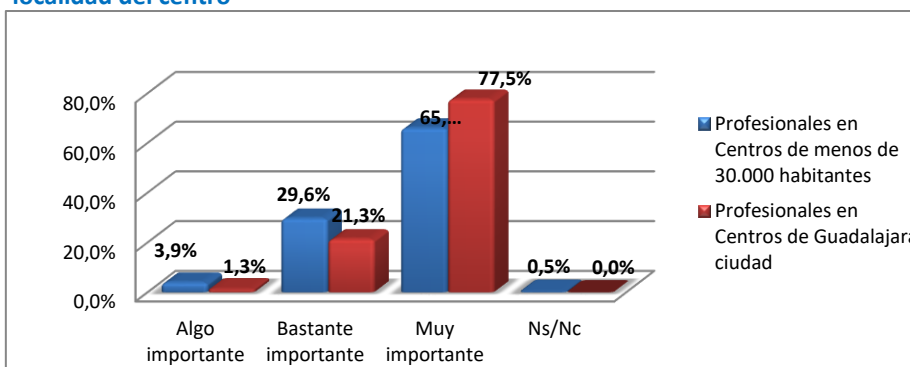
**Figura 144.- Percepción importancia del problema de la VMCI según vive o no vive en pareja**



Si tenemos en cuenta el tamaño de la población donde se localiza el centro de salud en el que trabajan los profesionales que han contestado esta pregunta (ver figura 145), de los 179 que trabajan en centros de salud de poblaciones con menos de 30.000 habitantes, el 3,9% (N= 7) responden que es algo importante, el 29,6% (N= 53) responden que es bastante importante, el 65,9% (N= 118) responden que es muy importante, y el 0,5% (N= 1) no contestan esta pregunta.

De los 80 profesionales que trabajan en los centros de salud de Guadalajara ciudad, el 1,3% (N= 1) responden que es algo importante, el 21,3% (N= 17) responden que es bastante importante, el 77,5% (N= 62) responden que es muy importante. (Figura 145)

**Figura 145.- Percepción importancia del problema de la VMCI por tamaño población localidad del centro**



A la hora de comparar las hipótesis de trabajo, se encuentra que la percepción de los profesionales de la salud sobre la importancia del problema de la VMCI es

independiente del sexo ( $\chi^2(3)=5,273$  y  $p=0,153$ ), categoría profesional ( $\chi^2(3)=4,505$  y  $p=0,212$ ), edad ( $\chi^2(3)=2,611$  y  $p=0,455$ ), vivir o no vivir en pareja ( $\chi^2(6)=10,487$  y  $p=0,106$ ) y tamaño de la población donde se ubica el centro de salud ( $\chi^2(3)=4,21$  y  $p=0,24$ ), ver tabla 58.

**Tabla 58. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas. Crees que la violencia contra la mujer ejercida por su pareja es un problema muy importante, bastante importante o algo importante y sexo, edad, categoría profesional, vivir en pareja y estrato de población**

¿Crees que la violencia contra la mujer ejercida por su pareja es un problema?					
	$\chi^2$	Gl	Sig	Medidas de Asociación	
				RR	C
<b>Sexo</b>	5,273	3	0,153	N.A.	N.A.
<b>Categoría Profesional</b>	4,505	3	0,212	N.A.	N.A.
<b>Edad</b>	2,611	3	0,455	N.A.	N.A.
<b>Vivir o no en Pareja</b>	10,487	6	0,106	N.A.	N.A.
<b>Tamaño Población Centro</b>	4,21	3	0,24	N.A.	N.A.

Dónde: Gl, es grado de libertad; sig. es significación, RR, es Riesgo Relativo C es coeficiente de Contingencia. N.A. es No Aplica.

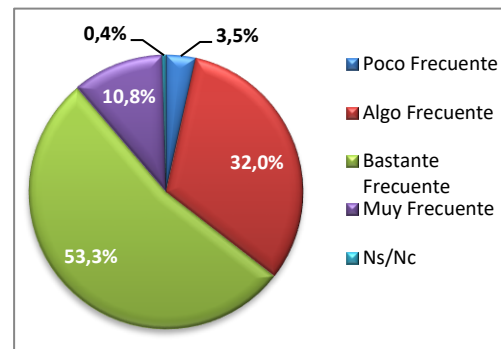
## 8.2. Percepción de la frecuencia del problema de la violencia a la mujer ejercida por su pareja

A la pregunta ¿Piensas que la violencia contra la mujer ejercida por su pareja es un problema? Muy frecuente, bastante, algo o poco frecuente, como se observa en la tabla 59 y la figura 146, el 3,5% (N= 9) de los/as profesionales contestan que es un problema poco frecuente, el 32,0% (N= 83) algo frecuente, el 53,3% (N= 138) bastante frecuente, el 10,8% (N= 28) muy frecuente y el 0,4% (N= 1) no contestan esta pregunta.

**Tabla 59.- La violencia contra la mujer ejercida por su pareja es un problema? Muy frecuente, bastante, algo o poco frecuente**

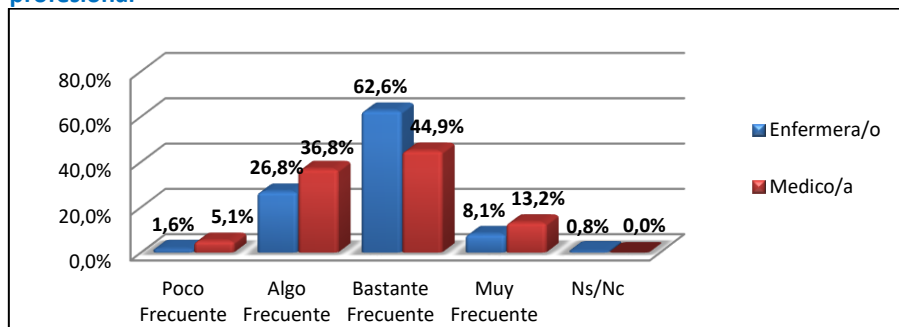
	Fr	%	% válido	% acumulado
Poco frecuente	9	3,5	3,5	3,5
Algo frecuente	83	32,0	32,0	35,5
Bastante frecuente	138	53,3	53,3	88,8
Muy frecuente	28	10,8	10,8	99,6
Ns/Nc	1	0,4	0,4	100,0
Total	259	100,0	100,0	

**Figura 146.- La violencia contra la mujer ejercida por su pareja es un problema? Muy frecuente, bastante, algo o poco frecuente**



Si tenemos en cuenta la categoría profesional (ver figura 147), de los/as 136 médicos/as que han contestado esta pregunta el 5,1% (N=7) consideran que la violencia contra la mujer ejercida por su pareja es poco frecuente, el 36,8% (N= 50) consideran el problema algo frecuente, el 44,9% (N= 61) consideran que es bastante frecuente, el 13,2% (N= 18) lo consideran muy frecuente, todos/as los/as médicos/as contestan esta pregunta. De las/os 123 enfermeras/os que han respondido esta pregunta el 1,6% (N= 2) consideran que la violencia contra la mujer ejercida por su pareja es poco frecuente, el 26,8% (N= 33) consideran el problema algo frecuente, el 62,6% (N= 77) consideran que es bastante frecuente, el 8,1% (N= 10) lo consideran muy frecuente, el 0,8% (N= 1) no contestan esta pregunta, (Figura 147).

**Figura 147.- Percepción frecuencia del problema de la VMCI según categoría profesional**

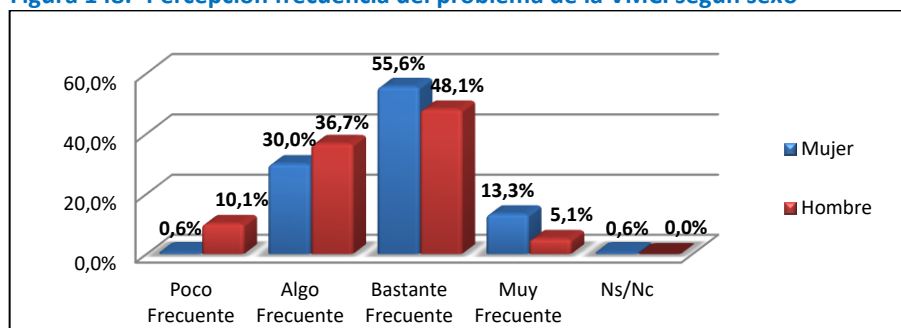


En cuanto al sexo (ver figura 148), de las 180 mujeres que han respondido esta pregunta el 0,6% (N= 1) consideran que la violencia contra la mujer ejercida por su

pareja es poco frecuente, el 30,0% (N= 54) consideran el problema algo frecuente, el 55,6% (N= 100) consideran que es bastante frecuente, el 13,3% (N= 24) lo consideran muy frecuente, y el 0,6% (N= 1) no contestan esta pregunta.

De los 79 hombres que han contestado el 10,1% (N= 8) consideran que la violencia contra la mujer ejercida por su pareja es poco frecuente, el 36,7% (N= 29) consideran el problema algo frecuente, el 48,1% (N= 38) consideran que es bastante frecuente, el 5,1% (N= 4) lo consideran muy frecuente, todos contestan esta pregunta, (ver figura 148).

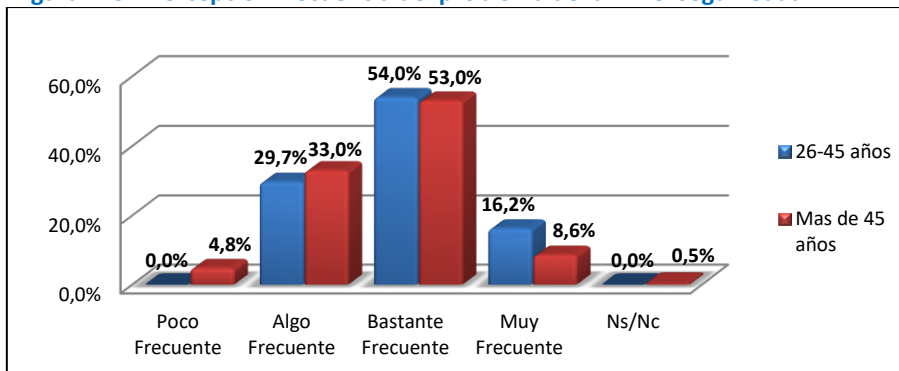
**Figura 148.- Percepción frecuencia del problema de la VMCI según sexo**



Si tenemos en cuenta la edad los profesionales (ver figura 149), de los 74 profesionales entre 26 y 45 años de edad que han contestado esta pregunta, ningún profesional considera que sea poco frecuente, el 29,7% (N= 22) consideran el problema algo frecuente, el 54,0% (N= 40) consideran que es bastante frecuente, el 16,2% (N= 12) lo consideran muy frecuente, todos los profesionales en este rango de edad contestan esta pregunta.

De los 185 profesionales mayores de 45 años el 4,8% (N= 9) consideran que la violencia contra la mujer ejercida por su pareja es poco frecuente, el 33,0% (N= 61) consideran el problema algo frecuente, el 53,0% (N= 98) consideran que es bastante frecuente, el 8,6% (N= 16) lo consideran muy frecuente, y el 0,5% (N= 1) de los profesionales en este rango de edad no contestan esta pregunta, (ver figura 149).

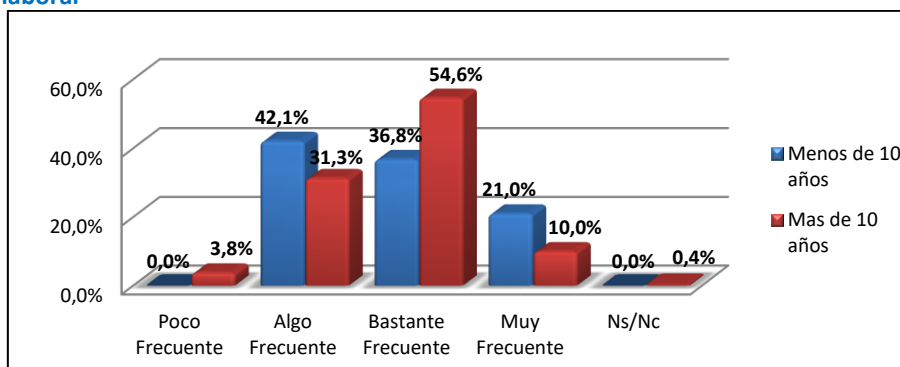
Figura 149.- Percepción frecuencia del problema de la VMCI según edad



Atendiendo a la experiencia laboral (ver figura 150), de los 19 profesionales cuya experiencia es menor de 10 años, ningún profesional en este rango de experiencia laboral considera que sea poco frecuente, el 42,1% (N= 8) consideran el problema algo frecuente, el 36,8% (N= 7) consideran que es bastante frecuente, 21,0% (N= 4) lo consideran muy frecuente, todos los profesionales en este rango de experiencia laboral contestan esta pregunta.

De los 240 de mas de 10 años de experiencia laboral el 3,8% (N= 9) consideran que la violencia contra la mujer ejercida por su pareja es un problema poco frecuente, el 31,3% (N= 75) consideran el problema algo frecuente, el 54,6% (N= 131) consideran que es bastante frecuente, el 10,0% (N= 24) lo consideran muy frecuente, y el 0,4% (N= 1) de los profesionales no contestan esta pregunta, (ver figura 150).

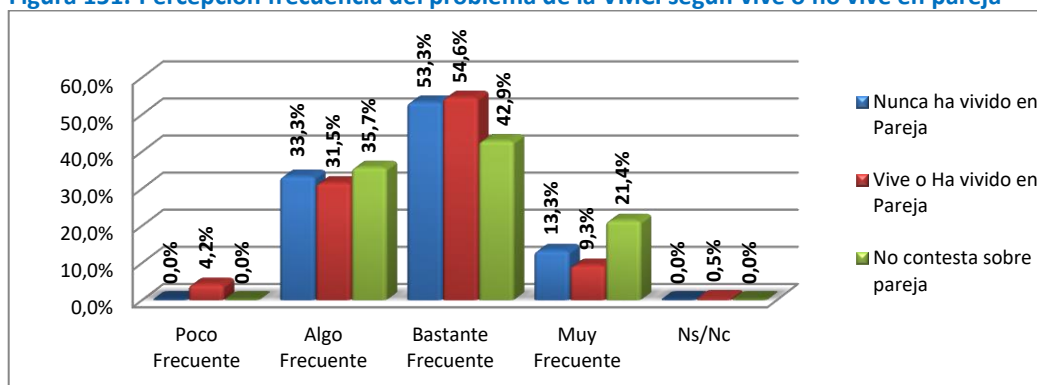
Figura 150.- Percepción frecuencia del problema de la VMCI según experiencia laboral



Si tenemos en cuenta si los profesionales que han contestado esta pregunta viven o han vivido en pareja (ver figura 151), ningún profesional de los que afirman no haber convivido nunca en pareja considera que sea poco frecuente, el 33,3% (N= 5) consideran el problema algo frecuente, el 53,3% (N= 8) consideran que es bastante frecuente, el 13,3% (N= 2) lo consideran muy frecuente, todos los profesionales contestan esta pregunta. De los 216 que viven o han vivido en pareja, el 4,2% (N= 9) considera que es poco frecuente, el 31,5% (N= 68) consideran el problema algo frecuente, el 54,6% (N= 118) consideran que es bastante frecuente, 9,3% (N= 20) lo consideran muy frecuente, y el 0,5% (N= 1) no contestan esta pregunta.

De los 28 que no contestan si han vivido o no en pareja, ninguno considera que sea poco frecuente, el 35,7% (N= 10) consideran el problema algo frecuente, el 42,9% (N= 12) consideran que es bastante frecuente, el 21,4% (N= 6) lo consideran muy frecuente, todos los profesionales contestan esta pregunta, (ver figura 151).

Figura 151.-Percepción frecuencia del problema de la VMCI según vive o no vive en pareja

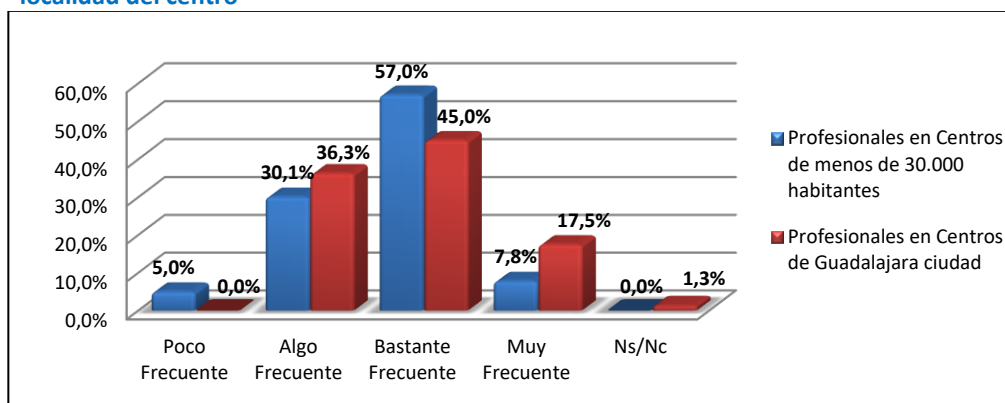


Si tenemos en cuenta el tamaño de la población donde se localiza el centro de salud en el que trabajan los profesionales que han contestado esta pregunta (ver figura 152), de los 179 que trabajan en centros de salud en localidades con menos de 30.000 habitantes, el 5,0% (N= 9) considera que es poco frecuente, el 30,1% (N= 54) consideran el problema algo frecuente, el 57,0% (N= 102) consideran que es bastante frecuente, 7,8% (N= 14) lo consideran muy frecuente, todos los profesionales que trabajan en estos centros de salud contestan esta pregunta.

De los 80 profesionales que trabajan en los centros de salud de Guadalajara ciudad, ninguno de estos profesionales que es poco frecuente, el 36,3% (N= 29) consideran el

problema algo frecuente, el 45,0% (N= 36) consideran que es bastante frecuente, el 17,5% (N= 14) lo consideran muy frecuente, y el 1,3% (N= 1) de los profesionales que trabajan en estos centros de salud no contestan esta pregunta, (ver figura 152).

Figura 152.- Percepción frecuencia del problema de la VMCI por tamaño población localidad del centro



A la hora de comparar las hipótesis de trabajo, la percepción sobre la frecuencia del problema de la violencia a la mujer por su pareja tiene una relación estadísticamente no significativa, es decir, es independiente respecto a la edad ( $\chi^2(4)=6,985$  y  $p=0,137$ ) y vivir o no en pareja ( $\chi^2(8)=6,271$  y  $p=0,617$ ). (Ver tabla 60).

Sin embargo, se encuentran que existen relaciones de dependencia, en las siguientes variables sociodemográficas, ver tabla 60:

- Sexo ( $\chi^2(4)=19,73$  y  $p=0,001$ ), el Coeficiente de Contingencia encontrado ( $C=0,266$ ), indica una asociación directamente proporcional entre la variable que representa la pregunta y el sexo, aunque existe una relación de asociación, ésta puede considerarse moderada ya que nuestro valor de  $C=0,266$  y la  $C_{max}=0,71$ . Las mujeres consideran el problema de la VMCI mas frecuente que los hombres con bastante frecuente un 55,6% mujeres y un 48,1% hombres y muy frecuente un 13,3% de mujeres y un 5,1% de hombres.
- Categoría profesional ( $\chi^2(4)=10,775$  y  $p=0,029$ ), el Coeficiente de Contingencia encontrado ( $C=0,2$ ), indica una asociación directamente proporcional entre la categoría profesional y la variable que representa la pregunta, aunque existe una

relación de asociación, ésta puede considerarse como baja ya que nuestro valor de  $C=0,266$  y la  $C_{max}=0,71$ . Del total de profesionales que refieren la VMCI como un problema bastante o muy frecuente (63,1%), el 30,5% (N= 79) son médicos/as y el 33,6% (N= 87) son enfermeros/as.

- Tamaño de la población donde se localiza el centro de salud ( $\chi^2(8)=13,179$  y  $p=0,01$ ), el Coeficiente de Contingencia encontrado ( $C=0,22$ ), indica una asociación directamente proporcional que puede considerarse como moderada ya que nuestro valor de  $C=0,22$  y la  $C_{max}=0,71$ . Se encuentra que el 85,3% (N= 221) del total de profesionales consideran el problema de la violencia contra las mujeres como un problema bastante o muy frecuente. De éstos, el 25,1% (N= 65) desarrollan su actividad en poblaciones mayores de 30.000 habitantes, y el 60,2% (N= 156) en poblaciones menores de 30.000 habitantes.

**Tabla 60. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas. ¿Piensas que la violencia contra la mujer ejercida por su pareja es un problema Muy frecuente, bastante, algo o poco frecuente? y sexo, edad, categoría profesional, vivir en pareja y tamaño población localización centro**

¿Piensas que la violencia contra la mujer, ejercida por su pareja, es un problema??					
	$\chi^2$	Gl	Sig	Medidas de Asociación	
				RR	C
<b>Sexo</b>	19,73	4	<b>0,001</b>	N.A.	<b>0,266</b>
<b>Categoría Profesional</b>	10,775	4	<b>0,029</b>	N.A.	<b>0,2</b>
<b>Edad</b>	6,985	4	0,137	N.A.	N.A.
<b>Vivir o no en Pareja</b>	6,271	8	0,617	N.A.	N.A.
<b>Tamaño Población Centro</b>	13,179	4	<b>0,01</b>	N.A.	<b>0,22</b>

Dónde: Gl, es grado de libertad; sig. es significación, RR, es Riesgo Relativo C es coeficiente de Contingencia. N.A. es No Aplica.

### 8.3. Percepción sobre la comunicación de la situación por la mujer víctima de violencia por su pareja

Para la pregunta ¿Crees que la mayoría de las pacientes que lo sufren comunican su situación?, como se observa en la tabla 61 y en la figura 153, el 98,5% (N= 255)

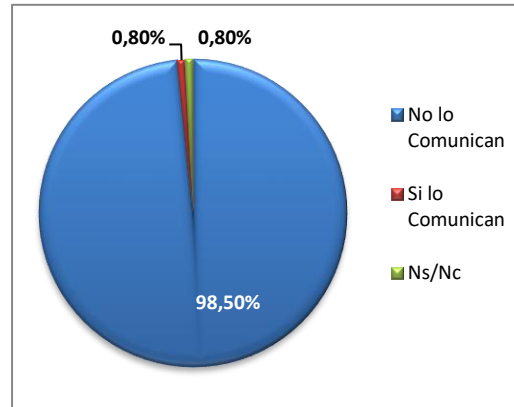


consideran que no lo comunican, el 0,8% (N= 2) contestan que si lo comunican y el 0,8% (N= 2) no contestan la pregunta.

Tabla 61.- ¿Crees que la mayoría de las pacientes que sufren VMCI comunican su situación?

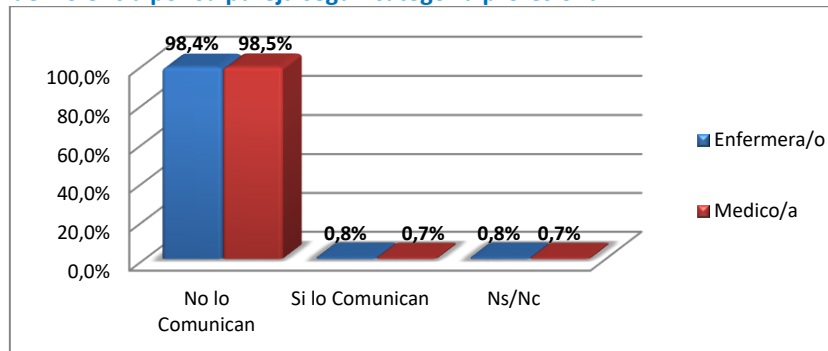
	Fr	%	% válido	% acumulado
No lo comunican	255	98,5	98,5	98,5
Sí lo comunican	2	0,8	0,8	99,2
Ns/Nc	2	0,8	0,8	100,0
Total	259	100,0	100,0	

Figura 153.- ¿Crees que la mayoría de las pacientes que sufren VMCI comunican su situación?



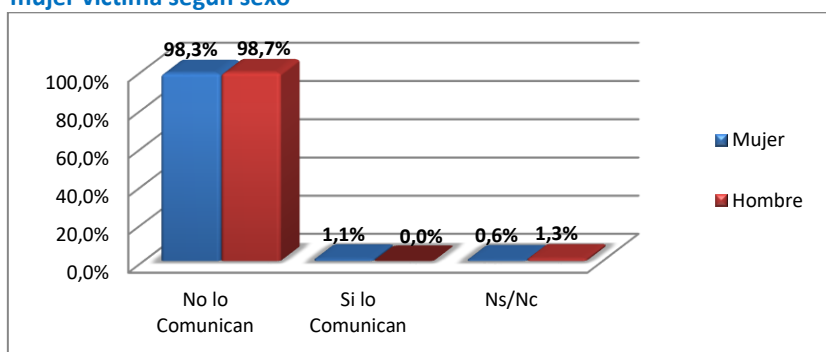
Si tenemos en cuenta la categoría profesional (ver figura 154), de los/as 136 médicos/as que han contestado esta pregunta el 98,5% (N=134) consideran que las mujeres que sufren este problema no lo comunican, el 0,7% (N= 1) consideran que si lo comunican, y el 0,7% (N= 1) no contestan esta pregunta. De las/os 123 enfermeras/os que han respondido esta pregunta el 98,4% (N= 121) consideran que las mujeres que sufren este problema no lo comunican, el 0,8% (N= 1) consideran que si lo comunican, y el 0,8% (N= 1) no contestan esta pregunta.

Figura 154.- Percepción comunicación de la situación por la mujer víctima de violencia por su pareja según categoría profesional



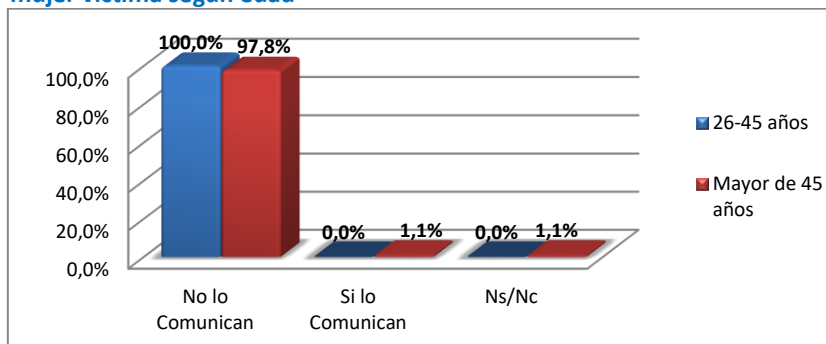
En cuanto al sexo (ver figura 155), de las 180 mujeres que han respondido esta pregunta el 98,3% (N= 177) consideran que las mujeres que sufren este problema no lo comunican, el 1,1% (N= 2) consideran que si lo comunican, y el 0,6% (N= 1) no contestan esta pregunta. De los 79 hombres que han contestado el 98,7% (N= 78) consideran que las mujeres que sufren este problema no lo comunican, ningún profesional varón considera que si lo comunican, y el 1,3% (N= 1) no contestan esta pregunta.

**Figura 155.- Percepción comunicación del problema de violencia por la mujer víctima según sexo**



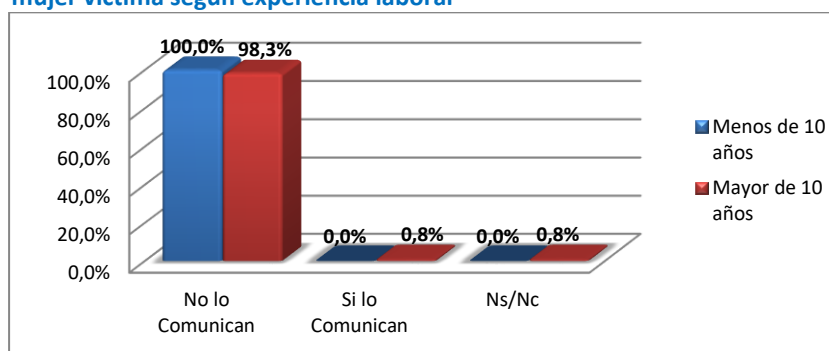
Atendiendo a la edad los profesionales (ver figura 156), de los 74 profesionales entre 26 y 45 años de edad que han contestado esta pregunta el 100,0% (N= 74) consideran que las mujeres que sufren este problema no lo comunican. De los 185 profesionales mayores de 45 años, el 97,8% (N= 181) consideran que las mujeres que sufren este problema no lo comunican, el 1,1% (N= 2) considera que si lo comunican, y el 1,1% (N= 2) no contestan esta pregunta.

**Figura 156.- Percepción comunicación del problema de violencia por la mujer víctima según edad**



En cuanto a la experiencia laboral (ver figura 157), de los 19 profesionales cuya experiencia es menor de 10 años el 100,0% (N= 19) consideran que las mujeres que sufren este problema no lo comunican. De los 240 de mas de 10 años de experiencia laboral, el 98,3% (N= 236) consideran que las mujeres que sufren este problema no lo comunican, el 0,8% (N= 2) considera que si lo comunican, y el 0,8% (N= 2) no contestan esta pregunta.

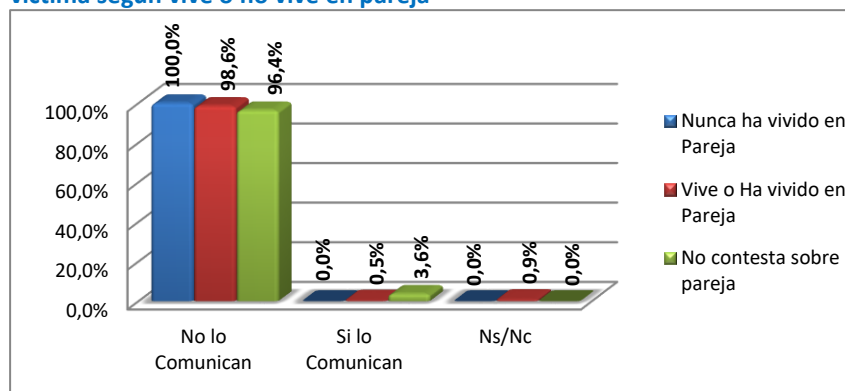
**Figura 157.- Percepción comunicación del problema de violencia por la mujer víctima según experiencia laboral**



Si tenemos en cuenta si los profesionales que han contestado esta pregunta viven o han vivido en pareja (ver figura 158), de los 15 profesionales que afirman no haber convivido nunca en pareja el 100,0% (N= 15) consideran que las mujeres que sufren este problema no lo comunican. De los 216 que viven o han vivido en pareja, el 98,6% (N= 213) consideran que las mujeres que sufren este problema no lo comunican, el 0,5% (N= 1) considera que si lo comunican, y el 0,9% (N= 2) no contestan esta pregunta.

De los 28 que no contestan si han vivido o no en pareja el 96,4% (N= 27) consideran que las mujeres que sufren este problema no lo comunican, el 3,6% (N= 1) considera que si lo comunican, todos los profesionales que no han contestado si viven o han vivido en pareja contestan esta pregunta, (ver figura 158).

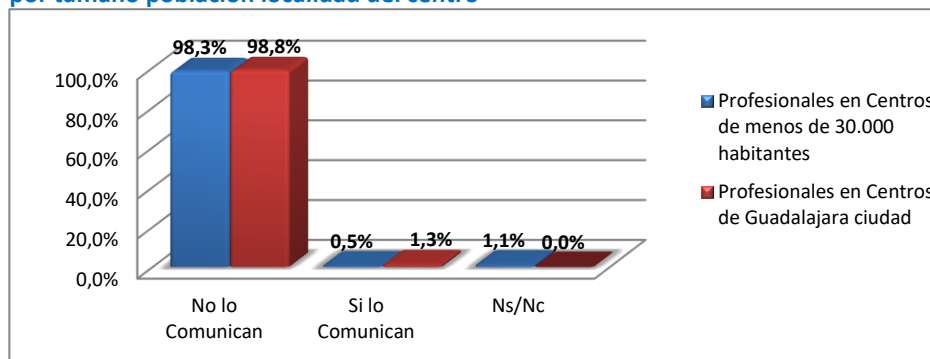
**Figura 158.- Percepción comunicación del problema de violencia por la mujer víctima según vive o no vive en pareja**



Si tenemos en cuenta el tamaño de la población donde se asienta el centro de salud en el que trabajan los profesionales que han contestado esta pregunta (ver figura 159), de los 179 que trabajan en centros de salud de poblaciones con menos de 30.000 habitantes el 98,3% (N= 176) consideran que las mujeres que sufren este problema no lo comunican, el 0,5% (N= 1) de los profesionales que trabajan en estos centros de salud consideran que si lo comunican, y el 1,1% (N= 2) no contestan esta pregunta.

De los 80 profesionales que trabajan en centros de salud de Guadalajara ciudad el 98,8% (N= 79) consideran que las mujeres que sufren este problema no lo comunican, el 1,3% (N= 1) considera que si lo comunican, todos los profesionales que trabajan en estos centros contestan esta pregunta, (ver figura 159).

**Figura 159.- Percepción comunicación del problema de violencia por la mujer víctima por tamaño población localidad del centro**



A la hora de comparar las hipótesis de trabajo, se encuentra que entre la percepción de los profesionales de la salud respecto a si la mujer comunica el problema de su situación de violencia y las variables sociodemográficas sexo ( $\chi^2(2)=1,237$  y  $p=0,539$ ), categoría profesional ( $\chi^2(2)=0,01$  y  $p=0,995$ ), edad ( $\chi^2(2)=1,625$  y  $p=0,444$ ), vivir o no en pareja ( $\chi^2(4)=3,639$  y  $p=0,457$ ) y tamaño de la población de la localidad del centro ( $\chi^2(2)=1,237$  y  $p=0,539$ ) tienen una relación estadísticamente no significativa, es decir, no hay relación de dependencia (ver tabla 62).

**Tabla 62. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas. ¿Crees que la mayoría de las pacientes que sufren VMCI comunican su situación? Y sexo, edad, categoría profesional, vivir en pareja y estrato de población**

¿Crees que la mayoría de las pacientes que lo sufren, comunican su situación?					
	$\chi^2$	Gl	Sig	Medidas de Asociación	
				RR	C
<b>Sexo</b>	1,237	2	0,539	N.A.	N.A.
<b>Categoría Profesional</b>	0,010	2	0,995	N.A.	N.A.
<b>Edad</b>	1,625	2	0,444	N.A.	N.A.
<b>Vivir o no en Pareja</b>	3,639	4	0,457	N.A.	N.A.
<b>Tamaño Población Centro</b>	1,237	2	0,539	N.A.	N.A.

Dónde: Gl, es grado de libertad; sig. es significación, RR, es Riesgo Relativo C es coeficiente de Contingencia. N.A. es No Aplica.

#### 8.4. Percepción de casos de VMCI de los profesionales de la salud

Para valorar la percepción de los profesionales de la salud sobre los casos de violencia a la mujer por su pareja, se les pregunta en primer lugar si conocen algún caso de VMCI en su entorno cercano y, en segundo lugar número de casos detectados en el desarrollo de su labor asistencial en los últimos tres meses.

##### 8.4.1. Conocimiento de casos de VMCI en el entorno cercano

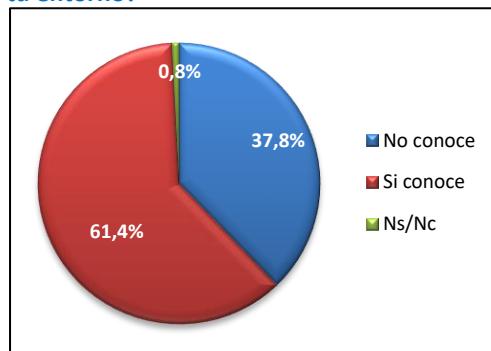
Las respuestas de los profesionales sanitarios ante la pregunta ¿Conoces algún caso de violencia contra la mujer ejercida por su pareja en tu entorno? (ver tabla 63 y figura

160), el 61,4% (N=159) afirma que conoce algún caso frente al 37,8% (N= 98) que dice no conocer ningún caso, el 0,8% (N= 2) no responden la pregunta.

**Tabla 63.- ¿Conoces algún caso de VMCI en tu entorno?**

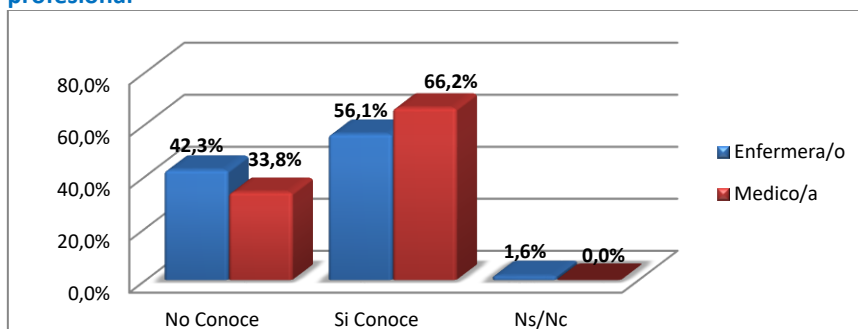
	Fr	%	% válido	% acumulado
No conoce	98	37,8	37,8	37,8
Si conoce	159	61,4	61,4	99,2
Ns/Nc	2	,8	,8	100,0
Total	259	100,0	100,0	

**Figura 160.- ¿Conoces algún caso de VMCI en tu entorno?**



De los/as profesionales que afirman conocer algún caso de VMCI en su entorno (ver figura 161), un 66,2% (N= 90) son médicos/as, frente al 56,1% (N= 69) de enfermeras/os. Un 42,3% (N= 52) de los/as profesionales que afirman no conocer ningún caso son enfermeras/os, mientras que un 33,8% (N= 46) son médicos/as. Todos/as los/as médicos/as contestan a esta pregunta frente al 0,8% (N= 2) de las/os enfermeras/os que no marcan ninguna respuesta.

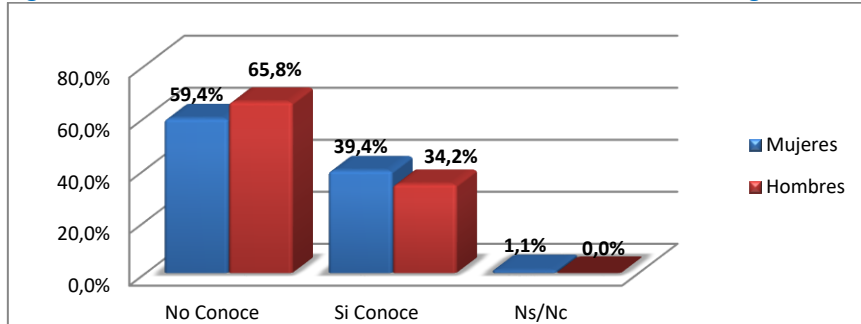
**Figura 161.- Conocimiento casos de VMCI en el entorno cercano según categoría profesional**



En cuanto a la distribución por sexo (ver figura 162), los datos indican que de los 79 hombres que contestan esta pregunta el 65,4% (N= 52) conocen algún caso de VMCI en su entorno y el 34,2% (N=27) no lo conocen, todos los hombres contestan la pregunta. De las 180 mujeres el 59,4% (N=107) afirman conocer algún caso de VMCI

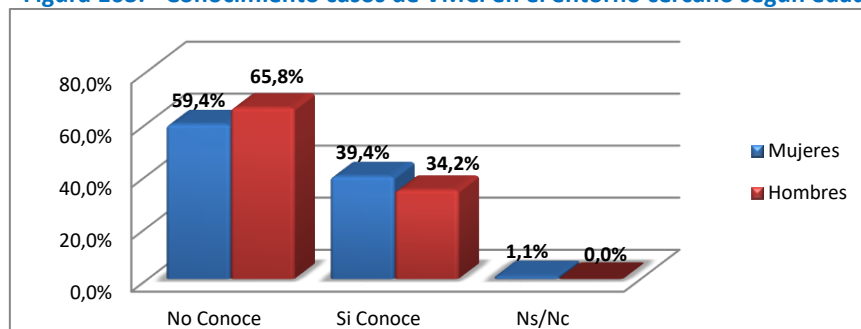
mientras que el 39,4% (N=71) no lo conocen y el 1,1% (N= 2) no marcan ninguna opción de respuesta a esta pregunta.

Figura 162.- Conocimiento casos de VMCI en el entorno cercano según sexo



Atendiendo a la edad de los/as profesionales, ver figura 163, de los/as 74 profesionales que tienen entre 26 y 45 años, el 37,8% (N= 28) afirman que no conoce ningún caso de VMCI en su entorno frente al 62,1% (N= 46) que afirman si conocer algún caso, todos/as los/as profesionales en este rango de edad contestan esta pregunta. De los/as 185 profesionales mayores de 45 años el 37,8% (N= 70) no conoce ningún caso, el 61,0% (N= 113) si conocen algún caso de VMCI en si entorno, y el 1,0% (N= 2) no contestan.

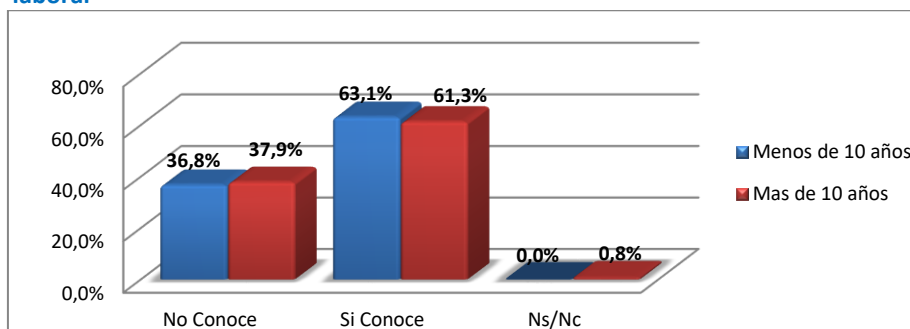
Figura 163.- Conocimiento casos de VMCI en el entorno cercano según edad



Según se muestra en la figura 164, de los/as 19 profesionales con una experiencia laboral inferior a 10 años, el 36,8% (N= 7) no conoce ningún caso de VMCI en su entorno, frente al 63,1% (N= 12) que si conocen algún caso, todos/as estos/as profesionales contestan la pregunta. De los/as 240 profesionales con mas de 10 años

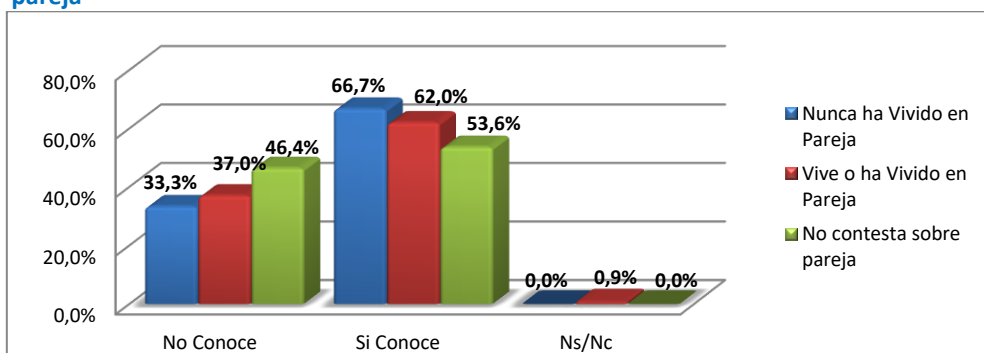
de experiencia, el 37,9% (N= 91) no conoce ningún caso, el 61,3% (N= 147) si lo conocen y el 0,8% (N= 2) no contestan esta pregunta.

**Figura 164.- Conocimiento casos de VMCI en el entorno cercano según experiencia laboral**



Si tenemos en cuenta si los/as profesionales han vivido en pareja o no (ver figura 165), los datos indican que de los 15 profesionales que afirman no haber vivido en pareja el 33,3% (N= 5) no conocen ningún caso de VMCI en su entorno, mientras que el 66,7% (N= 10) si lo conocen, todos/as estos/as profesionales contestan esta pregunta. De los 216 profesionales que viven o han vivido en pareja el 37,0% (N= 80) no conocen ningún caso en su entorno, frente al 62,0% (N= 134) que si conocen algún caso de VMCI y el 0,9% (N= 2) que no contestan la pregunta. De los 28 profesionales que no contestan si viven o han vivido en pareja, el 46,4% (N= 13) no conoce ningún caso de VMCI en su entorno, el 53,6% (N= 15) si conocen algún caso.

**Figura 165.- Conocimiento casos de VMCI en el entorno cercano según vive o no vive en pareja**

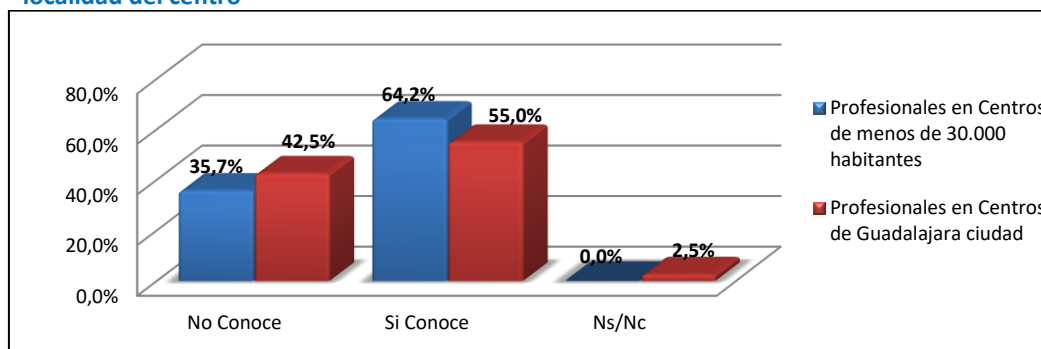




Si tenemos en cuenta el tamaño de la población donde se localiza el centro de salud en el que trabajan los/as profesionales que han contestado esta pregunta (ver figura 170), de los 179 que trabajan en centros de salud de poblaciones de menos de 30.000 habitantes el 35,7% (N= 64) no conocen ningún caso de VMCI en su entorno, mientras que el 64,2% (N= 115) si lo conocen, todos/as los/as profesionales que trabajan en los centros de salud de estas poblaciones contestan esta pregunta.

De los 80 profesionales que trabajan en centros de salud de Guadalajara ciudad el 42,5% (N= 34) afirma no conocer ningún caso, el 55,0% (N= 44) si lo conocen y 2,5% (N= 2) no contestan esta pregunta.

**Figura 170.- Conocimiento casos de VMCI en el entorno cercano por tamaño población localidad del centro**



A la hora de comparar las hipótesis de trabajo, se encuentra que el conocimiento de algún caso de VMCI en el entorno cercano de los profesionales de la salud es independiente, no hay relación estadísticamente significativa con el sexo ( $\chi^2(2)=1,644$  y  $p=0,44$ ), categoría profesional ( $\chi^2(2)=4,5$  y  $p=0,44$ ), edad ( $\chi^2(2)=8,1$  y  $p=0,667$ ), vivir en pareja ( $\chi^2(4)=1,423$  y  $p=0,84$ ) y estrato de población ( $\chi^2(2)=5,91$  y  $p=0,052$ ), son independientes con respecto a la variable que representa la pregunta (ver tabla 64).

**Tabla 64. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas. ¿Conoces algún caso de VMCI en tu entorno? y sexo, edad, categoría profesional, vivir en pareja y tamaño localidad del centro**

¿Conoces algún caso de violencia doméstica en tu entorno?					
	$\chi^2$	Gl	Sig	Medidas de Asociación	
				RR	C
<b>Sexo</b>	1,644	2	0,44	N.A.	N.A.
<b>Categoría Profesional</b>	4,5	2	0,105	N.A.	N.A.
<b>Edad</b>	8,10	2	0,667	N.A.	N.A.
<b>Vivir o no en Pareja</b>	1,423	4	0,84	N.A.	N.A.
<b>Tamaño Población Centro</b>	5,910	2	0,052	N.A.	N.A.

Dónde: Gl, es grado de libertad; sig. es significación, RR, es Riesgo Relativo. C es coeficiente de Contingencia. es coeficiente. N.A. es No Aplica.

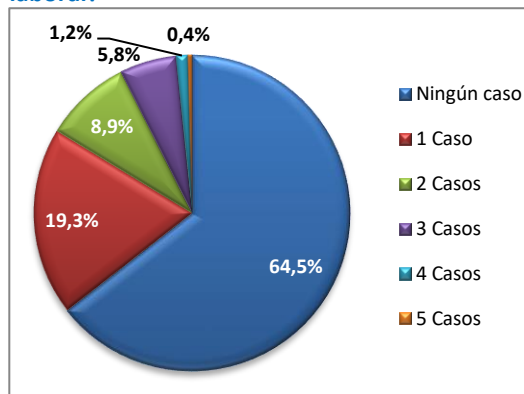
#### 8.4.2. Número de casos de violencia a la mujer ejercida por su pareja detectados durante el trabajo

A la pregunta ¿Cuántos casos de VMCI habrás visto de en los últimos 3 meses durante tu jornada laboral?, como se observa en la tabla 65 y la figura 171, el 64,5% (N= 167) de los/as profesionales contestan que no han detectado ningún caso de VMCI durante su jornada laboral, el 19,3 % (N= 50) han detectado un único caso, el 8,9% (N= 23) dos casos, el 5,8% (N=15) tres casos, el 1,2% (N= 3) cuatro casos, y el 0,4% (N=1) afirma haber detectado cinco casos.

**Tabla 65.- ¿Cuántos casos de VMCI habrás visto de en los últimos 3 meses durante tu jornada laboral?**

	Fr	%	% válido	% acumulado
Ningún caso	167	64,5	64,5	64,5
Un caso	50	19,3	19,3	83,8
Dos casos	23	8,9	8,9	92,7
Tres casos	15	5,8	5,8	98,5
Cuatro casos	3	1,2	1,2	99,6
Cinco casos	1	,4	,4	100,0
<b>Total</b>	<b>259</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

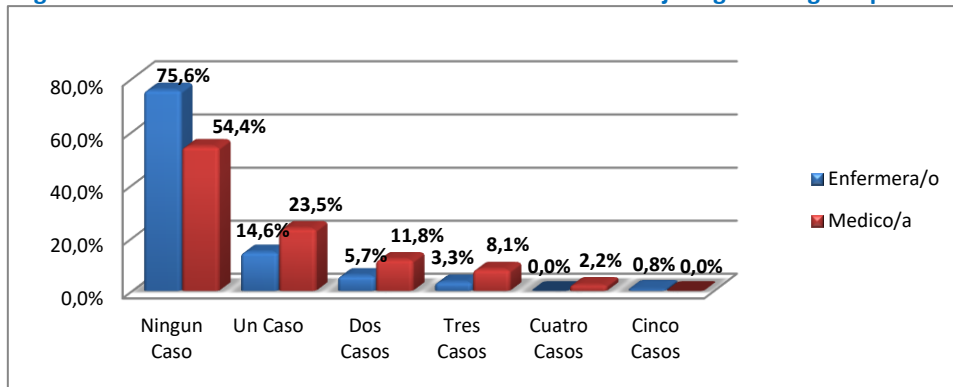
**Figura 171.- ¿Cuántos casos de VMCI habrás visto de en los últimos 3 meses durante tu jornada laboral?**



Si tenemos en cuenta la categoría profesional (ver figura 172), de los/as 136 médicos/as que han contestado esta pregunta el 54,4% (N=74) no han detectado ningún caso de VMCI durante su jornada laboral, el 23,5% (N=32) han detectado un caso, el 11,8% (N= 16) han detectado dos casos, el 8,1% (N=11) han detectado tres casos, el 2,2% (N= 3) han detectado cuatro casos y ninguno ha detectado 5 casos.

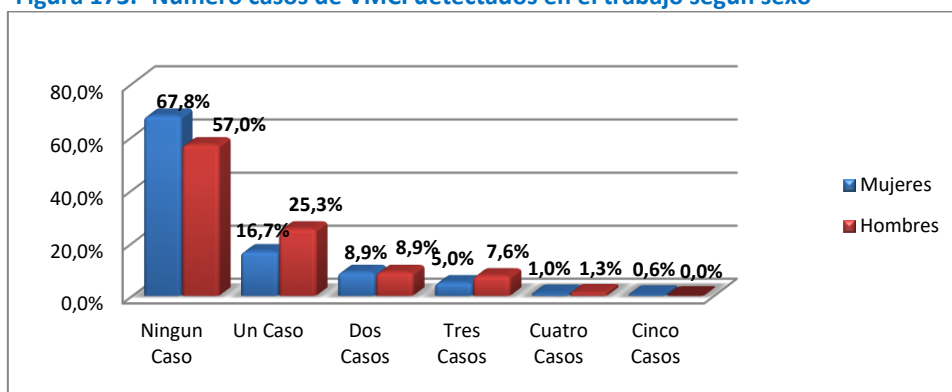
De las/os 123 enfermeras/os que han respondido esta pregunta el 75,6% (N= 93) no han detectado ningún caso, el 14,6% (N= 18) han detectado un caso, el 5,7% (N= 7) han detectado dos casos, el 3,3% (N= 4) han detectado tres caos, ninguna/o han detectado cuatro casos y el 0,8% (N= 1) han detectado cinco casos, ver figura 172.

Figura 172.- Número casos de VMCI detectados en el trabajo según categoría profesional



En cuanto al sexo de las 180 mujeres que han participado en el estudio (ver figura 173), el 67,8% (N= 122) no han detectado ningún caso de VMCI en su trabajo, el 16,7% (N= 30) han detectado un caso, el 8,9% (N= 16) han detectado dos casos, el 5,0% (N= 9) han detectado tres casos, el 1,1% (N= 2) han detectado cuatro casos y el 0,6% (N= 1) han detectado cinco casos. De los 79 hombres que han contestado el 57,0% (N= 45) no han detectado ningún caso en su trabajo, el 25,3% (N= 20) han detectado un caso, el 8,9% (N= 7) han detectado dos casos, el 7,6% (N= 6) han detectado tres casos, el 1,3% (N= 1) han detectado cuatro casos y ninguno ha detectado cinco casos.

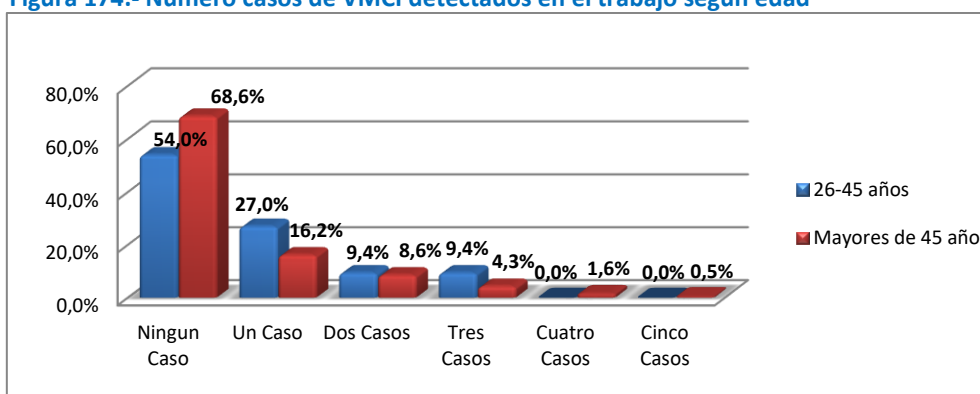
Figura 173.- Número casos de VMCI detectados en el trabajo según sexo



Atendiendo a la edad los profesionales (ver figura 174), de los/as 74 profesionales entre 26 y 45 años de edad que han contestado esta pregunta el 54,0% (N= 40) no han detectado ningún caso de VMCI en su trabajo, el 27,0% (N= 20) han detectado un caso, el 9,4% (N= 7) han detectado dos casos, el 9,4% (N= 7) han detectado tres casos, ninguno ha detectado cuatro casos o cinco casos.

De los/as 185 profesionales de mas de 45 años el 68,6% (N= 127) no han detectado ningún caso, el 16,2% (N= 30) han detectado un caso, el 8,6% (N= 16) han detectado dos casos, el 4,3% (N= 8) han detectado tres casos, el 1,6% (N= 3) han detectado cuatro casos y el 0,5% (N= 1) han detectado cinco casos.

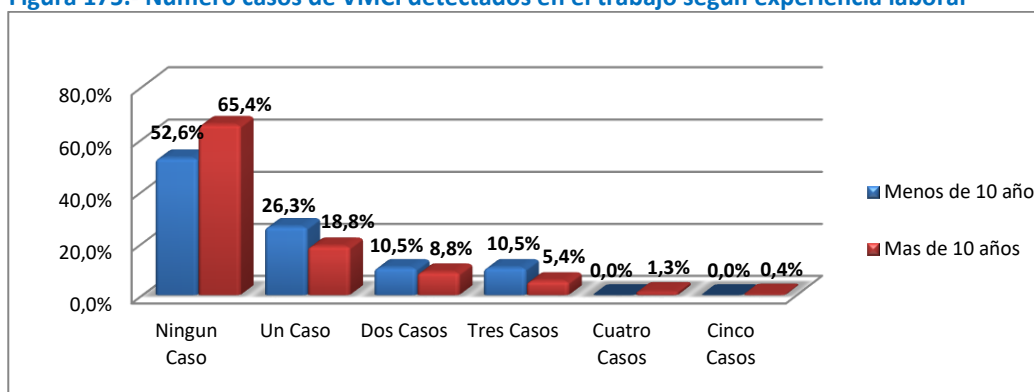
Figura 174.- Número casos de VMCI detectados en el trabajo según edad



En cuanto a la experiencia laboral (ver figura 175), de los/as 19 profesionales cuya experiencia es inferior a 10 años, el 52,6% (N= 10) no han detectado ningún caso en su

trabajo, el 26,3% (N= 5) han detectado un caso, el 10,5% (N= 2) han detectado dos casos, el 10,5% (N= 2) han detectado tres casos y, ningún profesional ha detectado cuatro o cinco casos. De los 240 de mas de 10 años de experiencia laboral el 65,4% (N= 157) no han detectado ningún caso en su trabajo, el 18,8% (N= 45) han detectado un caso, el 8,8% (N= 21) han detectado dos casos, el 5,4% (N= 13) han detectado tres casos, el 1,3% (N= 3) han detectado cuatro casos, y el 0,4% (N= 1) han detectado cinco casos.

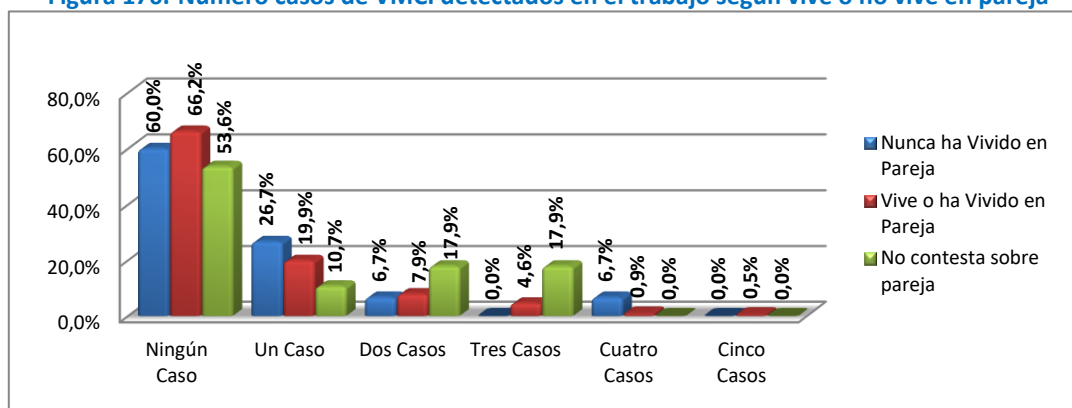
Figura 175.- Número casos de VMCI detectados en el trabajo según experiencia laboral



Si tenemos en cuenta si los profesionales que han contestado esta pregunta viven o han vivido en pareja (ver figura 176), de los 15 profesionales que afirman no haber convivido nunca en pareja el 60,0% (N= 9) no han detectado ningún caso en su trabajo, el 26,7% (N= 4) han detectado un caso, el 6,7% (N= 1) han detectado dos y cuatro casos y, ningún profesional ha detectado tres o cinco casos. De los 216 que viven o han vivido en pareja el 66,2% (N= 143) no han detectado ningún caso en su trabajo, el 19,9% (N= 43) han detectado un caso, el 7,9% (N= 17) han detectado dos casos, el 4,6% (N= 10) han detectado tres casos, el 0,9% (N= 2) han detectado cuatro casos y el 0,5% (N= 1) han detectado cinco casos.

De los 28 que no contestan si han vivido o no en pareja el 53,6% (N= 15) no han detectado ningún caso, el 10,7% (N= 3) han detectado un caso, el 17,9% (N= 5) han detectado dos casos y ninguno ha detectado cuatro o cinco casos.

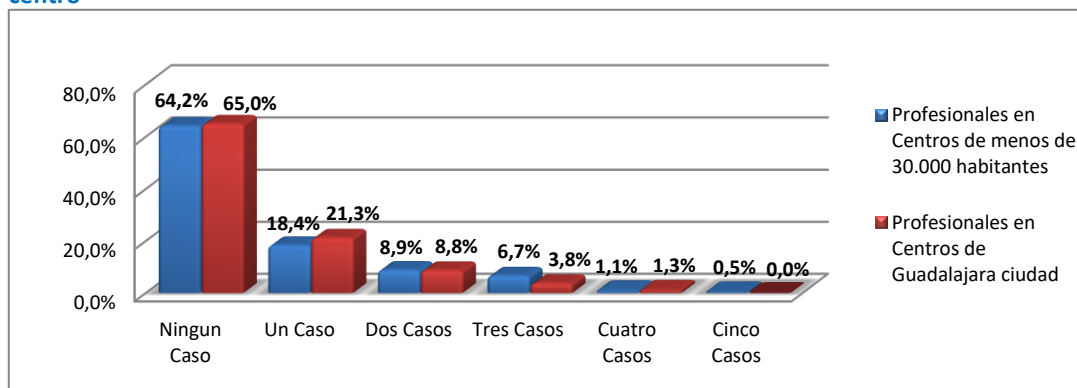
**Figura 176.-Número casos de VMCI detectados en el trabajo según vive o no vive en pareja**



Si tenemos en cuenta el tamaño de la población donde se ubica el centro de salud en el que trabajan los profesionales que han contestado esta pregunta (ver figura 177), de los 179 que trabajan en centros de salud de poblaciones con menos de 30.000 habitantes, el 64,2% (N= 115) no ha detectado ningún caso, el 18,4% (N= 33) han detectado un caso, el 8,9% (N= 16) han detectado dos casos, el 6,7% (N= 12) han detectado tres casos, el 1,1% (N= 2) han detectado cuatro casos, y 0,5% (N=1) han detectado cinco casos.

De los 80 profesionales que trabajan en los centros de salud de Guadalajara ciudad el 65,0% (N= 52) no ha detectado ningún caso, el 21,3% (N= 17) han detectado un caso, el 8,8% (N= 7) han detectado dos casos, el 3,8% (N= 3) han detectado tres casos, el 1,3% (N= 1) han detectado cuatro casos y ninguno ha detectado cinco casos. (Figura 35)

**Figura 177.- Número casos de VMCI detectados en el trabajo por tamaño población localidad del centro**



A la hora de comparar las hipótesis de trabajo, se encuentra que tanto el sexo ( $\chi^2(5)=4,213$  y  $p=0,519$ ), como la edad ( $\chi^2(5)=8,992$  y  $p=0,109$ ), vivir en pareja ( $\chi^2(10)=18,031$  y  $p=0,054$ ) y estrato de población ( $\chi^2(5)=1,522$  y  $p=0,91$ ), tienen una relación estadísticamente no significativa con la variable número de casos detectados en el trabajo por los profesionales de la salud. (Ver tabla 66).

Sin embargo, la categoría profesional si presenta una relación de dependencia con la variable que representa el número de casos de violencia de género vistos en los últimos 3 meses ( $\chi^2(5)=16,259$  y  $p=0,006$ ). El Coeficiente de Contingencia encontrado ( $C=0,243$ ) es directamente proporcional entre la categoría profesional y la variable que representa la pregunta, aunque existe una relación de asociación, ésta puede considerarse moderada ya que nuestro valor de  $C=0,243$  y la  $C_{max}=0,71$ . Los profesionales que detectan uno o más casos, representan un total de 92 profesionales, es decir un 35,5% del total. Y, de éstos, el 23,9% ( $N= 62$ ) del total son médicos/as y el 11,6% ( $N= 30$ ) del total son enfermeros/as.

**Tabla 66. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas. ¿Cuántos casos de VMCI habrás visto de en los últimos 3 meses durante tu jornada laboral? y sexo, edad, categoría profesional, vivir en pareja y estrato de población**

¿Cuántos casos de violencia de género ha visto en los últimos 3 meses durante su jornada laboral?	$\chi^2$	Gl	Sig	Medidas de Asociación	
				RR	C
<b>Sexo</b>	4,213	5	0,519	N.A.	N.A.
<b>Categoría Profesional</b>	16,259	5	0,006	N.A.	0,243
<b>Edad</b>	8,992	5	0,109	N.A.	N.A.
<b>Vivir o no en Pareja</b>	18,031	10	0,054	N.A.	N.A.
<b>Tamaño Población Centro</b>	1,522	5	0,91	N.A.	N.A.

Dónde: Gl, es grado de libertad; sig. es significación, RR, es Riesgo Relativo, C es coeficiente de Contingencia. N.A. es No Aplica.

## 8.5. Percepción sobre las posibles causas de infradetección del problema de VMCI

Para la pregunta, ¿Cuál de estas opiniones crees que se adapta más a la situación actual de este problema, en relación con la infradetección? siendo las opciones de respuesta:

- A. La violencia doméstica es un problema creciente en nuestra sociedad, habiéndose establecido ya los medios y mecanismos de ayuda adecuados para estas pacientes:

**“Creo que las pacientes que sufren violencia ejercida por su pareja deberían insistir más, tener una postura más firme y solicitar más la ayuda de la sociedad.”**

- B. En la última década, tanto en el ámbito político como social, se está produciendo un cambio favorable y de apoyo hacia las pacientes víctimas de violencia ejercida por su pareja. A pesar de ello y aunque están mejorado los indicadores sobre detección de nuevos casos, aún no son lo suficientemente satisfactorios:

**“Creo que es necesario seguir mejorando los sistemas de detección y la coordinación entre los distintos estamentos y profesionales implicados.”**

- C. A pesar de que todavía son insuficientes los recursos, la sociedad está cambiando y mejorando la coordinación entre los distintos sistemas implicados en la detección de pacientes que sufren violencia ejercida por su pareja:

**“Estas pacientes piensan que su problema no tiene solución y que la sociedad no las respalda. Creo que ellas necesitarían cambiar este concepto erróneo y deberían darse cuenta de las posibilidades que existen.”**

- D. Aún siguen siendo insuficientes los medios y recursos disponibles para abordar este gran problema social:



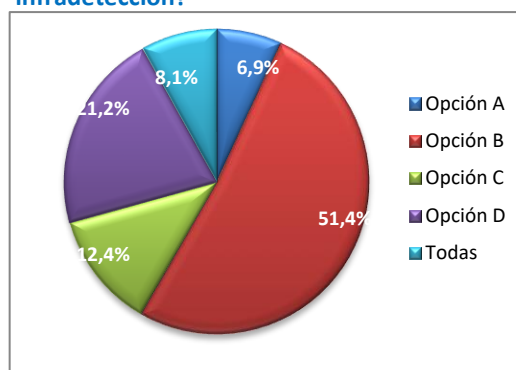
**“Creo que las pacientes que sufren violencia ejercida por su pareja no disponen todavía de las facilidades necesarias y precisan más ayuda.”**

Los profesionales que han contestado esta pregunta ver tabla 67 y figura 178, indican en un 6,9% (N= 18) que la opción A es la que mas se adapta a la situación actual del problema, el 51,4% (N= 133) la opción B, el 12,4% (N= 32) la opción C, el 21,2% (N= 55) la opción D es la que mas se adapta al problema, y el 8,1% (N= 21) consideran que todas las opciones se adaptan al problema. (Figura 57).

**Tabla 67.- ¿Cuál de estas opiniones crees que se adapta más a la situación actual de este problema, en relación con la infradetección?**

	Fr	%	% válido	% acumulado
A	18	6,9	6,9	6,9
B	133	51,4	51,4	58,3
C	32	12,4	12,4	70,7
D	55	21,2	21,2	91,9
Todas	21	8,1	8,1	100,0
Total	259	100,0	100,0	

**Figura 178.- ¿Cuál de estas opiniones crees que se adapta más a la situación actual de este problema, en relación con la infradetección?**

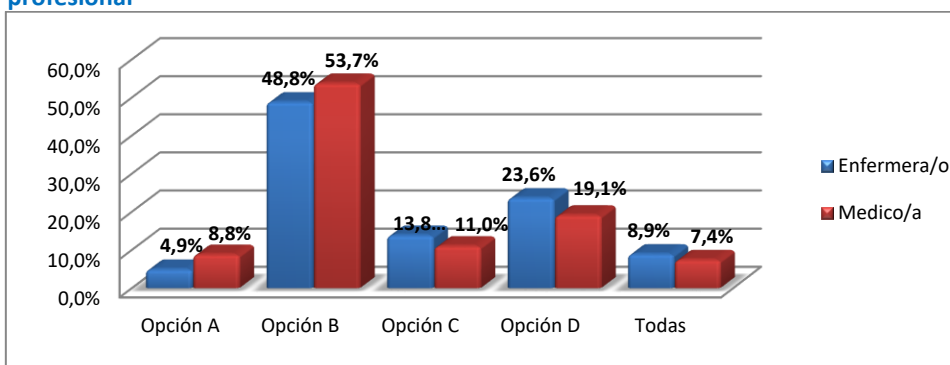


Si tenemos en cuenta la categoría profesional (ver figura 179), de los/as 136 médicos/as que han contestado esta pregunta el 8,8% (N= 12) indica la opción A (hay medios suficientes y la mujer debería solicitar mas ayuda) como la mas adaptada a la situación actual de este problema, el 53,7% (N= 73) la opción B: es necesario seguir mejorando en los sistemas de detección y coordinación, el 11,0% (N= 15) la opción C (hay un respaldo social que la mujer no percibe) es la que mas se adapta, el 19,1% (N= 26) la opción D los recursos son insuficientes, no hay las facilidades necesarias y la mujer precisa mas ayuda y el 7,4% (N= 10) consideran que todas las opciones se adaptan a la situación actual del problema en relación a la infradetección.

De las/os 123 enfermeras/os que han respondido esta pregunta el 4,9% (N= 6) opta por la opción A (hay medios suficientes y la mujer debería solicitar mas ayuda) como la

mas adaptada, el 48,8% (N= 60) la opción B es necesario seguir mejorando en los sistemas de detección y coordinación, el 13,8% (N= 17) que la opción C (hay un respaldo social que la mujer no percibe) es la que mas se adapta a este problema, el 23,6% (N= 29) la opción D los recursos son insuficientes, no hay las facilidades necesarias y la mujer precisa mas ayuda, y el 8,9% (N= 11) consideran que todas las opciones se adaptan al problema, (Figura 179).

**Figura 179.- Percepción causas situación actual de infradetección según categoría profesional**

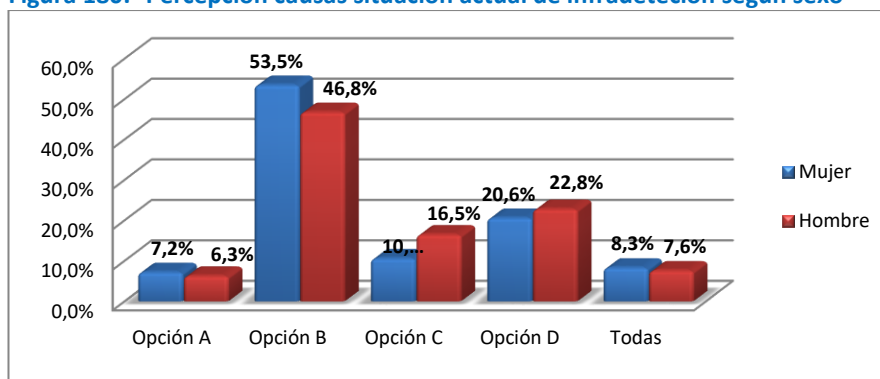


En cuanto al sexo (ver figura 180), de las 180 mujeres que han respondido esta pregunta el 7,2% (N=13) hay medios suficientes y la mujer debería solicitar mas ayuda (opción A) es la que mas se adapta a este problema, el 53,3% (N= 96) es necesario seguir mejorando en los sistemas de detección y coordinación (opción B), el 10,6% (N=19) hay un respaldo social que la mujer no percibe (opción C), el 20,6% (N= 37) los recursos son insuficientes, no hay las facilidades necesarias y la mujer precisa mas ayuda (opción D) es la que mas se adapta a este problema, y el 8,3% (N= 15) consideran que todas las opciones se adaptan al problema.

De los 79 hombres que han contestado el 6,3% (N= 8) hay medios suficientes y la mujer debería solicitar mas ayuda (opción A) es la que mas se adapta a este problema, el 46,8% (N= 37) es necesario seguir mejorando en los sistemas de detección y coordinación (opción B), el 16,5% (N= 13) hay un respaldo social que la mujer no percibe (opción C), el 22,8% (N= 18) los recursos son insuficientes, no hay las facilidades necesarias y la mujer precisa mas ayuda (opción D) es la que mas se adapta a este problema, y el 7,6% (N= 6) consideran que todas las opciones se adaptan al

problema. (Figura 180)

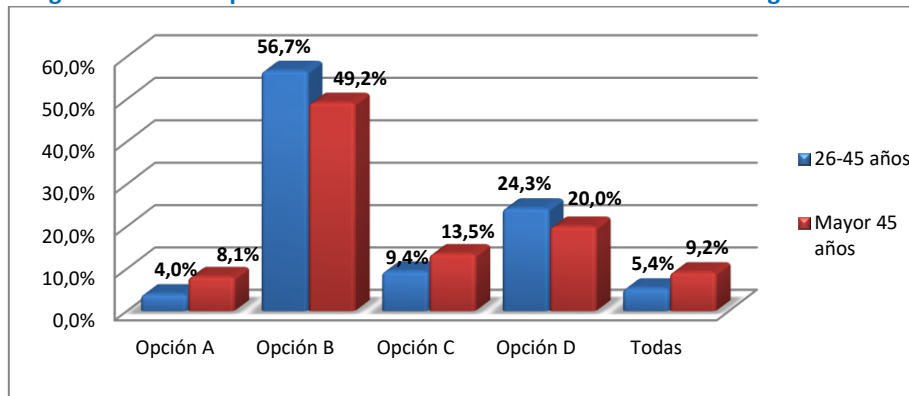
Figura 180.- Percepción causas situación actual de infradetección según sexo



Atendiendo a la edad los profesionales (ver figura 181) de los 74 profesionales entre 26 y 45 años de edad que han contestado esta pregunta, el 4,0% (N= 3) opta por la opción A (hay medios suficientes y la mujer debería solicitar mas ayuda) como la mas adaptada, el 56,7% (N= 42) que la opción B la opción B es necesario seguir mejorando en los sistemas de detección y coordinación, el 9,4% (N= 7) que la opción C que la opción C (hay un respaldo social que la mujer no percibe) es la que mas se adapta a este problema, el 24,3% (N= 18) que la opción D los recursos son insuficientes, no hay las facilidades necesarias y la mujer precisa mas ayuda, y el 5,4% (N= 4) consideran que todas las opciones se adaptan al problema.

De los 185 profesionales mayores de 45 años el 8,1% (N= 15) la opción A (hay medios suficientes y la mujer debería solicitar mas ayuda) es la que mas se adapta a este problema, el 49,2% (N= 91) que la opción B es necesario seguir mejorando en los sistemas de detección y coordinación, el 13,5% (N= 25) la opción C (hay un respaldo social que la mujer no percibe) es la que mas se adapta a este problema, el 20,0% (N= 37) la opción D los recursos son insuficientes, no hay las facilidades necesarias y la mujer precisa mas ayuda, y el 9,2% (N= 17) consideran que todas las opciones se adaptan al problema, (ver figura 181).

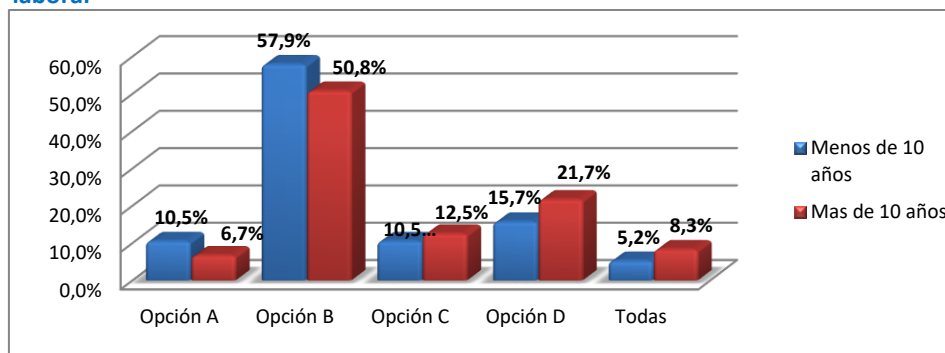
Figura 181.- Percepción causas situación actual de infradetección según edad



En cuanto a la experiencia laboral (ver figura 182), de los 19 profesionales cuya experiencia esta es menor de 10 años, el 10,5% (N= 2) hay medios suficientes y la mujer debería solicitar mas ayuda (opción A) es la que mas se adapta a este problema, el 57,9% (N= 11) es necesario seguir mejorando en los sistemas de detección y coordinación (opción B), el 10,5% (N= 2) hay un respaldo social que la mujer no percibe (opción C), el 15,7% (N= 3) los recursos son insuficientes, no hay las facilidades necesarias y la mujer precisa mas ayuda (opción D) es la que mas se adapta a este problema, y el 5,2% (N= 1) consideran que todas las opciones se adaptan al problema.

De los 240 de mas de 10 años de experiencia laboral, el 6,7% (N= 16) hay medios suficientes y la mujer debería solicitar mas ayuda (opción A) es la que mas se adapta a este problema, el 50,8% (N= 122) es necesario seguir mejorando en los sistemas de detección y coordinación (opción B), el 12,5% (N= 30) hay un respaldo social que la mujer no percibe (opción C), el 21,7% (N= 52) los recursos son insuficientes, no hay las facilidades necesarias y la mujer precisa mas ayuda (opción D) es la que mas se adapta a este problema, y el 8,3% (N= 20) consideran que todas las opciones se adaptan al problema, (ver figura 182).

Figura 182.- Percepción causas situación actual de infradetección según experiencia laboral



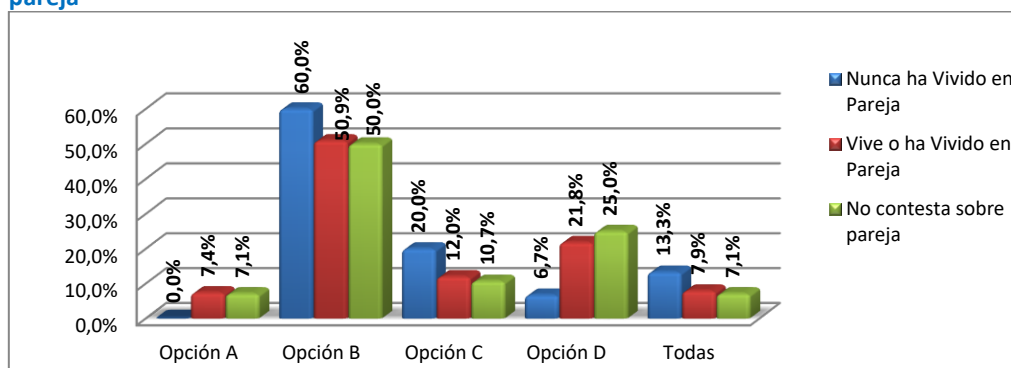
Si tenemos en cuenta si los profesionales que han contestado esta pregunta viven o han vivido en pareja (ver figura 183), de los 15 profesionales que afirman no haber convivido nunca en pareja nadie opta por la opción A (hay medios suficientes y la mujer debería solicitar mas ayuda) como la mas adaptada, el 60,0% (N= 9) la opción B es necesario seguir mejorando en los sistemas de detección y coordinación, el 20,0% (N= 3) que la opción C (hay un respaldo social que la mujer no percibe) es la que mas se adapta a este problema, el 6,7% (N= 1) la opción D los recursos son insuficientes, no hay las facilidades necesarias y la mujer precisa mas ayuda y el 13,3% (N= 2) consideran que todas las opciones se adaptan al problema.

De los 216 que viven o han vivido en pareja, el 7,4% (N= 16) que la opción A (hay medios suficientes y la mujer debería solicitar mas ayuda) es la que mas se adapta a este problema, el 50,9% (N= 110) la opción B es necesario seguir mejorando en los sistemas de detección y coordinación, el 12,0% (N= 26) que la opción C (hay un respaldo social que la mujer no percibe) es la que mas se adapta a este problema, el 21,8% (N= 47) la opción D los recursos son insuficientes, no hay las facilidades necesarias y la mujer precisa mas ayuda y el 7,9% (N= 17) consideran que todas las opciones se adaptan al problema.

De los 28 que no contestan si han vivido o no en pareja, el 7,1% (N= 2) que la opción A (hay medios suficientes y la mujer debería solicitar mas ayuda) es la que mas se adapta a este problema, el 50,0% (N= 14) la opción B es necesario seguir mejorando en los sistemas de detección y coordinación, el 10,7% (N= 3) que la opción C (hay un respaldo

social que la mujer no percibe) es la que mas se adapta a este problema, el 25,0% (N=7) la opción D los recursos son insuficientes, no hay las facilidades necesarias y la mujer precisa mas ayuda y el 7,1% (N= 2) consideran que todas las opciones se adaptan al problema, (ver figura 183).

Figura 183.- Percepción causas situación actual de infradetección según si han vivido o no en pareja

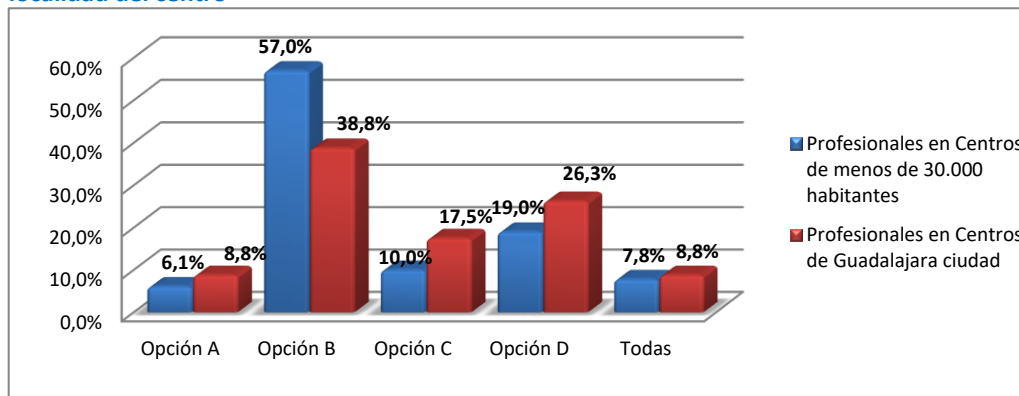


Si tenemos en cuenta el tamaño de la población donde se sitúa el centro de salud en el que trabajan los profesionales que han contestado esta pregunta (ver figura 184), de los 179 que trabajan en centros de salud de poblaciones con menos de 30.000 habitantes, el 6,1% (N= 11) hay medios suficientes y la mujer debería solicitar mas ayuda (opción A) es la que mas se adapta a este problema, el 57,0% (N= 102) es necesario seguir mejorando en los sistemas de detección y coordinación (opción B), el 10,0% (N= 18) hay un respaldo social que la mujer no percibe (opción C), el 19,0% (N=34) los recursos son insuficientes, no hay las facilidades necesarias y la mujer precisa mas ayuda (opción D) es la que mas se adapta a este problema, y el 7,8% (N= 14) consideran que todas las opciones se adaptan al problema.

De los 80 profesionales que trabajan en centros de salud de Guadalajara ciudad, el 8,8% (N= 7) hay medios suficientes y la mujer debería solicitar mas ayuda (opción A) es la que mas se adapta a este problema, el 38,8% (N= 31) es necesario seguir mejorando en los sistemas de detección y coordinación (opción B), el 17,5% (N= 14) hay un respaldo social que la mujer no percibe (opción C), el 26,3% (N= 21) los recursos son insuficientes, no hay las facilidades necesarias y la mujer precisa mas ayuda (opción D) es la que mas se adapta a este problema, y el 8,8% (N= 7) consideran que todas las

opciones se adaptan al problema, (ver figura 184).

**Figura 184.- Percepción causas situación actual de infradetección por tamaño población localidad del centro**



A la hora de comparar las hipótesis de trabajo, se encuentra que las opiniones de los profesionales de la salud sobre la situación actual del problema de la VMCI y su infradetección no tiene relación significativa con el sexo ( $\chi^2(4)=2,227$  y  $p=0,694$ ), categoría profesional ( $\chi^2(4)=2,962$  y  $p=0,564$ ), edad ( $\chi^2(4)=3,941$  y  $p=0,414$ ), vivir o no vivir en pareja ( $\chi^2(8)=4,4$  y  $p=0,819$ ) y tamaño de la población donde se ubica el centro de salud ( $\chi^2(4)=8,029$  y  $p=0,091$ ), es decir que son independientes (ver tabla 68).

**Tabla 68. Resumen ¿Cuál de estas opiniones crees que se adapta más a la situación actual de este problema, en relación con la infra-detección? opción A, B, C y D y sexo, edad, categoría profesional, vivir en pareja y estrato de población**

	$\chi^2$	Gl	Sig	Medidas de Asociación	
				RR	C
<b>Sexo</b>	2,227	4	0,694	N.A.	N.A.
<b>Categoría Profesional</b>	2,962	4	0,564	N.A.	N.A.
<b>Edad</b>	3,941	4	0,414	N.A.	N.A.
<b>Vivir o no en Pareja</b>	4,4	8	0,819	N.A.	N.A.
<b>Tamaño Población Centro</b>	8,029	4	0,091	N.A.	N.A.

Dónde: Gl, es grado de libertad; sig. es significación, RR, es Riesgo Relativo C es coeficiente de Contingencia. N.A. es No Aplica.





---

Capítulo 9.- Actuación de los/as Profesionales de la Salud  
ante la Mujer Víctima de Violencia Ejercida  
por su Pareja

---



En este capítulo se exponen los resultados que hacen referencia al estudio de la actuación de los profesionales de la salud de Atención Primaria del Área de Salud de Guadalajara ante la mujer víctima de la violencia ejercida por su pareja o expareja.

Se presentan los resultados sobre actitud expectante para detectar casos de VMCI, planteamiento de la posibilidad de considerar como VMCI cuando atienden a mujeres con lesiones físicas, reconocimiento de los profesionales que han de identificar y solucionar el problema, existencia de consenso en la actuación, entre dichos profesionales, y si es necesaria mas formación sobre la VMCI. En primer lugar, se realiza un análisis descriptivo para posteriormente presentar las diferencias por sexo, profesión, edad, años de experiencia profesional, haber vivido o no en pareja y el tamaño de la población donde se sitúa el centro.

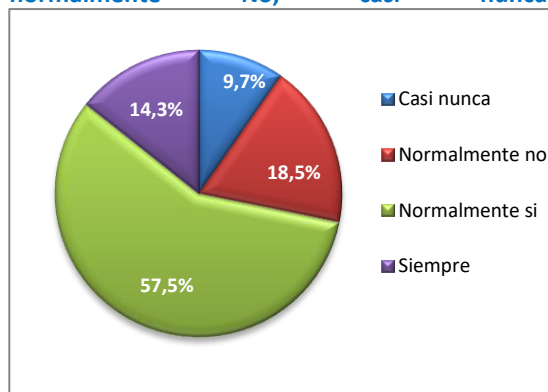
### 9.1. Actitud expectante para la detección de casos de VMCI

Para la pregunta ¿En tu trabajo habitualmente mantienes una actitud expectante para detectar estos casos: ¿siempre, normalmente Si, normalmente No, casi nunca?, las respuestas de los profesionales indican, ver tabla 69 y figura 185, que el 9,7% (N= 25) responden que casi nunca, el 18,5% (N= 48) responden que normalmente no, el 57,5% (N= 180) responden que normalmente si, y el 14,3% (N= 37) responden que siempre.

Tabla 69.- ¿En tu trabajo habitualmente mantienes una actitud expectante para detectar estos casos: ¿siempre, normalmente Si, normalmente No, casi nunca?

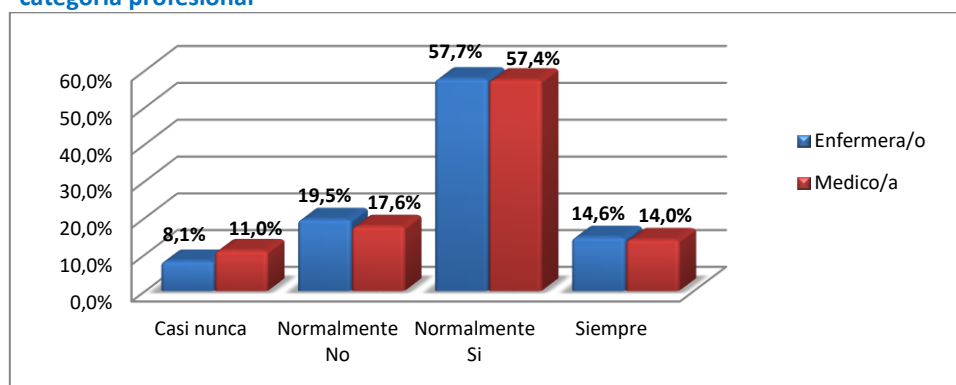
	Fr	%	% válido	% acumulado
Casi nunca	25	9,7	9,7	9,7
Normalmente NO	48	18,5	18,5	28,2
Normalmente SI	149	57,5	57,5	85,7
Siempre	37	14,3	14,3	100,0
Total	259	100,0	100,0	

Figura 185.- ¿En tu trabajo habitualmente mantienes una actitud expectante para detectar estos casos: ¿siempre, normalmente Si, normalmente No, casi nunca?



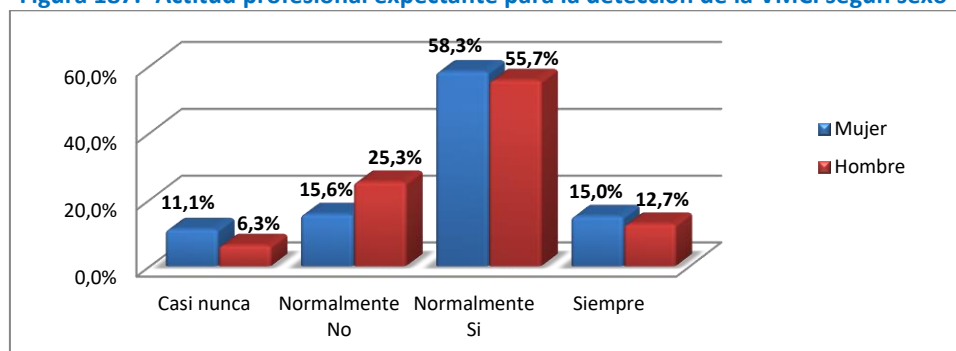
Si tenemos en cuenta la categoría profesional de los/as 136 médicos/as que han contestado esta pregunta (ver figura 186), el 11,0% (N= 15) responden casi nunca, el 17,6% (N= 24) responden normalmente no, el 57,4% (N= 78) responden normalmente si, y el 14,0% (N= 19) responden que siempre. De las/os 123 enfermeras/os que han respondido esta pregunta el 8,1% (N= 10) responden casi nunca, el 19,5% (N= 24) responden normalmente no, el 57,7% (N= 71) responden normalmente si, y el 14,6% (N= 18) responden que siempre.

**Figura 186.- Actitud profesional expectante para la detección de la VMCI según categoría profesional**



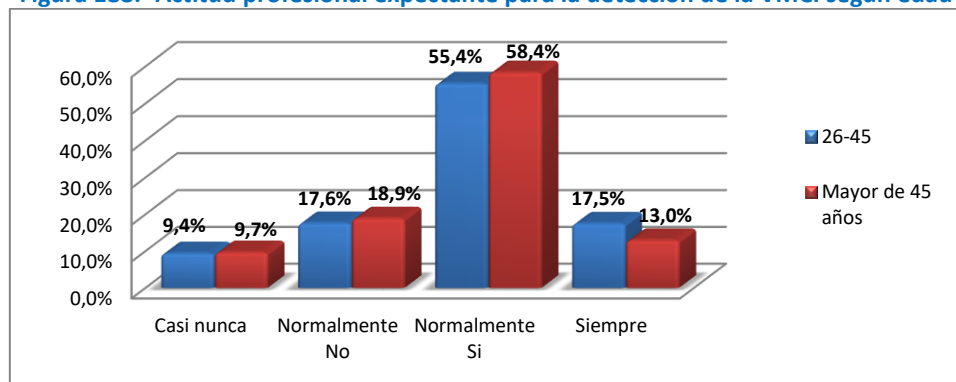
En cuanto al sexo (ver figura 187), de las 180 mujeres que han respondido esta pregunta el 11,1% (N=20) responden casi nunca, el 15,6% (N= 28) responden normalmente no, el 58,3% (N= 105) responden que normalmente si, y el 15,0% (N= 27) responden siempre. De los 79 hombres que han contestado el 6,3% (N= 5) responden que casi nunca, el 25,3% (N= 20) responden normalmente no, el 55,7% (N= 44) responden normalmente si, y el 12,7% (N= 10) responden que siempre.

**Figura 187.- Actitud profesional expectante para la detección de la VMCI según sexo**



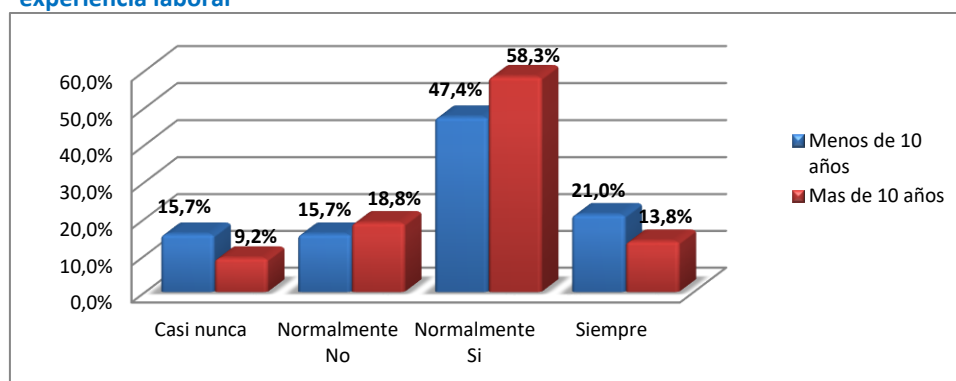
Atendiendo a la edad los profesionales (ver figura 188), de los 74 profesionales entre 26 y 45 años de edad que han contestado esta pregunta, el 9,4% (N= 7) responden casi nunca, el 17,6% (N= 13) responden que normalmente no, el 55,4% (N= 41) responden que normalmente si, y el 17,5% (N= 13) responden siempre. De los 185 profesionales de mas de 45 años el 9,7% (N= 18) responden que casi nunca, el 18,9% (N= 35) responden normalmente no, el 58,4% (N= 108) responden normalmente si, y el 13,0% (N= 24) responden que siempre.

Figura 188.- Actitud profesional expectante para la detección de la VMCI según edad



En cuanto a la experiencia laboral (ver figura 189), de los 19 profesionales cuya experiencia es menor de 10 años, el 15,7% (N= 3) responden casi nunca, el 15,7% (N= 3) responden normalmente no, el 47,4% (N= 9) responden normalmente si, y el 21,0% (N= 4) responden siempre. De los 240 de mas de 10 años de experiencia laboral, el 9,2% (N= 22) responden que casi nunca, el 18,8% (N= 45) responden normalmente no, el 58,3% (N= 140) responden normalmente si, y el 13,8% (N= 33) responden siempre.

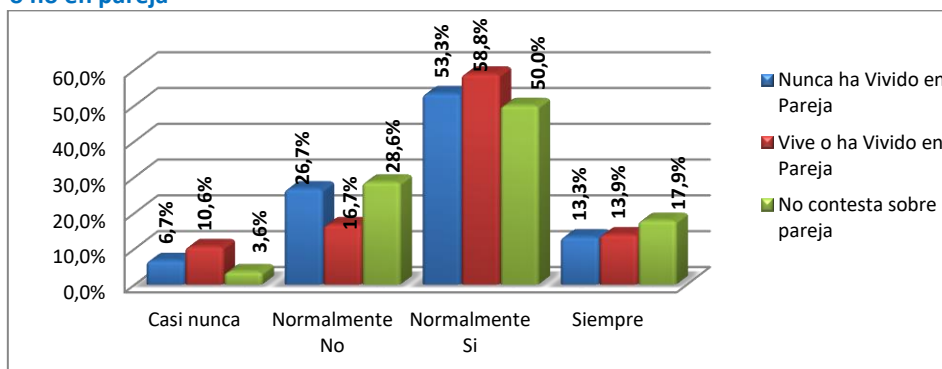
Figura 189.- Actitud profesional expectante para la detección de la VMCI según experiencia laboral



Si tenemos en cuenta si los profesionales que han contestado esta pregunta viven o han vivido en pareja (ver figura 190), de los 15 profesionales que afirman no haber convivido nunca en pareja, el 6,7% (N= 1) responden que casi nunca, el 26,7% (N= 4) responden que normalmente no, el 53,3% (N= 8) responden que normalmente si, y el 13,3% (N= 2) responden que siempre. De los 216 que viven o han vivido en pareja, el 10,6% (N= 23) responden que casi nunca, el 16,7%(N= 36) responden que normalmente no, el 58,8% (N= 127) responden que normalmente si, y el 13,9% (N= 30) responden que siempre.

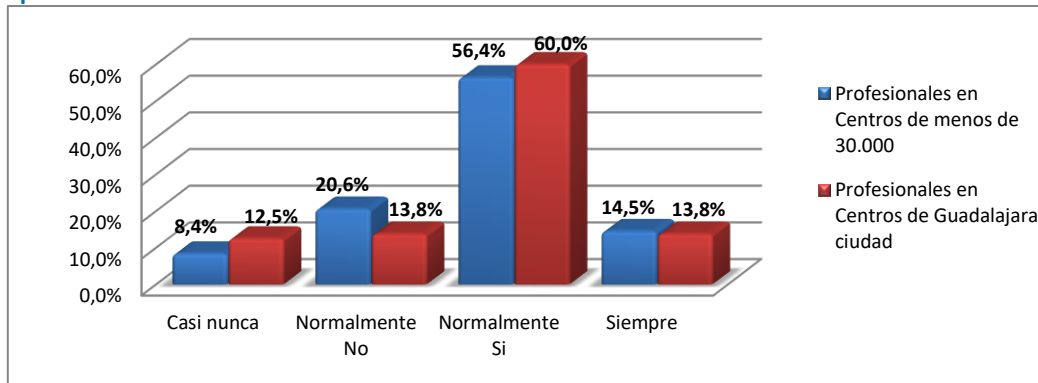
De los 28 que no contestan si han vivido o no en pareja, el 3,6% (N= 1) responden que casi nunca, el 28,6% (N= 8) responden que normalmente no, el 50,0% (N= 14) responden que normalmente si, y el 17,9% (N= 5) responden que siempre. (Figura 179)

**Figura 190.-Actitud profesional expectante para la detección de la VMCI si han vivido o no en pareja**



Si tenemos en el tamaño de la localidad donde se sitúa el centro de salud en el que trabajan los profesionales que han contestado esta pregunta (ver figura 191), de los 179 que trabajan en centros de salud de localidades con menos de 30.000 habitantes el 8,4% (N= 15) responden casi nunca, el 20,6% (N= 37) responden que normalmente no, el 56,4% (N= 101) responden que normalmente si, y el 14,5% (N= 26) responden siempre. De los 80 profesionales que trabajan en centros de salud de Guadalajara ciudad, el 12,5% (N= 10) responden que casi nunca, el 13,8% (N= 11) responden que normalmente no, el 60,0% (N= 48) responden que normalmente si, y el 13,8% (N= 11) responden siempre.

**Figura 191.- Actitud profesional expectante para la detección de la VMCI por tamaño población localidad del centro**



A la hora de comparar las hipótesis de trabajo, no se encuentra una relación estadísticamente significativa entre la actitud profesional expectante para la detección de casos de violencia a la mujer por su pareja y sexo ( $\chi^2(2)=1,0245$  y  $p=0,599$ ), categoría profesional ( $\chi^2(3)=0,705$  y  $p=0,872$ ), edad ( $\chi^2(3)=0,918$  y  $p=0,821$ ), vivir en pareja ( $\chi^2(6)=4,562$  y  $p=0,601$ ) y tamaño de la población de la localidad del centro de salud ( $\chi^2(3)=2,547$  y  $p=0,467$ ), es decir no existe dependencia entre ellas, (ver tabla 70).

**Tabla 70. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas. ¿En tu trabajo habitualmente mantienes una actitud expectante para detectar casos VMCI: ¿siempre, normalmente Si, normalmente No, casi nunca? Y sexo, edad, categoría profesional, vivir en pareja y tamaño población localidad del centro de salud**

	$\chi^2$	Gl	Sig	Medidas de Asociación	
				RR	RR
<b>¿En tu trabajo habitualmente mantienes una actitud expectante para detectar estos casos?</b>					
<b>Sexo</b>	4,4	3	0,221	N.A.	N.A.
<b>Categoría Profesional</b>	0,705	3	0,872	N.A.	N.A.
<b>Edad</b>	0,918	3	0,821	N.A.	N.A.
<b>Vivir o no en Pareja</b>	4,562	6	0,601	N.A.	N.A.
<b>Tamaño Población Centro</b>	2,547	3	0,467	N.A.	N.A.

Dónde: gl, es grado de libertad; sig. es significación, RR, es Riesgo Relativo. C es coeficiente de Contingencia. es coeficiente. N.A. es No Aplica.

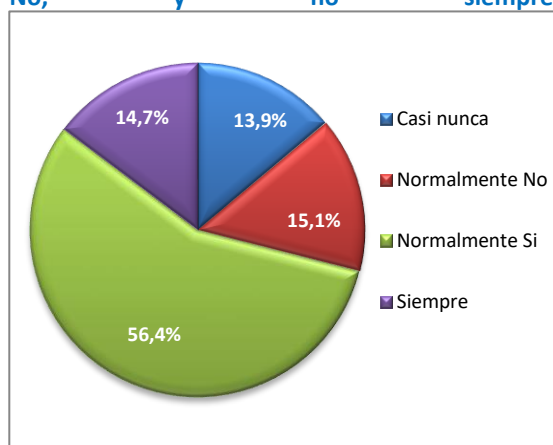
## 9.2. Actuación ante una mujer con lesiones físicas

Para la pregunta ¿En tu trabajo, ante una paciente con lesiones físicas, te planteas la posibilidad de que sea violencia contra la mujer ejercida por su pareja: siempre, normalmente Si, normalmente No, y no siempre?, las respuestas de los profesionales (ver tabla 71 y figura 192), indican que el 13,9% (N= 36) responden que casi nunca, el 15,1% (N= 39) responden que normalmente no, el 56,4% (N= 146) responden que normalmente si, y el 14,7% (N= 38) responden que siempre.

**Tabla 71.- ¿En tu trabajo, ante una paciente con lesiones físicas, te planteas la posibilidad de que sea violencia contra la mujer ejercida por su pareja: siempre, normalmente Si, normalmente No, y no siempre?**

	Fr	%	% válido	% acumulado
Casi nunca	36	13,9	13,9	13,9
Normalmente NO	39	15,1	15,1	29,0
Normalmente SI	146	56,4	56,4	85,3
Siempre	38	14,7	14,7	100,0
Total	259	100,0	100,0	

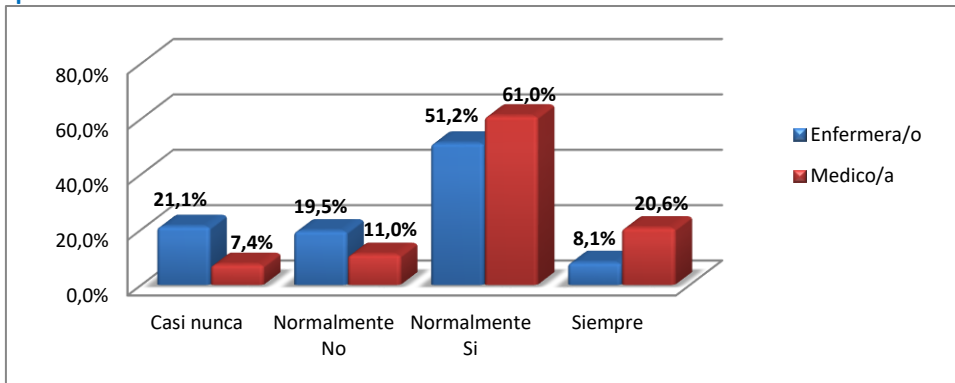
**Figura 192.- ¿En tu trabajo, ante una paciente con lesiones físicas, te planteas la posibilidad de que sea violencia contra la mujer ejercida por su pareja: siempre, normalmente Si, normalmente No, y no siempre?**



Si tenemos en cuenta la categoría profesional de los/as 136 médicos/as que han contestado esta pregunta (ver figura 193), el 7,4% (N= 10) responden casi nunca, el 11,0% (N= 15) responden normalmente no, el 61,0% (N= 83) responden que normalmente si, y el 20,6% (N= 28) responden que siempre ante una mujer con lesiones físicas, se plantean la posibilidad de un caso de VMCI. De las/os 123 enfermeras/os que han respondido esta pregunta el 21,1% (N= 26) responden que casi nunca, el 19,5% (N= 24) responden que normalmente no, el 51,2% (N= 63) responden que normalmente si se plantean la posibilidad de un caso de VMCI ante una mujer con lesiones físicas, y el 8,1% (N= 10) responden que siempre.

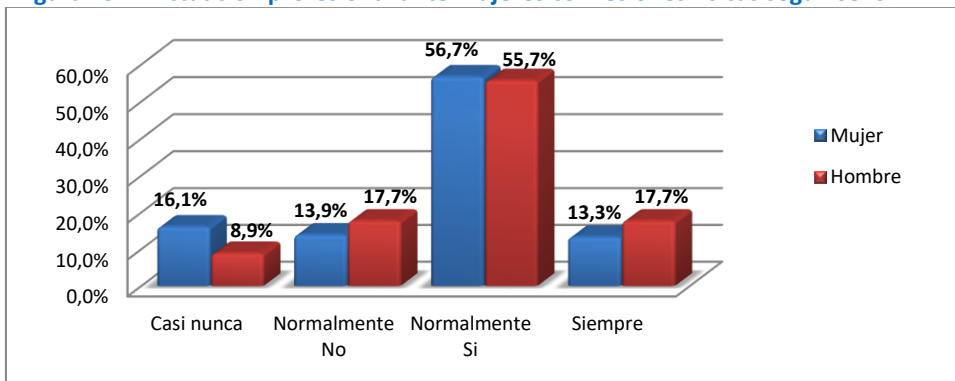


**Figura 193.- Actuación profesional ante mujeres con lesiones físicas según categoría profesional**



En cuanto al sexo (ver figura 194), de las 180 mujeres que han respondido esta pregunta el 16,1% (N=29) responden que casi nunca, el 13,9% (N= 25) responden que normalmente no, el 56,7% (N= 102) responden que normalmente si, y el 13,3% (N= 24) responden que siempre se plantan la posibilidad de que sea un caso de VMCI ante una mujer con lesiones físicas. De los 79 hombres que han contestado el 8,9% (N= 7) responden que casi nunca piensan en un caso de VMCI ante una mujer con lesiones físicas, el 17,7% (N= 14) responden que normalmente no, el 55,7% (N= 44) responden que normalmente si, y el 17,7% (N= 14) responden que siempre.

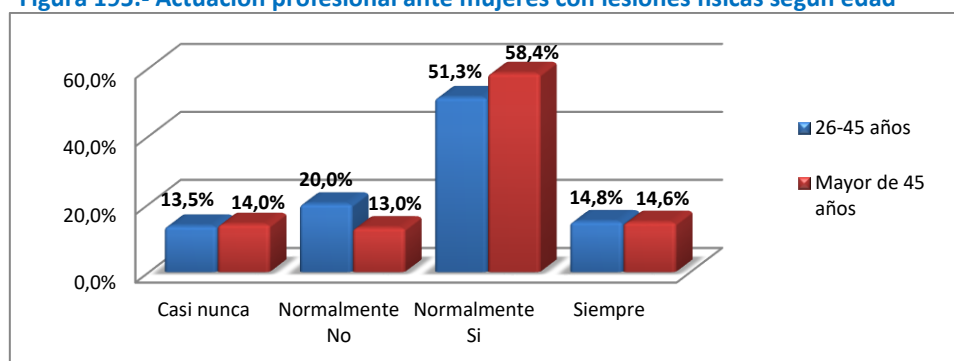
**Figura 194.- Actuación profesional ante mujeres con lesiones físicas según sexo**



Atendiendo a la edad los profesionales (ver figura 195), de los 74 profesionales entre 26 y 45 años de edad que han contestado esta pregunta, el 13,5% (N= 10) responden que casi nunca, el 20,2% (N= 15) responden que normalmente no, el 51,3% (N= 38) responden que normalmente si se plantan la posibilidad de un caso de VMCI ante una

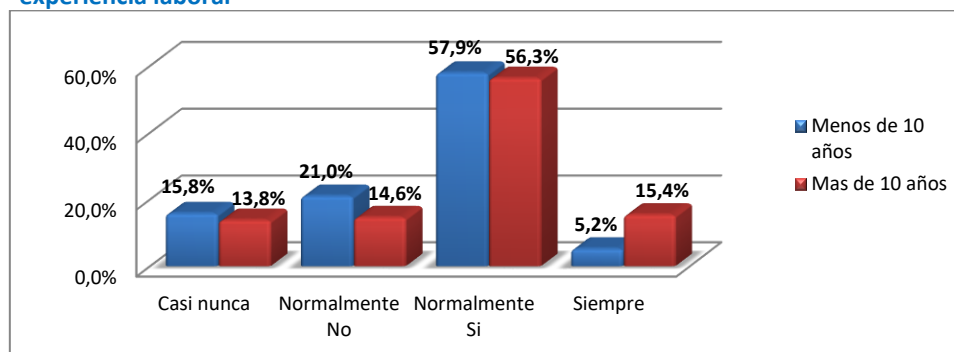
mujer con lesiones físicas, y el 14,8% (N= 11) responden que siempre. De los 185 profesionales de mas de 45 años el 14,0% (N= 26) responden que casi nunca, el 13,0% (N= 24) responden que normalmente no, el 58,4% (N= 108) responden que normalmente si, y el 14,6% (N= 27) responden que siempre.

Figura 195.- Actuación profesional ante mujeres con lesiones físicas según edad



En cuanto a la experiencia laboral (ver figura 196), de los 19 profesionales cuya experiencia es menor de 10 años, el 15,8% (N= 3) responden que casi nunca, el 21,0% (N= 4) responden que normalmente no, el 57,9% (N= 11) responden que normalmente si se plantean la posibilidad de VMCI ante una mujer con lesiones físicas, y el 5,2% (N=1) responden que siempre. De los 240 profesionales de la salud de mas de 10 años de experiencia laboral, el 13,8% (N= 33) responden que casi nunca, el 14,6% (N= 35) responden que normalmente no, el 56,3% (N= 135) responden que normalmente si, y el 15,4% (N= 37) responden que siempre piensan en un caso de VMCI ante una mujer con lesiones físicas.

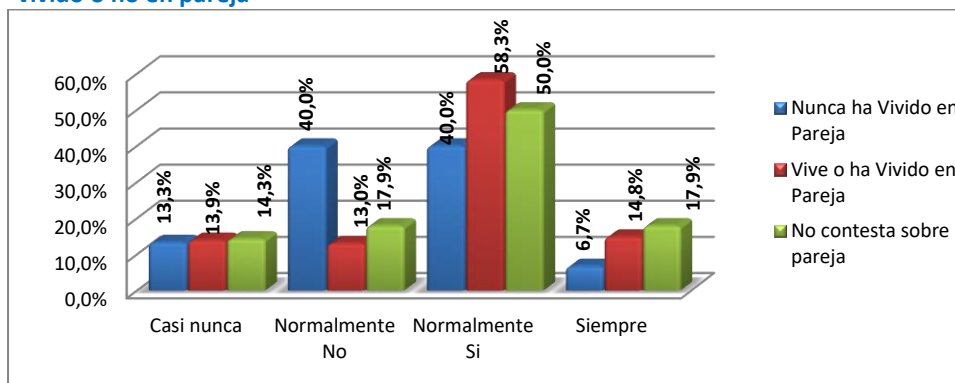
Figura 196.- Actuación profesional ante mujeres con lesiones físicas según experiencia laboral



Si tenemos en cuenta si los profesionales que han contestado esta pregunta viven o han vivido en pareja (ver figura 197), de los 15 profesionales que afirman no haber convivido nunca en pareja, el 13,6% (N= 2) responden que casi nunca, el 40,0% (N= 6) responden que normalmente no se plantan la posibilidad de VMCI ante una mujer con lesiones físicas, el 40,0% (N= 6) responden que normalmente si, y el 6,7% (N= 1) responden que siempre. De los 216 que viven o han vivido en pareja, el 13,9% (N= 30) responden que casi nunca, el 13,0%(N= 28) responden que normalmente no, el 58,3% (N= 126) responden que normalmente si, y el 14,8% (N= 32) responden que siempre.

De los 28 que no contestan si han vivido o no en pareja, el 14,3% (N= 4) responden que casi nunca, el 17,9% (N= 5) responden que normalmente no, el 50,0% (N= 14) responden que normalmente si piensan en la posibilidad de un caso de VMCI ante una mujer con lesiones físicas, y el 17,9% (N= 5) responden que siempre, (Figura 197).

Figura 197.- Actuación profesional ante mujeres con lesiones físicas según si han vivido o no en pareja

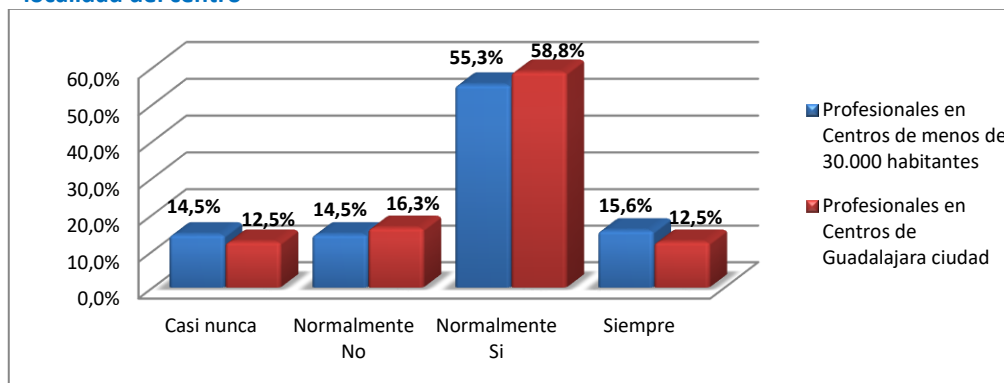


Si tenemos en cuenta el tamaño de la población de la localidad donde se sitúa el centro de salud en el que trabajan los profesionales que han contestado esta pregunta (ver figura 198), de los 179 que trabajan en centros de salud localizados en poblaciones con menos de 30.000 habitantes el 14,5% (N= 26) responden que casi nunca, el 14,5% (N= 26) responden que normalmente no, el 55,3% (N= 99) responden que normalmente si se plantean la posibilidad de un caso de VMCI ante una mujer con lesiones físicas, y el 15,6% (N= 28) responden que siempre.

De los 80 profesionales que trabajan en los centros de salud de Guadalajara ciudad, el

12,5% (N= 10) responden que casi nunca, el 16,3% (N= 13) responden que normalmente no, el 58,8% (N= 47) responden que normalmente si piensan en un posible caso de VMCI, y el 12,5% (N= 10) responden que siempre. (Figura 198)

**Figura 198.- Actuación profesional ante mujeres con lesiones físicas por tamaño población localidad del centro**



A la hora de comparar las hipótesis de trabajo, no se encuentra relación estadísticamente significativa entre la el planteamiento de que pueda ser un caso de VMCI antes una mujer con lesiones físicas y sexo ( $\chi^2(3)=3,342$  y  $p=0,342$ ), edad ( $\chi^2(3)=2,346$  y  $p=0,504$ ), vivir o no en pareja ( $\chi^2(6)=8,893$  y  $p=0,18$ ) y tamaño de población de la localidad donde se sitúa el centro de salud ( $\chi^2(3)=0,761$  y  $p=0,859$ ), es decir son independientes. (Ver tabla 72).

Sin embargo, se encuentra una relación de dependencia con la categoría profesional ( $\chi^2(3)=19,852$  y  $p=0,000$ ), el Coeficiente de Contingencia encontrado ( $C=0,267$ ), indica una asociación directamente proporcional entre la categoría profesional y la variable que representa la pregunta, ver tabla 51, aunque existe una relación de asociación, ésta puede considerarse como leve ya que nuestro valor de  $C=0,267$  y la  $C_{max}=0,81$ . Son los profesionales médicos/as quienes afirman en mayor grado, alrededor de un 80% (61% contestan normalmente si y 20,6% siempre) plantearse la posibilidad de VMCI ante una mujer con lesiones físicas. Las profesionales enfermeras/ros se lo plantean en un 59,3% (51,2% contestan normalmente si y 8,1% siempre).

**Tabla 72. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas. ¿En tu trabajo, ante una paciente con lesiones físicas, te planteas la posibilidad de que sea violencia contra la mujer ejercida por su pareja: siempre, normalmente Si, normalmente No, y no siempre? y sexo, edad, categoría profesional, vivir en pareja y tamaño población localidad del centro de salud**

	$\chi^2$	Gl	Sig	Medidas de Asociación	
				RR	C
<b>Sexo</b>	3,342	3	0,342	N.A.	N.A.
<b>Categoría Profesional</b>	19,852	3	<b>0,000</b>	N.A.	<b>0,267</b>
<b>Edad</b>	2,346	3	0,504	N.A.	N.A.
<b>Vivir o no en Pareja</b>	8,893	6	0,18	N.A.	N.A.
<b>Tamaño Población Centro</b>	0,761	3	0,859	N.A.	N.A.

Dónde: Gl. es grado de libertad, sig. es significación, RR es Riesgo Relativo, C es Coeficiente de Contingencia, N.A. es No Aplica

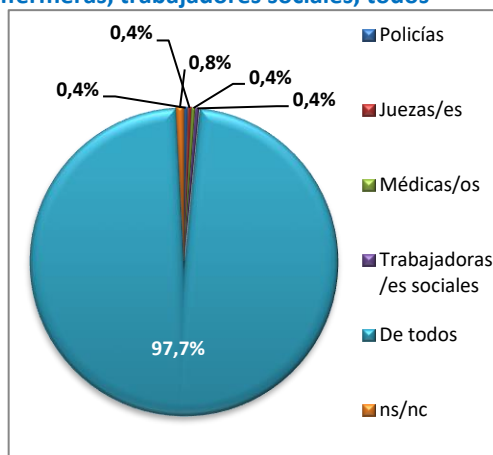
### 9.3. Profesionales implicados en identificar y solucionar la VMCI

Para la pregunta, a la hora de identificar y solucionar este problema, crees que es un asunto más de: policías, jueces, psicólogos, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, todos, las respuestas de los profesionales (ver tabla 73 y figura 199), indican que el 0,4% (N= 1) responden policías, el 0,4% (N= 1) responden juezas/es, el 0,4% (N=1) responden medicas/os, y el 0,4% (N= 1) responden trabajadoras/es sociales, el 97,7% (N= 253) responden que todos, el 0,8% (N= 2) no responden a la pregunta, ningún profesional de la salud señala como posibilidad a psicólogas/os y enfermeras/os.

**Tabla 73.- A la hora de identificar y solucionar la VMCI, crees que es un asunto más de: policías, jueces, psicólogos, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, todos**

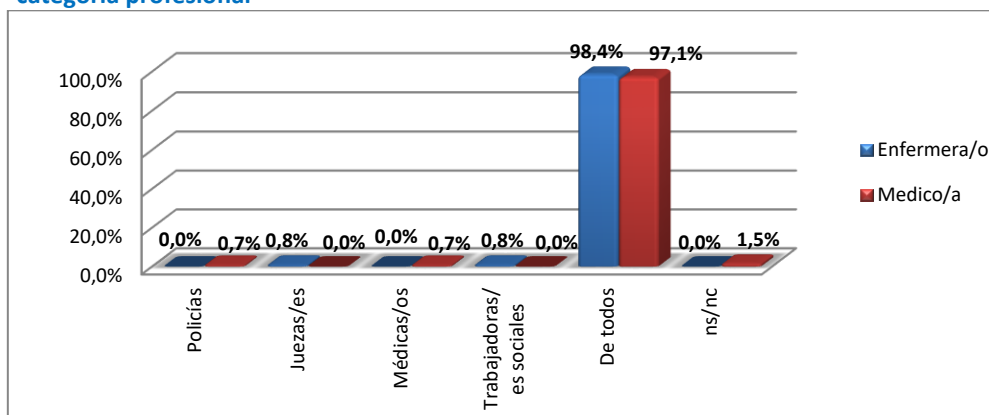
	Fr	%	% válido	% acumulado
Policías	1	0,4	0,4	0,4
Juezas/es	1	0,4	0,4	0,8
Psicólogas/os	0	0	0	0,8
Médicas/os	1	0,4	0,4	1,2
Enfermeras/os	0	0	0	1,2
Trabajadoras/es sociales	1	0,4	0,4	1,5
De todos	253	97,7	97,7	99,2
ns/nc	2	0,8	0,8	100,0
Total	259	100,0	100,0	

**Figura 199.- A la hora de identificar y solucionar la VMCI, crees que es un asunto más de: policías, jueces, psicólogos, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, todos**



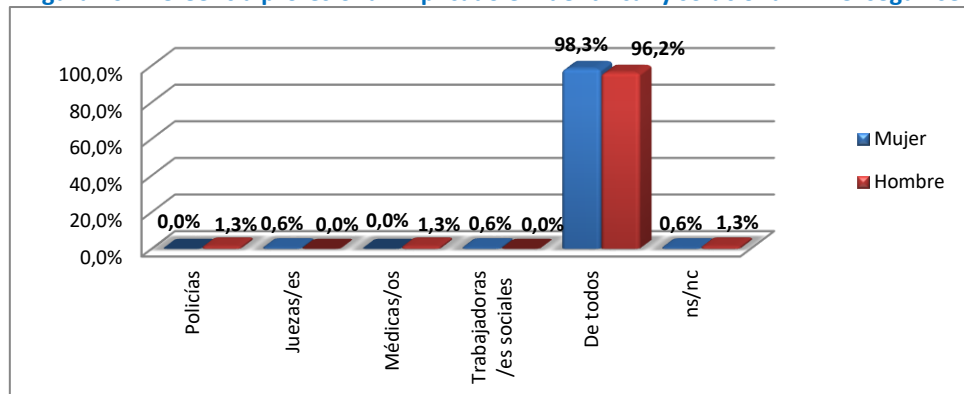
Si tenemos en cuenta la categoría profesional (ver figura 200), de los/as 136 médicos/as que han contestado esta pregunta el 0,7% (N= 1) responden que policías, ninguno/a responden que juezas/es, el 0,7% (N= 1) responden que medicas/os, ninguno/a responden que trabajadoras/es sociales, el 97,1% (N= 132) responden que todos, el 1,5% (N= 2) no responden a la pregunta. De las/os 123 enfermeras/os que han respondido esta pregunta ninguno/a responden que policías, el 0,8% (N= 1) responden que juezas/es, ninguno/a responden que medicas/os, y el 0,8% (N= 1) responden que trabajadoras/es sociales, el 98,4% (N= 121) responden que todos, todas/os las/os enfermeras/os responden a la pregunta.

**Figura 200.- Creencia profesional implicado en identificar y solucionar VMCI según categoría profesional**



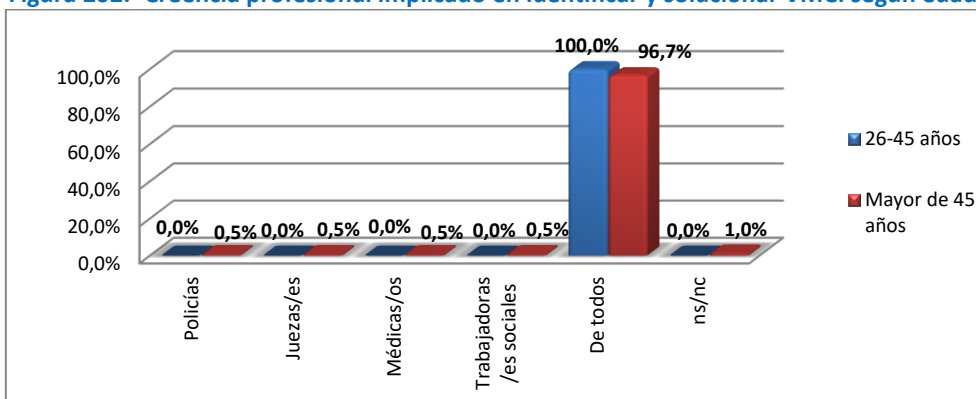
En cuanto al sexo (ver figura 201) de las 180 mujeres que han respondido esta pregunta ninguna ha respondido que policías, el 0,6% (N= 1) responden que juezas/es, ninguna ha respondido que medicas/os, y el 0,6% (N= 1) responden que trabajadoras/es sociales, el 98,3% (N= 177) responden que todos, el 0,6% (N= 1) no responden a la pregunta. De los 79 hombres que han contestado el 1,3% (N= 1) responden que policías, ninguno ha respondido que juezas/es, el 1,3% (N= 1) responden que medicas/os, ninguno ha respondido que trabajadoras/es sociales, el 96,2% (N= 76) responden que todos, el 1,3% (N= 1) no responden a la pregunta.

Figura 201.- Creencia profesional implicado en identificar y solucionar VMCI según sexo



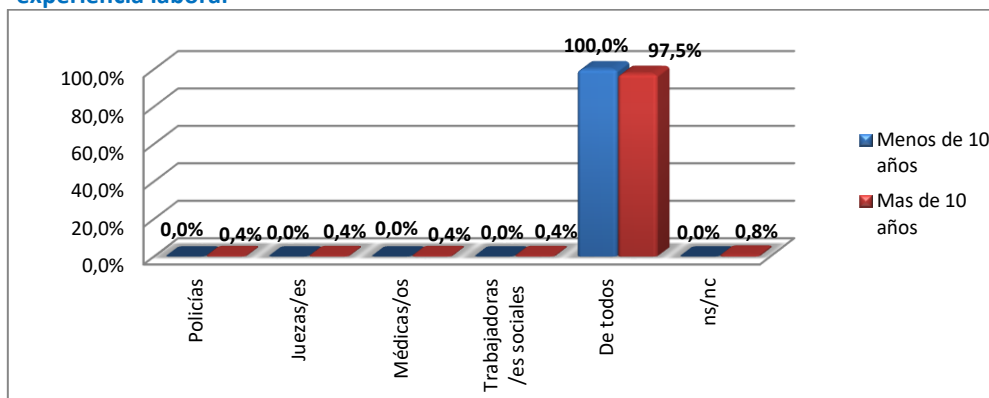
Atendiendo a la edad los profesionales (ver figura 202), de los 74 profesionales entre 26 y 45 años de edad que han contestado esta pregunta, el 100,0% (N= 74) responden que todos, todos/as los/as profesionales de este rango de edad responden a la pregunta. De los 185 profesionales mayores de 45 años, el 0,5% (N= 1) responden que policías, el 0,5% (N= 1) responden que juezas/es, el 0,5% (N= 1) responden que medicas/os, el 0,5% (N= 1) responden que trabajadoras/es sociales, el 96,7% (N= 179) responden que todos, el 1,0% (N= 2) de los/as profesionales de este rango de edad responden a la pregunta.

**Figura 202.- Creencia profesional implicado en identificar y solucionar VMCI según edad**



En cuanto a la experiencia laboral (ver figura 203), de los 19 profesionales cuya experiencia es menor de 10 años, el 100,0% (N= 19) responden que todos, todos/as los/as profesionales con esta experiencia laboral responden a la pregunta. De los 240 de mas de 10 años de experiencia laboral, el 0,4% (N= 1) responden que policías, el 0,4% (N= 1) responden que juezas/es, el 0,4% (N= 1) responden que medicas/os, y el 0,4% (N= 1) responden que trabajadoras/es sociales, el 97,5% (N= 234) responden que todos, el 0,8% (N= 2) no responden a la pregunta.

**Figura 203.-Creencia profesional implicado en identificar y solucionar VMCI según experiencia laboral**



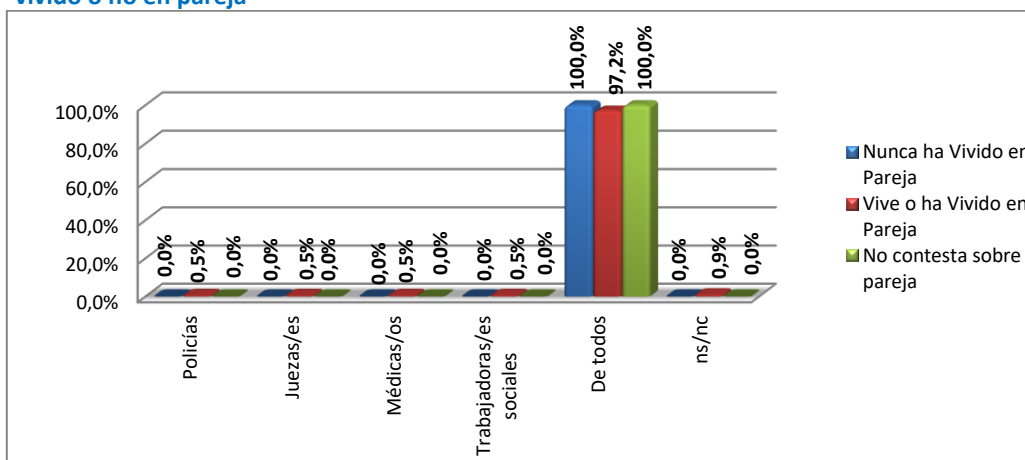
Si tenemos en cuenta si los profesionales que han contestado esta pregunta viven o han vivido o no en pareja (ver figura 204), de los 15 profesionales que afirman no haber convivido nunca en pareja, el 100,0% (N= 15) responden que todos, todos/as los/as profesionales que nunca han vivido en pareja responden a la pregunta. De los 216 que viven o han vivido en pareja, el 0,5% (N= 1) responden que policías, el 0,5%



(N= 1) responden que juezas/es, el 0,5% (N= 1) responden que medicas/os, y el 0,5% (N= 1) responden que trabajadoras/es sociales, el 97,2% (N= 210) responden que todos, el 0,9% (N= 2) no responden a la pregunta.

De los 28 que no contestan si han vivido o no en pareja, el 100,0% (N= 28) responden que todos, todos/as los/as profesionales que no contestan si han vivido en pareja no responden a la pregunta. (Figura 204)

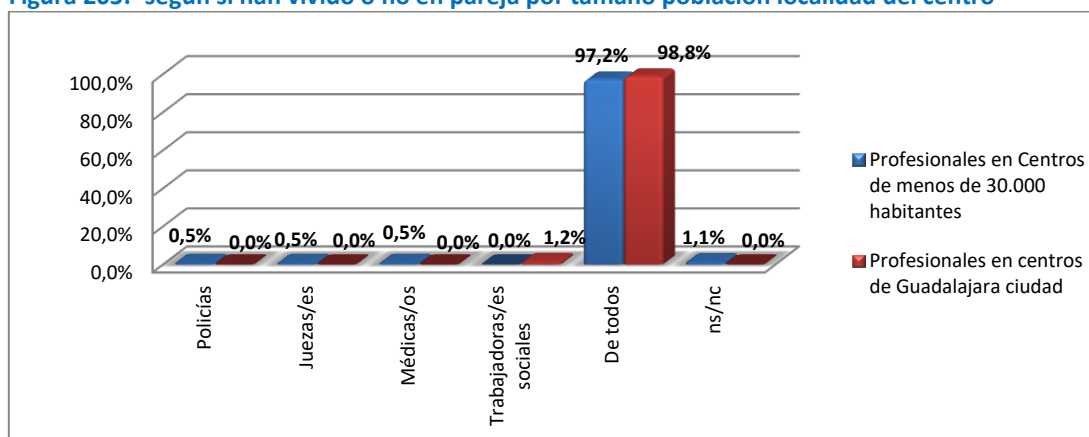
**Figura 204.-Creencia profesional implicado en identificar y solucionar VMCI según si han vivido o no en pareja**



Si tenemos en cuenta el tamaño de la población donde se localiza el centro de salud en el que trabajan los profesionales que han contestado esta pregunta (ver figura 205), de los 179 que trabajan en centros de salud de poblaciones con menos de 30.000 habitantes, el 0,5% (N= 1) responden que policías, el 0,5% (N= 1) responden que juezas/es, el 0,5% (N= 1) responden que medicas/os, ninguno/a responden que trabajadoras/es sociales, el 97,2% (N= 174) responden que todos, el 1,1% (N= 2) no responden a la pregunta.

De los 80 profesionales que trabajan en centros de salud de Guadalajara ciudad, ninguno/a responden que policías, juezas/es o medicas/os, y el 1,2% (N= 1) responden que trabajadoras/es sociales, el 98,8% (N= 79) responden que todos, todos/as los/as profesionales de estos centros de salud responden a la pregunta. (Figura 205)

**Figura 205.- según si han vivido o no en pareja por tamaño población localidad del centro**



A la hora de comparar las hipótesis de trabajo, se encuentra una relación estadísticamente no significativa entre la identificación de los profesionales que deben detectar y solucionar el problema de la VMCI y sexo ( $\chi^2(5)=5,819$  y  $p=0,324$ ), la edad ( $\chi^2(5)=2,457$  y  $p=0,783$ ), categoría profesional ( $\chi^2(5)=5,84$  y  $p=0,322$ ) vivir o no en pareja ( $\chi^2(10)=1,223$  y  $p=1$ ) y tamaño de la población donde se localiza el centro de salud ( $\chi^2(5)=4,486$  y  $p=0,482$ ), es decir son independientes. (Ver tabla 74).

**Tabla 74. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas. A la hora de identificar y solucionar la VMCI, crees que es un asunto más de: policías, jueces, psicólogos, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, todos y sexo, edad, categoría profesional, vivir en pareja y tamaño población localidad del centro de salud**

	$\chi^2$	Gl	Sig	Medidas de Asociación	
				RR	C
<b>Sexo</b>	5,819	5	0,324	N.A.	N.A.
<b>Categoría Profesional</b>	5,84	5	0,322	N.A.	N.A.
<b>Edad</b>	2,457	5	0,783	N.A.	N.A.
<b>Vivir o no en Pareja</b>	1,223	10	1	N.A.	N.A.
<b>Tamaño Población Centro</b>	4,486	5	0,482	N.A.	N.A.

Dónde: Gl. es grado de libertad, sig. es significación, RR es Riesgo Relativo, C es Coeficiente de Contingencia, N.A. es No Aplica

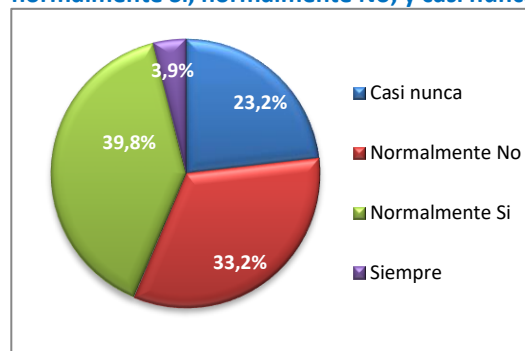
#### 9.4. Actuación consensuada de los profesionales implicados en la violencia a la mujer por su pareja

Para la pregunta ¿Crees que hay consenso en la actuación de todos los profesionales que participan en la atención de la mujer víctima de violencia ejercida por su pareja: siempre, normalmente Si, normalmente No, y casi nunca?, las respuestas de los profesionales (ver tabla 75 y figura 206), indican que el 23,2% (N= 60) responden que casi nunca, el 33,2% (N= 86) responden que normalmente no, el 39,8% (N= 103) responden que normalmente si, y el 3,9% (N= 10) responden que siempre.

Tabla 75.- ¿Crees que hay consenso en la actuación de todos los profesionales que participan en la atención de la mujer víctima de violencia ejercida por su pareja: siempre, normalmente Si, normalmente No, y casi nunca?

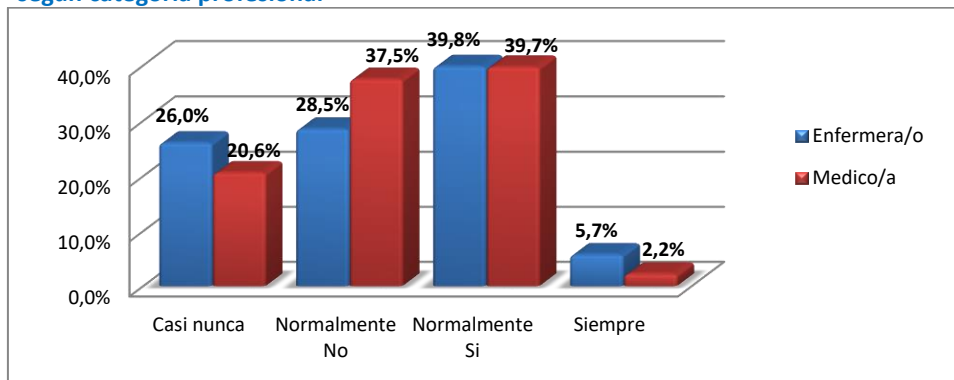
	Fr	%	% válido	% acumulado
Casi nunca	60	23,2	23,2	23,2
Normalmente NO	86	33,2	33,2	56,4
Normalmente SI	103	39,8	39,8	96,1
Siempre	10	3,9	3,9	100,0
Total	259	100,0	100,0	

Figura 206.- ¿Crees que hay consenso en la actuación de todos los profesionales que participan en la atención de la mujer víctima de violencia ejercida por su pareja: siempre, normalmente Si, normalmente No, y casi nunca?



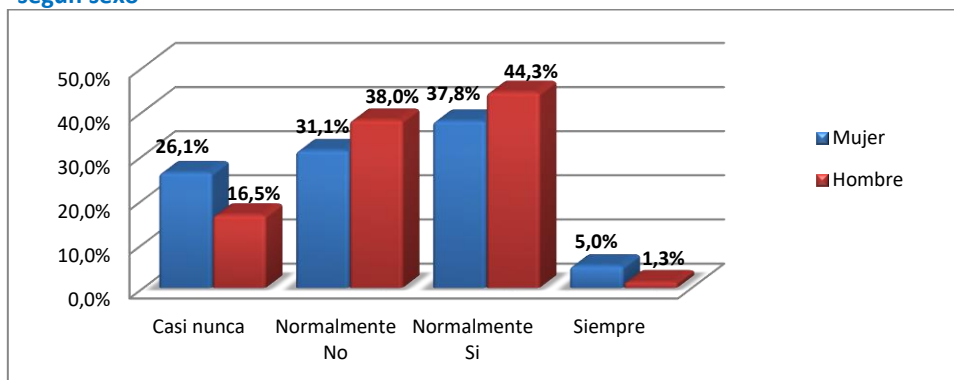
Si tenemos en cuenta la categoría profesional (ver figura 207), de los/as 136 médicos/as que han contestado esta pregunta el 20,6% (N= 28) responden que casi nunca, el 37,5% (N= 51) responden que normalmente no hay consenso entre los distintos profesionales que tratan la VMCI, el 39,7% (N= 54) responden que normalmente si, y el 2,2% (N= 3) responden que siempre. De las/os 123 enfermeras/os que han respondido esta pregunta el 26,0% (N= 32) responden que casi nunca, el 28,5% (N= 35) responden que normalmente no, el 39,8% (N= 49) responden que normalmente si hay consenso entre los distintos profesionales, y el 5,7% (N= 7) responden que siempre.

**Figura 207.- Consenso en la actuación de los profesionales implicados en la VMCI según categoría profesional**



En cuanto al sexo (ver figura 208), de las 180 mujeres que han respondido esta pregunta el 26,1% (N=47) responden que casi nunca hay consenso entre los distintos profesionales, el 31,1% (N= 56) responden que normalmente no, el 37,8% (N= 68) responden que normalmente si, y el 5,0% (N= 9) responden que siempre. De los 79 hombres que han contestado el 16,5% (N= 13) responden que casi nunca, el 38,0% (N= 30) responden que normalmente no, el 44,3% (N= 35) responden que normalmente si hay consenso en la actuación de los distintos profesionales implicados en la VMCI, y el 1,3% (N= 1) responden que siempre.

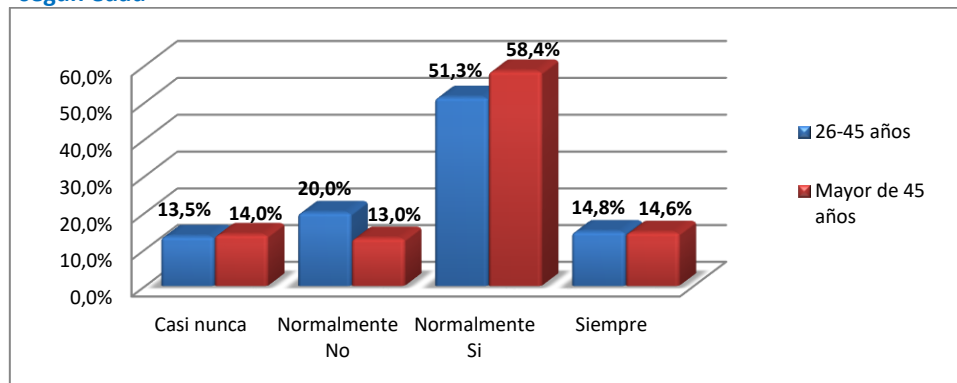
**Figura 208.- Consenso en la actuación de los profesionales implicados en la VMCI según sexo**



Atendiendo a la edad los profesionales (ver figura 209), de los 74 profesionales entre 26 y 45 años de edad que han contestado esta pregunta, el 24,3% (N= 18) responden que casi nunca, el 31,0% (N= 23) responden que normalmente no hay consenso entre

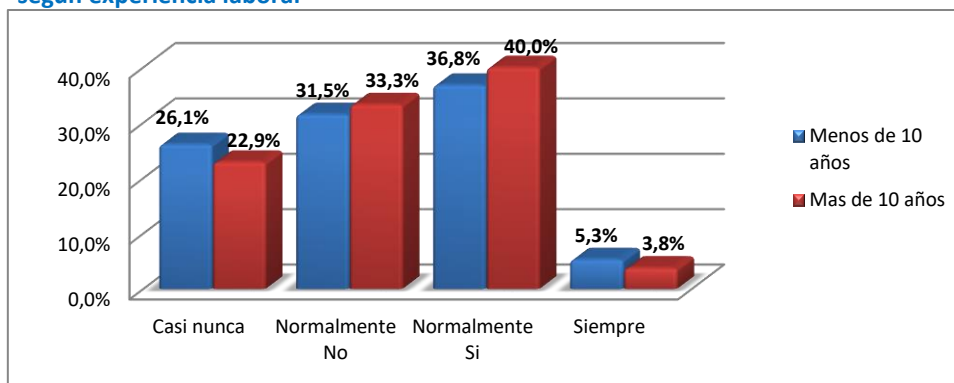
todos los profesionales que atienden a la mujer víctima de violencia, el 43,2% (N= 32) responden que normalmente si, y el 1,3% (N= 1) responden que siempre. De los 185 profesionales mayores de 45 años el 22,7% (N= 42) responden que casi nunca, el 34,0% (N= 63) responden que normalmente no, el 38,4% (N= 71) responden que normalmente si hay consenso en la actuación de los diferentes profesionales implicados, y el 4,9% (N= 9) responden que siempre.

**Figura 209.- Consenso en la actuación de los profesionales implicados en la VMCI según edad**



En cuanto a la experiencia laboral (ver figura 210), de los 19 profesionales cuya experiencia es menor de 10 años, el 26,1% (N= 5) responden que casi nunca hay consenso entre los distintos profesionales implicados en la VMCI, el 31,5% (N= 6) responden que normalmente no, el 36,8% (N= 7) responden que normalmente si, y el 5,3% (N= 1) de los/as profesionales en esta franja de edad responden que siempre hay consenso. De los 240 profesionales con mas de 10 años de experiencia laboral, el 22,9% (N= 55) responden que casi nunca, el 33,3% (N= 80) responden que normalmente no, el 40,0% (N= 96) responden que normalmente si, y el 3,8% (N= 9) responden que siempre hay consenso en la actuación ante un caso de VMCI entre los distintos profesionales.

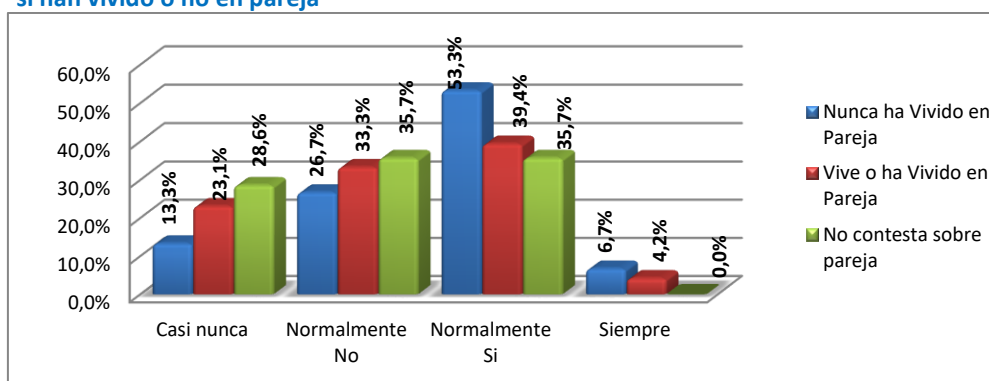
**Figura 210.- Consenso en la actuación de los profesionales implicados en la VMCI según experiencia laboral**



Si tenemos en cuenta si los profesionales que han contestado esta pregunta viven o han vivido en pareja (ver figura 211), de los 15 profesionales que afirman no haber convivido nunca en pareja, el 13,3% (N= 2) responden que casi nunca no hay consenso entre los diferentes profesionales implicados en la VMCI, el 26,7% (N= 4) responden que normalmente no, el 53,3% (N= 8) responden que normalmente si, y el 6,7% (N= 1) responden que siempre. De los 216 que viven o han vivido en pareja, el 23,1% (N= 50) responden que casi nunca, el 33,3% (N= 72) responden que normalmente no, el 39,4% (N= 85) responden que normalmente si hay consenso en la actuación de los diferentes profesionales, y el 4,2% (N= 9) responden que siempre.

De los 28 que no contestan si han vivido o no en pareja, el 28,6% (N= 8) responden que casi nunca, el 35,7% (N= 10) responden que normalmente no, el 35,7% (N= 10) responden que normalmente si, y ninguno/a responden que siempre los diferentes profesionales ante un caso de VMCI actúan con consenso. (Figura 211)

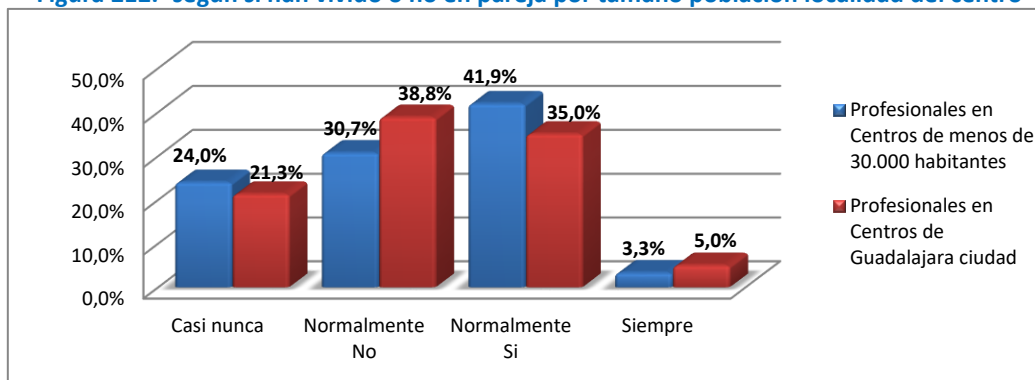
**Figura 211.- Consenso en la actuación de los profesionales implicados en la VMCI según si han vivido o no en pareja**



Si tenemos en cuenta el tamaño de la población donde se localiza el centro de salud en el que trabajan los profesionales que han contestado esta pregunta (ver figura 212), de los 179 que trabajan en centros de salud de localidades con menos de 30.000 habitantes el 24,0% (N= 43) responden que casi nunca, el 30,7% (N= 55) responden que normalmente no, el 41,9% (N= 75) responden que normalmente si hay consenso en la actuación, y el 3,3% (N= 6) responden que siempre.

De los 80 profesionales que trabajan en centros de salud de Guadalajara ciudad, el 21,3% (N= 17) responden que casi nunca, el 38,8% (N= 31) responden que normalmente no, el 35,0% (N= 28) responden que normalmente si, y el 5,0% (N= 4) responden que siempre es consensuada la actuación de los diferentes profesionales ante la VMCI. (Figura 212)

Figura 212.- según si han vivido o no en pareja por tamaño población localidad del centro



A la hora de comparar las hipótesis de trabajo, no se encuentran relaciones estadísticamente significativas entre la actuación consensuada de los diferentes profesionales implicados en la VMCI y sexo ( $\chi^2(3)=5,559$  y  $p=0,135$ ), edad ( $\chi^2(3)=2,205$  y  $p=0,531$ ), categoría profesional ( $\chi^2(3)=4,445$  y  $p=0,0,217$ ) vivir en pareja ( $\chi^2(6)=3,485$  y  $p=0,746$ ) y tamaño de la población donde se ubica el centro de salud ( $\chi^2(3)=2,306$  y  $p=0,511$ ), es decir son independientes (ver tabla 76).

**Tabla 76.- Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas. Crees que hay consenso en la actuación de todos los profesionales que participan en la atención de la mujer víctima de violencia ejercida por su pareja frente a sexo, edad, categoría profesional, vivir en pareja y tamaño población localidad del centro de salud**

<b>¿Crees que hay consenso en la actuación de todos los profesionales que participan en la atención de la mujer víctima de violencia ejercida por su pareja?</b>					
	$\chi^2$	Gl	Sig	Medidas de Asociación	
				RR	C
<b>Sexo</b>	5,559	3	0,135	N.A.	N.A.
<b>Categoría Profesional</b>	4,445	3	0,217	N.A.	N.A.
<b>Edad</b>	2,205	3	0,531	N.A.	N.A.
<b>Vivir o no en Pareja</b>	3,485	6	0,746	N.A.	N.A.
<b>Tamaño Población Centro</b>	2,306	3	0,511	N.A.	N.A.

Dónde: Gl. es grado de libertad, sig. es significación, RR es Riesgo Relativo, C es Coeficiente de Contingencia, N.A. es No Aplica

### **9.5. Necesidad de formación específica para mejorar la actuación de los profesionales implicados en la VMCI**

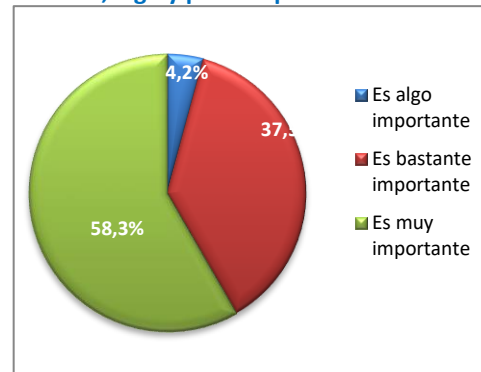
Para la pregunta, ¿Consideras importante que el profesional sanitario tenga formación específica sobre violencia contra la mujer ejercida por su pareja?, las respuestas de los profesionales (ver tabla 77 y figura 213), indican que el 4,2% (N= 11) responden que es algo importante, el 37,5% (N= 97) responden que es bastante importante, el 58,3% (N= 151) responden que es muy importante, ningún profesional señala como posibilidad poco importante.



**Tabla 77.- ¿Consideras importante que el profesional sanitario tenga formación específica sobre VMCI? muy importante, bastante, algo y poco importante**

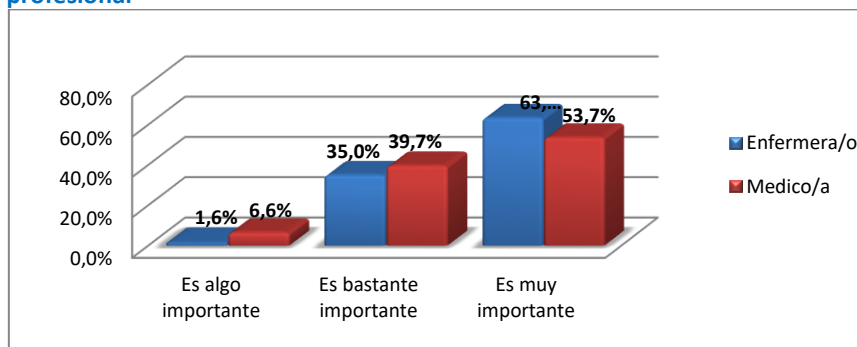
	Fr	%	% válido	% acumulado
Es algo importante	11	4,2	4,2	4,2
Es bastante importante	97	37,5	37,5	41,7
Es muy importante	151	58,3	58,3	100,0
Total	259	100,0	100,0	

**Figura 213.- ¿Consideras importante que el profesional sanitario tenga formación específica sobre VMCI? Muy importante, bastante, algo y poco importante**



Si tenemos en cuenta la categoría profesional (ver figura 214), de los/as 136 médicos/as que han contestado esta pregunta el 6,6% (N= 9) responden que la formación sobre VMCI es algo importante, el 39,7% (N= 54) responden que es bastante importante, el 53,7% (N= 73) responden que es muy importante. De las/os 123 enfermeras/os que han respondido esta pregunta el 1,6% (N= 2) responden que es algo importante, el 35,0% (N= 43) responden que es bastante importante, el 63,4% (N=78) responden que es muy importante la formación específica sobre VMCI.

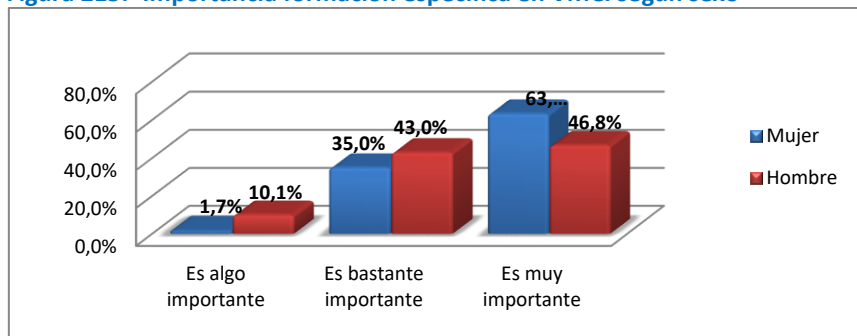
**Figura 214.- Importancia formación específica en VMCI según categoría profesional**



En cuanto al sexo (ver figura 215), de las 180 mujeres que han respondido esta pregunta el 1,7% (N= 3) responden que es algo importante, el 35,0% (N= 63) responden que es bastante importante, el 63,3% (N= 114) responden que es muy importante la formación específica en violencia a la mujer ejercida por su pareja en los

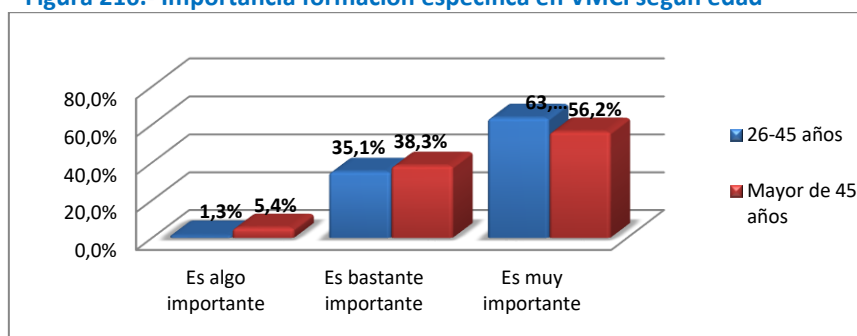
profesionales de la salud. De los 79 hombres que han contestado el 10,1% (N= 8) responden que es algo importante, el 43,0% (N= 34) responden que es bastante importante, el 46,8% (N= 37) responden que es muy importante este tipo de formación.

Figura 215.- Importancia formación específica en VMCI según sexo



Atendiendo a la edad los profesionales (ver figura 216), de los 74 profesionales entre 26 y 45 años de edad que han contestado esta pregunta, el 1,3% (N= 1) responden que es algo importante estar formados de manera específica en VMCI, el 35,1% (N= 26) responden que es bastante importante, el 63,5% (N= 47) responden que es muy importante. De los 185 profesionales mayores de 45 años, el 5,4% (N= 10) responden que es algo importante, el 38,3% (N= 71) responden que es bastante importante, el 56,2% (N= 104) responden que es muy importante tener formación específica sobre la violencia a la mujer ejercida por su pareja.

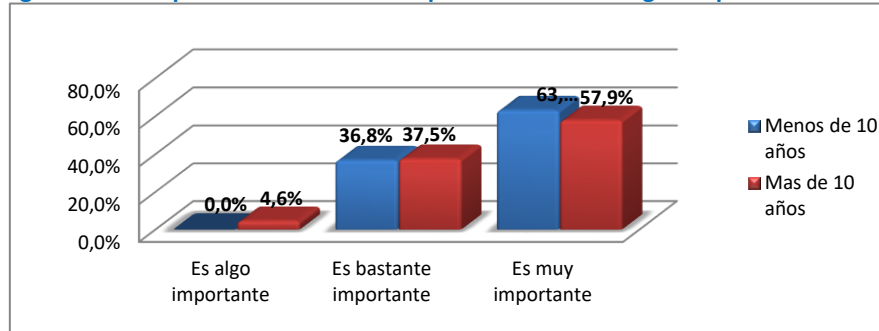
Figura 216.- Importancia formación específica en VMCI según edad



En cuanto a la experiencia laboral (ver figura 217), de los 19 profesionales cuya experiencia es menor de 10 años, el 36,8% (N= 7) responden que es bastante

importante la formación específica en VMCI para los profesionales sanitarios, el 63,1% (N= 12) responden que es muy importante y ninguno/a responde que es algo importante. De los 240 de mas de 10 años de experiencia laboral, el 4,6% (N= 11) responden que es algo importante, el 37,5% (N= 90) responden que es bastante importante, el 57,9% (N= 139) responden que es muy importante esta formación.

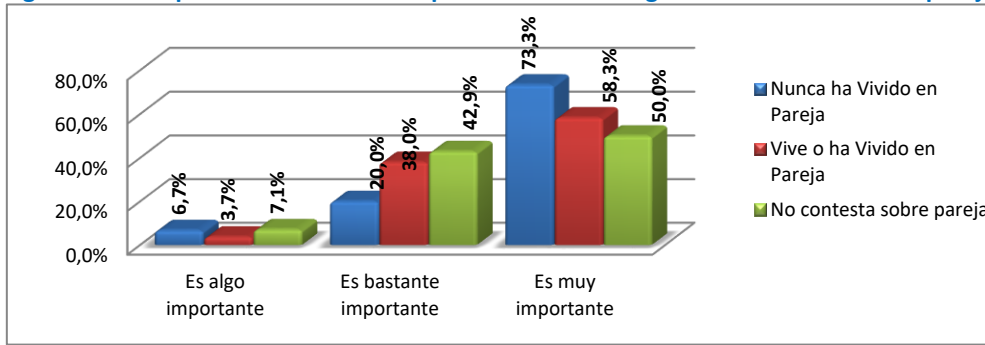
Figura 217.- Importancia formación específica en VMCI según experiencia laboral



Si tenemos en cuenta si los profesionales que han contestado esta pregunta viven o han vivido o no en pareja (ver figura 218), de los 15 profesionales que afirman no haber convivido nunca en pareja, el 6,7% (N= 1) responden que es algo importante, el 20,0% (N= 3) responden que es bastante importante, el 73,3% (N= 11) responden que es muy importante formarse en VMCI para saber actuar como profesionales de la salud. De los 216 que viven o han vivido en pareja, el 3,7% (N= 8) responden que es algo importante, el 38,0% (N= 82) responden que es bastante importante la formación específica en VMCI, el 58,3% (N= 126) responden que es muy importante.

De los 28 que no contestan si han vivido o no en pareja, el 7,1% (N= 2) responden que es algo importante, el 42,9% (N= 12) responden que es bastante importante, el 50,0% (N= 14) responden que es muy importante este tipo de información. (Figura 218)

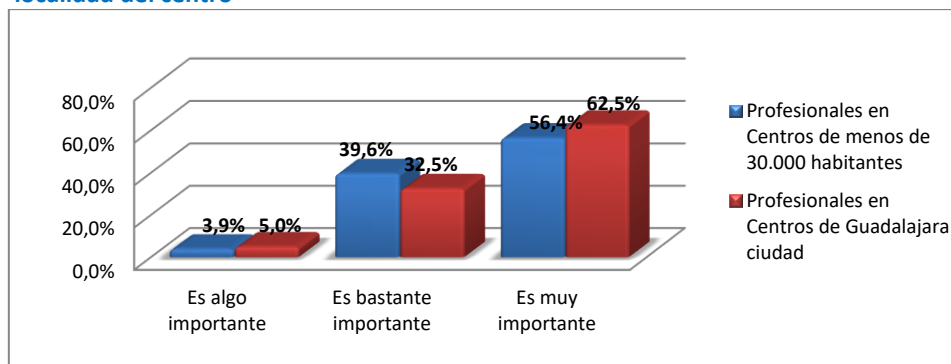
**Figura 218.- Importancia formación específica en VMCI según si han vivido o no en pareja**



Si tenemos en cuenta el tamaño de la localidad donde se sitúa el centro de salud en el que trabajan los profesionales que han contestado esta pregunta (ver figura 219), de los 179 que trabajan en centros de salud de poblaciones con menos de 30.000 habitantes el 3,9% (N= 7) responden que es algo importante formarse específicamente en VMCI, el 39,6% (N= 71) responden que es bastante importante, el 56,4% (N= 101) responden que es muy importante tener este tipo de formación.

De los 80 profesionales que trabajan en centros de salud de Guadalajara Ciudad, el 5,0% (N= 4) responden que es algo importante, el 32,5% (N= 26) responden que es bastante importante, el 62,5% (N= 50) responden que es muy importante que el profesional sanitario tenga formación específica en violencia a la mujer ejercida por su pareja. (Figura 219)

**Figura 219.- Importancia formación específica en VMCI por tamaño población localidad del centro**



A la hora de comparar las hipótesis de trabajo, no se encuentra relación estadísticamente significativa entre la necesidad de formación específica sobre la VMCI y categoría profesional ( $\chi^2(2)=5,222$  y  $p=0,073$ ), edad ( $\chi^2(2)=2,677$  y  $p=0,262$ ), vivir o no en pareja ( $\chi^2(4)=3,275$  y  $p=0,513$ ) y tamaño de la población del centro de salud ( $\chi^2(2)=1,262$  y  $p=0,532$ ), es decir son independientes (ver tabla 78).

Sin embargo, se encuentra una relación de dependencia entre la necesidad de formación específica sobre violencia a la mujer ejercida por la pareja y sexo ( $\chi^2(2)=12,762$  y  $p=0,002$ ), el Coeficiente de Contingencia encontrado ( $C=0,217$ ), indica una asociación directamente proporcional aunque puede considerarse como leve ya que nuestro valor de  $C=0,217$  y la  $C_{\max}=0,71$ . Las mujeres responden que es muy importante la formación específica en VMCI un 63,3% y como bastante importante un 35%; sin embargo los hombres responde un 46,8% que es muy importante y un 43% bastante.

**Tabla 78. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas. ¿Consideras importante que el profesional sanitario tenga formación específica sobre VMCI? muy importante, bastante importante, algo importante, poco importante y sexo, edad, categoría profesional, vivir en pareja y tamaño población localidad del centro**

¿Consideras importante que el profesional sanitario tenga formación específica sobre violencia contra la mujer ejercida por su pareja?					
	$\chi^2$	Gl	Sig	Medidas de Asociación	
				RR	C
<b>Sexo</b>	12,762	2	0,002	N.A.	0,217
<b>Categoría Profesional</b>	5,228	2	0,073	N.A.	N.A.
<b>Edad</b>	2,677	2	0,262	N.A.	N.A.
<b>Vivir o no en Pareja</b>	3,275	4	0,513	N.A.	N.A.
<b>Tamaño Población Centro</b>	1,262	2	0,532	N.A.	N.A.

Dónde: gl, es grado de libertad; sig. es significación, RR, es Riesgo Relativo. C es coeficiente de Contingencia. es coeficiente. N.A. es No Aplica.



---

Capítulo 10.- Detección y Actuación en la Violencia  
ejercida sobre la Mujer por su Pareja

---

---





La responsabilidad principal que Ley Orgánica 1/2004, de medidas de protección integral contra la violencia de género, establece para los/as profesionales sanitarios en cuanto a la VMCI, es la detección precoz y la atención de las mujeres que sufren este tipo de situaciones, por ello en este punto del estudio nos planteamos si existe relación entre la detección precoz, y el conocimiento del protocolo de atención con el resto de las variables estudiadas.

En este capítulo se pretende analizar la relación que se puede establecer entre la detección de casos, el conocimiento del protocolo y el centro de salud donde ejercen los profesionales de la salud de Atención Primaria del Área de Salud de Guadalajara, y el nivel de conocimientos, creencias, percepciones y actuación de los/as profesionales sanitarios.

En primer lugar, se exponen los resultados que hacen referencia a la relación que se puede establecer entre la detección de casos de VMCI, y el nivel de conocimientos, las creencias, la percepción y la actuación de los/as profesionales de la salud de Atención Primaria del Área de Salud de Guadalajara.

A continuación, se presentan los resultados sobre la asociación que se puede establecer entre el conocimiento del protocolo de actuación y las variables conocimientos, creencias, percepción y actuación.

Finalmente se procede a determinar si se puede establecer relación entre la frecuencia en la detección de casos de VMCI y el tipo de localidad donde está ubicado el centro de salud donde ejercen los/as profesionales de la salud de Atención Primaria del Área de Salud de Guadalajara.

## 10.1. Detección de casos asociado al nivel de conocimiento, creencias, percepción y actuación de los profesionales de la salud

Se procede a analizar la posible asociación entre la detección de casos de VMCI y los indicadores que determinan el nivel de conocimientos, las creencias, las percepciones y la actuación de los/as profesionales sanitarios que trabajan en atención primaria de Área de Salud de Guadalajara. (Ver tabla 79)

**Tabla 79.- Detalle de los datos obtenidos para la Chi cuadrado y significación obtenidas sobre detección de casos de VMCI y los indicadores que determinan el nivel de conocimientos, las creencias, las percepciones y la actuación**

		Detección de Casos de Violencia en el trabajo		$\chi^2$	Sig
		No detecta	Si detecta		
¿Conoces algún caso de violencia doméstica en tu entorno?	No conoce	82%	53,5%	21,834	0,000
	Si conoce	18%	46,5%		
Existe protocolo interno para la atención sanitaria a estas pacientes	No	61,6%	67,2%	0,874	0,35
	Si	38,4%	32,8%		
En caso de existir ¿lo conoce?	No	87,5%	60,8%	7,883	0,005
	Si	12,5%	39,2%		
¿Crees que significado de violencia doméstica, violencia de género y violencia contra las mujeres, es el mismo?	No	61%	70%	2,168	0,141
	Si	39%	30%		
¿Piensas que la violencia contra la mujer ejercida por su pareja es un problema?	No frecuente	64%	64,8%	0,018	0,895
	Bastante frecuente	36%	35,2%		
¿Crees que la mayoría de las pacientes que la sufren comunican su situación?	No	64,6%	50%	0,184	1*
	Si	35,4%	50%		
¿Crees que la violencia contra la mujer ejercida por su pareja es un problema?	Poco importante	25%	75%	0,003	0,957
	Muy importante	76,2%	23,8%		
¿sabes lo que es el fenómeno Iceberg en la violencia contra la mujer ejercida por su pareja?	No	68,2%	62,6%	0,798	0,412
	Si	31,8%	37,4%		
¿Conoces cuál podría ser el porcentaje de casos que no son diagnosticados con los medios actuales?	No	59,5%	71,7%	4,083	0,043
	Si	40,5%	28,3%		
¿Sabrías ordenar de más a menos frecuente los tipos de violencia?	Incorrecto	64%	64,8%	0,018	0,895
	Correcto	36%	35,2%		
¿A qué clase social asociarías la violencia contra la mujer ejercida por su pareja?	Creencia errónea	53,2%	68%	4,507	0,034
	Todas igual	46,8%	32%		
Según tu opinión, las mujeres que sufren violencia ejercida por su pareja con más frecuencia son, amas de casas, mujeres sin trabajo, extranjeras o cualquier tipo de mujer	Si afecta	56,4%	66,7%	2,008	0,156
	Es indiferente	43,6%	33,3%		

Tabla 79.- Detalle de los datos obtenidos para la Chi cuadrado y significación obtenidas sobre detección de casos de VMCI y los indicadores que determinan el nivel de conocimientos, las creencias, las percepciones y la actuación (Continuación)

		Detección de Casos de Violencia en el trabajo		$\chi^2$	Sig
<b>Habitualmente el maltratador es un hombre: bebedor, consumidor de drogas, en paro o como cualquier otro.</b>	Si afecta	59,6%	65,6%	0,603	0,437
	Es indiferente	40,4%	34,4%		
<b>¿Conoces las obligaciones legales de los profesionales ante la mera sospecha de un caso de violencia contra la mujer ejercida por su pareja?</b>	No	69%	62,8%	0,878	0,349
	Si	31%	37,2%		
<b>¿Conoces las repercusiones legales de los profesionales ante la mera sospecha de un caso de violencia contra la mujer ejercida por su pareja?</b>	No	70,3%	57%	4,949	0,026
	Si	29,7%	43%		
<b>¿Crees que la violencia contra la mujer ejercida por su pareja es un problema?</b>	Poco o nada importante	55,6%	64,8%	0,324	0,569
	Muy importante	44,4%	35,2%		
<b>En tu trabajo, habitualmente mantienes una actitud expectante para detectar estos casos</b>	No	57,5%	67,2%	2,14	0,143
	Si	42,5%	32,8%		
<b>¿En tu trabajo, ante una paciente con lesiones físicas, te planteas la posibilidad de que sea violencia contra la mujer ejercida por su pareja?</b>	No	69,3%	62,5%	1,086	0,297
	Si	30,7%	37,5%		
<b>¿Crees que hay consenso en la actuación de todos los profesionales que participan en la atención de la mujer víctima de violencia ejercida por su pareja?</b>	No	67,1%	61,1%	1,022	0,312
	Si	32,9%	38,9%		
<b>A la hora de identificar y solucionar este problema, crees que es un asunto más de: Policías, Jueces, Psicólogos, Médicos, Enfermeras, Trabajadores Sociales o Todos</b>	Algunos	83,3%	64%	0,953	0,329
	Todos	16,7%	36%		
<b>¿Consideras importante que el profesional sanitario tenga formación específica sobre violencia contra la mujer ejercida por su pareja?</b>	Poco importante	54,5%	64,9%	0,495	0,482
	Muy importante	45,5%	35,5%		
<b>¿Cuál de los siguientes datos te haría sospechar de la posibilidad de que existe violencia contra la mujer ejercida por su pareja?</b>	Otros	68,5%	62,4%	0,976	0,323
	Rotura tímpano y baja autoestima	31,5%	37,6%		
<b>Opiniones que se adaptan más a la situación actual del problema en relación a la infra-detección</b>	Incorrectas	56,3%	67,6%	2,833	0,093
	Correctas	43,7%	32,4%		

\* Se usa el valor de la prueba exacta de Fisher ya que hay dos casillas (50%) con un recuento menor que 5.

A continuación, se construye un modelo de regresión logística, tomando como variable dependiente "número de casos detectados en los últimos 3 meses en su centro de trabajo" y variables independientes, todas aquellas en las que aparecen diferencias estadísticamente significativas y aquellas que a pesar de no serlo en sentido estricto, si son de interés para el análisis a realizar. Se ha eliminado, a pesar de obtener un valor

significativo en el test de la Chi cuadrado, la variable de si el profesional conoce el protocolo de actuación ante la violencia de género, ya que se considera que puede resultar un variable de confusión.

Como prueba de bondad de la prueba, se realiza el test de Hosmer-Lemeshow con un valor de  $p=0,324$  (ver tabla 80), y un valor de la tabla de clasificación de 69,1%. (ver tabla 81)

**Tabla 80.- Prueba de Hosmer y Lemeshow**

Prueba de Hosmer y Lemeshow			
Escalón	Chi-cuadrado	gl	Sig.
1	9,223	8	0,324

**Tabla 81.- Resultado de la tabla de clasificación**

Tabla de clasificación*				
Observado	Pronosticado			
		Conocimiento del protocolo		Corrección de porcentaje
		No lo conozco	Sí lo conozco	
<b>Casos Violencia detectados</b>	No detecta	139	28	83,2
	Si detecta	52	40	43,5
<b>Porcentaje global</b>				<b>69,1</b>

\*Donde el valor de corte es 0,500

Atendiendo a esta distribución, encontramos que el 35,5% de los profesionales encuestados que ha detectado algún caso de violencia contra la mujer en los últimos 3 meses, conocen el protocolo (ver tabla 82). Existe un 61,4% de los profesionales que conocen algún caso de violencia contra la mujer en su entorno más próximo ( $p=0,000$ ). Por otro lado, el 76,1% de los participantes refieren que no hay una clase social determinada donde sea más clara la prevalencia de la violencia de género ( $p=0,034$ ),

sin embargo, sólo el 44% de los encuestados refieren que conocer las repercusiones legales de no declarar casos de violencia contra la mujer ( $p= 0,026$ ).

**Tabla 82.- Tabla resumen de los casos procesados sobre detección de casos de VMCI.**

		N	Porcentaje marginal
<b>Casos violencia detectados en el trabajo</b>	No detecta	167	64,50%
	Si detecta	92	35,50%
<b>Casos de violencia conocidos</b>	No conoce	100	38,60%
	Si conoce	159	61,40%
<b>Conoce el porcentaje de casos No diagnosticados</b>	No	153	59,10%
	Si	106	40,90%
<b>Asociación entre clase social y violencia</b>	Ciertas clases tienen más posibilidades	62	23,90%
	Todos	197	76,10%
<b>Repercusión legal de no declarar casos de violencia de género</b>	No las conoce	145	56%
	Si las conoce	114	44%
<b>Válido</b>		259	100,00%
<b>Perdidos</b>		0	
<b>Total</b>		259	
<b>Sub-población</b>		16	

En cuanto a la interpretación de los datos mostrados en la tabla 83, se encuentra que un profesional que haya detectado casos de violencia contra las mujeres en su entorno próximo, tiene más probabilidades de haber detectado casos de violencia en los últimos tres meses (OR= 3,829; IC 95% 2,083-7,04). Asimismo, aquellos profesionales que haya detectado casos de violencia contra las mujeres en los últimos 3 meses tienen una mayor probabilidad de conocer las repercusiones legales por no comunicar un posible caso. (OR= 1,736; IC95% 1,007-2,992).

**Tabla 83. Estimación del modelo de regresión logística para la variable "Detección de casos detectados en consulta en un periodo de 3 meses"**

Variables	B	EE	Wald	Gl	Sig.	OR	IC 95% para OR (inferior/superior)
<b>Casos conocidos en su entorno</b>	1,343	0,311	18,764	1	0,000	3,829	2,083 7,04
<b>Casos No diagnosticados</b>	-0,499	0,288	3,006	1	0,083	0,607	0,345 1,067
<b>Clase social asociada a la violencia</b>	-0,486	0,318	2,334	1	0,127	0,615	0,33 1,147
<b>Repercusiones legales</b>	0,552	0,278	3,946	1	0,047	1,736	1,007 2,992
<b>Constante</b>	-1,189	0,395	9,079	1	0,003	0,305	

Donde 0 es no detecta y 1 si detecta. EE, significa Error Estándar.

Atendiendo a estos resultados, podrá decirse que la variable detección de casos de violencia contra la mujer, parece estar ligada a las áreas correspondientes a percepción y conocimiento, mientras que no se ha encontrado ninguna relación significativa con elementos que conformen las áreas de creencias o actuación.

## **10.2. Conocimiento protocolo actuación asociado con percepción, creencias y actuación de los/as profesionales sanitarios**

Se procede a analizar la posible asociación entre el conocimiento del protocolo de actuación ante la VMCI y los indicadores que determinan el nivel de conocimientos, las creencias, las percepciones y la actuación de los/as profesionales sanitarios que trabajan en atención primaria de Área de Salud de Guadalajara. (Ver tabla 84)

En esta comparación se elimina la pregunta N° 3 del cuestionario "En caso de existir ¿lo conoce?", por considerarse redundante, ya que todo aquel que indique que conoce el contenido del protocolo de actuación responderá que "Si" existe dicho protocolo.

En este análisis son sólo válidos un total de 134 casos, perdidos tenemos 125 casos (aquellos que contestaron que no conocían la existencia del protocolo de actuación ante violencia de género).

**Tabla 84.- Detalle de los datos obtenidos para la Chi cuadrado y significación obtenidas sobre conocimiento del protocolo de actuación y los indicadores que determinan el nivel de conocimientos, las creencias, las percepciones y la actuación.**

		Conocimiento del protocolo de actuación		$\chi^2$	Sig
		No conoce	Si conoce		
¿Conoces algún caso de violencia doméstica en tu entorno?	No conoce	43,8%	32,4%	1,389	0,239
	Si conoce	56,3%	67,6%		
¿ha visto casos en los últimos 3 meses durante la jornada laboral?	No	87,5%	60,8%	7,883	0,005
	Si	12,5%	39,2%		
¿Crees que significado de violencia doméstica, violencia de género y violencia contra las mujeres, es el mismo?	No	65,6%	58,8%	0,471	0,492
	Si	34,4%	41,2%		
¿Piensas que la violencia contra la mujer ejercida por su pareja es un problema?	No frecuente	28,8%	28,8%	0,018	0,895
	Bastante frecuente	79,3%	20,7%		
¿Crees que la mayoría de las pacientes que la sufren comunican su situación?	No	100%	100%		1*
	Si	0%	0%		
¿sabes lo que es el fenómeno Iceberg en la violencia contra la mujer ejercida por su pareja?	No	43,8%	29,4%	2,271	0,132
	Si	56,3%	70,6%		
¿Conoces cuál podría ser el porcentaje de casos que no son diagnosticados con los medios actuales?	No	56,3%	58,8	0,066	0,797
	Si	43,8%	41,2%		
¿Sabrías ordenar de más a menos frecuente los tipos de violencia?	Incorrecto	40,6%	44,1%	0,121	0,728
	Correcto	59,4%	55,9%		
¿A qué clase social asociarías la violencia contra la mujer ejercida por su pareja?	Creencia errónea	21,9%	28,4%	0,533	0,465
	Todas igual	78,1%	71,6%		
¿Afecta a la violencia contra la mujer que ésta sea de un estatus social determinado?	Si afecta	21,9%	30,4	0,87	0,351
	Es indiferente	78,1	69,6		
¿Un maltratador proviene de una situación social determinada?	Si	15,6%	20,6%	0,384	0,536
	Es indiferente	84,4%	79,4%		
¿Conoces las obligaciones legales de los profesionales ante la mera sospecha de un caso de violencia contra la mujer ejercida por su pareja?	No	28,1%	15,7	2,483	0,115
	Si	71,9%	84,3%		
¿Conoces las repercusiones legales de los profesionales ante la mera sospecha de un caso de violencia contra la mujer ejercida por su pareja?	No	59,4%	48%	1,252	0,263
	Si	40,6%	52%		

**Tabla 84.- Detalle de los datos obtenidos para la Chi cuadrado y significación obtenidas sobre conocimiento del protocolo de actuación y los indicadores que determinan el nivel de conocimientos, las creencias, las percepciones y la actuación. (Continuación)**

		Conocimiento del protocolo de actuación		$\chi^2$	Sig
¿Crees que la violencia contra la mujer ejercida por su pareja es un problema?	Poco o nada importante	3,1%	2,9%	0,003	0,957
	Muy importante	96,9%	97,1%		
En tu trabajo, habitualmente mantienes una actitud expectante para detectar estos casos	No	37,5%	20,6%	3,753	0,05
	Si	62,5%	79,4%		
¿En tu trabajo, ante una paciente con lesiones físicas, te planteas la posibilidad de que sea violencia contra la mujer ejercida por su pareja?	No	46,9%	23,5%	6,434	0,011
	Si	53,1%	76,5%		
¿Crees que hay consenso en la actuación de todos los profesionales que participan en la atención de la mujer víctima de violencia ejercida por su pareja?	No	46,9%	51%	0,164	0,685
	Si	53,1%	49%		
¿Crees que hay ciertos profesionales que están más implicados en la detección de la violencia contra la mujer que otros?	Sí, sólo algunos	9,4%	2%	3,728	0,05
	Todos	90,6%	98%		
¿Consideras importante que el profesional sanitario tenga formación específica sobre violencia contra la mujer ejercida por su pareja?	Poco importante	3,1%	2,9%	0,003	0,957
	Muy importante	96,9%	97,1%		
	Otros	31,3%	35,3%		
¿Cuál de los siguientes datos te haría sospechar de la posibilidad de que existe violencia contra la mujer ejercida por su pareja?	Rotura tímpano y baja autoestima	68,8%	64,7%	0,177	0,674
Opiniones que se adaptan más a la situación actual del problema en relación a la infra-detección	Incorrectas	40,6%	23,5%	3,562	0,06
	Correctas	59,4%	76,5%		

\* Se usa el valor de la prueba exacta de Fisher ya que hay dos casillas (50%) con un recuento menor que 5.

A continuación, se construye un modelo de regresión logística, tomando como variable dependiente "Conocimiento del protocolo de actuación ante la violencia de género" y variables independientes, todas aquellas en las que aparecen diferencias estadísticamente significativas y aquellas que a pesar de no serlo en sentido estricto, si son de interés para el análisis a realizar.

Como prueba de bondad de la prueba, se realiza el test de Hosmer-Lemeshow con un valor de  $p=0,944$  (ver tabla 85) y un valor en la tabla de clasificación de 78,4% (ver tabla 86).



Tabla 85.- Prueba de Hosmer y Lemeshow

Prueba de Hosmer y Lemeshow			
Escalón	Chi-cuadrado	gl	Sig.
1	0,760	4	0,944

Tabla 86.- Resultado de la tabla de clasificación.

Tabla de clasificación*					
Observado	Pronosticado				
			Conocimiento del protocolo		Corrección de porcentaje
			No lo conozco	Sí lo conozco	
Conocimiento del protocolo	No lo conozco		9	23	28,1
	Sí lo conozco		6	96	94,1
<b>Porcentaje global</b>					<b>78,4</b>

\*Donde el valor de corte es 0,005.

Atendiendo a esta distribución, encontramos que el 76,1% de los profesionales encuestados conocen el protocolo, ver tabla 87. Existe un 67,2% de los profesionales que no ha detectado ningún caso en los últimos tres meses, que refieren conocer la existencia del protocolo ( $p=0,005$ ). Por otro lado, el 70,9% de los encuestados que conocen la existencia del protocolo, refieren que si presentan una actitud expectante ante mujeres con lesiones físicas ( $p=0,011$ ), los profesionales que refieren una actitud expectante en la consulta, representan el 75,4% ( $p=0,05$ ). Asimismo, los profesionales que consideran que la violencia contra las mujeres es una situación de todos los profesionales implicados (policías, jueces, trabajadores sociales, etc.) representan el 96,3% ( $p=0,05$ ) (ver tabla 87)

**Tabla 87. Tabla resumen de los casos procesados sobre conocimiento del protocolo de actuación.**

		N	Porcentaje marginal
<b>Conocimiento del protocolo</b>	No lo conozco	32	23,90%
	Sí lo conozco	102	76,10%
<b>Actitud profesional expectante ante la detección de la violencia</b>	Sin actitud expectante	33	24,60%
	Con actitud expectante	101	75,40%
<b>Actitud profesional expectante ante mujeres con lesiones físicas</b>	No	39	29,10%
	Si	95	70,90%
<b>Profesional mas implicado en la violencia</b>	Ciertos profesionales	5	3,70%
	Todos	129	96,30%
<b>Casos de violencia detectados en el trabajo</b>	No detecta	90	67,20%
	Si detecta	44	32,80%
<b>Válido</b>		134	100,00%
<b>Perdidos</b>		125	
<b>Total</b>		259	
<b>Subpoblación</b>		11 <sup>a</sup>	

En cuanto a la interpretación de los datos mostrados en la tabla 88, se encuentra que un profesional que haya detectado casos de violencia contra las mujeres tiene más probabilidades, aproximadamente 5 veces más, de conocer el contenido del Protocolo de actuación ante violencia contra la mujer (OR= 5,037; IC 95%1,55-16,375). Asimismo, aquellos profesionales que ante lesiones físicas se muestran expectantes ante un posible caso de violencia contra la mujer, tienen más posibilidades, 2,967 veces más, de conocer el contenido del citado protocolo (OR= 2,967; IC95% 1,16-7,59)

**Tabla 88. Estimación del modelo de regresión logística para la variable "Conocimiento del protocolo de actuación ante la violencia de género"**

Variables	B	EE	Wald	GI	Sig.	OR	IC 95% para OR (inferior/superior)
<b>Detección de Casos</b>	1,617	0,601	7,226	1	0,007	5,037	1,55 16,375
<b>Detección de violencia se asocia a ciertos profesionales</b>	1,797	1,017	3,123	1	0,077	6,033	0,822 44,282
<b>Actitud expectante</b>	0,61	0,512	1,419	1	0,234	1,84	0,675 5,01
<b>Sospecha ante lesiones físicas</b>	1,088	0,479	5,149	1	0,023	2,967	1,16 7,59
<b>Constante</b>	-2,083	1,074	3,759	1	0,053	0,125	

Donde 0 es no conoce y 1 si conoce. EE, significa Error Estándar.

Atendiendo a estos resultados, podrá decirse que la variable conocimiento del protocolo de actuación, está muy ligada a la variable denominada como percepción mientras que no parece que no esté influenciada por los conocimientos, la actuación o creencias.

### **10.3. Relación entre casos detectados de la violencia contra la mujer y tipo de localidad donde está ubicado el centro de salud donde trabajan los/as profesionales sanitarios**

Se procede a evaluar la frecuencia de casos de violencia de género que declaran haber detectado los profesionales sanitarios, en función del núcleo urbano en el que dichos profesionales desarrollen su actividad.

Se observa que de los 259 participantes, 179 (69,1% del total) realizan su actividad en poblaciones con menos de 30.000 habitantes, y los 80 profesionales restantes (30,9% del total) en poblaciones con mas de 30.000 habitantes. Con respecto a las poblaciones de menos de 30000 habitantes, se encuentra que el 64,2% de los profesionales indican que no han detectado ningún caso, frente al 18,4% que dice haber detectado uno, el 8,9% que indica dos casos, el 6,7% 3 casos, 1,1% reflejan 4 casos y el 0,6% de personas en este extracto de población indican que han detectado 5 casos. (ver tabla 89)

En las poblaciones de más de 30.000 habitantes se observa una tendencia semejante, ver tabla 89, encontrando que el 65% de los profesionales no ha detectado ningún caso, el 21,3% un caso, el 8,8% de profesionales indican 2 casos, 3 casos lo han detectado un 3,8% del total de profesionales, para terminar con un 1,3% de profesionales que han detectado 4 casos de violencia contra la mujer.

Se observa que en ambos tipos de población el comportamiento, en cuanto al número de casos detectados, es muy similar.

**Tabla 89. Casos de violencia detectados en el trabajo según el tamaño de la población.**

		Estrato de población		Total	
		Poblaciones <30000habit	Poblaciones >30000habit		
Casos de violencia detectados en el trabajo	Ningún caso	Recuento	115 <sub>a</sub>	52 <sub>a</sub>	167
		% dentro de Estrato de población	64,2%	65,0%	64,5%
	Un caso	Recuento	33 <sub>a</sub>	17 <sub>a</sub>	50
		% dentro de Estrato de población	18,4%	21,3%	19,3%
	Dos casos	Recuento	16 <sub>a</sub>	7 <sub>a</sub>	23
		% dentro de Estrato de población	8,9%	8,8%	8,9%
	Tres casos	Recuento	12 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	15
		% dentro de Estrato de población	6,7%	3,8%	5,8%
	Cuatro casos	Recuento	2 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	3
		% dentro de Estrato de población	1,1%	1,3%	1,2%
	Cinco casos	Recuento	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1
		% dentro de Estrato de población	0,6%	0,0%	0,4%
	Total	Recuento	179	80	259
		% dentro de Estrato de población	100,0%	100,0%	100,0%

A la hora de realizar el análisis se observa que el nivel de significación entre grupos es de 0,516. Es decir, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas (ver tabla 91). No existe diferencia en el número de casos detectados en centros urbanos de más de 30.000 habitantes, con respecto a los que poseen menos de 30.000 habitantes. (p=0,516)

**Tabla 90. Detalle del resultado del análisis de la varianza.**

	Suma de cuadrado	Grados de Libertad	Media Cuadrática	F	Sig.
<b>Entre Grupos</b>	0,417	1	0,417	0,424	0,516
<b>Dentro de Grupos</b>	253,197	257	0,985		
<b>Total</b>	253,614	258			

---

## Capítulo 11.- Discusión y Conclusiones

---

---



El objetivo de la presente investigación consiste en avanzar en el estudio de la sensibilidad de los profesionales de la salud de Atención Primaria del Área Integrada de Salud de Guadalajara ante la violencia contra la mujer ejercida por su pareja o expareja. Para ello se analizan el nivel de conocimientos, las creencias, la percepción y la actitud que los profesionales de la salud tienen sobre la VMCI.

El personal sanitario, que realiza sus funciones asistenciales en los centros de atención primaria, tiene una posición privilegiada para identificar y tratar a las mujeres que sufren violencia a manos de sus parejas. Para ello, es imprescindible que los profesionales estén sensibilizados ante el problema, los factores que influyen en la sensibilidad son: el nivel de conocimientos, las creencias, la percepción y la actitud de los profesionales ante la VMCI, determinando el grado de sensibilidad que estos profesionales tienen. Los distintos estudios consultados nos indican que la prevalencia de la VMCI es aproximadamente del 25,0% de las mujeres, que esta son asiduas demandantes de atención sanitaria y que entre el 50,0% y el 70,0% de los casos no se diagnostican.

Esta discusión se estructurará en base a las variables que se han tenido en cuenta para medir el grado de sensibilidad de los profesionales de la salud ante la violencia a la mujer ejercida por su pareja.

### **11.1. Conocimientos de los Profesionales de la Salud sobre la Violencia contra la Mujer Ejercida por su Pareja**

En cuanto al nivel de conocimientos de los profesionales de la salud para discriminar entre los diferentes términos que en ocasiones se utilizan como sinónimos, referidos a la violencia que sufren las mujeres a manos de sus parejas, el 59,5% de los profesionales encuestados, que trabajan en atención primaria del Área de Salud de Guadalajara, discriminan adecuadamente entre los términos utilizados, indicando que

no significan lo mismo, cifra que es superior comparado con lo detectado en otros estudios:

- en el estudio realizado por Siendones-Castillo R<sup>107</sup>, et al publicado en 2002, en el que el 29,0% de los profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeras/os), de la Unidad de Urgencias del Hospital Comarcal Costa del Sol de Marbella, discriminan adecuadamente entre los términos propuestos, identificando que no son sinónimos.
- En el estudio realizado por Arredondo-Provecho AB<sup>28</sup>, et al publicado en 2008, el 39,7% de los profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeras/os), de los hospitales del Área 8 de Salud de Madrid, identifican que los términos no son sinónimos.
- En el estudio realizado por Arredondo-Provecho AB<sup>108</sup>, et al publicado en 2012, el 40,7%, de los profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeras/os), de atención primaria del Área 8 de Salud de Madrid, identifican que los términos no tienen el mismo significado

Posiblemente, este aumento constante en el porcentaje de discriminación entre los términos se deba, por un lado, a que el estudio de Siendones-Castillo R<sup>107</sup>, es anterior a la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género<sup>19</sup> y por otro, al efecto positivo de las diferentes campañas de sensibilización que desde los organismos públicos se han desarrollado en los últimos años.

Es significativo ( $p=0,002$ ) que del 59,5% del total profesionales que consideran que los términos no son sinónimos el mayor número (43,2%), desarrollan su actividad profesional en centros de salud situados en poblaciones menores de 30.000 habitantes respecto a los profesionales que trabajan en centros de Guadalajara ciudad (16,2%), dato que no es comparable con ningún estudio de los encontrados, pues los que se realizan en atención primaria no valoran el tamaño de la población donde se encuentra el centro de salud.



En cuanto a que tipo de violencia es mas frecuente, si la física, la psicológica o la sexual, el 85,0% de los profesionales encuestados, que trabajan en atención primaria del Área de Salud de Guadalajara, consideran la violencia psicológica la mas frecuente, si comparamos con otros estudios, estarían en la misma línea:

- el estudio realizado por Siendones-Castillo R, et al<sup>107</sup>, publicado en 2002, sobre una muestra de profesionales de la Unidad de Urgencias del Hospital Comarcal Costa del Sol de Marbella, en el que un 88,3% de los profesionales sanitarios consideran que la violencia psicológica es la mas frecuente.
- el estudio realizado por Valdés-Sánchez CA<sup>109</sup>, et al publicado en 2016, y realizado con enfermeras de atención primaria de las Áreas de Salud IV (Oviedo) y V (Gijón) del Principado de Asturias, el 81,6% de las/as enfermeras/os consideran que la violencia psicológica es la mas frecuente. Aunque la población sea exclusivamente de enfermeras/os, los datos concuerdan con los del estudio objeto de esta tesis.

Otros estudios que no estarían en la misma línea son los realizados por Arredondo-Provecho AB, et al<sup>28- 108</sup>, realizados en el Área 8 de Salud de Madrid, uno sobre profesionales que trabajan en atención especializada y otro sobre profesionales de atención primaria, donde solamente el 68,2%, de los profesionales del primer estudio, y el 47,8%, en el segundo, identifican la violencia psicológica como la mas frecuente

En todos los estudios la pregunta es la misma, esta discordancia de datos no puede justificarse con la información que se tiene en este momento, por lo que sería una línea a investigar en el futuro.

En cuanto al conocimiento del significado del fenómeno "Iceberg" y los casos no diagnosticados de VMCI, el 66,0% de los profesionales, que trabajan en atención primaria del Área de Salud de Guadalajara, afirman conocer lo que significa el fenómeno "Iceberg", pero solo el 40,9% aciertan en la identificación del porcentaje de casos no diagnosticados, si comparamos estos datos el estudio realizado por Siendones-Castillo R<sup>107</sup>, publicado en 2002, sobre una muestra de profesionales de la

Unidad de Urgencias del Hospital Comarcal Costa del Sol de Marbella, el 55,8% de los profesionales sanitarios afirman conocer el significado del fenómeno “Iceberg”, mientras que el 19,7% aciertan en la identificación del porcentaje de casos no diagnosticados.

En ambos estudios, encontramos relaciones de dependencia entre la categoría profesional y el conocimiento del significado del fenómeno “Iceberg”, ( $p=0,001$ ) en el estudio objeto de esta investigación, y ( $p \leq 0,13$  para un nivel de significación  $p \leq 0,5$ ) en el estudio de Siendones-Castillo R<sup>107</sup>. Esto quiere decir que conocen el significado, mas médicos/a que enfermeros/as.

Comparando con otros estudios realizados por Arredondo-Provecho AB, et al<sup>28- 108</sup>, realizados en el Área 8 de Salud de Madrid, uno sobre profesionales que trabajan en atención especializada y otro sobre profesionales de atención primaria, donde solamente el 35,2%, de los profesionales del primer estudio, y el 43,3%, en el segundo, afirman conocer el significado del fenómeno “Iceberg”, mientras que el 14,7%, en el primer estudio, y el 23,0% en el segundo aciertan en la identificación del porcentaje de casos no diagnosticados.

En todos los estudios se repite que un número aproximado de la mitad de los profesionales afirman conocer el fenómeno “Iceberg”, aciertan a la hora de determinar el porcentaje de casos no diagnosticados con los medios actuales.

Respecto a los casos no diagnosticados, en esta investigación hay diferencias estadísticamente significativas por sexo ( $p=0,024$ ), mas mujeres aciertan en el porcentaje de casos no diagnosticados; por edad ( $p=0,012$ ), un número mayor de profesionales de mas de 45 años indican la respuesta correcta; por tamaño de la población donde se ubica el centro de salud ( $p=0,045$ ), indican la respuesta correcta en cuanto al porcentaje de casos no diagnosticados un mayor número de profesionales que trabajan en centros ubicados en poblaciones de menos de 30.000 habitantes,

Al considerar si conocen la existencia del protocolo para la atención sanitaria a mujeres que sufren VMCI, de los profesionales sanitarios que trabajan en atención

primaria del Área de Salud de Guadalajara, un 51,7% conoce su existencia, llama la atención que un 24,3% de los/as profesionales sanitarios afirman que no existe. De los profesionales que saben que existe protocolo un 76,1% conocen su contenido. Si comparamos con otros estudios:

- En el estudio realizado por Arredondo-Provecho AB, et al<sup>28</sup>, publicado en 2008, sobre una muestra de profesionales que trabajan en atención especializada del Área 8 de Salud de Madrid el 20,4% de los profesionales sanitarios conocen el contenido del protocolo de actuación ante la VMCI. Existe una diferencia significativa con el resto de los estudios debido seguramente a que el estudio se realizó en el 2006, anterior al 2007 fecha de publicación del primer Protocolo Común para la Actuación ante la Violencia de Género en el Sistema Nacional de Salud.
- En el estudio realizado por Arredondo-Provecho AB, et al<sup>108</sup>, publicado en 2012, sobre una muestra de profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeras/os), de atención primaria del Área 8 de Salud de Madrid el 52,2% conocen la existencia del protocolo y de estos un 44,0% conocen su contenido.
- En el estudio realizado por Valdés-Sánchez CA<sup>109</sup>, et al, publicado en 2016, y realizado con enfermeras de atención primaria de las Áreas de Salud IV (Oviedo) y V (Gijón) del Principado de Asturias, el 50,0% de las/os enfermeras/os conocen el contenido del protocolo de atención a mujeres víctimas de malos tratos.

Solamente en el estudio de Arredondo-Provecho AB, et al<sup>108</sup>, publicado en 2012, se publicaron datos sobre el conocimiento de la existencia y el contenido del protocolo, encontrándose comparativamente que los/as profesionales del Área de Salud de Guadalajara en mayor número saben de la existencia y del contenido del protocolo. Los otros dos estudios únicamente recogen información sobre el conocimiento del contenido del protocolo, comparativamente un 39,3% del total de profesionales del Área de Salud de Guadalajara conocen el contenido del protocolo. Posiblemente estas diferencias son debidas a la diferencia temporal de los estudios y a las políticas de sensibilización y formación que la administración pública ha desarrollado durante este

tiempo.

En este estudio, en cuanto a la existencia del protocolo, encontramos relaciones de dependencia con variables como:

- Edad ( $p=0,028$ ), lo que indica que el 38,2% de los profesionales que conocen la existencia del protocolo tienen más de 45 años, frente al 13,5% que tienen menos de 45 años.
- Vivir o no en pareja ( $p=0,005$ ) significa que un 47,1% de los profesionales que saben de la existencia del protocolo viven o han vivido en pareja, frente a un 20,0% que no habiendo vivido nunca en pareja conocen la existencia del protocolo

En cuanto al conocimiento del contenido del protocolo, encontramos que existen relaciones de dependencia, en la variable categoría profesional ( $p=0,012$ ), se encuentra que el Odds Ratio (OR)=2,84; (IC95%: 1,239-6,514). Esto quiere decir que conocen el contenido del protocolo más médicos/as que enfermeras/os.

Ateniéndonos al conocimiento de las obligaciones legales, ante la mera sospecha de un caso de VMCI, de los profesionales que trabajan en atención primaria del Área de Salud de Guadalajara, un 72,6% que si las conocen. En cuanto al conocimiento de las repercusiones legales que pueden derivarse de no declarar un caso evidente de VMCI, las conocen un 44,0%. Si comparamos estos datos con otros estudios:

- En el estudio realizado por Siendones-Castillo R, et al<sup>107</sup>, publicado en 2002, sobre una muestra de profesionales de la Unidad de Urgencias del Hospital Comarcal Costa del Sol de Marbella, el 51,1% de los profesionales sanitarios conocen las obligaciones legales, ante la mera sospecha de un caso de VMCI, y un 16,3% conocen las repercusiones legales que pueden derivarse de no declarar un caso evidente de VMCI.
- En el estudio realizado por Arredondo-Provecho AB, et al<sup>28</sup>, publicado en 2008, sobre una muestra de profesionales que trabajan en atención especializada del Área 8 de Salud de Madrid, el 48,8% de los profesionales sanitarios conocen las

obligaciones legales, ante la mera sospecha de un caso de VMCI, y un 14,7% conocen las repercusiones legales que pueden derivarse de no declarar un caso evidente de VMCI.

- En el estudio realizado por Arredondo-Provecho AB, et al<sup>108</sup>, publicado en 2012, sobre una muestra de profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeras/os), de atención primaria del Área 8 de Salud de Madrid, el 62,0% de los profesionales sanitarios conocen las obligaciones legales, ante la mera sospecha de un caso de VMCI, y un 41,5% conocen las repercusiones legales que pueden derivarse de no declarar un caso evidente de VMCI.
- En el estudio realizado por Valdés-Sánchez CA<sup>109</sup>, et al publicado en 2016, y realizado con enfermeras de atención primaria de las Áreas de Salud IV (Oviedo) y V (Gijón) del Principado de Asturias, se pregunta exclusivamente por el conocimiento de las obligaciones legales ante la mera sospecha de un caso de VMCI, un 69,3% las conocen.

Se observa, que según los estudios van siendo mas actuales, el número de profesionales que conocen las obligaciones y las repercusiones legales es mayor. Posiblemente esto es debido, por un lado, a la diferencia temporal de los estudios y, por otro, a las políticas de sensibilización y formación que la administración pública ha desarrollado durante este tiempo.

En este estudio, encontramos que existe relación de dependencia, en la variable categoría profesional ( $p=0,001$ ), es decir, del total de profesionales que conocen las obligaciones legales, ante la mera sospecha de un caso de VMCI, mas médicos/as conocen estas obligaciones que enfermeras/os.

En cuanto al conocimiento de las repercusiones que puede tener el no declarar un caso evidente de VMCI, encontramos que existen relaciones de dependencia, en las siguientes variables: Sexo ( $p=0,016$ ), esto indica que del total profesionales que conocen las repercusiones legales, que pueden derivarse de no declarar un caso evidente de VMCI, son mas mujeres que hombres; y Categoría Profesional ( $p=0,000$ ),

es decir del total de profesionales sanitarios que afirman conocer las repercusiones legales, que pueden derivarse de no declarar un caso evidente de VMCI, hay mayor número de médicos/as que de enfermeras/os.

## **11.2. Creencias de los Profesionales de la Salud sobre la Violencia contra la Mujer Ejercida por su Pareja**

La opinión de los/as profesionales sobre el perfil de las mujeres que sufren VMCI el 78,8% de los profesionales encuestados, que trabajan en atención primaria del Área de Salud de Guadalajara, responde que cualquier tipo de mujer. Si comparamos estos datos con otros estudios:

- En el estudio realizado por Arredondo-Provecho AB, et al<sup>28</sup>, publicado en 2008, sobre una muestra de profesionales que trabajan en atención especializada del Área 8 de Salud de Madrid, el 68,2% de los profesionales sanitarios identifican el perfil de la víctima con la opción cualquier tipo de mujer.
- En el estudio realizado por Arredondo-Provecho AB, et al<sup>108</sup>, publicado en 2012, sobre una muestra de profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeras/os), de atención primaria del Área 8 de Salud de Madrid, el 72,5% de los profesionales sanitarios identifican el perfil de la víctima con la opción cualquier tipo de mujer.

Se observa, en todos los estudios que un número elevado de profesionales sanitarios considera que no existe un perfil definido de la mujer que sufre VMCI.

En este estudio encontramos relaciones estadísticamente significativas con la variable Sexo ( $p=0,001$ ), esto indica que del total de profesionales encuestados que opinan que la mujer que sufre VMCI no tiene un perfil definido, que cualquier mujer puede estar en riesgo de sufrir VMCI, son mas mujeres (56,0%) que hombres (22,8%); y Vivir o no en Pareja ( $p=0,022$ ), es decir, que del total de profesionales encuestados que opinan

que la mujer que sufre VMCI no tiene un perfil definido, que cualquier mujer puede estar en riesgo de sufrir VMCI, son mas los que afirman vivir o haber vivido en pareja (66,8%), que los que no han vivido nunca en pareja (3,9%).

En cuanto a la opinión de los/as profesionales sobre el perfil del maltratador el 81,9% de los/as profesionales encuestados, que trabajan en atención primaria del Área de Salud de Guadalajara, responde que cualquier tipo de hombre. Si comparamos con otros estudios, estarían en la misma línea:

- En el estudio realizado por Arredondo-Provecho AB, et al<sup>28</sup>, publicado en 2008, sobre una muestra de profesionales que trabajan en atención especializada del Área 8 de Salud de Madrid, el 77,2% de los profesionales sanitarios identifican el perfil del maltratador con la opción cualquier tipo de hombre.
- En el estudio realizado por Arredondo-Provecho AB, et al<sup>108</sup>, publicado en 2012, sobre una muestra de profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeras/os), de atención primaria del Área 8 de Salud de Madrid, el 85,8% de los profesionales sanitarios identifican el perfil del maltratador con la opción cualquier tipo de hombre.

En cuanto a la clase social en la que es mas habitual la VMCI, el 76,1 de los/as profesionales sanitarios encuestados, que trabajan en atención primaria del Área de Salud de Guadalajara, opinan que en todas las clases sociales. Si comparamos con otros estudios:

- En el estudio realizado por Siendones-Castillo R, et al<sup>107</sup>, publicado en 2002, sobre una muestra de profesionales de la Unidad de Urgencias del Hospital Comarcal Costa del Sol de Marbella, el 38,4% de los profesionales sanitarios opinan que la VMCI puede asociarse a cualquier clase social.
- En el estudio realizado por Arredondo-Provecho AB, et al<sup>28</sup>, publicado en 2008, sobre una muestra de profesionales que trabajan en atención especializada del Área 8 de Salud de Madrid, el 55,7% de los profesionales sanitarios opinan que la VMCI puede asociarse a cualquier clase social.

- En el estudio realizado por Arredondo-Provecho AB, et al<sup>108</sup>, publicado en 2012, sobre una muestra de profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeras/os), de atención primaria del Área 8 de Salud de Madrid, el 60,2% de los profesionales sanitarios opinan que la VMCI puede asociarse a cualquier clase social.
- En el estudio realizado por Valdés-Sánchez CA<sup>109</sup>, et al publicado en 2016, y realizado con enfermeras de atención primaria de las Áreas de Salud IV (Oviedo) y V (Gijón) del Principado de Asturias, un 69,3% de las/os enfermeras/os, opinan que la VMCI puede asociarse a cualquier clase social.

Se observa, que según los estudios van siendo mas actuales, el número de profesionales que opinan que no se asocia la VMCI con ninguna clase social es mayor. Los estudios mas antiguos consideran que la VMCI es un problema mas habitual en clases sociales mas bajas. Posiblemente esto es debido, por un lado, a la diferencia temporal de los estudios y, por otro, a las políticas de sensibilización y formación que la administración pública ha desarrollado durante este tiempo.

### **11.3. Percepción de los Profesionales de la Salud sobre la Violencia contra la Mujer Ejercida por su Pareja**

Sobre la percepción de la importancia y de la frecuencia del problema de la VMCI, el 96,5% de los profesionales encuestados, que trabajan en atención primaria del Área de Salud de Guadalajara, lo perciben como un problema como bastante o muy importante y el 64,1% como bastante o muy frecuente. Si comparamos estos datos con estudios cuyos resultados van en la misma línea:

- En el estudio realizado por Arredondo-Provecho AB, et al<sup>28</sup>, publicado en 2008, sobre una muestra de profesionales que trabajan en atención especializada del Área 8 de Salud de Madrid, el 95,4% de los profesionales sanitarios perciben que



la VMCI es un problema muy importante, y el 81,8% como bastante o muy frecuente.

- En el estudio realizado por Arredondo-Provecho AB, et al<sup>108</sup>, publicado en 2012, sobre una muestra de profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeras/os), de atención primaria del Área 8 de Salud de Madrid, el 70,0% de los profesionales sanitarios perciben que la VMCI es un problema bastante o muy importante, y el 47,8% como bastante o muy frecuente.
- En el estudio realizado por Valdés-Sánchez CA<sup>109</sup>, et al publicado en 2016, y realizado con enfermeras de atención primaria de las Áreas de Salud IV (Oviedo) y V (Gijón) del Principado de Asturias, un 98,2% de las/os enfermeras/os, perciben que la VMCI es un problema bastante o muy importante, y un 94,7% como bastante o muy frecuente.

Como se observa en estos estudios, un número importante de profesionales de la salud consideran que el problema de la VMCI es mas importante que frecuente, tal es así que en el estudio objeto de esta discusión, existe una diferencia del mas del 30,0% de profesionales que considerando el problema muy importante, no lo consideran muy frecuente. En el estudio de Arredondo-Provecho AB, et al<sup>28</sup>, publicado en 2008, la diferencia es cercana al 14,0%, en el estudio de la misma autora publicado en 2012 la diferencia se establece por encima del 20,0%. En estos estudios se observa una tendencia a aumentar la diferencia entre la importancia y la frecuencia de la VMCI, posiblemente la razón se deba a que los profesionales cada vez tienen mas información sobre el tema, pero no es frecuente su diagnóstico.

Sin embargo, en el estudio de Valdés-Sánchez CA<sup>109</sup>, et al publicado en 2016, la diferencia se establece en menos del 5,0%, la razón puede deberse a que aunque la pregunta esta formulada en los mismos términos en todos los estudios, en este las opciones de respuesta son tres mientras que en el resto de los estudios son cuatro.

Solamente en el estudio de Siendones-Castillo R, et al<sup>107</sup>, publicado en 2002, sobre una muestra de profesionales de la Unidad de Urgencias del Hospital Comarcal Costa del

Sol de Marbella, el 89,5% de los profesionales sanitarios perciben que la VMCI es un problema muy importante, y el 94,2% como bastante o muy frecuente, esta divergencia en las respuestas emitidas por los profesionales se deba al momento en el que se realizó el estudio, en el que el problema de la VMCI no era percibido como un problema sanitario importante.

En el estudio objeto de esta investigación la percepción sobre la frecuencia del problema de la VMCI, existen relaciones de dependencia con las variables:

- Sexo ( $p=0,001$ ), lo que indica que las mujeres perciben el problema como mas frecuente (47,9%) que los hombres (20,1%).
- Categoría profesional ( $p=0,029$ ), es decir que del total de profesionales que refieren la VMCI como un problema bastante o muy frecuente, las/os enfermeras/os consideran el problema de la VMCI como mas frecuente (33,6%), que los médicos/as (30,5%).
- Tamaño de la población donde se localiza el centro de salud ( $p=0,01$ ), lo que quiere decir que los profesionales sanitarios que desarrollan sus funciones profesionales en centros de Salud ubicados en poblaciones de menos de 30.000 habitantes consideran que el problema de la VMCI es mas frecuente (60,2%), que los profesionales que trabajan en centros ubicados en poblaciones de mas de 30.000 habitantes (25,1%).

En cuanto a la percepción que los profesionales tienen sobre si las mujeres víctimas de VMCI comunican la situación que están sufriendo, el 98,5% de los profesionales encuestados, que trabajan en atención primaria del Área de Salud de Guadalajara, consideran que no lo comunican. Si comparamos estos datos con estudios cuyos resultados van en la misma línea:

- En el estudio realizado por Siendones-Castillo R, et al<sup>107</sup>, publicado en 2002, sobre una muestra de profesionales de la Unidad de Urgencias del Hospital Comarcal Costa del Sol de Marbella, el 100,0% de los profesionales sanitarios consideran que las mujeres no lo comunican.

- En el estudio realizado por Arredondo-Provecho AB, et al<sup>28</sup>, publicado en 2008, sobre una muestra de profesionales que trabajan en atención especializada del Área 8 de Salud de Madrid, el 93,2% de los profesionales sanitarios consideran que las mujeres no lo comunican.
- En el estudio realizado por Arredondo-Provecho AB, et al<sup>108</sup>, publicado en 2012, sobre una muestra de profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeras/os), de atención primaria del Área 8 de Salud de Madrid, el 92,9% de los profesionales sanitarios consideran que las mujeres no lo comunican.
- En el estudio realizado por Valdés-Sánchez CA<sup>109</sup>, et al publicado en 2016, y realizado con enfermeras de atención primaria de las Áreas de Salud IV (Oviedo) y V (Gijón) del Principado de Asturias, un 97,4% de las/os enfermeras/os, consideran que las mujeres no lo comunican.

Se observa en todos los estudios datos que confirman que habitualmente las mujeres víctimas de VMCI no comunican su problema a los profesionales sanitarios, sino que en sus demandas sanitarias suelen quejarse de otro tipo de dolencias, pasando desapercibida la situación real de la mujer.

Si consideramos si los profesionales sanitarios conocen casos de VMCI en su entorno cercano, el 61,4% de los profesionales encuestados, que trabajan en atención primaria del Área de Salud de Guadalajara, afirma que conoce algún caso. Si comparamos estos datos con el estudio realizado por Arredondo-Provecho AB, et al<sup>108</sup>, publicado en 2012, sobre una muestra de profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeras/os), de atención primaria del Área 8 de Salud de Madrid, el 61,9% de los profesionales sanitarios afirma que conoce algún caso. Ambos estudios son muy similares en cuanto a los resultados. Mientras que en el estudio realizado por Arredondo-Provecho AB, et al<sup>28</sup>, publicado en 2008, sobre una muestra de profesionales que trabajan en atención especializada del Área 8 de salud de Madrid, solamente el 32,9% de los profesionales sanitarios afirma que conoce algún caso, posiblemente esto es debido a que en el año en el que se realizó el estudio, 2006, el problema de la VMCI no era un problema en el que se considerase, por parte de las mujeres, la posibilidad de hacerlo público.

Atendiendo a la percepción que los profesionales tienen sobre las causas de la infradetección, los encuestados que trabajan en atención primaria del Área de Salud de Guadalajara, indican en un 72,6% que se mejoraría y se ayudaría mas si se optimizan los recursos y la coordinación entre profesionales implicados, y en un 19,3% que el problema de la infradetección podría mejorarse si las mujeres víctimas de la VMCI tuvieran un cambio de actitud y solicitaran mas ayuda. Si comparamos estos datos con estudios cuyos resultados van en la misma línea:

- En el estudio realizado por Siendones-Castillo R, et al<sup>107</sup>, publicado en 2002, sobre una muestra de profesionales de la Unidad de Urgencias del Hospital Comarcal Costa del Sol de Marbella, el 58,5% piensa que se mejoraría y se ayudaría mas si se optimizan los recursos y la coordinación entre profesionales implicados, y el 41,5% de los profesionales sanitarios piensan que el problema de la infradetección podría mejorarse si las mujeres víctimas de la VMCI tuvieran un cambio de actitud y pidiesen mas ayuda.
- En el estudio realizado por Arredondo-Provecho AB, et al<sup>28</sup>, publicado en 2008, sobre una muestra de profesionales que trabajan en atención especializada del Área 8 de Salud de Madrid, indican en un 74,4% que se mejoraría y se ayudaría mas si se optimizan los recursos y la coordinación entre profesionales implicados, y en un 17,5% que el problema de la infradetección podría mejorarse si las mujeres víctimas de la VMCI tuvieran un cambio de actitud y solicitaran mas ayuda.
- En el estudio realizado por Arredondo-Provecho AB, et al<sup>108</sup>, publicado en 2012, sobre una muestra de profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeras/os), de atención primaria del Área 8 de Salud de Madrid, indican en un 76,0% que se mejoraría y se ayudaría mas si se optimizan los recursos y la coordinación entre profesionales implicados, y en un 20,3% que el problema de la infradetección podría mejorarse si las mujeres víctimas de la VMCI tuvieran un cambio de actitud y solicitaran mas ayuda.

Como se observa en estos estudios, la mayoría de profesionales de la salud consideran que el problema de la infradetección se debe a la descoordinación de los recursos materiales y/o humanos y no a la actitud que mantienen las mujeres víctimas de la VMCI. En el estudio de Siendones-Castillo R, et al<sup>107</sup>, publicado en 2002, debido posiblemente al momento en el que se realizó, casi la mitad de los profesionales consideran que las mujeres víctimas de la VMCI son responsables de la infradetección, mientras que en el resto de los estudios son menos de la quinta parte de los profesionales quienes consideran a la mujer responsable de la infradetección

#### **11.4. Actuación de los/as Profesionales de la Salud ante la Mujer Víctima de Violencia Ejercida por su Pareja**

Sobre si los profesionales, durante el ejercicio de sus funciones profesionales, mantienen una actitud expectante para detectar los casos de VMCI, y se plantean que ante una mujer con lesiones físicas, esta puede ser víctima de VMCI, los encuestados que trabajan en atención primaria del Área de Salud de Guadalajara, un 71,8% indican que se mantienen expectantes, y un 71,1% se plantean, ante una mujer con lesiones físicas, la VMCI como diagnóstico diferencial. Si comparamos estos datos con estudios cuyos resultados van en la misma línea:

- En el estudio realizado por Siendones-Castillo R, et al<sup>107</sup>, publicado en 2002, sobre una muestra de profesionales de la Unidad de Urgencias del Hospital Comarcal Costa del Sol de Marbella, el 60,0% indican que se mantienen expectantes, y un 34,0% se plantean, ante una mujer con lesiones físicas, la VMCI como diagnóstico diferencial.
- En el estudio realizado por Arredondo-Provecho AB, et al<sup>28</sup>, publicado en 2008, sobre una muestra de profesionales que trabajan en atención especializada del Área 8 de Salud de Madrid, el 60,2% indican que se mantienen expectantes, y un

73,8% se plantean, ante una mujer con lesiones físicas, la VMCI como diagnóstico diferencial.

- En el estudio realizado por Arredondo-Provecho AB, et al<sup>108</sup>, publicado en 2012, sobre una muestra de profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeras/os), de atención primaria del Área 8 de Salud de Madrid, el 60,2% indican que se mantienen expectantes, y un 69,9% se plantean, ante una mujer con lesiones físicas, la VMCI como diagnóstico diferencial.
- En el estudio realizado por Valdés-Sánchez CA<sup>109</sup>, et al publicado en 2016, y realizado con enfermeras de atención primaria de las Áreas de Salud IV (Oviedo) y V (Gijón) del Principado de Asturias, el 64,9% indican que se mantienen expectantes, y un 71,9% se plantean, ante una mujer con lesiones físicas, la VMCI como diagnóstico diferencial.

Como se observa en los diferentes estudios, solamente en el estudio de Siendones-Castillo R, et al<sup>107</sup>, publicado en 2002, casi el doble de los profesionales afirman mantenerse expectantes que plantearse el diagnóstico diferencial, en el resto de los estudios prácticamente es igual el número de profesionales que se mantienen expectantes y que se plantean el diagnóstico diferencial. posiblemente esto es debido a que los profesionales en el momento actual están mas formados sobre el tema.

En el estudio objeto de esta investigación se encuentra una relación de dependencia entre la Categoría Profesional y el planteamiento del diagnóstico diferencial, ante una mujer con lesiones físicas, ( $p=0,000$ ), dentro de aquellos que si poseen esta actitud, son los profesionales médicos quienes en mayor número, 42,8% del total de profesionales, se plantea el diagnóstico diferencial de VMCI, ante mujeres con lesiones físicas, frente al 28,2% del total que presentan los enfermeras/os.

Atendiendo a cuáles son profesionales que están implicados en la identificación y solución del problema de la VMCI, los encuestados que trabajan en atención primaria del Área de Salud de Guadalajara, indican en un 97,7% que debe ser una labor todos/as y, por lo tanto, compromete a la policía, jueces y juezas, psicólogos/as,

trabajadores/as sociales y los propios profesionales sanitarios. Si comparamos estos datos con estudios cuyos resultados van en la misma línea:

- En el estudio realizado por Siendones-Castillo R, et al<sup>107</sup>, publicado en 2002, sobre una muestra de profesionales de la Unidad de Urgencias del Hospital Comarcal Costa del Sol de Marbella, el 84,1% indican que debe ser una labor de todos/as.
- En el estudio realizado por Arredondo-Provecho AB, et al<sup>28</sup>, publicado en 2008, sobre una muestra de profesionales que trabajan en atención especializada del Área 8 de Salud de Madrid, el 90,9% indican que debe ser una labor de todos/as.
- En el estudio realizado por Arredondo-Provecho AB, et al<sup>108</sup>, publicado en 2012, sobre una muestra de profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeras/os), de atención primaria del Área 8 de Salud de Madrid, el 93,8% indican que debe ser una labor de todos/as.
- En el estudio realizado por Valdés-Sánchez CA<sup>109</sup>, et al publicado en 2016, y realizado con enfermeras de atención primaria de las Áreas de Salud IV (Oviedo) y V (Gijón) del Principado de Asturias, el 95,6% indican que debe ser una labor de todos/as.

Posiblemente que en el estudio de Siendones-Castillo R, et al<sup>107</sup>, publicado en 2002, los profesionales de la salud, que consideran que la identificación y solución del problema, sean menos del 90,0% se deba a que este estudio es anterior a la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género<sup>19</sup>, en la que se establecen las responsabilidades de los diferentes profesionales implicados.

Sobre si hay consenso en la actuación de los/as profesionales que participan en la atención de la mujer víctima de la VMCI, los encuestados que trabajan en atención primaria del Área de Salud de Guadalajara, indican en un 56,4% que la actuación normalmente no está consensuada. Si comparamos estos datos con los estudios de Arredondo-Provecho AB, publicados en 2008 y 2012, sobre una muestra de

profesionales del Área 8 de Salud de Madrid, el estudio sobre profesionales de atención especializada un 76,1% indican que la actuación normalmente no está consensuada, y el estudio del 2012 realizado en atención primaria indican en un 53,1% que la actuación normalmente no está consensuada. Posiblemente el que el estudio de 2008 indique una cifra mas alta se deba a que son profesionales que trabajan en atención especializada y la fecha en la que se realizó el estudio no existía el protocolo de atención a la mujer víctima de VMCI.

En cuanto a la consideración de los profesionales de la salud sobre la importancia de tener formación específica sobre VMCI, los encuestados que trabajan en atención primaria del Área de Salud de Guadalajara, indican en un 95,8% que es bastante o muy importante tener formación específica. Si comparamos estos datos con otros estudios similares, en los estudios de Arredondo-Provecho AB, publicados en 2008 y 2012, sobre una muestra de profesionales del Área 8 de salud de Madrid, no se cuantifica si es importante la formación específica sobre VMCI, pero en todos ellos los autores indican que los profesionales reclaman formación sobre el tema. En el estudio realizado por Valdés-Sánchez CA<sup>109</sup>, et al publicado en 2016, y realizado con enfermeras de atención primaria de las Áreas de Salud IV (Oviedo) y V (Gijón) del Principado de Asturias, el 63,2% indican la falta de formación específica como el principal problema a la hora de detectar casos de VMCI, y un 57,9 considera los cursos de formación como principal propuesta para mejorar en la detección de casos.

En el estudio objeto de esta investigación se encuentra una relación de dependencia con el sexo de los/as profesionales encuestados ( $p=0,002$ ), es decir del total de profesionales, las mujeres que opinan que es bastante o muy importante (68,3%) son mas que los hombres (27,4%).



## 11.5. Conclusiones

La presente investigación pretende avanzar en el estudio del nivel de sensibilización y del papel que en la detección precoz tienen los profesionales de la salud ante la VMCI, para ello, se procedió a analizar el nivel de conocimientos, las creencias, las percepciones y las actitudes de los profesionales sanitarios que trabajan en atención primaria de Área de Salud de Guadalajara, en función de la categoría profesional, el sexo, la edad, la experiencia laboral, si viven o han vivido en pareja y el centro de salud en el que trabajan estratificado por el número de habitantes donde está ubicado el centro. Se exponen a continuación las conclusiones más relevantes:

1. Sobre los conocimientos del personal sanitario ante la violencia contra las mujeres ejercida por sus parejas:
  - Demuestran tener un mayor nivel de conocimientos los profesionales médicos que los profesionales enfermeros, no se cumple la hipótesis 1.1.
  - Tienen un mayor nivel de conocimientos las médicas y enfermeras que los médicos y enfermeros, se cumple la hipótesis 1.2.
  - Demuestran mayor nivel de conocimientos los/as profesionales de mas de 45 años, se cumple la hipótesis 1.3.
  - Demuestran mayor nivel de conocimientos los/as profesionales con mas experiencia laboral, se cumple la hipótesis 1.4.
  - Demuestran mayor nivel de conocimientos los/as profesionales que viven o han vivido en pareja, se cumple la hipótesis 1.5.
  - Demuestran mayor nivel de conocimientos los/as profesionales que trabajan en centros de salud localizados en poblaciones con menor número de habitantes, no se cumple la hipótesis 1.6.

2. Sobre las creencias del personal sanitario ante la violencia contra las mujeres ejercida por su pareja:

- La categoría profesional no influye en los estereotipos que los profesionales sanitarios tienen, no se cumple la hipótesis 2.1.
- Tienen menos estereotipos las profesionales mujeres que los profesionales hombres, se cumple la hipótesis 2.2.
- La edad y la experiencia laboral no influye en los estereotipos que los profesionales sanitarios tienen, no se cumplen las hipótesis 2.3 y 2.4.
- Tienen menos estereotipos las/os profesionales que viven o han vivido en pareja, se cumple la hipótesis 2.5.
- La localización del centro de salud no influye en los estereotipos que los profesionales sanitarios tienen, no se cumple la hipótesis 2.6.

3. Sobre la percepción del personal sanitario ante el problema de la violencia contra las mujeres ejercida por sus parejas:

- Perciben la violencia contra la mujer como un problema de salud, mayor número de profesionales de enfermería que profesionales de medicina, se cumple la hipótesis 3.1.
- Perciben la violencia contra la mujer como un problema de salud, mayor número de profesionales mujeres que profesionales hombres, se cumple la hipótesis 3.2.
- La edad, la experiencia laboral y vivir o haber vivido en pareja no influye en los estereotipos que los profesionales sanitarios tienen no se cumplen las hipótesis 3.3, 3.4 y 3.5.
- Perciben la violencia contra la mujer como un problema de salud, mayor número de profesionales que trabajan en centros de salud localizados en

poblaciones con menos número de habitantes, no se cumple la hipótesis 3.6.

4. Sobre la actitud de los profesionales de la salud, ante la violencia contra las mujeres ejercida por sus parejas:

- Están mas expectantes ante la detección de violencia contra la mujer los profesionales de la medicina que los de la enfermería, no se cumple la hipótesis 4.1.
- Están mas expectantes ante la detección de violencia contra la mujer las enfermeras y médicas que los enfermeros y médicos, se cumple la hipótesis 4.2.
- La edad, la experiencia laboral, vivir o haber vivido en pareja y la localización de los centros de salud, no influye en si los profesionales sanitarios están mas expectantes ante la detección de la violencia contra la mujer, no se cumplen las hipótesis 4.3, 4.4, 4.5 y 4.6.

5. Sobre la detección de casos de VMCI asociado al nivel de conocimientos, creencias, percepción y actuación de los profesionales de la salud:

- La detección de casos de VMCI está relacionada con los elementos que conforman las áreas de percepción y de conocimientos.
- La detección de casos de VMCI no está relacionada con los elementos que conforman las áreas de de creencias y actuación

6. Sobre el conocimiento del protocolo de actuación asociado con percepción, creencias y actuación de los/as profesionales sanitarios:

- La variable conocimiento del protocolo de actuación está relacionada con los elementos que conforman el área de percepción.

- La variable conocimiento del protocolo de actuación no está relacionada con los elementos que conforman las áreas de conocimientos, actuación o creencias
7. Sobre la relación entre casos detectados de VMCI y el tipo de localidad donde están ubicados los centros de salud en los que trabajan los/as profesionales sanitarios, no puede establecerse ninguna diferencia.

### **11.6. Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación**

Como limitaciones de este estudio, además de las propias del diseño transversal de la investigación, sería necesario tener en cuenta:

- En primer lugar, el estudio se centra en los/as profesionales sanitarios que trabajan en atención primaria, lo que limita la generalización de los resultados en otros entornos clínicos.
- En segundo lugar, las/os matronas/es se incluyeron dentro del grupo de enfermeras/os, debido al bajo número de participantes, lo que imposibilita establecer un grupo de estudio independiente, que podría ser importante dada la relación que estas/os profesionales tienen con la mujer.
- Habría sido interesante investigar sobre la formación previa de los/as profesionales sanitarios sobre VMCI, con el fin de identificar con mas precisión la relación con las respuestas obtenidas. La mayoría de los/as profesionales señalan la importancia de la formación específica.

Como posibles líneas de investigación, sería interesante estudiar con profundidad la violencia psicológica, ya que según todos los estudios es la mas prevalente, así como, abordan los/as profesionales de la salud estas situaciones. También sería pertinente profundizar en las posibles secuelas de los hijos e hijas de las mujeres que sufren VMCI.

Ante la importancia que los/as profesionales sanitarios afirman que tiene la actuación coordinada de todos/as los/as profesionales implicados en la atención a la mujer que sufre VMCI, sería oportuno conocer como son realmente esas relaciones y si se atienen a los protocolos de coordinación.



---

## Referencias Bibliográficas

---

---





- (1) WHO. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud-Oficina Regional para las Américas de la organización Mundial de la Salud; 2002. [consultado 7 febrero 2013]. Disponible en: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf).
- (2) DRAE. Diccionario de la Real Academia Española. [consultado 3 Julio 2015]. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>
- (3) Sanmartín J. el laberinto de la violencia: causas, tipos y efectos Barcelona: Ariel; 2004.
- (4) Sanmartín J. ¿que es esa cosa llamada violencia? Diario de Campo. Instituto Nacional De Antropología e Historia (INAH). 2006 nov/dic; suplemento (40). [consultado 15 febrero 2015]. Disponible en: [http://online.ucv.es/resolucion/files/que\\_es\\_esa\\_cosa\\_llamada\\_violencia.pdf](http://online.ucv.es/resolucion/files/que_es_esa_cosa_llamada_violencia.pdf)
- (5) Blair Trujillo E. Aproximación teórica al concepto de violencia: avatares de una definición. Política y cultura. 2009 otoño;(32). [consultado 15 febrero 2015]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-77422009000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-77422009000200002&script=sci_arttext).
- (6) APA. Resolution On Male Violence Against Women. Washington, DC: American Psychological Association; 2008. [consultado 15 febrero 2015]. Disponible en: <http://www.apa.org/about/policy/male-violence.aspx>.
- (7) Incháustegui T, Olivares E. Modelo ecológico para una vida libre de violencia de género. Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres gobierno de México. 2011. [consultado 3 febrero 2013]. Disponible en: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/lgamv/v/MoDecoFinalPDF.pdf>.

- (8) Krantz G, García-Moreno C. Violence against women. *Journal of epidemiology and community health*. 2005 September; 59(10). [consultado 3 febrero 2013]. Disponible en: <http://jech.bmj.com/content/jech/59/10/818.full.pdf>
- (9) ONU. Poner fin a la violencia contra la mujer: de las palabras a los hechos. Estudio del Secretario General ONU; 2006. [consultado 3 febrero 2013]. Disponible en: [http://www.un.org/womenwatch/daw/public/VAW\\_Study/VAW-Spanish.pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/public/VAW_Study/VAW-Spanish.pdf)
- (10) ONU. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. (Res. A.G. 48/104). Nueva York: ONU; 1994. [consultado 3 febrero 2013]. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
- (11) ONU. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. A/CONF.177/20/Rev.1. Nueva York: ONU; 1995. [consultado 3 febrero 2013]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>.
- (12) Consejo de Europa. El Consejo de Europa y la Violencia de Género. Documentos en el marco de la Campaña Paneuropea para combatir la Violencia contra Mujeres (2006-2008). Ministerio de Igualdad. Subdirección General de Cooperación y Relaciones Institucionales. Madrid; 2009. [consultado 3 febrero 2013]. Disponible en: [http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/libro4\\_consejoeuropa.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/libro4_consejoeuropa.pdf)
- (13) WHO, Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council.

- Global and regional estimates of violence against women. Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence Geneva: WHO; 2013. [consultado 3 febrero 2013]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1)
- (14) Vives-Cases C. Un modelo ecológico integrado para comprender la violencia contra las mujeres. *Feminismo/s*. 2011 Diciembre;(18). [consultado 15 febrero 2015]. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/25506/1/Feminismos\\_18\\_16.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/25506/1/Feminismos_18_16.pdf)
- (15) Alencar-Rodrigues R, Cantera L. Violencia de género en la pareja: una revisión teórica. *Psico*. 2012 Enero/marzo; 43(1). [consultado 3 febrero 2013]. Disponible en: [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37574106/violencia\\_de\\_genero.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1487579889&Signature=Kzu%2FtR%2B38ZesHAY2Zwgu%2Fbhdivi0%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DViolencia de Genero en la Pareja.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37574106/violencia_de_genero.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1487579889&Signature=Kzu%2FtR%2B38ZesHAY2Zwgu%2Fbhdivi0%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DViolencia+de+Genero+en+la+Pareja.pdf)
- (16) García 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. [consultado 3 febrero 2013]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/811/9789275327166.pdf?sequence=1>
- (17) Consejo de Europa. Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Estambul; 2011. [consultado 15 febrero 2015]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/ssi/igualdadOportunidades/internacional/consejo\\_eu/CAHVIO.pdf](http://www.msssi.gob.es/ssi/igualdadOportunidades/internacional/consejo_eu/CAHVIO.pdf)

- (18) Comisión Europea. 100 palabras para la igualdad. Glosario de términos relativos a la igualdad entre mujeres y hombres Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 1998. [consultado 3 febrero 2013]. Disponible en: [file:///C:/Users/user/Downloads/CE1097162ESC\\_001%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/CE1097162ESC_001%20(1).pdf)
- (19) Ley orgánica 1/2004, de medidas de protección integral contra la violencia de género Boletín Oficial del Estado (BOE). 28 diciembre 2004. [consultado 3 febrero 2013]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>
- (20) Walker L. The battered women Nueva York: Harper and Row; 1979.
- (21) Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Guía de apoyo en Atención Primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Madrid; Marzo 2008. [consultado 20 julio 2016]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DGUIA-VPM.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352861196207&ssbinary=true>
- (22) Pico-Alfonso MA, Echeburúa E, Martínez M. Personality Disorder Symptoms in Women as a Result of Chronic Intimate Male Partner Violence. Journal of Family Violence. 2008 October; 23(7). [consultado 3 febrero 2013]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10896-008-9180-9>
- (23) Eberhard-Gran, Schei, Eskild A. Somatic Symptoms and Diseases are more Common in Women Exposed to Violence. Journal of General Internal Medicine. 2007 December; 22(12). [consultado 15 febrero 2015]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-007-0389-8>

- (24) OMS. Estudio Multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe. Ginebra: Departamento Género, Mujer y Salud; 2005. [consultado 3 febrero 2013]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43390/1/924359351X\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43390/1/924359351X_spa.pdf)
- (25) Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Vives-Cases C. Violencia contra la mujer. Consecuencias para la salud, sociales, económicas y repercusión en los servicios de salud y en los profesionales. Revista clínica electrónica en atención primaria. 2007 Marzo; Violencia domestica (12). [consultado 3 febrero 2013]. Disponibles en: [https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap\\_a2007m3n12/rceap\\_a2007m3n12a4.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2007m3n12/rceap_a2007m3n12a4.pdf)
- (26) OPS/OMS. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Hojas informativas. Washington, DC: OPS; 2013. [consultado 15 febrero 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw\\_series/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/es/)
- (27) Ruiz-Navarro M. ¿Somos los profesionales sanitarios una barrera para la detección de la violencia de género? Enfermería Integral. 2011 marzo;(93). [consultado 15 febrero 2015]. Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/93/ENF-INTEG-93.pdf>
- (28) Arredondo-Provecho AB, Del Pliego-Pilo G, Nadal-Rubio M, Roy-Rodríguez R. Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. Enfermería Clínica. 2008 Julio; 18(4). [consultado 3 febrero 2013]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-conocimientos-opiniones-los-profesionales-salud-S1130862108721922>

- (29) Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012. Madrid: Centro de publicaciones; 2012. [consultado 15 mayo 2015]. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>
- (30) Michele C. Black. Intimate Partner Violence and Adverse Health Consequences. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2011 June; 5(5). [consultado 3 febrero 2013]. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1559827611410265>
- (31) Montero I, Ruiz-Pérez I, Martín-Baena D, Talavera M, Escribà-Agüir V, Vives-Cases C. Violence Against Women from Different Relationship Contexts and Health Care Utilization in Spain. *Women's Health Issues*. 2011 September–October; 21(5). [consultado 3 febrero 2013]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1049386711000879>
- (32) Vives-Cases C, Ruiz-Cantero MT, Escribà-Agüir V, Miralles JJ. The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. *J Public Health*. 2011; 33(1). [consultado 3 febrero 2013]. Disponible en: <https://academic.oup.com/jpubhealth/article-lookup/doi/10.1093/pubmed/fdq101>
- (33) Bonomi AE ea. Health care utilization and costs associated with physical and Nonphysical-Only Intimate Partner Violence. *Health Services Research*. 2009 June; 44(3). [consultado 15 febrero 2015]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-6773.2009.00955.x/full>
- (34) EUROPEAN COMMISSION. Estimating the costs of gender-based violence in the European Union. Luxembourg; European Institute for Gender Equality (EIGE); 2014. [consultado 8 octubre 2016]. Disponible en: <http://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/MH0414745EN2.pdf>

- (35) Martínez-Martín MI, Sánchez-Galindo M. Los costes sociales y económicos de la violencia contra las mujeres en Andalucía. Hacia una metodología comprensiva del fenómeno. Documentación Social. Dedicado a Violencia y Sociedad 2003; (131). [consultado 8 octubre 2016]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=801275>
- (36) Hernández MJ, Sanmartín J, Martínez P, Molina A. Costes de la violencia de género en las relaciones de pareja. Comunitat Valenciana. Serie documentos: 10. Valencia: Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia; 2006. [consultado 8 octubre 2016]. Disponible en: [https://igualdade.xunta.gal/sites/default/files/files/documentos/INFORME\\_COSTES\\_DE\\_LA\\_VIOLENCIA\\_DE\\_GENERO-VALENCIA%5B1%5D.pdf](https://igualdade.xunta.gal/sites/default/files/files/documentos/INFORME_COSTES_DE_LA_VIOLENCIA_DE_GENERO-VALENCIA%5B1%5D.pdf)
- (37) Pérez-Cepeda AI, Benito-Sánchez D. Estudio de los instrumentos existentes para medir la delincuencia. Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología. 2013;(15-08). [consultado 15 febrero 2015]. Disponible en: <http://criminnet.ugr.es/recpc/15/recpc15-08.pdf>
- (38) Aebi MF, Linde A. Las encuestas de victimización en Europa. Evolución histórica y situación actual. UNED Revista de Derecho Penal y Criminología. 2010; 3ª Época (3). [consultado 15 febrero 2015]. Disponible en: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:revistaDerechoPenalyCriminologia-2010-3-5060/Documento.pdf>
- (39) FRA. Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Violencia de género contra las mujeres. Una encuesta a escala de la UE. Resumen de las Conclusiones. Unión Europea. Viena; 2014. [consultado 15 febrero 2015]. Disponible en: [file:///C:/Users/user/Downloads/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14\\_es.pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_es.pdf)
- (40) Loinaz I, Echeburúa E, Ortiz-Tallo M, Amor PJ. Propiedades psicométricas de la Conflict Tactics Scales (CTS-2) en una muestra española de agresores de

- pareja. *Psicothema*. 2012; 24(1). [consultado 15 febrero 2015]. Disponible en: <http://www.psychothema.com/pdf/3991.pdf>
- (41) De Miguel-Luken V. Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015. Delegación Gobierno para la Violencia de Género. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2015. [consultado 8 octubre 2016]. Disponible en: [http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro\\_22\\_Macroencuesta2015.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf)
- (42) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal estadístico de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. [consultado 3 diciembre 2016]. Disponible en: <http://estadisticasviolenciagenero.msssi.gob.es/>
- (43) Zurita-Bayona J. La lucha contra la violencia de Género. Seguridad y Ciudadanía: Revista del Ministerio del Interior. 2013 Enero-Junio;(9). [[consultado 8 octubre 2016]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DLA+LUCHA+CONTRA+LA+VIOLENCIA+DE+G%3%89NERO+.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352838078131&ssbinary=true>
- (44) Ruiz-Rodríguez I, Bermejo-Batanero F. Una alcaláina frente al mundo. El divorcio de Francisca de Pedraza. Yebes: Bornoba; 2015.
- (45) ONU MUJERES. Centro Virtual de Conocimiento para poner fin a la Violencia contra las Mujeres y las Niñas. Principales leyes, instrumentos y acuerdos internacionales y regionales [Online]; 2012 [[consultado 15 febrero 2015]. Disponible en: <http://www.endvawnow.org/es/articles/1125-principales-leyes-instrumentos-y-acuerdos-internacionales-y-regionales.html>



- (46) Delegación del gobierno para la Violencia de Género. Estrategia Nacional para la erradicación de la Violencia contra la Mujer (2013-2016). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.; 2013. [consultado 8 octubre 2016]. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/planActuacion/estrategiaNacional/docs/EstrategiaNacionalCastellano.pdf>
- (47) ONU. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Paris: Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 217 A (III); 1948. [consultado 8 octubre 2016]. Disponible en: [http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf)
- (48) ONU. Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). (Res. A.G. 34/68). Nueva York: ONU; 1979. [consultado 8 octubre 2016]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw25years/content/spanish/Convention-CEDAW-Spanish.pdf>
- (49) Instrumento de Ratificación de 16 de diciembre de 1983 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, hecha en Nueva York el 18 de diciembre de 1979. BOE núm. 69, (21/03/1984). [consultado 8 octubre 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-6749>
- (50) Comins-Mingol I. Los Derechos humanos y la eliminación de la violencia contra la mujer. Tiempo de Paz. 2008;(90). [consultado 8 octubre 2016]. Disponible en: <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/22429>
- (51) ONU. Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing. Beijing 1995. [consultado 3 febrero 2013]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>

- (52) Unión Europea. Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. 2000. [consultado 8 octubre 2016]. Disponible en: [http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_es.pdf](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf)
- (53) Consejo de Europa. Decisión marco del Consejo relativa al estatuto de la víctima en el proceso penal. 2001. [consultado 15 febrero 2015]. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2001:082:0001:0004:ES:PDF>
- (54) Unión Europea. Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea. 2002. [consultado 15 febrero 2015]. Disponible en: [https://www.boe.es/legislacion/enlaces/documentos/ue/Trat\\_EC\\_consol.pdf](https://www.boe.es/legislacion/enlaces/documentos/ue/Trat_EC_consol.pdf)
- (55) Constitución Española. (BOE núm. 311, 29 de diciembre de 1978). [consultado 3 febrero 2013]. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-31229](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-31229)
- (56) Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros. BOE núm. 234, (30/9/2003). [consultado 3 febrero 2013]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-18088>
- (57) Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE núm. 71, (23/3/2007). [consultado 3 febrero 2013]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-6115>
- (58) Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito. BOE núm. 101, (28/04/2015). [consultado 8 octubre 2016]. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-4606](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-4606)
- (59) Secretaria General de Políticas de Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Guía de los Derechos de las Mujeres Víctimas de

Violencia de Género. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. [consultado 3 diciembre 2016]. Disponible en: [http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/informacionUtil/derechos/docs/Guia\\_de\\_derechos\\_2016.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/informacionUtil/derechos/docs/Guia_de_derechos_2016.pdf)

- (60) Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE núm. 281, (24/11/1995). Vigencia desde 24 de Mayo de 1996. Esta revisión vigente desde 28 de Octubre de 2015. [consultado 8 octubre 2016]. Disponible en: [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Penal/lo10-1995.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/lo10-1995.html)
- (61) Ley Orgánica 9/1982, de 10 de agosto, de Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha. BOE núm. 195, (16/08/1982). [consultado 8 octubre 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1982-20820>
- (62) Ley 5/2001, de 17-05-2001, de prevención de malos tratos y de protección a las mujeres maltratadas. Presidencia De La Junta De Comunidades De Castilla-La Mancha. DOCM núm. 61, (22/05/2001) y BOE núm. 148, (21/06/2001). [consultado 8 octubre 2016]. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2001-11889](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2001-11889)
- (63) Decreto 38/2002, de 12-03-2002, de las Consejerías de Bienestar Social e Industria y Trabajo, para la aplicación de la Ley 5/2001, de 17 de mayo, de prevención de malos tratos y de protección a las mujeres maltratadas. DOCM núm. 32, (15/03/2002). [consultado 8 octubre 2016]. Disponible en: [http://www.nodo50.org/mpadilla/leyes/Decreto38-2002\\_aplicaci\\_nLey5-2001\\_CLM.pdf](http://www.nodo50.org/mpadilla/leyes/Decreto38-2002_aplicaci_nLey5-2001_CLM.pdf)
- (64) Ley 12/2010, de 18 de noviembre, de Igualdad entre Mujeres y Hombres de Castilla La Mancha. PRESIDENCIA DE LA JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA LA MANCHA. DOCM núm. 228, (25/11/2010) y BOE núm. 37, (12/02/2011). [consultado 8 octubre 2016]. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-2708](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-2708)

- (65) Secretaria General de Políticas de Igualdad. Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer. Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006. [consultado 3 febrero 2013]. Disponible en: [http://www.cop.es/GT/Plan\\_nacional\\_sensibilizacion\\_prevencion\\_violencia\\_genero.pdf](http://www.cop.es/GT/Plan_nacional_sensibilizacion_prevencion_violencia_genero.pdf)
- (66) Secretaria General de Políticas de Igualdad. Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer. Plan de atención y prevención de la violencia de género en la población extranjera inmigrante (2009-2012). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. [consultado 8 octubre 2016]. Disponible en: [http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/planActuacion/otrasMedidas/pdf/Plan\\_atencion\\_prevencion\\_violencia\\_genero\\_poblacion\\_extranjera\\_inmigrante\(2009\\_2012\).pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/planActuacion/otrasMedidas/pdf/Plan_atencion_prevencion_violencia_genero_poblacion_extranjera_inmigrante(2009_2012).pdf)
- (67) Instituto de la Mujer. Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2014-2016. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [consultado 3 diciembre 2016]. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/actualidad/PEIO/docs/PEIO2014-2016.pdf>
- (68) Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar. Actualizado a la intervención en los supuestos de menores de edad víctimas de violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.; 2014. [consultado 3 diciembre 2016]. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/educativo/protocolos/docs/MaltratoInfantil.pdf>
- (69) Secretaría General de Políticas de Igualdad; Asociación para la Autorregulación de la Comunicación Comercial (AUTOCONTROL). Acuerdo para el fomento de la autorregulación de la actividad publicitaria. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007. [consultado 8 octubre 2016].

Disponible en:  
<http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/publicidadYMedios/protocolos/docs/Acuerdo autorregulacion actividad publicitaria Asociacion Autorregulacion Comunicacion Comercial.pdf>

- (70) Secretaría General de Políticas de Igualdad; Instituto de la Mujer. Protocolo de constitución de la Comisión Asesora de la Imagen de las Mujeres en la Publicidad y los Medios de Comunicación. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007. [consultado 3 febrero 2013]. Disponible en:  
<http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/publicidadYMedios/protocolos/docs/Protocolo constitucion Comision Asesora Imagen Mujeres Publicidad y Medios Comunicacion.pdf>
- (71) Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Protocolo de derivación entre las Comunidades Autónomas para la coordinación de sus redes de centros de acogida para las mujeres víctimas de la violencia de género y de sus hijos e hijas. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. [consultado 15 julio 2015]. Disponible en:  
<http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/asistenciaSocial/protocolos/pdf/ProtocoloAutonomicoDerivacionCasasAcogida.pdf>
- (72) Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Propuesta de pautas para la intervención integral e individualizada con mujeres víctimas de violencia de género, sus hijos e hijas y otras personas a su cargo. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. [consultado 18 octubre 2016]. Disponible en:  
<http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/asistenciaSocial/protocolos/pdf/Punto5PropuestaPAI.pdf>
- (73) Comité Técnico de la Comisión Nacional de Coordinación de la Policía Judicial. Protocolo de actuación del sistema de seguimiento por medios

telemáticos del cumplimiento de las medidas y penas de alejamiento en materia de violencia de género. Madrid: Ministerio de Justicia; 2013. [consultado 18 octubre 2016]. Disponible en: <file:///C:/Users/user/Downloads/20140210%20Protocolo%20VG%20%E2%80%93%20Seguimiento%20telem%C3%A1tico%20cumplimiento%20de%20medidas.pdf>

- (74) Secretaria de Estado de Seguridad. Protocolo para la valoración policial del nivel de riesgo de violencia de género y gestión de seguridad de las víctimas. Instrucción 7/16. Madrid: Ministerio del Interior; 2016. [consultado 18 octubre 2016]. Disponible en: <file:///C:/Users/user/Downloads/20160823%20Instrucci%C3%B3n%207-2016%20Secretar%C3%ADa%20de%20Estado%20de%20Seguridad.pdf>
- (75) Secretaria de Estado de Seguridad. Protocolo de actuación y coordinación de fuerzas y cuerpo de seguridad del Estado y de Abogados y Abogadas ante la violencia de género. Madrid: Ministerio del Interior; 2007. [consultado 18 octubre 2016]. Disponible en: [http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/seguridad/protocolos/pdf/Protocolo\\_Actuacion\\_Coordinacion\\_Fuerzas\\_Cuerpos\\_Seguridad\\_Estado\\_Abogados\\_Abogadas\\_mejorar\\_asistencia\\_juridica.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/seguridad/protocolos/pdf/Protocolo_Actuacion_Coordinacion_Fuerzas_Cuerpos_Seguridad_Estado_Abogados_Abogadas_mejorar_asistencia_juridica.pdf)
- (76) Consejo General del Poder Judicial. Protocolo para la implementación de la orden de protección de las víctimas de violencia de género. Madrid: Ministerio del Interior; 2003. [consultado 18 octubre 2016]. Disponible en: <file:///C:/Users/user/Downloads/Protocolo%20para%20la%20implantaci%C3%B3n%20de%20la%20orden%20de%20protecci%C3%B3n%20de%20las%20v%C3%ADctimas.pdf>
- (77) Comisión Técnica de la Comisión Nacional de Coordinación de la Policía Judicial. Protocolo de actuación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad con los Órganos Judiciales y el Ministerio Fiscal para la protección de las víctimas de violencia doméstica y de género. Madrid: Ministerio del Interior; 2005.

- [consultado 10 noviembre 2016]. Disponible en: [http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/seguridad/protocolos/pdf/Protocolo\\_Actuacion\\_Fuerzas\\_Cuerpos\\_Seguridad\\_Coordinacion\\_Organos\\_Judiciales.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/seguridad/protocolos/pdf/Protocolo_Actuacion_Fuerzas_Cuerpos_Seguridad_Coordinacion_Organos_Judiciales.pdf)
- (78) Ministerio del Interior y la Federación Española de Municipios y Provincias. Protocolo de colaboración y coordinación entre las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y los Cuerpos de Policía Local para la protección de las víctimas de violencia doméstica y de género. Madrid: 2006. [consultado 10 noviembre 2016]. Disponible en: <http://femp.femp.es/files/566-375-archivo/WEB%20PROTOCOLO%20DEFINITIVO.pdf>
- (79) Consejo General del Poder Judicial. Guía de criterios de actuación judicial frente a la violencia de género. Madrid; 2013. [consultado 18 octubre 2016]. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/juridico/protocolos/docs/GuiaActuacionjudicial2013.pdf>
- (80) Ministerio de Justicia; Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Protocolo médico-forense de valoración urgente del riesgo de violencia de género. Madrid; 2011. [consultado 10 noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/cgpi/es/Temas/Violencia-domestica-y-de-genero/Guias-y-Protocolos-de-actuacion/Protocolos/Protocolo-medico-forense-de-valoracion-urgente-del-riesgo-de-violencia-de-genero>
- (81) Comisión de Seguimiento de la Implantación de la. Protocolo de coordinación entre los órdenes jurisdiccionales penal y civil para la protección de las víctimas de violencia doméstica. Madrid: Consejo General del Poder Judicial: 2005. [consultado 18 octubre 2016]. Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/cgpi/es/Temas/Violencia-domestica-y-de-genero/Guias-y-Protocolos-de-actuacion/Protocolos/Protocolo-de->

[coordinacion-entre-los-ordenes-jurisdiccional-penal-y-civil-para-la-proteccion-de-las-victimas-de-violencia-domestica](#)

- (82) Consejería de Sanidad de Castilla La Mancha. Protocolo de actuación sanitaria en mujeres víctimas de malos tratos de Castilla La Mancha. Toledo; 2008. 3ª ed. [consultado 3 febrero 2013]. Disponible en: [http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/protocolo\\_actuacion\\_sanitaria\\_Castilla\\_La\\_Mancha.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/protocolo_actuacion_sanitaria_Castilla_La_Mancha.pdf)
- (83) Acuerdo de Coordinación Institucional y Aplicación de los Protocolos para la Prevención de la Violencia de Género y Atención a Mujeres de Castilla-La Mancha, (25/11/2009). [consultado 15 febrero 2015]. Disponible en: [http://institutomujer.castillalamancha.es/sites/institutomujer.castillalamancha.es/files/documentos/legislacion/20150810/acuerdo\\_protocolos\\_clm.pdf](http://institutomujer.castillalamancha.es/sites/institutomujer.castillalamancha.es/files/documentos/legislacion/20150810/acuerdo_protocolos_clm.pdf)
- (84) Federación Española de Municipios y Provincias. Guía para Sensibilizar y Prevenir desde las Entidades Locales, la Violencia contra las Mujeres. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007. [consultado 15 julio 2015]. Disponible en: <http://www.aulaviolenciadegeneroenlocal.es/mod/forum/discuss.php?d=1148>
- (85) Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. VIII Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. Año 2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2016. [consultado 3 diciembre 2016]]. Disponible en: [http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/observatorio/informesAnuales/informes/VIII\\_Informe2014.htm](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/observatorio/informesAnuales/informes/VIII_Informe2014.htm)
- (85) Meil-Landerwerlin G. Percepción social de la violencia de género. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2014. [consultado 10 noviembre 2016]. Disponible



en:

<http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/estudio/percepcion2014.htm>

- (86) de Miguel-Luken V. Percepción de la violencia de género en la adolescencia y la juventud. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2015. [consultado 18 octubre 2016]. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/estudio/percepcion.htm>
- (87) Rubio Castillo AM. Percepción de la violencia de género por la adolescencia y la juventud. *Metamorfosis. Revista del Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud.* 2015 Junio;(2). [consultado 18 octubre 2016]. Disponible en: <file:///C:/Users/user/Downloads/Num2-Recension.pdf>
- (88) Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Instrucción Conjunta de los Ministerios de Justicia, del Interior, de Hacienda y Administraciones Públicas, de Empleo y Seguridad Social y de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, sobre el funcionamiento de las Unidades de Coordinación y de Violencia sobre la Mujer de las Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno y Direcciones Insulares, que constituyen la Red Nacional de Unidades de Violencia sobre la Mujer. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. [consultado 18 octubre 2016]. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/instituciones/unidades/docs/InstruccionConjunta2013.pdf>
- (89) Montes-Román G, Fundación Mujeres. Guía de intervención integral contra la violencia de género. Instituto de la Mujer. JCCM; 2008. [consultado 15 febrero 2015]. Disponible en: <http://www.fundacionmujeres.es/img/Document/15198/documento.pdf>

- (90) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan de Calidad del SNS. Equidad/Mujeres y Género. [Online]. [consultado 18 octubre 2016]. Disponible en: [http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e\\_pnc02.htm](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e_pnc02.htm)
- (91) 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. BOE. núm. 222, (16/09/2006). [consultado 10 noviembre 2016]. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2006-16212](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2006-16212)
- (92) Larrauri-Barandela MA, Rodríguez-Alonso E, Castro-Feijoo TM, Pérez-Zorelle A, Ojea-Montes B, Blanco-Gómez MA. Conocimientos y actitudes de los profesionales de urgencias sobre la violencia de género. Enferurg. 2010 Septiembre; 11(7). [consultado 15 febrero 2015]. Disponible en: <http://www.paginasenferurg.com/revistas/2010/septiembre/violenciade genero.pdf>
- (93) De la Fuente-Aparicio D, Salamanca-Castro AB, Sánchez-Castro S. ¿Se encuentran capacitadas las enfermeras para detectar malos tratos en Atención Primaria? Nure Investigación. 2005 Mayo;(15). [consultado 3 febrero 2013]. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/235>
- (94) Coll-Vinente B, Echeverría T, Farràs U, Rodríguez D, Milla J, Santiñà M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. Gaceta Sanitaria. 2008 Enero; 22(1). [consultado 18 octubre 2016]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911108711932>
- (95) Ballesteros-Retamosa MA, Sanchez-Gonzalez E. Conocimientos y actitudes ante la violencia de genero de los/as profesionales sanitarios/as en atención primaria. Documentos de Enfermería. Ilustre colegio oficial de enfermería de

- Huelva. 2012 diciembre;(48). [consultado 10 noviembre 2016]. Disponible en:  
[http://www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es/images/zoom/FEURIT/vi  
ewsize/Huelva\\_N%C2%BA\\_48.pdf](http://www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es/images/zoom/FEURIT/vi<br/>ewsize/Huelva_N%C2%BA_48.pdf)
- (96) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Violencia y Salud. [Online]. [consultado 3 febrero 2017]. Disponible en:  
<https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/violencia/prevencion/indiceContenido.htm#nueve>.
- (97) Vives-Cases C, Gil-González D, Carrasco Portiño M, Álvarez-Dardet. Detección temprana de la violencia del compañero íntimo en el sector sanitario: ¿una intervención basada en la evidencia? Medicina Clínica. 2006 Enero; 126(3). [consultado 3 febrero 2017]Disponible en:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775306718437>
- (98) Echeburúa E, Amor PJ, Loinaz I, De Corral P. Escala de Predicción del Riesgo de Violencia Grave contra la pareja—Revisada— (EPV-R). Psicothema. 2010; 22(4). [consultado 3 febrero 2017]Disponible en:  
<http://www.psicothema.com/pdf/3840.pdf>
- (99) Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE. núm. 274, (15/11/2002). [consultado 3 febrero 2017]. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188)
- (100) Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal. BOE. núm. 260, (17/09/1882). Última actualización 6/10/2015. [consultado 3 febrero 2017]. Disponible en:  
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1882-6036>
- (101) Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Código de Deontología Médica. Guía de ética médica. 2011. [consultado 3 febrero 2017]. Disponible

en:

[http://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo\\_deontologia\\_medica\\_0.pdf](http://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica_0.pdf)

(102) Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. Código Deontológico de la Enfermería Española. 1989. [consultado 3 febrero 2017] Disponible en:

<http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/component/jdownloads/send/8-normativa-colegial/86-codigocge>

(103) Comunidad de Madrid. Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Madrid: Consejería de Sanidad, Dirección General de Salud Pública y Alimentación.; 2008. [consultado 3 febrero 2017]. Disponible en:

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220373748552&ssbinary=true>

(104) Bugarín-González R, Bugarín-Diz C. Aspectos éticos en la atención sanitaria de la violencia de género. SEMERGEN-Medicina de Familia. 2014 Mayo; 40(5). [consultado 3 febrero 2017]. Disponible en:

[file:///C:/Users/user/Downloads/S1138359314001440\\_S300\\_es%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/S1138359314001440_S300_es%20(2).pdf)

(105) Torrecilla-Hernández MD. Estudio de la Opinión de Profesionales Sanitarios sobre la Violencia de género [Tesis Doctoral]. Universidad de Murcia, Facultad de Enfermería; 2016. [consultado 3 febrero 2017]. Disponible en:

<http://hdl.handle.net/10803/396636>

(106) Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). Retos éticos en la Atención a la violencia de género desde la Atención Primaria de Salud. Barcelona: Grupo de Violencia de género y Grupo de Ética de la CAMFiC; 2013. [consultado 3 febrero 2017]. Disponible en:

[http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM\\_1082\\_EBLOG\\_2195.pdf](http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_1082_EBLOG_2195.pdf)

- (107) Siendones-Castillo R, Perea-Milla-López E, Arjona-Huertas JL, Agüera-Urbano C, Rubio-Gallo A, Molina-Molina M. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Emergencias*. 2002 Octubre; 14(5). [consultado 3 febrero 2013]. Disponible en: <file:///F:/DISCUSION/ENCUESTA-%20Violencia%20dom%C3%A9stica%20y%20profesionales%20sanitarios.pdf>
- (108) Arredondo-Provecho AB, Broco-Barredo, Alcalá-Ponce de León, Rivera-Álvarez A, Jiménez-Trujillo, Gallardo-Pino. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2012 Enero-Febrero; 86(1). [consultado 3 febrero 2013]. Disponible en: <file:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-ProfesionalesDeAtencionPrimariaDeMadridYViolenciaD-5275286.pdf>
- (109) Valdés-Sánchez CA, García-Fernández, Sierra-Díaz. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. *Atención Primaria*. 2016 diciembre; 48(10). [consultado 3 febrero 2017]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-violencia-genero-conocimientos-actitudes-las-S0212656716300385>



---

## Anexos

---

---





## Anexo 1.- Encuesta



Código.....

Fecha.....

Respondiendo a estas preguntas nos ayudarás a saber  
más acerca de la violencia ejercida sobre las mujeres  
por su pareja

Esta encuesta es totalmente anónima

Por favor, sea lo más sincero posible.

CENTRO DE SALUD:

**Categoría profesional:** Medico/a       Enfermero/a       Matrona

**Sexo:**    Mujer     Hombre     Vive o ha vivido en pareja     Nunca ha convivido en pareja

**Edad:**    de 26 a 35 años       de 36 a 45 años       de 46 a 55 años       >56 años

**Experiencia laboral:** <1 año     entre 1-5 años     entre 6-10 años     >10años

---

1. ¿Conoces algún caso de violencia contra la mujer ejercida por su pareja en tu entorno?    Sí     No
  
  2. ¿Cuántos casos habrás visto en los últimos 3 meses durante tu jornada laboral?
  
  3. ¿Existe protocolo interno para la atención sanitaria a estas pacientes?    Sí     No     No se   
En caso de existir, ¿lo conoces?    Sí     No
  
  4. ¿Crees que el significado de “violencia doméstica”, “violencia de género”, “violencia contra las mujeres”, es el mismo:        Sí                          No
  
  5. ¿Piensas que la violencia contra la mujer ejercida por su pareja es un problema?  
Muy Frecuente       Bastante Frecuente       Algo Frecuente       Poco Frecuente
  
  6. ¿Crees que la mayoría de las pacientes que lo sufren comunican su situación?    Sí     No
  
  7. ¿Sabes lo que es el fenómeno “Iceberg” en la violencia contra la mujer ejercida por su pareja?  
Sí       No
  
  8. ¿Conoces cuál podría ser el porcentaje de casos que **NO** son diagnosticados con los medios actuales?  
Entre el 10-30%       Entre el 31-50%       Entre el 51-70%       Entre el 71-100%
  
  9. ¿Sabrías ordenar de más a menos frecuente los tipos de violencia (un 1 para el más frecuente y un 3 para el menos frecuente):    Físico       Psicológico       Sexual
  
  10. ¿A qué clase social asociarías la violencia contra la mujer ejercida por su pareja?  
Alta       Media       Baja       Todas por Igual
-

- 
11. Según tu opinión, las mujeres que sufren violencia ejercida por su pareja con más frecuencia son:  
Amas de Casa  Mujeres sin trabajo  Extranjeras  Cualquier tipo de mujer
12. Habitualmente el maltratador es un hombre...  
Bebedor  Consumidor de drogas  En Paro  Como otro cualquiera
13. ¿Cuál de estos tres factores crees que influye más en que exista violencia contra la mujer ejercida por su pareja en nuestro medio?  
Nivel Sociocultural Bajo  Estar en Trámites de Separación o Divorcio  Nivel Socioeconómico Bajo
14. ¿Conoces las obligaciones legales de los profesionales ante la mera sospecha de un caso de violencia contra la mujer ejercida por su pareja?    Sí                     No
15. ¿Conoces las repercusiones legales que pueden derivarse de no declarar un caso evidente de violencia contra la mujer ejercida por su pareja?    Sí                     No
16. ¿Crees que la violencia contra la mujer ejercida por su pareja es un problema?  
Muy Importante  Bastante Importante  Algo Importante  Poco Importante
17. En tu trabajo habitualmente mantienes una actitud expectante para detectar estos casos  
Siempre  Normalmente Si  Normalmente No  No Siempre
18. En tu trabajo, ante una paciente con lesiones físicas, te planteas la posibilidad de que sea violencia contra la mujer ejercida por su pareja  
Siempre  Normalmente Si  Normalmente No  No Siempre
19. ¿Crees que hay consenso en la actuación de todos los profesionales que participan en la atención de la mujer víctima de violencia ejercida por su pareja?  
Siempre  Normalmente Si  Normalmente No  No Siempre
20. A la hora de identificar y solucionar este problema, crees que es un asunto más de:  
Policías  Jueces  Psicólogos  Médicos  Enfermeras  Trabajadores Sociales  Todos
21. ¿Consideras importante que el profesional sanitario tenga formación específica sobre violencia contra la mujer ejercida por su pareja?  
Muy Importante  Bastante Importante  Algo Importante  Poco Importante
-

22. ¿Cuál de los siguientes datos te harían sospechar de la posibilidad de que existe violencia contra la mujer ejercida por su pareja?

Rotura de tímpano       Insomnio       Autoestima baja       Dolor crónico

23. ¿Cuál de estas opiniones crees que se adapta más a la situación actual de este problema, en relación con la infradetección?

- La violencia doméstica es un problema creciente en nuestra sociedad, habiéndose establecido ya los medios y mecanismos de ayuda adecuados para estas pacientes:

**“Creo que las pacientes que sufren violencia ejercida por su pareja deberían insistir más, tener una postura más firme y solicitar más la ayuda de la sociedad.”**

- En la última década, tanto en el ámbito político como social, se está produciendo un cambio favorable y de apoyo hacia las pacientes víctimas de violencia ejercida por su pareja. A pesar de ello y aunque están mejorado los indicadores sobre detección de nuevos casos, aún no son lo suficientemente satisfactorios:

**“Creo que es necesario seguir mejorando los sistemas de detección y la coordinación entre los distintos estamentos y profesionales implicados.”**

- A pesar de que todavía son insuficientes los recursos, la sociedad está cambiando y mejorando la coordinación entre los distintos sistemas implicados en la detección de pacientes que sufren violencia ejercida por su pareja:

**“Estas pacientes piensan que su problema no tiene solución y que la sociedad no las respalda. Creo que ellas necesitarían cambiar este concepto erróneo y deberían darse cuenta de las posibilidades que existen.”**

- Aún siguen siendo insuficientes los medios y recursos disponibles para abordar este gran problema social:

**“Creo que las pacientes que sufren violencia ejercida por su pareja no disponen todavía de las facilidades necesarias y precisan más ayuda.”**

Gracias por su ayuda

## Anexo 2.- Informe Comisión Investigación



C/ Donante de Sangre, s/n. 10002 Guadalajara  
Teléfono 949 20 92 00 Fax 949 20 92 18



La Comisión de Investigación del Hospital Universitario de Guadalajara en su reunión del día 3 de Julio de 2013. ha recibido para su valoración el proyecto de tesis doctoral "*Violencia contra la mujer en la pareja: sensibilización de los profesionales sanitarios del Area de Salud de Guadalajara*", del que es investigador principal D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Isabel Pascual Benito, para su presentación y defensa en el Departamento de Enfermería de la Universidad de Alcalá, bajo la dirección de la Dra. D<sup>a</sup> Helena Hernández Martínez.

La Comisión de Investigación considera que el proyecto, no sólo aborda un aspecto de interés social y de salud pública, sino que es metodológicamente correcto y estima que es viable, por lo que se emite este informe como **FAVORABLE** y se destaca como muy oportuna la realización de dicha tesis doctoral.

De este acuerdo se da traslado a la Dirección Médica de la Gerencia de Atención Integrada de Guadalajara.

Guadalajara, 3 de Julio de 2013

Fdo.: Dr. Rafael Magro Perteguer  
Secretario Comisión de Investigación





### Anexo 3.- Carta presentación para centros de salud

Departamento de Enfermería y Fisioterapia

Guadalajara, 21 de junio de 2013

Estimada Coordinadora, estimado Coordinador:

Desde el Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Alcalá se desarrolla una línea de investigación sobre Atención Sociosanitaria en los Cuidados de Salud, Fundamentos e Intervenciones, dentro de la cual se integra la tesis de M<sup>a</sup> Isabel Pascual titulada "Violencia Contra la Mujer en la Pareja, Sensibilización de los Profesionales Sanitarios del Área de Salud de Guadalajara". Para el desarrollo de este estudio, precisamos conocer la opinión de todos los Profesionales Sanitarios que desarrollan su actividad profesional en el entorno de Atención Primaria.

Por esta razón le escribo para solicitar la colaboración de su centro, facilitando que los profesionales cumplimenten un cuestionario sobre el tema. El tiempo estimado de cumplimentación del cuestionario es aproximadamente de 15 minutos. El procesamiento de toda esta información se realizará de acuerdo a las normas éticas de confidencialidad tanto respecto a los individuos, que responden de forma anónima al cuestionario, como a los centros participantes.

Si el centro lo considera conveniente y así nos lo indica, M<sup>a</sup> Isabel Pascual puede informar de los resultados globales obtenidos

En los próximos días, nos pondremos en contacto con usted para conocer si es posible llevar a cabo esta investigación en su centro. Agradeciendo su atención, quedamos a su disposición para cualquier aclaración que considere necesaria.

M<sup>a</sup> Isabel Pascual Benito.

TI: 949209727

e-mail: [misabel.pascual@uah.es](mailto:misabel.pascual@uah.es)

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Helena Hernández Martínez".

Fdo. Dra. Helena Hernández Martínez  
Profesora Departamento de Enfermería y Fisioterapia  
Universidad de Alcalá





---

## Tablas y Figuras

---

---



**Índice de Tablas:**

<b>Capítulo 1.- Violencia Sobre las Mujeres por su Pareja.....</b>	Pg. 9
Tabla 1.- Factores de riesgo de violencia basados en el Modelo Ecológico.....	Pg. 17
Tabla 2.- Consecuencias de la VMCI en la Salud de las mujeres.....	Pg. 33
Tabla 3.- Costes de la Asistencia Sanitaria.....	Pg. 36
Tabla 4.- Coste Sanitario Global.....	Pg. 36
Tabla 5.- Costes de recursos sociales para la VMCI.....	Pg. 37
<b>Capítulo 2.- Prevalencia de la Violencia Sobre la Mujer Ejercida por su Pareja .....</b>	Pg. 39
Tabla 6.- Número de estudios incluidos en el análisis de la violencia en la pareja por regiones de la OMS, región y grupo de edad.....	Pg. 49
Tabla 7.- Países incluidos en estudios de prevalencia de violencia de pareja por regiones de la OMS.....	Pg. 50
Tabla 8.- Prevalencia violencia física y/o sexual ejercida por la pareja en mujeres que han tenido pareja en algún momento de su vida, por regiones de la OMS.....	Pg. 51
Tabla 9.- Prevalencia violencia física y/o sexual ejercida por la pareja en mujeres que han tenido pareja en algún momento por de edad ...	Pg. 51
Tabla 10.- La prevalencia de la violencia de pareja por regiones GBD.....	Pg. 52
Tabla 11.- Mujeres desde los 15 años, y en los últimos 12 meses antes de la entrevista, que han experimentado violencia física y/o sexual, y violencia psicológica por su pareja por País de la UE (%).....	Pg. 54
Tabla 12.- Violencia física y / o sexual ejercida por la pareja, por grupos de edad desde los 15 años y en los 12 meses anteriores a la entrevista (%).....	Pg. 55
Tabla 13.- Violencia psicológica por parte de la pareja, por tipo de abuso y por tipo de pareja (%).....	Pg. 57
Tabla 14.- Numero de feminicidios en función de la relación entre víctima y agresor.....	Pg. 75
Tabla 15.- Distribución de las denuncias según su origen.....	Pg. 77
Tabla 16.- Distribución de las Ordenes de Protección según el origen de la petición.....	Pg. 78
Tabla 17.- Número de llamadas 016 por persona que realiza la llamada.....	Pg. 81
<b>Capítulo 3.- Legislación para la Protección a las Mujeres que sufren Violencia por parte de sus parejas .....</b>	Pg. 85
Tabla 18.- Administraciones públicas implicadas en cada objetivo.....	Pg. 105

<b>Capítulo 4.- Profesionales Sanitarios y Violencia contra la Mujer Ejercida por su Pareja .....</b>	<b>Pg. 117</b>
Tabla 19.- Diferencias entre sensibilización y prevención.....	Pg. 120
Tabla 20.- Tipos y modelos de prevención.....	Pg. 129
Tabla 21.- Recomendaciones para la prevención de la Violencia de Género desde el Sistema Sanitario.....	Pg. 133
Tabla 22.- Dificultades para identificar la VMCI en la mujer víctima de violencia.....	Pg. 138
Tabla 23.- Dificultades para identificar la VMCI en los profesionales de la salud.....	Pg. 139
Tabla 24.- Indicadores de sospecha de la VMCI.....	Pg. 140
Tabla 25.- Ejemplos de preguntas ante sospecha.....	Pg. 141
<b>Capítulo 5.- Objetivos, Hipótesis y Metodología.....</b>	<b>Pg. 155</b>
Tabla 26.- Categoría Profesional.....	Pg. 162
Tabla 27.- Sexo.....	Pg. 163
Tabla 28.- Edad.....	Pg. 163
Tabla 29.- Experiencia Laboral.....	Pg. 164
Tabla 30.- Ha vivido en Pareja.....	Pg. 164
Tabla 31.- Estrato de población.....	Pg. 165
Tabla 32.- Variables de estudio.....	Pg. 166
<b>Capítulo 6.- Conocimientos de los Profesionales de la Salud sobre la Violencia contra la Mujer Ejercida por su Pareja .....</b>	<b>Pg. 171</b>
Tabla 33.- ¿Crees que el significado de “violencia doméstica”, “violencia de género”, “violencia contra las mujeres”, es el mismo?.....	Pg. 173
Tabla 34.- Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre ¿Crees que el significado de “violencia doméstica”, “violencia de género”, “violencia contra las mujeres”, es el mismo? y sexo, edad, categoría profesional, vivir o no en pareja y tamaño población localidad del centro.....	Pg. 177
Tabla 35.- Frecuencia del tipo de violencia.....	Pg. 178
Tabla 36.- Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre ¿Sabrías ordenar de más a menos frecuente los tipos de violencia física, psicológica y sexual? y sexo, edad, categoría profesional, vivir o no en pareja y tamaño población localidad del centro.....	Pg. 185
Tabla 37.- ¿Sabes lo que es el fenómeno “Iceberg” en la VMCI?.....	Pg. 186
Tabla 38.- Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre ¿sabes lo que es el fenómeno iceberg en la	

VMCI? y sexo, edad, categoría profesional, vivir o no en pareja y tamaño población localidad del centro.....	Pg. 190
Tabla 39.- ¿Conoces cuál podría ser el porcentaje de casos que NO son diagnosticados?.....	Pg. 191
Tabla 40. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre ¿sabes lo que es el fenómeno iceberg en la VMCI? y sexo, edad, categoría profesional, vivir o no en pareja y tamaño población localidad del centro.....	Pg. 195
Tabla 41.- ¿Qué datos te harían sospechar de la posibilidad de que existe VMCI?.....	Pg. 197
Tabla 42. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre ¿sabes lo que es el fenómeno iceberg en la VMCI? y sexo, edad, categoría profesional, vivir o no en pareja y tamaño población localidad del centro.....	Pg. 203
Tabla 43.- ¿Existe protocolo para la atención sanitaria a las mujeres que sufren VMCI?.....	Pg. 204
Tabla 44. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas. ¿Existe protocolo para la atención sanitaria a las mujeres que sufren VMCI? y sexo, edad, categoría profesional, vivir o no en pareja y tamaño población localidad del centro.....	Pg. 208
Tabla 45- En caso de existir el protocolo ¿Lo conoces?.....	Pg. 209
Tabla 46. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas: En caso de que si conozca su existencia ¿conoce su contenido?, y sexo, edad, categoría profesional, vivir o no en pareja y tamaño población localidad del centro.....	Pg. 213
Tabla 47.- ¿Conoces las obligaciones legales de los profesionales ante la mera sospecha de un caso de violencia contra la mujer ejercida por su pareja?.....	Pg. 214
Tabla 48. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas. ¿Conoces las obligaciones legales de los profesionales ante la mera sospecha de un caso de violencia contra la mujer ejercida por su pareja? y sexo, edad, categoría profesional, vivir o no en pareja y tamaño población localidad del centro.....	Pg. 218
Tabla 49.- ¿Conoces las repercusiones legales que pueden derivarse de no declarar un caso evidente de violencia contra la mujer ejercida por su pareja?.....	Pg. 218

Tabla 50. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas. ¿Conoces las repercusiones legales que pueden derivarse de no declarar un caso evidente de violencia contra la mujer ejercida por su pareja? y sexo, edad, categoría profesional, vivir o no en pareja y tamaño población localidad del centro.....	Pg. 223
--	---------

**Capítulo 7.- Creencias de los/as Profesionales de la Salud sobre la Violencia contra la Mujer Ejercida por su Pareja .....** Pg. 225

Tabla 51.- Según tu opinión, las mujeres que sufren VMCI son con mayor frecuencia.....	Pg. 227
--	---------

Tabla 52.- Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre perfil de la mujer víctima de VMCI y sexo, edad, categoría profesional, vivir o no en pareja y tamaño población localidad del centro.....	Pg. 232
---	---------

Tabla 53.- Habitualmente el maltratador es un hombre bebedor, consumidor de drogas, en paro o como otro cualquiera.....	Pg. 233
---	---------

Tabla 54.- Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas. Perfil del hombre maltratador y sexo, edad, categoría profesional, vivir en pareja y estrato de población.....	Pg. 238
--	---------

Tabla 55.- ¿A qué clase social asociarías la violencia contra la mujer ejercida por su pareja?.....	Pg. 239
---	---------

Tabla 56. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas. Asociación VMCI y clase social de pertenencia y sexo, edad, categoría profesional, vivir en pareja y estrato de población.....	Pg. 244
---	---------

**Capítulo 8.- Percepción de los/as Profesionales de la Salud sobre la Violencia contra la Mujer Ejercida por su Pareja .....** Pg. 245

Tabla 57.- ¿Crees que la violencia contra la mujer ejercida por su pareja es un problema: muy importante, bastante importante, algo importante?.....	Pg. 247
--	---------

Tabla 58. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas. Crees que la violencia contra la mujer ejercida por su pareja es un problema muy importante, bastante importante o algo importante y sexo, edad, categoría profesional, vivir en pareja y estrato de población.....	Pg. 252
--	---------

Tabla 59.- La violencia contra la mujer ejercida por su pareja es un problema? Muy frecuente, bastante, algo o poco frecuente.....	Pg. 253
Tabla 60. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas. ¿Piensas que la violencia contra la mujer ejercida por su pareja es un problema Muy frecuente, bastante, algo o poco frecuente? y sexo, edad, categoría profesional, vivir en pareja y tamaño población localización centro.....	Pg. 258
Tabla 61.- ¿Crees que la mayoría de las pacientes que sufren VMCI comunican su situación?.....	Pg. 259
Tabla 62. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas. ¿Crees que la mayoría de las pacientes que sufren VMCI comunican su situación? Y sexo, edad, categoría profesional, vivir en pareja y estrato de población.....	Pg. 263
Tabla 63.- ¿Conoces algún caso de VMCI en tu entorno?.....	Pg. 264
Tabla 64. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas. ¿Conoces algún caso de VMCI en tu entorno? y sexo, edad, categoría profesional, vivir en pareja y tamaño localidad del centro.....	Pg. 268
Tabla 65.- ¿Cuántos casos de VMCI habrás visto de en los últimos 3 meses durante tu jornada laboral?.....	Pg. 268
Tabla 66. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas. ¿Cuántos casos de VMCI habrás visto de en los últimos 3 meses durante tu jornada laboral? y sexo, edad, categoría profesional, vivir en pareja y estrato de población.....	Pg. 273
Tabla 67.- ¿Cuál de estas opiniones crees que se adapta más a la situación actual de este problema, en relación con la infradetección?.....	Pg. 275
Tabla 68. Resumen ¿Cuál de estas opiniones crees que se adapta más a la situación actual de este problema, en relación con la infradetección? opción A, B, C y D y sexo, edad, categoría profesional, vivir en pareja y estrato de población.....	Pg. 281
<b>Capítulo 9.- Actuación de los/as Profesionales de la Salud ante la Mujer Víctima de Violencia Ejercida por su Pareja .....</b>	
Tabla 69.- ¿En tu trabajo habitualmente mantienes una actitud expectante para detectar estos casos: ¿siempre, normalmente Si, normalmente No, casi nunca?.....	Pg. 285

Tabla 70. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas. ¿En tu trabajo habitualmente mantienes una actitud expectante para detectar casos VMCI: ¿siempre, normalmente Si, normalmente No, casi nunca? Y sexo, edad, categoría profesional, vivir en pareja y tamaño población localidad del centro de salud.....	Pg. 289
Tabla 71.- ¿En tu trabajo, ante una paciente con lesiones físicas, te planteas la posibilidad de que sea violencia contra la mujer ejercida por su pareja: siempre, normalmente Si, normalmente No, y no siempre?.....	Pg. 290
Tabla 72. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas. ¿En tu trabajo, ante una paciente con lesiones físicas, te planteas la posibilidad de que sea violencia contra la mujer ejercida por su pareja: siempre, normalmente Si, normalmente No, y no siempre? y sexo, edad, categoría profesional, vivir en pareja y tamaño población localidad del centro de salud.....	Pg. 295
Tabla 73.- A la hora de identificar y solucionar la VMCI, crees que es un asunto más de: policías, jueces, psicólogos, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, todos.....	Pg. 296
Tabla 74. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas. A la hora de identificar y solucionar la VMCI, crees que es un asunto más de: policías, jueces, psicólogos, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, todos y sexo, edad, categoría profesional, vivir en pareja y tamaño población localidad del centro de salud.....	Pg. 300
Tabla 75.- ¿Crees que hay consenso en la actuación de todos los profesionales que participan en la atención de la mujer víctima de violencia ejercida por su pareja: siempre, normalmente Si, normalmente No, y casi nunca?.....	Pg. 301
Tabla 76.- Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas. Crees que hay consenso en la actuación de todos los profesionales que participan en la atención de la mujer víctima de violencia ejercida por su pareja frente a sexo, edad, categoría profesional, vivir en pareja y tamaño población localidad del centro de salud.....	Pg. 306
Tabla 77.- ¿Consideras importante que el profesional sanitario tenga formación específica sobre VMCI? muy importante, bastante, algo y poco importante.....	Pg. 307



Tabla 78. Resumen de datos relativos a la Chi cuadrado y medidas de asociación entre las variables analizadas. ¿Consideras importante que el profesional sanitario tenga formación específica sobre VMCI? muy importante, bastante importante, algo importante, poco importante y sexo, edad, categoría profesional, vivir en pareja y tamaño población localidad del centro.....	Pg. 311
---	---------

**Capítulo 10.- Detección y Protocolo de Actuación en la Violencia ejercida sobre la Mujer por su Pareja..... Pg. 313**

Tabla 79.- Detalle de los datos obtenidos para la Chi cuadrado y significación obtenidas sobre detección de casos de VMCI y los indicadores que determinan el nivel de conocimientos, las creencias, las percepciones y la actuación.....	Pg. 316
Tabla 80.- Prueba de Hosmer y Lemeshow	Pg. 318
Tabla 81.- Resultado de la tabla de clasificación. ....	Pg. 318
Tabla 82.- Tabla resumen de los casos procesados sobre detección de casos de VMCI.....	Pg. 319
Tabla 83. Estimación del modelo de regresión logística para la variable "Detección de casos detectados en consulta en un periodo de 3 meses.....	Pg. 320
Tabla 84.- Detalle de los datos obtenidos para la Chi cuadrado y significación obtenidas sobre conocimiento del protocolo de actuación y los indicadores que determinan el nivel de conocimientos, las creencias, las percepciones y la actuación.....	Pg. 321
Tabla 85.- Prueba de Hosmer y Lemeshow.....	Pg. 323
Tabla 86.- Resultado de la tabla de clasificación. ....	Pg. 323
Tabla 87. Tabla resumen de los casos procesados sobre conocimiento del protocolo de actuación.....	Pg. 324
Tabla 88. Estimación del modelo de regresión logística para la variable "Conocimiento del protocolo de actuación ante la violencia de género" .....	Pg. 324
Tabla 89. Casos de violencia detectados en el trabajo según el tamaño de la población.....	Pg. 326
Tabla 90. Detalle del resultado del análisis de la varianza.....	Pg. 326

## Índice de Figuras:

<b>Capítulo 1.- Violencia Sobre las Mujeres por su Pareja.....</b>	<b>Pg. 9</b>
Figura 1.- Clasificación de la violencia.....	Pg. 14
Figura 2.- Modelo Ecológico para comprender la violencia.....	Pg. 15
Figura 3.- Enfoque Ecológico de factores relacionados con la violencia contra la mujer.....	Pg. 24
Figura 4.- Distribución Costos de la VMCI en la UE.....	Pg. 35
<b>Capítulo 2.- Prevalencia de la Violencia Sobre la Mujer Ejercida por su Pareja .....</b>	<b>Pg. 39</b>
Figura 5.- Prevalencia, por lugar, de la violencia física y sexual infligida por la pareja durante la vida de la mujer, entre mujeres que habían tenido pareja alguna vez.....	Pg. 44
Figura 6.- Violencia psicológica a manos de la pareja desde los 15 años de edad, UE-28 (%).....	Pg. 56
Figura 7.- Situaciones de violencia física sufrida por las mujeres en alguna ocasión por parte de cualquiera de sus parejas.....	Pg. 59
Figura 8.- Situaciones de violencia física sufrida por las mujeres en los últimos doce meses por parte de cualquiera de sus parejas.....	Pg. 59
Figura 9.- Violencia física de la pareja, ex parejas o cualquier pareja a lo largo de toda la vida. Mujeres de 16 y más años.....	Pg. 60
Figura 10.- Violencia física de la pareja, ex parejas o cualquier pareja en los últimos doce meses. Mujeres de 16 y más años.....	Pg. 60
Figura 11.- Situaciones de violencia sexual sufrida por las mujeres en alguna ocasión por parte de cualquiera de sus parejas.....	Pg. 62
Figura 12.- Situaciones de violencia sexual sufrida por las mujeres en los últimos doce meses por parte de cualquiera de sus parejas. Mujeres de 16 y más años.....	Pg. 62
Figura 13.- Violencia sexual de la pareja, ex parejas o cualquier pareja a lo largo de toda la vida. Mujeres de 16 y más años.....	Pg. 63
Figura 14.- Violencia sexual de la pareja, ex parejas o cualquier pareja en los últimos doce meses. Mujeres de 16 y más años.....	Pg. 63
Figura 15.- Situaciones de violencia psicológica de control sufrida por las mujeres en alguna ocasión por parte de cualquiera de sus parejas.....	Pg. 65
Figura 16.- Situaciones de violencia psicológica de control sufrida por las mujeres en los últimos doce meses por parte de cualquiera de sus parejas. Mujeres de 16 y más años.....	Pg. 65
Figura 17.- Violencia psicológica de control de la pareja, ex parejas o cualquier pareja a lo largo de toda la vida. Mujeres de 16 y más años.....	Pg. 66

Figura 18.- Violencia psicológica de control de la pareja, ex parejas o cualquier pareja en los últimos doce meses. Mujeres de 16 y más años.....	Pg. 66
Figura 19.- Situaciones de violencia psicológica emocional sufrida por las mujeres en alguna ocasión por parte de cualquiera de sus parejas. Mujeres de 16 y más años.....	Pg. 68
Figura 20.- Situaciones de violencia psicológica emocional sufrida por las mujeres en los últimos doce meses por parte de cualquiera de sus parejas. Mujeres de 16 y más años.....	Pg. 68
Figura 21.- Violencia psicológica emocional de la pareja, ex parejas o cualquier pareja a lo largo de toda la vida. Mujeres de 16 y más años.....	Pg. 69
Figura 22.- Violencia psicológica emocional de la pareja, ex parejas o cualquier pareja en los últimos doce meses. Mujeres de 16 y más años.....	Pg. 69
Figura 23.- Situaciones de violencia económica sufrida por las mujeres en alguna ocasión por parte de cualquiera de sus parejas. Mujeres de 16 y más años.....	Pg. 70
Figura 24.- Situaciones de violencia económica sufrida por las mujeres en los últimos doce meses por parte de cualquiera de sus parejas. Mujeres de 16 y más años.....	Pg. 70
Figura 25.- Violencia económica de la pareja, ex parejas o cualquier pareja a lo largo de toda la vida. Mujeres de 16 y más años que han tenido pareja en alguna ocasión.....	Pg. 71
Figura 26.- Violencia económica de la pareja, ex parejas o cualquier pareja en los últimos doce meses. Mujeres de 16 y más años.....	Pg. 71
Figura 27.- Porcentaje de mujeres que tienen o han tenido miedo de su última pareja (actual o ex pareja), según tipo de violencia sufrida de parte de su pareja actual.....	Pg. 73
Figura 28.- Número de feminicidios.....	Pg. 74
Figura 29.- Distribución porcentual de feminicidios por relación entre víctima y agresor.....	Pg. 75
Figura 30.- Número de feminicidios por relación entre víctima y agresor, distribución anual.....	Pg. 75
Figura 31.- Número de víctimas mortales por comunidad autónoma.....	Pg. 76
Figura 32.- Población por comunidades y ciudades autónomas.....	Pg. 76
Figura 33.- Número de víctimas mortales por provincia en CLM.....	Pg. 77
Figura 34.- Número de habitantes provincia CLM.....	Pg. 77
Figura 35.- Número de denuncias por violencia de género.....	Pg. 78
Figura 36.- Número órdenes de protección a la mujer.....	Pg. 78

Figura 37.- Número de denuncias por violencia de género por comunidad autónoma.....	Pg. 79
Figura 38.- Número de órdenes de protección por comunidad autónoma.....	Pg. 79
Figura 39.- Número de denuncias violencia de género por provincia de Castilla La Mancha.....	Pg. 80
Figura 40.- Numero de órdenes de protección a la mujer por provincia de Castilla La Mancha.....	Pg. 80
Figura 41.- Número denuncias violencia de género provincia de Guadalajara...	Pg. 80
Figura 42.- Numero de Órdenes de Protección en la provincia de Guadalajara.	Pg. 80
Figura 43.- Número de llamadas 016 por año.....	Pg. 81
Figura 44.- Número de llamadas al 016 por comunidad autónoma.....	Pg. 82
Figura 45.- Número de llamadas 016 por provincia CLM.....	Pg. 82
Figura 46.- Llamadas 016 provincia Guadalajara por años.....	Pg. 83
<b>Capítulo 5.- Objetivos, Hipótesis y Metodología.....</b>	<b>Pg. 155</b>
Figura 47.- Población de estudio por categoría profesional.....	Pg. 161
Figura 48.- Distribución por categoría profesional.....	Pg. 162
Figura 49.- Categoría Profesional.....	Pg. 162
Figura 50.- Sexo.....	Pg. 163
Figura 51.- Edad.....	Pg. 163
Figura 52.- Experiencia Laboral.....	Pg. 164
Figura 53.- Ha vivido en Pareja.....	Pg. 164
Figura 54.- Estrato de población.....	Pg. 165
<b>Capítulo 6.- Conocimientos de los Profesionales de la Salud sobre la Violencia contra la Mujer Ejercida por su Pareja .....</b>	<b>Pg. 171</b>
Figura 55.- ¿Crees que el significado de “violencia doméstica”, “violencia de género”, “violencia contra las mujeres”, es el mismo?.....	Pg. 173
Figura 56.- Conocimiento: “violencia doméstica”, “violencia de género”, “violencia contra las mujeres” son sinónimos por categoría profesional.....	Pg. 174
Figura 57.- Conocimiento: “violencia doméstica”, “violencia de género”, “violencia contra las mujeres” son sinónimos según sexo.....	Pg. 174
Figura 58.- Conocimiento: “violencia doméstica”, “violencia de género”, “violencia contra las mujeres” son sinónimos según edad.....	Pg. 175
Figura 59.- Conocimiento: “violencia doméstica”, “violencia de género”, “violencia contra las mujeres” son sinónimos según años de experiencia.....	Pg. 175

Figura 60.- Conocimiento: “violencia doméstica”, “violencia de género”, “violencia contra las mujeres” son sinónimos según si han vivido o no en pareja.....	Pg. 176
Figura 61.- Conocimiento “violencia doméstica”, “violencia de género”, “violencia contra las mujeres” son sinónimos por tamaño población localidad del centro.....	Pg. 176
Figura 62.- Frecuencia del tipo de violencia.....	Pg. 178
Figura 63.- Frecuencia del tipo de violencia por categoría profesional.....	Pg. 179
Figura 64.-Frecuencia del tipo de violencia según sexo.....	Pg. 180
Figura 65.- Frecuencia del tipo de violencia según edad.....	Pg. 181
Figura 66.- Frecuencia del tipo de violencia según experiencia laboral.....	Pg. 182
Figura 67.- Frecuencia del tipo de violencia según si han vivido o no en pareja.....	Pg. 183
Figura 68.- Frecuencia del tipo de violencia por tamaño población localidad del centro.....	Pg. 184
Figura 69.- ¿Sabes lo que es el fenómeno “Iceberg” en la VMCI?.....	Pg. 186
Figura 70.- Significado fenómeno “iceberg” según categoría profesional.....	Pg. 186
Figura 71.- Significado del fenómeno “iceberg” según sexo.....	Pg. 187
Figura 72.- Significado del fenómeno “iceberg” según edad.....	Pg. 187
Figura 73.- Significado del fenómeno “iceberg” según experiencia laboral.....	Pg. 188
Figura 74.- Significado del fenómeno “iceberg” según si han vivido o no en pareja.....	Pg. 188
Figura 75.- Significado del fenómeno “iceberg” por tamaño población localidad del centro.....	Pg. 189
Figura 76.- ¿Conoces cuál podría ser el porcentaje de casos que NO son diagnosticados?.....	Pg. 191
Figura 77.- Porcentaje casos No diagnosticados según categoría profesional...	Pg. 191
Figura 78.- Porcentaje casos No diagnosticados según sexo.....	Pg. 192
Figura 79.- Porcentaje casos No diagnosticados según edad.....	Pg. 193
Figura 80.- Porcentaje casos No diagnosticados según experiencia laboral.....	Pg. 193
Figura 81.- Porcentaje casos No diagnosticados según si han vivido o no en pareja.....	Pg. 194
Figura 82.- Porcentaje casos No diagnosticados por tamaño población localidad del centro.....	Pg. 195
Figura 83.- ¿Qué datos te harían sospechar de la posibilidad de que existe VMCI?.....	Pg. 197
Figura 84.- Signos y síntomas sospecha de VMCI según categoría profesional..	Pg. 198
Figura 85.- Signos y síntomas sospecha de VMCI según sexo.....	Pg. 199
Figura 86.- Signos y síntomas sospecha de VMCI según edad.....	Pg. 200
Figura 87.- Signos y síntomas sospecha de VMCI según experiencia laboral.....	Pg. 201

Figura 88.-Signos y síntomas sospecha de VMCI según vive o no vive en pareja.....	Pg. 202
Figura 89.- Signos y síntomas sospecha de VMCI por tamaño población localidad del centro.....	Pg. 203
Figura 90.- ¿Existe protocolo para la atención sanitaria a las mujeres que sufren VMCI?.....	Pg. 204
Figura 91.- Existencia Protocolo de Atención según categoría profesional.....	Pg. 205
Figura 92.- Existencia Protocolo de Atención según sexo.....	Pg. 205
Figura 93.- Existencia Protocolo de Atención según edad.....	Pg. 206
Figura 94.- Existencia Protocolo de Atención según experiencia laboral.....	Pg. 206
Figura 95.- Existencia Protocolo de Atención según vive o no vive en pareja....	Pg. 207
Figura 96.- Distribución Existencia Protocolo de Atención por tamaño población localidad del centro.....	Pg. 207
Figura 97.- En caso de existir el protocolo ¿Lo conoces?.....	Pg. 209
Figura 98.- Conocimiento Protocolo Atención según categoría profesional.....	Pg. 209
Figura 99.- Conocimiento Protocolo Atención según sexo.....	Pg. 210
Figura 100.- Conocimiento Protocolo Atención según edad.....	Pg. 210
Figura 101.- Conocimiento Protocolo Atención según experiencia laboral.....	Pg. 211
Figura 102.- Conocimiento Protocolo Atención según vive o no vive en pareja.....	Pg. 211
Figura 103.- Distribución Conocimiento del Protocolo de Atención por tamaño población localidad del centro.....	Pg. 212
Figura 104.- ¿Conoces las obligaciones legales de los profesionales ante la mera sospecha de un caso de violencia contra la mujer ejercida por su pareja?.....	Pg. 214
Figura 105.- Obligación legal comunicación sospecha violencia según categoría profesional.....	Pg. 214
Figura 106.- Obligación legal comunicación sospecha violencia según sexo.....	Pg. 215
Figura 107.- Obligación legal comunicación sospecha violencia según edad.....	Pg. 215
Figura 108.- Obligación legal comunicación sospecha violencia según experiencia laboral.....	Pg. 216
Figura 109.- Obligación legal comunicación sospecha violencia según vive o no vive en pareja.....	Pg. 216
Figura 110.- Distribución Obligación legal comunicación sospecha violencia por tamaño población localidad del centro.....	Pg. 217
Figura 111.- ¿Conoces las repercusiones legales que pueden derivarse de no declarar un caso evidente de violencia contra la mujer ejercida por su pareja?.....	Pg. 218
Figura 112.- Repercusión legal no declarar caso de violencia según categoría profesional.....	Pg. 219

Figura 113.- Repercusión legal no declarar caso de violencia según sexo.....	Pg. 219
Figura 114.-Repercusión legal no declarar caso de violencia según edad.....	Pg. 220
Figura 115.- Distribución Repercusión legal no declarar caso de violencia según experiencia laboral.....	Pg. 220
Figura 116.- Distribución Repercusión legal no declarar caso de violencia según vive o no vive en pareja.....	Pg. 221
Figura 117.- Distribución Repercusión legal no declarar caso de violencia por tamaño población localidad del centro.....	Pg. 222
 <b>Capítulo 7.- Creencias de los/as Profesionales de la Salud sobre la Violencia contra la Mujer Ejercida por su Pareja .....</b>	
<b>Figura 118.- Según tu opinión, las mujeres que sufren VMCI son con mayor frecuencia.....</b>	<b>Pg. 225</b>
Figura 119.- Perfil de la Mujer Víctima de VMCI según categoría profesional...	Pg. 228
Figura 120.- Perfil de la Mujer Víctima de VMCI según sexo.....	Pg. 229
Figura 121.- Perfil de la Mujer Víctima de VMCI según edad.....	Pg. 229
Figura 122.- Perfil de la Mujer Víctima de VMCI según experiencia laboral.....	Pg. 230
Figura 123.-Perfil de la Mujer Víctima de VMCI según si han vivido o no en pareja.....	Pg. 231
Figura 124.- Perfil de la Mujer Víctima de VMCI por tamaño población localidad del centro.....	Pg. 231
Figura 125.- Habitualmente el maltratador es un hombre...bebedor, consumidor de drogas, en paro o como otro cualquiera.....	Pg. 233
Figura 126.- Perfil del Maltratador según categoría profesional.....	Pg. 234
Figura 127.- Perfil del Maltratador según sexo.....	Pg. 234
Figura 128.- Perfil del Maltratador según edad.....	Pg. 235
Figura 129.- Perfil del Maltratador según experiencia laboral.....	Pg. 236
Figura 130.- Perfil del Maltratador según si han vivido o no en pareja.....	Pg. 237
Figura 131.- Perfil del Maltratador por tamaño población localidad del centro.....	Pg. 237
Figura 132.- ¿A qué clase social asociarías la violencia contra la mujer ejercida por su pareja?.....	Pg. 239
Figura 133.- Asociación VMCI y clase social de pertenencia según categoría profesional.....	Pg. 239
Figura 134.- Asociación VMCI y clase social de pertenencia según sexo.....	Pg. 240
Figura 135.- Asociación VMCI y clase social de pertenencia según edad.....	Pg. 241
Figura 136.- Asociación VMCI y clase social de pertenencia según experiencia laboral.....	Pg. 241
Figura 137.- Asociación VMCI y clase social de pertenencia según si han vivido o no en pareja.....	Pg. 242

Figura 138.- Asociación VMCI y clase social de pertenencia por tamaño población localidad del centro.....	Pg. 243
<b>Capítulo 8.- Percepción de los/as Profesionales de la Salud sobre la Violencia contra la Mujer Ejercida por su Pareja .....</b>	<b>Pg. 245</b>
Figura 139.- ¿Crees que la violencia contra la mujer ejercida por su pareja es un problema: muy importante, bastante importante, algo importante?.....	Pg. 247
Figura 140.- Percepción importancia del problema de la VMCI según categoría profesional.....	Pg. 248
Grafico 141.- Percepción importancia del problema de la VMCI según sexo.....	Pg. 249
Figura 142.- Percepción importancia del problema de la VMCI según edad.....	Pg. 249
Figura 143.- Percepción importancia del problema de la VMCI según experiencia laboral.....	Pg. 250
Figura 144.- Percepción importancia del problema de la VMCI según vive o no vive en pareja.....	Pg. 251
Figura 145.- Percepción importancia del problema de la VMCI por tamaño población localidad del centro.....	Pg. 251
Figura 146.- La violencia contra la mujer ejercida por su pareja es un problema? Muy frecuente, bastante, algo o poco frecuente.....	Pg. 253
Figura 147.- Percepción frecuencia del problema de la VMCI según categoría profesional.....	Pg. 253
Figura 148.- Percepción frecuencia del problema de la VMCI según sexo.....	Pg. 254
Figura 149.- Percepción frecuencia del problema de la VMCI según edad.....	Pg. 255
Figura 150.- Percepción frecuencia del problema de la VMCI según experiencia laboral.....	Pg. 255
Figura 151.-Percepción frecuencia del problema de la VMCI según vive o no vive en pareja.....	Pg. 256
Figura 152.- Percepción frecuencia del problema de la VMCI por tamaño población localidad del centro.....	Pg. 257
Figura 153.- ¿Crees que la mayoría de las pacientes que sufren VMCI comunican su situación?.....	Pg. 258
Figura 154.- Percepción comunicación de la situación por la mujer víctima de violencia por su pareja según categoría profesional.....	Pg. 259
Figura 155.- Percepción comunicación del problema de violencia por la mujer víctima según sexo.....	Pg. 260
Figura 156.- Percepción comunicación del problema de violencia por la mujer víctima según edad.....	Pg. 260
Figura 157.- Percepción comunicación del problema de violencia por la mujer víctima según experiencia laboral.....	Pg. 261



---

Figura 158.- Percepción comunicación del problema de violencia por la mujer víctima según vive o no vive en pareja.....	Pg. 262
Figura 159.- Percepción comunicación del problema de violencia por la mujer víctima por tamaño población localidad del centro.....	Pg. 262
Figura 160.- ¿Conoces algún caso de VMCI en tu entorno?.....	Pg. 264
Figura 161.- Conocimiento casos de VMCI en el entorno cercano según categoría profesional.....	Pg. 264
Figura 162.- Conocimiento casos de VMCI en el entorno cercano según sexo.	Pg. 265
Figura 163.- Conocimiento casos de VMCI en el entorno cercano según edad.	Pg. 265
Figura 164.- Conocimiento casos de VMCI en el entorno cercano según experiencia laboral.....	Pg. 266
Figura 165.- Conocimiento casos de VMCI en el entorno cercano según vive o no vive en pareja.....	Pg. 266
Figura 170.- Conocimiento casos de VMCI en el entorno cercano por tamaño población localidad del centro.....	Pg. 267
Figura 171.- ¿Cuántos casos de VMCI habrás visto de en los últimos 3 meses durante tu jornada laboral?.....	Pg. 268
Figura 172.- Número casos de VMCI detectados en el trabajo según categoría profesional.....	Pg. 269
Figura 173.- Número casos de VMCI detectados en el trabajo según sexo.....	Pg. 270
Figura 174.- Número casos de VMCI detectados en el trabajo según edad.....	Pg. 270
Figura 175.- Número casos de VMCI detectados en el trabajo según experiencia laboral.....	Pg. 271
Figura 176.-Número casos de VMCI detectados en el trabajo según vive o no vive en pareja.....	Pg. 272
Figura 177.- Número casos de VMCI detectados en el trabajo por tamaño población localidad del centro.....	Pg. 272
Figura 178.- ¿Cuál de estas opiniones crees que se adapta más a la situación actual de este problema, en relación con la infradetección?.....	Pg. 275
Figura 179.- Percepción causas situación actual de infradetección según categoría profesional.....	Pg. 276
Figura 180.- Percepción causas situación actual de infradetección según sexo...	Pg. 277
Figura 181.- Percepción causas situación actual de infradetección según edad..	Pg. 278
Figura 182.- Percepción causas situación actual de infradetección según experiencia laboral.....	Pg. 279
Figura 183.- Percepción causas situación actual de infradetección según si han vivido o no en pareja.....	Pg. 280
Figura 184.- Percepción causas situación actual de infradetección por tamaño población localidad del centro.....	Pg. 281

---

<b>Capítulo 9.- Actuación de los/as Profesionales de la Salud ante la Mujer</b>	
<b>Víctima de Violencia Ejercida por su Pareja</b>	Pg. 283
Figura 185.- ¿En tu trabajo habitualmente mantienes una actitud expectante para detectar estos casos: ¿siempre, normalmente Si, normalmente No, casi nunca?.....	Pg. 285
Figura 186.- Actitud profesional expectante para la detección de la VMCI según categoría profesional.....	Pg. 286
Figura 187.- Actitud profesional expectante para la detección de la VMCI según sexo.....	Pg. 286
Figura 188.- Actitud profesional expectante para la detección de la VMCI según edad.....	Pg. 287
Figura 189.- Actitud profesional expectante para la detección de la VMCI según experiencia laboral.....	Pg. 287
Figura 190.- Actitud profesional expectante para la detección de la VMCI si han vivido o no en pareja.....	Pg. 288
Figura 191.- Actitud profesional expectante para la detección de la VMCI por tamaño población localidad del centro.....	Pg. 289
Figura 192.- ¿En tu trabajo, ante una paciente con lesiones físicas, te planteas la posibilidad de que sea violencia contra la mujer ejercida por su pareja: siempre, normalmente Si, normalmente No, y no siempre?.....	Pg. 290
Figura 193.- Actuación profesional ante mujeres con lesiones físicas según categoría profesional.....	Pg. 291
Figura 194.- Actuación profesional ante mujeres con lesiones físicas según sexo.....	Pg. 291
Figura 195.- Actuación profesional ante mujeres con lesiones físicas según edad.....	Pg. 292
Figura 196.- Actuación profesional ante mujeres con lesiones físicas según experiencia laboral.....	Pg. 292
Figura 197.- Actuación profesional ante mujeres con lesiones físicas según si han vivido o no en pareja.....	Pg. 293
Figura 198.- Actuación profesional ante mujeres con lesiones físicas por tamaño población localidad del centro.....	Pg. 294
Figura 199.- A la hora de identificar y solucionar la VMCI, crees que es un asunto más de: policías, jueces, psicólogos, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, todos.....	Pg. 296
Figura 200.- Creencia profesional implicado en identificar y solucionar VMCI según categoría profesional.....	Pg. 296
Figura 201.- Creencia profesional implicado en identificar y solucionar VMCI según sexo.....	Pg. 297

Figura 202.- Creencia profesional implicado en identificar y solucionar VMCI según edad.....	Pg. 298
Figura 203.-Creencia profesional implicado en identificar y solucionar VMCI según experiencia laboral.....	Pg. 298
Figura 204.-Creencia profesional implicado en identificar y solucionar VMCI según si han vivido o no en pareja.....	Pg. 299
Figura 205.- según si han vivido o no en pareja por tamaño población localidad del centro.....	Pg. 300
Figura 206.- ¿Crees que hay consenso en la actuación de todos los profesionales que participan en la atención de la mujer víctima de violencia ejercida por su pareja: siempre, normalmente Si, normalmente No, y casi nunca?.....	Pg. 301
Figura 207.- Consenso en la actuación de los profesionales implicados en la VMCI según categoría profesional.....	Pg. 302
Figura 208.- Consenso en la actuación de los profesionales implicados en la VMCI según sexo.....	Pg. 302
Figura 209.- Consenso en la actuación de los profesionales implicados en la VMCI según edad.....	Pg. 303
Figura 210.- Consenso en la actuación de los profesionales implicados en la VMCI según experiencia laboral.....	Pg. 304
Figura 211.- Consenso en la actuación de los profesionales implicados en la VMCI según si han vivido o no en pareja.....	Pg. 304
Figura 212.- según si han vivido o no en pareja por tamaño población localidad del centro.....	Pg. 305
Figura 213.- ¿Consideras importante que el profesional sanitario tenga formación específica sobre VMCI? Muy importante, bastante, algo y poco importante.....	Pg. 307
Figura 214.- Importancia formación específica en VMCI según categoría profesional.....	Pg. 307
Figura 215.- Importancia formación específica en VMCI según sexo.....	Pg. 308
Figura 216.- Importancia formación específica en VMCI según edad.....	Pg. 308
Figura 217.- Importancia formación específica en VMCI según experiencia laboral.....	Pg. 309
Figura 218.- Importancia formación específica en VMCI según si han vivido o no en pareja.....	Pg. 310
Figura 219.- Importancia formación específica en VMCI por tamaño población localidad del centro.....	Pg. 310



---

## Abreviaturas

---

---



**Listado de abreviaturas que aparecen en el texto (por orden alfabético):**

**APA:** Asociación Estadounidense de Psicología

**BOE:** Boletín Oficial del Estado

**CATI:** Entrevista Telefónica

**CCAA:** Comunidades Autónomas

**CEDAW:** Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer

**CTS:** Escala de Tácticas de Conflicto

**FRA:** Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea

**GBD:** Carga Global de Enfermedad

**HEUNI:** Instituto Europeo para la Prevención del Delito y la Lucha contra la Delincuencia

**ICVS:** Encuesta Internacional de Victimización

**JCCM:** Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

**INAH:** Instituto Nacional de Antropología e Historia

**IVAWS:** Internacional Violence against Women Survey

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**ONU:** Organización de las Naciones Unidas

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud

**PATH:** Programa de Tecnología Apropriada en Salud

**PIB:** Producto Interior Bruto

**SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

**SNS:** Sistema Nacional de Salud

**UE:** Unión Europea

**UNICRI:** Instituto Interregional de las Naciones Unidas para Investigaciones sobre la Delincuencia y la Justicia

**UNODC:** Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

**VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana

**VMCI:** Violencia Contra la mujer del Compañero Intimo

**WHO:** World Health Organization