



CONOCIMIENTOS, NECESIDADES Y ACTUACIONES  
DE PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD  
FRENTE A LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN CATALUÑA.  
IMPLICACIÓN DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Resumen de resultados

**IX Beca al Mejor Proyecto de Investigación Enfermera de Lleida (COILL, 2019)**

## TÍTULO

# “Conocimientos, necesidades y actuaciones de profesionales de Atención Primaria de Salud frente a la Violencia de Género en Cataluña. Implicación de profesionales de Enfermería”

## AUTORES

- Maravillas Torrecilla Hernández<sup>a</sup>
- Jordi Martínez Soldevila<sup>bc</sup>
- Carmen Marquilles Bonet<sup>d</sup>
- Mari Cruz Urgeles Castellón<sup>d</sup>
- Eduardo Delgado Roche<sup>e</sup>
- Esther Torrente Ibarz
- Mariana Loezar Hernández<sup>c</sup>
- Erica Briones Vozmediano<sup>c</sup>

*Filiación laboral* <sup>a</sup> Centro de Salud de Moratalla. Servicio Murciano de Salud. Murcia / <sup>b</sup> Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida (COILL) / <sup>c</sup> Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universitat de Lleida (UdL) / <sup>d</sup> Centro de Atención Primaria Bordeta-Magraners. Institut Català de la Salut. Lleida / <sup>e</sup> Centro de Salud Miralbueno. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza.

## RESUMEN

**Introducción.** La violencia de género (VG) es un problema de salud pública, que puede sufrir cualquier mujer, con independencia de su edad, etnia, nivel socioeconómico o educativo. Concretamente, los servicios de Atención Primaria de Salud (APS) son especialmente relevantes para su abordaje, ya que, en ocasiones, son el único espacio de contacto con las mujeres, que tiene la posibilidad de poder detectarlo. Por ello, estos/as profesionales de la salud, son un apoyo imprescindible para garantizar una atención adecuada junto al resto de instituciones implicadas.

**Objetivos.** *Objetivo general:* Analizar las percepciones, conocimientos, actuaciones y ne-

cesidades de profesionales sanitarios/as de AP, especialmente de Enfermería, frente a la VG en Cataluña.

*Fase cuantitativa.* Determinar el nivel formativo, las percepciones y opiniones sobre VG e identificar la respuesta frente a la VG por parte de profesionales sanitarios/os de AP.

*Fase cualitativa.* Explorar las fortalezas, debilidades y necesidades percibidas tanto por parte de profesionales del Equipo de Atención Primaria, cómo de las profesionales que se ocupan de realizar la formación sanitaria en violencia de género.

**Metodología.** Estudio de método mixto realizado en Cataluña en 2019-20. La fase cuantitativa constó de un análisis descriptivo del cuestionario PREMIS validado al castellano para profesionales que trabajan en APS. La fase cualitativa recogió las aportaciones de 18 entrevistas en profundidad con profesionales sanitarios/as, en las que se realizó un análisis exploratorio e inductivo del discurso.

**Resultados.** El 70,3% de los/as profesionales refieren no estar familiarizados/as con las políticas de manejo y programas de atención a las víctimas de VG. Sólo el 43,2% afirman haber leído el protocolo, el 34,8% consideran que se usa hasta cierto punto. Quienes han recibido algún tipo de formación específica afirman en mayor medida, indagar o hacer *screening* sobre VG ( $p \leq 0,01$ ). Quienes afirman realizar cribado, en mayor medida han identificado algún caso de VG en los últimos seis meses ( $p \leq 0,001$ ). La detección también se asocia a quienes afirman haber leído el protocolo ( $p \leq 0,001$ ), a quienes se sienten más preparadas/os para ayudar a una víctima a hacer una valoración del riesgo de letalidad que corre la paciente ( $p \leq 0,001$ ) y el riesgo de sus hijos e hijas ( $p \leq 0,001$ ), así como para desarrollar un plan de seguridad con la víctima ( $p \leq 0,001$ ) y realizar las referencias apropiadas en casos de VG ( $p \leq 0,001$ ). Los resultados cualitativos han mostrado que es habitual que las y los profesionales de los equipos de APS sientan miedo a detectar casos por no saber cómo actuar y/o frustración al atender a las pacientes que sufren VG por no tener una solución al problema. Las participan-

tes han destacado la necesidad de que exista de forma continuada en el tiempo una formación específica para los profesionales sanitarios para ayudar a comprender que el abordaje de los casos de VG se ha de realizar en red entre los equipos y servicios implicados y mejorar la consideración de la VG como un problema de salud.

**Conclusiones:** Más de la mitad de las y los profesionales consideran que no están familiarizados con las políticas de atención a la VG. Menos de la mitad han leído el protocolo de actuación para la atención de casos. Tener formación específica, conocer el protocolo e indagar sobre la VG se asocia a la posibilidad de identificar a pacientes que sufren VG. Las consecuencias de que no haya formación continuada del personal sanitario son que los profesionales no se sientan capacitados para atender casos y tengan miedo a afrontar estas situaciones, por el desconocimiento de cómo proceder una vez que detectan. Es preciso considerar la inversión en programas formativos para mejorar la capacidad percibida del personal sanitario para dar respuesta a este problema.

**DeCS:** Violencia de género, Atención Primaria de Salud, Grupos profesionales, Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud.

**MeSH:** Gender-Based Violence, Primary Health Care, Health Personnel, Health Knowledge, Attitudes, Practice.

## INTRODUCCIÓN

La violencia contra las mujeres por parte de sus parejas, también conocida como violencia machista o violencia de género (VG), es un problema de salud pública, que tiene un gran impacto en la salud tanto de las propias mujeres, cómo de sus hijos e hijas y en su entorno más cercano <sup>(1)</sup>.

Este problema se extiende en todas las naciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de un estudio multipaís, realizado en 2005, puso de manifiesto que la prevalencia de mujeres que habían sufrido violencia física o sexual, o ambas, por parte de su

pareja a lo largo de su vida, varía entre el 15% y el 71% entre países <sup>(2)</sup>.

En España la última macroencuesta de violencia contra la mujer se realiza en 2019, expone que, en algún momento de sus vidas, un 32,4% de las mujeres de 16 y más años han sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja o ex pareja. En cuanto a la violencia psicológica, el 23,2% revela haber sufrido violencia de tipo emocional, y una de cada cuatro mujeres (27%) violencia psicológica de tipo control. Además, una de cada diez mujeres revela haber sufrido violencia física (11,0%), un 11,5% violencia económica, y un 8,9% violencia sexual <sup>(3)</sup>.

Por otra parte, Ruiz-Pérez *et al.*, en su estudio publicado en 2017, identificaron una prevalencia del 24,8% a nivel nacional de VG entre las mujeres que acuden a las consultas de Atención Primaria. Aproximadamente, una de cada cuatro mujeres ha estado expuesta a algún tipo de VG en el último año. Los resultados muestran que la VG afecta a mujeres de todos los estratos sociales, pero que la frecuencia de las diferentes categorías de VG varía de acuerdo con el nivel socioeconómico <sup>(4)</sup>.

Su manifestación más extrema es el feminicidio. Es a partir del año 2003, cuando se produce un cambio de criterio en la recogida de datos sobre VG en España, especialmente en su manifestación como homicidio. Este hecho permite conocer que, desde ese año hasta la actualidad, 167 mujeres han sido las víctimas mortales a manos de su pareja o ex pareja en Cataluña <sup>(5,6)</sup>.

Por otra parte, la primera encuesta de violencia machista en Cataluña, liderada por el Departamento de Interior de la Generalitat de Cataluña, el Instituto Catalán de la Mujer y la Concejalía de la Mujer del Ayuntamiento de Barcelona, identificó que un 13,5% afirma sufrir agresiones machistas de parejas actuales y hasta un 46,70 afirma haber sufrido agresiones machistas de parejas anteriores <sup>(7)</sup>.

En el año 2009, se desarrolla el *Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbi-*

to de la salud en Catalunya donde se recalca el potencial del ámbito sanitario en la detección precoz de casos de VG por ser una puerta de entrada a las mujeres. Dentro de sus objetivos, pretende determinar circuitos que faciliten la actuación de las y los profesionales sanitarios en la prevención, detección, manejo y recuperación de las mujeres afectadas por VG. También, destaca la importancia de unificar criterios para así actuar coordinadamente con los diferentes estamentos implicados <sup>(8)</sup>.

En esta línea, el Equipo de violencia machista de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria de Cataluña del Departamento de Salud, ha elaborado el informe "Evaluación del protocolo para el abordaje de la violencia machista, en el ámbito de la salud". Expone que en el año 2018 en Cataluña 5.510 mujeres de 15 o más años cuentan con diagnóstico de violencia machista. Revela que una de cada dos mujeres en Cataluña (50,7%) han sufrido algún tipo de violencia machista en algún momento de su vida, sin tener en cuenta la exposición a gestos o comentarios sexuales o exhibicionismo <sup>(9)</sup>.

Por último, destacar que el abordaje de la VG necesita de la actuación del ámbito educativo, de los medios de comunicación, jurídico, de seguridad, político y sanitario<sup>(1)</sup>. Dentro del ámbito sanitario, se destaca la importancia de los equipos de atención primaria (AP), por las características inherentes de accesibilidad y atención integral a todas sus usuarias. Por ello, tales profesionales son clave en la detección y atención de las mujeres que sufren violencia <sup>(10,11)</sup>.

En Cataluña destaca la protocolización del cribado de la violencia machista en las consultas de salud sexual y reproductiva en las que las matronas atienden a las mujeres embarazadas cada tres meses, en el protocolo de atención al parto normal, según el cual tienen que realizar tres preguntas para indagar sobre la VG. Esta iniciativa se implementó en el año 2019 <sup>(12)</sup>.

El objetivo general de este estudio es analizar las percepciones, conocimientos, actuaciones y necesidades de profesionales sanitarios/os de AP, especialmente de Enfermería, frente a la VG en Cataluña. Como objetivos específicos:

determinar el nivel formativo, las percepciones y opiniones sobre VG e identificar la respuesta frente a la VG por parte de profesionales sanitarios/os de AP; y explorar las fortalezas, debilidades y necesidades percibidas tanto por parte de profesionales del Equipo de Atención Primaria, cómo de las profesionales que se ocupan de realizar la formación sanitaria en VG.

## MÉTODOS

**Diseño:** Estudio de tipo mixto realizado en Cataluña entre 2019 y 2020 con profesionales sanitarios/os de APS.

**Fase cuantitativa:** Los datos cuantitativos se obtuvieron mediante la autocumplimentación de la versión *online* del cuestionario PREMIS (*Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey*) a través del correo corporativo del ICS, accediendo mediante un enlace generado a través del programa SurveyMonkey<sup>®</sup>. Los datos se exportaron a una hoja de cálculo tipo Excel y leídos y etiquetados directamente utilizando el software estadístico SPSS. Se depuró la información que así lo requería y se crearon las variables de segmentación: género, edad (<40, 40-50 y >50a), años de experiencia profesional (< 5 a y 5 años o más), si recibieron formación específica sobre violencia de género (ninguna formación y alguna formación), detección: según haya identificado algún caso de violencia de género en los últimos 6 meses (sí/no), en función del lugar de trabajo (CAP rural, CAP urbano o Consultorio rural), número de pacientes a los que atiende semanalmente (<20, 20-39, 50-59 o ≥60), profesión (enfermería, medicina de familia, pediatría, ginecología, trabajado social, administrativo u otras profesiones) y *screening*: en función a si pregunta sobre la violencia de género (sí/no). Los datos fueron exportados al software estadístico Rstudio, donde se utilizó la librería CompareGroups para el análisis de los datos a nivel descriptivo. Los resultados se presentaron en ficheros html utilizando Markdown para Rstudio. Todas las variables se describieron agrupadas según las secciones de la encuesta, presentando la descripción para toda la muestra [ALL] y para cada categoría de la variable

de segmentación. Se comparó si la distribución de las respuestas era diferente para cada uno de los niveles de las variables de segmentación. Se describieron las variables numéricas a partir de la media (desviación estándar) para las variables que siguen una distribución normal o mediana [rango intercuartílico] para las variables que no siguen una distribución normal. Las variables categóricas se describieron utilizando frecuencias absolutas y frecuencias relativas. Finalmente se compararon las distribuciones de las respuestas en función de la variable de segmentación. Concretamente se utilizó la prueba t-Student para variables numéricas y el contraste de Chi-cuadrado para variables categóricas (p.overall). Un p-valor < 0.05 implica significación estadística y por lo tanto se puede concluir que existen diferencias en cuanto a las respuestas según la variable de segmentación.

**Fase cualitativa:** El muestreo se realizó de manera intencional, a través de la identificación de informantes clave, profesionales sanitarios/as (fundamentalmente de Enfermería) con alguna experiencia en la atención y formación en VG; en combinación, a través del muestreo de bola de nieve para identificar sus carencias y necesidades. Dado que el número de informantes para alcanzar la saturación en la investigación cualitativa no está predeterminado ni se evalúa su calidad de manera cuantitativa, se realizaron 18 entrevistas personales en profundidad (10 enfermeras, 5 matronas, 1 médico de familia, 1 pediatra y 1 psicóloga). La recogida de datos se realizó entre 2019 y 2020, mediante entrevistas personales y a través de videollamadas.

Tabla 1. Perfiles de las personas participantes en las entrevistas

Perfil	Mujer	Hombre	Total
Enfermeras	9	1	10
Matronas	5	0	5
Médica familia	1	0	1
Pediatra	0	1	1
Psicóloga	1	0	1
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>18</b>

Se diseñó un guión de entrevista abierta, sin opciones de respuesta predeterminadas, para guiar la conversación con las personas entre-

vistas asegurándonos de abordar todos los temas de interés. Este guión se diseñó en base al cuestionario PREMIS formulando preguntas abiertas sobre los temas relativos a la formación como punto de partida, así como la revisión de la literatura previa, el conocimiento del equipo de investigación sobre el tema y los objetivos de investigación, añadiendo preguntas específicas para cada perfil.

Las entrevistas en profundidad fueron realizadas por MT, EB, JM y ML. Tuvieron una duración entre 30 minutos y 1 hora. Fueron grabadas digitalmente, previa firma del consentimiento informado escrito que se les mandó por correo electrónico, y fueron transcritas literalmente antes de importarlas al software informático Nvivo12 como apoyo para organizar la información, codificarla y realizar el análisis del discurso. Para ello, las transcripciones de las entrevistas se leyeron de forma repetida por MT, EB y ML para identificar frases o párrafos con el mismo significado, codificarlos, y agrupar dichos códigos en categorías.

**Aspectos éticos:** El proyecto cuenta con la aprobación del comité ético de investigación clínica del IDIAP Jordi Gol con el código 19/137-P, y previa recogida a los datos los/as participantes dieron su consentimiento informado.

## RESULTADOS

**Fase cuantitativa:** Respondieron a todas las secciones del cuestionario 151 profesionales, la tasa de respuesta fue del 38% habiendo accedido al cuestionario 396 profesionales de Atención Primaria de Salud pertenecientes a 7 regiones sanitarias del *Institut Català de la Salut (ICS)*. El 86,3% de la muestra fueron mujeres, la edad media es de 46 años [39,0;53,0]. El 57,1% son profesionales de Enfermería. El 75,4% cuenta con una experiencia laboral superior a 5 años. El 67,7% atiende a 60 o más pacientes a la semana. El 63,1% trabaja en un CAP urbano. Han participado 7 de las 9 regiones sanitarias de Cataluña.



En cuanto a la formación específica, el 27,7% no contaban con ningún tipo de formación. La media de horas de formación fue el doble en las profesionales mujeres frente a sus compañeros varones, siendo la media 3 horas [0;10] y una hora y media [0;5] respectivamente. El 70,3% refirieron no estar familiarizados con las políticas de manejo y programas de atención a las víctimas. Sólo el 43,2% afirmaron haber leído el protocolo, el 34,8% consideraron que se usa hasta cierto punto. El 42,6% declaró no indagar o hacer *screening* sobre este tema. El 65,1% de las y los profesionales refirieron no haber detectado ningún caso en los 6 meses previos. Sólo el 12% afirmaron que sienten que tiene un conocimiento adecuado sobre los recursos para referenciar a pacientes que sufren VG en su comunidad.

A continuación, se reportan los resultados relativos al análisis descriptivo bivariado de todas las secciones del cuestionario PREMIS versus las variables sociodemográficas de sexo, formación (ninguna/algún tipo de formación); *screening*: (sí/no) y detección de casos (ninguno/algún caso):

### 1. Sexo

En cuanto a los resultados relativos a la asociación entre las variables del PREMIS vs sexo; identificamos que las profesionales sanitarias mujeres sienten entender en mayor medida por qué una víctima puede decidir no revelar la VG ( $p \leq 0,01$ ), así como reconocer a una víctima de VG por la manera de comportarse ( $p \leq 0,05$ ). Además, entre las profesionales sanitarias mujeres identificamos en mayor medida la posibilidad de realizar *screening* ( $p \leq 0,01$ ).

Por otra parte, los profesionales sanitarios varones sienten en mayor medida que no tienen habilidades suficientes para hablar sobre abuso con una víctima de VG que sea de una cultura o etnia diferente ( $p \leq 0,05$ ). Además, tienden a estar más de acuerdo con la afirmación "las víctimas de abuso podrían dejar la relación si así lo quisieran" ( $p \leq 0,05$ ) y con-

sideran en mayor medida que su lugar de trabajo no les permite dedicar el tiempo adecuado para responder a las víctimas ( $p \leq 0,05$ ).

### 2. Formación específica

Los resultados sobre la asociación entre las variables del PREMIS vs tener algún tipo de formación específica, identificamos que quienes han recibido algún tipo de formación afirman en mayor medida saber ayudar a crear un plan de seguridad ( $p \leq 0,001$ ), ser capaces de identificar VCI sin necesidad de preguntar a la paciente sobre ello ( $p \leq 0,05$ ), indagar o hacer *screening* sobre el tema ( $p \leq 0,01$ ) y haber identificado algún caso en los últimos seis meses ( $p \leq 0,001$ ).

### 3. *Screening* o Cribado de la VG

En cuanto a la asociación entre las variables del PREMIS y realizar *screening* o cribado de la VG (preguntar en alguna ocasión a las mujeres que atiende sobre VG), encontramos las siguientes diferencias significativas:

#### Indagan sobre VG

##### en mayor medida:

- Quienes han leído el protocolo de actuación ( $p \leq 0,01$ ).
- Quienes se sienten más preparados para responder cuando una paciente revela abusos ( $p \leq 0,001$ ) y para identificar y documentar indicadores de VG en la historia clínica y el examen físico ( $p \leq 0,05$ ).
- Quienes se sienten más preparados para ayudar a una víctima a hacer una valoración del riesgo de letalidad que corren ellas mismas ( $p \leq 0,001$ ) y el riesgo de sus hijos e hijas ( $p = 0,001$ ).
- Quienes se sienten más preparados para desarrollar un plan de seguridad con la víctima ( $p \leq 0,001$ ) y realizar las referencias apropiadas en casos de VG ( $p \leq 0,001$ ); sienten que saben en mayor medida sobre cómo son los agresores ( $p = 0,001$ ), y sobre la relación entre embarazo y VG ( $p = 0,005$ ).

- Quienes sienten que saben en mayor medida reconocer los efectos de la VG en los niños/as ( $p \leq 0,01$ ); entienden en mayor medida el por qué una víctima puede decidir no revelar la VG ( $p \leq 0,01$ ) y saben qué decir y qué no decir a una paciente que sufre violencia ( $p \leq 0,01$ ).
- Quienes en mayor medida se sienten capaces de identificar a una paciente que sufre VG sin necesidad de preguntar por ello ( $p = 0,001$ ).
- Quienes afirman en mayor medida cumplir con el protocolo de VG ( $p \leq 0,001$ ).
- Piensan en mayor medida que el personal sanitario tiene la responsabilidad de preguntar a todas las pacientes sobre VG ( $p \leq 0,05$ ).
- Quienes afirman realizar cribado, en mayor medida han identificado algún caso de VG en los últimos seis meses ( $p \leq 0,001$ ) y han contactado con servicios en la comunidad para establecer referencias de casos de VG ( $p \leq 0,05$ ).
- Quienes conocen que hay un protocolo de atención ( $p \leq 0,001$ ) y están familiarizados con los programas de detección y manejo de la VG ( $p = 0,001$ ).
- Quienes han fotografiado alguna vez las lesiones de la víctima para incluirlas en la historia clínica ( $p = 0,001$ ).
- Quienes han notificado un caso a las autoridades apropiadas cuando es obligatorio ( $p \leq 0,001$ ).
- Quienes han ofrecido una actitud y palabras que validen y apoyen a la víctima ( $p \leq 0,001$ ).
- Quienes preguntan sobre VG, consideran apropiada la pregunta: "¿Alguna vez ha sentido miedo de su pareja?" ( $p \leq 0,005$ ).
- Quienes preguntan sobre VG consideran en mayor medida que es falso pensar que las heridas por estrangulamiento son raras en los casos de VG ( $p \leq 0,05$ ).

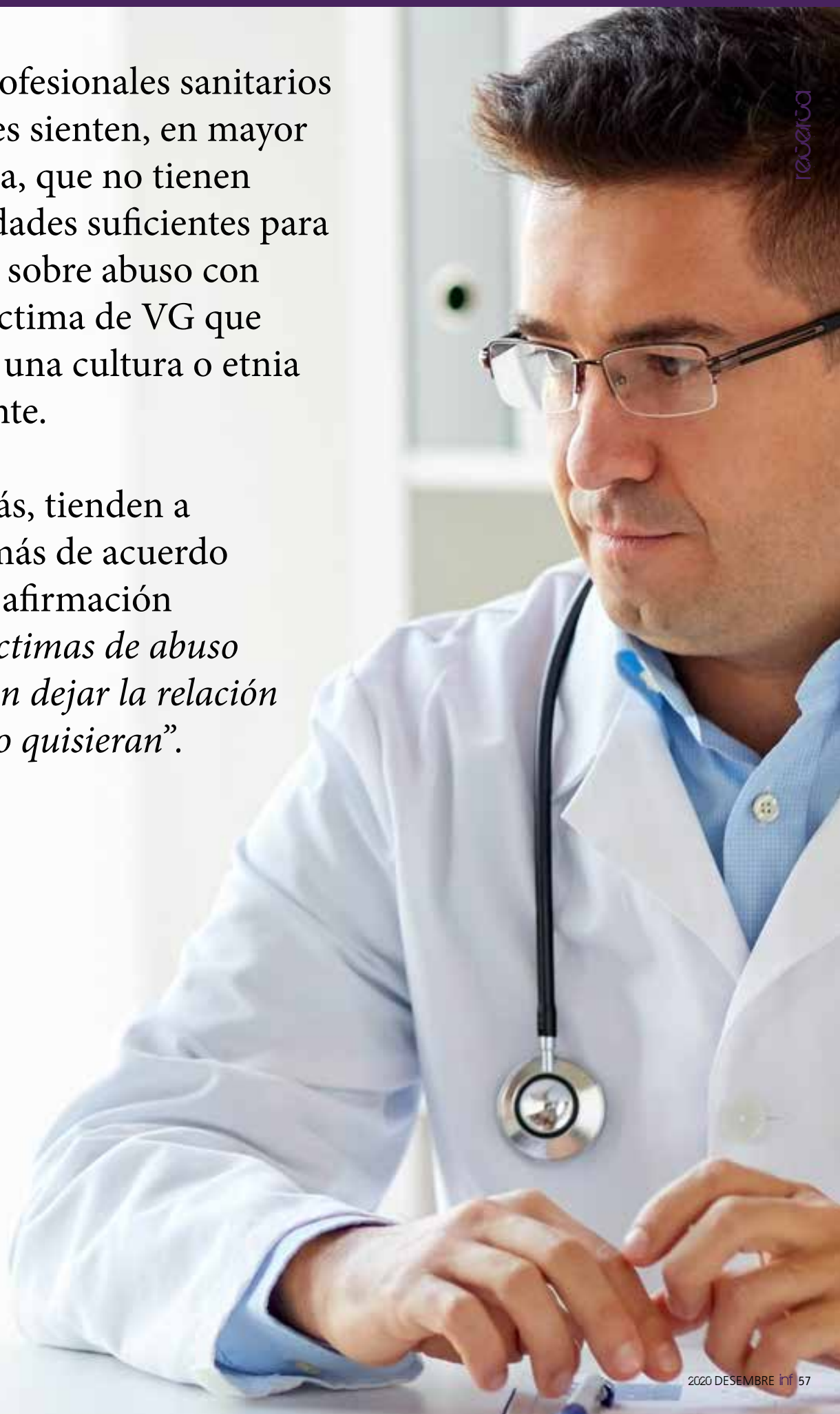
#### 4. Detección

En cuanto a la asociación entre las variables del PREMIS y la detección, encontramos que la identificación de algún caso de VG se da en mayor medida entre quienes:

- Tienen algún tipo de formación específica ( $p \leq 0,001$ )
  - Afirman haber leído el protocolo ( $p \leq 0,001$ ).
  - Han asistido a alguna sesión de sensibilización ( $p \leq 0,01$ ).
  - Han ayudado a una víctima a hacer una valoración del riesgo de letalidad que corren ellas mismas ( $p \leq 0,001$ ) y el riesgo de sus hijos e hijas ( $p \leq 0,001$ ).
  - Se sienten más preparados para desarrollar un plan de seguridad con la víctima ( $p \leq 0,001$ ), y realizar las referencias apropiadas en casos de VG ( $p \leq 0,001$ ).
  - Consideran saber más sobre los signos y síntomas a consecuencia de la VG ( $p \leq 0,001$ ) y sobre la relación entre embarazo y VG ( $p \leq 0,001$ ).
  - Consideran saber en mayor medida reconocer los efectos de la VG en los niños/as ( $p \leq 0,001$ ) y desarrollar un plan de seguridad para la víctima ( $p \leq 0,001$ ).
  - Se sienten capaces de identificar a una paciente que sufre VG sin necesidad de preguntar por ello ( $p \leq 0,001$ ).
- También, entre quienes afirman cumplir con el protocolo ( $p \leq 0,001$ ).
- Preguntan al menos a algunas pacientes sobre VG, cuando presentan lesiones (heridas, hematomas, quemaduras) ( $p \leq 0,001$ ), dolor pélvico crónico ( $p \leq 0,01$ ), síndrome de colon irritable ( $p \leq 0,01$ ), dolores de cabeza ( $p \leq 0,001$ ), o depresión/ansiedad ( $p \leq 0,01$ ).
  - Conocen que hay un protocolo de atención ( $p \leq 0,005$ ) y están familiarizados con los programas de detección y manejo de la VG ( $p \leq 0,001$ ).
  - Consideran que es legalmente obligatorio notificar los casos de VG ( $p \leq 0,05$ )

Los profesionales sanitarios varones sienten, en mayor medida, que no tienen habilidades suficientes para hablar sobre abuso con una víctima de VG que sea de una cultura o etnia diferente.

Además, tienden a estar más de acuerdo con la afirmación *“las víctimas de abuso podrían dejar la relación si así lo quisieran”*.





- Sienten que tiene recursos apropiados de referencia de casos de VG dentro de su centro de atención primaria ( $p \leq 0,01$ ).
- Quienes han detectado algún caso de VG en los últimos seis meses en mayor medida consideran falso que ser comprensivo con la decisión de una paciente de permanecer en la relación violenta, significa aprobar la relación violenta ( $p \leq 0,05$ ).
- Por otra parte, se asocia en mayor medida el estar en desacuerdo con la afirmación de que el cribado de VG puede ofender a las personas a quienes se les realiza, con quienes han detectado algún caso de VG en los últimos 6 meses ( $p \leq 0,05$ ).

**Fase cualitativa:** Los resultados del análisis de las entrevistas se han organizado en 4 categorías basadas en las secciones del cuestionario PREMIS relativos a: (1) los antecedentes sobre preparación y formación específica recibida y necesidades formativas, (2) opiniones sobre la identificación de barreras para la atención, (3) prácticas para el abordaje a la VG, cómo son el cribado, la detección y la coordinación y (4) los perfiles implicados: el papel de enfermeras y matronas.

### 1. Formación específica sobre VG

*“Entonces, claro, cuando no estás muy sensibilizado, todo esto te va un poco grande y te da un poco de miedo”*

*“[debería haber] Cursos incluso formativos obligatorios, igual que nos formamos todos para la reanimación cardiopulmonar”*

Debido a que es un problema complejo que no tiene una solución única, las participantes resaltaron la necesidad de una formación específica. Refieren que ha de hacerles sentir que es un tema importante y tienen responsabilidad en la detección precoz de casos y la atención adecuada de estas mujeres. Especialmente ya que la detección precoz de la VG “no es

obligatoria”, requiere de una implicación personal.

Además, debe incluir la capacitación y difusión de la información contenida en los protocolos de atención. Respecto a los protocolos, existen diversas opiniones que responden a contextos diferentes. A nivel general, se evidencia poco conocimiento respecto a la puesta en marcha de los protocolos y en algunos casos hasta el desconocimiento de su existencia. Las consecuencias de que no haya formación continuada del personal sanitario son que los profesionales no se sientan capacitados para atender casos y tengan miedo a afrontar estas situaciones, por el desconocimiento de cómo proceder “una vez que destapas”.

Destacan como buena práctica los cursos o sesiones de formación y sensibilización hacia la VG basados en metodologías novedosas más allá de la charla o exposición, en la que los propios profesionales puedan implicarse y empatizar en mayor medida, como la visualización de videos y dinámicas de *role-playing*; y la participación en ellos de diferentes agentes implicados en la atención de casos como, por ejemplo, la colaboración de psicología o profesionales de las fuerzas y cuerpos de seguridad. Las profesionales que han participado como formadoras señalan el beneficio de estas sesiones, ya que es importante que conozcan toda la red de atención interdisciplinar e interinstitucional. Reclaman la necesidad de que sea percibido como un foco de interés a todos los niveles, desde dentro de los equipos de APS, hasta para las personas que dirigen la administración pública.

Las entrevistas han indicado que en la formación académica de las profesiones sanitarias tradicionalmente no se incluían problemas de salud biopsicosociales, sino que era una formación muy biologicista centrada en la patología. Se ha destacado como logro el que recientemente se esté incorporando a la formación de

grado de algunas titulaciones sanitarias como Enfermería.

## 2. Opiniones sobre las barreras para la atención de la VG

*“Las deficiencias, yo veo un gran hándicap la falta de profesionales, la falta de tiempo, la falta de formación y de recursos que a veces son recursos muy complicados”*

*“No ho vol ni sentir perquè no ho pots solucionar. Evidentment que no pots solucionar-ho. Evidentment, però, és que la teràpia no és solucionar-lo, la teràpia és l’escolta, etc.”*

Existe ambivalència en quant a la conscienciació del personal sanitari. Per una part, afirmen que existe una major sensibilitat hacia la consideració de la VG com un problema de salut dentro de los equipos de AP, por otra parte también critican que aún hay profesionales que minimizan la gravedad de la VG y mantienen opiniones estereotipadas comunes en la sociedad en general, pese a que está reconocida internacionalmente como un problema de salud. Afirmen que, si se considerase con la misma entidad como por ejemplo la diabetes, ningún profesional se plantearía no atender el tema. Debido a la raíz social del problema, aún hay quien lo considera menos importante o grave que un problema puramente biomédico. Las entrevistadas denuncian que en general las y los profesionales sanitarios/os no suelen considerar la VG como diagnóstico diferencial que explica la causa de su falta de salud e hiperfrecuentación de los servicios en las pacientes que la sufren.

Otras barreras como la presión asistencial, la rutina de trabajo, o la falta de tiempo emergen como pretextos habituales de los profesionales por el que la VG no está integrada en sus prioridades de atención. Con el advenimiento de la pandemia COVID han emergido nuevas priorida-

des que han restado aún más atención a problemas biopsicosociales como la VG, aunque por otra parte las circunstancias sociales puedan estar agravando el problema. Además, se identifican una serie de miedos y/o frustración entre profesionales sanitarios/os a la hora de atender casos de VG, ya que no hay una “solución rápida” y el acompañamiento de las mujeres durante el proceso de su toma de decisiones (denunciar, separarse, etc) y el seguimiento puede conllevar un desgaste emocional para el/la profesional.

## 3. Prácticas: Cribado, detección y coordinación.

### 3.1. Sospecha y detección de casos

#### Infradetección

*“La gente lo detecta, pero quizás no lo registra (...) seguramente vienen por una depresión...una ansiedad, somatizaciones y esto hace que haya un infraregistro”*

Dado que fuera de las consultas de salud sexual y reproductiva no existe el cribado protocolizado, la detección de casos de VG se realiza en base a sospecha o bien si las mujeres lo confiesan directamente, lo que no suele ser habitual. Al no estar sistematizado, no se hace una detección precoz de forma proactiva, sino que queda a decisión de cada profesional. Critican la ausencia de alguna variable para la valoración sistematizada en la inteligencia activa del programa de la historia clínica informatizada.

En consecuencia, es muy importante que las y los profesionales sanitarios/os estén alerta a ciertos signos de sospecha. Por ejemplo, hay mujeres que hiperfrecuentan el centro de salud por diversos motivos, presentan somatizaciones como crisis de ansiedad, labilidad emocional en la consulta, cambios de ánimo bruscos,

entre otros. También, es importante observar cómo se tratan en la pareja cuando acuden con ellas, si existen cambios de comportamiento o ciertas dinámicas entre la pareja. No considerar estos signos de sospecha puede propiciar que exista un infraregistro de las sospechas o casos detectados de VG.

Algunas dificultades que se identifican a la hora de detectar casos de VG incluyen cuando las mujeres van a consulta acompañadas de sus parejas o cuando se trata de mujeres inmigrantes que no hablan el mismo idioma que las/los profesionales que les atienden.

Por otra parte, también señalan que la violencia psicológica es más difícil de detectar, ya que el profesional tiene que indagar aún más si no hay evidencias físicas.

#### **Detección en base a sospecha**

*“Es que, si no preguntas no vas a saber. Lo más fácil es no preguntar. Justamente si no preguntas nunca, no encontrarás nunca”*

Ante la identificación de signos de alarma o sospecha, como los anteriormente descritos, las y los profesionales recurren a diversas estrategias. En el caso de que la situación lo permita, preguntan directamente a la mujer o bien realizan una pregunta general de sondeo. También, cuando la mujer acude con la pareja a consulta suelen poner en marcha alguna estrategia que les permita quedarse con ella a solas. Por ejemplo, incentivar a la mujer a que acuda a la consulta por algún motivo preventivo.

Ya que las mujeres no confiesan frecuentemente con facilidad ser víctimas de VG, es preciso generar un vínculo de confianza con la persona atendida. Para eso, se suele necesitar

más de una consulta y una actitud que favorezca la buena comunicación y la empatía.

Después de que las mujeres confiesen estar siendo víctimas de VG, empezaría la etapa de actuación de las y los profesionales. Las y los informantes refieren que a este nivel se suelen atascar porque desconocen cómo proceder en este tipo de casos. Lo anterior suele ejemplificarse con la expresión “abrir la caja de pandora”. Para evitar estas situaciones denuncian que los profesionales necesitan formación para saber cómo actuar y sentirse seguros a la hora de abordar casos.

Con respecto a la actitud del profesional que da respuesta a esta situación de VG existen diferentes opiniones. Por un lado, hay informantes que consideran oportuno insistirle a las mujeres que denuncien enfatizando en cómo opera el ciclo de violencia hacia la mujer. Mientras que otras y otros profesionales prefieren respetar los tiempos de estas mujeres en la toma de decisiones respecto a abandonar la relación o interponer una denuncia.

También, sienten frustración por no poder solucionar el problema de la paciente. Este suele ser uno de los motivos por los cuales evitan indagar e involucrarse. Esto se debe a una formación biomédica y la expectativa de ofrecer una respuesta “medicalizada” (como un tratamiento para una patología), en vez de concebir la VG como un problema que puede acompañar a la mujer a largo plazo (como una enfermedad crónica), en la que el papel del profesional es de acompañamiento terapéutico y asesoramiento más que de resolver el problema como se “cura” una patología.

### 3.2. Coordinación dentro del CAP

#### Referente de violencia de género

*“Si hay un referente sería la bomba. Una cabeza visible, experta sobre este tema, alguien a quien le puedes preguntar y esa persona que nos retroalimentara (...) Oye, vamos a hacer un repaso de qué recursos tenemos o lo que sea”*

*“En el centro de allí en el que estaban las formadoras, me di cuenta de que habían involucrado a todo el equipo que todo el equipo en cualquier momento podía sospechar (...) en esos centros [los que cuentan con formadoras] sí que era, no hablar del día a día, pero que sí a lo largo de la semana una vez lo hablabas mínimo con algún compañero (...) De decir, otras he detectado esto, he sospechado esto. En los otros centros [los que no cuentan con formadoras], si hablas una vez cada 3 meses es un milagro porque te ha tocado o porque no sabes qué hacer”*

En el contexto de la atención a la VG desde la atención sanitaria es importante contar con una o un profesional de referencia. Las informantes consideran que las referentes deben ser personas sensibilizadas e interesadas con esta temática, formadas en lo que respecta a la VG y también deben tener la capacidad de trabajar en equipo.

Las ventajas de contar con una referente en el tema son que las y los profesionales se sienten respaldados cuando detectan casos de VG en las consultas. En este sentido, las/los participantes identifican diferencias entre centros que cuentan con referentes o formadoras en VG respecto a los que no. En otras palabras, que en los centros que cuentan con formadoras el personal sanitario se encuen-

tra más sensibilizado e involucrado en la detección. Y además se incentiva a que se comparta entre los miembros del equipo.

Estas personas pueden ser consideradas referentes de manera informal o bien ser nombradas como tales de manera formal, como sucede en otras CCAA; y como de hecho hay referentes para otras patologías (como por ejemplo diabetes).

Tanto en los centros de salud como en hospitales se suele contar con la trabajadora social como persona de referencia con la que coordinarse para atender casos de VG, aunque en algunos casos no sea la referente formal. En AP, otras profesionales como enfermeras o médicas de familia sensibilizadas pueden convertirse en referentes para el resto de los profesionales.

#### Trabajo interdisciplinar

Las personas entrevistadas destacan el trabajo en equipo, característico de los centros de AP, como un entorno propicio para ofrecer una atención más coordinada. En este sentido, se da énfasis en la importancia de compartir experiencias y apoyarse entre profesionales en este tipo de casos para así buscar soluciones en conjunto. Esto a su vez debería propiciar que las y los profesionales sanitarios no se sientan solos o temerosos a la hora de detectar un caso por no saber cómo proceder tras la detección, ya que pueden preguntar y coordinarse con el resto del equipo para atender los casos.

La enfermera, en ciertas ocasiones, es la profesional que hace de nexo entre la persona atendida y la derivación al profesional correspondiente. En este sentido, una de las informantes comenta que frente a la detección de un caso de VG se activa una red informal

de coordinación donde la enfermera recurre a la trabajadora social y se realiza una consulta en conjunto. Este rol de nexo es muy relevante a la hora de hacer seguimiento a las derivaciones de estos casos, para asegurarse que la persona llegue al recurso.

#### **Coordinación con otros recursos externos al CAP**

La trabajadora social suele ser quien se coordina con otras instituciones cuando es necesario para dar una respuesta integral a las mujeres; lo ideal es que esto se realice de forma conjunta con las profesionales sanitarias (enfermeras, médicas) que atiendan cada caso. De hecho, las profesionales implicadas en el seguimiento de las mujeres también refieren estar en contacto con los recursos externos de ayuda a las mujeres.

Otro tipo de coordinación necesaria es entre los niveles asistenciales de AP y AE, especialmente cuando se detectan casos en urgencias de AE.

#### **4. Perfiles implicados: Enfermería frente a la VG**

*"Somos expertos en cuidados y nuestra orientación, nuestra perspectiva, tendría que ser de cuidar en general, no sólo de cuidar la úlcera, no sólo de cuidar el embarazo, no sólo de cuidar. Cuidar más allá de fijarnos si viene con un moratón..."*

El perfil de la enfermera en APS se considera idóneo para poder establecer una relación de confianza basada en la empatía, esto permite a las mujeres expresar sus problemáticas. Se marca la diferencia con otros profesionales sanitarios, destacando que suele ser con el profesional de enfermería con quien se entabla una relación terapéutica más cercana que da paso a tratar otras problemáticas más allá de la esfera física.

Una característica del perfil enfermero es el valor central que se le otorga al cuidado, disponer de más tiempo respecto a otros profesionales para dedicar a la atención a las mujeres y también al trabajo en equipo. En esta misma línea, las enfermeras tienen facilidades a la hora de detectar casos de violencia de género. También, pueden entregar una atención más continuada que les permitiría darles mayor seguimiento a casos de VG. También se recalca la importancia de que suelen ser las enfermeras el primer contacto que tienen las personas con la atención sanitaria.

Asimismo, que el colectivo de enfermería esté compuesto mayoritariamente por mujeres es una ventaja a la hora de detectar y tratar temáticas vinculadas a la VG. La empatía que surge por el simple hecho de ser mujeres genera un interés e implicación diferente en esta temática en comparación con los hombres.

Además, las enfermeras reciben una formación integral centrada en aspectos biopsicosociales de la salud, lo que les entrega una visión más holística del proceso salud-enfermedad.

Las entrevistas con enfermeras indican que en el cuidado a mujeres que se ven afectadas por VG es importante dar énfasis en la contención (no imponer a las mujeres las decisiones que tienen que tomar) y el acompañamiento. Las enfermeras deben acoger, estar disponibles y ofrecer recursos a estas mujeres, como aplican con otros pacientes la prevención y educación para la salud.

Para promover el potencial del rol de Enfermería en la atención a la VG, es importante empoderar a las enfermeras para que sean conscientes de su importancia como profesionales a la hora de atender casos de VG. En este sentido también denuncian una falta de inversión para poder desarrollar los potenciales que ofrece este perfil, por ejemplo, por la presión asistencial.



Como se ha comentado anteriormente, al igual que para el resto de profesionales de salud, es fundamental la formación y sensibilización respecto a esta temática dado que eso les permitiría detectar y responder con más seguridad estos casos. También, es importante que desde la gerencia se le dé valor a estas formaciones.

### **Protagonismo de las Matronas por la sistematización del cribado**

*“Creo que ha beneficiado mucho incluir en nuestras actuaciones, en nuestras intervenciones enfermeras, protocolizar una pregunta de despistaje para que pueda ser posible hablar sobre eso, igual que le preguntan sobre otros aspectos (...) porque así no se te escapa nadie”*

Debido a la protocolización de la detección de la VG en las consultas de salud sexual y reproductiva en Cataluña desde 2019, las matronas se están convirtiendo en un perfil impulsor de la mejora de la identificación de mujeres que sufren VG. Las participantes matronas consideran que era necesario incorporar una herramienta de despistaje que permitiera a todos los profesionales detectar casos de VG y no solo a aquellos que se encuentran más sensibilizados con la temática.

Explican la justificación de esta instauración en las consultas de salud sexual y reproductiva por la especial vulnerabilidad de las mujeres embarazadas a sufrir VG y porque las pacientes de las matronas son primordialmente mujeres, por lo que se ha considerado un entorno ideal para realizar esta detección precoz

Con respecto a la experiencia de las mujeres atendidas con esta nueva medida, las informantes recalcan la importancia de cómo realizar el cribado, dando especial énfasis en que no

es posible hacer este tipo de preguntas sin algún tipo de preámbulo.

Se reconocen fortalezas en esta nueva medida, pero también limitaciones. Por ejemplo, que el instrumento que se utiliza no esté validado en otros idiomas. A la hora de aplicarlo eso suele ser una dificultad, a pesar de contar con servicios de traducción, debido a que se extiende considerablemente el tiempo de atención. También, destacan la dificultad para realizar este tipo de preguntas cuando las parejas acompañan a consulta a las mujeres.

Con respecto a la implementación formal de esta nueva medida, a pesar de la importancia de los protocolos, recalcan que estos por sí solos no suplen a la formación.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este estudio ha puesto de manifiesto que la formación específica sobre VG en profesionales de la salud es clave para una adecuada detección y atención de este problema de salud. Los resultados relativos de Cataluña del estudio de la Delegación del Gobierno para la VG de 2015 identificaron que un 36,8% (n=18) profesionales de medicina afirmaban haber recibido formación, mientras que el 63,2% (n=31) no habían recibido ningún tipo de formación<sup>(13)</sup>. Parece que la tendencia es hacia un mayor número de profesionales formados en VG, aunque aún casi una tercera parte del personal sanitario, participante en nuestro estudio/de nuestros resultados, no cuenta con ningún tipo de formación específica.

Existe una amplia evidencia sobre la necesidad de formación específica en profesionales sanitarios. El presente estudio ha pretendido identificar aquellos aspectos que se precisan abordar para mejorar la capacitación de profesionales sanitarios/os.

El aumento de la sensibilización y formación en VG y una mejora en la capacidad percibida de profesionales de enfermería en el abordaje de mujeres víctimas de VG, puede tener una repercusión directa en la prevención, detección y atención de situaciones en las que las mujeres sufren este tipo de maltrato. Puede suponer una mejora en la respuesta del servicio sanitario, evitando situaciones de victimización secundaria o una respuesta inadecuada desde este ámbito de atención. Por otra parte, que profesionales sanitarios mejoraran su capacidad percibida para la atención a mujeres víctimas de VG, contribuiría a la satisfacción con el desempeño de su profesión.

Los resultados cualitativos evidencian la necesidad de que exista un nombramiento oficial de personas referentes de VG en cada CAP, lo que permitiría dar visibilidad al tema en el centro y contribuiría a que las y los profesionales lo tuvieran más en cuenta.

Por otra parte, nuestro estudio al igual que en otros estudios basados en el cuestionario PRE-MIS, relaciona la lectura del protocolo con una mayor capacidad de respuesta frente a la VG<sup>(14,15)</sup>. Sin embargo, en nuestro estudio al menos uno de cada dos profesionales afirmaron no haber leído el protocolo de atención. Estudios en España y a nivel internacional muestran que cuando se pregunta por las situaciones de VG, las mujeres suelen revelar su situación, agradeciendo muchas de ellas a los profesionales sanitarios su interés y apoyo. En este sentido, tal como se evidencia en los resultados de este trabajo, es muy relevante crear un clima de confianza y confidencialidad en la atención a las mujeres que confiesan ser víctimas de VG<sup>(16)</sup>. Ello demuestra que la APS es un entorno idóneo y privilegiado para detectar y atender a estas pacientes<sup>(17)</sup>.

Otras CCAA españolas como la Comunidad Valenciana y Castilla y León tienen sistematizado el cribado universal de la VG a todas las mujeres mayores de 14 años en todas las consultas de AP. La literatura señala el dilema existente acerca de la idoneidad de la detección universal; a pesar de que es cierto que preguntar sobre la VPI en las especialidades de

atención médica ofrece la mayor oportunidad para la divulgación, siempre debe ocurrir en el contexto de una relación de apoyo con ese profesional de la salud. En España, el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género recomienda la detección selectiva de casos en quienes existan razones de sospecha de abuso debido a los síntomas que presenta "el personal sanitario debe tener una actitud de alerta ante la presencia de conductas, síntomas o signos de sospecha"<sup>(1)</sup>. Los servicios de salud de algunas comunidades implementaron el cribado sistemático, es decir, preguntar a todas las mujeres en un entorno determinado, como las consultas de medicina de familia en la Comunidad Valenciana o de salud sexual y reproductiva en Cataluña, sobre la base de los efectos positivos que muestran las pruebas existentes y siguiendo las recomendaciones de instituciones como el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos en 2005. Las enfermeras que trabajan en esos sistemas regionales de salud apreciaron la inclusión de preguntas relacionadas con la VG en el formulario de la historia clínica digital para examinar la VG, como parte del protocolo de la VG, ya que les ayudó a detectar los casos y los sensibilizó aún más. En este sentido, la formación en el cribado en violencia de género aumenta el sentido de los profesionales sobre la auto-eficacia de la intervención e incrementa la frecuencia de cribado y las tasas de detección<sup>(18,19)</sup>.

Las y los profesionales de salud de nuestro estudio también han señalado barreras comunes en la literatura científica, como la falta de tiempo para atender adecuadamente los casos de VG, y sentirse insuficientemente capacitados para tratar VG<sup>(13,15)</sup>.

Los resultados de este estudio señalan que el compromiso de los profesionales de la salud contra la VG en muchas ocasiones es una elección personal, ya que no está sistematizado a diferencia de la respuesta para otros problemas de salud (más allá de las consultas de salud sexual y reproductiva y recientemente); por lo que los profesionales que no estén previamente sensibilizados con el tema requieren de un proceso interno de cambio y un cues-

tionamiento de sus propios prejuicios, ya que a veces, las propias dificultades en cuanto al diagnóstico de VG radican en las conductas y actitudes discriminatorias y estigmatizantes mantenidas por parte de los/las profesionales hacia las mujeres que atienden <sup>(20,22)</sup> aspectos socioculturales asociados con una sociedad machista patriarcal siguen siendo una barrera para la implicación del personal sanitario con relación a este tema.

Los resultados cualitativos han puesto de manifiesto que el colectivo de Enfermería posee un gran potencial para enfrentar la problemática de la VG, las matronas especialmente debido a que en su práctica profesional atienden mayoritariamente a mujeres. Por esta razón es tan importante que se involucren activamente en la sospecha, detección, derivación y seguimiento de casos. En el presente trabajo se evidencia la importancia del acompañamiento y respeto a la persona atendida respecto a sus procesos, tiempos y decisiones, en línea con estudios previos que recalcan la importancia de reflexionar, desde el colectivo, sobre este tipo de problemáticas intentando aportar en la práctica profesional <sup>(16)</sup>.

### Limitaciones del estudio

Por las características del cuestionario seleccionado, se requiere una disponibilidad mínima de 30 minutos por parte de los/las participantes para su realización. Esto ha dificultado alcanzar una amplia tasa de respuesta. Por otra parte, dada la voluntariedad de participación, esta ha podido estar condicionada por la sensibilidad y motivación hacia este tema de los/las participantes. No se recogen las actitudes y actuación de otros/as profesionales también están involucrados en la atención a las mujeres víctimas de VG, que trabajan en servicios de urgencias tanto extrahospitalarias, como hospitalarias.

Además, el advenimiento de la pandemia COVID interrumpió la realización del trabajo de campo y supuso la desmotivación de los profesionales para rellenar el cuestionario *online* debido a la prioriza-

ción de este tema por encima de otros, e impidió la difusión del cuestionario en 2 de las 9 regiones sanitarias de Cataluña.

### Conclusión

Los resultados han contribuido a la comprensión de las dificultades y necesidades que existen para realizar en la práctica cotidiana lo que la ley de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género declara: que los servicios de salud deben jugar un papel activo e integrado papel en la prevención y gestión integral de VG.

La posibilidad de identificar a pacientes que sufren VG necesita de la familiarización, por parte del personal sanitario, con las políticas de atención a la VG, la accesibilidad y el fomento del protocolo de actuación para la atención de casos, y el fomento de la formación específica. Las consecuencias de que no haya formación continuada del personal sanitario son que las y los profesionales no se sientan capaces de atender casos y tengan miedo a afrontar estas situaciones, por el desconocimiento de cómo proceder una vez que detectan. Es preciso considerar la inversión en programas formativos para mejorar la capacidad percibida del personal sanitario para dar respuesta a este problema.

Barreras surgen de las dificultades asociadas con la introducción del tema de VG y género en un cuerpo profesional que ha sido educado en la tradición biomédica, y del hecho de que la integración de la gestión de VG dentro del sistema de salud se perciba como impulsada por el interés político más que por méritos científicos.[]



## BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Centro de Publicaciones. 2012 [acceso 25 de mayo de 2019] De Observatorio de Salud de las Mujeres. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género.2012.
2. World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva, World Health Organization, 2010. [acceso 25 de mayo de 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/violence/9789241564007\\_eng.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/9789241564007_eng.pdf).
3. Delegación Del Gobierno Para La Violencia De Género. Macroencuesta De Violencia Contra La Mujer 2019 [Internet]. Ministerio de Igualdad. 2020 [acceso 18 de septiembre de 2020]. Disponible en: [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta\\_2019\\_estudio\\_investigacion.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf)
4. Ruiz Pérez, V. Montero Piñar MI, Vives-Cases C, Rodríguez Barranco M. Prevalence of intimate partner violence in Spain: A national cross-sectional survey in primary care. *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 2(49), 2017, 93-101.
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Centro de Publicaciones. 2007 I informe anual del observatorio estatal de violencia sobre la mujer.
6. Ministerio de Igualdad [sede Web] España. Portal Estadístico. Secretaría de Igualdad y contra la Violencia de Género, Delegación del Gobierno para la Violencia de Género del Ministerio de Igualdad. [1 pantalla] Disponible en: <http://estadisticasviolenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/>
7. Mur Petit, R. Primera encuesta de violencia machista en Cataluña. Notas metodológicas y algunos logros y resultados principales. 2014. *Boletín criminológico*, Nº. 152, Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/386026>.
8. Generalitat de Catalunya, Departamento de Salud. Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña: documento marco [Internet]. Barcelona: Dirección General de Planificación y Evaluación; 2009. Disponible en: [https://salutweb.gencat.cat/web/.content/\\_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Serveis-sanitaris/Altres-models-anteriors-datencio-sanitaria/Abordatge-de-la-violencia-masclista/arxius/cast\\_femchist.pdf](https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Serveis-sanitaris/Altres-models-anteriors-datencio-sanitaria/Abordatge-de-la-violencia-masclista/arxius/cast_femchist.pdf)
9. Equip de violència masclista de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Avaluació del Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Mirades complementàries. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2019.
10. Fernández Alonso M. El médico de familia ante situaciones de violencia. 2007. *Atención Primaria*, 39(2) 57-59.
11. Sans, M, y Sellaré, J. Detección de la violencia de género en atención primaria. *Revista española de medicina legal: órgano de la Asociación Nacional de Médicos Forenses*, 2010;36 (3) 104-109.
12. Generalitat de Catalunya, Departamento de Salud. Cartera de Servicios de las Unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de Apoyo a la Atención Primaria. Catalunya Generalitat de Catalunya, Departamento de Salud, 2007.
13. Vives-Cases C, Torrubiano J, Carrasco M, Espinar-Ruiz E, Gil- González D, Goicolea I. Validación de la versión española del cuestionario Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey (PREMIS). *Rev. Esp. Salud Publica*. 2015. Abr;89(2):173-190.
14. Murillo P., San Sebastián M., Vives-Cases C, Goicolea I. Factores asociados a la respuesta a la violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 2017 *Gaceta Sanitaria*, 32(5): 433-438.
15. Rodríguez-Blanes GM, Vives-Cases C, Miralles-Bueno J, San Sebastián M, Goicolea I. Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados. *Gaceta Sanitaria*. 2017; 31(5):410-415. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.008>.
16. Terré C. La matrona ante la violencia doméstica. *Matronas Prof*. 2000; 1(2): 4-9.
17. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J. Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. *Psychosom Med*. 2005;67:791-7.
18. Heise L, Garcia Moreno C. Violence by intimate partners. In: Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002:87– 121.
19. Ahmad F, Hogg-Johnson S, Stewart DE, Skinner HA, Glazier RH, Levinson W. Computer-assisted screening for intimate partner violence and control: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2009; 151: 93– 102.
20. García-moreno C, Hegarty K, Flavia A, Koziol-maclain J, Colombini M, Feder G, et al. Violence against women and girls: The health-systems response to violence against women. 2014;6736(14).
21. Díaz Vigón N, Fernández Gutiérrez L, Fernández Raigada R, Rubio-Domínguez J, Santos Granda M. Conocimientos, opiniones y creencias de los profesionales de Atención Primaria en relación a la violencia de género. 2017. *RqR Enfermería Comunitaria*, Vol. 5, Nº. 2, págs. 35-49.
22. Reeves EA HJ. Describing the healthcare experiences and strategies of women survivors of violence. *J Clin Nurs*. 2018;27(5–6):1170–82.