

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

Departamento de Psicología Social



TESIS DOCTORAL

EL ROL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA
VISIBILIZACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO: UN ESTUDIO
EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

Programa de Doctorado en Educación y Psicología

Doctoranda: Nancy González García

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

Departamento de Psicología Social



TESIS DOCTORAL

EL ROL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA
VISIBILIZACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO: UN ESTUDIO
EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

Programa de Doctorado en Educación y Psicología

Doctoranda: Nancy González García

Director de Tesis: Dr. Juan Bautista Herrero Olaizola

Co-Director: Joel Juarros Basterretxea

Oviedo, 2019



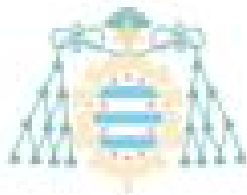
RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

1.- Título de la Tesis	
Español/Otro idioma: EL ROL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA VISIBILIZACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO: UN ESTUDIO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA	Inglés: THE ROLE OF HEALTH PROFESSIONALS IN THE VISIBILIZATION OF GENDER VIOLENCE: A STUDY IN PRIMARY AND SPECIALIZED CARE
2.- Autor	
Nombre: NANCY GONZÁLEZ GARCÍA	
Programa de Doctorado: EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA	
Órgano responsable: CENTRO INTERNACIONAL DE POSTGRADO	

RESUMEN (en español)

Los profesionales sanitarios encuentran serias dificultades para identificar los casos de violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Una marcada ideología de género y un bajo nivel formativo, pueden obstaculizar el abordaje de los casos de maltrato en los Servicios de Salud. Nuestro objetivo es analizar la relación entre actitudes de género y su implicación en el tratamiento de la violencia de género en el ámbito sanitario, así como la influencia de la formación en esta implicación. En el estudio participaron 614 profesionales sanitarios, se utilizó un cuestionario auto administrado para evaluar la formación específica en violencia de género y se incorporó la Escala de Sexismo Ambivalente ASI y AMI. Los resultados mostraron que ambos tipos de sexismo, -hostil y benevolente-, ejercen su influencia en las actitudes hacia el tratamiento de la violencia de género si bien, de manera diferente. El puntaje más alto en sexismo hostil, se relaciona con actitudes más negativas hacia la implicación en el tratamiento, independientemente del nivel de formación en violencia de género. Por otra parte, el sexismo benevolente influirá de manera favorable en las actitudes hacia la implicación, en la medida en que afecte negativamente a la formación en violencia de género.

PALABRAS CLAVE: Violencia, Personal de Salud, Sexismo ambivalente, Actitudes, Formación



RESUMEN (en Inglés)

Health professionals find it difficult to identify cases of violence against women in relationships. A marked gender ideology and a low level of education can hinder the treatment of cases of abuse in health services. Our objective is to analyze the relationship between gender attitudes with the implication in the treatment of gender violence in the health field and the influence of training on this implication. The study involved 614 health professionals, a self-administered questionnaire was used to evaluate specific training in gender violence, and the ASI and AMI Ambivalent Sexism Scale was incorporated. The results showed that both types of sexism - hostile and benevolent-, exert their influence on attitudes toward the treatment of gender violence, albeit in a different way. The highest score in hostile sexism is related to more negative attitudes towards involvement, regardless of the level of training in gender violence. On the other hand, benevolent sexism will influence attitudes towards involvement, insofar as it negatively affects gender violence training.

KEYWORDS: Violence, Health personnel, ambivalent sexism, Attitudes, Training

ÍNDICE DE CONTENIDOS:

PARTE I. MARCO TEÓRICO	16
CAPÍTULO I.....	16
1. <i>INTRODUCCIÓN</i>	17
2. <i>DEFINICIÓN</i>	21
2.1 <i>VIOLENCIA DOMÉSTICA</i>	22
2.2 <i>VIOLENCIA FAMILIAR O INTRAFAMILIAR</i>	23
2.3 <i>VIOLENCIA DE PAREJA</i>	25
2.3.1 <i>Violencia controladora coactiva o terrorismo íntimo</i>	27
2.3.2 <i>Violencia situacional</i>	27
2.4 <i>VIOLENCIA DE GÉNERO</i>	29
3. <i>TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO</i>	34
3.1 <i>Físico</i>	34
3.2 <i>Psicológico</i>	35
3.3 <i>Sexual</i>	36
3.4 <i>Violencia Económica o financiera</i>	38
3.5 <i>Violencia estructural</i>	38
3.6 <i>Violencia espiritual</i>	38
3.7 <i>Violencia Social</i>	39
3.8 <i>Violencia Patrimonial</i>	39
CAPÍTULO II.....	42
4. <i>ETIOLOGÍA MULTICAUSAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO: EL MODELO ECOLÓGICO</i>	43
5. <i>EL COSTE ECONÓMICO DE LA VIOLENCIA</i>	47
5.1 <i>Costes Directos</i>	49
5.2 <i>Costes no monetarios</i>	53
5.3 <i>Efectos económicos multiplicadores</i>	54
5.4 <i>Efectos sociales multiplicadores</i>	57
CAPÍTULO III.....	65
6. <i>PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LA RELACIÓN DE PAREJA</i>	66
6.1 <i>En el Contexto Internacional</i>	68
6.2 <i>En el Contexto Europeo</i>	76
6.3 <i>En el Espacio Sanitario</i>	81
6.3.1 <i>En Atención Primaria</i>	83
6.3.2 <i>En Servicios de Urgencia (SU)</i>	87
6.3.3 <i>En los dispositivos de Salud Mental</i>	90
CAPÍTULO IV	96
7. <i>ÁMBITO SANITARIO. CONSECUENCIAS DEL MALTRATO SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES</i>	97
7.1 <i>Consecuencias en la Salud Física/Sexual</i>	100
7.2 <i>Consecuencias en la Salud Mental</i>	103
7.3 <i>Consecuencias en la salud de los hijos</i>	107
8. <i>DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA EN EL ÁMBITO SANITARIO</i>	110
8.1 <i>Barreras para la detección de la violencia de género</i>	113
8.1.1 <i>Barreras sociales y culturales</i>	114
8.1.2 <i>Barreras personales</i>	117
8.1.3 <i>Barreras institucionales y legales</i>	120
8.1.4 <i>Barreras Profesionales</i>	121

CAPÍTULO V	127
9. ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	128
10. CRIBADO SISTEMÁTICO	135
11. RELEVANCIA DE LA FORMACIÓN PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD, EN LA DETECCIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO.....	146
CAPÍTULO VI	161
12. IDEOLOGÍA DE GÉNERO: SEXISMO	162
12.1 Sexo y Género.....	162
12.2 Actitudes de rol de género, los roles y estereotipos de género.....	164
12.3 Conceptualizando el sexismo.....	168
12.4 Sexismo ambivalente: Sexismo Hostil y Sexismo Benevolente.....	170
12.5 Escalas para medir el sexismo ambivalente:.....	176
12.6 Sexismo ambivalente y violencia de género.....	179
12.7 Ideologías y sesgos de género en salud.	181
PARTE II. ANÁLISIS EMPÍRICO	187
1. INTRODUCCIÓN	188
2. OBJETIVOS.....	188
3. MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	189
3.1 Procedimiento de recogida de datos	190
3.2 Participantes	192
3.3 Variables e Instrumentos	192
3.4 Análisis de los datos.....	194
4. RESULTADOS.....	196
5. DISCUSIÓN.....	231
6. CONCLUSIÓN.....	241
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	244
ANEXOS	319

PARTE I. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

A pesar de que la violencia de género es un fenómeno universal que impregna a todas las sociedades, sigue sin haber acuerdos sobre su definición, sus manifestaciones o su magnitud. Esto puede ser debido a múltiples factores que van desde la gran variedad de contextos sociales, económicos, culturales y políticos en los que se manifiesta, de las diferentes perspectivas y múltiples disciplinas que la estudian o de las heterogéneas expresiones del problema.

Desde las principales organizaciones internacionales se considera a la violencia de género en el ámbito de la pareja como una de las formas de maltrato más extendida, que causa más graves repercusiones en la salud física y mental de las víctimas (Organización Mundial de la Salud OMS, 2013a; Stockl, Devries, Rotstein, Abrahams, Campbell, Watts et al., 2013)

Aunque habitualmente la violencia en la pareja se relaciona con la ejercida sobre las mujeres, puede producirse de manera bilateral. De hecho, algunos estudios consideran equiparable la frecuencia con la que hombres y mujeres la sufren dentro de la pareja (Desmarais, Reeves, Nicholls, Telford & Fiebert, 2012a; Esquivel y Dixon, 2012; Graña y Cuenca, 2014; Graña, Cuenca Montesino, Redondo y O'Leary, 2015). No obstante, los factores de riesgo, los patrones y las consecuencias de la violencia no son los mismos para las mujeres que para los hombres (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002). De ahí que resulta mucho más alarmante cuando se produce de forma unilateral (Saltzman, Fanslow, McMahon, & Shelley, 2000), del hombre sobre la mujer.

El uso del término violencia de género (VG) es relativamente reciente, surge a partir de la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (Resolución

de la Asamblea General 48/104, ONU, 1994); en ésta se asocia la violencia de género con violencia contra la mujer y se enmarca en el ámbito privado y público adquiriendo la consideración de grave problema social. Así la ONU (1993) en su artículo 1 la define como: “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda entender como resultado un daño [...], tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (p.2).

También desde Naciones Unidas (1993), se hace la consideración de la variable sexo como uno de los principales factores de riesgo que aumentan significativamente la vulnerabilidad de las mujeres como grupo social, ya que los maltratadores suelen estar motivados por consideraciones de género, como la necesidad de fortalecer su situación de poder para mantener sus privilegios.

En España, el progresivo conocimiento de los casos de violencia de género ha favorecido el desarrollo de la respuesta por parte de las principales instituciones sociales, legales y judiciales, respuesta que se ha traducido en medidas legislativas dirigidas principalmente a proporcionar ayuda a las víctimas que presentan denuncia. La más relevante, sin duda, es la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (LO. 1/2004) acordada en las Cortes Generales en diciembre de 2004. Si bien se ciñe, fundamentalmente, al tratamiento de la violencia en el ámbito de la pareja o ex pareja, acota la definición de Violencia de Género como una forma específica de Violencia hacia la Mujer, en la que el agresor es el hombre y la violencia se produce en el contexto de una relación íntima pasada o actual.

En la presente tesis conceptualizamos violencia de género como la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja, conforme a la Ley 1/2004 de 28 de

diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (en adelante LO. 1/2004) en su Título Preliminar (art.1), se enuncia como:

Todo acto de violencia física o psíquica, 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, aún sin convivencia. (p.10).

En las últimas décadas, y gracias al reconocimiento de este problema por parte de numerosos organismos nacionales e internacionales, se han promovido grandes esfuerzos de sensibilización, prevención, detección, intervención multidisciplinar y penalización de las conductas agresivas, dirigidos a la erradicación de éste fenómeno. Su trascendencia ha llegado a ser de tal magnitud que la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó la resolución WHA 49.25 en 1996, declarándola como un grave problema de salud pública (Heise & García-Moreno, 2002), debido a su elevada incidencia y sus perniciosas consecuencias sobre la salud física y psicológica de las víctimas. Además ocasiona a la economía mundial un considerable gasto, tanto en recursos para el sistema sanitario como para el resto de las instituciones implicadas en la lucha contra la violencia (Campbell, 2002; Heise & García-Moreno, 2002).

Las graves consecuencias sobre la salud de las víctimas sitúan al espacio sanitario en un lugar privilegiado para la detección del maltrato. La evidencia científica constata que los servicios de salud son la única institución a la que acuden las mujeres en algún momento de sus vidas, por asuntos personales (embarazos, revisiones, vacunaciones) o acompañando a menores o a mayores, una puerta de acceso para las

víctimas al sistema y a la posibilidad de pedir o recibir ayuda (en ocasiones como acceso al sistema judicial, a través del parte de lesiones) (García-Moreno, Pallito, Devries, Stokl, Watts & Abrahams, 2013).

Sin embargo, a pesar de las evidencias, la identificación en este espacio es aún baja, la OMS y las diferentes organizaciones sanitarias siguen alertando a la comunidad científica sobre la infra detección de la violencia de género en los servicios sanitarios. Estiman que se llega al diagnóstico con un retraso de entre 5-10 años desde el inicio del maltrato, y los profesionales exponen multitud de obstáculos que pueden provocar un infra diagnóstico del problema.

Este trabajo surge de tres consideraciones fundamentales: en primer lugar, de la persistencia del problema de la violencia de género en el conjunto de la sociedad y sus consecuencias en cuanto a daño físico y psicológico, altos costes económicos y elevada prevalencia ;en segundo lugar, que estando acreditado el mayor uso de los servicios de salud por parte de las mujeres maltratadas, numerosos obstáculos dificultan la identificación de la violencia en los servicios sanitarios por parte de los profesionales; y finalmente, la escasez de estudios que ahonden en la potencial relevancia de determinadas actitudes de género que puedan impregnar al personal de salud, en la identificación y abordaje del maltrato en el contexto sanitario.

Por último, apuntar que en el desarrollo de este trabajo se emplea, el masculino gramatical como genérico para hacer referencia a ambos sexos. De este modo se pretende evitar así desdoblamientos reiterativos, en su forma femenina y masculina, para evitar redundancias que pudieran obstaculizar la comprensión del texto.

2. DEFINICIÓN

Para comenzar esta investigación, resulta útil tratar algunas de las dificultades y controversias conceptuales y terminológicas al examinar la expresión violencia de género, para distinguirlo por ejemplo de violencia doméstica, con la que frecuentemente se confunde o se identifica como sinónimo. Definir de manera exacta un problema tan complejo solo resultaría posible integrando las diferentes perspectivas proyectadas desde diferentes disciplinas, fundamentos de investigación y teorías que se han ido incorporando en las múltiples investigaciones realizadas. Esto ha producido una disparidad de terminologías que acaban dificultando su reglamentación jurídica para la adopción de medidas reales y efectivas en la intervención del problema.

En el presente capítulo, se pretende realizar una primera aproximación al fenómeno de la violencia de género, puntualizar una definición más clara y representativa para este estudio. Para ello, se ha realizado una exploración de los términos que con más frecuencia se han aplicado para explicar el fenómeno que se analiza, y evitar que se agrupe en una misma expresión problemas diferentes, con motivaciones diferentes, que requieren actuaciones diferentes. Ante la falta de criterios universales en el uso de una terminología para designar la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja, la literatura científica ha utilizado diferentes términos como el de Violencia Doméstica (Domestic Violence) como expresión decisiva para hacer referencia al maltrato dentro de la pareja estable. No obstante, este término no distingue quién recibe ni quien ejerce la violencia, o a qué integrantes de la familia afecta o el tipo de violencia que refleja (Rodríguez- Franco, López y Rodríguez- Díaz, 2010). En los registros de la American Psychological Association (APA) se incluyen: violencia

intrafamiliar (family violence), violencia del compañero íntimo (intimate partner violence), o violencia de género (gender violence), entre otros, que definen múltiples aspectos de la violencia en el ámbito de las relaciones humanas.

En las publicaciones en castellano, se hace uso de términos como violencia de género, violencia familiar o intrafamiliar, violencia de la pareja o compañero íntimo, violencia doméstica, violencia conyugal o maltrato a la mujer, entre otros. A pesar de que se tiende a utilizar indistintamente las diferentes denominaciones, cada una de ellas alude a una causa diferente e incluso a soluciones diferentes (Medina, 2002). A continuación presentamos un análisis de cada uno de estos términos.

2.1 Violencia Doméstica

Este tipo de violencia hace referencia a cualquier acción u omisión vejatoria o similar de una o varias personas, que conviven en el mismo domicilio estén unidas o no por vínculos de parentesco; el término abarcaría los supuestos de violencia contra cualquier persona del círculo familiar (Montalbán, 2006). La diferencia entre violencia de género y violencia doméstica radica en que la primera va dirigida a la mujer al margen del lugar en el que se produce y en la segunda, el sujeto de referencia es el grupo conviviente, se ubica de forma exclusiva en el ámbito doméstico, en el espacio privado.

En el ámbito judicial, la violencia doméstica viene definida por los artículos 173.2 y 153.2 del Código Penal, en el contexto de esta violencia el agresor no tiene por qué ser el hombre, ni tampoco ser la mujer la víctima exclusivamente, ni es preciso que estén unidos por vínculos consanguíneos o de relación íntima, basta con que convivan en el mismo lugar (Cristóbal, 2014). “Pueden sufrir este tipo de violencia los padres o

los hijos, los abuelos e incluso hermanos, por tanto, la victimización no se vincula con el género” (Adam, 2013, p.24). Así mismo, deben tenerse en cuenta dos principios determinantes que la definen: la reiteración o habitualidad de los actos violentos y el ejercicio de poder, control o autoridad del agresor hacia la víctima (Fernández, Herrero, Buitrago, Ciurana, Chocrón, García, et al., 2003).

En España, (Instituto Nacional de Estadística, INE, 2018) se registraron en 2017 un total de 4.908 personas denunciadas por violencia doméstica, un 5,7% más que en el año anterior. De ellas, el 73,1% fueron hombres y el 26,9% mujeres. A diferencia del año anterior, se produjo un aumento tanto en el porcentaje de hombres denunciados (7,4%), como en el de mujeres denunciadas (1,3%). Por edad, la media de los denunciados fue de 35,9 años. Analizando las tasas por cada 1.000 personas, el mayor número de hombres denunciados se concentró en los tramos de edad de 18 a 19 años (0,40%), mientras que en las mujeres se dio en el tramo de menos de 18 años (0,15%).

Atendiendo al tipo de relación existente entre la víctima y el denunciado, en el 28,8% de los casos la víctima fue la madre de la persona denunciada, en el 27,7% de los casos las víctimas fueron los hijos, en el 11,0% de los casos la víctima fue el padre y en el 9,7% los hermanos (INE, 2018). Estamos pues, ante un tipo de violencia que presenta también una elevada prevalencia y que se produce en el hogar, la puede ejercer y sufrir cualquiera del núcleo doméstico por ejemplo, una madre sobre sus hijos o un nieto sobre su abuelo.

2.2 Violencia familiar o intrafamiliar

Este es otro de los términos empleados como sinónimo de violencia de género y de violencia doméstica. Fernández et al. (2003) la define como: “Los malos tratos o

agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigidas generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos” (p.11). Esta tipología de violencia ha permanecido invisible durante mucho tiempo debido fundamentalmente al prestigio social que tiene la institución familiar, así como la creencia de que los hechos que ocurren en la familia pertenecen al ámbito de lo privado.

El uso del término violencia familiar o intrafamiliar como sinónimo de violencia de género resulta erróneo, pues elimina la especificidad de este maltrato al incluir como víctima a cualquier miembro de la familia. En la mayoría de los casos la violencia de pareja se produce en este contexto familiar, de ahí que se haya asociado muchas veces la violencia de género o de la pareja como violencia intrafamiliar, y se presenten ambos términos como sinónimos. De este modo, el problema queda reducido a las personas que constituyen el núcleo familiar, mientras que la violencia de género tiene lugar en todos los contextos sociales, familiares y laborales, y en todas las partes del mundo (Menéndez, Pérez y Lorente, 2013; Moreno, 2010; Nabors, Dietz & Jasinski, 2006; Oliver y Valls, 2004; Peris, 2015; Sanmartín, Iborra, García y Martínez, 2010).

También existe la tendencia de emplear el término violencia familiar como sinónimo de violencia doméstica, sin embargo no lo es, si bien predomina una constante que es el desequilibrio de poder entre agresor y víctima, no precisa que ambos convivan en el mismo espacio doméstico. Además no todos los convivientes en una casa están unidos por lazos familiares, ni todos los miembros de una familia residen siempre en el mismo lugar.

2.3 Violencia de pareja

La violencia en las relaciones de pareja se beneficia del contexto de privacidad en el que se desarrollan, un espacio privilegiado para el ejercicio extremo de una autoridad, que una de las partes considera legítima. Desde la American Medical Association se presenta la violencia de pareja como un patrón de comportamientos coercitivos que pueden incluir golpes repetidos, lesiones, abuso psicológico, agresión sexual, aislamiento social progresivo, privación e intimidación (Mc Closkey, Williams, Lichter, Gerber, Ganz, & Sege, 2007). La American College of Obstetricians and Gynecologists (1999), la American Psychological Association, (1996) y autores como Johnson & Ferraro, (2000) la definen de modo similar, como un patrón regular de conductas violentas y coercitivas, continuadas, y de intensidad creciente cuya función es la de conseguir el control sobre la víctima.

Asimismo, la violencia de pareja hace referencia a la violencia física, psicológica o sexual entre personas que mantienen una relación íntima, al margen del estado civil, la orientación sexual o el estado de cohabitación en el que se encuentren (Mc Laughlin, O'Carrol & O'Connor, 2012), por tanto puede aparecer en toda clase de parejas (heterosexuales, homosexuales), en cualquier momento de la relación: inicio, consolidación, durante la ruptura y después de la misma (Johnson, 2011; Loinaz, Ortiz, Sánchez y Ferragut, 2011) ,y en el caso de las parejas heterosexuales puede producirse del hombre sobre la mujer pero también las mujeres pueden agredir a sus parejas masculinas, aunque las consecuencias más graves las sufran las mujeres (Holt, Buckley & Whelan, 2008). De hecho, desde la ONU (2006) se enuncia como “la forma más común de violencia experimentada por las mujeres en todo el mundo, es la violencia dentro de la pareja” (p.43).

La conducta violenta en este contexto presenta índices de prevalencia elevados (Archer, 2000; Stith & McCollum, 2011). En el caso de las estadísticas judiciales, las tasas de prevalencia de la violencia de pareja evidencian un fenómeno que se produce sobre las mujeres y es ejercida por los hombres (Echeburúa y Redondo, 2010). Esto puede estar relacionado con el hecho de que las principales estadísticas parten del concepto de violencia de la pareja íntima del hombre contra la mujer, definición de la ley de violencia de género, y como tal, las muestras están compuestas por víctimas de sexo femenino.

Sin embargo, cuando se recurre a muestras de poblacionales, algunos estudios exponen que la violencia en las relaciones de pareja es perpetrada por igual por ambos sexos, o incluso, en el caso de la violencia psicológica, más por mujeres (Desmarais, Reeves, Nicholls, Telford & Fiebert, 2012a; Esquivel & Dixon, 2012; Graña & Cuenca, 2014; Graña, Cuenca, Montesino, Redondo & O'Leary, 2015). En el estudio de Straus (2008) se observaron tasas equivalentes de violencia en la pareja tanto para hombres como para mujeres, a partir de una muestra formada por estudiantes universitarios de 32 países

La complejidad y multicausalidad del fenómeno ha impulsado la investigación sobre los contextos de la violencia en la pareja para proponer diferentes tipologías, basadas en las motivaciones de los perpetradores y la localización social de las parejas (Johnson & Ferraro, 2000). La tipología que Johnson (2006, 2008) postuló, se fundamenta en los motivos que se encuentran detrás del comportamiento violento y coercitivo, y no del grado de severidad de la violencia física en la pareja. Establece dos tipos básicos:

2.3.1 Violencia controladora coactiva o terrorismo íntimo

Definida como un patrón de relación que se mantiene constante dentro de la pareja, y cuya gravedad se mantiene e incluso puede aumentar tras la ruptura de la relación. En oposición a esta forma de violencia puede aparecer la resistencia violenta por parte del otro integrante de la pareja. “Se asocia principalmente a la violencia por razón de género, siendo el hombre el que mayoritariamente ejercería el terrorismo íntimo, y la mujer la resistencia violenta” (Johnson, 2008, p.87). Este tipo de violencia es la se encuentra ligada a las instituciones: muestras clínicas y judiciales. Como las usuarias de centros de acogida, servicios sanitarios, agresores en programas de reeducación etc (Johnson, 2006).

Las víctimas de violencia controladora coactiva o terrorismo íntimo expresan sufrir más problemas de salud, por lo que tienen una mayor probabilidad de acudir a un centro sanitario, y una mayor probabilidad de buscar ayuda formal de las instituciones oficiales (Leone, Johnson, Cohan & Lloyd, 2004).

2.3.2 Violencia situacional

En este caso la violencia es episódica o reactiva, asociada a situaciones de crisis en la pareja perpetrada de modo bidireccional, aunque por lo general, las consecuencias más graves las sufran las mujeres. Su riesgo disminuye tras la ruptura, no obstante en algunas ocasiones puede permanecer e incluso aumentar tras la separación (Johnson, 2011) Atendiendo a esas situaciones críticas, se puede dividir este tipo de violencia en: Violencia situacional asociada a los conflictos de pareja y Violencia situacional asociada a la gestión de la ruptura de pareja.

Según Johnson (2006), en muestras comunitarias la violencia coactiva (11%) es menor que la situacional (89%). En el caso de las muestras judiciales, ocurre al contrario, el 29% de la violencia denunciada es situacional, mientras que el 68% es coactiva. Por último, “en las muestras de mujeres maltratadas (casas de acogida) el 19% es situacional y el 79% coactiva por lo general estos espacios reciben los casos de violencia que presentan lesiones más graves” (p.1011).

En síntesis, la violencia de pareja se ha asociado con violencia doméstica y actualmente se relaciona con violencia de género, aunque si bien, ésta última afecta al ámbito de la pareja, no lo hace en exclusividad, se dirige hacia las mujeres, es infligida por los hombres, fuera y dentro del hogar, tengan o no una relación de parentesco, en diferentes contextos y áreas geográficas, a nivel mundial. La violencia de pareja se produce en el ámbito de las relaciones de pareja y no siempre se produce en una sola dirección.

En el estudio de Graña & Cuenca (2014) basado en una muestra de 3.578 parejas heterosexuales, la agresión de tipo bidireccional es el patrón de agresión más frecuente (80% bidireccional psicológica y 25 % bidireccional física), seguida de la agresión mutua psicológica (46%) y física (4%) y la violencia recíproca psicológica (41%) y física (3%) dentro del ámbito de pareja que, según Johnson (2011), se correspondería con la violencia situacional. Los autores concluyen que estos resultados “contradican la tendencia general que considera que la agresión en la pareja es predominantemente masculina” (Graña & Cuenca, 2014, p. 347).

La investigación desde la criminología ha revelado que la violencia de pareja bidireccional es un fenómeno con altas cifras de prevalencia (Straus, 2004; Straus & Ramírez, 2007) en la que el rol de víctima y ofensor es compartido por ambos

miembros y cuya génesis aún hoy es difícil de conocer. Tal vez esta dinámica de relaciones violentas exija, desde un punto de vista jurídico penal, un estudio en profundidad y algunos cambios legislativos , aun así, las consecuencias de estas relaciones violentas son, en la mayor parte de casos, más graves para la mujer que las sufre (Graña & Cuenca ,2014; Muñoz, Graña, O'Leary & González ,2007; Straus, 2004).

2.4 Violencia de Género

El término Violencia de género (VG), traducción del inglés *gender violence*, comenzó a usarse de forma más generalizada a partir de los años 90, coincidiendo con el avance en el reconocimiento social de la gravedad y amplitud de la violencia contra las mujeres. (Delgado, 2010). Es durante estos años cuando se producen importantes iniciativas como la Conferencia Mundial para los Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993, la Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer del mismo año, la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (1994) y la Conferencia Mundial de Mujeres de Beijing (1995).

Las Naciones Unidas define (ONU, 1993) la violencia de género como: “Todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer (...)” (p.2). Tanto si estos actos entre los que se incluyen, coacciones o privación arbitraria de libertad, ocurren en el ámbito público como en privado

Esta interpretación que hace la ONU en el artículo 1 de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, (aprobada en Resolución de la Asamblea

General de Naciones Unidas 48/104 del 20 de diciembre de 1993) implica la visibilización de la mujer cómo víctima de cualquier tipo de violencia, eliminando la privacidad como justificación de la inoperancia de las instituciones públicas en el abordaje y erradicación de este fenómeno.

La complejidad de la terminología se refleja en esta definición, pues este precepto legislativo internacional se utiliza indistintamente violencia de género y violencia contra las mujeres como sinónimos (Moriana, 2014), aunque incide en el hecho de que la conductas violentas no se circunscriben a un ambiente concreto - familiar o doméstico- y que se dirige contra las mujeres por el mero hecho de ser mujeres, que es precisamente la particularidad de este tipo de violencia (Maqueda, 2006)

A partir de la Declaración de la ONU, las instituciones y organismos públicos tanto internacionales como estatales y locales han desarrollado normativas y disposiciones para el abordaje y erradicación de la violencia sobre las mujeres. En el estado español todas estas directrices se plasmaron en la Ley Orgánica de Medidas de protección integral contra la Violencia de Género (LO.1/2004), que en el artículo 1 de su Título preliminar expone quien sufre y quien ejerce la violencia, que no se circunscribe al ámbito doméstico o del hogar, que no precisa de habitualidad ni convivencia y que la causa de la violencia está relacionada con las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres De ahí su denominación como violencia de género, porque contiene cuáles son sus raíces, que no tiene nada que ver con el espacio donde se produce sino con su fundamento sociocultural (Delgado, 2010; Recio, Cuadrado y Ramos, 2007). Aunque excluye otros supuestos de violencia sobre la mujer, vincula la noción de violencia y la noción de discriminación, relación que aparece por vez primera

en la Declaración de 20 de diciembre de 1993, sobre la Eliminación de la violencia contra la mujer.

Las estadísticas de nuestro país de Violencia de género registran los casos conforme a la definición de violencia sobre las mujeres en las relaciones de pareja. En 2017, se registraron 29.008 mujeres víctimas de violencia de género, asuntos en los que se habían dictado medidas cautelares u órdenes de protección. Por edad, casi la mitad de las víctimas de violencia de género (el 47,8%) tenían entre 30 y 44 años. La edad media de las víctimas fue de 36,6 años, la misma que en 2016 (Instituto Nacional de Estadística, INE, 2018). El mayor aumento del número de víctimas en 2017 respecto al año anterior se dio entre las mujeres de menos de 18 años (14,8%) y entre 45 a 49 años (9,2%). Por otra parte, el mayor descenso se dio en el grupo de mujeres de entre 60 a 64 años (-5,0%) (INE, 2018).

Un total de 28.987 hombres fueron denunciados por violencia de género, con orden de protección o medidas cautelares dictadas a lo largo de 2017, lo que representó un 2,8% más que en el año anterior. Casi la mitad de los denunciados (48,5%) se concentraron en las edades de 30 a 44 años. La edad media de los denunciados fue de 39,5 años. Los mayores aumentos en el número de denunciados por violencia de género se dieron en el tramo de menos de 18 años (18,7%) y en el de 70 a 74 años (10,3%).

Atendiendo al tipo de relación existente entre la víctima y el denunciado, en el 22,0% de los casos la víctima y el denunciado eran cónyuges y en el 6,4% ex cónyuges. Por otra parte, el 21,7% mantenía una relación de pareja de hecho y el 23,7% era ex pareja de hecho (INE, 2018).

La violencia de género es un fenómeno difuso de difícil conceptualización. Equipararla a la violencia doméstica invisibiliza su carácter estructural, no muestra quien la sufre ni quién la inflige y acaba relegándola a un asunto privado (Marugán, 2013; Peris, 2015). El sometimiento de la mujer a tales actos es “por su propia condición de mujer y por el papel que tradicionalmente se le ha otorgado socialmente” (Acale, 2007, p.47). Según la ONU (2006), los diferentes ámbitos en los que puede ser ejercida la violencia de género, atendiendo al hecho de que incluye todo acto de violencia física, sexual y psicológica son:

a) En la familia. Incluye los malos tratos, el abuso sexual de niñas en el ámbito familiar, la violencia relacionada con la dote, la violación marital, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales dañinas para la mujer, la violación no conyugal, y la violencia referida a la explotación o trata para servidumbre o prostitución.

b) Dentro de la comunidad. Comprende la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones académicas o en cualquier otro lugar, el tráfico sexual de mujeres y la prostitución forzada.

c) Perpetrada o permitida por el Estado. Es la que se produce en prisiones, centros de bienestar social, etc.; la esterilización forzada, control de la reproducción de la población femenina, o de un subgrupo determinado.

d) Violencia contra la mujer en conflictos armados. Como consecuencia de las guerras, las mujeres padecen todo tipo de violencia física, sexual y psicológica entre las que se encuentran: Homicidios, torturas, raptos, mutilaciones y desfiguraciones, reclutamiento forzado de mujeres combatientes, violaciones, esclavitud sexual, explotación sexual, prostitución forzada, desapariciones involuntarias, prisiones

arbitrarias, matrimonios forzados, abortos forzados, embarazos forzados, esterilización compulsiva (ONU, 2006)

Algunos tipos de violencia pueden producirse en más de un escenario “ejemplo de ello son las prácticas tradicionales nocivas que involucran tanto a la familia, como a la comunidad, y que son toleradas por el Estado” (ONU, 2006, p.43). Como ocurre con los delitos de trata o la violencia en los conflictos armados son formas de violencia contra las mujeres que abarcan diferentes escenarios, implican a la familia, la comunidad y el Estado, e incluso atraviesan fronteras internacionales (ONU, 2006)

Los espacios donde puede ocurrir dicha violencia son (ONU, 2006) el privado como son los espacios domésticos o la familia y en el espacio público, como son los laborales, institucionales, en la comunidad, la escuela y otros sitios de acceso público. Sin olvidar que puede ocurrir en cualquier momento del ciclo de vida de las mujeres: desde antes del nacimiento, en la niñez, adolescencia, edad adulta y en la vejez

Por lo tanto, la violencia de género es un fenómeno muy extendido y profundamente arraigado en la sociedad mundial, (ONU, 2006). Su gravedad y elevada prevalencia, conduce a la Organización Mundial de la Salud a reconocerla como un verdadero problema de salud pública de proporciones epidémicas (OMS, 1998,2013a).

Desde el Sistema Nacional de Salud (SNS) español, con el fin de manejar un término que sea operativo y concreto se utiliza la definición de caso de Violencia de Género como: “Aquella mujer mayor de 14 años atendida por el sistema sanitario que reconoce por primera vez sufrir maltrato“(Ministerio de Sanidad, 2017, p.9).

3. TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

El informe de la OMS elaborado por Krug et al., (2002), consideraba la clasificación más universal centrada en la naturaleza de los actos de violencia: física, psíquica, sexual o de privación. La clasificación que utiliza el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad del Gobierno de España y las diferentes Comunidades Autónomas, concuerda con la establecida por el Grupo de Expertos en la lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (GREVIO) del Consejo de Europa (1997). El maltrato puede manifestarse de diversas formas. Puede ser:

3.1 Físico

Comprende cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, como golpes, palizas, empujones, heridas, fracturas o quemaduras, que provoquen o puedan provocar una lesión, daño o dolor en la mujer (Krug et al., 2002; Labrador, Rincón, De Luis y Fernández, 2004; Labrador, Rincón, Estupiñá, Crespo, de Luis y Fernández, 2009). Abarcan tanto las conductas activas desde la bofetada hasta el homicidio, pasando por las lesiones que pueden precisar ingreso hospitalario y causar graves e invalidantes secuelas (Labrador et al. 2004). Incluyen las conductas pasivas, entre ellas: privar a la víctima de los cuidados médicos pertinentes durante una enfermedad o lesión (incluidas las lesiones causadas por los malos tratos), o el no aviso intencionado de situaciones de evidente riesgo físico (fallo en los frenos del coche, escape de gas, etc.)(Labrador et al., 2004) o violencia física por omisión intencional así definida por Walker (2009), y Sanmartín (2007) y recogida por la OMS (Krug et al., 2002) como negligencia o deprivación. Este tipo de maltrato ocasiona habitualmente graves secuelas físicas y psicológicas (Echeburúa, 2004) y suele verse precedido y/o

acompañado por violencia psicológica, pudiendo esta última tener incluso consecuencias más negativas para la víctima (O'Leary, 1999; Woodin & O'Leary, 2009).

3.2 Psicológico

Supone el maltrato más usual y normalizado dentro del marco de la violencia de género en todo el mundo (Alhabib, Nur & Jones, 2010; Esquivel, Lambert & Hamer, 2013; Ruiz-Pérez, Plazaola, Blanco, González, Ayuso y Montero, 2006; Williams, Ghandour & Kub, 2008). Se trata de una conducta intencionada que produce desvaloración o sufrimiento en quienes la padecen y que generalmente puede percibirse incluso más difícil de soportar que el maltrato físico (Bennet, Cohen & Ellard, 1991). Se prolonga en el tiempo y atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer, contra su dignidad como persona, y tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener su pareja, puede ir asociada a conductas intimidatorias, desvalorización o sentimientos de culpa (Labrador et al., 2004). Manifestaciones específicas de este tipo de maltrato pueden ser: humillaciones, descalificaciones o ridiculizaciones, tanto en público como en privado, aislamiento social y económico, amenazas de maltrato a ella o menores, daño físico o tortura a la víctima o a sus seres queridos, daño a propiedades valoradas por la víctima (objetos o animales), etc. También se incluyen, la negación de la violencia, culpabilización o atribución de responsabilidad absoluta a la víctima de los episodios de maltrato (Labrador et al., 2009) e incluso categorías como: maltrato económico o financiero (control de los recursos económicos de la víctima, llegando incluso a la privación completa de éstos); maltrato estructural, (relaciones de poder, imposiciones y toma de

decisiones que generan y legitiman la desigualdad); maltrato espiritual, (destrucción de las creencias culturales o religiosas de la víctima, u obligarla a que aceptar otras ajenas a sus convicciones) y maltrato social, (aislamiento de la víctima, privación de sus relaciones sociales y humillación en éstas) (Labrador et al., 2009). Este tipo de violencia no es tan visible como la física o la sexual, es más difícil de demostrar y en muchas ocasiones no es identificada como tal, sino como manifestaciones propias del carácter del agresor (Bosch y Ferrer 2002; McAllister, 2000; Protocolo Común del Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007) y sus consecuencias pueden ser al menos tan negativas como las del maltrato físico (Woodin & O`Leary, 2009).

3.3 Sexual

Las agresiones sexuales comprenden cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, realizado con violencia o intimidación. Ocurre siempre que se impone a la mujer un comportamiento sexual contra su voluntad, se produzca por parte de su pareja o por otras personas. Incluye: violación dentro de la pareja, obligar a la mujer a realizar prácticas sexuales no deseadas aunque ello no implique contacto físico entre ésta y el agresor (obligarla a masturbarse o a mantener relaciones sexuales con terceros). Incluye todo tipo de conducta de carácter sexual, no sólo la penetración vaginal o anal (Labrador et al., 2004; McAllister, 2000), aunque ésta última se considera la forma de violencia sexual más grave (DeGue & DiLillo, 2005).

Este tipo de violencia implica maltrato físico y psicológico, se la considera de forma diferenciada por sus especiales connotaciones y por suponer mayor intimidad. Dado que muchas personas, hombres y mujeres, consideran que es un deber u obligación acceder a las demandas sexuales en una relación de pareja, en ocasiones ni

víctimas ni agresores identifican como violencia obligar a tener relaciones sexuales a la propia pareja (Labrador et al., 2009).

Los abusos sexuales comprenden también cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, pero realizado sin violencia ni intimidación, aunque siempre sin que medie el consentimiento de dicha persona. Se consideran abusos sexuales no consentidos (además de los que se ejecutan sobre menores de 13 años) aquellos en los que el consentimiento se obtiene prevaliéndose el responsable de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima (Labrador et al., 2009)

En el ámbito laboral, el acoso sexual es también una forma de violencia contra la mujer. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1995) la definen como el comportamiento, en función del sexo, no deseado y ofensivo, de carácter desagradable para la persona que lo sufre. Incluye contactos físicos e insinuaciones, observaciones de tipo sexual, exhibición de pornografía y exigencias sexuales, que provocan a la mujer motivos suficientes para creer que su negativa podría causarle problemas en el trabajo, en la contratación o la promoción en el trabajo.

Existen además otras formas de violencia sexual en nuestro país que no pueden obviarse, como por ejemplo las mutilaciones sexuales, el tráfico de niñas y mujeres o el turismo sexual, entre otras.

La clasificación que utiliza el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad del Gobierno de España y las diferentes Comunidades Autónomas, como se comentaba más arriba, es coincidente con la establecida por el Grupo de Especialistas para combatir la violencia contra las mujeres del Consejo de Europa (GREVIO) que añade a la violencia física, sexual y psicológica, otros tres tipos de violencia más: la económica,

la estructural y la espiritual. Desde algunas instituciones y algunos autores añaden además la violencia social (ONU, 2006) y la patrimonial (Olamendi, 2008).

Se definen en los siguientes términos:

3.4 *Violencia Económica o financiera*

Este tipo de violencia de género es reconocida, entre otros, por la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Consiste en negar a la mujer el acceso a la información o el manejo del dinero, impedir que trabaje o apoderarse de sus bienes propios. Supone el total control de los recursos financieros de tal manera que se bloquea el acceso de la víctima a ellos cuando los necesita, negarse a proporcionarle comida, ropa, transporte, etc. o el incumplimiento de la pensión lo que victimiza aún más en el tiempo a tanto a las mujeres como a sus hijos (ONU, 2006)

3.5 *Violencia estructural*

Concepto muy relacionado con la violencia económica. Incluye barreras intangibles e invisibles que impiden el ejercicio de oportunidades potenciales y de derechos básicos. Estos obstáculos están sustentados y se reproducen diariamente en la estructura de la sociedad, por ejemplo en las diferencias y relaciones de poder (estructuras) que generan y legitiman la desigualdad.

3.6 *Violencia espiritual*

Erosionar o destruir las creencias culturales o religiosas de la mujer mediante la ridiculización y el castigo o la imposición a alguien de un sistema de creencias ajeno (GREVIO, 1997).

3.7 Violencia Social

Significa el aislamiento de la víctima, bloqueando su acceso a apoyos y recursos sociales, o bien se la humilla en las relaciones sociales. Los celos, las sospechas de infidelidad o traición emocional, las demandas extremas acerca del tiempo y la atención que les dedica la pareja implicarían un importante aislamiento de la persona maltratada. Así como la presión social y los valores imperantes respecto a la familia y los roles estrictos de género que conducen a la mujer a un estado de indefensión que dificulta su capacidad para buscar ayuda exterior, lo que prolonga estas situaciones de violencia (ONU, 2006).

3.8 Violencia Patrimonial

Definida como “acto u omisión que afecta los bienes propios o comunes de la víctima”(Olamendi, 2008, p.4). Los principales indicadores de esta tipología de violencia son la sustracción o destrucción de documentación; destrucción de bienes, vender o regalar sin consentimiento algún bien u objeto o impedirle usar algún bien al que tiene derecho como casa, el coche u objetos de valor sentimental (Olamendi, 2008). En algunos protocolos aparece unida esta definición a la violencia económica (la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género y el Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos del Gobierno de Cantabria, 2007).

Por último, en la literatura se utiliza con cierta frecuencia como término aglutinante, Violencia contra la mujer, aunque no toda la violencia contra la mujer puede identificarse solamente por su condición de mujer, por lo que es habitual que genere cierta confusión al respecto (ONU Mujeres, 2013).

En conclusión, con el fin de obtener datos estadísticos plenamente fiables y comparables, es necesario unificar los conceptos y categorías utilizados desde las distintas organizaciones e instancias oficiales para conocer la magnitud del problema, para proyectar medidas preventivas y para evaluar la efectividad de las medidas legales y sociales que se adopten.

CAPÍTULO II

4. ETIOLOGÍA MULTICAUSAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO: EL MODELO ECOLÓGICO

El fenómeno de la violencia de género se ha intentado explicar desde múltiples enfoques teóricos y disciplinas (psicosocial, sociología, filosofía, ciencias penales, salud pública y otras), que acopian una multitud de teorías para ofrecer su propia visión del fenómeno, poniendo de manifiesto la complejidad de un problema tan difícil de delimitar como de comprender y definir.

En general, la trayectoria de los primeros modelos explicativos desarrollados era unicausal, reduccionista. Exponían que este tipo de violencia era consecuencia de las características individuales de la mujer y/o del hombre como pueden ser el estrés, el tipo de personalidad, la psicopatología, las adicciones o la situación socioeconómica entre otras (Villavicencio y Sebastián, 1999).

Sin embargo, pretender acercarse a la etiología de la violencia de género a partir de un único factor explicativo, consigue únicamente un aproximación parcial a esta problemática, favorece la culpabilización de la víctima por la ocurrencia del maltrato y justifica al agresor. Por este motivo, a partir de estas primeras teorías unicasales fueron desarrollándose otras más extensas hasta llegar a los modelos más complejos que pretenden abarcar una compilación de factores explicativos en el origen de la violencia de género, son los modelos teóricos multicausales (Villavicencio y Sebastián, 1999). Así mismo, dentro de estas propuestas multicausales, sobresalen los llamados modelos ecológicos o ecosistémicos, que contemplan una gran variedad de factores de la relación de pareja, comunitarios o socioculturales implicados en la etiología y permanencia de estotipo de violencia.

Dentro de esta corriente ecológica, Bronfenbrenner es el autor más representativo. Desde una perspectiva ecológica del desarrollo de la conducta humana, articula las relaciones familiares, sociales y culturales en cuatro sistemas compuestos por diferentes subsistemas, que guardan una relación inclusiva e interrelacionan de manera dinámica, de modo que cada uno de esos niveles contiene al otro (Bronfenbrenner, 1987). Estos sistemas son: el microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema.

Dentro del microsistema se constituye el nivel en el que se desarrolla el individuo (microsistema familiar y microsistema escolar); el mesosistema comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente (interacción de la familia y la -escuela); al exosistema lo integran contextos más amplios que no incluyen a la persona como sujeto activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan al individuo (la familia extensa, las condiciones y experiencias laborales, las amistades, las relaciones vecinales etc.). Finalmente, al macrosistema lo configuran la cultura y la subcultura en la que se desarrolla la persona y contiene los sistemas de orden inferior (micro, meso y exosistema). Esta estructura recoge el conjunto de creencias, actitudes y valores que caracterizan la cultura de la persona en desarrollo (por ejemplo, creencias sexistas, problemas económicos, etc.) (Ramírez, 2007; White, 2001; White & Kowalsky, 1998). En general, a la hora de explicar la naturaleza de la violencia de género los modelos explicativos que abogan por la perspectiva multicausal asumen que la violencia es un fenómeno con múltiples facetas en las que interactúan diferentes factores individuales, sociales, culturales, económicos o políticos.

Posteriormente, a partir del modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987) surge el modelo ecológico de Heise (1998). Desde esta perspectiva teórica se apunta la combinación de los efectos de diferentes factores como responsables en la génesis del maltrato: a) factores que actúan en el marco sociocultural y del medio económico y social, entre ellos las normas que otorgan a los hombres control sobre el comportamiento de las mujeres, la aceptación de la violencia como forma de resolver conflictos, la noción de masculinidad ligada a la autoridad, el honor o la agresión o los roles rígidos basados en el género; b) factores que actúan en el marco comunitario, comunidad o instituciones y estructuras sociales formales e informales, incluyendo pobreza, condición socioeconómica inferior o desempleo, relación con compañeros delincuentes, aislamiento de las mujeres, o falta de apoyo social; c) factores que actúan en el marco familiar, relaciones o contexto inmediato donde el abuso tiene lugar, incluyendo los conflictos matrimoniales, control masculino de los bienes y adopción de decisiones de familia; y d) factores que actúan en el ámbito individual y características individuales del perpetrador que influyen en su comportamiento, como ser hombre, presenciar episodios de violencia matrimonial en la niñez, padre ausente o que rechaza a sus hijos, haber experimentado abuso en la niñez, o consumo de alcohol. De manera que, cuanto mayor sea el número de factores de riesgo presentes, mayor será la probabilidad de la ocurrencia del abuso o maltrato (Heise, 1998).

Desde la perspectiva de la Salud Pública, el modelo ecológico ha sido aceptado por varias instancias internacionales. La Organización Mundial de la Salud (2003), adoptó el enfoque ecológico de Heise (1998), así como otras instituciones como la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia en contra de la Mujer, adoptada por la Asamblea de las Naciones Unidas (Organización de las Naciones Unidas, 1993) y la

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará, 1994). Para estas organizaciones el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987) es el que ayuda a entender mejor este fenómeno, que causa innumerables problemas en la salud de las víctimas como consecuencia de los actos violentos: daños físicos, discapacidad, secuelas, un gran número de años de vida potencial perdidos y disminución de la calidad de vida. Además, facilita el diseño de planes integrales que intervengan sobre los factores de riesgo y potencien los factores protectores para prevenir el maltrato.

5. EL COSTE ECONÓMICO DE LA VIOLENCIA

La violencia de género no solo tiene un gran coste humano para las mujeres, sus familias y la sociedad en su conjunto; además, supone un gran impacto a nivel económico para los diferentes Estados que la sufren, por las grandes pérdidas que se registran en todos los ámbitos tanto público como privado. Una proporción considerable de este coste corresponde a su repercusión en la salud de las víctimas y, en consecuencia, su efecto sobre las instituciones sanitarias (Miller, Cohen & Rossman, 1993). De ahí que el sector de la salud esté especialmente interesado en disponer de datos fiables sobre estas consecuencias económicas, no sólo para planificar actividades de sensibilización, sino también, para formular políticas válidas que incidan en la necesidad de actuar preventivamente ante este problema.

No es hasta a partir de los años noventa cuando parte de la investigación sanitaria destina sus esfuerzos a conocer el impacto de la violencia de género en la salud y bienestar de las víctimas; asimismo, surge la preocupación por determinar estas consecuencias desde una nueva perspectiva: el coste económico que supone el maltrato (Morrison & Orlando, 2004; Yodanis, Godenzi & Stanko, 2000; Laing & Bobic, 2001). A día de hoy, no existe apenas evidencia que tome como referencia los costes económicos, un añadido a la dificultad de realizar una estimación fidedigna debido a la carencia de datos y al (sub)registro de casos en las estadísticas disponibles.

En el coste económico de la violencia de género se incluyen los gastos de atención, reparación del daño, prevención, rehabilitación, gastos personales de la víctima y del agresor, gastos institucionales, costes de investigación, persecución y

sanción, el abandono escolar, el valor de los años potenciales de vida perdidos por asesinato o incapacidades y secuelas derivadas de un acto violento, etc. (Acevedo, 2009). Estos gastos se incrementan al impedir la participación de las mujeres en las actividades productivas del país, agotando los presupuestos públicos y obstaculizando el crecimiento social y el desarrollo económico de los estados (Universidad Nacional Autónoma de México, 2016). De ahí que sea de gran relevancia calcular estas consecuencias con el fin de evaluar la magnitud del problema (Morrison, Ellsberg & Bott, 2005) y así, determinar la importancia de la violencia de género dentro del panorama general a nivel mundial.

Desde algunas instituciones como el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, 2003), se ha indagado sobre los tipos de costes que se derivan de las situaciones de abuso, diferenciando en costes directos y costes indirectos. Esta metodología denominada contable, es probablemente la más operativa por ser además la más fácilmente cuantificable calcula el coste de las categorías específicas de esta violencia, sumándolas posteriormente para obtener el coste total (Morrison et al., 2005).

Similar categorización se recoge en un informe realizado por el Innocenti Research Centre para Unicef (Kapoor, 2000) tras recopilar datos de diferentes estudios evaluados por el Banco Interamericano para el Desarrollo en Brasil, Colombia, El Salvador, México, Perú y Venezuela (Khan,2000) Los costes económicos se clasificaron en cuatro categorías: costes directos (monetarios); costes no monetarios; los efectos multiplicadores monetarios y los efectos multiplicadores sociales, formando parte estos tres últimos, de los denominados costes indirectos de la violencia contra la mujer (Gracia, 2002; Sanmartín, Molina y García, 2003).

Atendiendo a esta clasificación podemos diferenciar:

5.1 Costes Directos

Gastos asumidos por los estados o directamente por la sociedad que ocasionan la ayuda psicológica y tratamientos médicos, los servicios prestados por la policía, costes generados en el sistema judicial o los servicios sociales como alojamiento y refugios para mujeres y sus hijos (Buvinic, Morrison y Shifter, 1999). En este apartado, los diferentes estudios internacionales (básicamente australianos, canadienses, estadounidenses y europeos) basados en estimaciones y cuantificaciones, arrojan cifras elevadas. A nivel global, el coste total de la violencia de género se estima que corresponde al 5,2% del Producto Interior Bruto mundial (PIB) (Devries, Mak, Bacchus, Child, Falder, Petzold, et al., 2013), pese a que únicamente, se contemplan aquellos datos de más fácil cuantificación.

En los Estados Unidos, los costes anuales de la violencia a manos de la pareja se calculan en torno a 5.800 millones de dólares anuales en vidas perdidas, menoscabos de ingresos en trabajo remunerado y no remunerado; de este total, unos 4.100 millones corresponden a la atención médica y sanitaria (National Center for Injury, Prevention and Control, 2003) y 1.800 millones, en pérdidas de productividad (UNIFEM, 2014). En Canadá, se estima el gasto de unos 1.160 millones de dólares USD en costes de atención médica directa de las víctimas (Health Canadá, 2002); en Australia, la violencia ejercida contra mujeres y niñas comporta un coste estimado que oscila entre los 8.100 millones anuales de dólares USD -en provisión de servicios que se calculan algunos estudios- (Access Economics, 2004), y los 11.380 millones de dólares USD anuales de otros (ONU Mujeres, 2013), el equivalente al 1,2% del PIB. En Nueva Zelanda, esta violencia cuesta anualmente, 1.235 millones de dólares USD calculando

costes legales, judiciales, de salud, refugios, ganancias perdidas y muertes. Se incluye a los hijos como víctimas (Snively, 1994).

En América Latina, los estudios son aún escasos. Uno de los primeros trabajos realizados es el de Morrison y Orlando (1999). Los autores aplicaron una encuesta sobre una muestra aleatoria de mujeres residentes en las capitales de Nicaragua y Chile entre 15 y 49 años, e indagaron sobre el impacto de la violencia en el empleo, los salarios, el uso de los servicios sanitarios y el rendimiento escolar de los hijos. Los resultados estiman que en términos de salarios perdidos el coste del maltrato asciende al 2% del PIB para Chile (el coste asciende a 1.560 millones de dólares en 1996) y el 1,6% del PIB en Nicaragua (el coste es de 29,5 millones en 1997), pero no encuentran evidencias de una mayor demanda de atención en los servicios sanitarios pero sí indicios de efectos negativos sobre la conducta en la escuela de los hijos. En Paraguay, el coste se estimó en 1.450,6 millones de dólares USD, equivalentes a un 5,12% del PIB. De estos costes, la mayoría (el 48%) son asumidos por las propias mujeres, sus hogares y sus micro emprendimientos; el 38% son asumidos por las empresas medianas y grandes y el 13.7% por el Estado (Vara-Horna, 2017).

Siguiendo en América Latina, Fearon & Hoeffler (2014) mostraron la gravedad del homicidio femenino cometido por la pareja íntima y cifrándolo en 6.600 millones de dólares USD, que expresado como producto interior bruto, representa en torno al 0,087% del PIB. Globalmente, el coste total de los homicidios femeninos perpetrados por la pareja íntima, se estima alrededor de 40.100 millones de dólares USD (o el 0,047 por ciento del PBI mundial).

En Europa, el coste anual de la violencia de pareja oscila entre los 106 millones euros en Finlandia; de ellos, 56 millones son costes indirectos (Heiskanen & Piipasa,

2001), hasta los 14,8 millones de euros anuales en Alemania, cifra que engloba los costes causados por el absentismo laboral y la atención médica por la violencia. Esta suma, reúne el daño total causado a la sociedad y contiene pérdidas a nivel de la empresa privada por ausencias laborales y los gastos socio-económicos para el tratamiento médico de las personas afectadas (Fundación Friedrich, 2007).

En Inglaterra y Gales se calculó el coste anual de esta forma de violencia en aproximadamente 22.869 millones de libras esterlinas en 2001 (alrededor del 2% del PIB), en costes directos e indirectos (Walby, 2004).

En África, los escasos estudios sobre el coste económico de este problema revelan como en Uganda el coste anual por tratamiento en los servicios sanitarios por problemas de salud asociados a la violencia en la pareja se sitúa en torno a 1,2 millones de dólares USD; en relación a Marruecos, el sistema de justicia gasta anualmente 6,7 millones por asuntos relacionados con la violencia en la pareja (International Center for Research on Women-ICRW, 2009).

Desde ONU Mujeres, una reciente investigación realizada en Vietnam, analizó la pérdida de ingresos, los gastos extras de la mujer -para tratamiento médico, apoyo policial, asistencia jurídica, asesoramiento y respaldo judicial-, y los gastos de escolaridad, puesto que los niños faltan a la escuela debido a la violencia que sufren sus madres. El estudio cifra el coste de la violencia contra las mujeres como el 1,4% del PIB de Vietnam en 2010, siendo el resultado de la suma tanto de los gastos directos como las ganancias perdidas por efecto de la violencia. Además, la pérdida de productividad estimada indica que las víctimas ganan un 35% menos que las mujeres que no están sometidas a abusos (Duvvury, Carney & Huu Minh, 2010).

En general, la mayor parte de los estudios evalúan los costes más fácilmente cuantificables relacionados con el gasto de recursos institucionales tanto humanos como administrativos, legales y de asistencia jurídica (aspectos legales, órdenes de protección, órdenes de alejamiento...), sociales (ayudas al empleo, vivienda, escolares) y sanitarios (recursos asistenciales a la salud física, psíquica y sexual) (ONU Mujeres, 2013), aparecen diferencias significativas en relación a las cifras del coste total del maltrato. Las causas están relacionadas con la aplicación de diversas metodologías en el manejo de conceptos de violencia de género y doméstica de forma indiferente, en la mezcla de períodos de edad distintos o en la variable cobertura geográfica que lleva a realizar extrapolaciones desde una unidad geográfica menor a todo el país donde se desarrolla el estudio (Hernández, Sanmartín, Martínez y Molina, 2006). Todo esto dificulta en gran medida la comparación entre los resultados estadísticos de los diferentes estudios.

El punto común de coincidencia de las diferentes investigaciones es la consideración de uno de los principales costes directos: el gasto en el sector de la salud (National Council to Reduce Violence against Women and their Children, 2009; VicHealth, 2004; Dolezal, Mc Collum, Callaham, & Eden, 2009). En Europa, los datos muestran que las víctimas de maltrato realizan más gasto en salud que las que no la sufren (Pita, Lisboa, Barrenho & Cereho, 2008; Coker, Reeder, Fadden, & Smith, 2004; Rivara et al, 2007; Fishman, Bonomi, Anderson, Reid & Rivara, 2010; Bonomi, Anderson, Reid, Rivara, Carrell & Thompson, 2009). En Portugal (Barros, Lisboa, Cereho y Barrenho, 2008), los resultados sugieren que la demanda adicional de atención de salud de la violencia de género por parte de las víctimas se evalúan en un 22% más que los costes en atención médica de las personas que no son víctimas. Además,

calculan una pérdida extra del 35% de ingresos laborales como consecuencia de la pérdida de días de trabajo a causa de la violencia.

En Francia, Nectoux, Mugnier, Baffert, Thelot y Albagli (2010) estiman el coste total de la violencia contra la mujer en 2.472 millones de euros por año, de los cuales, solo en atención médica son ya 483 millones.

En Dinamarca, se evaluaron los costes de la atención médica, se encontró que los gastos eran de aproximadamente 1.800 euros (por año) más altos para las víctimas de la violencia que para quienes no la sufren, y están relacionados fundamentalmente con mayores costes psiquiátricos (Kruse, Sorensen, Bronnum-Hansen & Helweg-Larsen, 2011).

5.2 Costes no monetarios

Los costes no monetarios incluyen elementos como el incremento en la morbilidad y mortalidad como consecuencia de las agresiones, suicidios y homicidios, aumento de la dependencia de drogas y alcohol, aumento de desórdenes depresivos, padecimientos de la víctima como estrés, ansiedad, pérdida de autoestima, miedo y dolor (Laing & Bobic, 2002). Los estudios sugieren que los costes sociales y psicológicos representan la mayor proporción de costes indirectos, siendo además, mucho mayores que los costes directos (Laing & Bobic, 2002) y mucho más difíciles de cuantificar. Los costes indirectos se reflejan también en los hijos que, como testigos de la violencia, tienen mayor probabilidad de presentar problemas emocionales y de conducta, un deficiente desempeño escolar y están en riesgo de cometer o experimentar violencia en el futuro.

5.3 Efectos económicos multiplicadores

Este tipo de costes abarcan la reducción de la participación de la mujer en el mundo laboral, cancelación de contrataciones, reducción de la productividad en el trabajo y menores ganancias económicas, absentismos, o impacto en la productividad intergeneracional que afecta al futuro económico de los hijos (Buvinic, Morrison & Shifter, 1999). Las mujeres maltratadas faltan más al trabajo a consecuencia de las lesiones y traumas sufridos, lo que genera un mayor absentismo laboral (Tolman & Wang, 2005; Morrison & Orlando, 2004; Ribero y Sánchez, 2005; Laing, 2001; Laing & Bobic, 2002; O'Leary, Lean ,Reeves & Randel, 2009). El absentismo tiene connotaciones vinculadas a llegadas tardías al lugar de trabajo, faltas injustificadas o permisos imprevistos relacionados con trámites jurídicos o de salud en las cuales se ven envueltas las agredidas o los agresores, necesidad de cambios de turno o de lugar de trabajo, etc (ONU Mujeres, 2013; Patel & Taylor, 2011; O'Leary et al.,2009). Ser menos productivas en el trabajo, ocasiona múltiples efectos multiplicadores; presentan un mayor riesgo de ser despedidas; al ser menos productivas, ganan menos y esta disminución de ingresos por descuentos o salarios perdidos, supone una disminución del consumo y la demanda global además de una merma en sus posibilidades reales de invertir en su capacitación y con ello en sus oportunidades de ascenso y mejora laboral (Laing & Bobic, 2002; Laing, 2001).

Por otra parte, se produce también presentismo, consistente en la asistencia al trabajo pero sin trabajar al nivel óptimo de capacidad. El presentismo se relaciona con la disminución y el nulo rendimiento laboral, así como con problemas de concentración de la víctima en su tarea, lo que lleva asociado un mayor riesgo de accidentes laborales a causa de un rendimiento y calidad de trabajo mermados (Patel & Taylor, 2011).

Surgen además los costes adicionales para los empleadores que puedan sufrir pérdidas financieras debido a las ausencias de las trabajadoras por las licencias por enfermedad o por la necesidad de contratar y capacitar a una persona suplente en el caso de las víctimas o por encarcelamiento, en el caso de los agresores, y además, los gastos relacionados con las medidas adicionales en seguridad que puedan necesitarse en el lugar de trabajo (Walby, 2004; Vara-Horna, 2013).

Como consecuencia de todo esto, la imagen empresarial puede salir dañada con los consiguientes riesgos organizacionales por el efecto negativo de la violencia en el proceso de producción y distribución de bienes a la clientela, se pueden perder ocasiones de negocio y de prestigio en las empresas y, de igual forma, abrir la posibilidad de que los trabajadores sean testigos involuntarios del maltrato (Vara-Horna, 2013).

La OIT (Internacional Labor Organización), en un informe elaborado en 2001 sobre la violencia en el trabajo, incluye también ejemplos donde el abuso en la relación de pareja se extiende al lugar de trabajo. Este informe proporciona evidencia suficiente para sugerir que diferentes tipos de violencia y el estrés que genera afecta a las personas que trabajan en todo el mundo, sobre todo a las mujeres que sufren maltrato e ingresan como fuerza de trabajo en el mundo laboral. De este modo, el abuso se convierte en un problema para el desempeño de su tarea profesional.

Sobre la base de las cifras de varios países, la OIT estima que las pérdidas laborales causadas por la violencia y el estrés, representan entre el 1% y el 3,5% del producto interior bruto de cada país, costes muy relevantes que pueden afectar el desarrollo económico de los países (OIT, 2001).

En Estados Unidos según el CDC (2003), se pierden anualmente entorno al 14,8% de productividad como consecuencia de la violencia de género. En Reino Unido, se estima que el maltrato cuesta a la economía del país, 3.500 millones de dólares USD al año en pérdidas de productividad salarial y por enfermedad (Cruz & Klinger, 2011). En Francia, la violencia de género cuesta en pérdida de producción por absentismos, muerte y encarcelamiento, 1.100 millones de euros anuales (Nectoux et al, 2010). Respecto a Dinamarca, la ausencia por enfermedad ocasiona una pérdida de ingresos y de producción que representa el 20% del total del coste de la violencia en el país (Helweg-Larsen et al., 2010).

En Estados Unidos, las estimaciones del coste sanitario médico de la violencia de la pareja íntima dentro de los primeros 12 meses tras la victimización varían de 2,3 mil millones a 7,0 mil millones USD, en función del método utilizado (Brown, Finkelstein & Mercy 2008). En Australia, el coste anual para el sector empresarial fue estimado en 1.5 billones de dólares, con un gasto aproximado por caso (individuo) de 10.000 dólares. Estos costes, no incluyen los daños personales a las víctimas, tales como el sufrimiento psicológico (Laing & Bobic, 2002).

En Australia, el importe económico asociado al absentismo laboral asciende al 8% de los costes totales (National Council to Reduce Violence against Women and their Children, 2009). Morrison y Orlando (1999) pudieron constatar que los salarios que dejaron de ser percibidos debido a la violencia intrafamiliar representaban el 1,6% y el 2,0% del PIB en Nicaragua y Chile, respectivamente.

En Colombia, la investigación de Ribero y Sánchez (2004) sobre Violencia Intrafamiliar, con una muestra representativa de mujeres colombianas en edad fértil (entre 15-49 años), concluye que en un hogar en el que menores o mujeres sufren

maltrato severo, los ingresos laborales mensuales de la mujer son inferiores en cerca de 300.000 pesos (aproximadamente, 70% menos de los que serían si no existiera violencia intrafamiliar). Así mismo, el maltrato determina mayor probabilidad de desempleo para la mujer y peores indicadores de salud para la mujer y los niños en relación a hogares que no lo experimentan. Los autores cuantifican los costes anuales de esta violencia, en cerca del 3,93% del PIB.

Anualmente, en Perú las empresas pierden más de 6.774 millones de dólares USD como costes directos de rotación por la caída de la contratación por violencia de género, coste de los días improductivos y no aprovechados en el proceso o la pérdida directa de fuerza de trabajo y mujeres que fueron despedidas a causa del maltrato (Vara-Horna, 2013). En Bolivia, esta cuantía económica se cifra en 1.976 millones de dólares USD, el 6,46 % en términos de PIB, de los que el absentismo y el presentismo, representan el 98% de los costes (Vara-Horna, 2015, p.16).

En estos costes indirectos también se incluye la pérdida de productividad de los agresores debido al encarcelamiento y la mortalidad (Laurence & Spalter, 1996), las pérdidas de inversiones por causa del clima de violencia o las reducciones en las tasas de acumulación de capital humano y social. (Acevedo, 2009). Del mismo modo, los agresores también generan costes empresariales por presentismo, absentismo o por la utilización de los recursos laborales para perseguir o atacar a sus parejas. (Vara-Horna, 2013, p.131).

5.4 Efectos sociales multiplicadores

Entre estos efectos se encuentran la transmisión intergeneracional de la violencia, erosión del capital social por pérdida de redes sociales, costes humanos y

emocionales, reducción de la calidad de vida y menor participación en procesos democráticos y sociales por aislamiento económico (DOMOS, 2010; Venica, 2013)

Estos efectos son casi imposibles de medir en costes (los efectos en generaciones futuras, el potencial no realizable de las personas, pérdidas de capital humano, el sufrimiento psicológico etc.), (Laing & Bobic, 2002; Patel & Taylor, 2011).

En lo que respecta a España, apenas existen antecedentes de análisis de costes de la violencia de género. Si añadimos que cada comunidad tiene su propio presupuesto además de la partida estatal, la situación se complica. Los hallazgos de los estudios muestran que el impacto de la violencia de género en la economía y la sociedad es significativo no solo por el consumo de recursos humanos y materiales en la atención y prevención de la violencia, sino por el menoscabo de la salud física y psicológica de las víctimas, que lleva al deterioro de su situación social, económica y laboral.

Entre los principales estudios que presentan una metodología para estimar costes de la violencia de género, se encuentra el realizado por el Centro Reina Sofía en la Comunidad Valenciana en 2004 por Hernández, Sanmartín, Martínez y Molina. En sus conclusiones, se halló que el coste total de la violencia de género en las relaciones de pareja se elevaba a un total de 23.285.029,83 euros.

Las cuantías que se obtienen son las correspondientes a cuatro componentes: - costes sanitarios; que introducen un nuevo elemento, el gasto farmacológico, basado en el precio de los medicamentos, además del coste de los diferentes tipos de asistencia sanitaria que necesitan las víctimas (Hernández et al., 2004, p.40); -los servicios policiales; integrados por los presupuestos que la policía destina a combatir la violencia de género en la Comunidad de Valenciana (Hernández et al., 2004, p.46); -los servicios

jurídicos; representados por los gastos de los juzgados en el año de estudio (Hernández et al, 2004, p.44); -los servicios sociales; a los cuales compete los presupuestos asignados a Centros Mujer 24 Horas y a las Casas de Acogida dependientes de la Dirección General de la Mujer, además del presupuesto para la prestación de asistencia para el acceso a vivienda, los planes de empleo y la Renta Activa de Inserción dirigidos a mujeres maltratadas (Hernández et al, 2004, p. 45); y, en general, todos aquellos recursos involucrados en la atención de las mujeres víctimas de violencia de género.

En el ámbito de salud, el coste de la asistencia sanitaria en centros dependientes de la Generalitat Valenciana alcanzó un total de 13.606.307,70 euros en el año 2004. El coste a los servicios sociales valencianos fue de 6.827.843,52 euros.

En el ámbito jurídico, la Generalitat Valenciana gastó 2.447.878,61 euros en los juzgados de Valencia, Alicante y Castellón, en juicios de violencia de género, celebrados y resueltos durante el año 2004. El coste policial se elevó a 403.000 euros.

Otro estudio relevante fue el realizado en la Comunidad de Andalucía por el Instituto de la Mujer (Villagómez, 2010) concluyendo que la violencia contra la mujer ejercida por su pareja o ex pareja tiene un coste anual para la sociedad de 2.400 millones euros.

En este estudio, se empleó un enfoque de itinerario o ruta crítica en el uso de los servicios por parte de las víctimas. De modo que se recogen datos tanto de los costes directos, recursos sanitarios, legales y sociales 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) como son el coste de la pérdida de productividad y los efectos de la violencia en la vida de los hijos.

Los costes directos, que reflejan principalmente los gastos de los servicios en salud mental y física utilizados por las víctimas (mujeres y sus hijos), representan según esta investigación, un 0,9% del PIB de Andalucía (referido al año 2003).

Los costes del itinerario judicial y los servicios específicos de la Administración Pública, se estiman en 834 millones de euros (35% del total).

Los costes anuales asociados al mercado laboral representan el 30% del coste total (707 millones de euros), seguido por el itinerario social que alcanza los 628 millones de euros (27% del coste total) y el itinerario seguido por los hijos e hijas de la víctima (590 millones de euros) con el 25% del coste total.

Dentro del itinerario social, los familiares y amigos tienen un coste estimado de 18,4 millones de euros (1% del coste total), aunque una parte importante de estos gastos son difíciles de cuantificar debido a la falta de información y metodologías adecuadas para los indicadores de medida.

Los costes asociados a la salud física y mental de las mujeres se valoran en 371 millones de euros cada año (16% del total), los costes judiciales son menores, 60,7 millones de euros (3% de los costos totales).

Los costes indirectos que básicamente incluyen los costes del dolor y el sufrimiento, del itinerario laboral y la pérdida de recursos en el ámbito educativo, se estiman en 1.521,9 millones de euros (65% del total).

En la distribución de costes, las propias víctimas asumen la mayor parte de ellos (1.000 millones de euros, el 43% del costo). Los costes asociados a su empleo, salud

física y mental, así como los efectos en sus hijos e hijas, son también bastante importantes: 196, 98 y 92 millones de euros anuales respectivamente. Los costes judiciales pagados por las víctimas son 16,3 millones de euros anuales.

Comparando ambos estudios, existe una gran discrepancia entre los resultados alcanzados en una y otra comunidad autónoma. Unos 2.357 millones de euros de costes totales al año en Andalucía, frente a unos 23 millones de Euros al año en la Comunidad Valenciana. Esta diferencia puede estar relacionada con la diferente metodología de trabajo de ambos estudios. En Andalucía, se aplica un enfoque integral que contempla distintas clases de costes, no sólo los directos de las intervenciones, sino también, los costes indirectos de las pérdidas del primero; mientras que en la Comunidad Valenciana, se calculan básicamente los costes directos. Además, se trata de comunidades con dimensiones poblacionales y geográficas diferentes, lo que puede obstaculizar la comparación. Por lo tanto, sería conveniente desarrollar una metodología sistemática y comparable que haga posible el cotejo de datos, además de entre países, dentro del mismo territorio nacional.

Desde Europa, el estudio coordinado por el Instituto Europeo para la Igualdad de Género (EIGE, 2014), estimó el coste tanto directo como indirecto en la UE -tomando como referencia el Reino Unido y sus datos, extrapolando resultados al resto de Estados miembros-, equivalente al 0,8% del PIB (cifrado en 109.125 millones de euros) de los 28 estados miembros.

Según este estudio, en España la violencia contra la mujer por parte de la pareja tiene un coste de 10.125 millones de euros, cifra más próxima al estudio de la Comunidad Andaluza a pesar del uso de metodologías algo diferentes, pues este

informe no incluye los costes para los hijos de las víctimas y sus familias como ocurre con el de Villagómez (2010).

Asimismo, mostró que los países de la UE invierten solo un 3% en prevención de lo que les cuesta la violencia de género. Ésta es una estimación muy aproximativa pues algunos países carecen de partida presupuestaria definida específicamente para las actividades preventivas y de igualdad; y en otros, como España, hay además partidas procedentes de las Autonomías. De cualquier modo, las políticas específicamente destinadas a la prevención y atención de las víctimas siguen siendo una parte muy pequeña de los costes generales de los estados.

En 2016 se llevó a cabo el primer estudio a nivel nacional en España sobre el impacto económico de la violencia de género, utilizando diferentes metodologías que proporcionan un rango de valores para los costes tangibles lo más aproximado al valor real, entre sus conclusiones se encuentra una estimación conservadora que proporciona un coste de 1.281.012.528 € y supone el 0,11% del PIB frente una estimación menos conservadora que da un coste de 8.540.891.420 € y supone el 0,76% del PIB. En relación a los costes económicos intangibles de la violencia de género, se han estimado solo de forma parcial, obteniendo una horquilla que va desde los 4.858.772.203 € a los 14.819.576.576 €

En resumen, resulta complicado establecer el verdadero coste de la violencia de género, al mismo tiempo, la distinción entre costes directos e indirectos ha dado problemas conceptuales y de comparación entre las diferentes investigaciones (National Council to Reduce Violence against Women and their Children, 2009). En general, los estudios sobre costes directos son más exitosos que los de costes indirectos al ser estos últimos más difícilmente cuantificables (Laing, 2001). De todos modos, aún faltan

indicadores de costes significativos que no se limiten a los registrados en bases de datos institucionales (Morrison, Ellsberg & Bott, 2005; Helweg-Larsen, Kruse, Sorensen & Bronnun-Hansen, 2010).

Se trata por tanto de problemas metodológicos que ponen en evidencia lo complicado que resulta calcular el coste económico en los diferentes países, sobre todo, en los que se encuentran en vías de desarrollo e industrialización. La falta de recursos afecta a la disponibilidad de servicios, de registros, y el bajo nivel de denuncia relacionada con la deficiencia de la atención a las víctimas en el ámbito institucional, podría ofrecer un cálculo de los costes directos incierto, por debajo de su valor, dando la impresión errónea sobre la gravedad real de este problema.

Para finalizar, es evidente que los efectos de la violencia trascienden el ámbito privado y familiar e inciden sobre la sociedad en general. Igualmente, consumen una cantidad importante de recursos públicos y privados que podrían destinarse a otros fines, provocan pérdidas materiales a las víctimas, a las familias, a las empresas y al sector público en general y además, deterioran la calidad y el bienestar individual, social y global. Por tanto, la reducción de la violencia de género debe ser un objetivo clave de desarrollo de los Estados y si bien en muchos países ya existen políticas públicas para combatir la prevalencia de este tipo de violencia, deberían incluir mayores esfuerzos para cuantificar los costes intangibles del fenómeno, que por lo general, son mucho más elevados que los directos; de otro modo, corremos el riesgo de infravalorarlo y aplicar políticas basadas en informaciones incorrectas o parciales. En relación a los recursos asignados y los sistemas de registro, deberían revisarse cada cierto tiempo en beneficio de la atención a las víctimas y en términos de eficacia económica y de mejora, para el profundo conocimiento del problema.

CAPÍTULO III

6. PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LA RELACIÓN DE PAREJA

Un pilar fundamental en la lucha contra la violencia de género ha sido el estudio y la estimación, tanto de la prevalencia como de la gravedad de sus consecuencias, con el fin de poder desarrollar estrategias eficaces para su prevención, tratamiento y erradicación

A pesar de los ingentes esfuerzos invertidos su estudio, no se dispone de datos epidemiológicos fiables y estandarizados que plasmen la magnitud del fenómeno. Las carencias que presentan las estadísticas a la hora de reflejar esta realidad, dificultan la comparación entre las diferentes investigaciones que la estudian, y por tanto el conocimiento de la verdadera dimensión del problema.

Las principales fuentes de información con las que contamos actualmente “proceden de las encuestas poblacionales, consideradas como uno de los métodos más fiables para cuantificar la violencia infligida sobre la mujer“ (González-Cases , 2011, p 42) además de los casos registrados por las estadísticas de los organismos oficiales que tienen competencia en la atención a las víctimas de la violencia de género, entre las que se incluyen estadísticas policiales, judiciales, del sistema de salud pública y de servicios sociales.

Los esfuerzos destinados a recabar información tropiezan con obstáculos importantes, entre ellos: la falta de criterios unificados en las conceptualizaciones, el tipo de violencia evaluada, la metodología de investigación utilizada, la capacitación de los encuestadores, las técnicas de muestreo, la población objeto de estudio, variaciones en cuanto a la selección según edad o estado civil o las diferencias culturales entre las

poblaciones. Esto genera una gran variabilidad de datos y facilita que algunas violencias no se valoren debidamente al no estar incluidas en los parámetros analizados, por las diferentes investigaciones. (Clark & Du Mont, 2003; Heise y García-Moreno, 2002; Krug et al., 2002; Watts & Zimmerman, 2002). Del mismo modo, la ocultación de este fenómeno por parte de las víctimas, bien por motivos personales, miedo, culpa o vergüenza, dificulta la denuncia y dificulta también la obtención de datos exactos sobre su magnitud (Villavicencio y Sebastián, 1999). Estas limitaciones ya han sido expuestas por la Unión Europea en su Guía de Buenas Prácticas para Paliar los Efectos de la Violencia Contra las Mujeres y Conseguir su Erradicación (2002), que plantea las debilidades que presentan las principales fuentes de obtención de información sobre prevalencia, fundamentalmente registros oficiales y encuestas de población. Entre las limitaciones de los registros oficiales están: a) La identificación únicamente de aquellos casos que son denunciados y pueden ocasionar un subregistro de los datos y b) La información obtenida sobre las víctimas, puede resultar escasa, el grado de colaboración en estas respuestas puede fiscalizar el acceso a la información (Fontanil, Ezama, Fernández, Gil, Herrero y Paz, 2005)

Respecto a las encuestas de población destacan las siguientes limitaciones: a) Errores de muestreo; b) Escasa representatividad de la población de mujeres maltratadas; c) Dificultad para conocer la realidad de las víctimas, como consecuencia de un recuerdo sesgado (Díaz-Aguado y Martínez 2002).

En algunos casos se estima que reflejan solo la violencia más leve o moderada, de modo que se infra registran aquellos casos de maltrato especialmente grave (Gordon, 2000). En su gran mayoría, los estudios que evalúan la prevalencia se centran en la violencia física y sexual, tal vez porque resulta más fácil de medir, siendo menos

comunes los estudios que informan de la prevalencia de la violencia psicológica salvo cuando ocurre asociada a otras formas de violencia más evidentes (García-Moreno et al., 2005; Krug et al., 2002). A estas dificultades, se añade la falta de instrumentos estandarizados. En las últimas tres décadas se ha impulsado un avance en el desarrollo y fiabilidad de los instrumentos de medida, especialmente en los países anglosajones, aunque los más relevantes cuentan ya con adaptaciones a nuestro contexto. Sin embargo, aún no existe un consenso internacional sobre qué instrumentos utilizar, aunque dependiendo de la tipología de la violencia se observa un uso más generalizado de algunas escalas como por ejemplo en los casos de maltrato físico son más habituales: la Conflict Tactics Scales (CTS) (Strauss, 1979) o el Index of Spouse Abuse (ISA)(Hudson y McIntosh, 1981).

Todos estos obstáculos entorpecen el conocimiento del problema, y por tanto las graves consecuencias que provoca en la salud física y psicológica de las mujeres que la sufren, y que alcanza su máxima expresión en el número de muertes que causan cada año (Caetano, Vaeth & Ramisetty-Milker, 2008).

6.1 En el Contexto Internacional

Desde que en 1975 se realizara en EEUU la primera encuesta a nivel nacional, específica sobre violencia contra la mujer, y sobre todo a partir de la “IV Conferencia Mundial sobre la Mujer” en 1995 (Beijing) el número de estudios realizados en diferentes países, ha crecido exponencialmente.

Entre los primeros trabajos realizados se encuentra el de Heise, Ellsberg & Gottemoeller (1999), una revisión de 52 encuestas de base poblacional -a lo largo del mundo- (entre 1982 y 1999), obteniendo entre otras conclusiones que entre el 10% y el

50% de las mujeres encuestadas habían sufrido maltrato físico por parte de su pareja en algún momento de su vida, de ellas entre el 3% y el 52% la habían sufrido en el último año. Los países con mayor prevalencia de violencia a lo largo de la vida (mayor del 40%) fueron por orden creciente: India, Etiopía, Bangladesh, Turquía, Nicaragua y Papua. En los últimos 12 meses han sido -por orden creciente- (porcentaje mayor del 40%): Uganda, Kenia, Bangladesh, India y Palestina. Con menor prevalencia a lo largo de la vida (menos del 15%) en orden decreciente han sido: Moldavia, Puerto Rico, Sudáfrica, Filipinas y Paraguay. Y con menor prevalencia referida a los últimos 12 meses (prevalencia menor a 7%), sería decrecientemente: Moldavia, Suiza, Sudáfrica, Australia, Canadá y EE.UU.

En otro estudio comparativo realizado a través de encuestas poblacionales en nueve países: Camboya, Colombia, República Dominicana, Egipto, Haití, India, Nicaragua, Perú y Zambia, por Kishor y Johnson (2004), se obtuvo como resultado que la proporción de mujeres que alguna vez habían tenido pareja y que habían notificado haber sido víctimas de violencia por su pareja oscilaba entre el 18% en Camboya y el 48% en Zambia, respecto a la violencia física, y entre el 4% y 17% respecto a la violencia sexual. La variedad de los datos de este estudio coinciden con los obtenidos, a través de encuesta demográfica, en diez países (Bangladesh, Bolivia, República Dominicana, Haití, Kenia, Malawi, Moldavia, Ruanda, Zambia y Zimbawe) de Hindin, Kishor y Ansara (2008), reflejó que la violencia física o sexual infligida por la pareja o comunicada alguna vez por mujeres casadas, variaba entre 17% en República Dominicana y 75% en Bangladesh.

Los informes de las principales organizaciones de la salud obtienen cifras similares. El realizado por Krug et al. (2002), obtuvo prevalencias que oscilan entre el

10% y el 69% de las mujeres entre los 15 años y los 49 años de edad, notifican haber sufrido maltrato físico infligido por una pareja masculina por lo menos una vez en sus vidas ; en este mismo informe, Jewkes, Sen y García-Moreno (2002) reportaron una prevalencia en violencia sexual -en forma de relación sexual forzada o la tentativa de consumarla por parte de la pareja- en algún momento de la vida, entre un 6% a un 47% de las mujeres.

Ante la disparidad de las cifras de prevalencia obtenidas y la escasez de datos de países en vías de desarrollo, la Organización Mundial de la Salud (2002) elaboró unas directrices sobre las consideraciones éticas y de seguridad en la investigación de la violencia de pareja, puesto que para identificar los límites del fenómeno es necesario obtener datos precisos y comparables sobre esta violencia de cara a impulsar medidas que justifiquen la inversión de recursos humanos y materiales , y establecer unas pautas que permitan evaluar la efectividad de estas medidas implementadas.

Con la voluntad de desarrollar esta metodología, la Organización Mundial de la Salud (García-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise y Watts, 2005b) llevó a cabo un estudio multinacional a partir de una muestra de 24.000 mujeres de 10 países con entornos culturales diferentes Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, Samoa, Serbia y Montenegro, Tailandia y República Unida de Tanzania). La información fue recopilada durante los 12 meses anteriores a la entrevista, y a lo largo de la vida de la mujer, lo que permitió evaluar si los hechos violentos ocurrieron antes, durante o después del matrimonio. Los resultados de prevalencia vital de violencia física y/o sexual variaron entre el 15% y el 71%, con dos lugares con una prevalencia menor de 25% (áreas urbanas de Japón, Serbia y Montenegro), siete lugares entre 25% y 50% y seis lugares por encima del 50% de prevalencia (áreas urbanas de Bangladesh y Perú y rurales de

Etiopía, Tanzania, Perú y Bangladesh). La prevalencia de violencia física y/o sexual en el último año se situaba entre el 4% de Japón urbano y Serbia Montenegro urbano y el 54% de Etiopía rural (García-Moreno et al., 2005b).

En Estados Unidos, los estudios de prevalencia varían igualmente, dependiendo de la fuente de los datos y la definición de violencia utilizada. Los diferentes estudios basados en encuestas nacionales aportaron prevalencias de entre un 22% y un 30% para abuso físico y / o sexual sobre la mujer por parte de una pareja íntima durante su vida, mientras que entre un 2% y un 12% informaron de maltrato físico y/o sexual durante el último año (Caetano, Vaeth & Ramisetty-Milker, 2008; Haggerty & Goodman, 2003; Lipsky, Holt, Easterling, & Critchlow, 2004; Tjaden & Thoennes, 2004).

En la misma línea, Bonomi, Thompson, Anderson, Reid, Carrell, Dimer, et al. (2006) encuestaron telefónicamente a 3.429 mujeres – de entre 18 a 64 años-residentes en Washington, y obtuvieron que el 46% de estas mujeres habían sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja tanto recientemente (menos de 5 años) como en el pasado (más de 5 años). Posteriormente, Mburia-Mwalili, Clements-Nolle, Lee, Shadley & Yang (2010) analizaron una encuesta realizada en 2006 en Nevada (Estados Unidos). El 27% de las mujeres que participaron expusieron historias de violencia por parte de su pareja. De las 472 mujeres que habían vivido algún tipo de violencia, el 48% fue solamente de tipo físico, el 12% solo de tipo sexual y el 40% una combinación de violencia física y sexual.

Siguiendo en Estados Unidos, el CDC (The Centers for Disease Control and Prevention) llevó a cabo una encuesta nacional en 2010 sobre violencia sexual y de pareja, los hallazgos presentados en este informe se basan en entrevistas completas realizadas a 16.507 adultos (9.086 mujeres y 7.421 hombres): 1 de cada 3 mujeres

(35.6%) y 1 de cada 4 hombres (28.5%) habían experimentado abuso, violencia física y/o acoso por parte de un compañero íntimo alguna vez en sus vidas, y el 5,9% y 5,0%, respectivamente, sufrieron violación, violencia física o acoso por parte de una pareja íntima en los 12 meses anteriores a la encuesta.

En otra línea de investigación, Alhabib, Nur y Jones (2010) realizaron una revisión sistemática de estudios sobre prevalencia de violencia contra las mujeres publicados entre 1995 y 2006. Se incluyeron 134 estudios publicados en inglés procedentes mayoritariamente de América del Norte (41%) y Europa (20%). El 56% se basaron en encuestas poblacionales y el 17% en centros de salud de primaria. La prevalencia media de los estudios de atención primaria sobre violencia física y psicológica sufrida a lo largo de la vida, se sitúa por encima del 30% y la prevalencia sobre violencia sexual a lo largo de la vida se sitúa por debajo del 20%.

Los resultados obtenidos en encuestas poblacionales son muy similares a los alcanzados desde atención primaria, aunque éstos últimos presentan unos porcentajes ligeramente superiores en violencia física y psicológica, y menores en violencia sexual. Estos datos son coincidentes con los que se encuentran en revisiones similares, como la realizada por Feder, Ramsey, Dunne, Rose, Arsene, Norman et al (2009) -entre los años 1995 hasta el 2009- sobre estudios de prevalencia con muestras poblacionales de Reino Unido. Entre las conclusiones destacan: que la prevalencia de este tipo de violencia en el año previo se sitúa entre 4,2%-6% de las mujeres y que entre el 13%-31% de las mujeres británicas habían sufrido alguna vez, a lo largo de su vida, violencia por parte de su pareja.

En África, las proporciones se situaron en torno al 13% y al 72%, de modo que tres de cada cuatro mujeres africanas, comunican al menos un incidente de violencia de

pareja a lo largo de su vida, (Abeya, Afework & Yalew, 2011; Bazargan-Hejazi, Medeiros, Mohammadi, Lin & Dalal, 2012; Devries, Mak, García-Moreno, Petzold, Child, Falder et al., 2013); en Asia, los porcentajes fluctúan entre el 7,2 y el 68% de las mujeres (Chandra, Satyanarayana & Carey, 2009; Jayasuriya, Wijewardena & Axemo, 2011).

En Indonesia la prevalencia se ha estimado, en zonas rurales de Java, del 22% de por vida para la violencia sexual y del 11% para la violencia física, siendo el abuso psicológico el que se reporta más habitualmente, en aproximadamente el 90% de los casos informados; la prevalencia general se establece en torno al 36,3%. (Hayati, Högberg, Hakimi, Ellsberg & Emmelin, 2011).

En América Latina, fueron las organizaciones no gubernamentales las que se ocuparon de las primeras investigaciones que trabajaban en temáticas de género y discriminación de las mujeres. Las encuestas poblacionales, reportan proporciones que sitúan la prevalencia entre un 20 al 55%; en el caso de las lesiones emocionales como consecuencia de la violencia este porcentaje se eleva hasta el 80% de los casos (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI, 2012; Mathias, Bedone, Osis & Fernandes, 2013; Murad, Gómez y Calderón, 2013; ONU, 2015)

En Centroamérica, los datos de Naciones Unidas (2015) detallan que entre el 14.5% y 27% de las mujeres centroamericanas han sufrido violencia por parte de un esposo/compañero en algún momento de sus vidas. Siguiendo en Latinoamérica estudios realizados en diferentes países (Chile, Colombia, Nicaragua, Costa Rica y México) cifraron la prevalencia en valores que oscilan entre el 30% al 60%. (Venguer, Fawcet, Vernon y Pick, 1998). En Perú, en 2016, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) reveló que el 68,2% de las mujeres han sufrido violencia física,

sexual o psicológica. Pese a lo elevado del porcentaje, dicha cifra es menor en dos puntos respecto a los 2015 y seis puntos menores en los últimos 5 años, lo que revela una tendencia a la disminución de los datos estadísticos (INEI, 2015). En México, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2011, muestra que el 47 por ciento de las mujeres mayores de 15 años había sufrido algún incidente de violencia por parte de su pareja (esposo o pareja, ex-esposo o ex-pareja, o novio) a lo largo de su relación. Sólo una de cada diez mujeres (13.6%), que vivieron violencia en su relación solicitaron ayuda a alguna institución (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI, 2013)

Por último, en 2013 la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica en colaboración con la Organización Mundial de la salud (OMS), 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”, que por primera vez presenta estimaciones a nivel mundial y regional de la prevalencia de dos formas de violencia contra la mujer: la violencia ejercida por la pareja (violencia conyugal) y la violencia sexual infligida por otra persona distinta de la pareja (violencia sexual no conyugal). El informe utiliza encuestas a mujeres y trabajos anteriores referidos a seis zonas geográficas: África, América, Sureste de Asia, Europa, Mediterráneo del Este y Pacífico Occidental. Así mismo, también tiene en cuenta las rentas de estos lugares, divide entre aquellas regiones con salarios altos y los que los tienen salarios bajos o medios.

Entre las conclusiones del informe están:

1. A nivel mundial, el 35% de las mujeres del mundo entero han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja o de violencia sexual por parte de personas distintas de su pareja,

2. Un 30% de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física y/o sexual por parte de su pareja.

3. Un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja.

Así, en las regiones consideradas ricas (Estados Unidos, Europa, Australia y Japón) se observa que el 23,2% de las mujeres ha asegurado haber sufrido situaciones de violencia, el menor porcentaje de todo el estudio, lo que se asocia a los efectos de las políticas públicas. Por lo que respecta al resto de regiones del mundo que tienen una renta menor, destaca el sudeste asiático (Bangladesh, India, Sri Lanka, etc.) como la región en la que la violencia contra la mujer dentro de la pareja tiene una mayor prevalencia. Tras éste se sitúan los países del Este del Mediterráneo (Egipto, Irán, Irak, Jordania y Palestina), donde el 37% de las mujeres indicaron haber vivido esta clase de situaciones. África (Botsuana, Zambia, Kenia, Etiopía, etcétera) arrojan cifras similares, el 36,6% de las africanas afirmaron haber sufrido estas experiencias de violencia física o sexual. Dentro de este sector de regiones, la que presenta un porcentaje menor es la del Pacífico Occidental (Camboya, China). La prevalencia de la violencia de pareja es alta entre las mujeres más jóvenes: a nivel global el 29,4 % de las jóvenes entre 15 y 19 años declaran haber sufrido algún tipo de violencia de su pareja. La situación empeora con la edad y el porcentaje de mujeres que declara haber sufrido violencia de género va aumentando hasta el grupo de 45 a 49 años. A partir de esa edad se registra un descenso de la violencia (OMS, 2013a).

6.2 En el Contexto Europeo

Los datos de prevalencia proceden de las encuestas poblacionales y estudios epidemiológicos realizados a través de entrevistas presenciales, telefónicas o cuestionarios auto administrados. Los datos de prevalencia vital y prevalencia en el último año muestran que entre el 4% y el 30% de mujeres ha sufrido violencia física y/o sexual por la pareja en algún momento de sus vidas. En cuanto a la prevalencia de violencia física, psicológica y sexual por separado a lo largo de la vida, los estudios indican que entre el 4% y el 20% de las mujeres han sido víctimas de violencia sexual, entre el 19 y el 42% lo han sido de violencia psicológica y entre el 6% y el 25% de violencia física (Martínez & Schröttle, 2006). En un estudio realizado en servicios de atención sanitaria generalista con 1.232 mujeres de San Petersburgo (Rusia) se obtuvo una prevalencia a lo largo de la vida de todo tipo de violencia del 37.1%; siendo en el último año (2009) del 7,2% (Lokhmatkina, Kuznetsova & Feder, 2010).

En 2013 se realizó la primera macro encuesta de la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA), los datos epidemiológicos que ofrece a través del informe “Violencia de género contra las mujeres” indican que 13 millones de mujeres en la UE experimentaron violencia física durante los 12 meses previos a la entrevista y 3,7 millones experimentaron violencia sexual en la pareja (actual o pasada) o fuera de ella durante los 12 meses previos a la entrevista. Esta cifra, equivale al 7% y al 2% respectivamente de mujeres con edades comprendidas entre los 18 y 74 años. Los países miembros que encabezan la lista de casos de violencia contra la mujer son Dinamarca (52%), Finlandia (47%), Suecia (46%), Francia y Reino Unido, ambos con un 44%. Estos porcentajes representan a mujeres de la Unión Europea que han sufrido violencia física y/o sexual desde los 15 años de edad.

Según este informe, en España, una de cada cinco mujeres de más de 15 años (un 22% concretamente) ha sufrido violencia física o sexual, y de las víctimas, menos de una quinta parte ha denunciado a la policía la agresión más grave (FRA 2014).

En países de Europa del Este como Polonia y la República Checa se estima una prevalencia entre el 19% y 32% (FRA,2014) respectivamente, en Noruega según otro estudio se obtuvo que el 26.8% de las mujeres habían sufrido violencia por parte de su pareja durante su vida, y el 5.5% en el año anterior al estudio(Nerøien & Schei ,2008) y en Austria un 20% (FRA, 2014).

El promedio en la UE se estableció en un 22% (de por vida) y se informan tasas del último año que van desde un máximo del 6% en Bélgica, Bulgaria, Hungría, Italia, Rumania y Eslovaquia, hasta un mínimo del 2% en Estonia, España, Polonia y Eslovenia, con un promedio del 4% en toda la UE (FRA, 2014).

Puede resultar llamativa la discrepancia de cifras entre los países nórdicos y los del sur. Es el fenómeno descrito como “paradoja nórdica”, países con puntuaciones altas en Índice de Igualdad de Género, son los que presentan mayores tasas de violencia de género y en concreto violencia sexual. En el lado contrario, Polonia, Austria, España, Portugal, Italia o Grecia, con unos datos alarmantes en maltrato, aunque más bajos que la media, y que no se caracterizan por tener valores en Igualdad de Género elevados (hasta más de 30 puntos más bajos que los países nórdicos). Sin ignorar la posibilidad de que sea solo una expresión de sesgos de información o diferencias metodológicas, o un reflejo del hecho de que las mujeres en estos países con políticas de igualdad más efectivas, tienen mayor predisposición a verbalizar la violencia, cuando se sienten expuestas a ella. Este fenómeno se ha convertido en objeto de estudio para los investigadores Enrique Gracia y Juan Merlo, que en el artículo “*Intimate partner*

violence against women and the Nordic paradox”, publicado en la revista *Social Science & Medicine* (2016), matizan como el conocimiento de las causas de la paradoja nórdica pueden proporcionar una línea para orientar a las futuras investigaciones sobre la violencia de género, sobretodo atendiendo a algunas variables con mayor presencia en los distintos países nórdicos, como son los patrones de consumo de alcohol.

En España, los datos disponibles proceden en su mayoría de encuestas poblacionales basadas en la “auto notificación”, en los trabajos epidemiológicos y a través del número de denuncias y muertes registradas por los organismos oficiales. A partir de los datos obtenidos principalmente a través de encuestas y considerando la infravaloración que suelen reflejar esta metodología, se estima que la prevalencia real de mujeres víctimas de violencia de género se sitúa entre el 20% y el 25% de las mujeres en España (Labrador, Fernández y Rincón, 2010). El organismo encargado de la realización de las encuestas poblacionales es el Instituto de la Mujer (1999, 2002, 2006 y 2011), la última macro encuesta poblacional realizada por este organismo fue en 2015, por primera vez se pregunta a mujeres a partir de los 16 años sobre Violencia psicológica de control, psicológica emocional, económica, física y sexual.

Según los resultados de esta encuesta, del total de mujeres de 16 o más años residentes en nuestro país el 12.5% han sufrido violencia física y/o sexual de su pareja o ex pareja en algún momento de su vida y no solo en los últimos 10 años de su vida, como ocurría en la encuesta de 2011. Este índice es más bajo que la media que registra la Unión Europea que se sitúa en torno al 22% (FRA, 2014), aunque coincide con los obtenidos a través de otros estudios que evalúan que la violencia afecta a alrededor del 20% de las mujeres (Fontanil, Ezama Fernández, Gil, Herrero y Paz, 2005; Labrador, Fernández y Rincón, 2006); de estos resultados el 2,7% ha padecido esta violencia en el

último año. Respecto a la tipología de esta violencia: el 25,4% habla de violencia psicológica o de control, el 21,9% violencia emocional, y un 10,8% ha experimentado violencia económica, porcentajes inferiores a las medias europeas cifradas en el 35%, 32% y 12% respectivamente. (FRA, 2014).

En cuanto a las estadísticas procedentes de organismos oficiales, las que se obtienen de las denuncias interpuestas por las mujeres por motivos de -violencia en la pareja, partes de lesiones o interpuestas por familiares, los datos ofrecidos el Observatorio contra la Violencia doméstica y de Género con sede en el Consejo General del Poder Judicial (CGPJ) revelan un total de 166.961 denuncias interpuestas en 2018, un 0.4% más que en 2017. De éstas, 4.676(2.80%) presentadas directamente por la víctima en el juzgado; 768 presentadas directamente por familiares (0.46%); con denuncia de la víctima, 110.627 (66.26%); con denuncia familiar, 2.716 (1.63%); por intervención policial directa, 25.002(14.9%); por parte de lesiones, 15.251 (9,13%); o por servicios de asistencia-terceros en general, 7.921(4.74%). Se produce un aumento significativo en las denuncias en general (que ya aumentaron un 16.4% de 2016 a 2017); el 68.5% de las víctimas eran de nacionalidad española y también el 67.8% de los agresores, se adoptaron 27.093 órdenes de protección en los juzgados de violencia (que incluyen medidas de protección y seguridad de las víctimas), de las cuales el 2% (907) fueron sobre víctimas menores de edad.

A pesar de que se ha producido un aumento del número de denuncias, se estima que solamente entre el 10% y el 30% de las agresiones sufridas por las mujeres maltratadas son denunciadas (Echeburúa y Corral, 1998; Sarasúa y Zubizarreta, 2000). Esta cifra se reduce, aún más, en determinados colectivos de mujeres especialmente vulnerables como son las inmigrantes, las mujeres con alguna discapacidad o

enfermedad mental, las mujeres del ámbito rural o las mujeres que ejercen la prostitución, que en muchos casos, unen a su condición de víctima su situación de irregularidad, que supone un freno a la hora de buscar ayuda o interponer una denuncia.

En 2015 el informe anual de ONU “Las Mujeres del año 2015” apreció que una tercera parte de las mujeres en el mundo han sufrido situaciones de violencia física o sexual por parte de su compañero íntimo. Esta situación está presente tanto en países desarrollados, como en vías de desarrollo, y las proporciones más altas, afectan a mujeres en edad reproductiva, sin embargo menos del 10% de las víctimas solicitan ayuda en instituciones gubernamentales o legales (ONU, 2015a)

A modo de resumen, en cuanto a las prevalencias mundiales de la violencia en la pareja existe una gran variabilidad de datos. Las diferencias contextuales y metodológicas entre los diferentes estudios dificultan la comparación directa de los datos de maltrato. Se estima que el porcentaje de mujeres que sufren violencia física perpetrada por una pareja íntima actual o anterior, al menos una vez en su vida varía entre el 6% y el 48% (Níaz, 2013; United Nation Statistics Division ,2010) a nivel mundial. No obstante, la mayor producción de datos procede de EEUU, Canadá y Europa, ya que en los países en vías de desarrollo aún faltan estudios fiables, debido fundamentalmente a factores socioculturales como la aceptación de la violencia como algo natural en las relaciones de pareja; y factores coyunturales relacionados con la situación política de muchos de estos estados, en los que la violencia y los derechos humanos no constituyen una prioridad en el diseño y aprobación de legislación pertinente y como consecuencia se produce una carencia en el registro de los datos.

6.3 En el Espacio Sanitario

En el ámbito sanitario, los datos sobre prevalencia son igualmente variables que en las muestras poblacionales. La obtención de información precisa se ha visto igualmente obstaculizada por la ausencia de consenso en la definición del problema y la heterogeneidad de metodologías e instrumentos de medición, además de dificultar la comparación de resultados con los hallados en otros trabajos. Las revisiones de estudios sobre violencia de género revelan que los centros y los profesionales sanitarios son contextos y agentes idóneos en la investigación de esta problemática (Espinár, 2003) Sin embargo, los problemas para la detección y cuantificación de la violencia no terminan aquí. En los servicios sanitarios no se atiende a todas las mujeres que sufren maltrato, sino solo aquellas que acuden solicitando ayuda o atención sanitaria por diferentes causas, por lo tanto, las cifras no englobarían a las mujeres que viven esta problemática, pero no la denuncian o comunican, lo que se conoce como cifras negras (Almérás, Bravo, Milosavljevic, Montaña y Nieves, 2002).

Atendiendo a esto, se desarrolla en el espacio sanitario otra línea de estudio. Se realizan encuestas a las usuarias de los centros de atención sanitaria, con cuestionarios estandarizados, que suelen alcanzar cifras más altas de prevalencia que las obtenidas mediante encuestas poblacionales. En la literatura científica, se sitúan las primeras cifras de prevalencia del maltrato a través de encuestas a usuarias, entre el 20% y el 55% a nivel internacional, con una considerable variabilidad en función de la zona geográfica de dónde se consignan las muestras a estudio. (Bradley, Smith, Long y O'Downd, 2002; Grynbaum, Biderman, Levy y Petasne-Weinstock, 2001; Richardson, Coid, Petruckevitch, Chung, Moorey, y Feder, 2002; Ruiz-Pérez, Plazaola, Vives, Montero, Escribá, Jimenaz y Martín, 2010; Schafer, Caetano y Clark, 1998) estos datos

coinciden con los recogidos en una revisión sistemática llevada a cabo por Sprague, Carel, y Hogentoren (2014) que estima la prevalencia de la violencia de pareja en todo el mundo, entorno al 38% en el ámbito de medicina familiar y del 40% en medicina de emergencia.

En nuestro país se han realizado diferentes encuestas a usuarias que muestran resultados similares, a pesar de que en algunos casos difieren en la metodología empleada. En los centros de Atención Primaria, se han podido examinar prevalencias entre 12% y el 51% (Lorente, 2008; Ruiz-Pérez, Blanco y Vives, 2004; Ruiz-Pérez, Plazaola, Blanco, González, Ayuso y Montero, 2006; García, Torío, Lea, García y Aguilera, 2008); en los servicios de urgencias los estudios estiman valores que oscilan entre el 21% al 55% (Salvador, Rivas y Sánchez, 2008; González, García y Brando, 2014), por último, en Salud Mental se estima que el 28% de las mujeres que asisten a tratamiento, han sufrido algún episodio de maltrato en la pareja (Polo, 2001) En estos estudios la prevalencia de la violencia psicológica supera a la obtenida por la violencia física y sexual (Ruiz Pérez et al, 2006; Ruiz- Peña González, López, Iglesias, Barros, González, et al, 2010); la violencia psicológica está presente entre el 16,9% y el 88,5% de los casos, mientras que la violencia física lo está entre el 5,4% y el 57,1% de los casos. Con respecto a la violencia sexual, los estudios arrojan porcentajes que van del 3,7% al 22,8% de los casos (Ruiz-Pérez et al., 2006; Ruiz-Peña, et al., 2010). También se revela, que el 52% de las mujeres manifiestan haber sufridos los 3 tipos de maltrato durante más de 5 años (Ruiz Pérez et al, 2006), y el 38,5% que sufrieron maltrato perciben su salud como mala o muy mala (García et al. 2008). Estos resultados contrastan con el Informe de Violencia de Género de 2016 (publicado en 2017) sobre casos detectados y registrados de mujeres maltratadas en los servicios sanitarios en ese

año, tanto a nivel de atención primaria (AP) como en servicios de atención especializada (AE). El estudio se llevó a cabo en 16 comunidades autónomas con la excepción de Cataluña, más las ciudades con estatuto de autonomía: Ceuta y Melilla. Este informe concluye que 17.479 mujeres declararon sufrir maltrato por primera vez. De estas, 13.729 fueron identificadas en AP y 3.750 en AE, el tipo de maltrato detectado con más frecuencia es el físico, sobre todo cuando la fuente es el Parte de Lesiones (PL) donde representa un 67,4% en A. Primaria y al 89,2% en Atención Especializada, aunque la información se obtiene mayoritariamente en Atención Primaria. Los datos aportados procedían en el 65,4% desde la Historia Clínica y en el 34,6% del Parte de Lesiones. Cuando la fuente es la Historia Clínica y el ámbito Atención Primaria, el maltrato físico y psicológico son más parecidos en magnitud, un 54,0% y un 51,6 respectivamente. El maltrato sexual sigue siendo el menos declarado con porcentajes más altos en Atención Especializada (7,8% según datos de Parte de Lesiones y 8,0% de Historia Clínica) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2017).

En el espacio sanitario, los tres ejes fundamentales sobre las que se articula la atención a las víctimas de violencia de género son: Atención Primaria, Servicios de Urgencia y Dispositivos de Salud Mental.

6.3.1 En Atención Primaria

Las principales investigaciones en el ámbito de Atención Primaria comienzan con los estudios anglosajones, Richardson, Coid, Petruckevitch, Chung, Moorey, & Feder (2002) llevaron a cabo 1.207 entrevistas a mujeres mayores de 15 años que acudían a centros de atención primaria, en el este de Londres. Encontraron una

prevalencia de haber sufrido violencia física por parte de su pareja a lo largo de su vida, del 41%, mientras que un 17% la habían sufrido en el último año.

Siguiendo en el ámbito internacional, una revisión sistemática de estudios publicados entre 1995 y 2006, sobre prevalencia de violencia contra las mujeres, de Alhabib, Nur & Jones, (2010), expone una gran variabilidad entre los resultados obtenidos. Se incluyeron en la revisión 134 estudios publicados en inglés procedentes mayoritariamente de Norte América (41%) y Europa (20%). El 56% de los estudios se basaron en encuestas poblacionales y el 17% en centros de salud de primaria o médico general. Aportaron además las siguientes conclusiones: la prevalencia media de los estudios de atención primaria sobre violencia física y psicológica sufrida a lo largo de la vida se sitúa ligeramente por encima del 30%, en este mismo ámbito sobre violencia sexual a lo largo de la vida, se sitúa ligeramente por debajo del 20%.

En nuestro país, existe igualmente una gran variabilidad de datos que, en general, oscilan según unos estudios, entre un 24% y un 28% de las mujeres que son atendidas en las consultas de Atención de Primaria e identificadas como víctimas de maltrato (Babi, Barbancho, Castellote, Costa, Pérez-Hervada, et al., 2003; Ruiz-Pérez, Escribá, Montero, Vives y Rodríguez, 2017). En otros, como el realizado en servicios de Atención Primaria de Andalucía, Madrid y Valencia (un total de 23 centros) se evidenció, que un 32% de las usuarias había sido víctima de violencia (física, psicológica y/o sexual) por su pareja, alguna vez o a lo largo de su vida; y un 17,8% lo sufrían en la actualidad. El maltrato emocional es el más frecuente tanto a lo largo de la vida como en la actualidad (30,8% y 16,9% respectivamente), seguido del físico (14,2% alguna vez en la vida y 5,4% en la actualidad) y del sexual (8,9% vida y 3,7% en la actualidad) (Ruiz-Pérez et al., 2006; Raya, Ruiz-Pérez, Plazaola, Brun, Rueda, García et

al., 2004). El 52% de las mujeres que refirieron los tres tipos de maltrato lo habían sufrido durante más de 5 años. (Ruiz-Pérez et al., 2006).

Posteriormente Ruiz- Pérez et al. (2010) a través de un estudio multicéntrico con 11.475 mujeres encuestadas de 547 centros de Atención primaria, obtuvieron una prevalencia del 24,8% en maltrato alguna vez en la vida, y el 15% lo fueron en el último año. Destaca, el maltrato psicológico con una prevalencia del 21,1%, mientras que la violencia física (física y sexual) fue de 15,7%. Las frecuencias más altas se observaron en Ceuta, Melilla y las Islas Baleares, las más bajas en Castilla La Mancha (Ruiz-Pérez, et al., 2010).

Estos resultados coinciden con el estudio realizado por García et al. (2008) en dos centros de Jaén en los que se entrevistó a 170 usuarias, que arrojaron resultados similares. Aunque difieren en la metodología empleada, se detectó algún grado de maltrato, en el último año, en el 23% de las entrevistadas. Además, estas mujeres calificaban su salud como mala o muy mala en un 38,5% de los casos (frente al 19,8% del resto). Cifras similares fueron encontradas en un estudio llevado a cabo en centros de salud rurales y urbanos de Castilla La Mancha y Valencia, con una muestra de 371 usuarias. Se reveló una prevalencia del 23,3% de violencia por parte de su pareja o ex pareja a lo largo de la vida, y un 11,7% refiere sufrirla en el momento actual (Cano, Berrocoso, Arriba, Bernaldo, Alamar y Cardo, 2010). Otros estudios con datos de prevalencia parecidos son los que se obtuvieron en cuatro centros de salud de Algeciras con una muestra con 113 mujeres; el 32,4% de usuarias entre 20 y 70 años fueron víctimas de maltrato por parte de su pareja en algún momento de su vida. En el 88,57% sufrían violencia psicológica, el 57,14% violencia física y el 22,86% violencia sexual. (Ruiz-Peña, et al., 2010). En otro estudio, Sala, Hernández, Ros, Lorenz y Parellada

(2010) detectaron que el 25,3% de un total de 400 las usuarias de consulta de primaria y de atención a la mujer (AM) de Barcelona eran casos de violencia de género. Y en la misma línea el estudio que González-Losada, Castro, Tosco, Rufino, Mirpuri y García (2012) realizaron en dos zonas básicas de salud del ámbito urbano de Santa Cruz de Tenerife, sobre una muestra de 299 mujeres mayores de edad, hallaron que el 51,5% reconocieron haber sufrido violencia de género al menos una vez en la vida, de ellas el 99,35 % refirieron violencia psicológica, el 25,32 % física y el 7,79% sexual.

En síntesis, estos estudios confirman que en los servicios de Atención Primaria se detectan numerosos casos de maltrato (Rodríguez, Bauer, McLoughlin, & Grumbach, 1999; Informe de la Comisión contra la violencia de género, 2013) y por ello, presentan una elevada prevalencia. A pesar de esto, solo se llega a conocer entre el 5-10% de los casos que se producen (Sans y Sellares, 2010; Cano et al, 2010).

Esta versatilidad de los resultados se asocia a las diferencias en la metodología empleada, lo que afecta fundamentalmente a la composición de la muestra, a la definición de los malos tratos y a la forma en como se operativiza la medición. Otros estudios apuntan a la gran heterogeneidad de instrumentos que se utilizan para medir la violencia de género, como causa de las dificultades en la comparación de resultados (Muslera, Natal, García y Fernández, 2009). A pesar de estas diferencias, podemos concluir que la prevalencia detectada en estos servicios es elevada, y en concreto la violencia psicológica, que alcanza cifras realmente preocupantes, sobre todo atendiendo a lo dificultoso de su identificación en los dispositivos de salud.

6.3.2 En Servicios de Urgencia (SU)

Medir la prevalencia real de la violencia de género en estos dispositivos resulta igualmente complicado, dado que no se disponen de buenos registros sobre la incidencia de casos, bien por carecer de ellos o porque de los que se dispone resultan complicados de interpretar (López, 2016).

Los resultados obtenidos en las diferentes investigaciones ponen de manifiesto que al menos el 20% de las mujeres que acuden a los servicios de urgencias sufren violencia (Helweg-Larsen & Kruse, 2003), que éstas buscan atención en estos servicios entre 1,5 y 3 veces más que otras mujeres que no la sufren, (Campbell, 2002; Kothari, & Rhodes, 2006) y que se estima que 7 de cada 10 maltratos pasan desapercibidos (Drossman, Talley, Leserman Olden & Barreiro 1995).

Una gran parte de los estudios que se han ido realizando proceden sobretodo de Estados Unidos, y estiman “que entre un 11,7%-35% de las mujeres que acuden a dichos servicios son víctimas de violencia, con una prevalencia acumulada del 21% al 54,2%” (Salvador et al., 2008, p.344). La prevalencia para la violencia física en el último año oscila entre el 5% y el 25,5% en estos dispositivos (Feldhaus, Koziol, Amsbury, Norton, Lowenstein & Abbott, 1997), en cuanto a la violencia física a lo largo de la vida se calcula que se encuentra entre un 38,6% y un 47,3% (Brokaw, Fullerton-Gleason, Olson Crandall., McLaughlin & Sklar, ,2002) Con respecto a la violencia sexual, ésta se sitúa entre el 6% en el último año y el 20% a lo largo de la vida (El Bassel, Gilbert, & Raja 2003).

En el Reino Unido, la incidencia de violencia de género en los Servicios de urgencia hospitalarios (SUH) se sitúa en torno al 1,2% y la prevalencia a lo largo de la

vida de 22,4% según unos estudios (Boyle & Todd 2003) y 34,8% según otros (Sethi, Watts, Zwi, Watson & Mc Carthy, 2004)

En Nueva Zelanda, Koziol, Gardiner, Batty, Rameka, Fyfe & Giddings (2004) determinaron la prevalencia de la violencia infligida por la pareja entre las mujeres que buscan atención médica en los servicios de urgencia, en un 21,3% en el último año y un 43,3% a lo largo de la vida.

En la revisión Alhabib et al., 2010 (ya comentado más arriba) sobre publicaciones de violencia contra la mujer, de los 134 estudios analizados, 18 fueron realizados en departamentos de urgencia. En estas 18 investigaciones en urgencias se observó una prevalencia vital media de violencia sexual, en torno al 20% (en dos estudios que la reportan), y física (casi el 40% de 11 estudios) algo superior a la obtenida en contextos de atención primaria o en estudios poblacionales. Respecto a la violencia psicológica solo un estudio en urgencias aporta datos que la sitúan en el 92% de las mujeres atendidas, pero esta investigación en concreto, es calificada por los autores de la revisión de calidad baja y con una muestra de sólo 84 mujeres entrevistadas. La prevalencia en el momento actual de la violencia física era del 13,4% de las mujeres (10 estudios) y la sexual un 6% pero solo se analiza en un estudio primario.

En los servicios de urgencia (SU) el abuso físico es la causa más común de lesiones en la mujer, ocasiona más consultas por lesiones que la suma de los accidentes automovilísticos, asaltos y violaciones (McLeer y Anwar, 1987). Sin embargo, las mujeres acuden a los servicios de salud con sintomatologías poco evidentes de maltrato pasan desapercibidas en estos servicios). En el 20% de los casos las lesiones traumatológicas atendidas eran como causa de malos tratos, y la tasa de hospitalización

de las víctimas de maltrato era el doble que las que no lo sufrían. (Bensley, Macdonald, Van Eenwyk, Simmon, & Ruggles, 2000; Schafer et al., 1998).

Un aspecto relevante es que tras la introducción de un protocolo de actuación y detección de maltrato la identificación de casos aumentó de un 5,6% a un 30%. (McLeer y Anwar, 1989).

En Cataluña (España), en los servicios de urgencia del Institut Municipal d'Assistencia Sanitaria (Barcelona) se detectó el 10,4% de los casos de maltrato, de estos: el 29,6% eran mujeres frecuentadoras de estos servicios y el 52,6% presentaba algún factor de riesgo (Echarte, León, Puente, Laso, de la Vega, Díez y Martínez, 2010, p 194).

En Andalucía, un servicio de urgencias hospitalario sevillano, aplicó un cuestionario a 214 mujeres que acudieron -por cualquier motivo- a consulta urgente. Se detectó que el 20% de las mujeres entrevistadas refieren haber sufrido malos tratos en algún momento de su vida y del 16% durante el último año. El 13% de ellas, los había recibido cuando estaban embarazadas. Sólo a un 10% se les habían preguntado alguna vez en las consultas médicas sobre el tema (Alonso, Bedoya, Cayuela, Dorado, Gómez y Hidalgo, 2004).

Otro estudio, no de prevalencia, sino de las características de la atención de urgencias a los malos tratos en un Hospital Comarcal (Jaén) reveló que el 74% de los casos atendidos por “violencia doméstica” en las urgencias correspondían a mujeres que fueron maltratadas por su pareja. El tipo de agresión más registrada fue la física (55,2%) y después la combinación de física y psicológica (32,8%) (Fernández, Espino, Aguilera, Pablo, Galán, y Recio, 2008).

Los resultados obtenidos en las diferentes investigaciones señalan una prevalencia de violencia de género de aproximadamente el 55% de las mujeres que acuden a urgencias hospitalarias (González et al., 2014).

En síntesis, se constata una elevada prevalencia del maltrato en los servicios de urgencias y una baja capacidad de detección por parte de profesionales, siendo entre el 5% y el 15% los casos detectados (Coll, Echeverría, Farrás, Rodríguez, Millá, y Santiñá, 2008; Gracia y Lila, 2008; Posner, Eilenberg, Harkavy, 2008).

Estos resultados destacan la importancia de conocer no sólo los síntomas más habituales por los que consultan las mujeres sino también los factores de riesgo, que permitan hacer una detección precoz, la necesidad de cubrir las carencias formativas para el personal sanitario y un mejor y más consensuado sistema de registro de los datos.

6.3.3 En los dispositivos de Salud Mental

Determinar la prevalencia en estos dispositivos resulta igualmente complejo, las carencias en la medición y definición de la violencia psicológica lo dificultan. Delimitar las cifras de prevalencia se ve igualmente obstaculizado, por la dificultad para indagar si el trastorno mental se produjo antes de la victimización o posterior a la victimización (Howard et al. 2010). Entre las mujeres que sufren un trastorno mental grave, la prevalencia es muy superior a la de la población general, (Heru, Stuart, Rainey, Eyre & Recupero ,2006; McPherson, Delva & Cranfor, 2007) situándose en torno al 45% tanto de violencia física, sexual o emocional (Friedman y Loue, 2007)

A pesar de estas barreras metodológicas, los estudios llevados a cabo en estos dispositivos han demostrado fuertes asociaciones entre enfermedad mental de por vida,

tales como trastornos de ansiedad, cuadros depresivos o comportamiento suicida (Rees, Steel, Creamer, Teesson, Bryant, McFarlane et al., 2014), y manifestaciones de violencia especialmente graves (violencia física, relaciones sexuales forzadas, amenazas de muerte) (Schreiber, 2001; Tiburcio, Natera & Berenzon ,2010). Entre todas las tipologías de violencia, es la sexual una de las formas más graves y más frecuentes de victimización (Goodman, Salyers Mueser, Rosenberg, Swartz, Esock, et al.2001; Silver, 2002; Kim, Kaspar, Noh & Nam, 2006). Su prevalencia se sitúa en torno al 20%-40% para mujeres (Goodman et al., 2001; Hugues, Bellis, Jones, Wood, Bates, Eckley et al., 2012; Marley & Buila, 2001) y el 1%-5% para los hombres (Grubaugh & Frueh, 2006; Marley & Buila, 2001) usuarios de los dispositivos de salud mental.

Gran parte de la literatura científica sobre violencia de género en Salud Mental (Hugues et al. ,2012; Oram, Trevillion, Feder & Howard, 2013; Friedman et al.2007; Bundock, Howard, Trevillion, & Malcolm, 2013) trabaja con mujeres que previamente habían sido diagnosticadas de algún tipo de problema psicológico y/o psiquiátrico. En general, los hallazgos muestran que las mujeres que sufren violencia utilizan más los servicios de asistencia ante la presencia de determinados trastornos mentales como cuadros depresivos o de ansiedad. (Híjar, Avila y Valdez, 2006; Prospero y Vohra, 2008)

En una revisión realizada por Howard, Trevillion, Khalifeh, Woodall, Agnew-Davies & Feder (2010) tras seleccionar 21 estudios que abordaban la prevalencia de violencia física y sexual en los dispositivos de salud mental tanto de hospitalización como ambulatorios, estimaron una prevalencia media para violencia de género de por vida del 29.8% en los primeros y un 33% en los casos vistos en consulta. Estos datos coinciden con los reportados por el meta análisis de Hugues et al. 2012 de diferentes

países, que sitúa la violencia física o psicológica contra la mujer, de por vida, en torno al 37,8 % en salud mental. Warshaw, Brashler & Gil (2009) obtuvieron datos similares, con una prevalencia a lo largo de la vida, de alguna forma de abuso de las mujeres usuarias de los dispositivos de salud mental varía entre 40% y 65%.

En nuestro país, el estudio realizado por Polo(2001) sobre una muestra de mujeres con pareja, pacientes de tres distritos de Madrid y con diagnósticos psiquiátricos, que excluían las psicosis. Obtuvo entre sus conclusiones, que la violencia física a lo largo de la vida es del 28,1%, la violencia sexual del 14,3% y la Violencia psicológica: con abuso frecuente el 4,8% y muy frecuente el 0,7%.

Cifras similares se recogieron en el estudio realizado por Cobo, Muñoz, Martos , Carmona ,Párez Cirici et al.,(2010). Los autores analizaron los casos atendidos por episodios de violencia de género atención de cualquier prioridad a nivel hospitalario. Descubrieron que un porcentaje importante de estas mujeres recibían o habían recibido en algún momento atención psiquiátrica o psicológica especializada en consultas de Salud Mental, por otros motivos (adicciones, intentos de suicidio). En conclusión, en los servicios de salud mental al igual que en otras especialidades sanitarias los resultados de detección del maltrato es insuficiente, aunque la tasa en este estudio se situó en el 51,5%, similar al obtenido en otra investigación como la de Zink, Regan, Goldenhar, Pabs & Rinto (2004) que se cifró en un 50%.

En la misma línea, la tesis de González-Cases (2011) concluye que los profesionales detectan o identifican entre el 50% (en el último año) y el 62,5% (maltrato de por vida) de las mujeres que sufren violencia y son usuarias de los dispositivos de Salud Mental.

En síntesis, los hallazgos indican que las usuarias de servicios de Salud Mental alcanzan tasas de violencia elevadas, entre 25%-70% (Howard, Trevillion, Khalifeh, Woodall, Agnew-Davies & Feder, 2010; Oram et al., 2013). Sin embargo, solo se detecta menos de un tercio de los casos y pocas usuarias del servicio reciben apoyo adecuado para el maltrato (Howard, Trevillion & Agnew-Davies, 2010; Trevillion, Howard, Morgan, Feder, Woodall & Rose, 2012), lo que subraya la importancia de que los profesionales deben identificar y responder de manera apropiada a la verbalización del maltrato. Además las mujeres con trastorno mental presentan obstáculos adicionales para verbalizar su experiencia de victimización, como por ejemplo sentir que se cuestiona su versión debido al estigma asociado a su patología (Goodman et al., 1999) y que el personal de salud suele atender solo a la causa que motivó la demanda, lo que genera en la usuaria falta de confianza en las intervenciones, reflejo de la carencia de las suficientes habilidades y conocimientos en la detección de casos (Híjar, et al., 2006).

Este hecho resulta especialmente relevante por la extrema vulnerabilidad al maltrato que presentan estas usuarias. En el estudio realizado por Okuda, Olfson, Hasin, Grant, , Keng-Han, & Blanco (2011) estimaron que alrededor del 20% de las mujeres que sufren violencia de género, (en el último año del estudio) desarrollaron un nuevo trastorno psiquiátrico, además del que presenta de base, como consecuencia de la victimización.

De modo que, la evidencia permite concluir que las mujeres que sufren trastornos mentales presentan un mayor riesgo de victimización por cualquier tipología de violencia, en comparación con aquellas que no la sufren (Testa, VanZile, Livingston, 2007; Trevillion, Oram, Feder & Howard, 2012).

De la evidencia empírica se desprenden recomendaciones sobre cómo mejorar las respuestas a la violencia de género dentro de los entornos de salud mental, incluida la capacitación para mejorar las competencias profesionales sobre cómo identificar, y responder al abuso, la derivación a los servicios de apoyo apropiados o la implementación de la investigación de rutina, que se coloca junto a las directrices de los principales organismos internacionales (Trevillion, Hugues, Feder, Boschmann, Oram,& Howard, 2014) Los profesionales de salud mental deben enfocar el diagnóstico y tratamiento de los síntomas, atendiendo a la posibilidad de que las exacerbaciones de la enfermedad puedan ser debidas al impacto del abuso en la enfermedad mental lo que contribuye a empeorar los síntomas de salud mental. (Trevillion et al. 2012).

Por último, medir y conocer la magnitud del problema resulta fundamental de cara al desarrollo de políticas públicas que justifiquen los medios humanos y materiales invertidos, y permitan establecer líneas desde las que valorar los resultados del esfuerzo. Actualmente las estadísticas más avanzadas tanto a nivel nacional como internacional, suelen ser las policiales y judiciales, los datos procedentes de los sistemas sanitarios están mucho menos desarrollados, de ahí la insistencia en la necesidad de superar las deficiencias en la recopilación de datos y estadísticas relativos a la violencia de género, para conocer la magnitud del problema.

CAPÍTULO IV

7. ÁMBITO SANITARIO. CONSECUENCIAS DEL MALTRATO SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES

El papel de los profesionales sanitarios en la lucha contra la violencia de género resulta determinante para la detección temprana y la intervención en los casos de maltrato, además, este papel está contemplado en la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género y en el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal que señala como los profesionales que : “(...) tuvieren 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 (...)” (p.840). Y en los preceptos éticos de las profesiones sanitarias respecto a la obligación de atender a las víctimas de cualquier tipo de violencia que se recogen en los Códigos Deontológicos, médico en su artículo 30.3: “El médico que conociere que cualquier persona, y más aún si es menor o incapacitado, es objeto de malos tratos , deberá poner todos los medios para protegerlo, poniéndolo en conocimiento de la autoridad competente”(p.6); y el código de enfermería que en su artículo 55 expone : “La Enfermera/o tiene la obligación de defender los derechos del paciente ante malos tratos físicos o mentales (...)” (p.16).

Por tanto, el sector sanitario tiene competencia directa en el problema de la violencia de género, no solo por las terribles consecuencias que tiene sobre la salud de las víctimas, algunas de ellas expuestas más abajo, sino también por las patentes contribuciones que los sanitarios pueden aportar desde la asistencia directa al maltrato y el enfoque preventivo.

La evidencia científica sobre los efectos perniciosos de la violencia de género no es escasa, se ha constatado que no solo genera los daños propios de la agresión, sino que es causa de otro tipo de efectos sobre la salud física, mental y social de las víctimas, a corto y largo plazo (Ellsberg, Jansen Heise ,Watts & Garcia-Moreno, 2008; Feder & Hester, 2015; Montero, Escribá, Ruiz-Pérez, Vives, Martin, Talavera, et al., 2011; Sanz Rey y Otero, 2014; Vives, Ruiz-Cantero, Escribá & Miralles, 2011) y también sobre la salud de sus hijos e hijas (Ribero y Sánchez, 2004), víctimas muchas veces olvidadas o no consideradas como tales. Además, cuanto más intensa y más prolongada es la violencia, peores son estos síntomas (Gutmanis, Beynon, Tutty, Wathen & MacMillan, 2007).

A grandes rasgos, entre las consecuencias más documentadas y significativas se encuentran las siguientes: Dolencias cardiacas, gastrointestinales, ginecológicas, músculo-esqueléticas, neurológicas y psicológicas. (Campbell, Jones, Dienemann, Kub, Schollenberger O'Campo et al. 2002; Kazantzis,Flett ,Long MacDonald & Millar, 2000; Kernic, Holt , Wolf, McKnigh Huebner & Rivara, 2002; Matud, 2004). Estos efectos son acumulativos e inciden sobre el bienestar y la salud física, sexual, reproductiva y mental por lo que repercute en la calidad de vida y afecta al adecuado desarrollo de quienes la padecen: las mujeres y sus hijos (Boira, Carbajosa y Menéndez, 2015; Ellsberg et al., 2008; Sugg, 2015).

Además de estas consecuencias se ha comprobado que las víctimas de violencia tienen mayor tendencia al abuso de sustancias y a una mayor ingesta de fármacos que las que no la sufren (Matud,2004; Ramos, Saltijeral, Romero, Caballero y Martínez, 2001), como consecuencia de ello utilizan con mayor frecuencia las consultas de los servicios de salud (Blanco, Ruiz, García y Martín, 2004; Coker, Reeder, Fadden, &

Smith,2004; Hathaway, Mucci ,Silverman Brooks, Matthews & Pavlos, 2000; García et al.,2008; Lo Fo Wong et al.,2007; Rivara et al. 2007; Wisner,Gilmer,Saltzman &Zink ,1999), sobretodo centros de atención primaria, y servicios de urgencia así como dispositivos de salud mental (Gottlieb, 2008; Howard, Trevillio & Agnew-Davies, 2010 ;Lo Fo Wong, Wester ,Moll, & Lagro-Jansen 2007; Raya , Ruiz-Pérez, Plazaola, Brun ,Rueda, García et al. ,2004)

La forma de violencia más evidente es el maltrato físico, las lesiones o las consecuencias que produce aumentan de manera alarmante la probabilidad de establecer contacto con los servicios sanitarios, y con ello la posibilidad de ser detectada (Níaz, 2013; United Nation Statistics Division, 2010). Por lo general, los malos tratos físicos no son exclusivos sino que coexisten con agresiones psicológicas o sexuales (Labrador et al., 2004; Carlson, McNutt,Choi & Rose 2002) También, como consecuencia de los efectos sobre la salud, “se ha comprobado que las mujeres víctimas de violencia acuden entre 1,5 y 3 veces más a los servicios de salud“ (Echarte ,León,Puente ,Laso ,Díaz y Martínez, 2010, p.194), del mismo modo representa un incremento del coste económico para el sistema sanitario, y un mayor riesgo de presentar necesidades de salud desatendidas (pruebas de prevención o detección de enfermedades) (Hellweg-Larsen, 2013; Montero, Escriba ,Ruiz-Pérez,Vives, Martín ,Talavera et al., 2011; Plichta, 2004).

Estas repercusiones en la salud de las mujeres dependen de la severidad , la duración (Echeburúa, 2009; Labrador et al., 2004) y del tipo de maltrato sufrido, especialmente cuando se trata de abuso sexual (Pico, García, Celda, Herbert y Martínez, 2004) ;algunos estudios consideran que no es concluyente que exista la relación entre las consecuencias en la salud con la tipología del maltrato (Sarasúa,Zubizarreta,Echeburúa y Corral, 2007)

Por otro lado, la acumulación de exposiciones violentas, el miedo y el estrés asociado al maltrato, favorece en el tiempo la cronificación de los problemas de salud y puede tener efectos duraderos que perpetúan las situaciones de violencia, al entorpecer la posibilidad de pedir ayuda para salir de la situación (Plazaola y Ruiz-Pérez, 2004; Ruiz-Pérez et al., 2006).

7.1 Consecuencias en la Salud Física/Sexual

Por lo general, las víctimas de violencia presentan una peor auto percepción de su estado de salud, además de dolor crónico cervical, lumbar y pélvico (Coker et al.,2000), Artritis, Cefaleas, Hipertensión, Enfermedades de transmisión sexual como sífilis, chlamydias o gonorrea (OMS,2013a), además de 1,5 más probabilidades de estar infectadas por VIH (Krahé,2018); infecciones de vías urinarias, riesgo de embarazos no deseados, abortos e hijos con bajo peso al nacer, disfunción sexual, alteraciones gastrointestinales (Coker, Smith , McKeown, & King, 2000; Leserman, Li , Drossman, Toomey, Nachman & Glogau,1997; Salmon, Skaife y Rhodes, 2003); lesiones y heridas físicas: erosiones, contusiones, cortes, fracturas, traumatismos craneales, roturas de tímpano y alteración de los patrones del sueño, entre muchas otras (Esquivel et al.,2013).

En relación a la violencia física/sexual por parte de la pareja, el estudio elaborado por Plazaola y Ruiz Pérez (2004) concluye que las mujeres puedan llegar a padecer un 60% más de enfermedades de carácter físico, que las que no son víctimas de tal violencia. Según los autores, existe una elevada prevalencia de trastornos gastrointestinales como la úlcera, pérdida de apetito o colon irritable, un alto riesgo de desarrollar problemas cardiovasculares como infarto de miocardio, angina de pecho y

problemas crónicos como pérdidas de audición, problemas visuales o fibromialgia. A esto hay que sumarle las consecuencias irreparables, las que limitan el desarrollo de la vida normal derivadas de las lesiones extremas, y que repercuten en la calidad de vida de las víctimas o dejan graves secuelas de por vida (Paz ,2012).

Con relación a las salud sexual/reproductiva, el maltrato puede ser un motivo para la falta de control de la fertilidad, ya que existe una estrecha relación entre la violencia y el embarazo no deseado (Öberg, Stenson, Skalkidou & Heimer, 2014; Salazar y San Sebastian,2014). Algunas de las mujeres maltratadas que se quedan embarazadas optarán por una interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Según el metaanálisis de Hall, Chappell, Parnell, Seed & Bewley (2014), los índices de violencia física, sexual y psicológica entre las mujeres que solicitan una IVE se sitúan en torno al 24,9%, en todo el mundo; además, las mujeres maltratadas están más expuestas a tener una historia mas dilatada de procesos IVE.

Dentro de las consecuencias más trágicas del maltrato está la muerte, se calcula que en el mundo entre el 40% y el 70% de los homicidios cuya víctima es una mujer, son cometidos por quien es su pareja o ex pareja (Krug et al, 2002). El suicidio es la segunda de las consecuencias mortales, se estima que las víctimas tienen una probabilidad de suicidarse entre tres y cinco veces mayor que las que no la sufren (Kernic, Wolf & Holt, 2000; OMS,1998; Stark & Flitcraft,1988; Villavicencio y Sebastián,1999).

Cuando el abuso se produce durante el embarazo, se ha asociado con mayor índices de abortos espontáneos, interrupciones de la gestación , muerte neonatal, bajo peso al nacer, infecciones, anemia, tabaquismo, consumo de alcohol o drogas, etc. (McFarlane, Parker & Soeker, 1996; McMahon, Huang, Boxer & Postmus 2011;

(Modiba, Baliki, Mmalasa, Reineke, & Nsiki, 2011), incluyendo las consecuentes dificultades para cumplir las responsabilidades de atención prenatal con sus hijos (Deshpande & Lewis O'Connor, 2013).

Las estimaciones sobre prevalencia del maltrato durante el embarazo son muy variables, debido a las diferentes metodologías utilizadas y la población de estudio. En el metaanálisis de James, Brody & Hamilton (2013) se estimó una prevalencia de la violencia de género entre mujeres embarazadas a nivel mundial de en el caso de la violencia psicológica de un 28,4%, física del 13,8%, y el abuso sexual del 8%. , en otro estudio de Clark, Hill, Jabbar & Silverman (2009) con 390 mujeres atendidas en clínicas de Jordania, el 15%, informaron sobre violencia física perpetrada en el 83% de los casos por su pareja.

En el territorio español, Velasco, Luna, Martín, Caño y Martín (2014) revelan una prevalencia de entre el 7,7-21%, sumando violencia psicológica, física y sexual en mujeres embarazadas.

De modo que, el embarazo se presenta como un factor de riesgo en el homicidio de las mujeres por sus parejas (Horon & Cheng, 2001; Shadigian & Bauer, 2004), además de ser un factor agravante, cuando hay violencia preexistente (Datner & Ferroggiaro, 1999; Hernández, Sepúlveda y Soler, 2001 ;McFarlane et al., 1996; Muhajarine & D'Arcy, 1999; Stewart & Cecutti, 1993; Thompson, Canterino, Feld, Stumpf, Kuo & Harrigan, 2000). En este período es también habitual, que mientras la violencia física tiende a reducirse o mantenerse igual la violencia emocional se incrementa de manera significativa (Castro y Ruiz, 2004).

A la vista de estos datos estadísticos, para la especialidad de matronaje el

protocolo en el control de embarazo debería incorporar también la detección del maltrato en la atención prenatal , del mismo modo que preguntamos por riesgos conductuales para la salud de la mujer y su hijo, como el tabaco o el alcohol (Gómez,Goberna y Payá, 2015).

7.2 Consecuencias en la Salud Mental

Según la ONU (2006), “la violencia psicológica o emocional contra la mujer es la tipología de violencia que ha recibido menos atención en las investigaciones sobre violencia en la pareja“ (p.44). Sin embargo, sus consecuencias resultan tan dañinas para la salud física y mental de la víctima como la propia violencia física (Echeburúa y Corral, 1998) y puede, además, ser precursora de otras formas de violencia (Vázquez, Torres, Otero, Blanco y López, 2010).

La asociación entre violencia de género y salud mental, está documentada en la literatura científica (Campbell, Kub & Rose,1996; Delara,2016; Rees,Silove, Chey,Ivancic, Steel,Creamer et al., 2011). Algunos estudios destacan las cifras sobre violencia psicológica como aquellas que aparecen con mayor frecuencia en las estadísticas sobre violencia de género (Esquivel et al., 2013; Sala et al., 2010; Williams, Ghandour y Kub, 2008). Los datos obtenidos en el estudio de Ruiz-Pérez et al. (2006) sitúa las cifras de mujeres que padecen violencia psicológica en el 30.8%, frente a un 14.3% que sufre violencia física y un 8.9% violencia sexual.

Como forma grave de trauma, la violencia de género puede predisponer al trastorno mental (Howard,Trevillion & Agnew-Davies,2010; Santandreu, 2014) y al contrario, el trastorno mental puede aumentar la vulnerabilidad de las mujeres frente a los actos violentos, ya que no es infrecuente que los agresores masculinos tiendan a

maltratar a mujeres vulnerables (Rees, et al. 2011; Testa et al., 2007).

Las consecuencias que sufren sobre su salud mental las víctimas del maltrato se ha documentado en numerosos estudios (Golding, 1999; Kilpatrick & Acierno, 2003; Krug et al., 2002; Picó et al. 2004; Ruiz-Pérez et al. 2006; Schnurr & Green, 2004; Williams et al., 2008), entre las que tienen una mayor presencia están: el síndrome de estrés postraumático, las crisis de ansiedad, las fobias, el abuso de sustancias, los trastornos por somatización (Ellsberg et al., 2008; Golding, 1999; Kaslow, Thompson, Okun, Price, Young, Bender, et al., 2002; Raya et al. 2004), los problemas de sueño, el aislamiento social (Labrador et al., 2004) la depresión (Krahé, 2018) y el riesgo de suicidio (Amor et al., 2002; Campbell, 2002; Campbell et al. 1996; Matud, 2004; Martínez, García y Pico, 2004; Afifi, et al. 2009; Bonomi, et al., 2009; Warshaw et al. 2009), por citar solo algunos.

Así mismo, la percepción constante de amenaza a la vida genera grandes dosis de estrés o miedo que acaba cronificando el maltrato, y conlleva efectos devastadores para su salud psíquica y emocional (Amor, Bohórquez, y Echeburúa, 2006; Campbell, 2002; García Moreno et al. 2005; Labrador et al. 2004; Soler, Barreto, y González, 2005).

La victimización psicológica genera también consecuencias en el buen funcionamiento físico de las víctimas, en forma de patologías como úlceras de estómago, indigestión, migrañas, dolor pélvico, dolor crónico o enfermedad crónica (Coker, Davis, Arias, Desai, Sanderson & Brandt, 2002; Taft et al., 2006). Tanto la sintomatología física como psicológica puede persistir, entre cinco años después de cesar el abuso (Bonomi, et al, 2006), hasta pasados dieciséis años de finalizado el maltrato (Rivara, et al, 2007).

Dentro de la amplia gama de consecuencias en la salud mental, los trastornos depresivos y el Trastorno de estrés postraumático son los que tienen una prevalencia más elevada (Basile et al.,2004; Devries et al., 2013a).

Los factores que se relacionan con una mayor presencia de estos trastornos son la gravedad del maltrato (Peltzer, Pengpid, McFarlane & Banyini, 2013), el tipo de violencia y la duración de la exposición (Bonomi, et al, 2006; Echeburúa y Corral,1998)

Según el meta análisis de Golding (1999), la prevalencia de la depresión se sitúa en torno al 47.6% con una elevada variabilidad (del 15% al 83%); el estudio de Labrador et al. (2010), obtuvo datos próximos al 70% en un estudio con mujeres españolas. En el caso del Trastorno por estrés postraumático (TEPT), se estima que su prevalencia varía entre el 60% de los casos de algunas investigaciones (Golding, 1999; Rincón et al., 2004) y el 85% encontrado en otros estudios. (Levendosky y Graham, 2000)

Por último, entre las consecuencias más graves debidas a la violencia crónica se encuentra el suicidio, concebida como la única salida a la situación de maltrato, se estima (como comentamos anteriormente), que las víctimas presentan entre tres y cinco veces más probabilidades de suicidarse (Claramunt, 1999; Coker, Smith, McKeown & King ,2000; Kramer et al.,2004; Meadows et al.,2005; OMS,2011).

Uno de los primeros estudios realizados sobre riesgo de suicidio en relación al maltrato fue el de Stark, Flitcraft y Frazier (1979). Los autores encontraron que un 29% del total de mujeres ingresadas en el servicio de urgencias de un hospital por intento de suicidio habían sufrido malos tratos.

En un estudio posterior, se sugirió que uno de cada cuatro intentos de suicidio entre las mujeres es causado por los malos tratos (Stark y Flitcraft, 1988).

La revisión sistemática de McLaughlin, O'Carroll, y O'Connor (2012) obtuvo una asociación fuerte entre el abuso de la pareja íntima y la tendencia suicida. Esta revisión destaca que a pesar de las diferencias en el diseño de algunos estudios, el abuso de la pareja íntima se erige como un factor de riesgo significativo para pensamientos y conductas suicidas, lo que tiene implicaciones clínicas importantes.

En el meta-análisis de Golding (1999) la tasa de prevalencia de suicidio en mujeres víctimas de malos tratos encontrada, oscila entre un 4.6% y un 77%, con una media ponderada que se sitúa en un 17.9%.

En España, Villavicencio (1996) obtuvo que un 32.5% de víctimas de maltrato había intentado o planeado suicidarse dentro de la relación abusiva; Lorente (2001) apunta que en nuestro país entre el 20% y el 40% de las mujeres que se suicidan cada año tienen antecedentes de malos tratos.

Por tanto, ser o haber sido víctima de malos tratos es un factor de riesgo en los intentos autolíticos de las mujeres víctimas de violencia de género (Colucci y Heredia, 2013; Devries, Watts, Yoshihama, Kiss, Schraiber, Deyessa, & WHO, 2011 ; McLaughlin et al., 2012).

Una última consecuencia mortal sería el homicidio femenino como causa de la violencia de género. En general los datos que proporcionan las estadísticas a nivel global sobre homicidios, son poco explícitas y no siempre facilitan información sobre el sexo de la víctima o el vínculo entre ambos.

Según los resultados de la revisión sistemática de Stöckl et al. (2013) la

proporción de mujeres asesinadas por un compañero es seis veces mayor que la proporción de hombres asesinados por un compañero (38.6% de homicidios femeninos, frente al 6.3% masculinos).

Una parte importante de estos datos provienen de países de altos ingresos, y aunque se presentan una gran variabilidad de datos en los 66 países investigados, las conclusiones obtenidas de estos registros indican que la prevalencia de homicidios femeninos causados por su pareja fue más alta en estos países de altos ingresos (41%), en el sudeste asiático (58%) en América (40,54%) y en África (40,1%); y más baja en la región del Pacífico occidental (19,1%), la región del Mediterráneo oriental (14,4%) y la región europea de bajos y medianos ingresos (20%). También es probable que muchos datos se pierdan ante la falta de concreción en la definición conceptual y en la falta de buenos registros de aquellos países en vías de desarrollo con respecto a los más desarrollados (Stockl et al., 2013).

Como conclusión, en comparación con las mujeres que no sufren este problema, las víctimas presentan entre 3-4 veces más probabilidad de sufrir un TEPT o problemas depresivos; entre 3-5 veces más tentativas de suicidio; y entre 5-8 veces más de presentar un patrón de consumo y dependencia de sustancias (Hathaway et al., 2000).

7.3 Consecuencias en la salud de los hijos

En general, los estudios internacionales orientados a investigar la violencia en la pareja y otros tipos de violencia en el contexto familiar, han concedido muy poca atención a las consecuencias sobre los hijos. A partir de algunas investigaciones internacionales se toma conciencia del rol del niño, no como mero observador o receptor pasivo de la violencia (Chan, Lam & Shae, 2011; Holt et al., 2008; Overlien &

Hydén, 2009; Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith, & Jaffe, 2003) sino por las terribles consecuencias que el maltrato tiene sobre su desarrollo evolutivo.

De manera que, entre las consecuencias de la violencia de género que más habitualmente pasan desapercibidas o bien no se constatan como efectos directos de la violencia sobre la mujer en la relación de pareja, están los que se producen como consecuencia de ser testigo de la violencia o incluso sufrirla por parte de los hijos.

La macro encuesta poblacional realizada en 2015 en nuestro país, reveló que el 63,6% de las mujeres que sufren o han sufrido violencia de género y que tenían hijos en el momento del maltrato, afirmaban que sus hijos presenciaron o escucharon los episodios de violencia, y el 64,2% confirmaron que sus hijos menores sufrieron a su vez actos violentos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

Los niños testigos de la violencia sufren problemas conductuales y emocionales (Alcántara et al., 2013; OMS, 2002); problemas en el ámbito escolar, retrasos en el desarrollo, dificultades de aprendizaje y atención, inseguridad, baja autoestima o culpabilidad (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2013); dificultades de expresión y manejo de las emociones: rabia, frustración, vergüenza, miedos, dificultades de resolución de problemas, ansiedad, depresión o retraimiento. (Alcántara et al., 2013; Seijo et al., 2009).

De los numerosos efectos psicopatológicos sufridos por los menores expuestos a violencia de género, el que más interés ha suscitado es el estrés postraumático. Diferentes autores coinciden en afirmar que este trastorno es una respuesta del menor a la violencia experimentada, independientemente de la naturaleza de la agresión sufrida por la madre (Griffing, et al., 2006; Jarvis et al., 2005).

Otro aspecto importante es la relación entre la exposición a la violencia de pareja contra la madre, con la perpetración de violencia de pareja por parte de los niños varones en el futuro, estableciendo relaciones de pareja abusiva y en las niñas, con el padecimiento de violencia de pareja en etapas posteriores de la vida (OPS, 2013). Es el fenómeno denominado transmisión intergeneracional de la violencia, extensamente estudiado como predictor de conducta violenta en la futura etapa adulta (Roberts et al., 2010; Wood & Sommers, 2011).

8. DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA EN EL ÁMBITO SANITARIO

La detección en Salud Pública se refiere al uso de pruebas, procedimientos o exámenes que aplicados sobre una población asintomática permite identificar , en este caso el maltrato, de manera temprana para prevenir la morbilidad y la mortalidad entre víctimas que en muchas ocasiones ocultan el problema o no lo reconocen como tal.

En los entornos clínicos, se identifican los casos de maltrato porque la paciente o a través de terceros se verbaliza. La evaluación de la violencia pasada o actual se realiza mediante preguntas como parte de la rutina de salud, mediante el reconocimiento de los signos y síntomas en la historia y el examen físico que pongan en alerta al personal de salud , aún así es posible que las pacientes no divulguen.

La respuesta del sector de la salud está guiada por protocolos integrales, las 17 regiones autónomas del territorio nacional los tienen. A pesar de la existencia de estas guías de apoyo, la respuesta a la violencia de género aún depende en gran medida de la voluntad e interés de los profesionales, aún hay carencias en cuanto a la recogida de información, al monitoreo de la calidad de la respuesta a estos protocolos y aún no se han institucionalizado de manera contundente las necesarias actividades preventivas.

El Sistema Nacional de Salud se organiza en dos niveles asistenciales: Atención Primaria y Atención Especializada (hospitalaria y ambulatoria).

Dentro del propio sistema sanitario, cada espacio tiene su propio contexto para la atención a las víctimas .

La Atención Primaria supone la primera línea de atención de los pacientes, son

los servicios más próximos a la población cuyas principales funciones van dirigidas a la de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad a nivel tanto individual, familiar como comunitario. Los equipos multidisciplinares que se encargan de esta atención se localizan en los Centros de Salud, están integrados por médicos de familia, pediatras, personal de enfermería y personal administrativo, en algunos casos disponen también de trabajadores sociales, odontólogos, matronas y fisioterapeutas. Habitualmente, su proximidad permite ofrecer una atención más continua, tener un mayor conocimiento de las pacientes, incluido su entorno social, económico y familiar.

Por su parte, la Atención Especializada se proporciona en centros de especialidades y hospitales, en régimen de ingreso o de manera ambulatoria. Las víctimas de maltrato acuden sobretodo a los servicios de urgencias hospitalarias (SUH), a los dispositivos de salud mental u otros servicios específicos como ginecología, traumatología, etc. A pesar de su accesibilidad y disponibilidad el contacto con las mujeres es esporádico, la falta de continuidad en la relación asistencial dificulta la detección del maltrato y el seguimiento de los casos detectados o sospechosos, salvo aquellos más graves y más evidenciables. Lo mismo ocurre en los dispositivos de Salud Mental o en las unidades de atención especializada ambulatoria.

A raíz de que la violencia de género fuera considerada como un problema (OMS, 1998) y una prioridad de salud en las directrices de 2013, publicadas por las OMS y la 67ª resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, sobre el fortalecimiento del papel de los servicios de salud en la lucha contra la violencia de género (García-Moreno, et al., 2015), el personal sanitario pasó a ocupar un puesto de clave en la identificación, atención y prevención de la violencia de género.

Las actuaciones de los profesionales de salud son fundamentales en la fase de

detección de los malos tratos. Como recursos multidisciplinares atienden a las víctimas, que acuden con mayor frecuencia a los dispositivos sanitarios que las mujeres que no la sufren (Blanco et al.2004; Feder et al.2009; Britton, 2012), sobre todo a los Servicios de urgencias, Salud mental, Ginecología, Atención primaria y Traumatología (Blanco et al.2004; Bonomi et al.2006; Leserman, 2005;OMS, 2002;Vung et al.,2009).

Sin embargo, esta misma evidencia confirma que pese a la elevada prevalencia, la identificación sigue siendo escasa, (Siendones et al.,2002; Coll , Echeverría , Farrás , Rodríguez , Millás , Santiñá ,2008; Gracia y Lila, 2008; Poirier, 2000; Posner et al.,2008) atendiendo al hecho de que hasta un 20% de las mujeres que utilizan los servicios sanitarios padece esta situación según unos autores (García , Torío , Lea, García, Aguilera ,2008; Coll et al., 2008; Coll , 2006), mientras que para otros este dato se sitúa entre el 30% y el 60% de las mujeres que frecuentan los centros sanitarios (Ruiz-Pérez et al., 2006; Ruiz-Navarro, 2011). De modo que, se estima que se detecta solo entre un 5% y un 15% del total de mujeres maltratadas (Bradley et al., 2002; Cano et al, 2010; Lucas y Pina ,2014; Richardson et al., 2002).

Así mismo, esta detección se produce con un retraso de entre 5 y 10 años, lo que agrava las consecuencias de la violencia para la mujer (Fernández et al, 2006; Calvo y Camacho, 2014), cronificándolo. De hecho, se considera que al menos 7 de cada 10 maltratos pasan desapercibidos en la práctica clínica habitual (Echarte et al, 2010).

En general, la violencia de género no es fácil de identificar, puede pasar inadvertida incluso para las propias víctimas, (Calvo y Camacho. 2014), además los programas de detección del maltrato en los servicios sanitarios están infra utilizados, a pesar de que la evidencia verifica que su implantación conlleva una mayor detección (Eilenberg et al., 1996; Feder et al., 2009; Polo, 2001) y aún falta conocimiento sobre

los protocolos, las intervenciones a realizar y recursos disponibles, cuando la mujer víctima ha sido identificada.

8.1 Barreras para la detección de la violencia de género

La detección del maltrato por profesionales de la salud está dificultada por una serie de obstáculos que pueden provenir tanto de la propia víctima, de los profesionales o de las instituciones, y que con frecuencia pasan desapercibidos tanto para las mujeres como para los profesionales (Lasheras y Pires, 2003; Elliot et al., 2002)

Las dificultades para preguntar sobre la violencia de género por parte de los profesionales de salud, se han estudiado en diferentes entornos sanitarios como obstetricia y ginecología (Tower, 2006); ámbito médico generalista (Jaffe et al., 2005; Cohen, De Vos & Newbergen 1997) y otros entornos de atención médica multiespecializados (Minsky-Kelly, Hamberger, Pape & Wolf , 2005).

Los primeros estudios desarrollados en la década de los noventa, detectaron entre profesionales de la Medicina y la Enfermería, niveles bajos de capacitación, sensibilización y conocimiento de las guías y protocolos existentes, elevados niveles de percepciones erróneas, así como actitudes prejuiciosas hacia este maltrato (Sugg et al, 1999; Tilden et al.1994). En otros, se observaron diferencias entre mujeres y hombres sanitarios en la práctica diaria a la hora de identificar el abuso. De manera que se presentaba de un modo habitual una aproximación hacia el problema, desde una mirada más psicosocial que biomédica a las profesionales de sexo mujer, aun cuando su tarea profesional se desarrolle en condiciones laborales de mayor precariedad. (Lo Fo Wong et al., 2006).

De manera que en 1996 Gremillion y Kanof conceptualizaron cuatro categorías de barreras para la detección, que se catalogan como:

8.1.1 Barreras sociales y culturales

Formadas por normas sociales implícitas y explícitas con respecto al género y a los roles de género, las desigualdades en las relaciones, actitudes tolerantes ante la violencia (culpabilizar a la víctima) etc. (Siendones et al. 2002; Lucas y Pina, 2014), factores sociales (mitos, creencias y estereotipos) o la desensibilización a través de la exposición a la violencia. Si el maltrato es tolerado por la comunidad, considerada como un asunto privado, la víctima se inhibirá de hablar de ello, y los profesionales no indagarán en el tema.

En Sugg et al. (1999) los proveedores de salud afirmaban que las preguntas sobre la violencia en la pareja, son una invasión de la privacidad de los pacientes. Algunos estudios coinciden con Sugg et al. (1999), los profesionales consideraban realizar preguntas directas sobre violencia en la pareja o relacionadas con ella como algo demasiado íntimo, para que resultara cómodo y no ofendieran a sus pacientes (Bessette y Peterson, 2002; Davis y Harsch, 2001; Elliot et al., 2002; McCauley; McCauley, YurK, Jenckes & Ford, 1998; Plichta y Falik, 2001; Reid y Glasser, 1997; Sugg e Inui, 1992).

Dentro de los estereotipos culturales y las actitudes sociales negativas no es posible obviar que los proveedores de salud comparten los mismos valores culturales y actitudes sociales hacia el maltrato, que son dominantes en la sociedad en general. Así, pueden pensar que algunas mujeres merecen un abuso o que la obligación de una mujer es estar a disposición de su marido en todo momento. Algunos estudios ponen de

manifiesto la relevancia de estos factores socioculturales (Arredondo, Del Pliego, Nadal y Roy, 2008; Djikanovic, Jansen & Otasevic, 2010) y la necesidad de los profesionales en trabajar en la modificación de creencias y actitudes con respecto a la asignación de los roles de género (Lucas y Pina, 2014) para cambiar su perspectiva sobre el maltrato y su origen y poder mejorar la atención sanitaria.

En Haj-Yahia, Sousa, Alnabilsy y Elías (2015), se documenta la influencia de la ideología patriarcal en la exposición a la violencia y la detección. Revelaron como estas creencias influían en el personal médico, que si bien mostraban su interés por ayudar a las mujeres maltratadas (entre un 27-59%), también expresaban actitudes tradicionales hacia la mujer que justificaban la violencia y culpabilizaban a la esposa que la sufría. En otro estudio, Kim y Motsei (2002) en un entorno rural de Sudafrica, mostraron la aceptación del personal de enfermería de Atención Primaria hacia el maltrato, como reflejo de la cultura dominante de normalización de la violencia contra la mujer.

El mantenimiento de nociones estereotipadas sobre víctimas y perpetradores de violencia, como por ejemplo determinar la probabilidad de que ocurra violencia de pareja en función de la clase socio-económica de la víctima (Sugg e Inui 1992; Kurz y Stark 1988), en función de su origen étnico o religioso o percibir al agresor como un enfermo mental o un adicto, resulta perjudicial para identificar al maltrato (Shipley y Sylvester, 1982).

Así en diferentes estudios llevados a cabo en centros de Atención Primaria, se observó que una parte importante de los profesionales mantienen estereotipos respecto a la víctima y al maltratador que pueden influir en la baja detección de casos de maltrato, como considerar la violencia propio de mujeres de bajo nivel cultural, económico o procedentes de entornos marginales (Arredondo et al, 2008; Ruiz-Navarro,

2011).

De modo que, la consideración de la violencia de género por los sanitarios se puede ver influida por altos niveles de percepciones erróneas, ideas preconcebidas y actitudes prejuiciosas, que reproducen y refuerzan mitos estereotipados, potencian los sesgos personales en el proceso de identificación e intervención en casos de maltrato (Salcedo, Miura, Macedo y Egry, 2014), justifican actitudes tolerantes hacia la violencia o delegan las actuaciones a otras agencias (Sugg et al. 1999; Tilden et al., 1994; García Moreno, 2002).

En otros casos, no existe un reconocimiento de los casos como un problema de salud ante al que hay que actuar con gran diligencia, sino como un síndrome que precise un análisis de signos y síntomas para establecer un diagnóstico y un tratamiento, resta complejidad al fenómeno (McCauley, Kern, Kolodner, Schroeder, Dechant, Ryden et al, 1995) de modo que, tales actitudes se interponen en el camino de una respuesta comprensiva y solidaria, a las mujeres maltratadas que buscan atención en el espacio sanitario.

Asimismo resultan relevantes las actitudes de las mujeres, su sistema de valores y creencias que favorecen el subregistro ante la falta de búsqueda de ayuda, porque creen que la violencia es normal o no lo suficientemente grave como para informar; por sentirse avergonzadas y estigmatizadas (García-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise, Watts, 2005b); por percibir actitudes discriminatorias y estereotipadas en los tribunales y los entornos de aplicación de la ley (Belknap, 2010) en la mayoría de los casos, y por sentir desconfianza hacia los trabajadores de la salud (Rodríguez, Quiroga y Bauer, 1996).

8.1.2 Barreras personales

Actitudes discriminatorias que incluyen conductas y prejuicios de clase, de género (sexismo), (Fernández et al 2006; Lucas y Pina , 2014) racismo, discriminación por edad, o identificación problemática del personal de salud con las pacientes; incluyen experiencias de violencia de género en la vida del proveedor de servicios de salud, una imagen idealizada de la familia, la identificación del proveedor como solucionador de problemas que podría generar sentimientos de impotencia y pérdida de control de la situación, cuando las víctimas regresan repetidamente a la relación violenta (Borkowski, Murch, y Walker, 1983; Sugg y Inui 1992), involucrarse demasiado en la privacidad de la paciente, miedo por la propia seguridad (Gremillion y Kanof, 1996; Tower, 2006) o la necesidad de crear una distancia psicológica del problema (Morkovin 1982).

Por otro lado, la existencia de ideologías conservadoras que refuerzan los roles establecidos socialmente, de los que los profesionales sanitarios insertos en la misma cultura, no están exentos, pueden condicionar los criterios diagnósticos o las medidas terapéuticas prescritas.(Haj-Jahia & Uysal ,2008) De manera que, se aplican en la praxis diaria su propia articulación de las identidades de género, prestando una asistencia a las víctimas influidas por sesgos de género que perpetúan las asimetrías de poder (Andrade, 2009; Franzoi ,Fonseca y Guedes , 2011)

En el trabajo de Díaz-Lázaro (2011) con profesionales de la Psicología, el autor analiza el modo en el que las actitudes prejuiciosas independientemente de su origen (racismo, sexismo...) y hacia quien estén dirigidas, pueden interferir en las relaciones terapéuticas. En consecuencia, no ser consciente de la influencia de nuestros prejuicios podría tener repercusiones importantes en la práctica clínica diaria y mediar en la toma de decisiones terapéuticas.

La tesis del autor (Díaz Lázaro, 2011) es que no se puede tener competencia terapéutica sin competencia sociocultural, y conseguir esta última pasa por reconocer nuestros prejuicios y manejarlos de forma tal, que minimicemos su impacto en la actuación terapéutica que llevemos a cabo (Sue & Sue, 2008).

También ha sido objeto de investigación, la relación entre una ideología de género de creencias sexistas y el grado de formación de las personas. Se ha sugerido que a mayor grado de instrucción, menor nivel de sexismo y actitudes más desfavorables hacia la violencia (Arenas y Rojas, 2015; Cruz, Zempoaltecatl y Correa, 2005; Durán, Campos y Martínez, 2014; Garaigordobil y Aliri, 2013) lo que repercutiría en una atención sanitaria más eficiente.

Otro factor relevante que puede actuar como barrera, es la relación del propio personal con la violencia, el estudio de Sugg e Inui (1992) encontró que el 31% de las médicas y el 14% de los médicos reportaron padecer violencia por parte de su pareja. En otra publicación, profesionales de enfermería españolas expusieron que un 33% sufrían malos tratos, principalmente de tipo psicológico (Rodríguez, Vaquero, Bertagnolli, Muñoz, Redondo, Muñoz, 2011).

En otro estudio realizado en cinco escuelas de Enfermería en Cataluña, con una muestra de 390 universitarias, se obtuvo que el 13,9% de las participantes atribuían a sus parejas comportamientos de control, prohibición y fiscalización en su vida diaria (Icart, Pulpón, Ricomá, Juvinya, Sáez y García, 2007).

En Canadá, Jansen, Basso y Constanzo (1998) comprobaron que el 38% de las enfermeras habían sufrido algún tipo de violencia en la pareja, siendo la violencia psicológica (26,9%) superior a la física (14.6%); en Brasil la cifra sobre violencia

psicológica en mujeres profesionales de la *salud*, ascendió hasta el 45% (Oliveira,2008) mientras que en Jordania estos porcentajes ascienden hasta el 59%(Al-Natour, Gillespie, Wang & Felbinger, 2014) o en EEUU al 25% (Bracken, Messing, Campbell, La Flair & Kub, 2010).

En nuestro país, la prevalencia del maltrato sobre las profesionales sanitarias (médicas, enfermeras, auxiliares de enfermería) fue del 33,8%, siendo la más común la psicológica en un 24% de las intervinientes (Carmona, Recio y Rodríguez, 2017).

Por tanto, los profesionales del ámbito sanitario no están exentos de sufrir actos violentos o ser perpetradores de estos actos, inmersos como están en las mismas circunstancias socioculturales que determinan la desigualdad entre los géneros. La barrera que representa la historia personal del sanitario, puede interferir con su capacidad o interés por preguntar (Arguelles, Lorente y Esteva,2011; Ernst, Weiss, Chan, y Márquez 2002), según el lugar que ocupe: perpetrador o víctima.

Siguiendo con el colectivo de Enfermería, diferentes estudios realizados con estudiantes de este grupo profesional, comprobaron la persistencia de creencias y estereotipos en relación a las mujeres, como la visión del amor romántico o la atribución de culpa de la violencia al alcohol, las drogas o los trastornos mentales del agresor. También perciben como insuficiente la formación en este grave problema en la carrera, lo que puede conllevar a actuaciones erróneas en futuros desempeños profesionales (García-Díaz, Fernández-, Rodríguez, López, Mosteriro y Lana ,2013; Rigol, Galbany, Fuentes, Burjales, Rodríguez Ballester, 2015).

Por ello, resulta de vital importancia capacitar al personal sanitario en torno a la violencia, considerando que pueden necesitar ayuda especializada para resolver sus

propios conflictos y prejuicios, antes de enfrentarse a los de sus pacientes.

8.1.3 Barreras institucionales y legales

Miedo a involucrarse en un enredo legal, en general, el personal sanitario es renuente a plantear la atención sanitaria encauzada hacia la cumplimentación del parte de lesiones, de modo que percibe su misión como judicializada, al no actuar de un modo consensuado con la víctima sino conforme a un imperativo legal.

En diferentes estudios se expone que aún una parte importante de los profesionales sanitarios, Larrauri, Rodríguez, Castro, Alfonso, Ojea, y Blanco (2010) apuntan que el 54,6% de los profesionales desconoce las consecuencias legales de la no declaración de un caso evidente de violencia de género.

El sanitario percibe que esta actuación se realiza sin el consentimiento de la víctima, y con el sentimiento de vulneración de aspectos muy relevantes en la relación asistencial como son la confidencialidad y la confianza de la mujer, en el profesional que la asiste.

Las dificultades en el acceso a las fuentes de apoyo institucional, incluyendo la limitación de las posibilidades de referencia (Gremillion y Kanof, 1996; Tower, 2006), la incomodidad y la falta de confianza en la efectividad de las intervenciones influyen en la disposición de los profesionales para preguntar sobre el maltrato (Cohen et al., 1997; Jonassen y Mazor 2003). Las preocupaciones sobre la insuficiencia de recursos para apoyar a las víctimas también dificultan que los profesionales indaguen en el tema (Garimella, Plichta, Houseman, & Garzon (2000).), al igual que la falta de competencia técnica del sistema de servicios (Dowd, Kennedy, Knapp, & Stalbaumer, 2002); los

servicios comunitarios limitados para las mujeres sobretodo mayores, víctimas de violencia de género (Zink et al., 2004; Phelan, 2007). Las quejas sobre el efecto de las medidas de austeridad en el sistema público de salud, que merman los recursos con los que se cuentan (Heras, Otero, Sanz y Aranaz, 2016).

La falta de tiempo es una barrera importante para dar una buena respuesta a las mujeres maltratadas (Ferris, 1994; Gerbert, Caspers, Brownstone, Moe y Abercrombie, 1999; McCauley et al., 1998; Minsky-Kelly, et al., 2005; Sprague, Madden, Simunovic Goden, Pham, Bhandari et al, 2012), un tiempo de consulta de escasos minutos por persona, hace muy difícil crear una relación profesional sanitario-paciente adecuada para la atención de calidad del problema, a esto se añade, la sobrecarga laboral, la falta de coordinación entre instituciones, la inhabilitación de espacios para atender a las víctimas, la falta de privacidad en las consultas, la falta de registros o la variabilidad entre ellos (Rojas, 2014; Valdés Sánchez, García y Sierra, 2016); las políticas inexistentes o mal implementadas para guiar al personal de salud (Tower, McMurray, Rowe & Wallis, 2006; Yonaka, Yoder, Darrow & Sherk, 2013) o las inadecuadas colaboraciones intersectoriales en la atención a las víctimas (O'Campo, Kirt, Tsamis, Chambers & Ahmada, 2011).

8.1.4 Barreras Profesionales

Entre ellas se encuentran, el desconocimiento sobre el papel desempeñado por el personal sanitario, no asimilar la violencia como problema de salud (Coker et al., 2002; Coll-Vinent et al., 2008; Jaffee et al. 2005; Spangaro, Poulos, y Zwi, 2011) o no percibirla como un problema con gran presencia en el espacio sanitario, subestimando su prevalencia (Glowa, Frasier, Wang, Eaker y Osterling, 2003; Wathen y MacMillan, 2003). La falta de identificación del rol profesional propio, ya sea delegado o

especializado en la identificación del maltrato, ocupa también un lugar relevante. En el caso del personal de enfermería ante la identificación del maltrato su intervención más común es derivar a la paciente al personal médico (Sundborg, Saleh-Stattn, Wandell y Tornkvist, 2012), paradójicamente, en algunos casos también los facultativos intervienen derivando la víctima al personal de enfermería para su identificación y seguimiento (Feder, Davies, Baird, Dunne, Eldridge, Griffiths et al. 2011).

Por otro lado, el estándar tradicional de atención sanitaria, el modelo profesional biomédico (curativo, rol de toma de decisiones) que ha imperado durante muchos años en el espacio de salud (Shelton, 2001) hace hincapié en el diagnóstico, la prescripción y el tratamiento, busca la causa de los síntomas dentro de sus propios esquemas explicativos como resultado de su adiestramiento y formación, y se muestra renuente a considerar la experiencia de la victimización como causa potencial de la sintomatología, minimizando la causa subyacente del problema (Colombini, Mayhew, Ali, Shuib, & Watts, 2013). La falta de comprensión de la violencia de género como determinante social de salud, dificulta su reconocimiento como problema de salud pública sobre el que hay que intervenir más allá de las lesiones físicas.

Dentro de estos esquemas prevalece la medicalización como forma de afrontar la sintomatología (Guedes et al. 2013; Signorelli, Auad & Pereira, 2013), una conducta profesional que fomenta la actitud ocultadora por parte de las víctimas y eleva el riesgo de una doble victimización al ubicar al personal médico (Gremillion y Kanof, 1996; Tower, 2006).

En Gerbert, Caspers, Brownstone, Moe y Abercrombie, (1999) los profesionales señalan lo frustrante que resulta el tratar de resolver estos casos, debido a la reticencia de las pacientes a revelar el abuso (Siendones Castillo et al, 2002), el estrés, el miedo y

la vergüenza a menudo impiden que las mujeres expongan su situación hasta que no surgen problemas complejos o se produce una lesión significativa. La falta de tiempo para establecer una relación de confianza que permita involucrarse, sin que ésto resulte amenazante para la paciente, implica una limitación importante (Chang, Decker, Moracco, Martin, Petersen, Frasier, 2003) y dificulta la obtención de resultados visibles y rápidos, lo que desmotiva a los proveedores de salud (Sala, 2010).

Asimismo, las preocupaciones acerca de la seguridad de la víctima y la propia seguridad, el temor a ofender a las pacientes (Roelens, Verstraelen, Van Egmond & Temmerman, 2006; Sugg e Inui, 1992; Tower, 2006;), las deserciones de las mujeres, las barreras lingüísticas, la falta de habilidades de entrevista, la sensación de actuar de manera inadecuada (Bessette y Peterson, 2002; Davis y Harsch, 2001; Elliot et al., 2002; McCauley et al., 1998) o de no saber qué hacer o cómo manejarla pues no han sido o no se sienten capacitados para ello (Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen & ManMillan, 2012, Djikanovic et al. 2010; Ramsay, Rutterford, Gregory, Dunne, Eldridge, Sharp et al. 2012), las expectativas poco realistas sobre el resultados de la intervención, aparecen como motivaciones para no hacer averiguaciones sobre el tema.

En algunos casos, la poca confianza en la eficacia de las intervenciones tras la detección, la consideración de que preguntar puede hacer más daño que bien (Dowd et al., 2002; Sugg, 2006), la incomodidad para preguntar, influyen en la disposición de los profesionales para no preguntar (Cohen et al., 1997; Jonassen y Mazor ,2003).

En otros casos, el no saber cómo actuar tras la identificación se erige como una de las principales barreras para la detección, los déficits formativos provocan falta de seguridad para el abordaje del maltrato (Herrero, 2011), el miedo a perder el control de la situación por la ausencia de formación, junto con el desconocimiento de los recursos

institucionales para la atención de las víctimas, el desconocimiento de los protocolos, y aspectos específicos sobre el abordaje de la violencia (Calvo y Camacho , 2014; Coll et al., 2008).

Incluso en los casos en los que los proveedores han recibido alguna capacitación, siguen sintiéndose inseguros y poco preparados. Dar una respuesta inadecuada puede generar aún más indefensión en las víctimas, el desconocimiento provoca que no haya más remitidos a agencias especializadas y se pierdan recursos de apoyo (Taft, O'Doherty, Hegarty, Ramsay, Davidson & Feder 2013).

En síntesis, las principales barreras que bloquean la respuesta eficaz son la falta de competencia técnica de los proveedores de atención sanitaria, los estereotipos culturales y actitudes sociales negativas, y las limitaciones institucionales. Si bien, diferentes investigaciones exponen que los profesionales de salud presentan una actitud positiva hacia el tratamiento (Álvarez, Brito, Arbach y Pueyo, 2010; Coll et al., 2008), también concluyen que la mayoría de profesionales no suele preguntar nunca o casi nunca sobre la posibilidad de maltrato, y en algunos casos, no muestran acuerdo en la realización de preguntas de forma sistemática (Lucas y Pina, 2014).

A la vista de lo examinado, resulta imprescindible la concienciación y formación especializada del personal sanitario, así como su implicación, no sólo en la asistencia a las víctimas sino en la sensibilización social, pues cuestionándose y rompiendo con esta ideología social imperante, estarán más capacitados para identificar la violencia de género y facilitar la atención y recuperación de la víctima

CAPÍTULO V

9. ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Desde la OMS se han elaborado una serie de directrices y normas que tienen como objetivo orientar a los países a abordar importantes problemas de salud pública, entre los que se encuentran la violencia de género. Dentro de éstas, sobresale la publicación titulada *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines (2013b)*. Se presenta como una guía completa realizada por un grupo de expertos y fundamentada en evidencia científica, que ofrece 36 recomendaciones orientadas a mejorar la respuesta del sector de la salud a la violencia de género.

En el ámbito sanitario, surgen a partir de estas recomendaciones programas para abordar el problema de la violencia contra las mujeres que buscan como resultado de su intervención: optimizar la detección y atención sanitaria, realizar el seguimiento a la mujer víctima de violencia y derivar hacia los recursos de apoyo disponibles en la comunidad, en síntesis, abordar desde una perspectiva integral el problema de la violencia de género.

Dentro de estos programas y con el fin de unificar criterios entre profesionales asistenciales y forenses, para evitar la duplicidad de exploraciones a las víctimas que presentan lesiones traumáticas de cualquier índole, se elaboraron protocolos de actuación frente a la violencia que se detecta en el espacio sanitario, que enlaza con diferentes recursos asistenciales y desarrollan planes de formación para los profesionales sanitarios.

En estos protocolos se aplican algunas de las recomendaciones de la OMS (2013a) que implican: una actuación libre de prejuicios, indagar en la historia de

violencia, uso de la escucha activa, brindar información sobre los recursos institucionales que pueda ser relevantes para las víctimas desde el punto de vista sanitario, psicosocial o legal, y actuar desde la confidencialidad y la información veraz, puesto que en ocasiones es necesario notificar a las autoridades pertinentes una situación de maltrato, aún con la oposición de las propias mujeres.

Desde el Ministerio de Sanidad y Consumo se elaboró el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (2007), que ofrece un apoyo de primera línea en la atención centrada en las mujeres que sufren maltrato. Lo mismo ocurre con los protocolos de las Comunidades Autónomas que, en esencia, siguen también las recomendaciones de la OMS.

Por lo general, en estos protocolos están bien definidas las pautas de actuación en la detección y atención a las víctimas, la dificultad reside en ponerlos en práctica, ofrecer una respuesta integral adecuada tanto para ellas como para sus hijos y contar con los recursos necesarios para su implementación. Para ello, se precisa que los proveedores de los servicios de salud estén capacitados y formados para actuar conforme a estas pautas, informando de manera clara y concisa, con un conocimiento pleno de los recursos disponibles.

Además, a través de los avances legislativos se instauraron guías de derechos, servicios telefónicos de información, asesoramiento jurídico, sistemas de seguridad por medios telemáticos o ayudas económicas, sociales, a la vivienda, el empleo, etc., entre otros recursos (Carrilero, Martínez y Flores, 2012).

Sin embargo, todos estos progresos y los recursos hasta ahora invertidos en erradicar la violencia de género, no han impedido que se siga manteniendo una baja

detección en el espacio de salud. En la práctica, el personal sanitario tiene un conocimiento muy limitado sobre los protocolos, recursos socio sanitarios y los aspectos legales de intervención en su propio espacio de actuación (Coll et al., 2008; Colectivo Ioé, 2011)

Este desconocimiento sobre el proceso de atención a las víctimas del maltrato, la confirmación de que se trata de un grave problema que impacta sobre la salud de las víctimas, que genera además, un gran coste económico en las partidas presupuestarias estatales y comunitarias que podrían destinarse a otros fines, implica la necesidad de involucrarse activamente en la identificación del maltrato.

Son los propios profesionales quienes de manera reiterada demandan más formación, y exponen que no se sienten preparados para abordar este problema (Coll, Echevarría, Farrás, Rodríguez, Milla y Santiña, 2008; Sawyer, Coles, Williams, Lucas & Williams, 2018). A partir de la Ley de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (LO 1/2004), en concreto en su artículo 15, se hace hincapié en la necesidad de que las Administraciones Sanitarias proyecten programas de formación y sensibilización de los profesionales sanitarios en el Sistema Nacional de Salud. Esta recomendación aparece en el Protocolo Común (Ministerio de Sanidad y Consumo) y en los protocolos de algunas de las Comunidades Autónomas, incluido el Protocolo Interdepartamental para mejorar la atención a las víctimas de la violencia de género del Principado de Asturias (actualizado en 2015).

En general, los servicios de salud españoles muestran una óptima instrucción desde el punto de vista sanitario y biologicista, pero con ciertas debilidades en su destreza para detectar los casos de violencia de género. Las barreras que exponen los proveedores de salud para identificar el maltrato, se ve mediada por una compleja

interacción de diferentes factores profesionales, culturales, personales e institucionales. Incluso cuando las víctimas de maltrato ya han sido identificadas, la intervención sanitaria es insuficiente (Cobo et al., 2010; Eilenberg et al., 1996; Feder et al., 2009).

En resumen, enfrentar un problema como la violencia de género no es tarea fácil, dado que se trata de un problema multifactorial, la mejor forma de abordarlo pasaría por un trabajo multidisciplinar y coordinado, que cuente con la colaboración y asesoramiento de servicios jurídicos, policiales, de salud mental, servicios sociales, unidades de hospitalización o asociaciones de mujeres. Mantener canales de comunicación abiertos entre los diferentes dispositivos, con visitas periódicas y seguimientos de las víctimas, con el fin de evitar peregrinajes penosos, y mejorar la coordinación inter sectorial (Bugarín y Bugarín, 2014; Calvo y Camacho, 2014; Cirici, Querol y Ripoll, 2010).

Con respecto a la intervención sanitaria propiamente dicha, siempre que fuera posible sería deseable respetar las decisiones que tome la mujer o al menos consensuarlas, no caer en el paternalismo pernicioso, esta situación priva a la mujer de su autonomía (Cirici et al., 2010). Hacer seguimientos para conocer la situación personal y familiar, los recursos con los que cuenta y tratar de prevenir nuevos episodios de violencia o valorar el riesgo. Anotar y registrar en la historia toda la información de la que disponemos y las intervenciones que se realicen garantizando una atención integral, el registro tiene un valor asistencial y legal.

Mención aparte merece el parte de lesiones, entendido como una notificación, como una medida preventiva-terapéutica (Bugarín y Bugarín, 2014) y no como una denuncia. Ésta es una fase que plantea un gran conflicto ético en los profesionales, cuando la mujer maltratada se opone a que se comunique a la autoridad competente el

hecho, apelando al secreto profesional y a la confidencialidad. Una situación problemática para el personal sanitario y en especial al facultativo, por un lado, la obligación legal de notificar un hecho delictivo y tratar de impedir un daño, por otro, el riesgo de perder la confianza y vulnerar el principio de autonomía de la mujer.

El parte de lesiones se realiza no solo ante hechos probados sino, ante la sospecha de maltrato, junto con el informe médico al Juzgado de Guardia correspondiente, haciendo entrega a la mujer de una copia de ambos. Es un documento confidencial dirigido en exclusividad al Juez y al Médico forense. Debe redactarse de manera objetiva, explícita y detallada, sin opiniones personales, recogiendo además aspectos subjetivos y comentarios de la víctima. Cuanto más completo, más se facilitará la labor de los profesionales policiales, legales y de judicatura para abrir las diligencias oportunas e investigar la causa de las lesiones.

En todo este proceso resulta fundamental ofrecer la mayor información posible a la mujer en todo momento, incluido su derecho a presentar una denuncia o solicitar una orden de protección en el juzgado o en la comisaría de policía, siempre con el adecuado asesoramiento legal. La visibilización del maltrato a través de los partes de lesiones, representan una pequeña parte de los casos, normalmente aquellos más visibles, graves o con peores consecuencias para la mujer.

En la toma de decisiones se han de tener en cuenta los principios básicos de bioética que rigen la prestación sanitaria, evitando el conflicto ético al que se enfrenta el personal de salud en la atención a las mujeres, ante la emisión del parte de lesiones (Bugarín y Bugarín, 2014) y el miedo al incumplimiento del secreto profesional:

1. El principio de no maleficencia Evitar hacer un mal mayor, minimizando el riesgo

de exposición a la violencia. Emitir un parte de lesiones sin informar a la mujer provoca un malestar en el profesional que teme agravar la situación de violencia, sobre todo si ante su incapacidad de reconocerse como víctima no tiene establecido un plan de seguridad, ni toma medidas para su protección o vuelve a convivir con su maltratador.

Es habitual que aparezca el miedo a la consiguiente ruptura de la relación proveedor/paciente. Aun así, el profesional tiene la obligación de poner en conocimiento de la autoridad competente la perpetración de un delito y la necesidad de actuar frente al maltrato, evitando dar la sensación de inoperancia que puede interpretarse como una justificación de la acción del agresor y perpetúe el maltrato (Bugarín y Bugarín , 2014).

2. El principio de beneficencia. Definido como obrar en función del mayor beneficio posible para la paciente, procurando su bienestar (Bautista, 2004), se une con la emisión del parte de lesiones al permitir que se pongan en marcha las medidas oportunas para mejorar la calidad de vida, garantizar su seguridad y su salida del contexto de violencia.
3. El principio de autonomía de la paciente Reconocido en los códigos deontológicos profesionales, se trata de respetar sus decisiones durante el proceso de acompañamiento, promoviendo su autonomía y la sensación de que mantiene cierto grado de control sobre el proceso y toma sus propias decisiones, excepto en los casos en los que haya riesgo vital para ella o para sus hijos (Bugarín y Bugarín , 2014).
4. La justicia distributiva. Se manifiesta en la distribución de recursos que deben ser repartidos entre las personas que comparten beneficios otorgados por el poder público, con un nivel de participación idéntico para todos los individuos

(Bautista,2004) De modo que, sería de justicia ser proactivo en la búsqueda de casos y acompañar a la mujer, esto hace que estemos actuando por el principio de no maleficencia y el de justicia, ya que debe ser derivada a todos los servicios especializados pertinentes, sin restricciones (Bugarín y Bugarín , 2014).

Por último, algunos estudios apuntan que las mujeres maltratadas manifiestan que es cuestión de suerte que un profesional detecte su situación de violencia, sobretodo, cuando no hay lesiones visibles; lo asocian a la falta de conocimientos de los profesionales, ya que no están especializados en este tema. A la vista de estos obstáculos, no es nada sorprendente que algunas víctimas de violencia no consideren que la ayuda que han recibido de los profesionales de la salud sea muy útil (Bacchus, Mezey y Bewley, 2003; Macy, Johns, Rizo, Martin, & Giattina, 2011; Tower, et al., 2006), pudiendo sentirse doblemente victimizadas.

10. CRIBADO SISTEMÁTICO

Dentro de las estrategias preventivas más relevantes, se incluye una de especial interés, el cribado o screening que permite identificar situaciones confirmadas y también, situaciones de violencia que sean incipientes y que aún no estén identificadas como casos de violencia de género.

Desde el ámbito sanitario, aún existe mucha controversia en torno a la idea de realizar un cribado sistemático ante la posible existencia de malos tratos. Las diversas organizaciones científicas, no han llegado a acuerdos concretos a este respecto al considerar que no existe evidencia que lo sustente, a pesar de que la violencia contra las mujeres en la pareja, cumpla con algunos de los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1969) para recomendar un programa de cribado poblacional; como es, su elevada prevalencia o los altos índices de morbimortalidad, sin obviar, el impacto del problema en cuanto a secuelas y coste económico y social que ocasiona.

De este modo, coexisten opiniones discrepantes. Mientras algunas de las principales organizaciones sanitarias como la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), la American Medical Association (AMA), la American Nurses Association (ANA) o la American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) aceptan en sus guías que de modo rutinario se pregunte a cerca del abuso (Coker, Flerx, Smith, Whitaker, Fadden & Williams 2007; Gottlieb, 2008; McCloskey, Lichter, Ganz, Williams, Gerber, Sege, et al., 2005; McFarlane , Greenberg, Weltge & Watson, 1995); por el contrario, los informes realizados por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC), US Preventive Services Task Force, Canadian Task Force on Preventive Health Care, inciden en la

falta de evidencias suficientes sobre el beneficio en la salud de las víctimas de abusos, como para hacer recomendaciones a favor o en contra del cribado sistemático en los servicios sanitarios (Feder, Ramsay, Dunne, Rose, Arsene, Norman et al., 2009; Koziol, Garrett, Fanslow, Hassall, Dobbs, Henare-Toka et al., 2010; McMillan y Whaten, 2001; ; McMillan, Whaten, Jamieson, Boyle, McNutt, Worster et al., 2006; Phelan, 2007; Ramsay, Richardson, Carter, Davidson & Feder, 2002).

En la literatura científica, se ha constatado la eficacia del cribado al aumentar la identificación de los casos (Edwarsen, Horwitz, Pless, Le Roux & Fiscella, 2011; McNutt, Carlson, Rose, y Robinsón et al., 2002; O'Doherty, Taft, Hegarty, Ramsay, Davidson & Feder, 2015; Rhodes, Kothari, Dichter, Cerulli, Wiley & Marcus, 2011; Spangaro, Zwi & Poulos 2011), otras investigaciones apuntan, si el hecho de preguntar a las pacientes sobre la experiencia del maltrato en la atención rutinaria, puede justificarse solo por la prevalencia del problema o por el valor potencial de esta información al influir en la evaluación y el tratamiento de otros problemas de salud que puedan afectar a las víctimas y que estén directamente relacionadas con el maltrato (Cole, 2000; Gracia y Lila, 2008; Waalen, Goodwin, Spitz, Petersen & Saltzman, 2000); Algunas investigaciones sin embargo, concluyen que no existen suficientes evidencias que muestren como resultado del cribado, una reducción de las lesiones o un descenso de la morbilidad como para justificar la implementación de programas específicos de cribado en los servicios sanitarios (Nelson, Bougatsos & Blazina, 2012; McMillan, Wathen, Jamieson, Boyle, Shannon, Ford-Gilboe et al., 2009; O'Doherty, Taft, Hegarty, Ramsay, Davidson & Feder, 2015; Phelan, 2007; Spangaro, Zwi & Poulos 2009).

Desde la OMS (2013b) se mantiene una postura idéntica, se realizaron una serie de revisiones bibliográficas exhaustivas sobre el cribado universal y las intervenciones

clínicas de los profesionales. Si bien se evidencia que el cribado aumenta el número de casos detectados, no demuestra que se reduzca la violencia ni que haya beneficios en la salud de las víctimas y, sin embargo, se corre el riesgo de provocar resistencias de éstas mujeres acudir a los centros sanitarios. Por este motivo la OMS, no recomienda el cribado sistemático.

Por otra parte, los estudios que analizan los probables daños en la implementación de un programa de cribado, son escasos; en general, se percibe este procedimiento como no amenazante y seguro (Koziol, Giddings, Rameka y Fyfe 2008) ya que los incidentes que se reportan son poco frecuentes aunque, potencialmente importantes. En el estudio realizado por Bacchus, Aston, Vitolas, Jordan & Murray (2007), se concluye cómo la investigación rutinaria no resulta perjudicial en sí misma, sino que el daño que se pueda producir es resultado de acciones posteriores a la revelación y relacionadas por ejemplo, con el uso irresponsable de la información, sin atender a las medidas de confidencialidad y, de igual manera, con la falta de documentación de los episodios en los registros realizados por los profesionales. En Chang, Clus, Ranieri, Hawker, Buranovski, Dado et al., (2005) se incluyen además, el sentirse juzgado por el proveedor, la ansiedad sobre lo desconocido, sentir que el protocolo de intervención resulta engorroso o intrusivo o la decepción en la respuesta del personal de salud.

Las discrepancias con respecto a la eficacia del cribado son extensibles en cuanto a los métodos, herramientas, población objetivo e intervalos para realizarlo. Así, la abundante evidencia científica aporta gran cantidad de información que en ocasiones, resulta difícilmente comparable ante la multiplicidad y disparidad de los instrumentos

utilizados y de los datos reportados (Nelson, Nygren, McInerney & Klein 2004; Sugg, 2015).

De hecho, no se dispone de estudios que comparen el cribado universal con la detección selectiva de casos; es decir, preguntar a todas las mujeres en un ámbito determinado o hacerlo sólo cuando existan razones de sospecha de abuso o en función de la sintomatología que puedan presentar o la detección en grupos de mujeres especialmente vulnerables: embarazadas, inmigrantes, mujeres con problemas mentales o discapacitadas (Feder, Hutson, Ramsay, & Taket, 2006; Hunter, Botfield, Estoesta, Markham, Robertson & McGeechan, 2016; McCord, Floyd, Kemps, Bailey & Lang, 2006; Nicolaidis Curry & Gerrity, 2005). En el caso de las mujeres con trastornos y enfermedades mentales, la constatación de una alta prevalencia de violencia en la pareja aconsejaría el cribado rutinario en este tipo de pacientes en los servicios sanitarios (OMS, 2013b).

La gran heterogeneidad de datos con respecto a las características de la intervención, la metodología de estudio, formas de administración para pacientes, así como las medidas de resultado evaluadas, obstaculiza mayoritariamente la capacidad para formular recomendaciones claras sobre los métodos óptimos de cribado que puedan utilizarse (Sprague, Slobogean, Spurr, McKay, Scott, Arseneau et al., 2016). Aun así, desde algunas instituciones se aboga por el cribado general rutinario frente al cribado basado en indicadores porque ofrece más oportunidades para la identificación e intervención eficaz, al considerar al maltrato como un serio problema que provoca un enorme impacto en la salud y en la vida de las víctimas (Family Violence Prevention Fund, 2004; Perinatal Partnership Program of Eastern and Southeastern Ontario, 2004).

En lo referente a los métodos de cribado, se han propuesto múltiples formas que abarcan desde las entrevistas personales a instrumentos cortos y sistematizados. Un requisito fundamental para su efectividad, es que deben tratarse de instrumentos con propiedades psicométricas sólidas. Algunos estudios han analizado las diversas herramientas que actualmente se encuentran disponibles en los diferentes entornos, tanto de la atención sanitaria general (Fogarty, Beurge & McCord, 2002; McCord et al., 2006; Nelson et al., 2012; Rabin, Jennings, Campbell, & Bair-Merritt, 2009; Ramsay et al. 2002), en servicios de urgencias (McLeer & Anwar 1987) o en dispositivos de salud mental (Polo, 2001).

Aún hoy, no existen acuerdos a nivel internacional sobre qué instrumentos utilizar, aunque en la medición de la violencia física se observa un uso muy generalizado de algunas subescalas de maltrato físico como el Conflict Tactics Scales (CTS) (Straus, 1979) o el Index of Spouse Abuse (ISA) (Hudson y McIntosh, 1981). Los instrumentos encontrados, ofrecen una gran variabilidad en cuanto a sensibilidad, especificidad, validez y aceptabilidad (Feldhaus et al., 1997; Fogarty et al., 2002; Waalen et al 2000;). Además, la mayoría se han formulado en el contexto de países desarrollados fundamentalmente, en el ámbito anglosajón (sobre todo, EE.UU). Por este motivo, han tenido que ser adaptados cultural y lingüísticamente a nuestro contexto. Los pocos creados originalmente en el idioma español, proceden de Latinoamérica, de modo que, las divergencias lingüísticas y culturales dificultan la aplicación en nuestro contexto. En el caso de países como Afganistán o Pakistán, también deben adaptarse para su uso especialmente, por tratarse de estados caracterizados por tradiciones culturales y normas sociales y de género que refuerzan y perpetúan la desigualdad e inferioridad de la mujer, con recursos y marcos institucionales limitados (Vogel, 2013).

En nuestro país en 2010, un estudio de casos y controles que empleó los siguientes cuestionarios: el Index of Spouse Abuse (ISA), el Psychological Maltreatment of Women Inventory short form (PMWI-SF), el Woman Abuse Screening Tool (WAST) y el Partner Violence Screen (PVS), validados y/o traducidos por el mismo equipo que realizó el estudio, obtuvo que todos ellos, presentaban un buen funcionamiento global en la detección del maltrato en nuestro espacio sanitario (García-Esteve, Torres, Navarro, Ascaso, Imaz, Herreras et al., 2011), todos estos instrumentos demostraron ser efectivos y tener concordancia ente ellos. Resultados similares obtuvieron Velasco et al. (2014), que realizó un estudio en el que utilizó el instrumento Abuse Assessment Screen (AAS) y el Index of Spouse Abuse (ISA), demostrando que ambas herramientas eran efectivas para la detección y la valoración, aunque esta última, se reveló más efectiva, ya que podía ser auto administrada por las mujeres. También Deshpande & Lewis-O'Connor (2013) observó que el Abuse Assessment Screen (AAS) se mostraba como una herramienta efectiva en mujeres embarazadas, pues el embarazo puede presentar una oportunidad única para identificar y examinar a las pacientes que experimentan violencia de género.

Esta gran disponibilidad de instrumentos fiables y válidos para la detección de violencia de género, ha ocasionado en contrapartida, una dificultad importante para poder comparar resultados.

En relación a la efectividad de las intervenciones, existe una tendencia a medir el éxito de éstas por el número de casos identificados en vez de valorar el beneficio que supone en la condición general de la víctima, tras revelar su situación de abuso o la constatación de un cambio o reducción de la violencia, una tarea ardua dada la complejidad del proceso de evaluación y la infinidad de factores mediadores entre el

cribado y los potenciales cambios en las condiciones de vida y salud de la víctima (Bacchus, Aston, Vitolas, Jordan y Murray 2007; Feder et al., 2009; McMillan et al., 2009; Nelson et al., 2012; Spangaro et al., 2011; Plichta, 2004). Únicamente, la Canadian Task Force on Preventive Health Care (Cánada) y la U.S. Preventive Services Task Force (EEUU), utilizan la disminución de la violencia como indicador de resultados. Con respecto a la evaluación de las intervenciones, algunas revisiones sistemáticas (O' Doherty, Taft, Hegarty, Ramsay, Davidson y Feder, 2015; Ramsay, et al., 2002; Whaten y McMillan, 2003) encontraron que si bien la investigación rutinaria aumenta la identificación de la violencia, no se evidencia de que la detección, aumente las referencias a los diferentes servicios de apoyo a las víctimas.

En la revisión de O'campo, Kirst, Tsamis, Chambers & Ahmad (2011), la evaluación de programas de cribado en los servicios de atención sanitaria pudo observar que aquellos programas que adoptan un enfoque integral, dotados con soporte institucional, capacitación continua de los profesionales, conocimiento del contexto y derivaciones a servicios de apoyo institucional etc., aumentan la percepción de autoeficacia de los proveedores de salud y consiguen mejores resultados en la atención a las mujeres.

Este enfoque resulta tan trascendental, que desde la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013b) se incide en la necesidad de implementar programas de cribado de perspectiva integral, siempre y cuando se cuente con recursos institucionales de apoyo y de formación del personal sanitario para mejorar su capacidad de respuesta, adecuándola a las necesidades de las víctimas (OMS, 2013b; Feder et al., 2009).

También, los proveedores de atención sanitaria presentan sus reticencias para evaluar de forma rutinaria a sus pacientes. En algunos casos, consideran que el cribado

puede ser una invasión de la privacidad o temen ofender a las mujeres (Allen, Ferrier, O'Connor & Fleming, 2007; Hegarty, Bush & Sheehan, 2005; Jonassen & Mazor, 2003); en otros, destacan la necesidad de estrategias formativas y de adquisición habilidades para llevar a cabo intervenciones efectivas (Sprague et al., 2012; Waalen et al., 2000) ya que la evidencia demuestra que el personal médico, fundamentalmente de atención primaria, no integra en la práctica diaria la detección del abuso de pareja en la atención rutinaria (Chamberlain & Perham-Hester, 2002).

Por otra parte, la literatura ha evidenciado que las mujeres no se sienten ofendidas cuando los profesionales indagan en el problema del maltrato (Carlson, O'campo, Campbell, Schollenberger, Woods, Jones et al., 2000); es más, suelen revelar su situación, agradeciendo muchas de ellas a los profesionales sanitarios su interés y apoyo (Djikanovic, Lo Fo Wong, Stevanovic, Celik & Lagro, 2011; McCauley, Yurk, Jenckes & Ford, 1998; Rodríguez, Bauer, McLoughlin & Grumbach, 1999; Rhodes & Levinson, 2003). En nuestro país el estudio de Ruiz-Pérez y Plazaola, (2005), confirma estos resultados, las mujeres suelen revelar su situación cuando se les pregunta y agradecen a los profesionales sanitarios su interés.

Del mismo modo, se muestra una mayor aceptación por la entrevista para la verbalización del maltrato en detrimento de los cuestionarios personales (Koziol et al., 2010; McFarlane, Bookles & Air et al., 2001), una preferencia por ser examinadas por una mujer, una persona de la misma raza, un proveedor de entre 30 y 50 años de edad y sin nadie más presente en el lugar de consulta (Thackeray, Stelzner, Downs, & Miller, 2007). En otros estudios, las mujeres expresan una mayor adherencia a los instrumentos de cribados breves y auto complementados (Colarossi, Breitbart & Betancourt, 2010; Feder et al., 2009; Hussain, Sprague, Madden, Hussain, Pindiprolu & Bhandar, 2013).

De modo que, no existe una preferencia clara con respecto al instrumento para la identificación.

Son numerosas las revisiones que apuntan la existencia de una gran variabilidad de programas de cribado que son beneficiosos para detectar a las víctimas del maltrato; no obstante, la falta de buenas evaluaciones de estos programas para asegurar que los objetivos primarios se están cumpliendo de manera eficiente, permite que siga sin conocerse si realmente, sirven para prevenir futuros episodios de abuso (O'Doherty et al., 2015) o si pueden surgir daños potenciales como consecuencia de la utilización de un programa de cribado (Koziol et al., 2010; MacMillan, Wathen, Boyle, Jamieson, Shannon, Ford-Gilboe et al., 2009).

En España, algunas comunidades autónomas como Madrid o Cataluña, han desarrollado instrumentos de cribado diagnóstico y proactivo sobre mujeres de entre 18 y 70 años, para los distintos tipos de violencia (Cano et al., 2010); en otras comunidades como Cantabria o Castilla-León, se ha elaborado un protocolo que plantea la detección sistemática, introduciendo alguna pregunta específica en relación al maltrato al abrir la historia de salud de todas las mujeres mayores de 14 años. En Andalucía, el Protocolo de actuación sanitaria (2015) propone la realización de preguntas exploratorias de abordaje psicosocial a las mujeres que acudan a consulta, tanto en la primera visita con apertura de historia clínica, como en la consulta habitual. También en la Comunidad Valenciana el cribado se ha constituido en una prioridad para la Consellería en el último año. De este modo, el espacio sanitario se dispone como un entorno idóneo y privilegiado para identificar y atender a estas pacientes, favoreciendo las ocasiones para la divulgación de su situación en un ambiente seguro, respetuoso y culturalmente efectivo (Ruiz-Pérez et al., 2004).

Dentro del ámbito de Atención Primaria, no existe tampoco un consenso en torno al cribado rutinario; el programa PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), argumenta la falta de evidencia suficiente para recomendar el cribado sistemático en la población general, aunque sí propone incluir preguntas sobre la existencia de maltrato en el curso de la entrevista clínica que pueda ayudar a su detección. Contrariamente, otra sociedad también dentro de la Atención Primaria como la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), sí que apuesta por el cribado sistemático (Cano Martín et al., 2010).

Desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, no se recomienda un cribado sistemático sino más bien mantener una actitud expectante ante la presencia de conductas, síntomas o signos de sospecha de maltrato. Además, coincide con la opinión de algunos expertos sobre la necesidad de incluir en la primera visita de cada mujer -al abrir la historia clínica-, preguntas exploratorias de abordaje psicosocial (Fernández et al., 2003, 2007; Delgado et al., 2006).

En conclusión, la falta de evidencia sobre la efectividad de los programas de cribado no permite recomendar el cribado sistemático, ni postularlo como la solución ante la baja detección (Jewkes, 2013), pero tampoco permite no recomendarlo sobre todo, atendiendo a los altos índices de casos que permanecen ocultos y el (sub)registro de los mismos, el valor potencial de la información para la adecuada atención de estas mujeres y el escaso riesgo de producir daño por preguntar, motivos suficientes para mantener un grado elevado de alerta.

Mientras el debate sobre el nivel de evidencia necesario para justificar la implantación de un programa de cribado en los entornos de salud continúa, desde las

principales instituciones sanitarias tanto nacionales como internacionales, se recomienda introducir preguntas indagatorias durante la entrevista clínica, mantener una actitud expectante ante la presencia de conductas, síntomas o signos de sospecha de maltrato, y enfatizan la importancia de desarrollar protocolos para la detección e intervención sanitaria eficaz (Moracco y Cole, 2009; MacMillan, Wathen, Canadian Task Force, 2001; Mac Millan, Wathen, Jamieson, Boyle, McNutt, Worster et al. 2006) para mejorar la capacidad de respuesta del personal de salud.

11. RELEVANCIA DE LA FORMACIÓN PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD, EN LA DETECCIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Desde las instituciones públicas, los principales esfuerzos formativos se han dirigido principalmente a profesionales del derecho, servicios sociales y ámbito policial, creando servicios especializados y centros asesores de atención integral a las víctimas. Así surgieron, los Juzgados de Violencia de Género, Centros asesores de la mujer (CAM), servicios de atención específica desde los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado (EMUME, SAF, UPAP) (Blanco et al., 2004)

La consideración de la formación en violencia de género como un factor realmente importante no es algo reciente, ya en la Plataforma para la Acción de la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres de Beijing (1995) se incide en esta necesidad, lanzando una serie de medidas para combatir el problema de la violencia de género. Estas disposiciones están presentes en las directrices de la OMS (2013) y en nuestro ordenamiento jurídico vigente, así lo recoge la ley LO 1/2004.

En nuestro país, es a raíz de la ley LO 1/2004 cuando surge la necesidad de facilitar la formación de los profesionales sanitarios en la atención a víctimas del maltrato. A partir de este momento, se desarrollan protocolos tanto a nivel nacional como de las comunidades autónomas que marcan las pautas de actuación de los sanitarios demarcando de forma explícita sus competencias en la intervención contra la violencia.

Desde la literatura científica se han presentado algunos hallazgos relativos al efecto del nivel educacional, sobre las actitudes frente a la violencia de género. La

investigación con estudiantes ha sido mayoritaria y ha expuesto la influencia del nivel educativo sobre las creencias y actitudes hacia la violencia de género, de manera que quienes tienen un mayor nivel de instrucción, son menos tolerantes con este tipo de violencia, no aceptan los roles de género tradicionales y evitan culpabilizar a la víctima (Yoshioka, DiNoia, y Ullah, 2001); por el contrario, un nivel de formación menor implica un mayor prejuicio contra las mujeres (Glick et al., 2000; Lameiras y Rodríguez Castro, 2002).

En este sentido, otros estudios apuntan la utilidad de incluir la formación específica en materia de violencia de género a lo largo de los estudios universitarios, para reducir los obstáculos a la comprensión del fenómeno de la violencia de género (Arenas y Rojas, 2015; Cruz et al, 2005; Durán et al., 2014; Garaigordobil y Aliri, 2013).

A día de hoy la formación universitaria en Ciencias de la Salud capacita al personal de salud para proceder adecuadamente en la atención y asistencia, de diferentes tipos de patologías que representan un problema de salud. No obstante, en la mayoría de los planes curriculares de facultades y escuelas universitarias de salud de pregrado y postgrado, apenas existe una formación reglada sobre la violencia de género, no se examina en profundidad el problema ni sus secuelas sobre la salud, las asignaturas y los contenidos sobre violencia de género continúan siendo mayoritariamente optativos y/o de libre elección (Ferrer Pérez, Bosch y Navarro, 2011), aún resultan escasas las materias específicas sobre género e igualdad en la mayoría de los planes de estudio (Ferrer, Bosch y Ramis, 2006) de las diferentes comunidades. Este puede ser el motivo por el que resulta complicado asumirla como labor propia considerándola más como un problema de índole social (Macías, 2012; Rojas, Gutiérrez, Alvarado y Fernández,

2015 Szilassy, Drinkwater, Hester, Larkins, Stanley, Turner y Feder, 2017).

Además, en las guías docentes de las diferentes universidades la gran variabilidad de planes de estudios dificulta crear una línea formativa común y complica establecer la proporción de créditos destinados a la violencia de género, dentro de la programación de las asignaturas en las diferentes universidades, de las diferentes comunidades.

Lo que refuerza la idea de la necesidad de incorporar asignaturas específicas de formación en género en programas y titulaciones universitarias, de modo que es necesario plantearse un aprendizaje de conocimientos disciplinares y profesionales, orientados para “saber hacer” y adquirir actitudes para un compromiso ético dirigido a la equidad de género (Arroyo Lancharro, Calvo, Romero, Ramírez y Morillo, 2014)

En el contexto universitario, las diferentes investigaciones realizadas con las profesiones de salud (Enfermería, Matronaje, Medicina, Psicología, Fisioterapia etc), han analizado el nivel de conocimientos, las creencias y la percepción del rol profesional sobre la violencia género revelaron que, en general, hay un nivel bajo de conocimientos de las guías, los protocolos, las preguntas sobre detección o las características del maltrato y una ausencia de identificación del rol profesional propio en la detección de casos. (García et al., 2008; Gómez et al., 2015; Macías, 2012; Sundborg, Saleh-Stattin & Törnkvist, 2012)

También han mostrado, la presencia de actitudes tolerantes hacia la violencia de género (Bessette y Peterson, 2002; Ferrer et al., 2006) y creencias y estereotipos en torno al amor romántico en las relaciones de pareja (Rigol et al., 2015), que podría

traducirse en una menor implicación en la identificación del maltrato en el espacio sanitario.

Resultados similares se han obtenido en investigaciones realizadas con estudiantes y residentes de medicina (Bhandari , Sprague , Tornetta , D'Aurora , Schemitsch & Shearer ,2008; Hamberger,2007; McColgan, Cruz, McKee, Dempsey, Davis, Barry, Yoder, Giardino,2010), y aunque las escuelas de medicina y los programas de residencia de posgrado han ido incluyendo la violencia de pareja en sus planes de estudio, aún persisten desacuerdos sobre el modelo óptimo para implementar dicha capacitación o la cantidad de tiempo que se debe dedicar al tema (Hamberger, Rhodes & Brown, 2015; Zaher et al., 2014)

En cambio, en estos estudios se comprueba que existe cierto grado de sensibilidad sobre el tema (Rigol et al.,2015), de modo que aquellos estudiantes que recibían algún tipo de formación en el currículo de la carrera, se percibían con un mayor nivel de conocimientos y preparación para tratar el maltrato en el espacio sanitario (Coll et al., 2008; Elliott et al., 2002; Ferrer et al., 2008; García et al., 2008 Macías, 2012; Papadakaki ,Petridou, Kogevinas., & Lionis, 2013; Sundborg et al., 2012).

Puesto que la evidencia, muestra que la capacitación en la identificación de violencia aumenta significativamente la probabilidad de detectarla (Hamberger ,2007; Frank, Ellon, Saltzman, Houry, McMahon & Doyle et al., 2006; Stinson & Robinson, 2006), estas brechas formativas en las escuelas de salud representan un obstáculo en la identificación, atendiendo a que se trata de formar a futuros profesionales de la salud que se encontrarán con casos de maltrato en el desarrollo de su labor profesional.

En conclusión, resulta necesario fortalecer las competencias del alumnado con respecto a la violencia de género en los currículos de pregrado y postgrado, formación necesaria y específica con estos contenidos en los planes de estudios, para mejorar la respuesta a la violencia de género en el espacio sanitario (Rigol, et al., 2015; Ferrer, et al., 2008; García, Fernández Rodríguez, López Mosteiro y Lana, 2013; Connor, Nouer, Speck, Mackey, y Tipton, 2013).

En el contexto laboral, se han examinado igualmente las creencias, las actitudes y el nivel de conocimientos de los profesionales sanitarios en el ejercicio de su labor profesional. Por un lado, Matud, Matud, Delgado, Fortes y Arteaga (2009) encontraron que el 58.6% de los profesionales de medicina, enfermería, trabajo social y personal auxiliar que trabajan tanto en atención primaria como especializada (sobre una muestra de 190 profesionales), referían no tener apenas formación especializada en violencia de género, el 52%, afirmaba que su servicio no contaba con protocolos o procedimientos de actuación específicos con víctimas de maltrato, frente al 41% que si conocía su existencia.

En Atención Primaria, Arredondo Broco, Alcalá, Rivera, Jiménez y Gallardo (2012) encontraron en un equipo básico de salud de atención Primaria de Madrid, que solo el 35.7% de los profesionales había recibido formación, de estos, el 41.1% eran profesionales de la Medicina, el 37.5% de enfermería y el 3.6% de trabajo social. El 62,3% sabía que existía un protocolo de actuación, pero solo la tercera parte lo conocían bien (29,7%).

En otros trabajos aparecen resultados similares, Morales (2014) con una muestra de 264 profesionales de Medicina que desarrollan su labor profesional en el ámbito de Atención Primaria, concluye que el 55,68% de los profesionales carecen de formación

específica en violencia de género, mientras que en un estudio de la Delegación del Gobierno (2015) solo el 55,6% del personal facultativo de una muestra 347 profesionales, habían recibido alguna formación específica.

En el ámbito hospitalario, Lozano, Pina, Torrecilla, Ballesteros, Pastor y Ortuño (2014) trabajaron con una muestra formada por 119 profesionales de enfermería, medicina y fisioterapia del Hospital Clínico de Murcia (España), estableciendo la relación entre el sub registro de casos con el hecho de que el 82,9% de los profesionales no conocen si existe un protocolo sobre violencia de género en su servicio y un 92,4% no ha recibido nunca formación específica.

A nivel internacional, se obtienen resultados parecidos, la mayoría de los profesionales no se sienten preparados para ofrecer ayuda aunque reconocen que se trata de un problema grave de salud pública (Alsafy Alhendal, Alhawaj, El-Shazly, & Kamel, 2011; Qasem, Hamadah, Qasem, Kamel, & El-Shazly, 2013). En Canadá, Ferris (1994) a partir de una muestra nacional de 963 médicos de familia, observó que la mayoría de éstos demandaban más educación y capacitación sobre el problema, por considerar que no tienen las habilidades suficientes para poder encarar la situación con sus pacientes. Del mismo modo, en Reino Unido Ramsay et al. (2012), concluyeron que el personal médico de los servicios de primaria percibe, su nivel de conocimientos específicos y sus habilidades en el manejo de las situaciones de maltrato como claramente insuficiente.

Según la categoría profesional, el personal médico se presenta como mejor preparado, identifican un número mayor de casos en relación al personal de enfermería. (Ramsay, Rutterford, Gregory, Dunne, Eldridge, Sharp, Feder, 2012). La presencia de dificultades en la identificación de los casos de violencia se relaciona con una auto

percepción baja del nivel de conocimientos, (Valdés, García y Sierra, 2016; Visentin, Vieira, Trevisan et al., 2015), una falta de confianza en las propias capacidades que actúan como limitaciones impidiendo el reconocimiento de más casos. (Sans y Sellarés, 2010). Con respecto a los profesionales de enfermería, la falta de educación formal se erige en un obstáculo para tener una base de conocimientos y habilidades necesarias para la identificación del maltrato y proporcionar una intervención adecuada a las víctimas de violencia de género (Valdés et al., 2016; Tower, 2007). Similares déficits formativos presentan las matronas, que exponen su falta de conocimientos y confianza sobre cómo actuar ante la revelación del maltrato y los déficits de las prácticas educativas en cuanto a implementación, método, contenido y sobretodo en cuanto a estrategias de evaluación de los resultados para el personal de salud. (Crombie, Hooker & Reisenhofer, 2017).

En función del sexo del profesional se pueden presentar diferencias a la hora de identificar el abuso; siendo más habitual una mayor implicación emocional en la atención del maltrato por el personal sanitario femenino, aun cuando su tarea profesional se desarrolle en condiciones laborales de mayor precariedad (Hegarty & Taft, 2001; Lo Fo Wong et al., 2006; García-Vinuesa et al., 1998).

La formación específica también difiere entre los hombres y mujeres sanitarios, según un estudio de nuestro país, la capacitación es recibida por un 60,3% de las médicas y un 49.7% de los médicos de Atención Primaria (Ministerio de Sanidad, 2015).

En los servicios de urgencias no se presentan resultados diferentes, el estudio de Yonaka, Yoder, Darrow y Scerck (2007) revela la falta de educación e instrucción como barrera para la detección del maltrato, por parte de los profesionales de enfermería en el

departamento de urgencias. Por otro lado, Larrauri et al. (2010) exponen que las tres cuartas partes (76,3%) de una plantilla de profesionales de diferentes categorías de servicios de urgencia de tres hospitales diferentes de Orense, desconocían la existencia de un protocolo de actuación ante los casos de violencia de género. Al contrario, en el Servicio de Salud Murciano, los profesionales de enfermería y medicina de estos dispositivos muestran un porcentaje de conocimiento importante sobre protocolos (en torno al 70%), sin embargo solo el 50% lo aplican en la detección de casos (De Gea y López-Montesinos, 2014), de manera que, los protocolos o no se conocen o si se tiene alguna noción sobre ellos, no se aplican adecuadamente, con el consiguiente riesgo de no actuar de manera totalmente eficiente.

En general, desde la evidencia sanitaria se muestra niveles bajos de capacitación y conocimiento de las guías y protocolos existentes, con una elevada auto percepción de necesidad formativa por parte de los futuros profesionales (García-Díaz et al., 2013; Tambag & Turan, 2014) y de los propios sanitarios (Morales, 2014; Sugg et al, 1999; Tilden et al.1994).

A pesar de que el personal sanitario se siente mal preparado, presentan una actitud positiva hacia la detección (Arredondo et al., 2012; Ramsay et al., 2012) y entienden que la violencia de género excede los temas de privacidad, aceptándola como un grave problema de salud pública. (Baraldi, De Almeida, Perdoná, Meloni, Dos Santos, 2013)

En España, la importancia de la capacitación se incluye en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, sobre medidas integrales de protección contra la violencia de género (Cabrera y Carazo, 2010), a nivel nacional y en las leyes a nivel regional se incorpora la capacitación en las áreas curriculares de estudios universitarios y

programas de especialización para profesiones de salud con contenidos dirigidos a la prevención, detección temprana e intervención.

No obstante, desde el sistema de salud no se ofrece un marco formativo institucional obligatorio para la atención de las víctimas de violencia de género. Si bien desde la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS se exponen actividades formativas anuales, en la mayor parte de los servicios de salud no tienen un carácter obligatorio, de modo que, la adquisición de conocimientos y formación depende en gran medida de las expectativas e interés personal de cada profesional. El seguimiento de las acciones formativas es aún escasa (García, 1998; Maravall, 2009), “se estima que llega a menos de un 5% de los profesionales sanitarios” (Blanco et al. 2004, p.186).

En el Informe sobre Violencia de Género elaborado por la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS, publicado en 2017, se expone las actividades formativas emprendidas en el año 2016.

Entre sus hallazgos están:

1. El total de las actividades formativas que se impartieron en materia de violencia de género en 2016 fue 1.267, con un total 3.845,3 horas lectivas a 7.591 profesionales.

2. El mayor porcentaje lo representa el ámbito de atención primaria (AP) con un 51% sobre el total de profesionales formados, seguido de atención hospitalaria (AE) con un 30%, en el ámbito de urgencias un 11%.

3. Dentro de las actividades impartidas el mayor número de profesionales ha asistido sobre todo a actividades de sensibilización (Actividades de 10h o menos de

duración), seguido por formación básica (Actividades de 20-25 horas, presencial, formato on-line, o semi-presencial) y en menor medida la formación avanzada (incluye Jornadas Técnicas, Seminarios Formativos, Talleres, Sesiones Clínicas y Formación de formadoras/es especializada etc.)

4. En cifras absolutas, las categorías de profesionales que más se forman en el SNS son del ámbito de la enfermería y medicina.

5. Independientemente del ámbito asistencial donde desarrollen su trabajo, son las mujeres profesionales sanitarias, las que más participan en la formación en materia de VG, respecto a sus homólogos masculinos.

Concretando, quién sí recibe alguna capacitación lo hace por iniciativa propia, en un nivel de posgrado y en su mayoría lo realiza el personal femenino. Concretamente la categoría de medicina y enfermería son las que presentan una mayor sensibilidad hacia la mujer maltratada, siendo el ámbito de Atención Primaria el que presenta una mayor formación. Estos son algunos de los resultados del Informe (2017), coincidentes con los datos obtenidos por otros trabajos anteriores realizados en territorio nacional (García de Vinuesa, 1998; Maravall, 2009).

En el Principado de Asturias el número absoluto de profesionales de servicios sanitarios que se forma cada año presenta una tendencia decreciente, los resultados obtenidos en esta Comunidad son coincidentes con los que se producen a nivel general: a) son los profesionales de AP los que más se forman; b) son las actividades de sensibilización en las que se forman más los profesionales; c) el personal femenino es el que tiene una mayor presencia en las actividades formativas; y d) las actividades formativas están en ligero aumento solamente en urgencias, tanto en la comunidad

como a nivel nacional (Ministerio de sanidad y consumo, 2017, p.56)

Resumiendo, a pesar de todas las actividades formativas emprendidas, la percepción general es que los recursos destinados para la formación de los profesionales de la salud son aún insuficientes. Muchos profesionales siguen sin recibir capacitación formal sobre la violencia de género, en las escuelas de salud son pocos los planes de estudio que contemplan esta formación y el postgrado se ha revelado igualmente insuficiente hasta ahora.

Por tanto, la falta de formación se expone como uno de los obstáculos importantes para la detección de la violencia de género, se revela como la variable predictora de las actitudes de los profesionales hacia la detección del maltrato (Coll et al, 2008; Menéndez et al., 2013; Djikanovic et al., 2010; Ramsay et al. 2012; Salcedo, Miura, Macedo y Egry, 2014), de modo que una formación actualizada y sensibilizadora repercute en una actitud favorable para identificar e intervenir en casos de violencia de género en los servicios sanitarios (Glowa, Frasier, Wang et al., 2003; Leppakoski & Paavilainen, 2013; Rojas, Gutiérrez, Alvarado, et al, 2014).

Numerosos estudios han explorado la relación entre el incremento en la identificación de casos de maltrato con determinadas iniciativas formativas como:

- a) Acciones de sensibilización y capacitación de los profesionales sanitarios en el manejo de los protocolos, (Lozano, Pina, Ballesteros, Pastor y Orduño, 2014; Valdés et al., 2016; Fernandez et al., 2003; Castillo et al., 2002; Coll-Vinent et al., 2008; Gracia y Lila, 2008; Poirier, 2000; Posner et al., 2008; Post, Willett, Franks, House, Back, & Weissberg, 1980)
- b) El desarrollo de habilidades en el manejo de las herramientas de screening

(Eilenberg et al., 1996; Feder et al., 2009; Howard., Trevillion, K., Khalifeh, H., Woodall, A., Agnew-Davies, R., & Feder, G. et al., 2010; Polo, 2001; Rodríguez et al., 1999).

c) La adquisición de conocimientos sobre los recursos de apoyo y derivación de las mujeres y de sus hijos. (Aguar, 2000; Lo Fo Wong et al., 2006).

d) El aumento de la auto percepción de conocimientos (Bugarín y Bugarín, 2014; Hegarty, O'Doherty, Taft, Chondros, Brown, Valpied & Gunn 2013; O'Doherty et al., 2015); que facilita la seguridad de los profesionales en la identificación de casos.

En los hospitales de Getafe y Móstoles en 2004, un proyecto piloto de sensibilización y formación del personal de enfermería con información sobre recursos sanitarios, judiciales, sociales y legales, adquisición de habilidades y herramientas de entrevista, técnicas de intervención y conocimiento de protocolos, consiguió cuadruplicar en mes y medio (60 casos) el número de detecciones anuales en esta institución, del año anterior. (Arredondo, Cifuentes, Díaz, Gutiérrez y Salegui, 2005)

A pesar de esto, una parte importante de los profesionales, siguen sin recibirla, lo que dificulta la identificación y documentación del maltrato (Ellsberg et al., 2008; Elliott, Nerney, Jones & Friedmann, 2002; Feder et al., 2006; Richardson et al., 2002; Taft, Broon & Legge , 2004; Ferrer et al., 2008)

Otro problema que se suma a la necesidad de capacitación consiste en determinar la estrategia educativa más efectiva. No existe un modelo óptimo para implementar la capacitación o consensos sobre la cantidad de tiempo que se debe dedicar a la práctica formativa (Zaher et al., 2014, p.623). Un estudio en los Países

Bajos, mostró que “1,5 días de entrenamiento resultaban determinantes para mejorar la identificación del maltrato por parte de los profesionales el espacio sanitario” (Lo Fo Wong et al., 2006, p.255). En otro estudio en nuestro país se evidenció que actividades formativas de entre 20 y 40 horas se asoció con mejores puntuaciones en el nivel de preparación y conocimientos percibidos sobre requerimientos legales, disponibilidad de recursos en el lugar de trabajo, autoeficacia, entendimiento de la víctima y prácticas (Murillo, San Sebastián, Vives, y Goicolea, 2018).

La utilización de la educación en línea que maneja un formato de aprendizaje basado en problemas, se reveló como un instrumento eficaz para mejorar las percepciones y los conocimientos de los profesionales (Zaher et al., 2014); en otros casos, los talleres interactivos han obtenido buenos resultados para la modificación de actitudes e influyen en las prácticas cotidianas para el manejo de las víctimas de maltrato (Kripke, Steele , O'Brien & Novack,1998), si bien los cambios no se mantuvieron en el tiempo, lo que sugiere la necesidad de mantener una formación continuada con frecuentes recordatorios y actualizaciones en intervención , procedimientos y recursos a los que deben tener acceso las mujeres.

Sin embargo a día de hoy, no existen estudios que indaguen sobre el nivel de capacitación necesario o el número de horas formativas necesarias para mejorar la capacitación de los sanitarios para detectar los casos de maltrato. Algunas cuestiones metodológicas, como la falta de estudios de seguimiento posteriores al entrenamiento, o la ausencia de demostraciones de competencia clínica tras la formación, a corto, medio o largo plazo, dificultan llegar a una conclusión sobre su total eficacia, o de la necesidad de repetir esta formación, o cada cuanto tiempo sería recomendable hacerlo. Los resultados de estos programas formativos no siempre se evalúan de manera rigurosa, de

manera que es difícil determinar la mejor estrategia educativa en cuanto a implementación, tiempo y método. (Crombie, Hooker, & Reisenhofer, 2017)

A pesar de todas estas carencias, hay evidencia suficiente que avala como la formación en violencia de género en el espacio sanitario permite un mejor conocimiento del problema, adquirir habilidades para la detección de casos, cribado de las pacientes y a documentar y registrar de forma exhaustiva los hallazgos en la historia clínica.

CAPÍTULO VI

12. IDEOLOGÍA DE GÉNERO: SEXISMO

Ideología del rol de género, actitudes del rol sexual o simplemente ideología de género (Moya, 2003) se utilizan como términos sinónimos de sexismo. Cuando se identifica este vocablo para designar las actitudes sobre los roles, expectativas o responsabilidades estimados de manera diferenciada para hombres y mujeres, y no solo definido como el prejuicio (actitud negativa) hacia las mujeres.

Resulta necesario iniciar este apartado recordando la distinción establecida entre sexo y género desde las Ciencias Sociales, ya que a menudo se utilizan ambos términos indistintamente, como sinónimos.

12.1 *Sexo y Género*

El sexo apunta a las características biológicas específicas de hombres o de mujeres, se define “como una realidad compleja que tiene sus raíces en un componente biológico (las hormonas, los genes, las gónadas), que se manifiesta a través de un polimorfismo sexual (mujeres, hombres y sujetos ambiguos), que se desarrollan psicosocialmente a lo largo del ciclo vital” (Barberá y Martínez, 2004, p. 52).

A finales de los cincuenta Money (1955) utiliza por primera vez y en el ámbito de la psicología clínica la palabra género, para explicar la compleja vida sexual de las personas hermafroditas. Se reinterpreta la carga terminológica que tenía la variable sexo y la necesidad de acceder a un concepto vinculado pero diferente, que ayude a explicar esta compleja realidad.

Mientras que el género se interpreta como un conjunto de factores culturales y psicosociales (rasgos, roles, aficiones, costumbres, habilidades) que se les atribuyen de

manera diferenciada, a unos y a otras. El sexo es un término que hace referencia a los componentes biológicos que determinan que una persona sea varón o mujer.

A pesar de la acotación teórica, estamos ante conceptos interconectados ya que las características de género: masculino/femenino siempre van enfocadas a un grupo sexual determinado: hombres/mujeres.

Desde la perspectiva de Barberá y Martínez (2004) la forma en la que se estructuran los géneros permanece constante en tiempo y espacio, sin embargo “la subordinación de la mujer al hombre no es un hecho inmutable, sino que son las sociedades quienes definen los papeles que hombres y mujeres llevan a cabo, y que permiten mantener la jerarquización de los géneros “(p.110).

Como parte del proceso de socialización se interioriza la identidad de género es decir, los imperativos sobre el ser hombre o mujer, que comienzan en el momento del nacimiento y se prolongan durante el ciclo vital de las personas, aprendiendo valores, comportamientos y normas que componen las pautas culturales de la sociedad de referencia (Bosch, Ferrer, García, Ramis, Navarro y Torrens, 2007), “y que permiten desenvolverse en ésta en términos masculinos o femeninos” (Giddens, 2001, p 88).

El desarrollo de la investigación en torno a la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja, trajo consigo el estudio de diferentes variables: personales, sociodemográficas, familiares o de grado de instrucción, si bien ninguna explica por sí misma el fenómeno, la variable explicativa que mostró tener un mayor peso fue el género. Tanto en lo que se refiere al sexismo (Díaz-Aguado, 2003; Expósito, Moya & Glick, 1998; Lameiras y Rodríguez 2002; Moya y Expósito 2000), como en lo referente a algunas creencias y actitudes hacia la violencia contra las mujeres, su legitimación y

aceptación normativa (Nayak et al. 2003; Pierce y Harris 1993; Yoshioka, DiNoia y Ullah, 2001).

12.2 Actitudes de rol de género, los roles y estereotipos de género

Existen en la literatura un gran número de definiciones del constructo actitud. A partir de varias de éstas, Allport (1935) propuso la siguiente: “un estado de disposición mental y neurológico, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo o dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones con las que se relaciona” (Allport, 1935, p.810)

Posteriormente, Rosenberg y Hovland, (1960) proponen un modelo tridimensional de estructura de las actitudes, de modo que en toda actitud podemos diferenciar tres componentes: “el cognitivo, pensamientos asociados a las actitudes y creencias que pueden ser positivas, negativas o neutras (dirección) en mayor o menor grado (intensidad); el afectivo (sentimientos, sensaciones, emociones) y el conductual (comportamiento)” (Breckler, 1984, p.1203).

Atendiendo a estos tres componentes de las actitudes de la definición de Rosenberg y Hovland, (1960): el componente afectivo sería el sexismo; el cognitivo, consistente en asociar las diferencias sociales entre hombres y mujeres con las diferencias biológicas ligadas al sexo, y definidos por los estereotipos y roles de género; y el conductual consiste en llevarlo a la práctica a través de actitudes discriminatorias y de la violencia. (Breckler 1984; Rosenberg & Hovland 1960).

Por otro lado, las actitudes de rol de género se pueden definir como el conjunto de creencias y opiniones que derivan de los estereotipos instaurados y mantenidos en la cultura, que impulsan y delimitan el comportamiento de los hombres y las mujeres en

los diferentes ámbitos de la vida (Díaz-Aguado, 2003; Matud, Rodríguez, Marrero y Carballeira, 2002).

Los estereotipos de género son “un conjunto estructurado de creencias y expectativas, compartidas dentro de un grupo social, que define lo que deben ser los hombres y las mujeres, al margen de las explicaciones biológicas” (De Lemus, Moya, Bukowski y Lupiáñez, 2008, p.115). De modo que las personas que pertenecen a la misma categoría, comparten características similares perfectamente reconocibles y diferenciables de los miembros de otros grupos (Aranda y Montes, 2012).

En las sociedades, los estereotipos son básicamente funcionales y evaluativos, permiten dar una explicación ante determinados acontecimientos sociales, (Expósito y Moya, 2005) Como por ejemplo, la falta de capacidad de liderazgo de las mujeres, ya que los estereotipos de líder son eminentemente masculinos, las actitudes o aspiraciones laborales se construyen conforme a la norma social de género (enfermera, maestra, secretaria) o su natural disposición para el trabajo doméstico y de cuidado (Huici, 1984) . Por el contrario, los hombres están hechos para ser competitivos, agresivos y ambiciosos, lo que justifica el rol social asociado a cada uno y las desigualdades de género existentes (Glick y Fiske, 1999; Jost y Banaji, 1994), promoviendo y justificando actos de discriminación en las diferentes esferas de la vida.

Así, las creencias estereotipadas de género circunscriben el desarrollo de mujeres y hombres a un “deber ser” en términos de masculinidad y feminidad, coartando el desarrollo personal y reforzando una visión polarizada en las diferencias entre los géneros, integrando las relaciones asimétricas entre hombres y mujeres (Fiske y Stevens, 1993; Pacheco, Cabrera, Mazón, González & Bosque, 2014)

Los estereotipos de género se identifican por su doble dimensionalidad: las características que poseen (componente descriptivo) y las que deben poseer (componente prescriptivo) (Fiske y Stevens, 1993):

Según Morales y López-Saez (1993) "los estereotipos descriptivos estipulan las características que describen a cada sexo, cómo "deben ser" los hombres y las mujeres conforme a sus características intelectuales y de personalidad dentro de la masculinidad (poder, control dominio, independencia) o feminidad (sumisión, sensibilidad, dependencia), se corresponden con los estereotipos sexuales o de rasgos" (p.129).

Mientras que los estereotipos de género prescriptivos constituyen las conductas o roles que "deben llevar a cabo" hombres y mujeres, por lo que delimitan los roles más adecuados en función del sexo (Eagly, 1987; Eagly, Wood & Diekmann, 2000; Eagly & Carli, 2004; Godoy y Mladinic, 2009; Heilman, Wallen, Fuchs & Tamkins, 2004) Este tipo de estereotipos son los de pronta adquisición se adquieren fundamentalmente a través de los juegos, juguetes, profesiones para niños y niñas etc.

El mecanismo en la adquisición de los estereotipos es el proceso de socialización primaria (López y Madrid 1998), los principales agentes socializadores son la familia, la escuela o el grupo de iguales, en los que se aprenden e interiorizan los roles masculinos y femeninos (Vázquez-Cupeiro, 2015) A través de este proceso, las personas hacen suyos estos modelos, valores, normas, se asimilan, transmiten e interiorizan, asignando a uno u otros sexo biológico una serie de características culturales que determinan identidades de género diferentes.

La transmisión de rasgos positivos y negativos, provoca que percibamos a los hombres como independientes, dominantes, agresivos, poderosos o intelectuales y a las

mujeres como emocionales, compasivas, hogareñas, sumisas y gentiles (Eagly y Kite, 1987), así el ideal masculino o femenino se convierte en norma.

Por tanto, los estereotipos de género “no son inocuos pues manifiestan elementos discriminatorios hacia las mujeres y adjudican roles de superioridad a los hombres; y tampoco son innatos, sino aprendidos en las sociedades de referencia” (López y Madrid, 1998, p.23).

Incluso desde diversas investigaciones, se sugiere que actúan como predictores de experiencias de violencia hacia la mujer, por el hecho de serlo (Gerber, 1995; Toldos, 2004).

Hablar de estereotipos remite a los roles asignados a cada uno de los géneros. Los roles han sido definidos como comportamientos, actitudes y valores sociales establecidos (fijados), representan un conjunto de tareas y funciones derivadas de una situación o estatus de la persona en un determinado grupo social, las expectativas derivadas de ser mujeres y hombres, y lo que deben hacer (Eagly, 1987; Eagly et al., 2000;) Los roles de género, femenino y masculino, han tenido implicaciones en el desarrollo de determinados cometidos como los parentales, en donde tradicionalmente se ha asignado a las mujeres las tareas de crianza y cuidado de los hijos, y a los hombres, las labores como sustentador de la familia, de poder y estatus en el campo de lo público (Aguayo y Romero, 2006)

Así, resultaría admisible decir que, los roles tradicionalmente fijados a las mujeres están relacionados con tareas reproductivas y con las funciones de esposa, madre, cuidadora y sustento emocional mientras que las de los hombres se relacionan con tareas productivas, protectoras y como aprovisionador económico familiar.

12.3 Conceptualizando el sexismo

En la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995) se incidía en la definición de la violencia contra las mujeres o violencia de género como:

Una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación contra la mujer y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo. La violencia contra la mujer a lo largo de su ciclo vital dimana especialmente de pautas culturales, en particular 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 de inferior que se le asigna a la mujer en la familia, el lugar de trabajo, la comunidad y la sociedad. (p.52).

Desde las Ciencias Sociales, el concepto sexismo se define como un conjunto de actitudes resultantes de la desigualdad de género. Esto implica que las mujeres son excluidas, por parte de los hombres, simplemente por ser mujeres y por ello inferiores (Allport, 1954). Las formulaciones más tradicionales conceptualizan el sexismo como hostilidad de los hombres hacia las mujeres, equivaldría al denominado viejo, hostil o tradicional, que se entiende como una “actitud de prejuicio o conducta discriminatoria basada en la supuesta inferioridad o diferencia de las mujeres como grupo” (Cameron, 1977, p.340).

Por otro lado, Lameiras (2004) lo describe como “una actitud dirigida a las personas en virtud de su pertenencia a un determinado sexo biológico en función del

cual se asumen diferentes características y conductas” (p.92). En Pratto y Walker (2004) se delimita como una ideología de género que perpetúa las diferentes formas de desequilibrio entre hombres y mujeres, en términos de poder y estatus social.

En resumen, el sexismo es ante todo un sistema ideológico que legitima la asimetría de poder entre hombres y mujeres (Glick y Fiske ,2001), que concibe el género como una categoría única (hombre-mujer) y que puede ser definido como un conjunto de prejuicios y comportamientos discriminatorios originados en la condición de género (Moya, 2004).

Este constructo engloba dos facetas: la manifestación comportamental del sexismo que comprende las creencias sobre la supuesta inferioridad de las mujeres, y la superioridad de lo masculino, por encima de lo femenino, propias de un sistema social que perpetúa las diferencias de poder y status entre hombres y mujeres (Baron y Byrne,1998) y que todavía persisten y se transmiten a través de los procesos de socialización; y la faceta actitudinal del sexismo, definida por el prejuicio sexista (Vaamonde, 2013).

Por otro lado, en diferentes investigaciones se ha relacionado el sexismo con diferentes variables como el sexo, la edad o el nivel de instrucción. Con respecto al sexo, algunos trabajos exponen que son los hombres los que alcanzan puntajes más altos en sexismo (Lameiras y Rodríguez, 2003; Travaglia, Overall y Sibley, 2009). Con la edad, se muestra como estas actitudes tienden a disminuir (Garaigordobil y Aliri, 2012; Lameiras y Rodríguez, 2003).

12.4 Sexismo ambivalente: Sexismo Hostil y Sexismo Benevolente

En las sociedades avanzadas, a día de hoy, la sola existencia del sexismo desde su vertiente hostil generaría una gran reprobación social, aun así este sexismo no ha expirado y tampoco ha disminuido, sigue muy presente en la sociedad en forma de brecha salarial y laboral, techo de cristal o la violencia de género. Desde diferentes teorías se desarrolla un nuevo enfoque que permite explicar que un componente hostil conviva con un componente benévolo sin conflicto, que también explicaría las características supuestamente positivas del estereotipo femenino (Eagly y Mladinic, 1993).

A partir de este enfoque se han desarrollado nuevas y diferentes teorías, entre ellas la del sexismo ambivalente (AST) formulada por Glick y Fiske (1996). En ella se enuncia el sexismo con una estructura bidimensional, que combina cargas afectivas positivas y negativas, antagónicas y complementarias entre sí, y dan lugar a dos tipos de expresiones del fenómeno: El Sexismo Hostil (SH) y Sexismo Benévolo (SB) (Glick y Fiske, 1996, 2001, 2011).

Para lograr que esta relación discorra sin mostrar conflicto, se evitan las incompatibilidades entre actitudes positivas y negativas hacia las mujeres según los autores (Glick y Fiske, 1996, 2000) clasificándolas en dos subgrupos polarizados: Mujeres buenas son las mujeres tradicionales (ama de casa, madre y esposa) y Mujeres malas, aquellas menos tradicionales (mujer ligada al trabajo, mujer independiente, feminista) y la mujer sexy (Glick et al., 1997). En ambos subgrupos se incluyen aspectos positivos y negativos del sexismo ambivalente. (Glick et al. 1997; Lameiras, 2004).

Para Glick y Fiske (1996) los hombres tienen el control estructural de las instituciones económicas, legales y políticas y las mujeres tienen el rol de la reproducción que proporciona el poder diádico (el poder que procede de la dependencia en las relaciones entre dos personas), puesto que los hombres tienen que depender de las mujeres para criar a sus hijos y, generalmente, para la satisfacción de sus necesidades de intimidad sexual y psicológica, lo que da lugar a ideologías sexistas ambivalentes en las que el poder diádico de la mujer se refleja a través del reconocimiento de su rol de esposas y madres y de las actitudes protectoras hacia las mujeres idealizadas como objetos amorosos (Glick y Fiske, 1996).

Ambas formas de sexismo actúan al mismo tiempo para mantener las desigualdades y perpetuar el desequilibrio de poder entre los sexos (Montañés, Megías, De Lemus, y Moya, 2015) para ello actúan por medio de un doble juego de “recompensa” y “castigo” (‘carrot’ and ‘stick’) (Abrams, Viki & Masser, 2003; Glick & Fiske, 1996) “con la finalidad de que las mujeres sepan cuál es su posición en la sociedad” (Rodríguez, Lameiras, Carrera y Fraile, 2009, p.133).

El sexismo hostil representaría el “stick”, con la tarea de neutralizar a las mujeres que desafían los roles tradicionales de género (Glick y Fiske, 1997). Se dirige por tanto, hacia aquellas mujeres no tradicionales (ejecutivas, feministas, mujeres que ocupan puestos jerárquicos, etc.) (Godoy & Mladinic, 2009; Ridgeway & Bourg, 2004).

El sexismo Benevolente la “carrot”, se explica cómo una serie de actitudes hacia las mujeres con un tono afectivo, positivo, de modo que quien lo percibe, no lo identifica como una actitud dañina o discriminatoria, de este modo contribuye a la aceptación de los roles asignados y a la satisfacción de las necesidades de los hombres (Moya, 2004). “(...) idealiza a las mujeres como esposas, madres y objetos románticos

“(Garaigordobil et al., 2011, p333); recompensa a las mujeres que saben cuál su lugar: la reproducción, la crianza, el hogar. Mujeres complementarias, necesarias para la felicidad de los hombres como buenas madres y buenas esposas, que no echan un pulso al poder masculino, (Abrams et al., 2003; Lee, Fiske, Glick, y Chen, 2010).

Este es el sexismo más difícil de erradicar, encubre el control sobre las mujeres en formas aún más peligrosas por ser aparentemente actitudes prosociales o de búsqueda de intimidad o de apoyo. (Abrams et al., 2003; Baron y Byrne, 2005; Glick y Fiske, 1996), su naturaleza sutil y su tono positivo lo convierten en más aceptable e imperceptible para las propias mujeres (Recio et al., 2005).

En síntesis, a pesar de los sentimientos positivos que pueden percibir las mujeres, el sexismo benévolo sigue siendo sexismo y por tanto, un prejuicio. Supone una visión positiva sobre aquellas mujeres que aceptan los roles tradicionales (esposa, madre, ama de casa) pero perpetúa la desigualdad y la aceptación de que las mujeres deben enclaustrarse en el cumplimiento de ciertos roles.

La aceptación de estos roles conlleva un obstáculo para mostrar oposición a los actos sexistas de los que pueden ser objeto, y dado que la persona que es sexista benévola no suele considerarse a sí misma como tal, la intervención en contra de esta forma de sexismo presenta dificultades añadidas sobre todo cuando estos actos vienen justificados con motivos benévolos. (Glick y Fiske, 1996,2001; Glick et al., 2000).

En definitiva, ambos tipos de sexismo operan asignando a las mujeres un bajo estatus en la sociedad y en la familia (Chen, Fiske, & Lee, 2009), se fundamentan en los estereotipos tradicionales de género (los hombres son proveedores y las mujeres son

dependientes), sirven para justificar la posición de poder estructural del varón. (Torres, Lemos y Herrero, 2013).

Ambos componentes del sexismo están presentes en numerosas culturas, como sostienen diferentes estudios, en general, los resultados sugieren que los países en vías de desarrollo tienen puntajes de sexismo más altos (Glick et al. 2000) y, por lo tanto, “podrían mostrar dinámicas de género más tradicionales que los países más desarrollados” (Eastwick Eagly, Glick, Johannsen, Fiske, Blum et al., 2006, et al. 2006, p.611).

También identifican un mayor nivel de sexismo hostil en los hombres (hacia las mujeres), sin embargo, no hay diferencias en sexismo benevolente entre hombres y mujeres (Boira, Chilet-Rosell, Jaramillo-Quiroz y Reinoso, 2017; Rodríguez y Magalhães, 2013) lo que sugiere que las nuevas formas de expresión del prejuicio tiene una presencia mayor, que las formas de sexismo más tradicionales (Lameiras y Rodríguez, 2003)

El núcleo de la teoría del Sexismo Ambivalente explica las condiciones sociales y biológicas subyacentes en las relaciones de género, enmarcándolas dentro de tres áreas básicas: el paternalismo, la diferenciación de género y la heterosexualidad. El SH y el SB, están formados por dichos componentes contienen una serie de creencias en las que la ambivalencia está presente a través del componente hostil y benévolo (Valor, 2010; Glick y Fiske, 1996).

El paternalismo supone relacionarse con la mujer de la misma manera en que un padre lo hace con sus hijos. Incluye dos aspectos: el de dominación (paternalismo dominador) implica la sumisión y la obediencia por parte de la mujer y los deseos de

control por parte del hombre, en el SH y el segundo, dentro del SB, es el de afecto y protección (paternalismo protector), (por ejemplo, "una buena mujer debe ser puesta sobre un pedestal por su hombre") que plantea una visión de la mujer como débil, insuficiente y dependiente, y que por tanto necesita la protección y el cuidado de un hombre (Cárdenas, Lay, González, Calderón y Alegría, 2010; Lameiras, 2014).

Diferenciación de género, nos encontramos con la diferenciación de género competitiva (dentro del SH) y la diferenciación de género complementaria (dentro del SB). La competitiva muestra una justificación social para el poder estructural masculino. Es decir, que sólo los hombres son percibidos como capaces de encargarse de puestos de gran importancia, como el gobierno o la administración de instituciones superiores. Las mujeres son diferentes y tienen roles distintos que se adaptan a sus rasgos y su ámbito de actuación se limita a la familia y al hogar (Garaigordobil y Maganto, 2015).

En la diferenciación de género complementaria, la dependencia diádica que los hombres tienen de las mujeres (como objetos románticos, madres, esposas) potencia, por otra parte, la visión de que las mujeres tienen muchas características positivas que complementan a las características de los hombres (por ejemplo, "*Muchas mujeres tienen una cualidad de pureza que pocos hombres poseen*"). Este componente se refuerza por ejemplo en el ámbito laboral, en donde las mujeres deben tener como prioridad el hogar y el cuidado de los hijos, y la de los hombres trabajar para proveer y proteger a sus mujeres dependientes, esta idea promueve la natural ineficacia de las mujeres en los puestos de poder y el techo de cristal

Por último, la heterosexualidad, también se diferencian dos aspectos, intimidad heterosexual (relacionada con SB) y hostilidad heterosexual (relacionada con SH). Se

considera una de las mayores fuentes de ambivalencia de los hombres hacia las mujeres. La intimidad heterosexual, sería el deseo de proximidad y la dependencia de los hombres sobre las mujeres a nivel amoroso y sexual (lo que se denomina poder diádico de las mujeres), es indiscutible que las relaciones heterosexuales son calificadas, por hombres y mujeres, como trascendentales, y este tipo de relaciones son mencionadas por los varones como aquellas en las que estos logran mayores niveles de intimidad y de proximidad Glick y Fiske (1996) (por ejemplo, *"Todo hombre debe tener una mujer a la que adorar"*). Esto último, supone una realidad incongruente en la que los miembros del grupo más "poderoso" dependen de los miembros del grupo "subordinado". La hostilidad sin embargo, supone que la atracción sexual puede ser inseparable del deseo de dominarlas. Desde esta perspectiva, las mujeres son vistas como el grupo competidor peligroso y manipulador que intenta usurpar el poder masculino, incluso a través de la sexualidad. (Garaigordobil y Maganto, 2015).

Como muestran Lee et al., (2010), algunas mujeres pueden sentirse halagadas por el tipo de creencias presentes en la ideología sexista benevolente. De modo que ésta sirve tanto al grupo dominante, los hombres, para mantener su posición de superioridad, como a las mujeres, que se benefician por medio de estas creencias de la supuesta protección y cuidado de los hombres (Glick y Fiske, 2001; Becker, 2010), además de que sirve como medio de compensación por la inferioridad de su posición y poder en la sociedad (Lee et al., 2010).

La evolución de las sociedades actuales ha provocado un cambio en los roles tradicionales y una modificación en las actitudes sexistas (Pratto y Walker, 2004), no sólo por parte de los hombres, sino también de las mujeres, inmersas en la misma tradición cultural del sistema patriarcal que lo sustenta (Rosado, 2010). De modo que,

en las mujeres pueden existir actitudes hostiles asumidas, que hacen que se perciba a otras mujeres como controladoras o manipuladoras, que buscan obtener lo que desean de los hombres; o bien actitudes benévolas, que las limitan al rol de esposas, madres y amas de casa (Dardene, Dumont y Bollier, 2007; Expósito, Moya y Glick, 1998; Perela, 2010). De modo que aquellas mujeres que no encajan en el rol, tienden a ser culpabilizadas cuando son víctimas de violación o de violencia de pareja. (Abrams et al., 2003).

Por lo tanto, una sociedad que respalda el sexismo benévolo, es menos probable que combata la desigualdad de género que existe, no se cuestiona la visión complementaria de los roles sociales de género, lo que justifica un sistema que legitimar la propia subordinación y en definitiva, la desigualdad. (Becker & Wright, 2011; Connelly & Heesacker, 2012).

En conclusión, el sexismo, tanto en su vertiente hostil como benevolente, es una ideología o conjunto de creencias que permite mantener la desigualdad entre hombres y mujeres, y que es sustentado por ambos sexos.

Para explorar de manera integral la naturaleza multidimensional del sexismo, y dar cuenta de los fenómenos que promueven la ambivalencia sexista: el mayor poder estructural masculino y la interdependencia íntima entre los sexos, Glick y Fiske (1996) desarrollaron un instrumento: El Inventario de Sexismo Ambivalente (ASI).

12.5 Escalas para medir el sexismo ambivalente:

El Ambivalent Sexism Inventory (ASI) y Ambivalence Towards Men Inventory (AMI).

El Ambivalent Sexism Inventory (ASI) elaborado por Glick y Fiske (1996) fue adaptado por Expósito, Moya y Glick (1998) al castellano, para medir las actitudes ambivalentes (hostiles y benevolentes) hacia las mujeres.

La validación del instrumento se realizó sobre una muestra de 2.250 hombres y mujeres estadounidenses. Mostró la existencia de tres subfactores para el SB, pero no arrojó evidencias en el caso de SH, en validaciones transculturales posteriores, fue corroborada esta misma estructura (Glick et al., 2000). La versión final quedó integrada por 22 ítems (proposiciones afirmativas) que exploran SH (11 ítems) como un factor único y el SB (11 ítems) a través de tres subfactores: paternalismo protector, diferenciación de género complementaria e intimidad heterosexual.

Se indica el grado de acuerdo/desacuerdo sobre una escala Likert de manera que a mayor puntaje, mayor SH o SB según corresponda. El promedio de los ítems del inventario permite obtener un puntaje general sobre sexismo ambivalente.

La escala original está compuesta por 22 ítems con un rango de respuesta tipo Likert que va de 0 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo), siendo las puntuaciones más altas las que representan el mayor nivel de sexismo.

La versión reducida de la escala está formada por 12 ítems : seis evalúan el sexismo hostil (ítems 1, 2, 3, 4, 5 y 6) que equivaldrían a los ítems de la versión extensa: 11, 14, 15, 16, 18 y 21 , y los otros seis miden el sexismo benevolente (ítems 7, 8, 9, 10, 11 y 12), que equivaldrían a los de la versión extensa: 8, 9, 12, 13, 19 y 20 esta será la versión que utilizaremos en esta investigación

La validación transcultural del ASI se llevó a cabo en más de 19 países que incluyen nuestro país, España (Expósito, Moya y Glick, 1998), Argentina (Vaamonde y

Omar, 2012), Brasil (Ferreira, 2004) o Chile (Cárdenas et al., 2010) entre otros, para lograr propiedades psicométricas comparables las originales. Si bien esta investigación estuvo prácticamente limitada a muestras de estudiantes universitarios, aportó evidencias en el sentido de que el sexismo hostil y el sexismo benevolente son ideologías transculturales y que el ASI es un instrumento válido para su medición, con elevados coeficientes de confiabilidad.

Por otro lado, con la intención de medir las actitudes ambivalentes (hostiles y benevolentes) hacia el hombre, posteriormente elaboraron la Ambivalence Towards Men Inventory (AMI) (Glick y Fiske, 1999), en la versión española de Lameiras, Rodríguez y Sotelo (2001) se adapta a nuestro país.

Esta escala está compuesta por 20 ítems con un rango de respuesta tipo Likert que va de 0 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo), siendo las puntuaciones más altas las que representan el mayor nivel de sexismo ambivalente hacia los hombres.

Como en el caso anterior, la versión reducida de la escala está formada por 12 ítems, de los cuales seis evalúan las actitudes hostiles hacia los hombres (ítems 1, 2, 3, 4, 5, y 6), que equivaldrían a los ítems de la versión extensa: 4, 8, 9, 11, 17 y 19 (ver Anexo ; y los otros seis miden la benevolencia hacia hombres (ítems 7, 8, 9, 10, 11 y 12), que equivaldrían a los ítems de la versión amplia: 1, 5, 7, 10, 13 y 18 (ver Tabla)

Ambas escalas se elaboraron entendiendo que el sexismo es un fenómeno que permea tanto en hombres como en mujeres, convirtiendo en necesario investigar las actitudes sexistas, por medio del ASI y AMI, para analizar su papel en el mantenimiento de la desigualdad de género.

12.6 *Sexismo ambivalente y violencia de género*

La ideología de género, expresada a través del sexismo, se ha estudiado como una de las variables directamente implicadas en el mantenimiento de las desigualdades entre hombres y mujeres en nuestra sociedad (Bosch et al., 2007; Moya, 2004). Una de las expresiones más perversas de esta desigualdad de poder entre hombres y mujeres, es la violencia de género.

Algunos modelos que han tratado de explicar la violencia de género, la definen como un fenómeno heterogéneo y multicausal relacionado con factores como la violencia por compensación o aserción de poder, por inhabilidad en el afrontamiento de conflictos de pareja (Echeburúa et al., 2009; Muñoz y Echeburúa, 2016), por la no aceptación de la ruptura de la pareja o la existencia de un trastorno mental.

Desde la literatura psicosocial se ha documentado que la violencia de género, en cualquiera de sus manifestaciones, es la expresión más grave del (Fidalgo y Valle, 2015; Yamawaki, Ostenson y Brown, 2009).

Así mismo, los patrones sexistas se revelan como factores que pueden contribuir al origen y el mantenimiento de la violencia de género, actuando como predictores del maltrato (Expósito y Herrera, 2009; León y Ferrando, 2014), culpabilizando a las víctimas de la violencia que sufren y minimizando y justificando el comportamiento de los maltratadores (Soto-Quevedo, 2013)

Además, las creencias sexistas tanto hostiles como benevolentes permiten predecir actitudes predisuestas al maltrato a la esposa (Sakalli, 2001) o actitudes menos positivas hacia las víctimas de agresión sexual (Sakalli, Glick & Yalcin, 2007), predicen también las actitudes hacia los asesinatos por honor y la necesidad de

,preservar los roles tradicionales (Işık, 2008). En Rojas y Carpintero (2011), se recoge la relación entre niveles elevados de sexismo hostil o benévolo, con una mayor violencia sexual o verbal-emocional sufrida por las mujeres.

En el caso del Sexismo Hostil, en algunos estudios (Glick et al., 2002; Sakalli, 2001; Valor, 2010) se expone que actúa como una variable que predice la culpabilización de la víctima y la justificación del agresor. En Herrera, Pina, Herrera y Expósito (2014) muestran como las ideas sexistas benévolas favorecen la percepción de determinadas conductas sexuales (acoso sexual) como menos perniciosas de lo que verdaderamente son. En otras, se relaciona la presencia de actitudes sexistas, con una percepción minimizada del acoso sexual y con la atribución de culpa a las víctimas de agresiones sexuales (Wiener, Reiter-Palmon, Winter, Richter, Humke y Maeder, 2010; Abrams et al., 2003; Chapleau, Oswald y Russell, 2007).

El sexismo ambivalente ha sido relacionado con la legitimación de la violencia de pareja y la normalización de la misma (Valor, 2010; Yamawaki, Ostenson y Brown, 2009) “El aspecto más relevante de este tipo de sexismo son las razones que justifican la violencia, diferentes según se activen las creencias sexistas hostiles o las benévolas, y por tanto también son distintas las mujeres hacia las que va dirigida” (Abrams et al., 2003, p 113).

Así en el sexismo hostil se usa la violencia como un medio de coerción y control, se justifica la agresión ante el desafío al poder masculino, cuando la mujer usurpa roles tradicionalmente desempeñados por los hombres o se aprovechan sexualmente de ellos. (Chen, Fiske y Lee, 2009; Moya y Lemus, 2007). Por su parte, el sexismo benévolo actúa de un modo distinto, ofrece protección provisional contra la agresión masculina siempre que las mujeres se ajusten al estereotipo, y legitima las

reacciones negativas hacia las mujeres que no cumplen las expectativas de rol de género tradicional o rompen con el rol de buena esposa, desafiando el poder de los hombres, perdiendo por ello a protección masculina (Sakallı & Glick, 2003)

Por ejemplo Abrams et al., (2003) sostienen que la relación entre sexismo benevolente y culpabilizar a la víctima de violación, “está mediada por la evaluación del comportamiento como inapropiado de la mujer, que ya no merece protección o respeto, sino se comporta como una dama (diferenciación de género complementaria), o porque los hombres son caballerosos con las mujeres y, por lo tanto, no actuarían de manera inapropiada a menos que sean invitados (paternalismo protector)” (p.117).

En cualquier caso, ambos tipos de sexismo tienen el mismo potencial de peligrosidad en la manifestación de la violencia psicológica, física o sexual en la pareja. (Cruz et al., 2005), apoyan los roles de género y tienen un papel básico en el mantenimiento de las desigualdades por sexo (Ferragut, Bianca y Ortiz, 2013)

En resumen, ambos tipos de sexismo conceptualizan a la mujer de manera estereotipada, la reducen al cumplimiento de determinados roles, legitiman y perpetuando la situación de desigualdad en la distribución del poder.

12.7 Ideologías y sesgos de género en salud.

Según la OMS (2002), algunos factores socioculturales influyen en las tasas de violencia contra la mujer, fundamentalmente aquellos que respaldan la violencia como un medio normal para resolver los conflictos. El enfoque de la Organización Mundial de la Salud (OMS) introduce estos factores en los determinantes sociales de la salud como parte de un plan más amplio para remediar las inequidades de género en salud. (OMS, 2002).

Dentro de estos factores socioculturales, las tendencias sexistas así como algunas creencias y actitudes que se instalan en el sistema cognitivo de las personas, pueden dificultar la visualización de la violencia de género como un problema de salud. Esta falta de reconocimiento puede entorpecer la atención y el manejo integral de las víctimas (Riquer y Castro, 2012) .

El mecanismo de transmisión de estos factores es el proceso de socialización. Dentro de la Psicología social fue definido por Vander Zanden (1986) como "El Proceso por el cual los individuos, en su interacción con otros, desarrollan las maneras de pensar, sentir y actuar que son esenciales para su participación eficaz en la sociedad" (p.32).

El personal de salud no permanece al margen de estos códigos, interiorizan los mismos roles, las mismas normas, las mismas creencias, y socializan en los mismos procesos dentro de la misma sociedad, además pueden sufrir o infligir maltrato. De modo que insertos en la misma cultura, pueden repetir los mismos patrones que normalizan o justifican el uso de la violencia en las relaciones de pareja (Kim y Motsei, 2002; Valor, Expósito y Moya, 2011) perpetuando las desigualdades de género.

Uno de los principales ámbitos en los que se perciben estas desigualdades es el de la salud y la calidad de vida de las personas, entendiendo por desigualdades aquellas diferencias injustas y evitables que se dan en la salud de mujeres y hombres (OMS, 1990; Whise, Sorum & Dominguez, 2003). En la praxis y la investigación sanitaria apenas se contempla la variable sexo, lo que supone no cuestionar que existe una morbilidad diferenciada, que existen aspectos biológicos comunes, pero también diferentes. Los estudios biomédicos han utilizado a los hombres como modelos poblacionales y han extrapolado y aplicado los resultados en mujeres, asumiendo que la

trayectoria natural y social, y la respuesta a las enfermedades son las mismas (Malterud, 2000; Wileman, May, Chew-Graham, 2002). Esto puede generar un sesgo de género en la práctica y la investigación médicas, y afectar con ello el esfuerzo diagnóstico y terapéutico sobre las dolencias de las mujeres (Ruiz-Cantero y Verdú, 2004; Tasa-Vinyals, Mora y Raich, 2015).

Por un lado, los padecimientos de las mujeres tienen mayores probabilidades de relacionarse con trastornos psiquiátricos y de prescribir medicación inapropiada (OMS, 1998). Ante la misma sintomatología, las mujeres tienen más posibilidades de ser diagnosticadas de depresión que los hombres, y en consecuencia también tienen más probabilidades de recibir medicamentos psicotrópicos que modifican los estados de ánimo (Stoppe, Sandholzer & Huppertz, 1999).

Por otro, los factores de riesgo que son fundamentales para la salud de las mujeres, como los debidos a la sobrecarga desigual en la atención al trabajo doméstico, la familia, al cuidado de los mayores o los menores, personas enfermas o las condiciones desiguales de trabajo, todavía no son plenamente investigados (Gahagan Gray, & Whynacht, 2015; Silva, Vianna, Lucena, Deininger, Coelho & Anjos, 2015) como potenciales factores de riesgo en salud.

Los determinantes sociales de la salud afectan igualmente a la salud de los hombres, pero son diferentes debido a la socialización diferenciada. Así, la hegemónica superioridad masculina requiere, entre otras cosas, la demostración de fortaleza física y una mayor exposición a riesgos para la salud, lo cual está implícito en la construcción de la masculinidad (Doyal, 2001).

Esto se refleja en la adopción de hábitos poco saludables como un mayor consumo de tabaco y alcohol, la adopción de conductas de riesgo en la conducción de vehículos o las prácticas deportivas, o la menor realización de prácticas preventivas, el menor reconocimiento de sus problemas de salud y, un mayor el retraso en las visitas a los servicios de salud, etc (Courtenay & Keelin, 2000).

Para Tasa-Vinyals, Mora y Raich, (2015), el fundamento de este sesgo en la praxis clínica es el discurso androcéntrico en la medicina, expresado como “la prestación de asistencia médica de forma inadecuadamente diferente o similar, de acuerdo con la evidencia científica disponible, en función del género del paciente” (p.17). De modo que la no consideración ni del sexo ni de la dimensión género como variables en salud, supone no cuestionar que escenarios aparentemente similares pueden tener resultados diferentes en hombres y mujeres.

También concluyeron, que en función del sexo del facultativo, hombre o mujer, podrían mostrar patrones dispares de sesgo de género en el manejo diagnóstico y terapéutico de las patologías. Estos resultados son coincidentes con los obtenidos por Hamberger, Rissberg y Johansson, (2004) según los cuales, los hombres y las mujeres podrían ser tratadas de manera diferente debido a las actitudes estereotipadas de género entre el personal médico. De modo que “las médicas se involucran en conversaciones más positivas con los pacientes, tienen consultas más prolongadas y gestos más amistosos, como sonreír y asentir con la cabeza en la relación con el paciente” (Weise, Sorum y Domínguez, 2003, p.81) que sus colegas los médicos.

Para Tasa-Vinyals, Mora y Raich (2015) el abordaje diagnóstico/terapéutico de una situación clínica sin aplicar ni la perspectiva ni la sensibilidad de género, se correlaciona con creencias sexistas, ya sean benevolentes u hostiles. Por ello, sería

admisible pensar que los profesionales de salud menos sexistas, tendrían menor riesgo de cometer sesgos de género en su futura praxis profesional.

Por otro lado y atendiendo a las dificultades que experimentan los profesionales de la salud para identificar la violencia de pareja contra las mujeres en la práctica diaria, constatada en diferentes estudios (Arredondo et al., 2012) los prejuicios o los sesgos de género podrían afectar a la competencia de los profesionales de la salud, al no abordar los problemas y síntomas relacionados con la desigualdad y el sexismo en la evaluación e intervenciones con las pacientes (Díaz-Lázaro, 2011).

Así, las creencias sexistas (Sugg & Inui, 1992) y la actitud de los profesionales de la salud hacia la violencia se formulan- entre otros- como potenciales obstáculos a la búsqueda de evidencias de maltrato, lo que perjudica a las víctimas que acaban sintiéndose doblemente victimizadas (Agoff, Rajsbaum y Herrera, 2006).

De modo que, resultaría interesante que los profesionales de la salud analizarán sus actitudes y creencias sobre el tema para un mejor reconocimiento de los potenciales sesgos sexistas que puedan surgir para evitar que puedan influir en el desempeño de la labor profesional.

Estos sesgos constituyen una variable contingente que puede ser reducida mediante acciones y programas de intervención específicos, para ello es imprescindible una sólida formación en la materia que derive en una mayor implicación de los profesionales de la salud en estos casos, a través de la sensibilización inherente de la formación (Lasheras y Pires, 2003).

Por último, recordar que la necesidad de entrenamiento pasa por la inclusión de un enfoque de género como camino para la construcción de un sistema sanitario más plural, y apartado de creencias y mitos sexistas (Kroon & Scheele, 2008).

PARTE II.
ANÁLISIS EMPÍRICO

1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo, se exponen los aspectos metodológicos que permiten comprender los resultados de investigación presentados en capítulos posteriores. El punto de partida, serán los objetivos científicos planteados para posteriormente, abordar el método de la investigación, la muestra de los participantes pasando el instrumento utilizado en la recogida de datos, el procedimiento seguido para este fin, las cuestiones éticas consideradas y los resultados preliminares obtenidos.

2. OBJETIVOS

Objetivo General: El objetivo de esta investigación se centra en el estudio de los factores que pueden condicionar la visibilización de la violencia de género en el ámbito sanitario, atendiendo fundamentalmente al rol que desempeñan las actitudes que, sobre la violencia de género, tienen los profesionales, además de otros aspectos del contexto laboral.

Para la consecución de este objetivo general, se pretenden alcanzar los siguientes objetivos específicos:

Objetivo 1. Identificar las actitudes y creencias de los profesionales de la salud sobre la violencia de género.

Objetivo 2. Examinar hasta que punto las actitudes y creencias sobre la violencia de género en estos profesionales puede actuar como barreras en la identificación de potenciales víctimas.

Objetivo 3. Evaluar como los aspectos formativos y de sobrecarga de trabajo pueden dificultar la visibilización de la violencia de género

Objetivo 4. Orientar políticas públicas que fomenten una mejor calidad del trabajo con las víctimas en el ámbito sanitario.

3. MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

En la investigación se ha utilizado un diseño de encuesta de carácter transversal que permite dar cobertura a los objetivos científicos.

Se han comparado diferentes aspectos sociodemográficos y se analiza la distribución de los datos obtenidos respecto a la edad del encuestado, categoría profesional (personal sanitario facultativo y no facultativo), situación laboral del encuestado (profesional interino, eventual y fijo) y, ámbito de trabajo (Atención Primaria o Atención Especializada).

La recogida de datos de cada participante se efectuó a través de una encuesta auto administrada en la que se aplicaban una serie de instrumentos que se detallarán posteriormente en el apartado de “Instrumentos”, dirigido a medir las variables que conforman este estudio.

Además, se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos de Dialnet, Literatura Latinoamericana y del Caribe (Lilacs), PubMed Scientific Electronic Library Online SciELO. Se revisaron las guías de práctica clínica editadas por organismos sanitarios, sin fórmulas de búsqueda restrictivas, así como una revisión de artículos científicos, que contasen con rigor científico, en Google Académico.

La estrategia de búsqueda de los artículos consistió en combinar descriptores primarios actuación sanitaria, profesionales de salud, género y salud y servicios de salud de la mujer, con el filtro “and” con los descriptores secundarios: violencia de género, violencia en la pareja y maltrato.

3.1 Procedimiento de recogida de datos

En primer lugar, se contactó con los Servicios Centrales del S.E.S.P.A, Coordinación Asistencial y de Cuidados del SESPA, con los responsables del Comité Ético de Investigación Clínica del Pdo de Asturias, de la Comisión de Docencia y Comisión de Investigación del Hospital Valle Nalón, de la Unidad de Calidad del Hospital Valle Nalón y Gerencia del Área VIII, para explicarles los objetivos generales de nuestra investigación y de qué forma les solicitábamos su colaboración, incidiendo en que la información obtenida sería para uso exclusivo de los fines y objetivos que persigue la investigación.

Para llevar a cabo la recogida de datos, previamente se envió una carta informativa tras contactar vía correo electrónico corporativo SESPA WEBMAIL, el desarrollo de esta actividad llevaba el compromiso de confidencialidad y ética, haciendo énfasis en la voluntariedad y anonimato de la participación. Antes de realizar los envíos de los cuestionarios, se solicitó la ayuda del Servicio de Informática del Hospital y la autorización pertinente a los Servicios Centrales del S.E.S.P.A.

Los criterios de inclusión fueron:

- Ser profesionales sanitarios con labor asistencial en el Servicio de Salud asturiano

- En el momento del estudio, deben estar contratados y trabajando (en activo) para el Servicio de Salud del Principado de Asturias (S.E.S.P.A.), tanto en el ámbito de Atención Primaria como Especializada.
- Y como criterio adicional, se estableció que llevaran en activo al menos doce meses en los Servicios Públicos de Salud.

El inicio de los envíos de los cuestionarios por vía correo corporativo se hizo con fecha 30 de Noviembre de 2015 en primera oleada, y el 16 de Febrero de 2016, la segunda. Para maximizar en lo posible la tasa de respuesta, se utilizaron exclusivamente recursos corporativos (correo corporativo), lo que previsiblemente tiene un efecto positivo en la participación en el estudio al ser éste canalizado por vías oficiales.

Además, y siempre con el objetivo de maximizar la tasa de respuesta, estos servicios tienen activado un protocolo de actuación consistente en un seguimiento pormenorizado de las comunicaciones con los usuarios. Esto incluye desde la detección de potenciales errores sistemáticos en los envíos hasta la utilización de oleadas planificadas que maximizan su recepción, aceptación y cumplimentación.

Por último, también para maximizar la fidelidad de los datos, se cuenta con recursos de la INTRANET que garantizan la identidad del usuario (servidores seguros, contraseñas de acceso y otros controles de seguridad).

El cuestionario utilizado constó de una primera página informativa acerca de las características del estudio; en la siguiente, se formularon preguntas sobre aspectos demográficos (edad, sexo, categoría profesional, etc.); también se incorporó el Inventario de Sexismo Ambivalente hacia mujeres (ASI) (Glick y Fiske, 1996) y hacia hombres (AMI) (Glick y Fiske, 1999), en la versión española reducida de 12 ítems (Rodríguez, Lameiras y Carrera, 2009); los cuestionarios *ad hoc* sobre actitudes hacia la

violencia de género y hacia la detección de la violencia de género del personal de salud. Por último, para evitar sesgos de respuesta por la tendencia de responder conforme a la norma social imperante, se administró la versión abreviada de la Escala de Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne, formada por 10 ítems con formato de respuesta dicotómica: verdadero (V) o falso (F).

3.2 Participantes

Se realizó un estudio transversal cuya muestra final quedó configurada por N= 614 participantes del Servicio de Salud del Principado de Asturias (España). El estudio se llevó a cabo de noviembre de 2015 a abril de 2016; la recogida de información se hizo a través de un cuestionario auto aplicado con una participación voluntaria y anónima.

Los sujetos del estudio son hombres y mujeres profesionales sanitarias con labor asistencial, que en el momento del estudio, se encuentren contratados y trabajando en activo para el Servicio de Salud del Principado de Asturias (S.E.S.P.A.), tanto en el ámbito de Atención Primaria como Especializada. Una vez obtenida la aprobación y autorización para llevar a cabo la investigación, se envió un cuestionario a través del correo interno SESPA WEBMAIL con 3.730 usuarios, alcanzando una tasa de respuesta válida del 15.82% (N = 614).

3.3 Variables e Instrumentos

Inicialmente a todos los participantes que conforman la muestra de esta Tesis doctoral se les ha pasado una escala *ad hoc* (en Anexo 1). El objetivo de este instrumento es recoger datos referidos a diferentes dimensiones sociodemográficas:

Edad expresada en años (variable cuantitativa); Sexo: hombre/ mujer (variable cualitativa dicotómica); estado civil y nivel social (variables cualitativas), profesionales y laborales, preguntas sobre formación en violencia de género y conocimiento de los protocolos de actuación.

La selección de los instrumentos de evaluación utilizados en este trabajo se sustentó en la revisión de trabajos nacionales e internacionales relacionados con el tema de la ideología de género, la violencia de género y su abordaje en el espacio sanitario. La justificación de esta elección se fundamenta en que se trata de una técnica flexible, de fácil cobertura, anónima y confidencial.

La batería de exploración (Anexo 1) se completó con una selección de instrumentos:

-Implicación de los profesionales sanitarios. Se elaboró una escala para valorar la implicación de los profesionales sanitarios en la detección de los casos de violencia en la pareja. Esta escala de cinco ítems tipo Likert con categorías de respuesta de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo), evalúa la medida en que los participantes del estudio se involucran en la implicación y detección de estos casos (*El profesional sanitario debería dedicar un esfuerzo adicional para identificar y detectar casos potenciales de violencia en la pareja*) o factores que influyen en la detección (*Sobrecarga de trabajo de los profesionales de los centros*).

-Actitudes sexistas. También se incorporó el Inventario de Sexismo Ambivalente hacia mujeres (ASI) (Glick y Fiske, 1996) y hacia hombres (AMI) (Glick y Fiske, 1999) en la versión española reducida de 12 ítems (Rodríguez, Lameiras y Carrera, 2009). Este inventario valora las actitudes sexistas ambivalentes (hostiles y benevolentes) hacia las

mujeres, con un rango de respuesta de tipo Likert que va desde 0 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). Al igual que la versión original de Glick y Fiske (1996), consta de dos factores: sexismo hostil -6 ítems- (*Las mujeres exageran los problemas que tienen en el trabajo*) y benevolente -6 ítems- (*Las mujeres deben ser queridas y protegidas por los hombres*). Puntuaciones más altas en las escalas, indicarían mayor nivel de sexismo. También se ha controlado la *deseabilidad social*. Para ello utilizamos la Versión abreviada de la Escala de Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne

Esta escala de 10 ítems evalúa la tendencia de los individuos a sesgar sus respuestas a favor de las normas sociales imperantes. El formato de respuesta es verdadero (V) o falso (F). Para obtener la puntuación de cada sujeto, se suman las respuestas verdaderas después de haber invertido los ítems que se presentan en sentido negativo, de forma que a mayor puntuación, mayor presencia de deseabilidad social en la forma de presentarse el sujeto.

3.4 Análisis de los datos

Se llevaron a cabo distintos análisis que permitiesen alcanzar los objetivos establecidos. Se utilizaron la correlación bivariada de Pearson y la prueba de Chi-cuadrado (tablas cruzadas) para el análisis de las correlaciones y asociaciones respectivamente. El tamaño de la asociación se estudió mediante el estadístico V de Cramer.

Se realizaron análisis de diferencias de medias mediante la prueba t para dos muestras independientes en aquellos casos en los que sólo había dos grupos de comparación y el Análisis Multivariado de la Varianza (ANOVA) de un factor en

aquellos casos en los que había más de dos grupos. Los tamaños de efecto fueron estimados mediante la g de Hedges.

Se utilizaron las técnicas de Análisis Factorial Semi-Confirmatorio (AFSC) y Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) para comprobar la validez factorial de los instrumentos de medidas. La primera de las técnicas mencionadas se utilizó en el caso de las herramientas creadas ad hoc para este estudio, mientras que el AFC se utilizó en el caso de los instrumentos que habían sido validados previamente en otras muestras.

Se utilizaron el modelo unidimensional de respuesta graduada de Samejima (1969) y el modelo multidimensional de respuesta graduada de Reckase (1985) para el estudio de los índices de discriminación y la dificultad de los ítems de las escalas creadas ad hoc para el estudio.

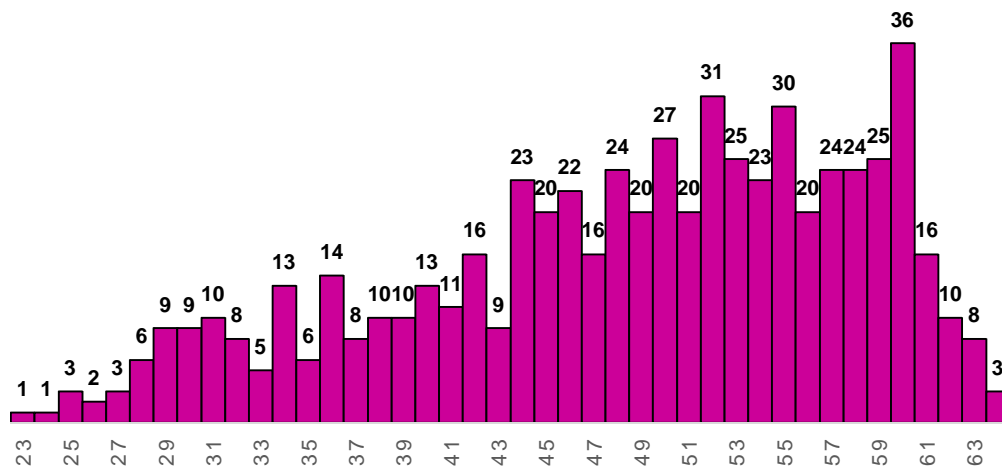
Se calcularon modelos de ecuaciones estructurales para el análisis del ajuste del modelo a los datos y efecto total, directo e indirecto de las actitudes sexistas hostiles y benevolentes sobre la implicación de los profesionales de la salud en los casos de violencia en la pareja cuando se tenía en cuenta la relación entre ambas formas de sexismo y el rol mediador de las horas de formación en materia de violencia de género. Posteriormente, el mismo modelo fue calculado teniendo en cuenta la edad, el sexo y la clase social percibida como covariables.

Para llevar a cabo los análisis expuestos se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 22, el programa FACTOR y el programa estadístico EQS 6.3 (Bentler, 1995).

4. RESULTADOS

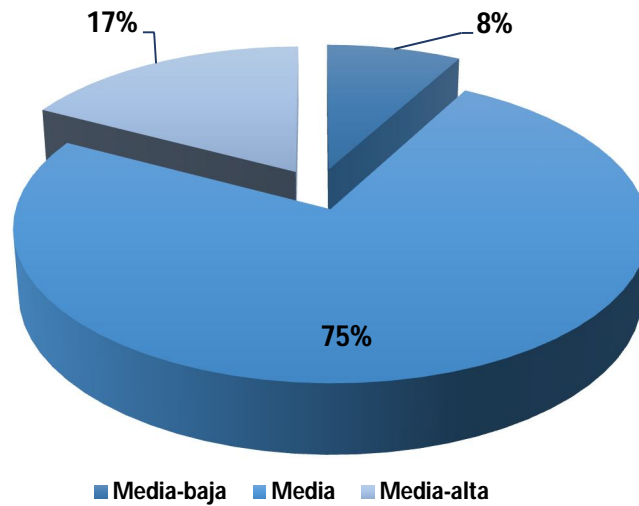
La muestra estuvo compuesta por 614 profesionales de la salud del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). El 79.5% ($n = 488$) fueron mujeres y el 20.5% ($n = 126$) hombres. Los participantes tenían entre 23 y 64 años de edad ($M = 48.45$, $DE = 9.520$). El 95.9% ($n = 589$) de la muestra estuvo compuesta por adultos mayores (de 30 a 65 años) mientras que el 4.1% ($n = 25$) restante fueron adultos jóvenes.

Figura 1. Distribución de frecuencias de la variable edad.



Con respecto a la clase social percibida, el 8% ($n = 49$) se percibió de clase social media-baja, el 74.7% ($n = 457$) de clase social media y el 17.3% ($n = 106$) de clase social media- alta.

Figura 2. Porcentaje de casos según la case social percibida.



Con respecto a las características del puesto de trabajo, el 42.3% ($n = 259$) de los participantes desarrollaban su trabajo en el ámbito de la atención primaria y el 57.7% ($n = 353$) en el ámbito de la atención especializada. El 31.1% ($n = 191$) eran personal sanitario facultativo y el 67.8 ($n = 416$) no facultativo, mientras que el 1.1% ($n = 7$) restante pertenecían a otras categorías profesionales. El 71.2% ($n = 437$) se encontraban en la situación de estatutario fijo, el 11.9% ($n = 73$) de estatutario eventual, el 12.4% ($n = 76$) de estatutario interino y el 4.6% ($n = 28$) en otras situaciones.

Tabla 1. *Distribución de frecuencias y porcentajes de los participantes según su ámbito laboral, categoría profesional y situación profesional.*

Ámbito laboral	% (n)	N
Atención Primaria	42.3% (n = 259)	612
Atención especializada	57.7% (n = 353)	
Categoría profesional		
Personal Sanitario Facultativo	31.1% (n = 191)	614
Personal Sanitario No Facultativo	67.8% (n = 416)	
Otros	1.1% (n = 7)	
Situación profesional		
Estatutario Fijo	71.2% (n = 437)	614
Estatutario Eventual	11.9% (n = 73)	
Estatutario Interino	12.4% (n = 76)	
Otros	4.6% (n = 28)	

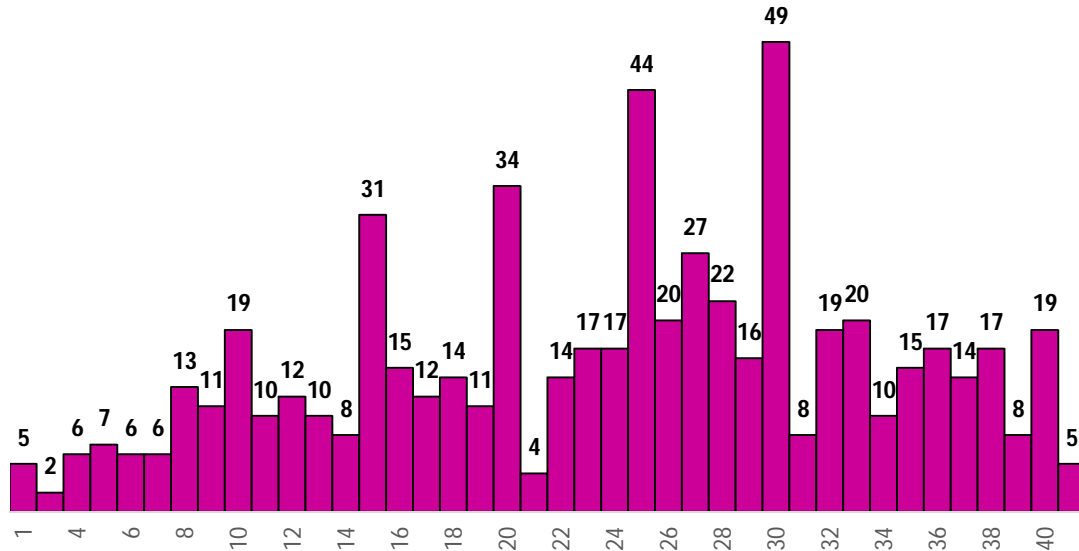
Atendiendo a la profesión específica de los participantes, la mayoría de la muestra estuvo compuesta por profesionales de la enfermería (60.3%, $n = 365$), seguidos por los profesionales de la medicina (29.1%, $n = 176$) y que constituyeron el 89.4% ($n = 541$) entre ambos.

Tabla 2. Distribución de frecuencias y porcentajes de los participantes según su profesión específica.

Profesión específica	% (n)	N
Medicina de Familia	11.6% (n = 70)	
Medicina Especialista	17.5% (n = 106)	
Enfermería Familiar/Comunitaria	25.3% (n = 153)	
Enfermería de Hospitalización	35% (n = 212)	
Enfermería de Salud Mental	1.7% (n = 10)	
Matrona	1.3% (n = 8)	
Técnico de Salud	.2% (n = 1)	605
Personal Auxiliar	2.3% (n = 14)	
Fisioterapeuta	.7% (n = 4)	
Psicólogo	1% (n = 6)	
Terapeuta Ocupacional	.2% (n = 1)	
Trabajador Social	1.8% (n = 11)	
Farmacéutico	1.5% (n = 9)	

Los participantes oscilaban entre uno y cuarenta y un años en activo ($M = 23.80$, $DE = 9.70$). El 90.9% ($n = 558$) llevaba más de una década en activo en el momento del estudio y el 53.7% ($n = 330$) 25 años o más.

Figura 3. Distribución de frecuencias de los años en activo.



ANÁLISIS DE LAS VARIABLES

En la escala de *Sexismo ambivalente hacia la mujer*. Las actitudes sexistas hostiles y benevolentes hacia la mujer se evaluaron mediante la versión reducida de Escala de Sexismo Ambivalente (*Ambivalent Sexism Inventory, ASI*) de Glick y Fiske (1996) (Rodríguez, Lameiras, y Carrera, 2009). La escala estuvo compuesta por 12 ítems distribuidos en el factor de sexismo hostil (6 ítems; p.e. “*las mujeres intentan ganar poder controlando a los hombres*”) y el factor de sexismo benevolente (6 ítems; p.e. “*todo hombre debe tener una mujer a la que amar*”). Los ítems se respondían mediante una escala Likert que oscilaba entre 1 (*totalmente en desacuerdo*) y 7 (*totalmente de acuerdo*). Las respuestas a los ítems fueron sumadas obteniendo dos puntuaciones generales de tal modo que las puntuaciones más altas representaron mayores niveles de sexismo hostil y benevolente. Tanto el factor de sexismo hostil (α de

Cronbach = .856) como el de sexismo benevolente (α Cronbach = .819) tuvieron índices de fiabilidad adecuados.

Sexismo ambivalente hacia el hombre. Las actitudes sexistas hostiles y benevolentes hacia los hombres se evaluaron mediante la versión reducida de la Escala de Ambivalencia hacia los Hombres (*Ambivalence Towards Men Inventory, AMI*) de Glick y Fiske (1999) (Rodríguez, Lameiras, y Carrera, 2009). La escala estuvo compuesta por 12 ítems distribuidos en el factor de sexismo hostil (6 ítems; p.e. “cuando los hombres prestan ayuda a las mujeres, a menudo intentan demostrar que son mejores que ellas”) y el factor de sexismo benevolente (6 ítems; p.e. “toda mujer debería tener un hombre al que adorar”). Los ítems se respondían mediante una escala Likert que oscilaba entre 1 (*totalmente en desacuerdo*) y 7 (*totalmente de acuerdo*). Las respuestas a los ítems fueron sumadas obteniendo dos puntuaciones generales de tal modo que las puntuaciones más altas representaron mayores niveles de sexismo hostil y benevolente. El factor de sexismo hostil (α de Cronbach = .846) tuvo un índice de fiabilidad adecuado, mientras que el de sexismo benevolente (α Cronbach = .725) fue moderado.

Horas de formación en materia de IPV. El número de horas de formación en materia de violencia de género fue codificado en cinco categorías: 0 horas, entre 1 y 5 horas, entre 6 y 20 horas, entre 21 y 60 horas y, por último, más de 60 horas ($M = .72$, $DE = 1.19$). El 68.8% ($n = 410$) de los participantes no había recibido ninguna formación en materia de violencia de género, el 7.1% ($n = 42$) entre 1 y 5 horas, el 12.4% ($n = 73$) entre 6 y 20 horas, el 8.1% ($n = 48$) entre 21 y 60 horas y apenas un 3.9% ($n = 23$) habían recibido más de 60 horas de formación.

Implicación de los profesionales de la salud en la detección de casos de IPV. Se elaboró una escala ad hoc para valorar la implicación de los profesionales sanitarios en la detección de los casos de violencia en la pareja. Esta escala consta de seis ítems (p. e. “*El profesional sanitario debería dedicar un esfuerzo adicional para identificar y detectar casos potenciales de violencia en la pareja*”). Los ítems se respondían en una escala de tipo Likert con categorías de respuesta que oscilan entre 1 (*totalmente en desacuerdo*) a 5 (*totalmente de acuerdo*). Se sumaron las respuestas de los ítems de tal modo que las puntuaciones más altas representasen los mayores niveles de implicación. La escala tuvo una fiabilidad adecuada (α de Cronbach = .846).

Percepción de las limitaciones institucionales y personales para la detección de casos de IPV. Se construyó una escala ad hoc para evaluar las limitaciones institucionales y personales que los profesionales de la salud percibían como causa de la infra-detección de los casos de IPV en el sistema sanitario. La escala estaba compuesta por ocho ítems distribuidos hipotéticamente en dos factores; el primer factor, referido a las limitaciones institucionales, estaba compuesto por cinco ítems (p.e. “*sobrecarga de trabajo de los profesionales de los centros*”) y el segundo factor, referido a las limitaciones personales, estaba compuesto por tres ítems (p.e. “*se considera que se trata de un problema del ámbito privado*”). Los ítems se respondían mediante una escala Likert que oscilaba entre 1 (*totalmente en desacuerdo*) y 5 (*totalmente de acuerdo*). Las puntuaciones de los ítems se sumaron para obtener dos puntuaciones (limitaciones institucionales y limitaciones personales) de tal modo que las puntuaciones más altas representasen mayores niveles de limitaciones percibidas. Tanto el factor de limitaciones institucionales (α de Cronbach = .736) como el de limitaciones personales (α de Cronbach = .782) obtuvieron índices de fiabilidad moderados.

ANÁLISIS PRELIMINAR

En primer lugar, se exploraron aquellos aspectos relacionados con la formación en materia de IPV contra la mujer.

El 58.8% ($n = 361$) de los participantes refirió saber de la existencia del protocolo de actuación interdepartamental contra la violencia de género, mientras que el 41.2% ($n = 253$) ni siquiera había oído hablar de él. El hecho de haber oído hablar o no del protocolo de actuación no estuvo asociado con el sexo ($\chi^2 = .152$, g.l. = 1, $p \geq .05$, V de Cramer = .016), pero sí con la edad ($t = 4.261$, g.l. = 312, $p \leq .001$). Concretamente, se observó que los participantes que referían haber oído hablar del protocolo de actuación contra la violencia de género eran mayores ($M = 49.81$, $DE = 9.19$) que los que no referían no conocerlo ($M = 46.53$, $DE = 9.67$).

Posteriormente se pidió a los participantes que valorasen de 1 a 10 el grado de conocimiento que consideraban que tenían del protocolo de actuación en casos de violencia de género. De los 361 participantes que dijeron haber, al menos, oído hablar del protocolo, el 41.3% ($n = 149$) consideraron que su conocimiento era insuficiente (<5), el 35.4% ($n = 128$) dijeron que suficiente (5-6), el 19.7% ($n = 71$) refirieron un nivel notable (7-8) y apenas el 3.6% ($n = 13$) consideraban que tenían un nivel de conocimiento sobresaliente (9-10). En la misma línea que los resultados anteriores, a medida que aumentaba la edad de los respondientes estos percibían que tenían más conocimiento sobre el protocolo ($r = .228$, $p \leq .01$).

A pesar de que más de la mitad de los participantes del estudio había oído hablar del protocolo, sólo el 33.2% ($n = 204$) de los participantes refería haber recibido formación en materia de IPV, mientras que 66.8% ($n = 410$) decían no haber participado

en ninguna actividad formativa. Al igual que ocurrió en el caso anterior, haber participado en actividades formativas de IPV no se asoció con sexo ($\chi^2 = .095$, g.l. = 1, $p \geq .05$, V de Cramer = .067), pero sí con la edad ($t = 2.242$, g.l. = 612, $p = .025$), de tal modo que aquellos que referían haber recibido formación fueron significativamente mayores ($M = 49.67$, $DE = 9.66$) que los que no se había formado ($M = 47.85$, $DE = 9.40$). Además, tal y como cabría esperar, haber recibido formación en materia de IPV se asoció significativamente con haber oído hablar del protocolo de actuación contra la violencia de género ($\chi^2 = .67.103$, g.l. = 1, $p \leq .001$, V de Cramer = .331), de tal modo que se observó la tendencia a conocer dicho protocolo con haber recibido formación. De manera más específica, el 46.3% ($n = 167$) de los participantes que referían haber oído hablar del protocolo de actuación habían realizado alguna actividad formativa sobre IPV, mientras que el 55.7% ($n = 194$) restante no. La asociación entre estos aspectos fue más evidente en el caso de los participantes que no conocían el protocolo y de los cuales sólo el 14.6% ($n = 37$) había recibido alguna clase de formación en IPV, mientras que el 85.4% ($n = 216$) restante ni conocía el protocolo ni había participado en actividad formativa alguna.

Atendiendo a estos resultados se estudió la interacción entre el conocimiento del protocolo de actuación contra la violencia de género y el haber participado en actividades formativas en materia de IPV con respecto a la edad. Atendiendo a los resultados, se pudo comprobar la pertinencia de tener en cuenta la interacción para el análisis de las diferencias en función de la edad ($F_{1, 610} = 3.942$, $p \leq .05$).

Para llevar a cabo un análisis pormenorizado de las diferencias en función de la interacción se crearon cuatro grupos de estudio de acuerdo a si habían oído hablar del protocolo de actuación contra la violencia de género y si habían recibido formación en

materia de IPV. Los resultados del ANOVA indicaron al igual que en el caso anterior que existían diferencias estadísticamente significativas en la edad ($F_{1, 610} = 7.670, p \leq .05$). En la siguiente tabla se muestran los resultados obtenidos mediante el test post-hoc:

Tabla 3. *Medias, desviaciones estándar, diferencias de medias y tamaños del efecto en la comparación de los grupos según su conocimiento y formación en la variable edad.*

Grupos (<i>M, DE</i>)		I-J	g de Hedges
Grupo 1 (<i>M</i> = 50.76, <i>DE</i> = 9.47)	Grupo 2 (<i>M</i> = 48.98, <i>DE</i> = 9.20)	1.78	.19
	Grupo 3 (<i>M</i> = 44.76, <i>DE</i> = 10.63)	6.00**	.59
	Grupo 4 (<i>M</i> = 46.83, <i>DE</i> = 9.49)	3.93***	.41
Grupo 2	Grupo 3	4.23	.42
	Grupo 4	2.16	.23
Grupo 3	Grupo 4	-2.07	.20

Grupo 1: protocolo sí, formación sí. *n* = 167

Grupo 2: protocolo sí, formación no. *n* = 194

Grupo 3: protocolo no, formación sí. *n* = 37

Grupo 4: protocolo no, formación no. *n* = 216

** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

VALIDEZ FACTORIAL, FIABILIDAD

Estructura factorial de la Escala de Sexismo Ambivalente hacia las mujeres

Se puso a prueba el modelo de medida de 12 ítems (versión reducida de la escala de sexismo ambivalente hacia las mujeres) mediante el análisis factorial confirmatorio. Se estimó el modelo de medida en la muestra total ($N = 614$) a fin de obtener estimadores más precisos. Se trata de un modelo con dos factores (sexismo hostil [SH] y sexismo benevolente [SB]) correlacionados. En este modelo todos los ítems saturaron en su factor correspondiente y los factores se correlacionaron de forma significativa (véase figura 4). El ajuste del modelo a los datos fue bueno: $S-B\chi^2 = 131.6396$, g.l. = 53, $p < .001$, CFI robusto = .962, RMSEA robusto = .049, 90% I.C. = .039, .060).

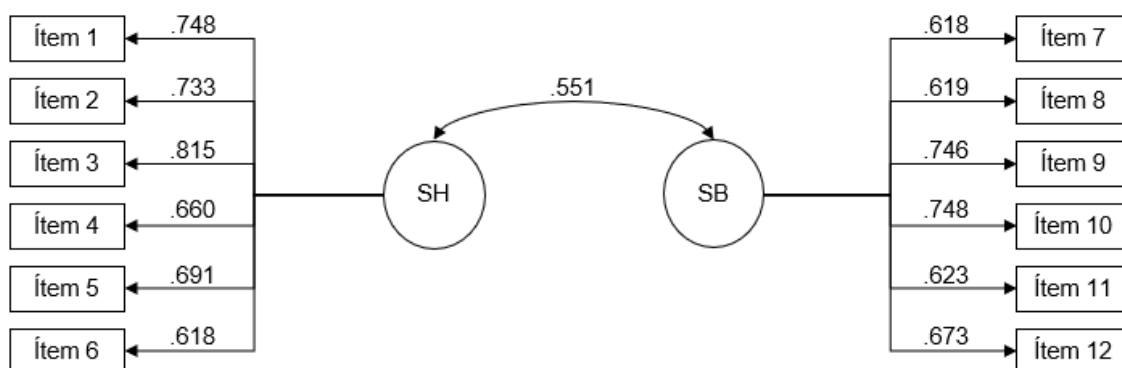


Figura 4. Estimadores estandarizados para el modelo de medida de la versión reducida de 12 ítems de la escala de sexismo ambivalente hacia la mujer ($N = 614$). Todas las $p < .001$.

SH = Sexismo hostil; SB = Sexismo benevolente.

Modelo multidimensional de respuesta graduada de Reckase (1985)

Se llevó a cabo un análisis de los ítems bajo los supuestos de la Teoría del Respuesta al Ítem (TRI) mediante el modelo multidimensional de respuesta graduada de

Reckase (1985) para el estudio de la dificultad de los ítems y su capacidad de discriminación.

Tal y como se observa en la tabla 4, el ítem 3 (“*Una vez que una mujer logra que un hombre se comprometa con ella, por lo general intenta controlarle estrechamente*”) es el más discriminativo del factor de sexismo hostil (factor 1) y el 6 (“*Las mujeres feministas están haciendo demandas completamente irracionales a los hombres*”) el menos discriminativo (exceptuando los ítems relativos al factor 2, cuya discriminación es mínima o insignificante). Por su parte, el ítem 9 (“*Todo hombre debe tener una mujer a quien amar*”) es el más discriminativo del factor de sexismo benevolente (factor 2) y el ítem 11 (“*Las mujeres en comparación con los hombres, tienden a tener una mayor sensibilidad moral*”) el menos discriminativo (exceptuando los ítems relativos al factor 1 cuya discriminación es mínima o insignificante).

Tabla 4. *Discriminación de los ítems de los factores de sexismo hostil (factor 1) y sexismo benevolente (factor 2).*

Ítems	a1	a2	MDISC
1	1.357*	-.018	1.357
2	1.409*	-.050	1.410
3	1.610*	-.045	1.611
4	1.107*	-.083	1.110
5	1.080*	.108	1.086
6	.825*	.083	.829

7	.293*	.743*	.799
8	-.113	.983*	1.435
9	-.108	1.431*	1.435
10	.072	1.305*	1.307
11	.022	.870*	.870
12	.159*	1.094*	1.105

* $p \leq .05$

a1 = discriminación del ítem en el factor 1.

a2 = discriminación del ítem en el factor 2.

MDISC = discriminación multidimensional del ítem.

Por último, el análisis de la dificultad de los ítems (véase tabla 5) reveló que las actitudes referidas al control que las mujeres tratan de ejercer sobre los hombres (ítem 3) en lo referente al factor de sexismo hostil y las actitudes hacia la necesidad que tienen los hombres de una mujer para sentirse plenos (ítem 10) en lo referente al sexismo benevolente, son las actitudes más difíciles de modificar. Por el contrario, las actitudes referidas a las pretensiones de ganar poder de las mujeres mediante el control de los hombres (ítem 1) del factor de sexismo hostil y las referidas al hecho de que las mujeres deben ser queridas y protegidas por los hombres (ítem 8) del factor de sexismo benevolente, son las más fácilmente modificables.

Tabla 5. *Dificultad de los ítems de los factores de sexismo hostil hacia la mujer (factor 1) y sexismo benevolente hacia la mujer (factor 2).*

Ítems	d1	d2	d3	d4	d5	d6	d6-d1
Factor 1							
1	-0.005	1.282	1.686	2.399	3.305	3.734	3.739
2	-.172	1.455	1.932	2.601	3.355	4.091	4.263
3	-.562	1.206	1.795	2.409	3.637	4.648	5.210
4	-.786	.552	.937	1.542	2.716	3.169	3.955
5	-.375	1.046	1.587	2.219	3.478	3.946	4.321
6	-.765	.225	.686	1.349	2.403	3.114	3.879
Factor 2							
7	-.517	.508	.887	1.893	2.254	2.964	3.481
8	-.830	.001	.262	1.142	1.602	2.442	3.272
9	-.451	.863	1.151	2.479	2.950	3.689	4.140
10	-.115	1.409	1.761	2.710	3.269	4.043	4.158
11	-1.137	-.0228	.045	.608	1.455	2.560	3.697
12	-.056	1.562	2.104	2.887	3.285	3.759	3.815

d = dificultad de las categorías

Estructura factorial de la Escala de Sexismo Ambivalente hacia los hombres

Se puso a prueba el modelo de medida de doce ítems de la escala de sexismo ambivalente hacia los hombres mediante análisis factorial confirmatorio. Se estimó el modelo de medida en la muestra total ($N = 614$) a fin de obtener estimadores más precisos. Al igual que en el caso del sexismo ambivalente hacia la mujer, se trata de un modelo con dos factores (sexismo hostil [SH] y sexismo benevolente [SB]) correlacionados. Sin embargo, a pesar de que se trata de una herramienta teóricamente equivalente a la anterior, los resultados no fueron satisfactorios; el ajuste del modelo a los datos distó de ser adecuado: $S-B\chi^2 = 321.6999$, g.l. = 53, $p < .001$, CFI robusto = .857, RMSEA robusto = .091, 90% I.C. = .081, .100.

Aunque todos los ítems saturaron en su factor correspondiente (todas las $p < .001$), un estudio el test multivariado de Lagrange reflejó que correlacionando los términos de error de los ítems 11 (“*Los hombres están más dispuestos a ponerse en peligro para proteger a otras personas*”) y 12 (“*Los hombres están más dispuestos a correr riesgos que las mujeres*”) del factor de sexismo benevolente el ajuste del modelo mejoraría significativamente. Una vez correlacionados los términos de error de los ítems 11 y 12, el Likelihood Ratio Test (LRT) indicó que el modelo mejoraba significativamente cuando los ítems eran eliminados ($\Delta S-B\chi^2 = 78.7554$, Δ g.l. = 1, $p < .001$): $S-B\chi^2 = 179.7039$, g.l. = 52, $p < .001$, CFI robusto = .932, RMSEA robusto = .062, 90% I.C. = .053, .073.

A pesar de que el ajuste del modelo a los datos mejoró significativamente, los índices no fueron óptimos y el test multivariado de Lagrange reveló que la correlación de los términos de error de los ítems 8 (“*toda mujer debería tener un hombre al que*”) y 12 (“*Los hombres están más dispuestos a correr riesgos que las mujeres*”) del factor de sexismo benevolente el ajuste del modelo mejoraría significativamente. Una vez correlacionados los términos de error de los ítems 8 y 12, el Likelihood Ratio Test (LRT) indicó que el modelo mejoraba significativamente cuando los ítems eran eliminados ($\Delta S-B\chi^2 = 78.7554$, Δ g.l. = 1, $p < .001$): $S-B\chi^2 = 179.7039$, g.l. = 52, $p < .001$, CFI robusto = .932, RMSEA robusto = .062, 90% I.C. = .053, .073.

adorar”) y 9 (“una mujer nunca estará totalmente realizada en su vida si no tiene una relación con un hombre”) del factor de sexismo benevolente mejoraría significativamente el modelo. Tras haber incluido dicha corrección en el modelo ($\Delta S-B\chi^2 = 16.2255$, $\Delta g.l. = 1$, $p < .001$): $S-B\chi^2 = 145.3272$, $g.l. = 51$, $p < .001$, CFI robusto = .950, RMSEA robusto = .055, 90% I.C. = .044, .065.

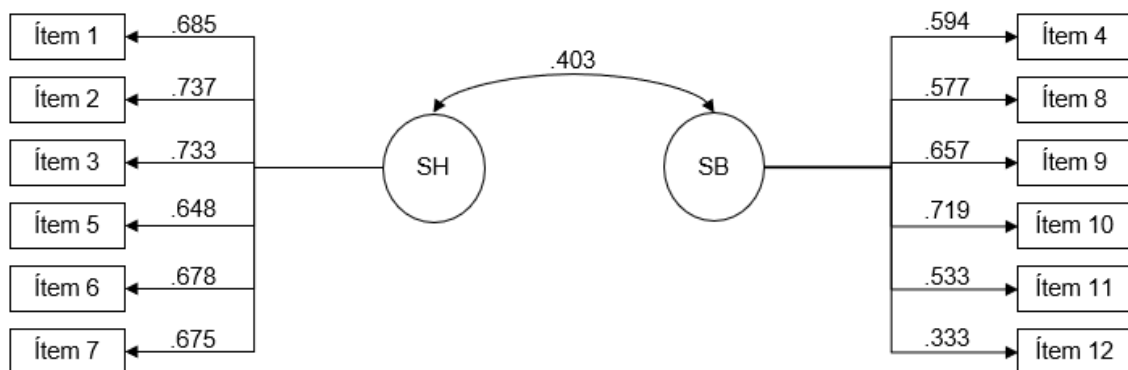


Figura 5. Estimadores estandarizados para el modelo de medida de la versión de 10 ítems de la escala de sexismo ambivalente hacia el hombre ($N = 614$). Todas las $p < .001$.

SH = Sexismo hostil; SB = Sexismo benevolente.

Modelo multidimensional de respuesta graduada de Reckase (1985)

Se llevó a cabo un análisis de los ítems bajo los supuestos de la Teoría del Respuesta al Ítem (TRI) mediante el modelo multidimensional de respuesta graduada de Reckase (1985) para el estudio de la dificultad de los ítems y su capacidad de discriminación.

En la tabla 6 puede observarse que el ítem 3 (“Los hombres siempre lucharán por tener mayor poder en la sociedad que las mujeres”) es el más discriminativo del factor de sexismo hostil hacia los hombres (factor 1), mientras que el ítem 5 (“Los hombres en el fondo son como niños”) es el menos discriminativo (exceptuando los ítems propios del factor 2, sexismo benevolente hacia los hombres, cuya discriminación

es mínima o insignificante). Por su parte, el ítem 8 (“*Toda mujer debería tener un hombre al que adorar*”) es el más discriminativo del factor de sexismo benevolente hacia los hombres (factor 2), mientras que el ítem 12 (“*Los hombres están más dispuestos a correr riesgos que las mujeres*”) es el menos discriminativo (exceptuando los ítems propios del factor 1, sexismo hostil hacia los hombres, cuya discriminación mínima o insignificante).

Tabla 6. *Discriminación de los ítems de los factores de sexismo hostil (factor 1) y sexismo benevolente (factor 2) hacia los hombres.*

Ítems	a1	a2	MDISC
1	.988*	.096	.992
2	1.179*	-.084*	1.182
3	1.318*	-.268*	1.345
4	.049	1.103*	1.104
5	.757*	.327*	.825
6	.928*	.150*	.940
7	.998*	-.039	.999
8	-.100*	1.552*	1.555
9	-.155	1.511*	1.519
10	.083	1.463*	1.466
11	.091	.875*	.880
12	.105	.530*	.541

* $p \leq .05$

a1 = discriminación del ítem en el factor 1.

a2 = discriminación del ítem en el factor 2.

MDISC = discriminación multidimensional del ítem.

Por último, el análisis de la dificultad de los ítems (véase tabla 7) reveló que las actitudes referidas a la situación de poder que los hombres tratan de mantener en la sociedad (ítem 3) en lo referente al factor de sexismo hostil y las actitudes hacia la mayor disposición de los hombres a ponerse en peligro por otras personas (ítem 11) en lo referente al sexismo benevolente, son las actitudes más difíciles de modificar. Por el contrario, la idea de que los hombres son como niños (ítem 5) del factor de sexismo hostil y la idea de que las mujeres deben prestar atención y ocuparse de los hombres en casa, aún cuando ambos trabajan (ítem 4) del factor de sexismo benevolente, son las más fácilmente modificables.

Tabla 7. *Dificultad de los ítems de los factores de sexismo hostil (factor 1) y sexismo benevolente (factor 2) hacia los hombres.*

Ítems	d1	d2	d3	d4	d5	d6	d6-d1
Factor 1							
1	-1.438	-.121	.331	.932	2.070	2.630	4.068
2	-1.783	-.925	-.582	.182	1.552	2.389	4.172
3	-2.267	-1.238	-.860	-.193	.841	2.452	4.719
5	-.793	.220	.491	1.245	2.129	2.783	3.576

6	-.803	.391	.807	1.448	2.463	3.299	4.102
7	-1.483	-.368	.064	.502	1.625	2.500	3.983
Factor 2							
4	.611	1.804	2.470	2.847	3.217	3.427	2.816
8	1.072	2.774	3.311	4.042	4.136	4.693	3.621
9	1.078	2.722	3.301	4.247	4.567	4.567	3.489
10	.952	2.618	3.211	3.719	4.329	4.329	3.377
11	-.355	.730	1.022	1.924	2.754	3.368	3.723
12	-.593	.262	.475	.968	1.708	2.701	3.294

d = dificultad de las categorías

Implicación

Se creó una escala ad hoc para medir el nivel de implicación de los profesionales de la salud en la detección e intervención en los casos de violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. La escala estaba compuesta por 6 ítems (véase apéndice 1) que constituían hipotéticamente un factor. Se puso a prueba el modelo de medida de la escala mediante el análisis factorial semi-confirmatorio. Dicho modelo se estimó utilizando la muestra total ($N = 614$) a fin de obtener estimadores más precisos.

Matriz de correlaciones policóricas entre los ítems

El estudio de la matriz de correlaciones policóricas entre los ítems de la escala de implicación mostró que todas las correlaciones eran estadísticamente significativas (p

≤ .05) excepto en el caso del ítem 4 (“*En los casos más leves el profesional debería buscar otras vías (servicios de salud mental, asistente social, etc.)*”). Concretamente, el ítem 4 no correlaciona con los ítems 1 (“*El profesional sanitario debería dedicar un esfuerzo adicional para identificar y detectar casos potenciales de violencia en la pareja*”) y 2 (“*El profesional debería atender y tratar la violencia en la pareja como un problema de salud*”). Además, las correlaciones del ítem 4 con los ítems 5 (“*El personal sanitario tiene un papel relevante en la detección precoz, la asistencia y la rehabilitación de la víctima en las situaciones de violencia en la pareja*”) y 6 (“*En el caso de existir lesiones físicas, el profesional debería plantearse la posibilidad de un diagnóstico diferencial de maltrato*”), aunque estadísticamente significativas, son pequeñas.

Tabla 8. *Matriz de correlaciones policóricas entre los ítems de la escala de implicación, medias y desviaciones estándar.*

	1	2	3	4	5	6
1	1					
2	.534*	1				
3	.569*	.492*	1			
4	-.048	.022	-.097*	1		
5	.504*	.503*	.511*	-.099*	1	
6	.384*	.242*	.377*	.036*	.399*	1
M	4.228	4.073	4.571	2.876	4.330	4.302
(DE)	(.697)	(.843)	(.523)	(1.182)	(.643)	(.767)

* $p \leq .05$

Análisis factorial semi-confirmatorio: fiabilidad, ajuste y pesos factoriales

El primer lugar se comprobó la adecuación de los datos para la utilización de la técnica mediante el estadístico de Bartlett (550.9, g.l. = 15, $p \leq .001$) y el test de Kaiser-Meyer-Olgin (KMO = .760, 95% I.C. = .730, .801) que aún no siendo óptimos indicaron que eran suficientemente buenos para realizar el análisis.

El modelo de medida de un factor compuesto por los seis ítems de la escala explicó un 47.206% de la varianza y el estimador de fiabilidad *esperado a posterior de Bayes* (EAP = .881) reveló una buena fiabilidad de la escala. Además, el modelo obtuvo índices de ajuste adecuados: χ^2 robusto = 23.807, g.l. = 9, $p = .005$, CFI robusto = .989, RMSEA robusto = .052, 95% I.C. = .015, .073, RMSR = .042, 95% I.C. = .023, .054. A pesar del buen ajuste del modelo, el estudio de las comunalidades y los pesos factoriales de los ítems (véase tabla 8) reveló, en la misma línea que la matriz de correlaciones policóricas, la necesidad de eliminar el ítem 4 al tener un peso factorial inferior a .30 y una comunalidad inferior a .10.

Tabla 9. *Pesos factoriales y comunalidades de los ítems de la escala de implicación de seis ítems.*

Ítem	Peso factorial	Comunalidad
1	-.761*	.580
2	-.663*	.439
3	-.741*	.550
4	.063	.004
5	-.716*	.513

6	-.487*	.237
---	--------	------

* $p \leq .05$

Una vez eliminado el ítem 4, los resultados variaron ligeramente. El modelo de medida de un factor compuesto por los cinco ítems de la escala explicó un 56.554% de la varianza y el estimador de fiabilidad *esperado a posterior de Bayes* (EAP = .880) reveló una buena fiabilidad de la escala. Además, el modelo obtuvo índices de ajuste adecuados: χ^2 robusto = 14.370, g.l. = 5, $p = .005$, CFI robusto = .993, RMSEA robusto = .055, 95% I.C. = .021, .088, RMSR = .036, 95% I.C. = .017, .052. Todas las comunalidades y los pesos factoriales de los ítems (véase tabla 3) fueron satisfactorias.

Tabla 10. *Pesos factoriales y comunalidades de los ítems de la escala de implicación de cinco ítems.*

Ítem	Peso factorial	Comunalidad
1	.762	.580
2	.666	.443
3	.739	.546
5	.714	.510
6	.489	.239

Todas las $p \leq .05$

Modelo de respuesta graduada de Samejima (1969)

Finalmente, se realizó un análisis de los ítems bajo los supuestos de la Teoría del Respuesta al Ítem (TRI) mediante el modelo de respuesta graduada de Samejima (1969)

para el estudio de la dificultad para modificar aspectos concretos de la implicación de los profesionales de la salud.

Tabla 11. *Discriminación y dificultad de las categorías de respuesta para los ítems de la escala de implicación.*

Ítem	a	b1	b2	b3	b4	b4-b1
1	1.176*	-4.137	-2.733	-1.546	.445	-3.692
2	.892*	-3.382	-2.324	-1.454	.730	-2.652
3	1.097*	-4.264	-3.810	-3.046	-.290	-4.554
5	1.020*	-4.414	-3.085	-2.060	.303	-4.111
6	.561*	-4.731	-3.545	-2.889	.349	-4.382

* $p \leq .05$

a = discriminación de los ítems

b = dificultad de las categorías

Según los resultados obtenidos, el ítem que más discrimina es el 1 (“*El profesional sanitario debería dedicar un esfuerzo adicional para identificar y detectar casos potenciales de violencia en la pareja*”), mientras que el 6 (“*En el caso de existir lesiones físicas, el profesional debería plantearse la posibilidad de un diagnóstico diferencial de maltrato*”) es el que menos discrimina. Además, estos resultados también indican que la idea más fácil de modificar es el ítem 2, referido al deber de los profesionales de la salud de considerar la violencia en la pareja como un problema de salud. Por el contrario, la más difícil de modificar es la del ítem 3, referido al

planteamiento de diagnóstico diferencial de maltrato en los casos que existan lesiones físicas.

Percepción de limitaciones para la detección

Se creó una escala ad hoc para evaluar las limitaciones para la detección de casos de IPV contra la mujer que los profesionales de la salud percibían y a las que achacaban la infra-detección (entre el 5 y el 10%). La escala estaba compuesta por 8 ítems (véase anexo 1) distribuidos hipotéticamente en dos factores relacionados: el primer factor hacía referencia a limitaciones de carácter institucional (p. e., la falta de recursos) y estaba compuesto por los ítems 1, 2, 3, 4 y 8. El segundo factor se refería a las limitaciones de carácter personal (p.e., evitar verse legalmente involucrado) y estaba constituido por los ítems 5, 6 y 7. Se puso a prueba el modelo de medida de la escala mediante el análisis factorial semi-confirmatorio. Dicho modelo se estimó utilizando la muestra total ($N = 614$) a fin de obtener estimadores más precisos.

Matriz de correlaciones policóricas entre los ítems

El estudio de la matriz de correlaciones policóricas entre los ítems de la escala de limitaciones para la detección mostró que todas las correlaciones eran estadísticamente significativas ($p \leq .05$) excepto en el caso del ítem 1 (“*Falta de formación sobre el tema*”) con el 7 (“*Se considera que se trata de un problema del ámbito privado de la pareja*”) y el 3 (“*Sobrecarga de trabajo de los profesionales de los centros*”) con los ítems 6 (“*Falta de implicación y sensibilización en el tema*”) y 7.

Tabla 12. *Matriz de correlaciones policóricas entre los ítems de la escala de razones de la infradetección de la violencia en la pareja, medias y desviaciones estándar.*

	1	2	3	4	5	6	7	8
1	1							
2	.441*	1						
3	.155*	.354*	1					
4	.266*	.369*	.313*	1				
5	.173*	.210*	.138*	.333*	1			
6	.241*	.123*	.081	.199*	.545*	1		
7	.058	.107*	.082	.226*	.459*	.538*	1	
8	.277*	.264*	.131*	.378*	.315*	.286*	.273*	1
M	3.948	3.759	3.788	3.313	3.759	3.375	2.770	3.687
(DE)	(.839)	(.916)	(.989)	(1.106)	(.885)	(1.054)	(1.174)	(.983)

* $p \leq .05$

El análisis de la matriz de correlaciones inter-factores reveló que los factores estaban significativamente relacionados ($r = .444, p \leq .05$).

Análisis factorial semi-confirmatorio: fiabilidad, ajuste y pesos factoriales

El primer lugar se comprobó la adecuación de los datos para la utilización de la técnica mediante el estadístico de Bartlett (791.8, g.l. = 28, $p \leq .001$) y el test de Kaiser-Meyer-Olgin (KMO = .724, 95% I.C. = .690, .774) que, aun no siendo óptimos, indicaron que eran suficientemente buenos para realizar el análisis.

El modelo de medida de dos factores relacionados explicó un 54.112% de la varianza distribuida entre el 18.199% en el primer factor (limitaciones institucionales) y

el 35.914% en el segundo factor (limitaciones personales). El estimador de fiabilidad ORION (*Overall Reliability of fully-Informative prior Oblique N-EAP*) reveló una buena fiabilidad tanto del factor 1 (N-EAP = .864) como del factor 2 (N-EAP = .873). Además, el modelo obtuvo índices de ajuste adecuados: χ^2 robusto = 42.475, g.l. = 13, $p \leq .001$, CFI robusto = .980, RMSEA robusto = .061, 95% I.C. = .031, .079, RMSR = .042, 95% I.C. = .029, .051.

En la tabla 13 se muestran los pesos factoriales de la matriz rotada y las comunalidades de los ítems; una vez omitidos los pesos factoriales inferiores a .30 se observa que los ítems saturan en cada uno de los factores tal y como se había hipotetizado. Además, todas las comunalidades fueron satisfactorias (>.10).

Tabla 13. *Pesos factoriales y comunalidades de los ítems de los factores de razones institucionales (factor 1) y personales (factor 2).*

Ítems	Factor 1	Factor 2	Comunalidades
1	.525		.273
2	.807		.561
3	.462		.190
4	.533		.363
5		.654	.501
6		.789	.592
7		.716	.469
8	.345		.272

Todas las $p \leq .05$

Nota: los pesos factoriales inferiores a .30 han sido omitidos.

Modelo multidimensional de respuesta graduada de Reckase (1985)

Finalmente, se realizó un análisis de los ítems bajo los supuestos de la Teoría del Respuesta al Ítem (TRI) mediante el modelo multidimensional de respuesta graduada de Reckase (1985) para el estudio de la dificultad de los ítems y su capacidad de discriminación.

Tabla 14. *Discriminación de los ítems de los factores de razones institucionales (factor 1) y personales (factor 2).*

Ítems	a1	a2	MDISC
1	.616*	-.006	.616
2	1.218*	-.243*	1.242
3	.513*	-.076	.519
4	.668*	.163*	.688
5	.150*	.925*	.937
6	-.072	1.236*	1.238
7	-.108	.983*	.989
8	.404*	.314*	.512

* $p \leq .05$

a1 = discriminación del ítem en el factor 1.

a2 = discriminación del ítem en el factor 2.

MDISC = discriminación multidimensional del ítem.

Tal y como se observa en la tabla 13, el ítem 2 (“*Faltan recursos institucionales (por ejemplo, trabajador social disponible)*”) es el más discriminativo del factor de limitaciones institucionales (factor 1) y el 8 (“*No existe un grupo especializado*”) el menos discriminativo (exceptuando los ítems relativos al factor 2, cuya discriminación es mínima o insignificante). Por su parte, el ítem 6 (“*Falta de implicación y sensibilización en el tema*”) es el más discriminativo del factor de limitaciones personales (factor 2) y el ítem 5 (“*Dificultades de comunicación con la víctima*”) el menos discriminativo (exceptuando los ítems relativos al factor 1 cuya discriminación es mínima o insignificante).

Por último, el análisis de la dificultad de los ítems reveló que las percepciones de las limitaciones basadas en la falta de información (ítem1) y las relacionadas con las dificultades en la comunicación con la víctima (ítem 5) de los factores 1 y 2 respectivamente son las más difíciles de modificar. Por el contrario, aquellos razonamientos basados en la falta de privacidad (ítem 4) y la consideración de violencia en la pareja como un problema privado (ítem 7) de los factores 1 y 2 respectivamente son los más fácilmente modificables.

Tabla 15. *Dificultad de los ítems de los factores de razones institucionales (factor 1) y personales (factor 2).*

Ítems	d1	d2	d3	d4	d4-d1
Factor 1					
1	-2.969	-1.632	-.978	.833	-2.136
2	-3.260	-1.829	-.793	1.334	-1.926

3	-2.239	-1.247	-.604	.801	-1.438
4	-2.246	-.646	-.078	1.402	-.844
8	-2.204	-1.316	-.488	1.036	-1.168
Factor 2					
5	-2.852	-1.788	-.858	1.421	-.1431
6	-2.873	-.988	-.251	1.903	-.970
7	-1.489	-.029	.556	2.096	.607

SEXISMO AMBIVALENTE HACIA LA MUJER, HORAS DE FORMACIÓN EN IPV E IMPLICACIÓN EN CASOS DE IPV

En la tabla 16, se muestran los estadísticos descriptivos y las correlaciones entre las variables. Tal y como se esperaba, el sexismo hostil y benevolente están significativa y positivamente relacionados entre sí ($r = .471$, $p < .01$). Además, tanto el sexismo hostil como el sexismo benevolente se relacionan de forma significativa y negativa con la implicación en los casos de violencia en la pareja ($r = -.290$, $p < .01$; $r = -.161$, $p < .01$ respectivamente) y con las horas de formación en esta materia ($r = -.188$, $p < .01$; $r = -.203$, $p < .01$ respectivamente). Las horas de formación se relacionan significativa y positivamente con la implicación en los casos de violencia en la pareja ($r = .199$, $p < .01$).

Tabla 16. *Correlaciones de Pearson, medias y desviaciones típicas de todas las variables del estudio.*

Variablen	1	2	3	4
1 Implicación	-			
2 Horas de formación	.199**	-		
3 Sexismo hostil	-.290**	-.188**	-	
4 Sexismo benevolente	-.161**	-.203**	.471**	-
<i>M</i>	21.51	.72	13.69	14.74
<i>DE</i>	2.34	1.19	6.28	6.48

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Los índices de ajuste obtenidos en el cálculo del modelo causal indican que el modelo presenta un ajuste adecuado a los datos ($S-B\chi^2 = 285.2625$, $gl = 130$, $p < .001$, $CFI = .95$, $RMSEA = .04$ I.C. al 95% [.04, .05]). El efecto total ($\beta = -.364$, $p \leq .001$) y directo ($\beta = -.351$, $p \leq .001$), pero no el indirecto ($\beta = -.064$, ns.), de las actitudes sexistas hostiles sobre la implicación en los casos de IPV fueron significativos. En otras palabras, mayores niveles de sexismo hostil no se asociaron con el número de horas de formación en materia de IPV, pero si con menores niveles de implicación en casos de IPV. Estos efectos se calcularon teniendo en cuenta la relación entre el sexismo hostil y el benevolente ($r = .562$, $p \leq .01$). Por su parte, sólo el efecto indirecto (a través de las horas de formación) del sexismo benevolente sobre la implicación fue significativo ($\beta = -.172$, $p \leq .001$), mientras que el efecto directo ($\beta = .003$, ns.) y el total ($\beta = -.031$, ns.) no lo fueron.

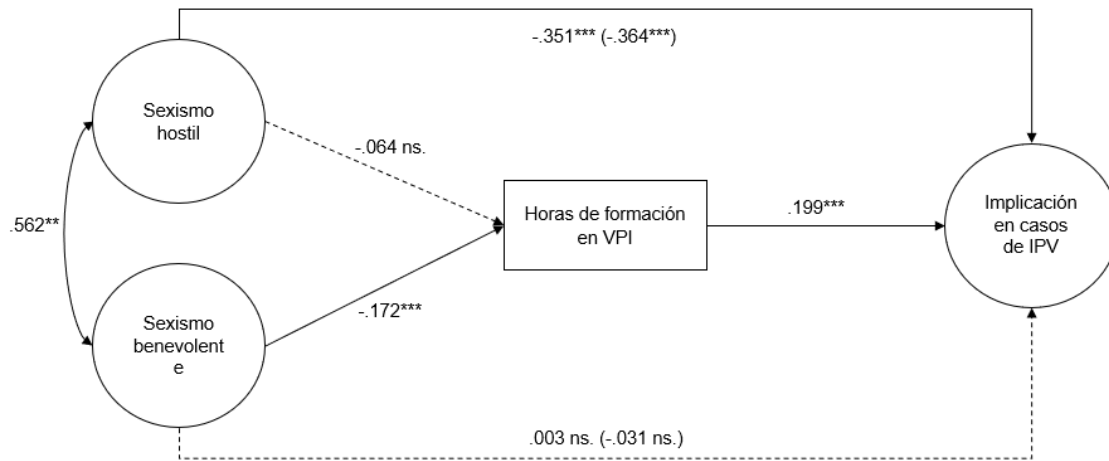


Figura 6. Efectos totales, directos e indirectos de las actitudes sexistas ambivalentes sobre la implicación en los casos de IPV considerando el efecto mediador de las horas de formación en materia de IPV. Los efectos totales están entre paréntesis (N = 590).

El modelo explica el 18.4% de la varianza de las actitudes hacia el tratamiento, y predice que las puntuaciones en sexismo hostil se relacionan con actitudes más negativas hacia el tratamiento, independientemente del nivel de formación en violencia de género. Por otra parte, el sexismo benevolente influirá en las actitudes hacia el tratamiento, en la medida en que afecte negativamente a la formación en violencia de género.

SEXISMO AMBIVALENTE HACIA LA MUJER, IMPLICACIÓN Y LIMITACIONES PARA LA DETECCIÓN DE LA IPV

Mediante un modelo de ecuaciones estructurales se ha calculado el efecto que las actitudes sexistas hostiles y benevolentes sobre las razones a las que los profesionales sanitarios achacan la infra-detección de la VPI. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el estudio anterior, se ha tenido en cuenta el hipotético rol mediador de la implicación en los casos de IPV. Los resultados del modelo se han presentado en la figura 7. Tal y como ocurría en el modelo anterior, las actitudes sexistas hostiles predicen menores niveles de implicación ($\beta = -.348$, $p \leq .001$). Al igual

que en el caso del sexismo hostil, las actitudes sexistas benevolentes también predicen menores niveles de implicación, aunque indirectamente a través de las horas de formación ($\beta = -.041, p \leq .001$). También se observa que mayores niveles de implicación se relacionan con mayor percepción de limitaciones institucionales en la detección de IPV ($\beta = .162, p \leq .05$), pero no tiene efecto alguno sobre la percepción de limitaciones personales ($\beta = -.013, ns.$). Siguiendo este patrón, mayores niveles sexismo hostil predicen menores niveles de percepción de limitaciones institucionales a través de la implicación de los profesionales ($\beta = -.056, p \leq .05$) pero no tienen efecto alguno sobre la percepción de limitaciones personales ($\beta = .005, ns.$). Por su parte, el sexismo benevolente no tiene efecto indirecto alguno sobre la percepción de limitaciones institucionales ($\beta = .005, ns.$) ni personales ($\beta = .001, ns.$)

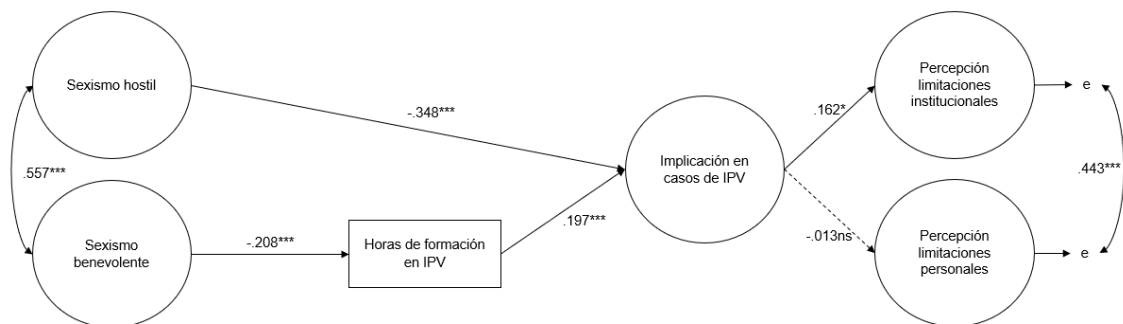


Figura 7. El efecto de las actitudes sexistas hostiles y benevolentes hacia las mujeres sobre la detección de razones institucionales y personales de la infra-detección de IPV y el rol mediador de las horas de formación y la implicación de los profesionales de la salud en los casos de IPV ($N = 596$).

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

SEXISMO AMBIVALENTE HACIA EL HOMBRE, HORAS DE FORMACIÓN EN IPV E IMPLICACIÓN EN CASOS DE IPV

En la tabla 17 se muestran los estadísticos descriptivos y las correlaciones entre las variables. Tal y como se esperaba, el sexismo hostil y benevolente hacia los hombres

están significativa y positivamente relacionados entre sí ($r = .345, p < .01$). por su parte, el sexismo hostil no se relaciona de forma significativa ni con la implicación ($r = -.053, ns$) ni con las horas de formación ($r = -.012, ns$), mientras que el sexismo benevolente se relaciona significativa y negativamente tanto con la implicación ($r = -.262, p < .01$) como con las horas de formación en IPV ($r = -.093, p < .05$). Las horas de formación de relacionan significativa y positivamente con la implicación en los casos de violencia en la pareja ($r = .202, p < .01$).

Tabla 17. *Correlaciones de Pearson, medias y desviaciones estándar en todas las variables del estudio.*

Variables	1	2	3	4
1 Implicación	-			
2 Horas de formación	.202**	-		
3 Sexismo hostil	-.053	-.012	-	
4 Sexismo benevolente	-.262**	-.093*	.345**	-
<i>M</i>	21.51	.72	20.09	10.59
<i>DE</i>	2.35	1.19	7.44	4.26

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Los índices de ajuste obtenidos en el cálculo del modelo causal (véase figura 4) indican que el modelo tiene un ajuste adecuado a los datos ($S-B\chi^2 = 276.950, gl = 128, p < .001, CFI = .94, RMSEA = .04$ I.C. al 90% [.04, .05]). Ni el efecto total ($\beta = .103, ns$), ni el directo ($\beta = .098, ns$), ni el indirecto ($\beta = .006, ns$), de las actitudes sexistas hostiles sobre la implicación en los casos de IPV fueron significativos. En otras palabras, mayores niveles de sexismo hostil no se asociaron con el número de horas de formación en materia de IPV ni con los niveles de implicación en casos de IPV. Por su parte, tanto el efecto total () como el directo () del sexismo benevolente sobre la

implicación resultaron ser significativos. Sin embargo, las actitudes sexistas benevolentes no tuvieron efecto indirecto (mediado por las horas de formación en IPV) sobre la implicación ($\beta = -.021$, ns.), a pesar de que mayores niveles de sexismo benevolente se relacionaban con haber recibido menos formación ($\beta = -.094$, $p \leq .05$) y de que mayores niveles de formación se relacionaban con mayores niveles de implicación ($\beta = .221$, $p \leq .001$). Estos efectos se calcularon teniendo en cuenta la relación entre el sexismo hostil y el benevolente ($r = .399$, $p \leq .001$).

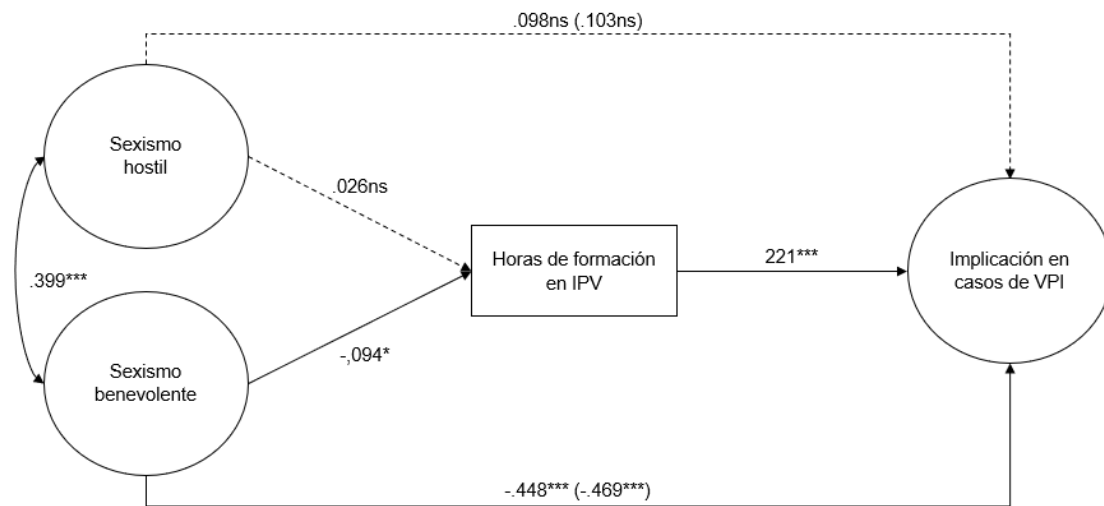


Figura 8. El efecto de las actitudes sexistas hostiles y benevolentes hacia los hombres sobre la implicación en la detección de casos de IPV contra la mujer y el hipotético rol mediador de las horas de formación en IPV ($N = 596$).

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

El modelo explica el 24% de la varianza de la implicación en el tratamiento, y predice que las puntuaciones en sexismo hostil hacia los hombres no se relacionan con los niveles de implicación. Por otra parte, el sexismo benevolente se relaciona con menores niveles de implicación en los casos de IPV.

SEXISMO AMBIVALENTE HACIA EL HOMBRE, IMPLICACIÓN Y PERCEPCIÓN DE LAS LIMITACIONES PARA LA DETECCIÓN DE IPV

Partiendo del modelo anterior, se calculó un modelo de ecuaciones estructurales con el objetivo de evaluar el efecto de las actitudes sexistas ambivalentes hacia el hombre sobre la percepción de limitaciones institucionales y personales para la detección de los casos de IPV en el contexto sanitario.

El modelo calculado (véase figura 9) presenta unos índices de ajuste adecuados ($S-B\chi^2 = 499.1549$, g.l. = 266, $p \leq .001$ CFI = .93, RMSEA = .038, I.C. 90% [.03, .04]). Tal y como puede verse, mayores niveles de sexismo hostil hacia los hombres se relaciona con mayores niveles de percepción de limitaciones institucionales ($\beta = .160$, $p \leq .01$) como personales ($\beta = .186$, $p \leq .01$). Por otro lado, se observa que las actitudes sexistas benevolentes tienen un efecto indirecto (mediadas por la implicación) negativo sobre la percepción de limitaciones institucionales ($\beta = -.088$, $p \leq .01$), pero no se relacionan de forma significativa con la percepción de limitaciones personales ($\beta = -.002$, ns.).

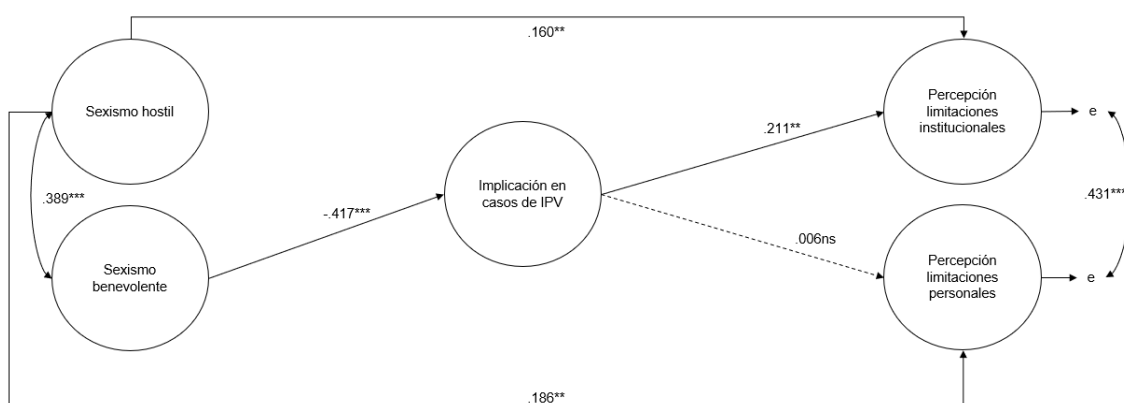


Figura 9. El efecto de las actitudes sexistas hostiles y benevolentes hacia los hombres sobre la percepción de limitaciones institucionales y personales para la detección de IPV y el hipotético rol mediador de la implicación de los profesionales de la salud en los casos de IPV ($N = 596$). * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

5. DISCUSIÓN

El propósito del presente trabajo se centra en el estudio de los factores que puedan condicionar la visibilización de la violencia de género en el ámbito sanitario, atendiendo fundamentalmente al rol que desempeñan las actitudes que, sobre la violencia de género, tienen los profesionales, además de otros aspectos del contexto laboral.

Utilizando los datos de 590 profesionales del Servicio de Salud del Principado de Asturias (España), se examinan las asociaciones entre las actitudes sexistas ambivalentes (hostiles y benevolentes) y su implicación en los casos de violencia de género (violencia contra la mujer en la pareja). El objetivo del estudio fue analizar el efecto que provocan las actitudes sexistas hostiles y benevolentes hacia la mujer en la implicación de los profesionales de la salud en estos casos, teniendo en cuenta el potencial rol mediador de las horas de formación que sobre esta materia, reciben dichos profesionales.

A la vista de los resultados obtenidos, se puede inferir que los profesionales sanitarios del Servicio de Salud del Principado de Asturias, reconocen las mismas barreras en la identificación de casos de violencia contra la mujer, que las encontradas en las diferentes investigaciones nacionales e internacionales (Coll-Vinent et al., 2008; Calvo y Camacho 2014; Rojas, 2014; Valdés Sánchez et al., 2016). Entre las barreras que observamos, está el no percibir la violencia de género como un problema de salud (Coker et al., 2002; Coll-Vinent et al., 2008; Jaffee et al., 2005; Spangaro, Poulos y Zwi, 2011); el miedo a verse involucrado en un proceso legal (Zink, Regan, Goldenhar, Pabst, & Rinto, 2004; Phelan, 2007; Heras, Otero, Sanz y Aranaz, 2016); las

limitaciones del propio sistema de salud en cuanto a infraestructuras (falta de espacios adecuados), recursos o las características propias de la práctica diaria (sobrecarga laboral, falta de tiempo) (Rojas, 2014; Valdés et al., 2016) entre otras. En este estudio hemos hecho hincapié en dos factores fundamentales que pueden actuar como obstáculos para la identificación de casos, son los aspectos formativos (Beynon et al., 2012; Djikanovic et al., 2010; Ramsay et al., 2012) que incluyen el desconocimiento de los procedimientos para la identificación, atención y referencia de las víctimas y en concreto, los protocolos de actuación (Coll et al., 2008; Calvo y Camacho, 2014) y las barreras de carácter personal en forma de actitudes sexistas (hostiles y benévolas) hacia la violencia de género.

Entre nuestros resultados se encontró, que el 83,4% de los participantes consideraba que se debe atender los casos de violencia en la pareja como un problema de salud; no obstante, sigue habiendo un porcentaje de profesionales (16,6%) mucho más reducido, que aún no lo reconoce como un problema propio del espacio sanitario. Se percibe un cambio en las actitudes ante la detección del maltrato en el espacio de salud, al comparar estos resultados con los obtenidos en el estudio de Coll et al. (2008) que concluye que el 87% de los profesionales tiene dificultades para percibir el maltrato a la mujer en la pareja, como un problema de salud.

Sin embargo, existe evidencia acerca de que los profesionales de la salud presentan una actitud positiva hacia el tratamiento y que están sensibilizados frente a este grave problema (Coll et al., 2008; Álvarez-López, Brito, Arbach y Pueyo, 2010). Nuestros resultados registran que un 88,1% de los participantes, consideran adecuado implicarse en la identificación, dedicando un esfuerzo adicional para detectar casos potenciales de maltrato o realizar un diagnóstico diferencial ante lesiones sospechosas

(92%). Aun así, un 56,2 % de los encuestados considera que todavía se necesita mayor sensibilización e implicación en el tema por parte de los profesionales.

Con relación a otro de los obstáculos relevantes para nuestro estudio como es la formación específica en materia de maltrato, el 79,6% de los profesionales refieren estas carencias como una de las causas de la infradetección en el espacio sanitario.

En base a los resultados de diferentes estudios, un mayor grado de instrucción se ha relacionado con actitudes más desfavorables hacia la violencia (Arenas y Rojas, 2015; Cruz et al., 2005; Durán et al., 2014; Garaigordobil y Aliri, 2013) y con una actitud positiva para identificar e intervenir en casos de violencia de género en los servicios sanitarios (Glowa, Frasier, Wang, Eaker & Osterling, 2003; Leppakoski & Paavilainen, 2013; Rojas, et al., 2015).

De manera que, cuando el conocimiento aumenta con la formación, aumentan las tasas de detección (De Gea y López, 2014) y los profesionales se perciben con una autoeficacia mayor, lo que genera mejores prácticas clínicas (Lo Fo Wong et al., 2006; Papadakaki et al., 2013). La formación se revela como variable predictora de las actitudes de los profesionales hacia la detección del maltrato (Coll et al., 2008; Menéndez, Pérez, Lorences, 2013; Djikanovic, Celik, Simic, Matejic & Cucic, 2010; Ramsay et al., 2012; Salcedo, Miura, Macedo y Egry, 2014) y presenta un potente efecto como herramienta de sensibilización (Ramsay et al., 2012).

En nuestro estudio, solo una tercera parte de los participantes había realizado algún tipo de actividad formativa con una media de 4,2 horas. Más de la mitad (58,8%) conocía la existencia del Protocolo de Actuación ante la Violencia de Género (Interdepartamental) del Principado de Asturias; sin embargo, más de la mitad (60,5%)

puntúan (en una escala de 0-10) por debajo de 5 su conocimiento del mismo, lo que nos indica que los profesionales son conocedores de la existencia de este recurso institucional, pero no se percibe un nivel de conocimiento en profundidad del mismo. Esto concuerda con otros estudios que han indagado en el conocimiento de los protocolos y medios existentes; si bien, en algunos casos hay un desconocimiento sobre la utilidad de estos recursos, en otros, el protocolo de maltrato se asocia directamente con la diligencia del parte de lesiones (Colectivo Ioé, 2011).

Respecto a los factores ideológicos de nuestro estudio -actitudes sexistas (hostiles y benévolas)-, no se ha indagado a fondo en el modo en el que estas actitudes de género pueden influir en la detección de casos por parte del personal de salud. Si bien, las actitudes prejuiciosas como tales independientemente de su origen (racismo, sexismo), han sido tratadas desde la literatura como factores que pueden interferir en la práctica diaria y mediar en la toma de decisiones terapéuticas (Díaz Lázaro, 2011; Sue & Sue, 2008). En consecuencia, no ser consciente de la influencia de determinadas ideologías o actitudes podría tener repercusiones importantes en el desarrollo de la práctica diaria y condicionar los criterios diagnósticos o las medidas terapéuticas prescritas (Andrade y Fonseca, 2008; Franzoi, Fonseca y Guedes 2011), pudiendo dar lugar a una nueva victimización sobre las mujeres maltratadas.

Entre los resultados que surgen de esta investigación, encontramos como el efecto de las ideologías sexistas, tanto hostiles como benévolas hacia las mujeres, actúan sobre las percepciones y la implicación de los profesionales en la identificación de la violencia de género en el espacio sanitario, a través del papel desempeñado por la formación.

De modo que, el sexismo hostil -expresión más clara de hostilidad hacia las

mujeres-, ejerce una influencia negativa en las actitudes hacia el tratamiento de este problema, lo que nos indica que a mayor sexismo hostil, decrecen las actitudes hacia el tratamiento y abordaje de la violencia de género y por tanto, aumenta el riesgo de infradetección del maltrato en el espacio sanitario; por otra parte, el sexismo benevolente -representado por ideas estereotipadas en torno a las mujeres-, influye en estas actitudes fundamentalmente, a través de su efecto negativo en la formación, de forma que, a mayor nivel de creencias sexistas benevolentes, menor nivel de formación en violencia de género.

Podemos concretar que el mayor puntaje en sexismo hostil y benévolo predice una menor implicación en el abordaje de este tipo de casos. Para el sexismo hostil, la falta de implicación permanece al margen de la realización de actividades formativas. En el caso de los participantes con puntajes más altos en sexismo benévolo, presentarán una menor tendencia a formarse, si bien cuando se forman, los niveles de implicación en la identificación de casos, aumenta.

Asimismo, la formación está condicionada por la presencia de actitudes sexistas (pre)existentes. Añadir que, un bajo nivel formativo de conocimiento y entrenamiento hacia la violencia de género, obstaculizan la intervención y tratamiento en los casos de maltrato (Sugg et al., 1999, Tilden et al., 1994) en el espacio sanitario.

Esta conclusión, se correlaciona con los resultados de diferentes estudios que vinculan el sexismo hostil hacia las mujeres, con mayores niveles de aceptación de esta forma de violencia y una mayor tendencia a culpabilizar a la víctima (Abrams et al., 2003; Sakalli, 2001; Valor-Segura et al., 2011). Aplicado al ámbito concreto de la sanidad, se ha comprobado que las actitudes prejuiciosas o discriminatorias hacia los pacientes, tienen efectos nocivos para la salud de éstos (Chrisler, Barney & Palatino,

2016; Mouzon, Taylor, Keith, Nicklett, & Chatters, 2017; Richman, Kohn-Wood & Williams 2007), probablemente relacionado con deficiencias en la atención derivadas del prejuicio.

Así, los resultados obtenidos por otros autores sobre actitudes adversas de los profesionales de la salud hacia las víctimas de maltrato (Djikanovic et al., 2010; Feder et al., 2006) podrían explicarse por la presencia de actitudes prejuiciosas hacia las mujeres (sexismo hostil). Estas actitudes condicionan las adherencias hacia la formación, se traducen en menores niveles de implicación en los casos de violencia y por consiguiente, en una atención deficitaria que afecta a la salud de las mujeres víctimas de esta forma de violencia, por el consiguiente retraso en la identificación del problema.

Tras este primer análisis, se calculó el efecto de las actitudes sexistas hostiles y benevolentes hacia las mujeres sobre las razones a las que los profesionales achacan la infra-detección de la violencia contra la mujer en el espacio de salud, en concreto, las barreras institucionales y personales atendiendo al rol mediador de las horas de formación y la implicación de los profesionales de la salud. De modo que, mayores niveles de implicación se relacionan con una mayor percepción de obstáculos institucionales en la detección, pero no afectan a la percepción de limitaciones personales. Aquellos que puntúan más alto en sexismo hostil presentan menores niveles de percepción de limitaciones institucionales, pero sin efecto significativo alguno sobre la percepción de limitaciones personales.

En el caso del sexismo benevolente, no tiene efecto alguno sobre la percepción de limitaciones institucionales, ni personales o dicho de otro modo, se implican menos y perciben menos barreras para la detección.

A su vez, se indagó en el efecto del sexismo ambivalente hacia el hombre, en la implicación en la detección de casos de maltrato contra la mujer y con el rol mediador de las horas de formación específica en violencia de género.

En el caso del sexismo hostil, no se establece ninguna relación positiva ni con la implicación ni con las horas de formación. Las puntuaciones en sexismo hostil se relacionan con actitudes más negativas hacia la implicación en la detección, aparte de las horas formativas empleadas en violencia de género. En otras palabras, mayores niveles de sexismo hostil se asocian con una menor implicación en la detección, independientemente de que hay mediado formación o no, y en el caso de que se haya realizado alguna actividad formativa, independientemente del número de horas de formación en materia de violencia.

Por otra parte, el sexismo benevolente influye en la implicación a través de su efecto negativo en las horas de formación. En consecuencia, un mayor nivel de creencias sexistas benevolentes contribuye a un menor esfuerzo en el número de horas formativas en violencia de género, pero actitudes más positivas hacia la implicación. En este caso, se añadiría un plus de dificultad en torno a la identificación de casos de violencia de género debido fundamentalmente a las carencias formativas.

Por último, se evaluó el efecto de las actitudes sexistas ambivalentes hacia el hombre sobre la percepción de limitaciones institucionales y personales para la detección de casos en el contexto sanitario.

Se obtuvo que aquellos profesionales con mayores niveles de sexismo hostil hacia los hombres, se implican menos en la identificación de la violencia de género, en relación a una percepción elevada de las limitaciones tanto institucionales como

personales. Por otro lado, se observa que quienes presentan actitudes sexistas benevolentes, se implican menos y perciben más barreras institucionales para la detección, pero no barreras personales.

A lo largo de este estudio, tanto el sexismo benevolente como el hostil (ambos interrelacionados), se han relacionado con actitudes poco positivas a la implicación en la identificación de la violencia contra la mujer en la pareja en el espacio sanitario. El sexismo benévolo se ha vinculado con actitudes más desfavorables hacia la violencia e incluso se ha hablado de cierto aspecto protector (Allen et al., 2009; Sakalli, 2001). Cabría esperar que este rechazo se tradujese en el ámbito concreto de la atención sanitaria, en mayores niveles de implicación en la atención a las víctimas de maltrato pero los resultados indican que esta forma de sexismo no se relaciona de forma directa con la implicación de los profesionales de la salud.

Tal y como apuntan Allen et al. (2009), se observa una menor aceptación de esta forma de violencia en aquellos sujetos con mayores niveles de sexismo benevolente, también se ha comprobado que esto se relaciona con el hecho de que las mujeres encajen en la visión estereotípica de la mujer, tendiendo a justificar la violencia ejercida sobre ellas cuando transgreden la norma. Así pues, la ausencia de relación del sexismo benevolente con la implicación (en este caso), podría deberse al hecho de que, por una parte, el sexismo benevolente no es suficiente para explicar el rechazo o justificación de violencia y por otra, se desconocen los detalles específicos (si la mujer se amolda o no a lo que se espera de ella).

No obstante, si se observa una relación indirecta entre las actitudes sexistas benevolentes y la implicación a través del número de horas de formación recibidas en materia de violencia de género. Por una parte, los mayores niveles de sexismo

ambivalente se relacionan con una tendencia a recibir menos horas de formación aunque por otra, se observa que, una vez recibida la formación, el mayor número de horas se relaciona con mayores niveles de implicación. El papel del sexismo benevolente es, pues, especialmente relevante en el efecto que tiene sobre la tendencia a formarse (más o menos) o no formarse en materia específica de la violencia, actuando como un proceso de autoselección que va a determinar los futuros niveles de implicación.

Los hallazgos de diferentes estudios resaltan el impacto significativo que tienen la capacitación y la formación con mejores tasas de detección (Gutmanis et al., 2007; Macías, 2012; Yeung, Chowdhury, Malpass y Feder, 2012). Ha de tenerse en cuenta que el cambio actitudinal no depende exclusivamente de la formación. Tal y como indicaron Edwardsen, Horwitz, Pless, Le Roux y Fiscella (2011), la formación por sí sola no supone una actitud positiva hacia la detección de casos a lo largo del tiempo, sino que son necesarias diversas medidas para que esto ocurra. De este modo, no es posible concretar el nivel formativo que garantice un cambio positivo en las actitudes profesionales hacia la mujer víctima de maltrato.

En resumen, la formación que fomente un cambio hacia actitudes positivas (mayores niveles de implicación) y hacia la detección de casos de violencia es necesaria pero no suficiente para afrontar la complejidad de estos casos (Siendones et al., 2002). Las actitudes sexistas son uno de los aspectos sobre los cuales trabajar a fin de evitar una infra-detección de casos de maltrato, derivado de mayores niveles de aceptación y justificación de esta forma de violencia.

Tal y como han indicado algunos autores, más relevante que la relación de ambas formas de sexismo -de manera individual- con la aceptación de la violencia, es la consideración conjunta de ambas, pues se ha comprobado que la relación entre el

sexismo benevolente y la aceptación desaparece en estos casos, pero es lo que mejor predice la aceptación (Valor-Segura et al., 2011). La relación entre ambas formas de sexismo y su influencia sobre los niveles de implicación de los profesionales de la salud, tiene repercusiones a nivel social, ya que condiciona la detección (infra-detección) de los casos de violencia de género, en uno de los ámbitos a los que las víctimas de esta forma de violencia acuden principalmente.

Estos resultados sugieren que la presencia de actitudes sexistas tanto hostiles como benévolas, podrían obstaculizar la percepción de las situaciones de violencia de género como apuntan algunos estudios (Barreto, Ellemers, Piebinga y Moya, 2010; Bohner, Alhborn y Steiner, 2010; Masser, Lee y McInmmie, 2010; Napier, Thorisdottir y Jost, 2010) y con ello, el abordaje de los casos de violencia de género.

Si bien, algunos estudios han mostrado un efecto positivo de un mayor nivel educativo sobre la menor justificación de la violencia hacia la mujer (Yoshioka et al., 2001), otros revelan la presencia de actitudes tolerantes hacia la violencia contra la mujer en profesionales cualificados (Ferrer et al., 2011) y en personal sanitario (Bessette y Peterson, 2002; Claramunt, 2001; Sugg et al., 1999). La formación específica puede dar lugar a formas más objetivas y menos prejuiciosas de entender la violencia de género. Es por ello, que la inclusión de materia obligatoria específica de género y violencia dentro de los planes docentes de la titulación de las carreras sanitarias, sería una posible herramienta que serviría como elemento preventivo y formativo.

Por último, sin cambios en las políticas institucionales y en las infraestructuras, resulta complicado ofrecer una atención de calidad y parece poco probable que la capacitación por parte de los profesionales, sea suficiente para solucionar el problema ya que las barreras que destacan los profesionales sanitarios, son la necesidad de

disponer de más tiempo y de un espacio óptimo de trabajo en condiciones de confidencialidad.

6. CONCLUSIÓN

- 1) A lo largo de la presente investigación se observó que en los profesionales de la salud, perviven diferentes barreras que obstaculizan la detección de casos de violencia en la pareja en los servicios sanitarios.
- 2) Entre estas barreras, las carencias formativas y las actitudes de género tienen una presencia que se apunta como relevante en la implicación para la identificación de casos de violencia en la pareja.
- 3) Las actitudes sexistas (hostiles y benévolas), se asocian a la implicación en la detección del maltrato de modo diferente, y mediado por la formación específica que los profesionales hayan adquirido.
- 4) Mayores niveles de sexismo hostil, se asociaron con menores niveles de implicación en casos de maltrato, independientemente del nivel de formación en violencia de género.
- 5) Por otra parte, mayores niveles de sexismo benevolente, media en las actitudes positivas hacia el tratamiento, en la medida en que afecte negativamente a la formación en violencia de género.
- 6) También se observa que mayores niveles de implicación se relacionan con mayor percepción de limitaciones institucionales en la detección, pero no tiene efecto alguno sobre la percepción de limitaciones personales.

- 7) Por otro lado, las horas de formación se relacionan significativa y positivamente con la implicación en los casos de violencia en la pareja, a mayores niveles de formación se percibe una tendencia hacia mayores niveles de implicación.
- 8) Los resultados aquí presentados, refuerzan la necesidad de capacitar al personal sanitario, ya que es esencial que cuente con un buen entrenamiento para proporcionar una atención adecuada y derivar a las víctimas hacia las instituciones multidisciplinares que permitan una atención integral.
- 9) Frente a la evidencia expuesta en este trabajo, se sugiere que esta formación debería abordar aspectos vinculados a las ideologías de género que todavía permean entre los integrantes del sector salud. De modo, que resultaría interesante realizar un análisis de las creencias sobre el tema para un mejor reconocimiento de los potenciales sesgos sexistas que puedan surgir, controlarlos y evitar que puedan influir en el desempeño profesional.

REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

- Abeya, S.G., Afework, M.F., & Yalew, A. W. (2011). Intimate partner violence against women in western Ethiopia: prevalence, patterns, and associated factors. *BMC Public Health*, 9(11), 913. doi: 10.1186/1471-2458-11-913
- Abrams, D., Viki, G. T., Masser, B. & Bohner, G. (2003). Perception of a stranger and acquaintance rape: the role of benevolent and hostile sexism in victim blame and rape proclivity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(1), 111-125.
- Acale, M. (2007). El artículo primero de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de protección integral contra la violencia de género: el concepto de violencia de género. En P. Faraldo Cabana, (dir.) y L.M. Puente Aba / J.A. Ramos Vázquez (coords.), *Política criminal y reformas penales*, (p.35) . Valencia: Tirant lo Blanch.
- Access Economics. (2004). *The cost of domestic violence to the Australian economy. A report prepared for the Australian Government's Office for the Status of Women*, Recuperado el 4 de enero de 2015 de: <http://www.accesseconomics.com.au/frame.htm>
- Acevedo, C. (2009). Los Costos Económicos de la Violencia en El Salvador. En Carrión, F. y Dammert, M. (2009) *Economía política de la seguridad ciudadana* (pp.145-146). Ecuador: FLACSO y Municipio del Distrito Metropolitano de Quito.
- Adam, A. (2013). Una revisión sobre violencia de género. Todo un género de duda. *Gaceta internacional de ciencias forenses*, 23-31.
- Afifi, T. O., MacMillan, H., Cox, B.J., Asmundson, G.J., Stein, M.B., & Sareen, J. (2009) Mental health correlates of intimate partner violence in marital relationships in a nationally representative sample of males and females. *Journal of Interpersonal Violence*. 24, 1398–1417. doi:10.1177/0886260508322192
- Agoff, C., Rajsbaum, A., & Herrera, C. (2006). Perspectivas de las mujeres maltratadas sobre la violencia de pareja en México. *Salud Pública de México*, 48 ,307-314. doi:10.1590/S0036-36342006000800011
- Aguayo, F. y Romero, S. (2006). Paternidades y Terapia. En A. Roizblatt (Ed.), *Terapia familiar y de pareja* (pp 152-165). Santiago, Chile: Mediterráneo.

- Alcántara, M.V., López, C., Castro, M. y López, J. J. (2013). Alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género: Prevalencia y diferencias de género y edad en el CBCL. *Anales de Psicología*, 29(3), 741-747. Recuperado el 6 de agosto de 2015 de <http://www.redalyc.org/pdf/167/16728244013.pdf>
- Alcaraz, C. L., Roche, F.P., Hernández, M. T., Meseguer, C. B., Rodríguez, J. D. P. Esparza, A. O. (2014). Formación y detección de la violencia de género en la profesión sanitaria. *Rev Enferm* 4(19), 217-226.
- Alderson, L. J., Alderson, P., & Tan, T. (2014). Median life span of a cohort of National Institute for Health and Care Excellence clinical guidelines was about 60 months. *Journal Clinic Epidemiology* 67, 52–55. doi: [10.1016/j.jclinepi.2013.07.012](https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.07.012)
- Alhabib, S., Nur, U., & Jones, J. (2010). Domestic violence against women: Systematic review of prevalence studies. *Journal of Family Violence*, 25, 369–382. doi: <https://doi.org/10.1007/s10896-009-9298-4>
- Allen, M., Ferrier, S., O'Connor, N., & Fleming, I. (2007). Family physicians' perceptions of academic detailing: a quantitative and qualitative study. *BMC Medical Education*, 7, 36. doi: 10.1186/1472-6920-7-
- Alméricas, D. (2002). *Violencia contra la mujer en relación de pareja: América Latina y el Caribe: una propuesta para medir su magnitud y evolución*. United Nations Publications.
- Allport, G. W. (1935). Attitudes. En C. Murchison (Ed.), *Handbook of Social Psychology* (pp. 798-884). Worcester, MA: Clark University Press.
- Allport, G.W. (1954). *The nature of prejudice*. Reading: Massachusetts. Addison-Wesley Publishing Company.
- Al-Natour, A., Gillespie, G. L., Wang, L. L., & Felblinger, D. (2014). A comparison of intimate partner violence between Jordanian nurses and Jordanian women. *Journal Forensic Nursing*, 10(1), 13-9. doi :[10.1097/JFN.0000000000000016](https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000016)
- Alonso, M.J., Bedoya, J.M., Cayuela, A., Dorado, M.I., Gómez, M.C. y Hidalgo, D. (2004). Violencia contra la mujer: Resultados de una encuesta hospitalaria. *Programa de Obstetricia y Ginecología*, 47(11).

- Alsafy, N.N., Alhendal, E.S., Alhawaj, S.H., El-Shazly, M.K., & Kamel, M.I.(2011) Knowledge of primary care nurses regarding domestic violence. *Alexandria Journal of Medicine*. 47,173-8016.
- Alvarez, E. Brito, C., Arbach, K.y Pueyo, A. (2010).Detección de la violencia contra la pareja por profesionales de la salud. *Anuario de Psicología Jurídica*, 20, 31-41
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (1999). *Domestic violence: Educational bulletin n° 257*. Washington, DC: Author.
- American Medical Association. (1992). Violence against women. Relevance for medical practitioners. *Journal of the American Medical Association*, 267(23), 3184-3189.
- American Nurses Association. (1991) *Position statement: Physical violence against women*. Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (1996). *APA presidential task force on violence and the family report*. Washington, DC: Author.
- Amor, P.J., Bohórquez, I. A., y Echeburúa, E. (2006). ¿Por qué y a qué coste físico y psicológico permanece la mujer junto a su pareja maltratadora? *Acción Psicológica*, 2, 129-15
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I., y Sarasúa, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(2), 227-246.
- Andrade, C.J.M., & Fonseca, R.M.G.S. (2008) Considerations on domestic violence, gender and the activities of family health teams. *Revista da Escola da Enfermagem USP*, 42(3), 591-95.
- Anglin, D., & Sachs, C. (2003). Preventive care in the emergency department: Screening for domestic violence in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 10(10), 1118-1127.
- Aranda, M. y Montes, B. (Dirs.). (2012). Las princesas que juegan al fútbol y los príncipes que saltan a la comba. Concienciación del alumnado de la presencia de

estereotipos y *estrategias para evitar su influencia en la toma de decisiones*. Granada: Ed. Ruiz de Aloza.

- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review *Psychological Bulletin*, 126(5), 651-680. doi: <https://doi.org/10.1037//0033-2909.126.5.651>
- Arenas, A. A. y Rojas J. L. (2014). Detección de sexismo ambivalente en estudiantes de bachillerato mexicanos. *Psicología: Tercera época*, 33 (1) 137-166.
- Arguelles, R., Lorente , P., & Esteva, M. (2011). Care of victims of domestic violence in the Emergency Unit of a Health Centre. *Atención Primaria*. 43(5), 270-271.
- Arias, I., & Corso, P. (2005). Average cost per person victimized by an intimate partner of the opposite gender: A comparison of men and women. *Violence and Victims*, 20(4), 379-39.
- Arredondo, A. B., Broco, M., Alcalá T., Rivera, A., Jiménez, I., y Gallardo C. (2012). Profesionales de Atención Primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010. *Revista Española de Salud Pública*, 86, 85-99.
- Arredondo, A., Cifuentes, M., Díaz, E., Gutiérrez, A. Salegui, A. (2005) Enfermería ante la Violencia de Género. *Boletín de Enfermería de Atención Primaria. G.A.P Talavera*, 3(1), 13-14
- Arredondo, A.B., Del Pliego, G., Nadal, M., y, Roy, R. (2008). Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. *Enfermería clínica* 18(4): 175-82.
- Arroyo, A., Lancharro, I., Calvo, I.M., Romero, R., Ramírez, C., y Morillo, M.S. (2014). Percepciones del alumnado de enfermería sobre la salud de las mujeres tras la formación en género. V Congreso Universitario Internacional Investigación y Género.
- Babi, P., Barbancho, R., Castellote, C., Costa, D., Pérez-Hervada, M., y Rodoreda, S. (2003). *Recomanacions per a l'abordatge del maltractament a la dona des de l'atenció primària de salut*. Barcelona: SAP Sant Martí

- Bacchus, L., Aston, G., Torres-Vitolas, C., Jordan, P., & Murray, S. (2007). A Theory-based Evaluation of a Multi-agency Domestic Violence Service Based in Maternity and Genitourinary Services at Guy's & St Thomas' NHS Foundation Trust. London: King's College London.
- Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S. (2003). Women's perceptions and experiences of routine screening for domestic violence in a maternity service. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *109*, 9-16.
- Baraldi, P., Almeida, A.C., Perdoná, A.M., Vieira, G., & Dos Santos, M.A. (2013) Perception and Attitudes of Physicians and Nurses about Violence against Women. *Nursing Research Practice*. 2013,785025.
- Barberá, E. & Martínez, I. (2004). *Psicología y género*. Madrid, España: Pearson Prentice Hall.
- Baron, R., & Byrne, D. (1998). *Psicología Social*. Madrid: Prentice Hall.
- Barrett, K.A., O'Day, B., Roche, A., & Carlson, B. L. (2009). Intimate partner violence, health status, and health care access among women with disabilities. *Womens Health Issues*, *19*, 94–100.
- Barros, P., Lisboa, M., Cerejo, D., & Barrenho, E. (2008). *Health care costs of domestic violence against women: Evidence from Portugal*. Recuperado 5 de marzo, 2014 de https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1160306
- Basile, K. C., Arias, I., Desai, S. & Thompson, M. P. (2004). The differential association of intimate partner physical, sexual, psychological, and stalking violence and posttraumatic stress symptoms in a nationally representative sample of women. *Journal of Traumatic Stress*, *17*, 413-421 .doi: [10.1023/B:JOTS.0000048954.50232.d8](https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000048954.50232.d8)
- Bautista, E. (2004). Reciprocidad, responsabilidad y justicia. En: BAUTISTA E. (ed.) *10 palabras clave en la violencia de género* (pp.189-239). Navarra: Verbo Divino.
- Bazargan-Hejazi, S., Medeiros, S., Mohammadi, R., Lin, J., & Dalal, K. (2012). Patterns of Intimate partner violence: A study of female victims in Malawi.

Journal of Injury and Violence Research, 7(5), 38-50. Doi: 10.5249/jivr.v5i1.139

- Becker, J. C. (2010). Why do women endorse hostile and benevolent sexism? The role of salient female subtypes and personalization of sexist contents. *Sex Roles*, 62, 453–467. doi:10.1007/s11199-009-9707-4
- Becker, J. C., & Wright, S. C. (2011). Yet another dark side of chivalry: Benevolent sexism undermines and hostile sexism motivates collective action for social change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(1), 62-77.
- Belknap, J. (2010). Rape: Too hard to report and too easy to discredit victims. *Violence Against Women*, 16(12), 1335-1344.
- Bensley L, Macdonald S, Van Eenwyk J, Simmons KW, & Ruggles D.(2000) Prevalence of intimate partner violence and injuries. *MMWR* 200049, 589-592
- Bennet, H., Cohen, R. & Ellard, J.H. (1991). Coping with an abusive relationship: How and why do women stay? *Journal of marriage and the family*, 53 (2), 311-325.
- Bessette, H.D., & Peterson, S.S. (2002). Attitudes of adult nurse practitioner students toward woman experiencing domestic violence. *Journal of Nursing Education*, 41(5), 227-230
- Beynon C.E., Gutmanis I.A., Tutty L.M., Wathen C.N., MacMillan H.L.(2012) Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health*, 12,473-5. doi:10.1186/1471-2458-12-473
- Bhandari, M., Sprague, S., Tornetta, P., D'Aurora, V., Schemitsch, E., Shearer, H.,... & Dosanjh, S. (2008) (Mis) perceptions about intimate partner violence in women presenting for orthopaedic care: a survey of Canadian orthopaedic surgeons. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 90(7), 1590-1597
- Blanco, P., Ruiz, C., García, L.y Martín, M. (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria.*, 18(1), 182-188.
- Boira, S., Carbajosa, P. y Méndez, R. (2016). Miedo, conformidad y silencio: la violencia en las relaciones de pareja en áreas rurales de Ecuador. *Psychosocial Intervention*, 25, 9-17.doi: <https://doi.org/10.1016/j.psi.2015.07.008>

- Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Reid, R. J., Rivara, F. P., Carrell, D., & Thompson, R. S. (2009). Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence. *Archives of Internal Medicine*, 169(18), 1692-1697.
- Bonomi, A.E., Thompson, R.S., Anderson, M., Reid, R.J., Carrell, D., Dimer, J.A., & Rivara, F.P. (2006). Effects of intimate partner violence on women's physical, mental and social functioning. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(6), 458-466
- Borkowski, M., Murch, M. & Walker, V. (1983). *Marital Violence .The community response*, Tavistock Publications, London.
- Bosch, y Ferrer, V. (2002). *La voz de las invisibles. Las víctimas de un mal amor que mata*. Madrid: Editorial Cátedra. Colección Feminismos.
- Bosch, E., Ferrer, V.A., García, E., Ramis, M.C., Navarro, C., y Torrens, G. (2007) Del mito del amor romántico a la violencia contra las mujeres en la pareja. Madrid, Estudios e Investigaciones, Instituto de la Mujer.
- Boyle, A., & Todd, C. (2003) Incidence and prevalence of domestic violence in a UK emergency departmen. *Emergency of Medicine Jorunal*, 20, 438-442
- Bracken, M.I., Messing, J.T., Campbell, J.C., La Flair, L.N., & Kub, J. (2010). Intimate partner violence and abuse among female nurses and nursing personnel: prevalence and risk factors. *Issues Ment Health Nurs.* 31(2), 137-48.
- Bradley, F., Smith, M., Long, J., & O'Dowd, T. (2002) Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *British Medical Journal*, 324,271-274
- Breckler, S. (1984) Empirical validation of affect, behavior, and cognition as distinct components of attitude. *Journal of Personality and Social Psychology* 47 (6), 1191–205.
- Britton A. (2012). Intimate violence: 2010/11 BCS. In Smith, K. (Ed.), *Homicides, firearm offences and intimate violence 2010/11*: Supplementary volume 2 to Crime in England and Wales 2010/11 (pp. 83-115). London, England: Home Office.

- Brokaw, J., Fullerton-Gleason, L., Olson, L., Crandall, C., McLaughlin, S., & Sklar, D. (2002). Health status and intimate partner violence: a cross-sectional study. *Annals of Emergency Medicine*, 39(1), 31-38. doi: <https://doi.org/10.1067/mem.2002.117271>
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Brown, D.S., Finkelstein, E.A., & Mercy .J. A (2008). Methods for estimating medical expenditures attributable to intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 23, 1747-66
- Bugarín, R.y Bugarín, C. (2014). Aspectos éticos en la atención sanitaria de la violencia de género. *SEMERGEN*, 40(5), 280-328. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2014.03.0110>
- Bundock, L. Howard, L, Trevillion, K. & Malcolm, L. (2013) Prevalence and risk of experiences of intimate partner violence among people with eating disorders: A systematic review. *Journal of Psychiatric*, 47,(9). doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.04.014>
- Buvinic, M. Morrison, A. R. & Shifter, M. (1999). Violencia en América Latina y el Caribe: un marco de referencia para la acción. En: A. R. Morrison y M. L. Biehl (Eds.), *El costo del silencio, capítulo 1*. Washington, D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Cabrera, R. y Carazo, M.J. (2010). *Análisis de la Legislación Autonómica en Violencia de Género*. España, Ministerio de Igualdad.
- Caetano, R., Vaeth, P. & Ramisetty-Milker, S. (2008). Intimate partner violence victims and perpetrator characteristics among couples in the United States. *Journal Of Family Violence*, 23, 507-518.Doi 10.1007/s10896-008-9178-
- Calvo, G., y Camacho, R. (2014). La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enfermería Global*, 13(33), 424-439.
- Cameron, C. (1977) Sex-role attitudes. En S. Oskamp (Ed.) *Attitudes and opinions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. pp. 339-359.

- Campbell, J. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359(9314), 1331-1336.
- Campbell, J., Jones, A., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P.,...& Wynne, C. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med.*, 162, 1157-63.
- Campbell, J., Kub, J., & Rose, L. (1996). Depression in battered women. *Journal of the American Medical Women's Association*, 51(3), 106-110
- Canadian Task Force on the periodic health examination (1994). *The Canadian guide to clinical preventive health care*. Ottawa, Canada: Communication Group.
- Cano, L.M., Berrocoso, A., Arriba, L., Bernaldo., Alamar, J. D. y Cardo, A. (2010) Prevalencia de Violencia de Género en mujeres que acuden a consultas de Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 3 (1), 10-17.
- Cárdenas, M., Lay, S., González, C., Calderón, C. & Alegría, I. (2010). Inventario de sexismo ambivalente: Adaptación, validación y relación con variables psicosociales. *Revista Salud & Sociedad*, 1(2), 125-135.
- Carlson, B., McNutt, L., Choi, D., & Rose, I. (2002). Intimate partner abuse and mental health. *Violence Against Women*, 8(6), 720-745
- Carlson, G., O'Campo, P., Campbell, J., Schollenberger, J., Woods, A., Jones, A.,... & Wynn, E. (2000). Women's Opinions About Domestic Violence Screening and Mandatory Reporting. *American Journal of Preventive Medicine*, 19: 279-285.
- Carmona, J.M., Recio, B., & Rodríguez, M.A. (2017). Intimate partner violence among health professionals: distribution by autonomous communities in Spain. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 51 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016049803256>
- Carrillero, S., Martínez, J.M., Flores, M.D. (2012) Aproximación teórica del profesional enfermero a los dispositivos legales para afrontar la violencia de género. *Enfermería global*, 27,430-445
- Castro, R., & Ruiz, A. (2004) Prevalence and severity of domestic violence among pregnant women, Mexico. *Revista de Salud Pública*, 38, 62-70.

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2003). *Costs of Intimate Partner Violence against Women in the United States*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2010). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control
- Chamberlain, L., & Perham-Hester, K. A. (2002). The impact of perceived barriers on primary care physicians' screening practices for female partner abuse. *Women & Health, 35*(2), 55–69.
- Chan, Y., Lam, G. & Shae, W. (2011) Children's views on child abuse and neglect: Findings from an exploratory study with Chinese children in Hong Kong. *Child Abuse and Neglect, 35*, 162-172.
- Chandra, P., Satyanarayana, V. & Carey, M. (2009). Women reporting intimate partner violence in India: Associations with PTSD and depressive symptoms. *Archives of Women's Mental Health, 12* (4), 203-209
- Chang, J.C., Decker, M., Moracco, K.E., Martin, S.L., Petersen, R., & Frasier, P.Y. (2003) What happens when health care providers ask about intimate partner violence? A description of consequences from the perspectives of female survivors. *Journal of American Medical Association, 289*, 76-81.
- Chapleau, K., Oswald, D., & Russell, B. (2007). How ambivalent sexism toward women and men support rape myth acceptance. *Sex Roles, 55*, 131-136.
- Chen, Z., Fiske, S. T., & Lee, T. L. (2009). Ambivalent Sexism and Power-Related Gender-role Ideology in Marriage. *Sex roles, 60*(11-12), 765-778.
- Chrisler, J. C., Barney, A., & Palatino, B. (2016). Ageism can be hazardous to women's health: Ageism, sexism, and stereotypes of older women in the healthcare system. *Journal of Social Issues, 72*(1), 86-104. doi: <https://doi.org/10.1111/josi.12157>
- Cirici, R., Querol, N., y Ripoll, A. (2010) La consulta sanitaria: ¿un espacio privilegiado para la detección y el abordaje de la violencia de género? *Formación Médica*

Continuada en Atención Primaria, 17, (8), 550-559. doi: 10.1016/S1134-2072(10)70213-9.

- Claramunt, C. (1999). Ayudándonos a Ayudar a Otras. *Guía para el Autocuidado de Quienes Trabajan en el Campo de la Violencia Intrafamiliar*. San José, Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud.
- Clark, J.P. & Du Mont, J. (2003). Intimate partner violence and health: a critique of Canadian prevalence studies. *Canadian Journal of Public Health*, 94(1), 52-58.
- Clark, C. J., Hill, A., Jabbar, K., & Silverman, J. G. (2009). Violence during pregnancy in Jordan: its prevalence and associated risk and protective factors. *Violence Against Women*, 15, 720–735. doi [10.1177/1077801209332191](https://doi.org/10.1177/1077801209332191)
- Cleary, B.S., Keniston, A., Havranek, E.P., y Alpert, R.K. (2008). Intimate partner violence in women hospitalized on an internal medicine service: prevalence and relationship to responses to the review of systems. *Journal of Hospital Medicine*, 3, 299–307
- Cobo, J., Muñoz, R., Martos, A., Carmona, M., Pérez, M., Cirici, R., y García, G. (2010). La violencia de género en la atención psiquiátrica y psicológica especializada: ¿es relevante la violencia de género para nuestros profesionales? *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(2), 61-67.
- Cohen, S., De Vos, E., & Newberger, E. (1997). Barriers to physician identification and treatment of family violence: Lessons from five communities. *Academic Medicine*, 72, 19-25
- Coid, J., Petruckevitch, A., Chung, W.S., Richardson, J., Moorey, S., & Feder, G. (2003). Abusive experiences and psychiatric morbidity in women primary care attenders. *British Journal of Psychiatry*, 183,332-9.
- Coker, A., Davis, K., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H., & Smith P. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med*, 23(4), 260-268.
- Coker, A., Reeder, C., Fadden, M., & Smith, P. (2004). Physical partner violence and medical utilization and expenditures. *Public Health Reports*, 119, 557-571.

- Coker, A.L., Smith, P. H., McKeown, R. E., & King, M. J. (2000). Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual and psychological battering. *American Public Health Association*, 90(4), 553-559. .
- Coker, A., Flerx, V., Smith, P., Whitaker, D., Fadden, M., & Williams, M. (2007). Partner Violence screening in rural health care clinics. *Am J Public Health*, 97(7), 1319-1325.
- Colarossi, L., Breitbart, V., & Betancourt, G. (2010). Barriers to screening for intimate partner violence: a mixed-methods study of providers in family planning clinics. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 42(4), 236-243. doi: 10.1363/4223610.
- Cole, T. (2000). Is domestic violence screening helpful *Journal of the American Medical Association*, 284(5), 551-555. doi: [10.1001/jama.284.5.551](https://doi.org/10.1001/jama.284.5.551)
- Colectivo Ioé. (2011). *Detección y tratamiento de la violencia de género. Actitudes del personal sanitario del Servicio Nacional de Salud* Madrid: Colectivo Ioé. Recuperado el 12 de julio de 2014 de <https://www.colectivoioe.org/uploads/72af8b64f651f933eade7d01c9920e1a476c8a61.pdf>
- Coll, B. (2006) Identificación en urgencias de los casos de violencia doméstica. *Jano*, 1596:39-41.
- Coll, B., Echeverría, T., Farrás, U., Rodríguez, D., Millás, J., y Santiñá M. (2008) El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gaceta Sanitaria.*, 22(1), 7-10.
- Colombini, M., Mayhew, S., Ali S.H., Shuib, R., & Watts., C. (2013) "I feel it is enough..."Health providers" perspectives on services for victims of intimate partner violence in Malaysia. *BMC Health Services Research*, 13, 65. Doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-13-65>.
- Colucci, E., & Heredia, A. (2013). *Violence against women and suicide in the context of migration: A review of the literature and a call for action. Suicidology*, 81-91.

- Connelly, K., & Heesacker, M. (2012). Why is benevolent sexism appealing?: Associations with system justification and life satisfaction. *Psychology of Women Quarterly*, 36(4), 432-443
- Connor, P., Nouer, S., Speck, P., Mackey, S. & Tipton, N. (2013). Nursing students and intimate partner violence education: improving and integrating knowledge in to health care curricula. *Journal of Professional Nursing*, 29 (4), 233-239
- Consejo General de Enfermería. Código Deontológico de la Enfermería Española. [Internet] Recuperado 9 de septiembre de 2016 en: https://www.colegioenfermeriamalaga.com/documentos/vu/Codigo_Deontologico_o.pdf
- Courtenay, W. H., & Keeling, R. P. (2000). Men, gender, and health: toward an interdisciplinary approach. *Journal of American College Health*., 48, 243-246.
- Cristóbal, H. J. (2014). El concepto de habitualidad en la violencia doméstica: análisis del artículo 173.2 del código penal español. *Derecho y Cambio Social*.
- Crombie, N., Hooker, L., & Reisenhofer, S. (2017). Nurse and midwifery education and intimate partner violence: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 26 (15-16), 2100-2125. Doi .10.1111/jocn.13376
- Cruz, A. & Klinger, S. (2011). *Gender based violence comes at high social and economic cost*. Geneva: International Labor Organization.
- Cruz, C., Zempoaltécatl, V. y Correa, F. (2005). Perfiles de sexismo en la ciudad de México: Validación del cuestionario del sexismo ambivalente. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 10(2), 381-395.
- Dardenne, B., Dumont, M., & Bollier, T. (2007). Insidious dangers of benevolent sexism: consequences for women's performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(5), 764.
- Datner, E., y Ferroggiaro, A. (1999). Violence during pregnancy. *Emerg Med Clin North Am*, 17(3), 645-656.
- Davis, R. E. y Harsch, K. (2001). Confronting barriers to universal screening for domestic violence. *Professional Nursing*, 17, 313-320

- De Gea, B.I., y López, M.J. (2014) Sensibilización de los profesionales de enfermería de urgencias y emergencias del área IV ante la formación especializada en violencia de género, frente a otros colectivos sanitarios. *Mujer y Cuidados*, 255-278.
- DeGue, S., & DiLillo, D. (2005). You would if you loved me: Toward an improved conceptual and etiological understanding of nonphysical male sexual coercion. *Aggression and Violent Behavior*, 10(4), 513-532. doi: 10.1016/j.avb.2004.09.001.
- Delara, M. (2016). Mental health consequences and risk factors of physical intimate partner violence. *Mental health in family medicine*.12, 119-125
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. (2015). *Macroencuesta de Violencia contra la mujer. Avance de resultados*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2016) *Impacto de la violencia de género en España: una valoración de sus costes en 2016*. Recuperado el 3 de octubre de 2018 de:
http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/laDelegacionInforma/pdfs/ESTUDIO_IMPACTO_VG_VALORACION_COSTES_2016.pdf
- De Lemus, S., Moya, M., Bukowski, M., y Lupiáñez, J. (2008) Activación automática de las dimensiones de competencia y sociabilidad en el caso de los estereotipos de género. *Psicológica*, 29,115-132.
- Delgado, C. (2010). Raíces de la violencia de género En: A.N. Marchal Escalona (coord.), *Manual de lucha contra la violencia de género* (pp.43-64). España: Aranzadi.
- Delgado, A., Aguar, M., Castellano, M., y Luna, J.D. (2006). Validación de una escala para la medición de los malos tratos a mujeres. *Atención Primaria*, 38,82.
- Departamento de asuntos económicos y sociales (2010). *Manual de legislación sobre la violencia contra la mujer*. Nueva York Naciones Unidas: Recuperado el 20 de abril de 2014 de

[http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/handbook/Handbook-for-legislation-on-VAW-\(Spanish\).pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/handbook/Handbook-for-legislation-on-VAW-(Spanish).pdf)

- Deshpande, N. A., & Lewis-O'Connor, A. (2013). Screening for Intimate Partner Violence During Pregnancy. *Reviews in Obstetrics & Gynecology*, 6 (3), 141-48.
- Desmarais, S.L., Reeves, K.A., Nicholls, T.L., Telford, R.P., & Fiebert, M.S. (2012). Prevalence of physical violence in intimate relationships. Part 1: Rates of male and female victimization. *Partner Abuse*, 3, 140-169. doi: <http://dx.doi.org/10.1891/1946-6560.3.2.140>
- Devries, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M.,... & Watts, C. H. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Medicine*, 10, 11. Doi: [10.1371/journal.pmed.1001439](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001439)
- Devries, K. M., Mak, J. Y., García-Moreno, C., Petzold, M., Child, J.C., Falder, G. ... & Watts, C.H. (2013). The Global Prevalence of Intimate Partner Violence Against Women. *Science* 340, 1527-1528.
- Devries, K., Watts, C., Yoshihama, M., Kiss, L., Schraiber, L. B., Deyessa, N., & WHO-Multi-Country-Study-Team (2011). Violence against women is strongly associated with suicide attempt: evidence from WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Social Science and Medicine*, 73, 79-86. Doi: [10.1016/j.socscimed.2011.05.006](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.05.006)
- Díaz-Aguado, M. J. (2003) Adolescencia, sexismo y violencia de género *Papeles del Psicólogo* 23, 84: 35-44.
- Díaz-Aguado M.J. y Martínez, R. (2002). Guía de Buenas Prácticas para Paliar los efectos de la violencia contra las mujeres y conseguir su erradicación. Recuperado el 10 de octubre de 2015 de http://www.jzb.com.es/resources/Guia_BP_VCM_2002.pdf
- Díaz-Lázaro, L. (2011). Exploración de prejuicios en los psicólogos: el primer paso hacia la competencia sociocultural. *Papeles del Psicólogo*, 32 (3), 274-281
- Djikanovic, B., Jansen, H.A.F.M., & Otasevic, S. (2010) Factors associated with intimate partner violence against women in Serbia: a cross-sectional study.

Journal of Epidemiology Community Health 64,728–735.
doi:10.1136/jech.2009.090415

- Djikanovic, B., Lo Fo Wong, S., Stevanovic, S., Celik, H., & Lagro–Janssen, A. (2011) Women's Expectations of Healthcare Professionals in Case of Intimate Partner Violence in Serbia. *Women & Health*, 51, 693-708. doi: 10.1080/03630242.2011.620697
- Dobash, R.Emerson & Dobash Russell P. (1997). Violence against women. En Laura O'Toole & Jessica Schiffman (Org.) *Gender Violence: Interdisciplinary perspectives* (pp. 266-278). New York: New York University Press.
- Dolezal, T., Mc Collum, D., Callaham, M. & Eden P. (2009). *Hidden Costs in Health Care: The Economic Impact of Violence and Abuse*. Minnesota: Academy on Violence and Abuse.
- DOMOS (2010) *Estimación del Costo de la Violencia Contra las Mujeres en Chile en el Contexto Intrafamiliar*. Servicio Nacional de la Mujer, Gobierno de Chile.
- Dowd, M. D., Kennedy, C., Knapp, J. F., & Stallbaumer, J. (2002). Mothers' and health care providers' perspectives on screening for intimate partner violence in a pediatric emergency department. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 156(8), 794–799. doi:10.1001/archpedi.156.8.794.
- Doyal, L. (2001). Sex, gender, and health: the need for a new approach. *British Medical Journal* 323(7320), 1061-1063.
- Drossman, D. A., Talley, N. J., Leserman, J., Olden, K. W., & Barreiro, M. A. (1995). Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness: review and recommendations. *Annals of internal medicine*, 123(10), 782-794.
- Durán, M., Campos-Romero, I., y Martínez-Pecino, R. (2014). Obstáculos en la comprensión de la violencia de género: Influencia del sexismo y la formación en género. *Acción Psicológica* ,11 (2). Doi: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.11.2.14177>
- Duvvury, N., Carney, P., y Huu Minh, N (2013). *Estimando el costo de la violencia doméstica contra las mujeres en Vietnam*. Universidad Nacional de Irlanda/Instituto de Estudios sobre Familia y Género.

- Eagly, A. H. (1987). *Sex differences in social behavior: A social-role interpretation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Eagly, A. H. & Carli, L. L. (2004). Women and men as leaders. En J. Antonakis, A. T. Cianciolo & R. J. Sternberg (Eds.), *The nature of leaderships* (pp. 279-301). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Eagly, A. H., & Kite, M. E. (1987). Are stereotypes of nationalities applied to both women and men? *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 451–462
- Eagly, A. H. & Mladinic, A. (1994). Are people prejudiced against women? Some answers from research on attitudes, gender stereotypes, and judgments of competence. *European Review of Social Psychology*, 5(1),1-35 doi: <https://doi.org/10.1080/14792779543000002>
- Eagly, A. H., Wood, W., & Diekmann, A. B. (2000). Social role theory of sex differences and similarities: A current appraisal. In T. Eckes & H. M. Taunter (Eds.). *The developmental social psychology of gender* (pp. 123–174). Mahwah, NJ: Erlbaum
- Eastwick, P.W., Eagly, A.H., Glick, P., Johannesen, M., Fiske, S.T., Blum, A., Eckes, T., Freiburger, P.,... & Volpato, Ch. (2006) Is traditional gender ideology associated with sex-typed mate preferences? A test in nine nations. *Sex Roles*. 54, 603–614
- Echarte, J. L., León, N., Puente, I., Laso, S., Díez, E., y Martínez, M. T. (2010). Mejorar la calidad asistencial en la atención a la mujer maltratada en los servicios de urgencias. *Emergencias*, 22, 193-198.
- Echeburúa, E. (2004). Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de delitos violentos. Madrid, Pirámide Echeburúa,
- Echeburúa, E., Amor, P.J. y Corral, P. (2009). Hombres violentos contra la pareja: trastornos mentales y perfiles psicopatológicos. *Pensamiento Psicológico*, 6, 27-36.
- Echeburúa, E., y Corral P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.

- Echeburúa, E., y Redondo, S. (2010). *¿Por qué víctima es femenino y agresor masculino? La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales*. Madrid: Pirámide.
- Edwardsen, E.A., Horwitz, S., Pless, N., le Roux, H. & Fiscella, K. (2011). Improving identification and management of partner violence: examining the process of academic detailing: a qualitative study. *BMC Medical Education*, 11, 36. doi:10.1186/1472-6920-11-36
- Eilenberg, J, Thompson Fullilove, M, Goldman, GR, Mellman, L (1996). Quality and use of trauma histories obtained from psychiatric outpatients through mandated inquiry. *Psychiatric Services*, 47, 165–169
- El-Bassel N., Gilbert & L., Rajah, V. (2003) The relationship between drug abuse and sexual performance among women on methadone: heightening the risk of sexual intimate violence and HIV. *Addict Behavior*. 28(8),1385–1403. doi:[https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(02\)00266](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(02)00266)
- Elliott, L., Nerney, M., Jones, T., & Friedmann, P.D. (2002). Barriers to screening for domestic violence. *Journal of General Internal Medicine*, 17(2), 112–116. Doi: [10.1046/j.1525-1497.2002.10233.x](https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.10233.x)
- Ellsberg, M., Jansen, H. A., Heise, L., Watts, C. H. & Garcia Moreno C. (2008). Intimate partner violence and women’s physical and mental health in the WHO multi-country study on women’s health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*, 371 (9619), 1165–1172.
- Ernst, A. A., Weiss, S.J., Cham, E., & Marquez, M.(2002) Comparison of three instruments for assessing ongoing intimate partner violence. *Medical Science Monitor*, 8(3), 97–20
- Espinar, E. (2003). *Violencia de género y procesos de empobrecimiento. Estudio de la violencia contra las mujeres por parte de su pareja o expareja sentimental*. (Tesis Doctoral).Recuperado el 23 de octubre de 2014 de <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/9905/1/Espinar-Ruiz-Eva.pdf>

- Esquivel, E., & Dixon, L. (2012). Investigating the true rate of physical intimate partner violence: A review of nationally representative surveys. *Aggression and Violent Behavior, 17*, 208-219. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2012.02.002>
- Esquivel, E., Lambert, T.L. & Hamer, J. (2013). Partner Abuse Worldwide. *Partner Abuse, 4* (1), 6-75. Doi: <http://dx.doi.org/10.1891/1946-6560.4.1.6>
- Expósito, F., & Herrera, M. C. (2009). Social perception of violence against women: individual and psychosocial characteristics of victims and abusers. *The European journal of psychology applied to legal context, 1*(1), 123-145.
- Expósito, F., Moya, M., y Glick P. (1998). Sexismo ambivalente: Medición y correlatos. *Revista de Psicología Social, 13*, 159-169.
- Family Violence Prevention Fund (FVPPF). (2004). National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings. Recuperado el 6 de octubre de 2016 de: <http://endabuse.org/programs/healthcare/files/Consensus.pdf>.
- Fearon, J., & Hoeffler, A. (2014). *Benefits and Costs of the Conflict and Violence Targets for the Post-2015*. Development Agend. Conflict and violence assesment paper. Recuperado el 12 de julio de https://www.copenhagenconsensus.com/sites/default/files/conflict_assessment_-_hoeffler_and_fearon_0.pdf
- Feder, G., Agnew Davies, R.A., Baird, K., Dunne, D., Eldridge, S., Griffiths,.... & Sharp, D. (2011). Identification and referral to improve safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomized controlled trial. *The Lancet, 378* (9805), 1788-1795.
- Feder, G. & Hester, M. (2015). Gender-based violence against women. In: S.C. Davies (Ed.) *Annual Report of the Chief Medical Officer, 2014, The Health of the 51%: Women*, 17-29.
- Feder, B.S., Hutson, M., Ramsay, J., & Taket, A.R. (2006). Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care

professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Archives of Internal Medicine* 166, 22-37.

Feder, G., Ramsay, J., Dunne, D., Rose, M., Arsene, C., Norman, R.,...& Taket, A.(2009).How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme?. Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technol Assess Journal* 13(16). Doi: <https://doi.org/10.3310/hta13160>

Feldhaus, K. M., Koziol, J., Amsbury, H. L., Norton, I. M., Lowenstein, S. R., & Abbott, J.T. (1997). Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *Journal of American Medical Association*, 277, 1357–61.

Fernández, E., Espino, R., Aguilera, M., Pablo, M.D., Galán, C. J., y Recio, J.M.(2008). Violencia doméstica atendida en urgencias de un hospital comarcal: características sociodemográficas de víctima y agresor. *Emergencias*, 20,164-172.

Fernández, M. C., Buitrago, F., Ciurana, R., Chocrón, L., García, J., Montón, C., y Tizón García, J.L. (2007).Grupo de salud mental del PAPPS. Programa de prevención en salud mental en atención primaria. *Atención Primaria*, 39, 88-108.

Fernández, M. C., Herrero, S., Buitrago, F., Ciurana, R., Chocron, L., García, J.,... Tizón, J.L. (2003). Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (2003a) *Violencia doméstica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Fernández, Herrero, S., Cordero, J. A., Madereuelo, J. A., y González, M. L. (2006). Protocolo para la evaluación de la efectividad de una intervención sensibilizadora y formativa en profesionales de atención primaria para la mejora de la detección de la violencia doméstica. *Atención Primaria*, 38(3), 168-73.

- Fernández-Raigada, R., I., Díaz, N., Fernández, L., Domínguez, J. R., y Fernández M.I (2016). Percepción de los profesionales sanitarios sobre sus conocimientos y actitudes en relación a la violencia de género. *Parainfo digital*, 25.
- Ferragut, M., Bianca, M. J., & Ortiz-Tallo, M. (2013). Psychological values as protective factors against sexist attitudes in preadolescents. *Psicothema*, 25(1), 38-42.
- Ferreira, M. C. (2004). Sexismo hostil e benevolente: inter-relações e diferenças de gênero. *Temas em psicologia*, 12(2), 119-126.
- Ferrer, V., Bosch, E., y Navarro, C. (2011). La violencia de género en la formación universitaria: análisis de factores predictores. *Anales de Psicología*, 27 (2), 435-446.
- Ferrer, V., Bosch, E., y Ramis, M.C.(2008). La formación de los/as profesionales de la salud para afrontar la violencia contra las mujeres en la pareja. *Clínica y Salud* 19(1), 59-81.
- Ferris, L. E. (1994). Canadian family physicians' and general practitioners' perceptions of their effectiveness in identifying and treating wife abuse. *Medical Care*, 1163-1172.
- Fidalgo, N., y Valle, L. (2015). Relaciones amorosas y violencia de género. *TSDIFUSIÓN*, 107, 19-24.
- Fiske, S. T., & Stevens, L. E. (1993). What's so special about sex? Gender stereotyping and discrimination. In S. Oskamp & M. Costanzo (Eds.), *Gender issues in contemporary society* (pp. 173–196). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fogarty, C., Beurge, S., & McCord, C.(2002).Communicating with patients about intimate partner violence screening and interview ing approaches. *Family Medicine Home*, 34,369-7.
- Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) (2014) Violencia contra las mujeres – Datos y Cifras. pp. 1, 2, 3, 5.
- Fontanil, Y., Ezama, E, Fernández, R., Gil, P., Herrero, F.J., y Paz, D. (2005) Prevalencia del maltrato de pareja contra las mujeres. *Psicothema*, 17(1), 90-95.

- Frank, E., Elon, L., Saltzman, L. E., Houry, D., McMahon, P., & Doyle, J. (2006). Clinical and personal intimate partner violence training experiences of U.S. medical students. *Journal of Womens Health (Larchmt)*, 15(9), 1071-1079. doi: doi.org/10.1089/jwh.2006.15.1071.
- Franzoi, N.M., Fonseca, R.M.G.S., y Guedes, R.N. (2011) Violencia de género: concepciones de profesionales de los equipos de salud de la familia. *Revista Latino-Americana. Enfermagem*, 19(3), 589-597.
- Friedman, S.H., & Loue, S. (2007). Incidence and prevalence of intimate partner violence by and against women with severe mental illness. *Journal of Women's Health*, 16(4), 471-480.
- Friedman, L.H., Samet, J.H., Samet, Roberts, M.S., Hudlin, M., & Hans, P. (1992). Inquiry about victimization experiences: a survey of patient preferences and physician practices. *Archives of Internal Medicine*, 152(6), 1186–1190.
- Gahagan J, Gray, K, & Whynacht, A. (2015) Sex and gender matter in health research: addressing health inequities in health research reporting. *International Journal for Equity in Health*. 14 (1), 12.
- Fundación Friedrich Ebert y Terre des femmes (2007). *Business gegen Häusliche Gewalt*. Zusammenfassung der Tagung vom 23, Berlín.
- Garaigordobil, M., y Aliri, J. (2013). Relaciones del sexismo con justificación de la violencia, y con otras formas de prejuicio como la dominancia social y el autoritarismo. *Estudios de Psicología*, 34(2).
- Garaigordobil, M. y Maganto, C. (2015). Relación entre actitudes sexistas y variables emocionales positivas y negativas. *Feminismo/s*, 25, 35-54. doi: 10.14198/fem.2015.25.0
- García-Díaz V, Fernández A, Rodríguez, F.J., López, M.L., Mosteiro, M.P., y Lana, A. (2013) Violencia de género en estudiantes de enfermería durante sus relaciones de noviazgo. *Atención Primaria*, 45(6), 290-296. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.11.013
- García-Esteve, L., Torres, A., Navarro, P., Ascaso, C., Imaz, M., Herreras, Z.,... Valdés M. (2011). Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección

de la violencia de pareja en el ámbito sanitario. *Medicina Clinica (Barcelona)*, 137(9), 390–397.

García-Moreno, C. (2000). *Violencia contra la mujer: género y equidad en la salud*. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado el 23 de febrero de 2015 de: <http://www.who.int/iris/handle/10665/165836>

García Moreno, C. (2002). Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service reponse to violence against women. *Lancet*, 359, 1509-1514.

García-Moreno, C., Hegarty, K., D'Oliveira, A. F. L., Koziol McLain, J., Colombini, M., & Feder, G. (2015). The health-systems response to violence against women. *The Lancet*, 285(9977), 1567-1579. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61837-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61837-7)

García-Moreno, C., Heise, L., Jansen, H.A., Ellsberg, M., & Watts, C. (2005a) Domestic Violence and severe psychological disorder: Prevalence and intervention. *The Lancet*, 368, 1260–1269. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69523-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69523-8).

García-Moreno, C., Jansen, H.A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C.H. (2005b). *WHO multi-country study on women's health & domestic violence against women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva: World Health Organization.

García-Moreno, C., Pallitto, C., Devries, K., Stockl, H., Watts, Ch. & Abrahams, N. (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. Resumen de orientación*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud

García, J.M., Torio, J., Lea, M.C., García, M.C., y Aguilera, R. (2008). Detección de violencia contra la mujer en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 40(9), 455-61.

García de Vinuesa, L. (1998). *Las actitudes de las médicas y los médicos de atención primaria y urgencias frente a las mujeres maltratadas*. Córdoba: Universidad de Córdoba.

- Garimella, R., Plichta, S. B., Houseman, C., & Garzon, L. (2000). Physician beliefs about victims of spouse abuse and about the physician role. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9(4), 405–411.
- Gerber, G. L. (1995). Gender stereotypes and the problem of marital violence. In L. L. Adler & F. L. Denmark (Eds.), *Violence and the prevention of violence* (pp. 145-155). Westport, CT: Praeger.
- Gerbert, B., Caspers, N., Brownstone, A., Moe, J., & Abercrombie, P. (1999). A qualitative analysis of how physicians with expertise in domestic violence approach the identification of victims. *Annals of Internal Medicine*, 131(8), 578–584.
- Giddens, A. (2001). *Sociología*, Madrid, Alianza Editorial. Recuperado de <https://es.slideshare.net/heae2002/anthony-giddens-sociologia-7364054>
- Glick, P., & Fiske, S. T. (1996). The ambivalent sexism inventory: differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 491–492.
- Glick, P., & Fiske, S. T. (1997). Hostile and benevolent sexism: Measuring ambivalent sexist attitudes toward women. *Psychology of Women Quarterly*, 21(1), 119-135
- Glick, P., & Fiske, S. T. (1999). Differentiating hostile and benevolent beliefs about men. *Psychology of Women Quarterly*, 23, 519–537
- Glick, P., & Fiske, S. T. (2001). An ambivalent alliance: hostile and benevolent sexism as complementary justifications of gender inequality. *American Psychologist*, 56, 109–118
- Glick, P., & Fiske, S. T. (2011). Ambivalent sexism revisited. *Psychology of Women Quarterly*, 35, 530-535. doi: 10.1177/0361684311414832
- Glick, P., Fiske, S. T., Mladinic, A., Saiz, J. L., Abrams, D., Masser, B.,... & López, W. (2000). Beyond prejudice as simple antipathy: hostile and benevolent sexism across cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 763–775

- Glick, P., Diebold, J., Bailey-Werner, B., & Zhu, L. (1997). The two faces of Adam: ambivalent sexism and polarized attitudes toward women. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 1323–1334.
- Gobierno de Cantabria. (2007). *Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos*. Recuperado el 8 de abril de 2015 de <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/ProtocoloViolencia.pdf>
- Godoy, L. y Mladinic, A. (2009). Estereotipos y Roles de Género en la Evaluación Laboral y Personal de Hombres y Mujeres en Cargos de Dirección. *Psyche*, 18(2), 51-64.
- Glowa, P.T., Frasier, P. Y., Wang, L., Eaker, K., & Osterling, W. L. (2003) What happens after we identify intimate partner violence? The family physician's perspective. *Annals of Family Medicine*, 35(10), 730-736.
- Golding, J. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99-132
- González, N., García, G., y Brando, I. (2014). Prevalencia y perfil sociodemográfico del maltrato psíquico, físico y sexual en las pacientes de urgencias en la región de Murcia *Educación Social, Revista de Intervención Socioeducativa*, 57, 156-173.
- González-Arias, M.R. (2014). *La violencia contra las mujeres: Análisis de las Políticas públicas españolas desde la perspectiva de género*. (Tesis doctoral). Universidad de Oviedo, Oviedo.
- González-Cases, J.C. (2011). *Violencia en la pareja hacia mujeres con trastorno mental* (Tesis Doctoral). Universidad de Alcalá, Madrid.
- González-Losada, J., Castro, Y., Tosco, C., Rufino, M. T, Mirpuri, P. G., y García, C. D. (2012). Prevalencia de violencia de género en atención primaria de Santa Cruz de Tenerife. *SEMERGEN*, 38(2), 87-94
- Gómez, M. A., Goberna, J. y Payá, M. (2015) Las matronas y la detección de la violencia en el embarazo. *Matronas Prof*, 16(4), 124-130
- Goodman, L. A., Salyers, M. P., Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Swartz, M., Essock, S. M.,... & Swanson, J. (2001). Recent victimization in women and men with

- severe mental illness: prevalence and correlates. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 615-632. doi: [10.1023/A: 1013026318450](https://doi.org/10.1023/A:1013026318450)
- Gordon, M. (2000). Definitional issues in violence against women. *Violence Against Women*, 7(6), 747-783.
- Gottlieb, A. S. (2008) Intimate partner violence: a clinical review of screening and intervention. *Womens Health*, 4,529–539.
- Gracia, E. (2002) Las víctimas invisibles de la violencia familiar: El extraño iceberg de la violencia doméstica. Barcelona: Paidós.
- Gracia, E., y Lila, M. (2008). Los profesionales de la salud y la prevención de la violencia doméstica contra la mujer. *Revista médica de Chile*, 136(3), 394-400. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000300017>
- Gracia, E., & Merlo, J. (2016). Intimate partner violence against women and the Nordic paradox. *Social Science & Medicine*, 157, 27-30. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.03.040.
- Graña, J. L. & Cuenca, M. L. (2014). Prevalence of psychological and physical intimate partner aggression in Madrid (Spain): A dyadic analysis. *Psicothema* 26, (3), 343-348. Doi: 10.7334/psicothema2013.262
- Graña, J. L., Cuenca, M. L., Redondo, N. & O’Leary, K.D. (2015): Can You Be Hit by Your Partner and Be Intensely in Love? *Journal of Interpersonal Violence*. Doi: 10.1177/0886260515573573).
- Gremillion, D. H., & Kanof, E. P. (1996). Overcoming barriers to physician involvement in identifying and referring victims of domestic violence. *Ann Emerg Med* 27(6), 769-773.
- Griffing, S., Lewis, C.S., Chu, M., Sage, R., Madry, L., & Priymm, B. (2006). Exposure to interpersonal violence as a predictor of PTSD symptoms in domestic violence survivor. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(7), 936-954. doi: <https://doi.org/10.1177/0886260506288938>

- Group of Specialists for Combating Violence Against Women (GREVIO). (1997). *Final report of activities of the EG-S-VL including a plan of action for combating violence against women*. Strasbourg, France: Council of Europe
- Grubaugh, A. L., & Frueh, B. C. (2006). Intimate partner violence victimization among adults with severe mental illness: results of a cross-sectional study. *Journal of Clinical Psychiatry, 67*, 1472-1473.
- Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC). (2003) *Violencia Doméstica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Grynbaun, M., Biderman, A., Levy, A., & Petasne-Weinstock, S. (2001). Domestic violence: prevalence among women in a primary care center-a pilot study. *Israel Medical Association Journal, 3*, 907-10.
- Guedes, R.N., Fonseca, R.M. & Egry, E.Y. (2013). The evaluativy limits and possibilities in the family health strategy for gender-based-violence. *Revista da escola de enfermagem USP, 47*,304-11.
- Gutmanis, I., Beynon, C., Tutty, L., Wathen, C.N. & MacMillan, H.L. (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health, 7*, 12.
- Hagblom, A. M., Hallberg, L. R., & Moller, A. R. (2005). Nurse's attitudes and practices towards abused women. *Nurse Health Sci, 7* (4), 235-242.
- Haggerty, L. A., & Goodman, L. A. (2003). Stages of changes-based nursing interventions for victim's interpersonal violence. *J.Obstet Gynecol Neonat Nurse 32*, 68-75
- Hall, M., Chappell, L. C., Parnell, B. L., Seed, P. T., & Bewley, S. (2014). Associations between intimate partner violence and termination of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med 11*(1), e1001581
- Hamberger, L.K. (2007). Preparing the next generation of physicians: medical school and residency-based violence curriculum and evaluation. *Trauma Violence Abuse. 8*(2), 214-225. Doi: <https://doi.org/10.1177/1524838007301163>

- Hamberger, L. K., Rhodes, K., & Brown, J. (2015). Screening and intervention for intimate partner violence in healthcare settings: Creating sustainable system-level programs. *Journal of Women's Health, 24*(1), 86-91.
- Hamberger, K., Risberg, G., & Johansson, E. E. (2004). Male and female physicians show different patterns of gender bias: a paper-case study of management of irritable bowel syndrome. *Scandinavian journal of public health, 32*(2), 144-152.
- Haj-Yahia, M. M., Sousa, C., Alnabilsy, R., & Elias, H. (2015). The influence of Palestinian physicians' patriarchal ideology and exposure to family violence on their beliefs about wife beating. *Journal of Family Violence, 30*, 263-276.
- Haj-Yahia, M. M., & Uysal, A. (2008). Beliefs about wife beating among medical students from Turkey. *Journal of Family Violence, 23*(2), 119-133.
- Hathaway, J.E, Mucci, L.A, Silverman, J.G., Brooks, D.R., Mathews, R., & Pavlos, L. (2000). Health status and health care use of Massachusetts women reporting partner abuse. *American Journal of Preventive Medicine, 19*,302-327. doi: 10.1016/S0749-3797(00)00236-1
- Hayati, E., Hogberg, U., Hakimi, M., Ellsberg, M.C., & Emmelin, M. (2011). Behind the silence of harmony: risk factors for physical and sexual violence among women in rural Indonesia. *MBMC Women's Health, 11*: 1–8.
- Health Canada (2002). *Violence against Women. Impact of violence on women's health*; Recuperado del 5 de agosto de 2015 de <http://www.hc-sc.gc.ca/s>
- Hegarty, K., & Taft, A. (2001). Overcoming the barriers to disclosure and inquiry of partner abuse for women attending general practice. *Aust N Z J Public Health, 25* (5), 433-437.
- Hegarty, K., Bush, R., & Sheehan, M. (2005). The Composite Abuse Scale: further development and assessment of reliability and validity of a multidimensional partner abuse measure in clinical settings. *Violence and Victims, 20*(5), 529-47.
- Hegarty, K., O'Doherty, L., Taft, A., Chondros, P., Brown, S., Valpied, J., & Gunn, J. (2013). Screening and counselling in the primary care settin for women who have experienced intimate partner violence (WEAVE): a cluster randomised controlled trial. *The Lancet, 382*(9888), 249-258.

- Heilman M. E., Wallen, A. S., Fuchs, D., Tamkins, M. M. (2004) Penalties for success: Reactions to women who succeed at male gender-typed tasks. *J Appl Psychol* 89:416–427
- Heise, L. (1998). Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 4(3), 262-290. doi: 10.1177/1077801298004003002.
- Heise, L., Ellsberg, M., & Gottemoeller, M. (1999). Ending violence against women. *Population reports*, 27(4), 1-1.
- Heise, L., & Garcia-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. In E. Krug, L. L. Dahlberg, & J. A. Mercy et al. (Eds.), *World report on violence and health*. Geneva: WHO.
- Heiskanen, M., & Piiska, M. (2001). *The price of Violence: The costs of Men's Violence Against Women in Finland*. Helsinki, Statistics Finland: Ministry of Social Affairs and Health.
- Helweg-Larsen, K., Kruse, M., Sorensen, J. & Bronnum-Hansen, H. (2010). *The cost of violence Economic and personal dimensions of violence against women in Denmark*. Copenhagen, Denmark: National Institute of Public Health, University of Southern Denmark and Rockwool Fund Research Unit.
- Helweg-Larsen, K. (2013) Violence against women in Europe: magnitude and the mental health consequences described by different data sources. *Violence against women and mental health*, 178, 54-64.
- Helweg-Larsen, K., & Kruse, M. (2003). Violence against women and consequent health problems: a register-based study. *Scandinavian journal of public health*, 31(1), 51-57.
- Heras, J., Otero, L., Sanz, B., y Aranaz, J. M. (2016). Percepciones de médicas y médicos de Atención Primaria de Madrid sobre las medidas de ajuste en el sistema público de salud. *Gaceta Sanitaria*, 30,184-190.
- Herrera, A., Pina, A., Herrera, C., y Expósito, F. (2014). ¿Mito o realidad? Influencia de la ideología en la percepción social del acoso sexual. *Anuario de Psicología Jurídica*, 24, 1-17.

- Herrero, S. (2011). *Conocimientos y actitudes de los médicos de familia de Castilla y León respecto a la violencia doméstica y estudio de opinión de las víctimas de maltrato en relación a su situación* [tesis doctoral]. Valladolid: Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.
- Hernández, Sanmartín, J., Martínez y Molina (2006). *Costes de la violencia de género en las relaciones de pareja*. Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio de la Violencia: Comunitat Valenciana.
- Hernández, M. J., Sepúlveda, J., y Soler, E. (2001). Embarazo, Maternidad y Malos Tratos: Una revisión bibliográfica. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos: Información psicológica*, 75.
- Heru, A. M., Stuart, G. L., Rainey, S., Eyre, J., & Recupero, P. R. (2006). Prevalence and severity of intimate partner violence and associations with family functioning and alcohol abuse in psychiatric inpatients with suicidal intent. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 23-29.
- Híjar, M., Avila, L., y Valdez, R. (2006). ¿Cuándo utilizan servicios de salud las mujeres que viven en condiciones de violencia de pareja? *Salud mental*, 29(6), 57-64.
- Hindin, M. J, Kishor, S., & Ansara, D. L. (2008). *Intimate Partner Violence among couples in 10 DHS countries: Predictors and Health outcomes*. DHS Analytical Studies No18 Calverton, Maryland, USA.
- Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 32, 797-810. doi:10.1016/j.chiabu.2008.02.004.
- Horon, I. L. & Cheng, D. (2001) Enhanced surveillance for pregnancy-associated mortality: Maryland, 1993–1998. *J Am Med Assoc*, 285, 1455–1459.
- Houry, D., Kaslow, N. J., Kemball, R. S., McNutt, L. A., Cerulli, C., Straus, H., Rosenber, E., Chengxing, L. & Rhodes, K. (2008). Does screening in the emergency department hurt or help victims of intimate partner violence? *An Emerg Med*, 51(4) 433-442.e7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2007.11.019>

- Howard, L.M. Trevillion, K., Khalifeh,H., Woodall,A., Agnew-Davies,R. & Feder G. (2010). (2010). Domestic violence and severe psychiatric disorders: Prevalence and interventions. *Psychological Medicine*, 40(6), 881-893. doi: 10.1017/S0033291709991589
- Howard, L. M., Trevillion, K., & Agnew-Davies, R. (2010) Domestic violence and mental health. *Int Rev Psychiatry*, 22, 525–534.
- Hudson, W., & McIntosh, S. (1981). The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions. *Journal of Marriage and the Family*, 43, 873-888.
- Huici, C. (1984). The individual and social functions of sex role stereotypes. En H. Tajfel (Ed.), *The social dimension* (Vol. 2, pp. 579-602). Cambridge: Cambridge University Press. Doi: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511759154>.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Jones, L., Wood, S., Bates, G., Eckley, L,... & Officer, A. (2012), Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet*, 379, 1621–1629.
- Hunter, T., Botfield, J., Estoesta, J., Markham, P., Robertson, S., & McGeechan, K. (2016).Experience of domestic violence routine screening in Family Planning. *Sexual Health*.
- Hussain, N., Sprague, S., Madden, K., Hussain F. N., Pindiprolu, B., & Bhandar, M. (2013). A Comparison of the Types of Screening Tool Administration Methods Used for the Detection of Intimate Partner Violence. A Systematic Review and Meta-Analysis *Trauma, Violence & Abuse*, 16(1), 60-69.
- Icart, S.T., Pulpón, A., Ricoma, R., Juvinyá, D., Sáez, S., y García, L. (2007). Detección y prevención de violencia contra la mujer en una muestra de estudiantes de enfermería. *Revista .Paraninfo Digital*, 2.
- Informe Violencia de Género (2017). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2015. Recuperado el 3 de febrero de 2018 en: http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/INFORME_ANUAL_VG_2017_final_para_web_3mayo2018.pdf

International Center for Research on Women-ICRW. (2009). *The Economic Costs of Violence Against Women in the Developing World*. Recuperado el 12 de septiembre de 2015:

<https://www.foreign.senate.gov/imo/media/doc/GuptaTestimony091001p1.pdf>

Instituto Asturiano de la Mujer (IAM) (2014) Ley de medidas de protección integral contra la violencia de género. 10 años en el Principado de Asturias. Oviedo: IAM.

Instituto Europeo de la Igualdad de Género (2014). *Estimating the costs of gender-based violence in the European Union*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

International Labour Organization (OIT) (2001). *The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence/stress-free working environment*. Recuperado el 12 de septiembre de 2014 de:

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_108532.pdf

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2018). *Violencia doméstica y violencia de género-Año 2017*. Recuperado 11 de julio de 2017 de: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176866&menu=ultiDatos&idp=1254735573206

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2003). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*. México, D.F: ENDIREH.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2013). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011 (ENDIREH) Tabulados básicos presentados en julio de 2013*. Recuperado el 9 de agosto de 2016 de

[:http://www3.inegi.org.mx/sistemas/55tabuladosbasicos/tabdirecto.aspx?s=est&c=33532](http://www3.inegi.org.mx/sistemas/55tabuladosbasicos/tabdirecto.aspx?s=est&c=33532)

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2016) *Perú: Indicadores de violencia familiar y sexual, 2000-2017*. Recuperado el 6 de agosto de 2017 de

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1465/libro.pdf

- Işık, R. (2008). The predictors of understanding of honor and attitudes toward honor related violence: Ambivalent sexism and system justification. *Unpublished master's thesis. Middle East Technical University, Ankara-Turkey.*
- Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Dodge, K., Rutter, M., Taylor, A., & Tully, L. (2005). Nature Nurture: Genetic vulnerabilities interact with physical maltreatment to promote behavior problems. *Developmental Psychopathology, 17*(1), 67–84.
- Jaffee, K., Epling, J., Grant, W., Ghandour, R., & Callender, E. (2005). Physician-Identified Barriers to Intimate Partner Violence Screening. *Journal of Women's Health, 14*(8), 713-720. doi: 10.1089/jwh.2005.14.713
- James, L., Brody, D., & Hamilton, Z. (2013). Risk Factors for Domestic Violence During Pregnancy: A Meta-Analytic Review. *Violence and Victims, 23* (3), 359-380.
- Jansen, P.A., Basso, M.C. & Costanzo, R.B. (1998). The prevalence of domestic violence among obstetric nurses. *Women's Health Issues, 8*, 317-32.
- Jarvis, K.L, Gordon, E. E., & Novaco, R. W. (2005). Psychological Distress of Children and Mothers in Domestic Violence Emergency Shelters. *Journal of Family Violence, 20*, (6), 389-402. Doi: 10.1007/s10896-005-7800-1.
- Jayasuriya, V., Wijewardena, K., & Axemo, P. (2011). Intimate partner violence against women in the capital province of Sri Lanka: prevalence, risk factors, and help seeking. *Violence Against Women, 17* (8), 1086-102. doi: 10.1177/1077801211417151.
- Jewkes, R. (2013) Intimate partner violence: the end of routine screening. *Lancet, 382*, 190–191.
- Johnson, M. P. (2006). Conflict and control: Gender symmetry and asymmetry in domestic violence. *Violence Against Women, 12*(11), 1003-1018.

- Johnson, M. P. (2008). *A typology of domestic violence: Intimate terrorism, violent resistance, and situational couple violence*. Boston: Northeastern University Press.
- Johnson, M. P. (2011). Gender and types of intimate partner violence: A response to an anti-feminist literature review. *Aggression and Violent Behavior, 16*(4), 289-296
- Johnson, M. P., & Ferraro, K. J. (2000). Research on domestic violence in the 1990s: Making distinctions. *Journal of Marriage and the Family, 62*(4), 948-96.
- Johnson, H., Ollus, N., & Nevala, S. (2008). *Violence against women An international perspective*. New York Springer.
- Jonassen, J. A., & Mazor, K. M. (2003). Identification of physician and patient attributes that influence the likelihood of screening for intimate partner violence. *Academic Medicine, 78*(10), S20-S23.
- Jost, J. T., & Banaji, M. R. (1994). The role of stereotyping in system justification and the production of false consciousness. *British Journal of Social Psychology, 33*, 1-27.
- Khan, M. (2000). Domestic violence against women and girls. *Innocenti Digest, 6*.
- Kapoor, S. (2000). Domestic Violence against Women and Girls. Florence (Italy): UNICEF Innocenti Research Centre. Recuperado el 2 de julio de 2016 de: <http://www.unicef-irc.org/publications/213>
- Kaslow, N. J., Thompson, M. P., Okun, A., Price, A., Young, S., Bender, M.,... & Parker, R. (2002). Risk and protective factors for suicidal behavior in abused African American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 311 –319. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.70.2.311>
- Kazantzis, N., Flett, R.A., Long, N.R., MacDonald, C. & Millar, M. (2000). Domestic violence, psychological distress and physical illness among New Zealand women: results from a community-based study. *New Zealand Journal of Psychology, 29* (2), 64-70.

- Kernic, M.A., Holt, V.L., Wolf, M.E., McKnight, B., Huebner, C.E., & Rivara, F.P. (2002) Academic and school health issues among children exposed to maternal intimate partner abuse. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 156,549–55.
- Kernic, M. A., Wolf, M. E., y Holt, V. L. (2000). Rates and relative risk of hospital admission among women in violent intimate partner relationships. *American Journal of Public Health*, 90, 1416-1420.
- Kilpatrick, D. G. & Acierno, R. (2003). Mental health needs of crime victims: Epidemiology and outcomes. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 119-132.
- Kim, J., & Motshei, M. (2002). “Women enjoy punishment”: attitudes and experiences of gender violence among primary health care nurses in rural South Africa. *Social, Science & Medicine*, 54, 1243–54.
- Kothari, C. L., & Rhodes, K. V. (2006). Missed opportunities: emergency department visits by police-identified victims of intimate partner violence. *Annals of emergency medicine*, 47(2), 190-199.
- Koziol, J., Gardiner, J., Batty, P., Rameka, M., Fyfe, E., & Giddings, L. (2004). Prevalence of intimate partner violence among women presenting to an urban adult and paediatric emergency care department. *The New Zealand Medical Journal (Online)*, 117(1206).
- Koziol, J., Garrett, N., Fanslow, J., Hassall, I., Dobbs, T, Henare-Toka, T. A.,... & Lovell, V. (2010). A randomized controlled trial of a brief emergency department intimate partner violence screening intervention. *Annals of Emergency Medicine*, 56(4), 413–423.
- Koziol, J., Giddings L, Rameka, M., & Fyfe, E. (2008). Intimate partner violence screening and brief intervention: experiences of women in two New Zealand Health Care Settings. *Journal of Midwifery Womens Health*, 53,504-10.
- Krahé, B. (2018). Violence against women. *Current opinion in psychology*, 19, 6-10. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.017>.
- Kramer, A., Lorenzon, D., & Mueller, G. (2004). Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and

primary care clinics. *Women's Health issues*, 14(1), 19-29.
doi:[10.1016/j.whi.2003.12.002](https://doi.org/10.1016/j.whi.2003.12.002)

Kripke, E. N., Steele, G., O'Brien, M. K., & Novack, D. H. (1998). Domestic violence training program for residents. *Journal of General Internal Medicine*, 13(12), 839-41 doi: [10.1046/j.1525-1497.1998.00248.x](https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1998.00248.x)

Kroon, C. D. & Scheele, F. (2008). Plea for more attention to the importance of gender during medical training. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 152(40)2160-2162.

Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World Report on Violence and Health*, Geneva: World Health Organization.

Kruse, M., Sorensen, J., Bronnun-Jansen, H., & Helweg-Larsen, K. (2011) The Health Care Costs of Violence Against Women. *Journal of interpersonal Violence*, 26 (17), 3495-3508. doi: <https://doi.org/10.1177/0886260511403754>

Kurz, D. & Stark, E. (1988). Not-so-benign neglect: The medical response to battering', In K. Yllo y M. Bograd (Eds). *Feminist Perspectives on Wife Abuse* (pp 249-266). California: Sage Publications.

Labrador, F.J., Fernández, R., y Rincón, P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (3), 527-547

Labrador, F. J., Fernández, R., y Rincón, P. P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*, 22, 99-105.

Labrador, F. J., Rincón, P. P., De Luis, P., y Fernández, R. (2004). *Mujeres Víctimas de la Violencia Doméstica*. Madrid: Pirámide.

Labrador, F. J., Rincón, P., Estupiñá, F., Crespo, M., de Luis, P. y Fernández, R. (2009). *Protocolos de Atención a las Mujeres Víctimas de Violencia de Género. III Protocolo de Tratamiento*. Ministerio de Igualdad, Gobierno de España. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

- Laing, L. (2001). *Australian studies of the Economic Costs of Domestic Violence*. Sydney, Australia: Australian Domestic and Family Violence Clearinghouse.
- Laing, L., & Bobic, N. (2002). *Economic Costs of domestic violence: Literature Review*. Sydney, Australia: Australian Domestic and Family Violence Clearinghouse, University of New South Wales.
- Lameiras, M. (2004). El sexismo y sus dos caras: De la hostilidad a la ambivalencia. *Anuario de Sexología*, 8, 91-102.
- Lameiras, M., y Rodríguez, Y. (2002). Evaluación del sexismo moderno en los adolescentes. *Revista de Psicología Social*, 17(2), 119-127.
- Larrauri, M. A., Rodríguez, E., Castro, T. M., Alfonso, Z., Ojea, B., Blanco, M. A. (2010). Conocimientos y actitudes de los profesionales de urgencias sobre violencia de género. *Enfermería de urgencias*. 7, 36-39.
- Lasheras, M.L. y Pires, M. (2003). *La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública*. Madrid: Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid.
- Lee, T., Fiske, S., Glick, P., & Chen, Z. (2010). Ambivalent sexism in close relationships: (Hostile) power and (benevolent) romance shape relationship ideals. *Sex Roles*, 62, 583-601. doi: 10.1007/s11199-010-9770-x.
- León, B., Ferrando, P., Pere, J. (2014). Assessing sexism and gender violence in a sample of Catalan university students: A validity study based on the Ambivalent Sexism Inventory and the Dating Violence Questionnaire. *Anuario de Psicología*, 44.
- Leone, J. M., Johnson, M. P., Cohan, C. L., & Lloyd, S. (2004). Consequences of domestic violence for low-income, ethnic minority women: A control-based typology of male partner violence. *Journal of Marriage and Family*, 66, 472-491.
- Leppäkoski, T., & Paavilainen, E. (2013) Interventions for women exposed to acute intimate partner violence: emergency professionals perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16). Doi. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04202.x>

- Leserman, J. (2005). Sexual abuse history: Prevalence, health effects mediators and psychological treatment. *Psychosomatic Medicine*, 67, 906-915. Doi. [10.1097/01.psy.0000188405.54425.20](https://doi.org/10.1097/01.psy.0000188405.54425.20)
- Leserman, J., Li, Z., Drossman, D.A., Toomey, T.C., Nachman, G. & Glogau, B.A. (1997). Impact of sexual and physical abuse dimensions on health status: development of an abuse severity measure. *Psychosomatic Medicine*, 59, 152-160.
- Levendosky, A. A., & Graham, S. A. (2000). Behavioral observations of parenting in battered women. *J. Fam. Psychol.* 14, 1–15.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado. Madrid, 29 de diciembre de 2004, n° 313, pp. 42166 a 42197.
- Ley de Enjuiciamiento Criminal, de 14 de septiembre de 1882, Boletín Oficial del Estado. Madrid, 17 de septiembre de 1882, n° 260. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1882-6036>.
- Lila, M., Gracia, E., y García, F. (2010). Actitudes de la policía ante la intervención en casos de violencia contra la mujer en las relaciones de pareja: influencia del sexismo y la empatía *Revista de Psicología Social*, 25, 313-323. doi: <http://dx.doi.org/10.1174%2F021347410792675570>
- Lipsky, S., Holt, V.L., Easterling, T.R., & Critchlow, C.W. (2004) Police-reported intimate partner violence during pregnancy and the risk of antenatal hospitalization *Matern Child Health J.* 8(2),55-63.
- Lo Fo Wong, S., Wester, F., Mol, S., & Lagro-Janssen, T. (2006) Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 56(525), 249–25.
- Lo Fo Wong, S., Wester, F., Mol, S. & Lagro-Janssen, T. (2007) Utilisation of health care by women who have suffered abuse: a descriptive study of records in family practice. *British Journal of General Practice*, 57,396-400.

- Loinaz, I., Ortiz, M., Sánchez, L. M., y Ferragut, M. (2011). Clasificación multiaxial de agresores de pareja en centros penitenciarios *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 249-268.
- Lokhmatkina N.V., Kuznetsova, O.Y., & Feder, G.S.(2010). Prevalence and associations of partner abuse in women attending Russian general practice. *Family practice* 27(6), 625-31. Doi. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmq044>
- Lonsway, K. A., Cortina, L. M., & Magley, V.J. (2008).Sexual harassment mythology: Definition, conceptualization, and measurement. *Sex Roles*, 58, 599-615. Doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11199-007-9367-1>
- López, A. y Madrid, J. M. (1998). *Lenguaje, sexismo, ideología y educación*. Murcia: Editorial KR. López Fernández, L. A. (2000). Diferencias en el ejercicio profesional entre médicos y médicas de atención primaria. *Atención Primaria* 26,187-192
- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Crítica
- Lorente, M. (2008). Violencia de género (I): aspectos generales desde la perspectiva sanitaria. *Emergencias*, 20(3), 191-197.
- López, M. (2016).Violencia de Género y emergencias sanitarias: Buscando la mejor atención para las víctimas. *Revista Zona Tes*. Recuperado el 14 de mayo de 2017 de www.zona.tes.com/es/revista-zona-tes
- Lozano C., Pina, F., Torrecilla M., Ballesteros, C., Pastor, J. D.,y Ortuño, A. (2014) Formación y detección de la violencia de género en la profesión sanitaria. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 4(1), 217 – 226
- Lucas, A., y Pina, F. (2014).Detección de casos de violencia de género por los profesionales de la salud en un centro de atención primaria. En: *Mujer y cuidados: retos en salud* (pp.299-314) Murcia: Universidad de Murcia. Servicio de Publicaciones.
- Macías, J. (2012). *Formación en género en los estudios de enfermería: actitud y capacitación para el abordaje de la violencia de género*. (Tesis Doctoral).Sevilla: Universidad de Sevilla

- MacMillan, H., Wathen, C., with the Canadian Task Force on Preventive Health Care.(2001).*Prevention and Treatment of Violence Against Women: Systematic Review and Recommendations. Technical report n° 01-4*. London, Ontario: Canadian Task Force.
- MacMillan, H., Wathen, C., Jamieson, E., Boyle, M., McNutt, L., Worster, A,... & Webb, M. (2006). Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *Journal of American Medicine Association*, 296, 530–536.
- MacMillan, H. , Wathen, C. ., Jamieson, E., Boyle, M. ., Shannon, H. S., Ford-Gilboe, M., ... & McNutt, L. A.(2009). Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *Journal of American Medical Association*, 302(5), 493-501. doi: [10.1001/jama.2009.1089](https://doi.org/10.1001/jama.2009.1089)
- Macy, R. J., Johns, N., Rizo, C. F., Martin, S. L., & Giattina, M. (2011). Domestic violence and sexual assault service goal priorities. *Journal of Interpersonal Violence*, 26, 3361–3382. doi:10.1177/0886260510393003
- Malterud, K. (2000). Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women. *Family Medicine*, 32(9) 603-611.
- Maqueda, M.L. (2006). La violencia de género: entre el concepto jurídico y la realidad social. *Revista electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 2, 1-13.
- Maravall, J. (2009). Hombres sanitarios implicados en las estrategias contra la violencia de género. *Observatorio de Salud de las mujeres*- Ministerio de Sanidad y Política Social. España.
- Martín, M., González, M.A., y Vicente N. (2005). *El Maltrato*. Madrid: SEMERGEN.
- Martínez, M., García, M.I., & Pico, M. A. (2004). Women victims of domestic violence: Consequences for their health and the role of the health system. In: Klein R, Wallner B, (Eds). *Conflict, gender, and violence*. (p.55).Vienna: Studien-Verlag.
- Martinez, M., & Schröttle, M. (2006). State of European research on the prevalence of interpersonal violence and its impact on health and human rights. *Co-ordination Action on Human Rights Violations (CAHRV)*.

- Marugán, B. (2013). Violencia de género. *Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad*, 4, 226-233.
- Mathías, A.K., Bedone, A. Osis, M. J., & Fernandes, A. M. (2013) Perception of intimate partner violence among women seeking care in the primary healthcare network in Sao Paulo state Brazil. *International Journal Gynecology & Obstetrics.*, 121, 214-217. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.12.019>
- Matud, P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16,397-401.
- Matud, M. P., Matud, M, T., Delgado R, Fortes D, y Arteaga R .(2009). El personal sanitario ante la violencia de género. *Clepsydra*, 139-15
- Matud, A. P., Rodríguez, W. C., Marrero, Q. R., y Carballeira, A. M. (2002). *Psicología del género: implicaciones en la vida cotidiana*. España: Biblioteca Nueva.
- Marley, J. A., & Buila, S. (2001). Crimes against people with mental illness: types, perpetrators, and influencing factors. *Social Work*, 46, 115-124.
- Mburia-Mwalili, A., Clements-Nolle, K., Lee, W., Shadley, M., & Yang, W. (2010). Intimate partner violence and depression in a population-based sample of women: can social support help? *Journal Interpersonal Violence*, 25, 2258-2278. Doi.[10.1177/0886260509354879](https://doi.org/10.1177/0886260509354879)
- McAllister, M. (2000). Domestic violence: A life-span approach to assessment and intervention. *Lippincott's Primary Care Practice*, 4(2), 174-189.
- McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A. F., DeChant, H. K.,... & Derogatis, L. R. (1995). The “battering syndrome”: Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 123: 737–746.
- McCauley, J., Yurk, R. A., Jenckes, M. W., & Ford, D. E. (1998). Incidence “Pandora Box”. Abused women’s experiences with clinics and health services. *Journal of General and Internal Medicine*, 13, 549-555

- McCloskey, L. A., Lichter, E., Ganz, M. L., Williams, C. M., Gerber M. R, Sege, R...& Herbert, B. (2005). Intimate partner violence and patient screening across medical specialties. *Academy of Emergency Medicine*, 12,712.
- McCloskey, L. A., Williams, C. M., Lichter, E., Gerber, M., Ganz, M. L., & Sege, R. (2007). Abused women disclose partner interference with health care: an unrecognized form of battering. *J Gen Intern Med*, 22(8), 1067-72
- McCord, E., Floyd, M., Kemps, E., Bailey, B., y Lang, F. (2006). Detecting potential intimate partner violence: which approach do women want? *Family Medicine Journals*, 38, 416-422.
- McColgan, M. D., Cruz, M., McKee, J., Dempsey, S.H., Davis, M.B., Barry, P., Yoder, A. L., Giardino, A. P.(2010) Results of a multifaceted Intimate Partner Violence training program for pediatric residents. *Child Abuse Negligence*. 34(4), 275-83
- McFarlane, A.C., Bookless, C., & Air, T. (2001) Posttraumatic stress disorder in a general psychiatric inpatient population. *Journal of Traumatic Stress*,14(4),633-645. doi: 10.1023/A:1013077702520
- McFarlane, J., Greenberg, L., Weltge, A., & Watson, M. (1995). Identification of abuse in emergency departments; effectiveness of a two-question screening tool. *J Emergency Nursing*, 21,391–394.
- McFarlane, J., Parker, B., & Soeken, K. (1996). Abuse during pregnancy: Associations with maternal health and infant birthweight. *Nursing Research*, 45,37-42.
- McLaughlin, J., O'Carroll, R.E., & O'Connor, R.C. (2012).Intimate partner abuse and suicidality: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 32, 677-689. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.08.002>
- McLeer, S.V., & Anwar, R.A.H. (1987). The role of the emergency physician in the prevention of domestic violence. *Annals of Emergency Medicine*. 16, 1155-1161.
- McLeer, S.V., & Anwar, R. A. H. (1989). A study of battered women presenting in an emergency department. *American Journal Public Health*. 79(1), 65-6.
- McMahon, S., Huang, C. C., Boxer, P., & Postmus, J. L. (2011). The impact of emotional and physical violence during pregnancy on maternal and child health

at one year post-partum. *Children and Youth Services Review*, 33(11), 2103-2111. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2011.06.001>

McNutt, L. A., Carlson, B., Rose, I., & Robinson, A. (2002) Partner Violence Intervention in the Busy Primary Care Environment. *American journal of preventive medicine*, 22.84-91.

McPherson, M., Delva, J., & Cranford J. A. (2007). A longitudinal investigation of intimate partner violence among mothers with mental illness. *Psychiatric Services*, 58, 675–680

Meadows, L., Kaslow, N., Thompson, M., & Jurkovic, G. (2005). Protective Factors Against Suicide Attempt Risk Among African American Women Experiencing Intimate Partner Violence. *American Journal of Community Psychology*, 36, 109-121. doi: [10.1007/s10464-005-6236-3](https://doi.org/10.1007/s10464-005-6236-3)

Medina, J. (2002). *Violencia contra la mujer en la pareja: Investigación comparada y situación en España*. Valencia: Tirant lo Blanch.

Menéndez, S., Pérez, J. y Lorence, B. (2013). La violencia de pareja contra la mujer en España: Cuantificación y caracterización del problema, las víctimas, los agresores y el contexto social y profesional. *Psychosocial Intervention*, 2, 41-53. doi: <http://dx.doi.org/10.5093/in2013a6>

Méndez-, P., Valdez, R., Viniestra, L., Rivera, L., y Salmerón, J. (2003). Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *Salud Publica Mex*, 45 (6)

Miller, T. R., Cohen, M. A., & Rossman, S. B. (1993). Victim costs of violent crime and resulting injuries. *Health Affairs*, 12,186–197.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007) *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad (2014). El Convenio de Estambul sobre violencia contra la mujer entrará en vigor el 1 de agosto. Recuperado el 3 de septiembre de 2013 de:

http://www.upm.es/sfs/Rectorado/Gerencia/Igualdad/Documentos/Convenio_Estambul%20Sobre%20la%20Violencia%20contra%20la%20Mujer%202014_.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Macroencuesta de la violencia contra la mujer 2015*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado 8 de febrero, 2014 de http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf.

Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. (2017). *Informe anual Violencia de Género*. Recuperado el 6 de agosto de 2018 de: http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/INFORME_ANUAL_VG_2017_final_para_web_3mayo2018.pdf

Minsky-Kelly, D., Hamberger, L. K., Pape, D. A., & Wolff, M. (2005). We've had training, now what? *Journal of Interpersonal Violence*, 20(10), 1288–1309. doi: 10.1177/0886260505278861

Modiba, L. M., Baliki, O., Mmalasa, R., Reineke, P., & Nsiki, C. (2011). Pilot survey of domestic abuse amongst pregnant women attending an antenatal clinic in a public hospital in Gauteng Province in South Africa. *Midwifery*, 27(6), 872-879. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.09.008>:

Money, J. (1955). Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: Psychologic findings. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 96, 253–264.

Montalbán, I. (2006). La Ley Integral Contra la Violencia de Género 1/2004 como instrumento normativo: balance de un año en el ámbito judicial. *Cuadernos de Derecho Judicial*, 4, 16-62.

Montalbán, I. (2007). Malos tratos, violencia doméstica y violencia de género desde el punto de vista jurídico. En *II Congreso sobre Violencia Doméstica y de Género: Granada 23* (pp. 91-110).

Montañés, P., Megías, J. L., De Lemus, S., y Moya, M. (2015). Influence of early romantic relationships on adolescents' sexism. *Revista de Psicología Social*, 30 (2), 219-240. doi: 10.1080/21711976.2015.101675

- Montero, I., Escriba, V., Ruiz-Perez, I., Vives, C., Martín, D., Talavera, M.,... & Plazaola, J. (2011) Interpersonal violence and women's psychological well-being. *J Womens Health (Larchmt)*, 20(2), 295-301.
- Moracco, K. E, y Cole, T. B. (2009). Preventing Intimate Partner Violence: Screening Is Not Enough. *Journal of American Medicine Association*, 302(5), 568-5.
- Morales, R. (2014). *Actitudes y actuación de los médicos de familia respecto a la violencia de género en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia*. (Tesis Doctoral). Murcia: universidad de Murcia
- Morales, J. F., & López, M. (1993). Bases para la construcción de un sistema de indicadores sociales de estereotipia de género. *Psicothema*, 5(Suplemento), 123-132.
- Moreno, D., (2010). De “violencia doméstica” a “terrorismo machista”: el uso argumentativo de las denominaciones en la prensa. *Discurso & Sociedad*, 4 (4), 893-917.
- Moriana, G. (2014). *Entre la exclusión y violencia. Las mujeres institucionalizadas en los centros de protección de mujeres de la Comunidad Valenciana*. (Tesis doctoral). Recuperado el 29 de mayo, 2014 de <http://roderic.uv.es/handle/10550/35219>
- Morkovin, V. (1982). The professional confronted with human violence. *Topics in Emergency Medicine*, 9-14.
- Morrison, A., Ellsberg, M. y Bott, S. (2005). *Cómo abordar la violencia de género en América Latina y el Caribe: Análisis crítico de intervenciones*. Banco Mundial, PATH.
- Morrison, A. y Orlando, M. B. (1999). El impacto socioeconómico de la violencia intrafamiliar: Chile y Nicaragua. En Morrison, A. R. y Biehl, M.L. (Eds.) *El costo del silencio: Violencia intrafamiliar en las Américas*, capítulo 3. . Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Morrison, A., & Orlando, M. B. (2004). *The costs and impacts of gender-based violence in developing countries: Methodological considerations and new evidence* Washington, D.C.: World Bank

- Mouzon, D. M., Taylor, R. J., Keith, V. M., Nicklett, E. J., & Chatters, L. M. (2017). Discrimination and psychiatric disorders among older African Americans. *International journal of geriatric psychiatry*, 32(2), 175-182. Doi: <https://doi.org/10.1002/gps.4454> .
- Moya, M. (2003). El análisis psicosocial del género. En J. F. Morales y C. Huici (Eds.), *Estudios de Psicología Social* (pp. 175-221). Madrid: UNED
- Moya, M. (2004). Actitudes sexistas y nuevas formas de sexismo. En E. Barberá & I. Martínez-Benlloch (Eds.). *Psicología y género* (pp. 271-294). Madrid: Pearson
- Moya, M., y Expósito, F. (2000). Antecedentes y consecuencias del neosexismo en varones y mujeres de la misma organización laboral. En D. Caballero, M.T. Méndez, y J. Pastor (Eds.), *La mirada psicosociológica. Grupos, procesos, y lenguajes*, (pp. 619-625). Madrid: Biblioteca Nueva
- Moya, M. y de Lemus, S. (2007). “Puño de hierro en guante de terciopelo”. Diferencias de poder, sexismo y violencia de género. En S. Yubero, E. Larrañaga y A. Blanco (Dir.), *Convivir con la violencia* (pp. 99-116). Cuenca: Servicio Publicaciones UCLM.
- Moya, M., Páez, P., Glick, P., Fernández Sedano, I. & Poeschl, G. (2002). Sexismo, masculinidad-feminidad y factores culturales. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 4, (8-9).
- Muhajarine, N., & D'Arcy, C. (1999). Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors. *CMAJ*, 160(7), 1007-1011.
- Muñoz, J., y Echeburúa, E. (2016). Diferentes modalidades de violencia en la relación de pareja: implicaciones para la evaluación psicológica forense en el contexto legal español. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26, 2-12.
- Muñoz, M. J., Graña, J. L., O'Leary, K. D., & González, M.P. (2007). Aggression in adolescent dating relationships: prevalence, justification, and health consequences. *Journal of Adolescent Health*, 40, 298-304.
- Murad, R., Gómez, C., y Calderón, M. C. (2013). *Serie de estudios a profundidad ENDS 1990-2010. Historias de violencia, roles, prácticas y discursos*

legitimadores. Violencia contra las mujeres en Colombia 2000-2010. Bogotá: Profamilia

- Murillo, P., San Sebastián, M., Vives, C., y Goicolea, I. (2018). Factores asociados a la respuesta a la violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 32(5), 433-438.
- Muslera, E., Natal, C., García, y Fernández, P. (2009). Descripción del registro de casos de violencia de género en las fuentes de información sanitaria de Principado de Asturias. *Gaceta Sanitaria*, 23,558-561.
- Nabors, E. L., Dietz, T. L., & Jasinski, J. L. (2006). Domestic violence beliefs and perceptions among college students. *Violence and Victims*, 21, 779-795.doi:http://dx.doi.org/10.1891/0886-6708.21.6.779
- National Center for Injury Prevention and Control (2003). *Costs of Intimate Partner Violence Against Women in the United States*. Atlanta BA, USA: Centers for Disease Control and Prevention.
- National Council to Reduce Violence against Women and their Children (2009). *The Cost of Violence against women and their children*. Commonwealth of Australia: FAHCSIA.
- Najavits, L. M., Sonn, J., Walsh, M., Weiss, R. D. (2004) Domestic violence in women with PTSD and substance abuse. *Addictive Behaviors* 29, 707–715.
- Nayak, M., Byrne, C., Martin, M., & Abraham, A. (2003). Attitudes toward violence against women: a cross nacional study. *Sex roles*, 49 (7/8), 333-342.
- Nectoux, M., Mugnier, C., Baffert, S., Albagly, M., & Thélot, B. (2010). An economic evaluation of intimate partner violence in France. *Santé Publique (Vandoeuvre-Lès-Nancy, France)*, 22(4), 405-416.
- Nelson, H. D., Bougatsos, C., & Blazina, I. (2012). Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force recommendation. *Annals of Internal Medicine*, 156, 796-808.
- Nelson, H. D., Nygren, P., McInerney, Y., & Klein, J. (2004). Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: A review of the evidence

- for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140,387–96.
- Níaz, U. (2013).Violence against women in South Asia. *Violence against women and mental health* 178, 38-53
- Nerøien, AI., & Schei B. (2008).Partner violence and health: results from the first national study on violence against women in Norway. *Scandinavian Journal Public Health* 36(2), 161–168.Doi[10.1177/1403494807085188](https://doi.org/10.1177/1403494807085188)
- Nicolaidis, C., Curry, M., & Gerrity, M. (2005).Health care workers' expectations and empathy toward patients in abusive relationships. *The Journal of American Board of Family Practice*, 18, 159-65.)
- Öberg, M., Stenson, K., Skalkidou, A., & Heimer, P.(2014). Prevalence of intimate partner violence among women seeking termination of pregnancy compared to women seeking contraceptive counseling. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 93(1) 45-51.
- O'Campo, P., Kirst, M., Tsamis, C., Chambers, C., & Ahmad, F. (2011). Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: evidence generated from a realist-informed systematic review. *Social science & medicine*, 72(6), 855-866.
- O'Doherty, L., Taft, A., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L., y Feder, G. (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridge. Cochrane systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 348 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.g2913>
- Okuda, M., Olfson, M., Hasin, D., Grant, B.F., Keng-Han, L.& Blanco, C. (2011).Mental Health of Victims of Intimate Partner Violence: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychiatric Services* ,62 (8)959-962. doi: 10.1176/appi.ps.62.8.959
- Olamendi, P. (2008). *Análisis de la clasificación Mexicana de delitos*. México: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en Delitos contra las mujeres. Recuperado el 15 de septiembre de 2014 de:

http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeres/DEL_CONTRA_MUJ.pdf

- O'Leary, K. D. (1999). Psychological abuse: A variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence and Victims, 14*, 3-23.
- O'Leary, A., Lean, E., Reeves, C., & Randel, J. (2009). *Coming into the Light: Intimate Partner Violence and its effects at work*. Arkansas, USA: National Institute of Justice y the Women's Giving Circle at the University of Arkansas.
- Oliveira, A. R. D. (2008). *Violência de gênero contra mulheres profissionais de enfermagem de um hospital geral do município de São Paulo* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
- Oliver, E. y Valls, R. (2004). *Violencia de género. Investigaciones sobre quiénes, por qué y cómo superarla*. Barcelona: El Roure.
- Oram S., Trevillion, K., Feder, G., & Howard, L. M. (2013). Prevalence of experiences of domestic violence among psychiatric patients: systematic review. *British Journal of Psychiatry* 202, 94 –99. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.109934>
- Organización de los Estados Americanos (1994). Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belém do Pará. Recuperado el 28 de diciembre de 2017, de <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.htm>
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1995). *Condiciones de trabajo: La lucha contra el acoso sexual en el trabajo*. Madrid, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Organización Médica Colegial (2011). Código de Ética y Deontología Médica. Recuperado el 22 de julio, 2016 de https://www.1decada4.es/recursos/enlaces_etica/Codigo_de_Etica_y_Deotologia_Medica.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1969). *Reglamento sanitario interno. Resolución WHA 22.46 Geneva*: World Health Organization.

- Organización Mundial de la Salud (1990). 43ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, Organización Mundial de la Salud
- Organización Mundial de la Salud. (1996) *Resolución WHA49.25 Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública*. Recuperado el 10 de julio de 2014 de <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/fuentes1.asp?sec=13&subs=16&cod=2531&page=>
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario*. Recuperado el 15 de febrero de 2014 http://www.who.int/gender/violence/violencia_infopack1.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2002). *World Report on Violence and Health, Geneva*. Recuperado el 6 de junio de 2014 de <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615>
- Organización Mundial de la Salud (2003). *La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud*. Washington D.C.
- Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. (2011) *Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2013a). *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*. Recuperado el 6 de marzo de 2015 de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (2013b). *Responding to intimate partner and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Geneva: World Health Organization Recuperado el 23 de junio de 2016 de <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en>
- Organización de Naciones Unidas. (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993*. Recuperado el 23 de septiembre de 2014 de

[http://www.aulaviolenciadegeneroenlocal.es/consejos Escolares/archivos/declaracion sobre la eliminacion de la violencia contra la mujer.pdf](http://www.aulaviolenciadegeneroenlocal.es/consejos Escolares/archivos/declaracion_sobre_la Eliminacion_de_la Violencia_contra_la_mujer.pdf).

Organización de las Naciones Unidas, (1996). *Informe de la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995*. Nueva York: Naciones Unidas. Recuperado el 10 de marzo de 2015 de <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

Organización de las Naciones Unidas, ONU Mujeres, 2013. *Elementos esenciales de planificación para la eliminación contra la violencia de mujeres y niñas*. Recuperado el 3 de agosto de 2015 en <http://www.endvawnow.org/es/articles/301-consecuencias-y-costos>.

2015a. Hechos y cifras: *Acabar con la violencia contra mujeres y niñas. Una pandemia que se presenta en diversas formas*. Revisado en julio de 2015 en <http://www.unwomen.org/es/whatwe-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures#notes>

2015b. *Garantizar los fondos adecuados para que el sector salud aborde la violencia contra las mujeres y las niñas*. Revisado en septiembre de 2015. <http://www.endvawnow.org/es/articles/661-garantizar-los-fondos-adecuados-para-que-el-sector-salud-aborde-la-violencia-contra-las-mujeres-y-las-ninas.html>

Organización de Naciones Unidas. (2006). *Asamblea General. Informe del Secretario General. Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer*. Recuperado el 6 de agosto de: <http://www.eclac.cl/mujer/noticiad/paginas/1/27401/InformesSecreGeneral.pdf>

Organización de Naciones Unidas. (2015). *The World's Women Report 2015*. Recuperado el 4 de abril de 2016 de: https://unstats.un.org/unsd/gender/downloads/WorldsWomen2015_chapter6_t.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países*. Washington, DC: OPS.

- Overlien, C., & Hydén, M. (2009) Children's Actions when experiencing Domestic Violence. Accepted Childhood. *A Journal of Global Child Research*.16 (4), 479-496.
- Pacheco, C. R., Cabrera, J. S., Mazón, M., González, I., y Bosque, M. (2014). Estereotipos de género sexistas. Un estudio en jóvenes universitarios cubanos de medicina. *Revista Ciencias Médicas*, 18(5), 853-867.
- Papadakaki, M., Petridou, E., Kogevinas, M., & Lionis, C. (2013). Measuring the effectiveness of an intensive IPV training program offered to Greek general practitioners and residents of general practice. *BMC medical education*, 13(1), 46.
- Patel D., & Taylor, R. (2011). *Social and Economic Costs of Violence: The value of prevention*. Washington, USA: The National Academies Press.
- Pateman, C. (1995). *El contrato sexual* (Tesis doctoral), Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- Paz, J. I. (2012). Los mecanismos de la violencia: consecuencias en las víctimas y sus implicaciones en la intervención profesional. *Estudios jurídicos*. Recuperado el 10 de septiembre de 2014 de <http://www.interiuris.org/>
- Peltzer, K., Pengpid, S., McFarlane, J., & Banyini, M. (2013). Mental health consequences of intimate partner violence in Vhembe district, South Africa. *General Hospital Psychiatry*. 35, 545–50.
- Pérez, J. (2011). Estereotipos de género. En Poder Judicial Michoacán México. Recuperado el 10 de agosto de 2015: <http://www.poderjudicialmichoacan.gob.mx/web/atencion/contenido/ponencias/mesa2/Estereotipos%20de%20Género%20Julia%20Pérez.pdf>
- Perinatal Partnership Program of Eastern and Southeastern Ontario (PPESO) (2004). *Women abuse the perinatal period Guidelines for care providers*. Ottawa: PPESO.
- Peris, M. (2015). La importancia de la terminología en la conceptualización de la violencia de género. *Oñati Socio Legal Series* 5 (2), 716-744

- Phelan, M. B. (2007). Screening for intimate partner violence in medical settings. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(2), 199-213.
- Pico M., García, M., Celda, N., Herbert, J. & Martínez, M. (2004). Changes in cortisol and dehydroepiandrosterone in women victims of physical and psychological intimate partner violence. *Biological Psychiatry*, 56,233-240.
- Pierce, M. & R. J. Harris. (1993). "The effect of provocation, ethnicity, and in-jury description of men's and women's perceptions of a wife-battering incident". *Journal of Applied and Social Psychology* 23, 767-790.
- Pita, P., Lisboa, M., Barrenho, E., & Cerejo, D (2008). *Health care costs of domestic violence against women evidence from Portugal*. Portuguese Health Mini.
- Plazaola-Castaño, J. y Ruiz-Perez, I. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Medicina Clinica (Barcelona)*. 122 (12): 461-467
- Plichta, S. B. (2004). Intimate partner violence and physical health consequences: policy and practice implications. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(11), 1296-1323. Doi: [10.1177/0886260504269685](https://doi.org/10.1177/0886260504269685)
- Plichta, S. B., y Falik, M. (2001). Prevalence of violence and its implications for women's Health. *Women's Health Issues*, 11(3), 244-258.
- Poirier, N. (2000). Psychosocial Characteristics Discriminating Between Battered Women and Other Women Psychiatric Inpatients. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 6, 144-151. doi: <https://doi.org/10.1067/mpn.2000.110748>
- Polo, C. (2001). *Maltrato a la mujer en la relación de pareja: factores relacionales implicados* (Tesis doctoral). Madrid: Universidad Alcalá de Henares.
- Polo, C., Romero, I., Pires, M., García, C., Arredondo, A., Muñoz, M.,... Molina, E. (2010). Guía de actuación especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Madrid: Consejería de Sanidad. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Recuperado el 10 de agosto de 2015 de <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017023.pdf>

- Posner, J., Eilenberg, J., Harkavy Friedman, J., & Fullilove, M. J. (2008). Quality and use of trauma histories obtained from psychiatric outpatients: a ten-year follow-up. *Psychiatric Services, 59*, 318-321.
- Post, R. D., Willett, A. B., Franks, R. D., House, R. M., Back, S. M., & Weissberg, M. P. (1980). A preliminary report on the prevalence of domestic violence among psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry, 137*, 974-997
- Pratto, F., & Walker, A. (2004). The bases of gendered power. En A. H. Eagly, A. E. Beall y R. J. Sternberg (Eds.), *The psychology of gender* (2nd ed.) (pp. 242-268). Nueva York: The Guilford Press.
- Qasem, D., Hamadah, A., Qasem, D., Kamel, M., & El-Shazly, M. (2013). Knowledge and attitude of primary health care staff screening and not screening for DV against women. *Alexandria Journal of Medicine, 49*, 181–187. doi:[10.1016/j.ajme.2012.07.006](https://doi.org/10.1016/j.ajme.2012.07.006).
- Rabin, R., Jennings, J., Campbell, J., y Bair-Merritt, M. (2009). Intimate partner violence screening tools: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine, 36*, 439–45.
- Ramirez, L.A. (2007) *El funcionamiento familiar en familias con hijos drogodependientes. Un análisis etnográfico*. (Tesis doctoral). Recuperado el 15 de abril de 2015 de: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/15427/ramirez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ramos, L., Saltijeral, M.T., Romero, M., Caballero, M. A., y Martínez, N.A. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública de Mexico, 43*, 182-191.
- Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y. H., y Davidson, L., & Feder, G. (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *British Medical Journal, 325*(7359), 314.
- Ramsay, J., Rutterford, C., y Gregory, D., Dunne, S., Eldridge, D., Sharp A., & Feder, G. (2012). Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of

- selected UK primary healthcare clinicians. *The British Journal of General Practice*, 62(602), 647–655. doi:<http://dx.doi.org/10.3399/bjgp12X654623>
- Raya, L., Ruiz-Pérez, I., Plazaola, J. Brun., S., Rueda, D., García, L. ,... & Hidalgo, M. A. (2004). La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Atención primaria*, 34(3), 117-124.doi:[https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(04\)79480-9](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(04)79480-9)
- Recio, P., Cuadrado, I., y Ramos, E. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala de Detección de Sexismo en Adolescentes (DSA). *Psicothema*, 19.
- Reckase, Mark D. (1985). The difficulty of test items that measure more than one ability. *Applied Psychological Measurement*, 9, 401-412. doi:10.1177/014662168500900409
- Rees, S., Silove, D., Chey, T., Ivancic, L., Steel, Z. Creamer, M.,... & Forbes, D. (2011). Lifetime prevalence of gender-based violence in women and the relationship with mental disorders and psychosocial function. *Journal American of Medicine*, 306(5), 513-521.
- Rees, S., Steel, Z., Creamer, M., Teesson, M., Bryant, R., McFarlane, A. C.,... & Silove, D. (2014). Onset of common mental disorders and suicidal behavior following women's first exposure to gender based violence: a retrospective, population-based study. *BMC Psychiatry* 14,312.
- Reid, S.A., & Glasser, M. (1997). Primary care physicians' recognition of attitudes toward domestic violence. *Journal of Academy of Medical Sciences*, 51-53.
- Ribero, R. y Sánchez, F. (2004). Determinantes, efectos y costos de la violencia intrafamiliar en Colombia. En: M.V. Llorente, F. Sánchez, R. Ribero & E. Chaux, *Violencia en las familias colombianas: Costos socioeconómicos, causas y efectos*. (pp.36-47). Bogotá: Departamento Nacional de Planeación Dirección de Justicia y Seguridad y CEDE-Universidad de los Andes.
- Richman, L., Kohn-Wood, L., & Williams,D. (2007). The Role of Discrimination and Racial Identity for Mental Health Service Utilization. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, (8), 960-981. Doi:<https://doi.org/10.1521/jscp.2007.26.8.960>

- Richardson, J., Coid, J., Petruckevitch, A., Chung, W. S., Moorey, S., & Feder, G. (2002). Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *British Medical Journal*, *324*, (7332), 274.
- Ridgeway, C. L., & Bourg, C. (2004). Gender as Status: An Expectation States Theory Approach. In A. H. Eagly, A. E. Beall, & R. J. Sternberg (Eds.), *The psychology of gender* (pp. 217-241). New York, NY, US: Guilford Press
- Rigol, A., Galbany, P., Fuentes, C., Burjales, M.D., Rodríguez, D., & Ballester D. (2015). Perception of nursing students about couples' violence: knowledge, beliefs and professional role. *Revista latinoamericana de enfermagem*, *23*(3), 527-534.
- Rincón, P. P., Labrador, F. J., Arinero, M., y Crespo, M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, *22*, 105-116.
- Riquer, F., y Castro, R. (2012). *Estudio nacional sobre las fuentes, orígenes y factores que producen y reproducen la violencia contra las mujeres*. México: CONAVIM-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias UNA.
- Rivara, F. P., Anderson, S. (2007). Healthcare utilization and costs for women with a history of intimate partner violence. *American Journal of Preventive Medicine*, *32*(2), 89-96. Doi <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2006.10.001>
- Rhodes, K.V., Kothari, C.L., Dichter, M., Cerulli, C., Wiley, J., & Marcus, S. (2011). Intimate Partner Violence Identification and Response: Time for a Change in Strategy. *Journal of General Internal Medicine*, *26*, (8), 894–899. Doi: [10.1007/s11606-011-1662-4](https://doi.org/10.1007/s11606-011-1662-4)
- Rhodes, K. V. & Levinson, W. (2003). 'Interventions for intimate partner violence against women', *Journal of American Medical Association*, *289*(5), 601-605.
- Rodríguez, Y., Lameiras, M., Carrera, M.V., y Fraile, J. M. (2009). Aproximación conceptual al sexismo ambivalente: Estado de la Cuestión. *SUMMA Psicológica UST*, *6* (2), 131-142

- Rodríguez, M. A., Bauer, H., McLoughlin, E., & Grumbach, K. (1999). Screening and intervention for intimate partner abuse: practices and attitudes of primary care physicians. *Journal of American Medical Association*, 282-468.
- Rodríguez, Y., & Magalhães, M. J. (2013). El sexismo moderno en estudiantes universitarios/as. *AGIR - Revista Interdisciplinar de Ciências Sociais e Humanas*, 1(2), 113-121.
- Rodríguez, M.A., Quiroga, S. S., & Bauer, H. M. (1996). Breaking the silence: battered women's perspectives on medical care, *Archives of Family Medicine*, 53,153-158.
- Rodríguez, M. A., Vaquero, M., Bertagnolli, L., Muñoz, E., Redondo, R., y Muñoz, A. (2011). Violencia del compañero íntimo: estudio con profesionales de enfermería. *Atención Primaria*. 43(8), 417-25.
- .
- Rodríguez-Franco, L., López, J., Rodríguez-Díaz, F.J., Bringas, C., Antuña, A. y Estrada, C. (2010). Validación del cuestionario de violencia entre novios (CUVINO) en jóvenes hispanohablantes: Análisis de resultados en España, México y Argentina. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 6, 45-52
- Roelens, K., H. Verstraelen, K. Van Egmond, & M. Temmerman. (2006). A Knowledge, Attitudes, and Practice Survey Among Obstetrician-Gynaecologists on Intimate Partner Violence in Flanders, Belgium. *BMC Public Health* 6,238.
- Roberts, A. L., Gilman, S. E., Fitzmaurice, G., Decker, M. & Koenen, K. C. (2010). Witness of interpersonal violence in childhood and perpetration of interpersonal violence in adulthood. *Epidemiology*, 21, 809–817. doi:[10.1097/EDE.0b013e3181f39f03](https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e3181f39f03)
- Rodríguez-Borrego, M. A., Vaquero-Abellán, M., Bertagnolli da Rosa, L. (2012). A cross-sectional study of factors underlying the risk of female nurses' suffering abuse by their partners. *Rev Latino Am Enfermagem*, 20(1),11-8.
- Rojas, K. (2014). La violencia de género desde la perspectiva de las políticas públicas de salud y la experiencia de los profesionales de la salud. (Tesis Doctoral.) Recuperado el 12 de julio de 2016 de:

<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/283955/kr11de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Rojas, K., Gutiérrez, T., Alvarado, R., y Fernández, A. (2015). Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de Atención Primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica. *Aten Primaria*, 47, 490-497. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.10.008>.
- Rosenberg, M. J., & Hovland, C. I. (1960). Cognitive, affective, and behavioral components of attitudes. In C. I. Hovland & M. J. Rosenberg (Eds.), *Attitude organization and change: An analysis of consistency among attitude components* (pp. 1-14). New Haven, CT: Yale University Press.
- Ruiz-Cantero, M. T., & Verdú, M. (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria*, 18, 118-125.
- Ruiz-Navarro, M.G. (2011) ¿Somos los profesionales sanitarios una barrera para la detección de la violencia de género? *Enferm Integral*, 8-14. Recuperado el 6 de octubre de 2014 de: <http://www.enfervalencia.org/ei/93/ENF-INTEG-93.pdf>
- Ruiz-Peña M., González, M., López, J., Iglesias, M., Barros, C., González, S., y Fernández, T (2010). Violencia de género en un área de salud. *Medicina de Familia-SEMERGEN*, 36(4), 202-20.
- Ruiz-Pérez, I., Blanco, P., y Vives, C. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gaceta Sanitaria*, 18(5).
- Ruiz-Pérez, I., Escriba, V., Montero, M. I., Vives, C., & Rodríguez, M. (2017). Prevalence of intimate partner violence in Spain: A national cross-sectional survey in primary care. *Atención Primaria*, 49(2), 93-101. doi: 10.1016/j.aprim.2016.03.006.
- Ruiz Pérez, I., & Plazaola, J. (2005) Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. *Psychosomatic Medicine*, 67,791-797.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola, J., Blanco, P., González, J. M., Ayuso P., y Montero, M. I. (2006). La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 20 (3), 202-208.

- Ruiz-Pérez, I., Plazaola, J., Vives, C., Montero, M. I., Escriba, V., Jimenez E., y Martín, D. (2010). Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. *Gaceta Sanitaria*, 24(2), 128-35.
- Sakalli, N. (2001). Beliefs about wife beating among Turkish college students: The effect of patriarchy, sexism, and sex differences. *Sex Roles*, 44, 559-610
- Sakalli, N., & Glick, P. (2003). Ambivalent sexism and attitudes toward women who engage in premarital sex in Turkey. *The Journal of Sex Research*, 40, 296-302. Doi: 10.1007/s11199-007-9313-2
- Sakalli, N., Glick, P., & Yalcin, Z. S. (2007). Ambivalent sexism, Belief in a Just World, and empathy as predictors of Turkish students' attitudes toward rape victims. *Sex Roles*, 57, 889-895. doi:10.1007/s11199-007-9313-2
- Sala, I., Hernández, A. R., Ros, R., Lorenz, G., y Parellada, N. (2010) Violencia doméstica: preguntar para detectar. *Atención Primaria* 42(2), 70-8.
- Salazar, M., & San Sebastian, M. (2014). Violence against women and unintended pregnancies in Nicaragua: a population-based multilevel study. *BMC Womens Health*, 26(14), 1-9.
- Salcedo, M., Miura, P., Macedo, V., & Egry, E. (2014). How do primary health care professionals deal with pregnant women who are victims of domestic violence? *Rev Lat Am Enfermagem.*, 22, 448-453.
- Salmon, P., Skaife, K., & Rhodes, J. (2003). Abuse, dissociation and somatization in irritable bowel syndrome: towards an explanatory model. *Journal Behaviour Medical*, 26(1), 1-18.
- Saltzman, L. E., Fanslow, J. L., McMahon, P. M., & Shelley, G. A. (2000). Intimate partner violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- Salvador, L., Rivas., y Sánchez, S. (2008). Violencia y maltrato de género (y III). Nociones prácticas para su detección y abordaje integral en urgencias. *Emergencias*, 20, 343-352.

- Samejima, F. (1969). Estimation of latent ability using a response pattern of graded scores. *Psychometrika Monograph Supplement*, 34(4), 100
- Sánchez Ramos, J. M. (2011). Un recurso de integración social para niños/as, adolescentes y familias en situación de riesgo: los centros de día de atención a menores. Granada: Universidad de Granada.
- Sanmartín, J. (2007) ¿Qué es violencia? Una aproximación al concepto y a la clasificación de la violencia. *Daimon. Revista de Filosofía*, 42, 9-21.
- Sanmartín, J., Molina, A., y García, Y. (Eds.) (2003). *Informe internacional 2003. Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Estadísticas y legislación*. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Sanmartín, J., Iborra, I., García, Y., y Martínez, P. (2010). *III Informe internacional sobre violencia contra la mujer en las relaciones de pareja*. Valencia: Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Recuperado el 3 de octubre de 2015 de:
<http://www.malostratos.org/images/pdf/010%20informe%20reina%20sofia.pdf>
- Santandreu, M. (2014). *Psicopatología, emotividad negativa y desadaptación en víctimas de violencia de género*. (Tesis doctoral). Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears.
- Sans, M., y Sellarés, J. (2010). Detección de la violencia de género en atención primaria. *Revista Española de Medicina Legal*, 36(3), 104-109.
- Sanz, B., Rey, L., y Otero, L. (2014). Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja. *Gaceta Sanitaria*, 28(2), 102–108.
- Sarasúa, B., y Zubizarreta, I. (2000). *Violencia en la pareja*. Málaga: Aljibe.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema*, 19, 459-466. (2007).
- Sawyer, S., Coles, J., Williams, A., Lucas, P., & Williams, B. (2017). Paramedic Students' Knowledge, Attitudes, and Preparedness to Manage Intimate Partner.

- Schafer, J. Caetano, R., & Clark, C. L. (1998). Rates of intimate partner violence in the United States. *American Journal Public Health*, 88, 1702- 170.
- Schreiber, R. (2001). Wandering in the dark. Women's experiences with depression. *Health Care Women International*, 22, 85–98.
- Schnurr, P. P., & Green, B. L. (2004). Understanding relationships among trauma, post-traumatic stress disorder, and health outcomes. *Adv Mind Body Med.*, 20, 18–29.
- Seijo, D., Fariña, F., y Arce, R. (2009). La violencia doméstica. Repercusiones en los hijos. En F. Fariña, R. Arce y G. Buela-Casal, *Violencia de género* (pp. 119-133). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Sethi, D., Watts, S., Zwi, A., Watson, C., & McCarthy, C. (2004). Experience of domestic violence by women attending an innercity accident and emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 21,180-184.
- Siendones, R., Perea, E., Arjona, J. L., Agüera, C., Rubio, A., y Molina, M. (2002). Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Emergencias*, 14,224-32.
- Signorelli, M. C., Auad, D., & Pereira, P. P. D. (2013). Violencia domestica contra mulheres e actuação professional na atencao primaria à saúde: um estudo etnografico en Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 29, 1230-40.
- Silva, S., Vianna, R., Lucena, K., Deininger, L., Coelho, H., & Anjos, U. (2015). Analysis of domestic violence on women's health. *Journal of Human Growth and Development*. 25(2), 182-186.
- Silver, E. (2002). Mental disorder and violent victimization: the mediating role of involvement in conflicted social relationships. *Criminology*, 40, 191-212.
- Shadigian, E. M., & Bauer, S.T. (2004). Screening for Partner Violence During Pregnancy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 84(3), 273-280.

- Shelton, J. D. (2001). The provider perspective: Human after all. *Int Fam Plan Perspect*, 27 (3), 152-161. doi: <http://dx.doi.org/10.2307/2673838>.
- Shiple, S.B. y Sylvester, D.C. (1982). Professional's attitudes toward violence in close relationships. *Journal of Emergency Nursing*, 8(2), 88-91.
- Snively, S. (1994). *The New Zealand Economic Costs of Family Violence*. Coopers and Lybrand, Auckland.
- Soler, E., Barreto, P., González, R. (2005). Cuestionario de respuesta emocional a la violencia doméstica y sexual. *Psicothema*, 17(2), 267-274.
- Soto-Quevedo, O. (2012). Rol del sexismo ambivalente y de la transgresión de estereotipo de género en la atribución de culpa a mujeres víctimas de violencia de pareja. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(2), 135-14.
- Spangaro, J., Zwi, A., & Poulos, R. (2009). The elusive search for definitive evidence on routine screening for intimate partner violence. *Trauma Violence Abuse*. 10, 55-68.
- Spangaro, J., Poulos, R. G., & Zwi, A. B. (2011). Pandora doesn't live here anymore: normalization of screening for intimate partner violence in Australian antenatal, mental health, and substance abuse services. *Violence and victims*, 26 (1), 130-144. Doi 10.1891/0886-6708.26.1.130.
- Sprague, S., Carel, G., & Hogentoren, C. (2014). Prevalence of intimate Partner violence across medical and surgical health care settings: A systematic review. *Violence against women*, 20(1), 118-136
- Sprague, S., Madden, K., Simunovic, N., Godin, K., Pham, N. K., Bhandari, M.,... & Goslings, J. C. (2012). Barriers to screening for intimate partner violence. *Women Health*, 52 (6), 587-605. doi: 10.1080/03630242.2012.690840.
- Sprague, S., Slobogean, G. P., Spurr, H., McKay, P., Scott, T., Arseneau, E... & Swaminathan, A. (2016). A scoping review of intimate partner violence screening programs for health care professionals. *PLoS One*, 11(12). doi: 10.1371/journal.pone.0168502. eCollection 2016.

- Stark, E., & Flitcraft, A. (1988). "Women and Children at Risk: A Feminist Perspective on Child Abuse." *International Journal of Health Services*, 18, (1), 97-118.
- Stark, E., Flicraft, A., & Frazier, W. (1979). Medicine and Patriarchal Violence: the social construction of a "private event". *International Journal of Health Services*, 9 (3), 185-193.
- Stewart, D. E., & Cecutti, A. (1993). Physical abuse in pregnancy. *Canadian Medical Association Journal*, 149(9), 1257–1263.
- Stith, S. M., & McCollum, E. E. (2011). Conjoint treatment of couples who have experienced intimate partner violence. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 312-318 <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2011.04.012>.
- Stinson, C. K., & Robinson, R. (2006). Intimate Partner Violence: Continuing Education for Registered Nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 37(2), 58-62. Doi: <https://doi.org/10.3928/00220124-20060201-01>
- Stöckl, H. K., Devries, A., Rotstein, N., Abrahams, J., Campbell, C., Watts, C., & Garcia Moreno, C. (2013). The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet*, 382, 859–865.
- Stoppe, G., Sandholzer, H., & Huppertz, C. (1999). Gender differences in the recognition of depression in old age. *Maturitas* 32(3), 205-212
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics Scales. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 75-88.
- Straus, M. A. (2004). Prevalence of violence against dating partners by male and female university students worldwide. *Violence against women*, 10(7), 790-811.
- Straus, M. A. (2008). Dominance and symmetry in partner violence by male and female university students in 32 nations. *Children and Youth Services Review*, 30(3):252-275.
- Straus, M. A., & Ramirez, I. L. (2007). Gender symmetry in prevalence, severity, and chronicity of physical aggression against dating partners by University students in Mexico and USA. *Aggressive Behavior*, 33, 1-10

- Stuart, R. B. (2005). Treatment for partner abuse: Time for a paradigm shift. *Professional Psychology-Research and Practice*, 36(3), 254-263.
- Sue, D. W., & Sue, D. (2003). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice* (5th ed.). New York, NY: Wiley.
- Sugarman, D. B., & Frankel, S. L. (1996). Patriarchal ideology and wife-assault: meta analytic review. *Journal of Family Violence*, 11(1), 13-40.
- Sugarman, D. B., & Straus, M. A. (1988). Indicators of Gender Equality for American States and Regions. *Social Indicators Research*, 20, 229-270.
- Surgeon General's Report. (2001). Youth violence: A Report of the Surgeon General. Washington, D.C: Department of Health and Human Services.
- Sugg, N. (2015). Intimate partner violence: Prevalence, health consequences and intervention. *Medical Clinic of North America*, 99, 629-649
- Sugg, N. K., y Inui, T. (1992). Primary Care Physicians' Response to Domestic Violence: Opening Pandora's Box. *Journal of the American Medical Association*, 267(23), 3157-3160. doi: 10.1001/jama.1992.03480230049026
- Sugg, N., Thompson, R., Thompson, D., Maiuro, R., & Rivara, F. (1999) Domestic Violence y Primary care: Attitudes, Practices and Beliefs. *Arch Fam Med*, 8(4), 301-306.
- Sundborg, E. M., Saleh-Stattin, N., Wandell, P. & Tornkvist, L. (2012). Nurses preparedness to care for women exposed to intimate partner violence: a quantitative study in primary health care. *BMCNursing*, 11.1.
- Swan, S. C., & Snow, D. L. (2006). The development of the theory of women's use of violence in intimate relationships. *Violence Against Women*, 12(11), 1026-1045. V70 version N3.doc, 18-Apr-07, Page 50
- Swanberg, J., & Logan, T. (2005). Domestic Violence and Employment: A Qualitative Study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(1), 3-17.
- Sawyer, S., Williams, A., Rotheram, A., & Williams, B. (2018). The knowledge, attitudes and preparedness of Australian paramedics to manage intimate partner violence patients—a pilot study. *Australasian Journal of Paramedicine*, 15(2).

- Szilassy, E., Drinkwater, J., Hester, M., Larkins, C., Stanley, N., Turner, W,... & Feder, G. (2017) Making the links between domestic violence and child safeguarding: an evidence-based pilot training for general practice. *Health Social Care the Community*. doi:10.1111/hsc.12401
- Thackeray, J., Stelzner, S., Downs, S., & Miller, C. (2007). Screening for intimate partner violence: The impact of screener and screening environment on victim comfort. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 659–668.
- Taft, C. T., O'Farrell, T. J., Torres, S. E., Panuzio, J., Monson, C. M., Murphy, M. & Murphy, C. M. (2006). Examining the Correlates of Psychological Aggression among a Community Sample of Couples. *Journal of Family Psychology*, 20 (4), 581-588. doi: 10.1037/0893-3200.20.4.581
- Taft, A., O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L., & Feder, G. (2013). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *The Cochrane Library*, 30 (4).doi: oi: 10.1002/14651858.CD007007.pub2
- Taft, D., Broom, H., & Legge, D. (2004). General practitioner management of intimate partner abuse and the whole family: qualitative study. *British Medical Journal*, 328(7440), 618–621.
- Tambag, H., & Turan, Z. (2014) Ability of nursing students to recognize signs of Violence Against Women. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26(3), 107-112. doi: 10.1111/2047-3095.12050
- Tasa-Vinyals, E., Mora, M., y Raich, R. M. (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (113), 14-25.
- Testa M., VanZile, C., & Livingston, J. A. (2007). Prospective prediction of women's sexual victimization by intimate and nonintimate male perpetrators. *Journal of Consulting Consult Clinical Psychology*, 75(1), 52-60.
- Tiburcio, M., Natera, G., y Berenzon, S. (2010): Utilización de servicios de atención a la salud mental en mujeres víctimas de violencia conyugal. *Salud Mental*, 3.
- Tilden, V. P., Schmidt, T. A., Limandri, B. J., Chiodo, G. T., Garland, M. J., & Loveless, P. A. (1994). Factors That Influence Clinicians' Assessment and

- Management of Family Violence. *American Journal of Public Health*, 84, 628-633. doi:<http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.84.4.62>.
- Tjaden, P., & Thoennes, N. (2004). Violence Against Women in the United States Is a Serious Problem En: Karen F. Balken (Ed.) *Violence against women* (pp.19-20)United States of America:Greenhaven Press.
- Toldos, M. P. (2004). Adolescencia, violencia y género. (Tesis doctoral) Madrid: Universidad Complutense de Madrid
- Tolman, R., & Wang, H. (2005). Domestic Violence and Women's Employment: Fixed Effects Models of Three Waves of Women's Employment Study Data. *American Journal of Community Psychology*, 36(1 y 2), 147-158.
- Thompson, J., Canterino, J. C., Feld, S. M., Stumpf, P. G., Kuo, Y., & Harrigan, J. T. (2000). Risk factor for domestic violence in pregnant women. *Primary Care Update OB/GYNS*, 7, 138-141.
- Torres, E., y López-Zafra, E. (2010). Diferencias en Cultura del Honor, inteligencia Emocional y Pensamientos distorsionados sobre las mujeres en reclusos y no reclusos. *Boletín de Psicología*, 100, 71-8.
- Torres, A., Lemos, S., y Herrero, J. (2013) Violencia hacia la mujer: características psicológicas y de personalidad de los hombres que maltratan a su pareja. *Anales de Psicología*, 29.
- Torró, C., y Llamas, C. (2008) Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- Tower, L. (2006). Barriers in screening women for domestic violence: a survey of social workers, family practitioners, and obstetrician– gynecologists. *Journal of Family Violence*, 21(4), 245–257. doi: 10.1007/s10896-006-9024-4.
- Tower, L. (2007).Intimate partner violence and the health care response. A postmodern critique. *Health Care for Women International*, 28 (1), 438-452. doi <https://doi.org/10.1080/07399330701226404> 4.

- Tower, M., McMurray, A., Rowe, J., & Wallis, M. (2006). Domestic violence, health & health care: Women's accounts of their experiences. *Contemp Nurse*, 21, 186-198.
- Travaglia, L. K., Overall, N. C., & Sibley, C. G. (2009). Benevolent and hostile sexism and preferences for romantic partners. *Personality and Individual Differences*, 47, 599-604.
- Trevillion, K., Howard, L. M., Morgan, C., Feder, G., Woodall, A., & Rose, D. (2012). The response of mental health services to domestic violence: A qualitative study of service users' and professionals' experiences. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 18, 326-336. doi: 10.1177/10783903124597
- Trevillion, K., Oram, S., Feder, G., & Howard, L. M. (2012). Experiences of domestic violence and mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 7(12), e51740.
- Trevillion, K., Hugues, B., Feder, G., Boschmann, R., Oram, S., & Howard, L. (2014). Disclosure of domestic violence in mental health settings: A qualitative meta-synthesis. *International Review of Psychiatry*, 26 (4), 430-444 doi: [10.3109/09540261.2014.9240954](https://doi.org/10.3109/09540261.2014.9240954).
- United Nations Population Fund (UNFPA) y International Center for Research on Women (ICRW) (2009). *Intimate Partner Violence High Costs to Households and Communities*. Recuperado el 3 de febrero de 2016 en: <https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2016/10/Intimate-Partner-Violence-High-Cost-to-Households-and-Communities.pdf>
- United Nation Statistics Division (2010). The world's women 2010: trends and statistics, 19,131. Recuperado el 10 de mayo de 2015 de https://unstats.un.org/unsd/demographic/products/Worldswomen/WW_full%20report_BW.pdf
- Universidad nacional autónoma de México (UNAM). (2016). *El costo de la Violencia contra las mujeres en México*. Secretaría de Gobernación Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la violencia contra las mujeres. Recuperado el 6 de febrero de 2017 de

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/184345/El costo de la violencia contra las mujeres en Mexico - oct 2016.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/184345/El_costo_de_la_violencia_contra_las_mujeres_en_Mexico_-_oct_2016.pdf)

- US Preventive Services Task Force. (2004). Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement. *Ann Intern Med*, 140(5), 382–386.
- US Preventive Services Task Force (USPSTF) (2012). *Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults*. Washington, D.C.
- Vaamonde, J. D. (2013) *El sexismo en el lugar de trabajo a la luz de los valores personales y de las percepciones de justicia organizacional* (Tesis Doctoral). Universidad Nacional de la Plata. La Plata.
- Vaamonde, J., y Omar, A. (2012). Validación argentina del inventario de sexismo ambivalente. *Alternativas en psicología*, 16(26), 47-58.
- Valdés, A. C., García, C., y Sierra, Á. (2016). Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. *Atención Primaria*, 48 (10) 623-31.
- Valor, I. (2010). *Legitimación de la violencia contra la mujer: factores socioculturales e interpersonales en el mantenimiento de la relación abusiva*. (Tesis Doctoral). Granada: Universidad de Granada.
- Valor, I., Expósito, F., & Moya, M. (2011). Victim blaming and exoneration of the perpetrator in domestic violence: The role of beliefs in a just world and ambivalent sexism. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 195-206.
- Vander Zanden, J. (1986). *Manual de Psicología Social*. Paidós, Buenos Aires
- Vara- Horna, A. (2012). *El impacto económico de la violencia contra la mujer en Perú y Ecuador*. Universidad en San Martín de Porres. Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo. Recuperado el 3 de enero de 2015 de http://weprinciples.unglobalcompact.org/files/attachments/impacto_violencia_mujer_Ecuador_Per%C3%BA.pdf
- Vara-Horna, A. (2013). *Los costos empresariales de la violencia contra las mujeres en el Perú. Una estimación del impacto de la violencia contra la mujer en*

- relaciones de pareja en la productividad laboral de las empresas peruanas.*
Lima: USMP & ComVoMujer.
- Vara-Horna, A. (2015). *Los costos empresariales de la violencia contra las mujeres en Bolivia.* Lima: ComVoMujer & USMP.
- Vara-Horna, A. (2017). *Los Costos-País de la Violencia contra las Mujeres en Paraguay.* Recuperado 17 de julio de 2017 de:
<http://info.comvomujer.org.pe/catalogocomvo/productoscatalogos2018/18-22%20RE%20costos%20pais%20Paraguay%20VF.pdf>
- Vázquez-Cupeiro, S. (2015). Ciencia, estereotipos y género: una revisión de los marcos explicativos. *Convergencia*, 22(68), 177-202.
- Vázquez, E., Torres, A., Otero, P., Blanco, V., y López, M. (2010). Prevalencia y factores de riesgo de la violencia contra la mujer en estudiantes universitarias españolas. *Psicothema*, 22, 196-20.
- Velasco, C., Luna, J. D., Martín, A., Caño, A., & Martín, S. (2014). Intimate partner violence against Spanish pregnant women: application of two screening instruments to assess prevalence and associated factors. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 93(10), 1050-1058.
- Venguer, T., Fawcett, G., Vernon, R., & Pick, S. (1998). *Violencia doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud.* México, DF: Population Council, INOPAL III. 24-52
- Vénica, L. (2013). Los costos económicos de la violencia familiar. Metodología aplicable a la ciudad de Rosario. *Journal*, 01.
- VicHealth (2004). *The Health Costs of Violence: Measuring the Burden of Disease Caused by Intimate Partner Violence.* Melbourne: VicHealth.
- Villagómez, E. (2010), The economic and social costs of domestic violence against women in Andalucía, Spain, Recuperado el 20 de mayo de 2016 de:
<https://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/documents/ece/ces/ge.30/2010/8.e.pdf>

- Villavicencio, P. (1999). *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer, Madrid.
- Villavicencio, P. (1996). *La situación de maltrato y su repercusión en el ajuste psicosocial en las mujeres en centros de acogida*. (Tesis doctoral) Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.
- Villavicencio, P., & Sebastián, J. (1999). *Violencia Doméstica: su Impacto en la Salud Física y Mental de las Mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Visentin, F., Becker, L., Trevisan, I., Lorenzini, E., & Franco, E. (2015). Women's primary care nursing in situations of gender violence. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 33(3), 556-564.
- Vives-Cases, C., Álvarez-Dardet, C., Torrubiano-Domínguez, J., y Gil González, D. (2008). Mortalidad por violencia del compañero íntimo en mujeres extranjeras residentes en España (1999-2006). *Gaceta Sanitaria*, 22, 232-235
- Vives, C., Ruiz-Cantero, M. T., Escribà, V., & Miralles, J. (2011). The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. *J Public Health*. 33(1), 15-21. doi: [10.1093/pubmed/fdq101](https://doi.org/10.1093/pubmed/fdq101)
- Vogel, J. (2013). Effective gender-based violence screening tools for use in primary care health settings in Afghanistan y Pakistan: a systematic review. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 19(3), 219-226.
- Vung, N. D., Ostergren, P.O., y Krantz, G.(2009) Intimate partner violence against women, health effects and health care seeking in rural Vietnam. *European Journal of Public Health*, 19(2), 178–82. Doi <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckn136>:
- Waalén, J., Goodwin, M., Spitz, M., Petersen, R., & Saltzman, E. (2000). Screening for intimate partner violence by health care providers: barriers and interventions. *American journal of preventive medicine*, 19(4), 230-237.
- Walby, S. (2004). *The cost of domestic violence*. London: Department of trade and industry, Women and Equality Unit.

- Walker, L. (2009). *The battered woman syndrome*. New York, N.Y.: Springer.
- Warshaw, C., Brashler, B., & Gil, J. (2009). Mental health consequences of intimate partner violence. En C. Mitchell y D. Anglin (Eds.), *Intimate partner violence: A health based perspective*. New York: Oxford University Press.
- Wathen, C., & MacMillan, H. (2003). Prevention of violence against women: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Canadian Medical Association Journal*, *169*, 582-4.
- Watts, C., & Zimmermann, C. (2002). Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet* *359*, 1232-1237.
- Weisse C, Sorum P., & Dominguez R. (2003). The influence of gender and race on physicians' pain management decisions. *Journal of Pain*, *4*(9), 505–10.
- White, J. W., & Kowalski, R. M. (1998). Male violence toward women: An integrated perspective. In R. G. Geen & E. Donnerstein (Eds.), *Human aggression: Theories, research, and implications for social policy* (pp. 203-228). San Diego, CA, US: Academic Press. doi: <https://doi.org/10.1016/B978-012278805-5/50009-2>.
- White, J. W. (2001). Aggression and gender. In J. Worell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender* (pp. 81–93). New York: Academic Press
- Wiener, R. L., Reiter-Palmon, R., Winter, R. J., Richter, E., Humke, A., & Maeder, E. (2010). Complainant behavioral tone, ambivalent sexism, and perceptions of sexual harassment. *Psychology, Public Policy, and Law*, *16*, 56-84. <http://dx.doi.org/10.1037/a0018434>.
- Wileman, L., May, C., & Chew-Graham, C. A. (2002). Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study. *Family Practice*, *19*(2), 178-182.
- Williams, J. R., Ghandour, R. M., & Kub, J. E. (2008). Female perpetration of violence in heterosexual intimate relationships: Adolescence through adulthood. *Trauma, Violence, and Abuse*, *9*(4), 227-249. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1524838008324418>

- Wilson, J. M. G., & Jungner, G. (1969). *Principios y métodos del examen colectivo para identificar enfermedades*. Cuadernos de Salud Pública, nº 34. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Wisner, C. L., Gilmer, T. P., Saltzman, L. E., & Zink, T. M. (1999). Intimate Partner Violence against Women: Do Victims Cost Health Plans More? *The Journal of Family Practice*, 48, 439-443.
- Wolfe, D., Crooks, C., Lee, V., McIntyre-Smith, A., & Jaffe, P. (2003). The Effects of Children's Exposure to Domestic Violence: A Meta-Analysis and Critique. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 171-187.
- Woodin, E. M., & O'Leary, K. D. (2009). Theoretical approaches to the etiology of partner violence. In D. J. Whitaker & J. R. Lutzker (Eds.), *Preventing partner violence: Research and evidence-based intervention strategies* (pp. 41-65). Washington, DC, US: American Psychological Association. Doi. <http://dx.doi.org/10.1037/11873-003>
- Wood, S. L., & Sommers, M. S. (2011). Consequences of intimate partner violence on child witnesses: A systematic review of the literature. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing* 24 (4), 223-236. doi:https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2011.00302.
- Yamawaki, N., Ostenson, J., & Brown, C. R. (2009). The functions of gender role traditionality, ambivalent sexism, injury and frequency of assault on domestic violence perception : A study between Japanese and American college students. *Violence Against Women*, 15, 1126-1142.
- Yodanis, C. Godenzi, A., & Stanko, E. (2000) The Benefits of Studying Costs: A Review and Agenda for Studies on the Economic Costs of Violence against Women. *Policy Studies* 21, (3), 263-276. Doi. <https://doi.org/10.1080/01442870020019534>
- Yonaka, L., Yoder, M. K., Darrow, J. B., & Sherck, J.P. (2007). Barriers to screening for domestic violence in the emergency department. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 38 (1), 37-44.

- Yoshioka, M.R., DiNoia, J., & Ullah, K. (2000). Attitudes toward marital violence. *Violence Against Women, 7*(8), 900-926.
- Zaher, E., Keogh, K., & Ratnapalan, S. (2014). Effect of domestic violence training: systematic review of randomized controlled trials. *Canadian family physician, 60*(7), 618-624.
- Zink, T., Regan, S., Goldenhar, L., Pabst, S., & Rinto, B. (2004). Intimate Partner Violence: What Are Physicians Perceptions? *Journal of American Board of Family Practice, 17*(5), 332-40.

ANEXOS

ANEXO 1:

CARTA DE PRESENTACIÓN

Estimad@s compañer@s

Mi nombre es Nancy González y realizo un trabajo de investigación sobre violencia de género con el respaldo de la Universidad de Oviedo. El objetivo de éste estudio, es mejorar dentro del ámbito sanitario, la detección y posterior atención de mujeres víctimas de esta terrible lacra.

Se trata de valorar, a través de una serie de preguntas concretas, las posibles actitudes y obstáculos que dificultan al profesional sanitario la detección y atención de una víctima de maltrato en las relaciones de pareja.

Tu valiosa aportación, significaría una voz más en la lucha contra este demoledor problema social, que parece tener vocación de permanecer invisible. Solo te llevará unos diez minutos y de ninguna manera, será una pérdida de tiempo, porque implica un avance, un mayor conocimiento y quizás, una vida.

El cuestionario es estrictamente confidencial y anónimo. Todos los datos se gestionan respetando de manera rigurosa el secreto estadístico.

En nombre de tantas víctimas ocultas, gracias por tu colaboración.

Para comenzar, pulsa en el link que aparece a continuación.

<http://www.nancygonzalez-violenciadegenero.org/>

Nancy González García

Hospital Valle del Nalón

ENCUESTA

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:
EDAD en años _____
SEXO: 1. HOMBRE 2. MUJER
ESTADO CIVIL: 1. SOLTERO 2. CASADO 3. SEPARADO/DIVORCIADO 4. VIUDO
USTED SE PERCIBE COMO DE CLASE SOCIAL: 1. BAJA 2. MEDIA/BAJA 3. MEDIA 4. MEDIA/ALTA 5. ALTA
SITUACIÓN PROFESIONAL: 1. PERSONAL ESTATUTARIO FIJO 2. PERSONAL ESTATUTARIO EVENTUAL 3. PERSONAL ESTATUTARIO INTERINO 4. OTROS
AÑOS EN ACTIVO _____
CATEGORÍA PROFESIONAL: 1. MEDICINA 2. ENFERMERÍA 3. OTROS (especificar) _____
ÁMBITO DE DESEMPEÑO DE LA ACTIVIDAD LABORAL: 1. ATENCIÓN PRIMARIA 2. ATENCIÓN ESPECIALIZADA
¿HA REALIZADO ALGUNA ACTIVIDAD FORMATIVA SOBRE VIOLENCIA EN LA PAREJA?: 1. SI 2. NO
NÚMERO DE HORAS (Aprox) _____
¿HA OIDO HABLAR DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN INTERDEPARTAMENTAL ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO? 1. SI 2. NO
¿COMO CALIFICARÍA SU NIVEL DE CONOCIMEINTOS DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO? (califique su repuesta de 1 – muy bajo – a 10 – muy alto) _____

2. A continuación, se presentan una serie de frases sobre los hombres y las mujeres y sus relaciones en nuestra sociedad. Por favor, indique el grado de acuerdo o desacuerdo, con cada una de las frases, marcando en la casilla que corresponda.

Escala ASI: (Sexismo ambivalente hacia las mujeres)

- Items SEXISMO HOSTIL: 1 al 6
- Items SEXISMO BENEVOLENTE: 7 al 12

1. Las mujeres intentan ganar poder controlando a los hombres.

En total desacuerdo En desacuerdo Bastante en desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Algo de acuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

2. Las mujeres exageran los problemas que tienen en el trabajo.

En total desacuerdo En desacuerdo Bastante en desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Algo de acuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

3. Una vez que una mujer logra que un hombre se comprometa con ella, por lo general, intenta controlarle estrechamente.

En total desacuerdo En desacuerdo Bastante en desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Algo de acuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

4. Cuando las mujeres son vencidas por los hombres en una competencia justa, generalmente ellas se quejan de haber sido discriminadas.

En total desacuerdo En desacuerdo Bastante en desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Algo de acuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

5. Existen muchas mujeres que para burlarse de los hombres, primero se insinúan sexualmente a ellos y luego rechazan los avances de éstos.

En total desacuerdo En desacuerdo Bastante en desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Algo de acuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

6. Las mujeres feministas están haciendo demandas completamente irracionales a los hombres.

En total desacuerdo En desacuerdo Bastante en desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Algo de acuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

7. Muchas mujeres se caracterizan por una pureza que pocos hombres poseen.

En total desacuerdo En desacuerdo Bastante en desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Algo de acuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

8. Las mujeres deben ser queridas y protegidas por los hombres.

En total desacuerdo En desacuerdo Bastante en desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Algo de acuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

9. Todo hombre debe tener una mujer a quien amar.

En total desacuerdo En desacuerdo Bastante en desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Algo de acuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

10. El hombre está incompleto sin la mujer.

En total desacuerdo En desacuerdo Bastante en desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Algo de acuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

11. Las mujeres en comparación con los hombres, tienden a tener una mayor sensibilidad moral

En total desacuerdo En desacuerdo Bastante en desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Algo de acuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

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

En total desacuerdo En desacuerdo Bastante en desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Algo de acuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

Escala AMI (Escala de ambivalencia hacia los hombres).

- Ítems SEXISMO HOSTIL: 1 al 6
- Ítems SEXISMO BENEVOLENTE: 7 al 12

1. Cuando los hombres prestan ayuda a las mujeres, a menudo intentan demostrar que son mejores que ellas.

En total desacuerdo En desacuerdo Bastante en desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Algo de acuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

2. Los hombres se comportan como niños cuando están enfermos.

En total desacuerdo En desacuerdo Bastante en desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Algo de acuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

3. Los hombres siempre lucharán por tener mayor poder en la sociedad que las mujeres.

En total desacuerdo En desacuerdo Bastante en desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Algo de acuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

4. Incluso si los dos miembros de una pareja trabajaran, la mujer debería prestar más atención y ocuparse de su hombre en casa.

En total desacuerdo En desacuerdo Bastante en desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Algo de acuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

5. Los hombres en el fondo son como niños.

En total desacuerdo En desacuerdo Bastante en desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Algo de acuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

6. La mayoría de los hombres, acosan sexualmente a las mujeres -aunque sea solamente de forma sutil-, en cuanto tienen una posición de poder sobre ellas.

En total desacuerdo En desacuerdo Bastante en desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Algo de acuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

7. Incluso los hombres que prodaman estar sensibilizados con los derechos de las mujeres, en su casa quieren realmente, una relación tradicional en la que la mujer se ocupe de las labores domésticas y del cuidado de los hijos.

En total desacuerdo En desacuerdo Bastante en desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Algo de acuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

8. Toda mujer debería tener un hombre al que adorar.

En total desacuerdo En desacuerdo Bastante en desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Algo de acuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

9. Una mujer nunca estará totalmente realizada en su vida si no tiene una relación estable con un hombre.

En total desacuerdo En desacuerdo Bastante en desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Algo de acuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

10. Los hombres son sobre todo, útiles para dar seguridad económica a las mujeres.

En total desacuerdo En desacuerdo Bastante en desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Algo de acuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

11. Los hombres están más dispuestos a ponerse en peligro para proteger a otras personas.

En total desacuerdo En desacuerdo Bastante en desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Algo de acuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

12. Los hombres están más dispuestos a correr riesgos que las mujeres.

En total desacuerdo En desacuerdo Bastante en desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Algo de acuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

3. **Indique** Verdadero o Falso a las siguientes afirmaciones:

DESEABILIDAD SOCIAL	VERDADERO	FALSO
1. Cuando cometo un error siempre estoy dispuesto a admitirlo		
2. Siempre intento practicar lo que predico		
3. Nunca me enfado cuando me piden que devuelva algún favor que me han hecho		
4. Nunca me irrito cuando la gente expresa ideas muy distintas a mi		
5. Nunca he dicho deliberadamente nada que pudiera herir los sentimientos de alguien		
6. A veces me gusta chismorrear un poco		
7. En alguna ocasión me he aprovechado de alguien		
8. A veces trato de vengarme en lugar de perdonar y olvidar lo que me han hecho		
9. A veces insisto en hacer las cosas a mi manera		
10. En algunas ocasiones siento que soy un manazas		

4. A continuación encontrará una serie de afirmaciones sobre la labor del profesional ante posibles casos de violencia de pareja. Indique hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de estas afirmaciones:

ACTITUDES ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

1. **El profesional sanitario debería dedicar un esfuerzo adicional para identificar y detectar casos potenciales de violencia en la pareja.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

2. **El profesional debería atender y tratar la violencia en la pareja como un problema de salud.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

3. **Es especialmente importante dar confianza y apoyo en estos casos.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

4. **En los casos más leves el profesional debería buscar otras vías (servicios de salud mental, asistente social, etc.) antes de denunciar a las autoridades.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

5. **El personal sanitario tiene un papel relevante en la detección precoz, la asistencia y la rehabilitación de la víctima en las situaciones de violencia en la pareja.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

6. **En el caso de existir lesiones físicas, el profesional debería plantearse la posibilidad de un diagnóstico diferencial de maltrato.**

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

5. Como usted probablemente ya conoce, en los centros sanitarios sólo son detectados por los profesionales de la salud, entre un 5-10% de los casos de mujeres víctimas de violencia de género. En su opinión, si no se diagnostican más casos de violencia en la pareja en los centros sanitarios es porque:

ACTITUDES ANTE LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

1. Falta de formación sobre el tema.

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

2. Faltan recursos institucionales (por ejemplo, Trabajador Social disponible).

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

3. No se considera que la violencia en la pareja sea un problema de salud.

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

4. Sobrecarga de trabajo de los profesionales de los centros.

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

5. Falta de privacidad en la exploración y la anamnesis.

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

6. Dificultades de comunicación con la víctima.

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

7. Se evita involucrarse en cuestiones legales.

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

8. Falta de implicación y sensibilización en el tema.

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

9. Se considera que se trata de un problema del ámbito privado de la pareja.

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo

10. No existe un grupo especializado en este tipo de maltrato.

Totalmente en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Totalmente de acuerdo