

EL PERSONAL SANITARIO ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO*

M. Pilar Matud, M. Teresa Matud, Rebeca Delgado,
Demelza Fortes y Rosa Arteaga

Universidad de La Laguna,
Servicio Aragonés de Salud y Servicio Canario de Salud

RESUMEN

La violencia de género causa problemas de salud a corto y largo plazo. El presente trabajo pretende analizar las actitudes y formación en violencia de género de los/as profesionales sanitarios. Para ello se pasó una entrevista semiestructurada a una muestra disponible de 190 profesionales de la salud que trabajaban en las Islas Canarias. Los resultados indicaron que, aunque había mucha diversidad y la mayoría de profesionales consideraba que la violencia de género era consecuencia de la sociedad patriarcal y del machismo, algunos afirmaban que era un problema de pareja o que la mujer era culpable. Además, se detectó la presencia de mitos tales como que la violencia de género es consecuencia de la enfermedad del agresor o de su consumo de alcohol y drogas. Y menos de la mitad había realizado formación en violencia de género.

PALABRAS CLAVE: Violencia de género, personal sanitario, actitudes.

ABSTRACT

Gender violence results in immediate and long-term health problems. The present study aimed to analyze attitudes and formation on gender violence of professional health care workers. Semi-structured interviews were conducted with a purposeful sample of 190 health care providers in the Canary Islands. Results showed that, despite the diversity and although the majority of professionals saw gender violence as a consequence of the patriarchal society and *machismo*, some of them regarded it as a couple problem or thought the woman was guilty. In addition, some of them were supporting a series of myths like that gender violence was a consequence of the disease of the aggressor or of the consumption of alcohol and drugs. Less than half of the interviewed ones had carried out gender violence training.

KEY WORDS: Gender violence, health care professionals, attitudes.

INTRODUCCIÓN

La violencia de género es uno de los problemas más importantes de la sociedad actual. La ONU¹ define la violencia contra las mujeres como «todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada». Se trata de un fenómeno global que afecta a las mujeres independientemente del grupo social, económico, religioso o cultural a que pertenezcan². Y es muy frecuente que dicha violencia sea perpetrada por la propia pareja. En un estudio reciente realizado por la OMS³, en el que se recogió información de más de 24.000 mujeres de diez países con diferentes entornos culturales, se encontró que el porcentaje de mujeres que habían tenido pareja alguna vez y que había sufrido violencia física o sexual a lo largo de su vida oscilaba entre el 15% y el 71%, si bien lo más común es que los índices se situasen entre el 24% y el 53%. Respecto a la prevalencia en España, los datos obtenidos en 1999 mediante encuesta a toda la población permitieron estimar que el 9,2% de las mujeres mayores de 18 años sufren violencia en sus relaciones de pareja⁴. Y en estudios recientes realizados con mujeres usuarias de atención primaria se ha encontrado que prácticamente la tercera parte de las mujeres han sufrido alguna vez en su vida maltrato de su pareja⁵.

La violencia género es una fuente importante de mortalidad y morbilidad para las mujeres⁶. Se ha encontrado que tiene efectos en la salud a corto y largo

* Trabajo financiado parcialmente por el Instituto Canario de la Mujer. Contrato de investigación «La violencia de género en Canarias: sus principales determinantes, impacto en sus víctimas y adecuación de los recursos existentes», 2004.

¹ ONU. *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer* (Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993). Encontrada el 18 de abril de 2003 en <http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf>.

² L. HEISE y C. GARCÍA-MORENO, «Violence by intimate partners», en E.G. KRUG, L.L. DAHLBERG y J.A. MERCY (eds.), *World Report on Violence and Health*, Ginebra, World Health Organization, 2002, pp. 88-121; Y.G. BALCI y U. AYRANCI, «Physical violence against women: Evaluations of women assaulted by spouses». *Journal of Clinique Medicine*, vol. 12 (2005), pp. 258-63; A. PAN, S. DALEY, L.M. RIVERA, K. WILLIAMS, D. LINGLE y V. REZNIK, «Understanding the role of culture in domestic violence: The Ahimsa project for safe families». *Journal of Immigrant and Minority Health*, vol 8 (2006), pp. 35-43.

³ WHO *Multi-country-study on women's health and domestic violence against women summary report on prevalence, health outcomes and women responses*. Ginebra, World Health Organization, 2005.

⁴ I. ALBERDI y N. MATAS, *La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. Barcelona, Fundación La Caixa, 2002.

⁵ I. RUIZ-PÉREZ, J. PLAZAOLA-CASTAÑO y M. RÍO-LOZANO, «Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women». *European Journal of Public Health*, vol. 17 (2007), pp. 437-444.

⁶ M.A. DUTTON, B. L. GREEN, S.I. KALTMAN, D.M. ROESCH, T.A. ZEFFIRO y E.D. KRAUSE, «Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes». *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 21 (2006), pp. 955-968; WHO, *op. cit.*, nota 4.

plazo y⁷ es un problema importante de salud pública⁸. El efecto más obvio del maltrato físico en la salud de las mujeres es la presencia de lesiones, pero existe evidencia de la existencia de muchos otros problemas de salud, algunos de los cuales son consecuencia de las lesiones sufridas mientras que otros son producidos por el estrés que el maltrato de la pareja genera en la mujer. Se ha encontrado que las mujeres maltratadas tienen más problemas neurológicos⁹, más dolor crónico, el cual puede ser consecuencia de lesiones antiguas mal diagnosticadas o que nunca han sido tratadas¹⁰, y más problemas ginecológicos y obstétricos¹¹. Además, si el maltrato incluye relaciones sexuales forzadas, aumenta la probabilidad de que las mujeres tengan enfermedad inflamatoria pélvica, lesiones vaginales o anales, disfunción sexual, infecciones del tracto urinario, embarazo no deseado, otros problemas genito-uritarios, así como mayor probabilidad de contagiarse de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA¹². Y también tiene un alto impacto psicológico. En un estudio de revisión de los problemas de salud mental de las mujeres maltratadas por su pareja¹³ se encontró que el sufrir tal violencia aumentaba entre tres y cinco veces la probabilidad de depresión, trastorno por estrés postraumático, pensamientos y conductas suicidas y abusos de sustancias.

El maltrato de la pareja se refiere a cualquier conducta dentro de una relación íntima que cause daño físico, psicológico o sexual, incluyendo actos de agre-

⁷ J. CAMPBELL, A.S. JONES, J. DIENEMANN, J. KUB, J. SCHOLLENBERGER, J.P. O'CAMPO, A. GIELEN y C. WYNNE, «Intimate partner violence and physical health consequences». *Archives of Internal Medicine*, vol. 162 (2002), pp. 1157-1163; M.P. KOSS, P.G. KOSS y W. WOODRUFF, «Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization». *Archives of Internal Medicine*, vol. 151(1991), pp. 342-347; I. RUIZ-PÉREZ, J. PLAZAOLA-CASTAÑO y M. RÍO-LOZANO, «Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women». *European Journal of Public Health*, vol. 17 (2007), pp. 437-444.

⁸ A.I. NEROIEN y B. SCHEI, «Partner violence and health: Results from the first national study on violence against women in Norway». *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 36 (2008), pp. 161-168; E. GRACIA y M. LILA, «Los profesionales de la salud y la prevención de la violencia doméstica contra la mujer». *Revista Médica de Chile*, vol. 136 (2008), pp. 394-499.

⁹ C. DÍAZ-OLAVARRIETA, J. CAMPBELL, C. GARCÍA, F. PAZ, F. y A. R. VILLA, «Domestic violence against patients with chronic neurologic disorders». *Archives of Neurology*, vol. 56 (1999), pp. 681-685; E.M. VARELA y H. BERENBAUM, «Brain injury in battered women». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 71 (2003), pp. 797-804.

¹⁰ J.C. CAMPBELL y K.L. SOEKEN, «Women's responses to battering over time. An analysis of change». *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 14 (1999), pp. 21-40.

¹¹ J.C. CAMPBELL *et al.*, *op. cit.*, nota 8; T.W. LEUNG, W.C. LEUNG, E.H.Y. NG y P.C. HO, «Quality of life of victims of intimate partner violence». *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 90 (2005), pp. 258-262; WHO, *op. cit.*, nota 4.

¹² CAMPBELL *et al.*, *op. cit.*, nota 8; CAMPBELL y K.L. SOEKEN, *op. cit.*, nota 10; G.M. WINGOOD, R.J. DICLEMENTE y A. RAJ, «Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters». *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 19 (2000), pp. 270-275.

¹³ J.M. GOLDING, «Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis». *Journal of Family Violence*, vol. 14 (1999), pp. 99-132.





sión física, abuso psicológico, relaciones sexuales forzadas o bajo coacción, y conductas de control¹⁴. Normalmente las mujeres sufren más de un tipo de violencia de su pareja, no tratándose de una conducta aislada sino de un proceso que se instaura y cronifica en el tiempo, por lo que se ha planteado que es importante detectarlo precozmente para prevenir su desarrollo, mantenimiento y secuelas¹⁵ y prevenir futuras agresiones. Se ha planteado que los/as profesionales del sistema sanitario tienen una posición privilegiada para su detección, ya que la mayoría de las mujeres tienen algún tipo de contacto a lo largo de su vida con los servicios de salud, ya sea por revisiones, por embarazos o bien por acompañar a algún familiar¹⁶, y se reconoce a nivel internacional la responsabilidad que el sector sanitario tiene en la prevención de la violencia doméstica¹⁷.

Pero la evidencia empírica muestra que, pese a la alta prevalencia de la violencia de género, muchas víctimas no son identificadas como tales en los servicios de salud¹⁸. Y en un estudio realizado recientemente en España¹⁹ se encontró que, aunque el personal sanitario estaba sensibilizado ante la violencia de género y una amplia proporción consideraba que el sector sanitario tiene un papel importante en la detección y/o asistencia de las personas que sufren dicha violencia, no era conceptualizado como un problema de salud. Además, los resultados mostraron un gran desconocimiento del tema por parte de dicho personal, así como un escaso grado de formación en él. Se ha planteado que la formación del personal sanitario en el reconocimiento de los signos y síntomas de la violencia de género contribuiría a disminuir el número de víctimas, ayudaría a prevenir futuros abusos y aumentaría la asistencia que reciben²⁰. También en la legislación española se recoge la relevancia de la formación del personal sanitario. Así, la ley 1/2004 de Medidas de Protección

¹⁴ HEISE y GARCÍA-MORENO, *op. cit.*, nota 8.

¹⁵ P. BLANCO, C. RUIZ-JARABO, L. GARCÍA DE VINUESA y M. MARTÍN-GARCÍA, «La violencia de la pareja y la salud de las mujeres». *Gaceta Sanitaria*, vol. 18, Sup.1 (2004), pp. 182-188.

¹⁶ J. PLAZAOLA-CASTAÑO, I. RUIZ-PÉREZ y E. HERNÁNDEZ-TORRES, «Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España». *Gaceta sanitaria*, vol. 22 (2008), pp. 415-420.

¹⁷ W. THURSTON, L.M. TUTTY, A.C. EISENER, L. LALONDE, C. BELENKY y B. OSBORNE, «Implementation of universal screening for domestic violence in an urgent care community health center». *Health Promotion Practice*, en prensa.

¹⁸ T.S. HARWELL, R. J. CASTEN, K.A. ARMSTRONG, S. DEMPSEY, H.L. COONS y M. DAVIS, «Results of a domestic violence training program offered to the staff of urban community health centers». *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 15 (1998), pp. 235-242; M. YAM, «Wife abuse: Strategies for a therapeutic response». *Scholar Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, vol. 2 (1995), pp. 147-158.

¹⁹ B. COLL-VINENT, T. ECHEVERRÍA, U. FARRÀS, D. RODRÍGUEZ, J. MILLÀ y M. SANTIÑA, «El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud». *Gaceta sanitaria*, vol. 22 (2008), pp. 7-10.

²⁰ HARWELL *et al.*, *op. cit.*, nota 17.

²¹ *Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*. BOE núm. 313, pp. 42.166-42.197.

Integral contra la Violencia de género²¹ establece el desarrollo de programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario con la finalidad de impulsar y mejorar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer en situación de violencia de género. Y dicha ley, en su artículo 15, establece que las Administraciones sanitarias promoverán e impulsarán actuaciones de los/as profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas que consideren necesarias para optimizar la contribución del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia. Pero, pese a ello, se desconoce en buena medida la situación actual del personal sanitario en lo relativo a su formación y actitudes hacia la violencia de género. Y tal conocimiento es importante para el diseño de planes y estrategias que posibiliten que dichos/as profesionales desarrollen de forma adecuada su papel en la prevención de la violencia de género y en la atención integral a sus víctimas. Por tanto, la meta del presente trabajo es conocer las actitudes y formación en violencia de género del personal sanitario de los servicios públicos de la Comunidad Canaria, analizando la relevancia de algunos factores personales y del tipo de asistencia en dichas actitudes y formación. De interés especial en lo que al impacto de la ley en las actitudes y prácticas de dichos profesionales se refiere resulta el análisis cronológico, por lo que compararemos los datos obtenidos durante 2004, fecha en la que aún no se había aprobado la Ley 1/2004 de 28 de diciembre, con las entrevistas realizadas dos años después (en 2006) y más recientemente (en 2009).

1. MÉTODO

1.1. MUESTRA

Una muestra de conveniencia formada por un total de 190 profesionales sanitarios que trabajaban en la sanidad pública canaria participó en el estudio. El 68,3% eran mujeres y el 31,7% hombres, y sus edades estaban comprendidas entre 21 y 61 años, siendo la media de 37,39 años, la desviación típica de 10,65 y la mediana de 35. Sus categorías profesionales eran diversas, si bien algo más de la mitad (el 58,6%) era personal de enfermería; el 28,4% eran médicos/as, el 2% trabajador/a social y el resto personal auxiliar. En el momento de la entrevista, la mayoría (el 70,5%) trabajaba en alguno de los centros de Atención Primaria de la Comunidad Canaria y el resto lo hacía en atención hospitalaria, siendo lo más común en este caso que trabajasen en Urgencias. El 40% tenía empleo fijo, el 44% estaba contratado/a y el 16% era interino/a. Había mucha variabilidad en el tiempo que llevaban trabajando, oscilando desde menos de un mes hasta más de 30 años, siendo la media de 10 años, la desviación típica de 10 años y la mediana de 7 años.



1.2. INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO

Entrevista sobre violencia de género para profesionales sanitarios. Entrevista no estructurada realizada por Matud²² basándose en la revisión bibliográfica del tema y en trabajos previos²³. Además de recoger los datos sociodemográficos, profesionales y laborales, pregunta sobre la formación en violencia de género, si cuentan con protocolos o procedimientos a seguir con las víctimas de violencia de género y en qué consiste su intervención profesional con dichas víctimas. Y, en un tercer bloque de preguntas, se indaga sobre las creencias y actitudes sobre la violencia de género.

El acceso a la muestra fue a través de diversos Centros de Atención Primaria y Hospitales de la red pública canaria. En éstos se trató de entrevistar a profesionales de servicios en los que hay mayor probabilidad de atender a víctimas de violencia de género, especialmente Urgencias. En la mayoría de los casos las entrevistas fueron cumplimentadas mediante entrevista individual, realizada por psicólogas con formación en violencia de género. En los casos en que este procedimiento no fue posible, la cumplimentación del inventario fue a modo de autoinforme autoaplicado. El pase de pruebas se realizó desde 2004 hasta 2009. Para realizar los análisis cualitativos del cuestionario se aplicó un código creado por Matud²⁴. Tras realizar dicha categorización, se introdujeron los datos al ordenador junto con los datos cuantitativos. Los análisis estadísticos se realizaron con la versión 15 del programa SPSS para Windows.

2. RESULTADOS

Más de la mitad del personal sanitario (el 68,7%) dijo no haber recibido formación por parte de la empresa en violencia de género y solo el 18,2% informó de haber realizado algún tipo de formación sobre dicha violencia por iniciativa propia. El 58,6% no había realizado ninguna formación en violencia de género y solo el 8,1% había realizado dicha formación mediante cursos proporcionados por la institución, así como por su propia iniciativa y financiación. El 10,1% había hecho este último tipo de formación, pero ninguna promovida por la institución, y el 23,2% había hecho únicamente este último tipo de formación.

Al analizar si había diferencias en la formación a cargo de la institución en función del año en que fueron realizadas las entrevistas, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas $\chi^2(2, N = 198) = 1.60, p >.05$ (véase tabla 1).

²² MATUD, *La violencia de género en Canarias: sus principales determinantes, impacto en sus víctimas y adecuación de los recursos existentes*. Tenerife, Instituto Canario de la Mujer, 2004.

²³ MATUD, *Impacto Psicológico del maltrato a la mujer: un análisis empírico*. Tenerife, Instituto Canario de la Mujer, 1999.

²⁴ MATUD, *op. cit.* (2004), nota 22.

Pese a que las diferencias en los porcentajes no son estadísticamente significativas, destaca que en 2009 el porcentaje de profesionales que realizó cursos de formación promovidos por la institución fue bastante inferior al de los años anteriores.

TABLA 1. FORMACIÓN POR PARTE DE LA ENTIDAD SEGÚN EL AÑO DE LA ENTREVISTA

			AÑO DE LA ENTREVISTA			TOTAL
			2004	2006	2009	
Formación por parte de la institución	No	N	43	54	39	136
		%	31,6%	39,7%	28,7%	100,0%
	Sí	N	24	25	13	62
		%	38,7%	40,3%	21,0%	100,0%
Total	N	67	79	52	198	
	%	33,8%	39,9%	26,3%	100,0%	

Al analizar si había diferencias en la formación promovida por la institución en función del tipo de centro sanitario en que trabajaba el personal sanitario (atención primaria frente a hospitalaria), se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes, $\chi^2(1, N = 190) = 16,79, p < .01$. Era mucho más frecuente que hubiese realizado dicha formación el personal de atención primaria (el 91,2%) que el que trabajaba en algún hospital (el 8,8). Al analizar si había diferencias en función del tipo de profesional (médico, de enfermería o auxiliar), también se encontraron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 187) = 8,33, p < .05$. Aunque algo más de la mitad (el 55,7%) del personal de enfermería había realizado dicha formación, solo la había cursado el 39,3% del personal médico y el 4,9% del personal auxiliar.

Al analizar la relevancia de los factores personales en la realización de formación en violencia de género promovida por la institución, no se encontraron diferencias en función del género, $\chi^2(1, N = 183) = 0,44, p > .05$. Pero sí las hubo en función de la edad, $\chi^2(1, N = 172) = 6,62, p = .01$, siendo menos común que no hubiesen realizado tales cursos el personal sanitario menor de 40 años (el 65,3%) respecto a quienes tenían 40 o más años, donde poco más de la tercera parte (el 34,7%) no había realizado formación por parte de la empresa en violencia de género.

Los análisis destinados a conocer la relevancia de los diversos factores en la realización de formación en violencia de género por iniciativa propia mostraron que no había diferencias estadísticamente en función del año en que se realizó la entrevista, $\chi^2(2, N = 198) = 0,26, p > .05$; ni en función del tipo de profesional,





$\chi^2(2, N = 187) = 2,8,7 p > .05$; pero sí la hubo en función del tipo de centro, $\chi^2(1, N = 190) = 4,76, p < .05$. Mientras que el 85,7% del personal de atención primaria había realizado dicha formación, solo el 14,3% del personal que trabajaba en algún hospital había realizado formación en violencia de género por iniciativa propia.

Al analizar la relevancia de los factores sociodemográficos en la formación en violencia de género realizado por iniciativa propia, se encontró que no hubo diferencias estadísticamente significativas en función del género, $\chi^2(1, N = 183) = 0,25, p > .05$, ni de la edad, $\chi^2(1, N = 172) = 0,06, p > .05$.

El 52% de profesionales dijo que en el servicio en que trabajaba no contaban con protocolos o procedimientos de trabajo específicos para las víctimas de violencia de género, el 41,4% respondió afirmativamente y el 6,6% no respondió ante tal cuestión. Cuando se comparó dicha respuesta en función de los años en que se realizó la entrevista, se encontró que en 2004 el 60% respondió afirmativamente, en 2006 lo hizo el 35,1% y en 2009 el 37,5%, diferencias en porcentajes que fueron estadísticamente significativas, $\chi^2(2, N = 185) = 9,92, p < .05$. Al analizar si había diferencias en función del tipo de profesión, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(2, N = 174) = 11,15, p < .01$. La profesión en que resultó más común el uso de protocolos fue la médica, respondiendo afirmativamente el 62,5%, seguida de la enfermería (el 42,7%) y fue mucho menos frecuente en el personal auxiliar (el 21,7%). Al comparar el uso de protocolos en función del tipo de centro de trabajo, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(2, N = 177) = 18,7, p < .001$. Era mucho más común que utilizaran los protocolos el personal que trabajaba en atención primaria (el 55%) que en hospitales (el 20%).

Al preguntar a los/as profesionales por su intervención con las víctimas de violencia de género, aunque se obtuvo gran diversidad de respuestas y, obviamente, dependían del tipo de profesional que se tratase, se encontró que lo más común fue que respondiesen que su intervención se centraba en el tratamiento de las lesiones, lo que hizo el 35,9%; el 10,6% dijo que hacía el parte de lesiones; el 9,6% dijo prescribir medicación; el 9,1% dijo que informaba a la víctima; otro 9,1% dijo que hacía la evaluación inicial; el 8,6% dijo darle apoyo; otro 8,6% dijo que la derivaba hacia otros servicios; el 4,5% dijo que hacía la primera toma de contacto con las mujeres; otro 4,5% dijo que le asesoraba respecto a los recursos sociales existentes; otro 4,5% dijo que era detectar el maltrato; un 4% dijo hacer acompañamiento de la víctima; un 3% dijo hacer funciones de coordinación; el 2% dijo hacer intervención en crisis y otro 2% valoración del daño. Y fue menos frecuente que dijese que hacían terapia psicológica, tramitar ayudas sociales, denunciar, o intervención con la familia.

Cuando preguntamos al personal médico y de enfermería si realizaban seguimientos una vez habían atendido a la víctima de violencia de género el 48,8% respondió no hacerlos, el 33,3% dijo que sí hacían seguimientos, el 1,2% dijo que dependía del caso y el 16,7% no respondió a esta cuestión. Cuando tratamos de conocer qué variables parecían relevantes en la realización de tales seguimientos, encontramos que en 2004 los hacía el 48,3%, en 2006 el 31,1% y en 2009 el 40%, diferencias en porcentajes que no eran estadísticamente significativas, $\chi^2(2, N =$

133) = 3,10, $p > .05$. Al analizar la relevancia del tipo de centro, se encontró que el 22,2% de profesionales que trabajaban en algún hospital y el 48,4% de quienes trabajaban en primaria realizaban dichos seguimientos, siendo las diferencias estadísticamente significativas, $\chi^2(2, N = 127) = 7,28, p < .01$. Y también se encontraron diferencias estadísticamente significativas cuando se analizó si había diferencias en función de la profesión, $\chi^2(1, N = 133) = 9,79, p < .01$. Era más común que realizasen seguimientos a las víctimas de violencia de género que habían atendido previamente el personal médico (el 58,3%) que el de enfermería (el 30,6%). Por el contrario, no parecían ser relevantes en el hecho de realizar o no seguimientos el género del personal sanitario, $\chi^2(1, N = 123) = 0,11, p > .05$; ni la edad $\chi^2(1, N = 117) = 0,83, p > .05$. Finalmente, al analizar la relevancia de haber realizado o no formación en violencia de género, se encontró que el 43,9% de profesionales que había realizado dicha formación sí realizaba seguimientos mientras que el 37,3% no los hacía, si bien las diferencias entre dichos porcentajes no eran estadísticamente significativas, $\chi^2(1, N = 133) = 0,44, p > .05$.

Aunque al analizar las causas atribuidas a la violencia de género, se encontró una cierta diversidad, se pudieron establecer diez categorías de respuesta: 1) por machismo y/o por la sociedad patriarcal, lo cual fue afirmado por el 42%; 2) por enfermedad y/o problemas psiquiátricos del agresor lo respondió el 25,8%); 3) por problemas de relación de la pareja (el 6,1%); 4) multicausal (el 5,6%); 5) por consumo de alcohol y/o drogas del agresor (el 4,5%); 6) porque la mujer es culpable o responsable (otro 4,5%); 7) por la naturaleza masculina (el 4%); 8) por aprendizaje, por la cultura (el 3,5%); 9) por problema individual de la persona (el 2,5%); 10) por la sociedad violenta (el 1%). Además el 3% dijo que «no sabía». Para analizar si tales atribuciones variaban en función del año de la entrevista y de las características profesionales y demográficas, se hicieron una serie de análisis de contingencia cuyos principales resultados mostramos a continuación. Dada la baja frecuencia de la mayoría de las categorías de respuesta, los análisis de Chi Cuadrado no son fiables, por lo que no se incluyen tales resultados.

En la tabla 2 mostramos las respuestas obtenidas en los distintos periodos temporales en que se realizó la entrevista. Como puede observarse, aunque la atribución de la violencia al machismo y la sociedad patriarcal fue mayor en 2006 respecto a 2004, respuesta que dio la mitad de profesionales, en 2009 únicamente la tercera parte de profesionales dieron tal respuesta. Prácticamente la tercera parte de profesionales atribuyó en 2006 la violencia de género a la enfermedad o problemas mentales del agresor y aunque en 2009 solo la cuarta parte hizo tal atribución, en ambos casos fue mayor que en 2004. Y aunque en 2009 fueron menos que en los años anteriores los/as profesionales que consideraron que la violencia de género era un problema de pareja, el 3,8% dio dicha respuesta. Al realizar las comparaciones con respecto al año 2004, se encontró que tanto en 2006 como en 2009 fueron menos los/as profesionales que atribuyeron dicha violencia al consumo de alcohol y/o drogas, los/as que culparon a la mujer, y los/as que consideraron que era un problema individual, si bien alguno/a siguió manteniendo dichas atribuciones causales. En 2009 dos de los/as profesionales plantearon que la violencia de género era consecuencia de la violencia de la sociedad actual, respuesta que no habían dado en



TABLA 2. ATRIBUCIONES CAUSALES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO
SEGÚN EL AÑO DE LA ENTREVISTA

		AÑO		
		2004	2006	2009
Machismo, sociedad patriarcal	N	25	40	18
	%	37,3%	50,6%	34,6%
Enfermedad del agresor	N	12	27	12
	%	17,9%	34,2%	23,1%
Problemas de relación de pareja	N	4	6	2
	%	6,0%	7,6%	3,8%
Multicausal	N	7	1	3
	%	10,4%	1,3%	5,8%
Consumo de alcohol y/o drogas del agresor	N	5	2	2
	%	7,5%	2,5%	3,8%
Mujer culpable o responsable	N	4	3	2
	%	6,0%	3,8%	3,8%
Naturaleza masculina	N	2	5	1
	%	3,0%	6,3%	1,9%
Aprendizaje, cultura	N	4	2	1
	%	6,0%	2,5%	1,9%
Problema individual de la persona	N	3	1	1
	%	4,5%	1,3%	1,9%
Sociedad violenta	N	0	0	2
	%	,0%	,0%	3,8%
No sabe	N	4	2	0
	%	6,0%	2,5%	,0%

los años anteriores, y también destaca que en dicho año no hubo ningún profesional que afirmase que no sabía a qué atribuir la violencia de género.

En la tabla 3 mostramos las atribuciones causales en función del centro de trabajo. Como puede observarse, las diferencias son escasas, si bien es algo más común que el personal de primaria atribuya la violencia de género a problemas de relación de pareja, a la enfermedad del agresor, a su consumo de alcohol y/o drogas

TABLA 3. ATRIBUCIONES CAUSALES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO SEGÚN EL CENTRO

		CENTRO DE TRABAJO	
		HOSPITAL	ATENCIÓN PRIMARIA
Machismo, sociedad patriarcal	N	26	53
	%	46,4%	39,6%
Enfermedad del agresor	N	12	37
	%	21,4%	27,6%
Problemas de relación de pareja	N	1	10
	%	1,8%	7,5%
Multicausal	N	1	9
	%	1,8%	6,7%
Consumo de alcohol y/o drogas del agresor	N	1	8
	%	1,8%	6,0%
Mujer culpable o responsable	N	4	5
	%	7,1%	3,7%
Naturaleza masculina	N	3	4
	%	5,4%	3,0%
Aprendizaje, cultura	N	2	5
	%	3,6%	3,7%
Problema individual de la persona	N	2	3
	%	3,6%	2,2%
Sociedad violenta	N	0	2
	%	,0%	1,5%
No sabe	N	2	4
	%	3,6%	3,0%

y a múltiples causas. Pero era menos común que considere que la mujer es responsable y/o culpable.

El análisis de las diferencias en función de la profesión del personal sanitario se muestra en la tabla 4. Destaca que el personal auxiliar no consideraba que la violencia de género fuese un problema de relación de pareja, del que la mujer fuese culpable y/o responsable, que se tratase de un problema de aprendizaje, individual, fruto de la violencia social o que fuese multicausal. Según este colectivo, era conse-

TABLA 4. ATRIBUCIONES CAUSALES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO SEGÚN LA PROFESIÓN

		PROFESIÓN		
		ENFERMERA/O	MÉDICA/O	P. AUXILIAR
Machismo, sociedad patriarcal	N	44	25	10
	%	40,7%	46,3%	40,0%
Enfermedad del agresor	N	29	12	7
	%	26,9%	22,2%	28,0%
Problemas de relación de pareja	N	7	5	0
	%	6,5%	9,3%	,0%
Multicausal	N	6	5	0
	%	5,6%	9,3%	,0%
Consumo de alcohol y/o drogas del agresor	N	4	3	2
	%	3,7%	5,6%	8,0%
Mujer culpable o responsable	N	6	3	0
	%	5,6%	5,6%	,0%
Naturaleza masculina	N	3	2	1
	%	2,8%	3,7%	4,0%
Aprendizaje, cultura	N	5	2	0
	%	4,6%	3,7%	,0%
Problema individual de la persona	N	1	4	0
	%	,9%	7,4%	,0%
Sociedad violenta	N	0	2	0
	%	,0%	3,7%	,0%
No sabe	N	4	2	0
	%	3,7%	3,7%	,0%

cuencia del machismo y la sociedad patriarcal y, en menor medida, de la enfermedad y/o consumo de alcohol y/o drogas del agresor o de la naturaleza masculina. Los/as profesionales de la medicina respondieron con una frecuencia algo inferior que era consecuencia de la enfermedad del agresor, planteando en mayor medida que el resto de los colectivos profesionales que era un problema individual y consecuencia de la sociedad violenta.

En la tabla 5 mostramos los resultados obtenidos al comparar a mujeres y hombres. Como puede observarse, las atribuciones causales de la violencia de géne-

TABLA 5. ATRIBUCIONES CAUSALES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO SEGÚN EL GÉNERO DEL PERSONAL SANITARIO

		GÉNERO	
		HOMBRE	MUJER
Machismo, sociedad patriarcal	N	27	52
	%	46,6%	41,6%
Enfermedad del agresor	N	17	30
	%	29,3%	24,0%
Problemas de relación de pareja	N	3	8
	%	5,2%	6,4%
Multicausal	N	2	7
	%	3,4%	5,6%
Consumo de alcohol y/o drogas del agresor	N	2	7
	%	3,4%	5,6%
Mujer culpable o responsable	N	3	6
	%	5,2%	4,8%
Naturaleza masculina	N	3	5
	%	5,2%	4,0%
Aprendizaje, cultura	N	1	6
	%	1,7%	4,8%
Problema individual de la persona	N	3	1
	%	5,2%	,8%
Sociedad violenta	N	1	1
	%	1,7%	,8%
No sabe	N	2	4
	%	3,4%	3,2%

ro son muy similares, si bien es algo menos común que las mujeres la atribuyan al aprendizaje y la cultura, mientras que los hombres lo consideran con mayor frecuencia como un problema individual de la persona.

Las comparaciones en función de que el profesional fuese menor de 40 años o que hubiese cumplido ya dicha edad se muestran en la tabla 6. Puede observarse que las diferencias son muy escasas si bien es más frecuente que los/as profesionales con mayor edad consideren a la mujer responsable. Además, ninguno/a afirmó que la violencia de género es fruto del aprendizaje y/o de la cultura.



TABLA 6. ATRIBUCIONES CAUSALES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO SEGÚN LA EDAD DEL PERSONAL SANITARIO

		EDAD	
		MENOR DE 40 AÑOS	ENTRE 40 Y 61 AÑOS
Machismo, sociedad patriarcal	N	45	30
	%	44,6%	42,3%
Enfermedad del agresor	N	29	16
	%	28,7%	22,5%
Problemas de relación de pareja	N	5	6
	%	5,0%	8,5%
Multicausal	N	6	4
	%	5,9%	5,6%
Consumo de alcohol y/o drogas del agresor	N	4	2
	%	4,0%	2,8%
Mujer culpable o responsable	N	1	8
	%	1,0%	11,3%
Naturaleza masculina	N	3	5
	%	3,0%	7,0%
Aprendizaje, cultura	N	6	0
	%	5,9%	,0%
Problema individual de la persona	N	2	1
	%	2,0%	1,4%
No sabe	N	2	4
	%	2,0%	5,6%

Finalmente, intentamos conocer si había diferencias en la atribución causal de la violencia de género en función de que los/as profesionales hubiesen realizado algún tipo de formación en violencia de género, resultados que mostramos en la tabla 7. Como puede observarse, son pocas las diferencias si bien se comprueba mayor tendencia en quienes han realizado formación en violencia de género a responder que se trata de un problema de relación de pareja, de que la mujer es culpable y/o responsable, que es consecuencia de la sociedad violenta y que la atribuyan al consumo de alcohol y/o drogas del agresor. Por el contrario, es menos probable que lo consideren fruto de la naturaleza masculina o que piensen que es un problema multicausal.

TABLA 7. ATRIBUCIONES CAUSALES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN FUNCIÓN DE SI HA REALIZADO FORMACIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO

		NO	SI
Machismo, sociedad patriarcal	N	47	36
	%	40,5%	43,9%
Enfermedad del agresor	N	29	22
	%	25,0%	26,8%
Problemas de relación de pareja	N	5	7
	%	4,3%	8,5%
Multicausal	N	8	3
	%	6,9%	3,7%
Consumo de alcohol y/o drogas del agresor	N	4	5
	%	3,4%	6,1%
Mujer culpable o responsable	N	3	6
	%	2,6%	7,3%
Naturaleza masculina	N	6	2
	%	5,2%	2,4%
Aprendizaje, cultura	N	3	4
	%	2,6%	4,9%
Problema individual de la persona	N	3	2
	%	2,6%	2,4%
Sociedad violenta	N	0	2
	%	,0%	2,4%
No sabe	N	3	3
	%	2,6%	3,7%

3. DISCUSIÓN

Los resultados del presente trabajo indican que, aunque se da gran diversidad y hay bastantes profesionales sanitarios ejerciendo en la sanidad pública canaria con conductas y actitudes adecuadas hacia la violencia de género, aún persisten quienes responsabilizan y/o culpan a la mujer de su propia victimización, los/as que consideran que la violencia de género es un problema de la relación de pareja y quienes sostienen una serie de mitos y estereotipos tales como que la violencia de

género es fruto de la enfermedad mental del agresor y/o del consumo de alcohol y o drogas. No cabe duda de que se trata de creencias que, además de poder generar mayor daño a las víctimas, fomentan y mantienen la violencia de género²⁵.

En cuanto a la práctica profesional, destaca que, a nivel global, la mitad del personal sanitario informó de la ausencia de protocolos o procedimientos específicos de actuación ante las víctimas de violencia de género, si bien dicha respuesta variaba bastante en función de la profesión y el tipo de asistencia. Y eran las/os médicas/os y el personal de atención primaria quienes informaban con mayor frecuencia de la existencia de tales protocolos. También destaca que, mientras que en 2004 el 60% de profesionales respondió afirmativamente en lo que a la presencia de protocolos se refiere, dicho porcentaje disminuyó considerablemente en 2006 y en 2009. La relevancia de los protocolos para la actuación sanitaria ante la violencia de género ha sido propuesta desde diversas instituciones y profesionales y hace casi una década que el Sistema Canario de Salud elaboró un protocolo para facilitar la detección de los malos tratos a mujeres y menores²⁶. Y en 2007, el Observatorio de Salud de la Mujer de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS elaboraron y publicaron un Protocolo para la actuación sanitaria ante la violencia de género, que pretenden se aplique en el conjunto del Sistema Nacional de Salud²⁷. El objetivo principal es establecer una pauta de actuación normalizada y homogénea en dicho sistema, tanto para la detección precoz como para la valoración y actuación ante los casos detectados y en su seguimiento. Su finalidad última es ofrecer orientaciones al personal sanitario para la atención integral, tanto física, como psicológica, emocional y social a las mujeres que sufren violencia de género y que acuden a un centro sanitario. También resulta preocupante que sólo la tercera parte del personal médico y de enfermería realice seguimientos de las víctimas de violencia de género a las que atienden, si bien hay diferencias importantes en función del tipo de profesional y del tipo de atención que se trate. Así, es más común que se realicen seguimientos en atención primaria, donde dijo realizarlo el 48,5%, y en la profesión médica (el 58,3%). Y aunque algunos/as profesionales sanitarios informaron de incluir en su práctica profesional la detección de la violencia de género y la información, asesoramiento, derivación y apoyo a las víctimas, lo más común era que afirmasen que su función era el tratamiento de las lesiones y/o prescribir medicación. Ello indica que

²⁵ M.P. KOSS, L.A. GOODMAN, A. BROWNE, L.F. FITZGERALD, G.P. KEITA y N.P. RUSSO, *No Save Haven. Male Violence against Women at Home, at Work, and in the Community*. Washington, APA, 1995.

²⁶ *Protocolo de facilitación de la detección de los malos tratos a mujeres y menores*. Servicio Canario de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias, 1999.

²⁷ Observatorio de Salud de la Mujer de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.



sigue prevaleciendo una consideración muy limitada respecto al papel que dichos/as profesionales tienen en la violencia de género, ya que dicha violencia es mucho más que las agresiones, ya que éstas sólo representan una pequeña parte de las estrategias de control del agresor²⁸. También se ha planteado que, cuando una víctima de violencia acude al médico por lesiones aisladas, quejas somáticas múltiples, dependencia de sustancias, depresión u otros problemas y le prescriben medicación para dichas quejas, sin explorar las razones de ello, puede que aumenten sus sentimientos de aislamiento y desesperanza²⁹. Finalmente, se encontró que más de la mitad del personal sanitario no había recibido formación en violencia de género por parte de la institución para la que trabajaba, y la mayoría tampoco había realizado dicha formación por medios propios. Además, en 2009, menos de la cuarta parte había realizado dicha formación promovida por la institución. Se ha planteado que es necesario que el personal sanitario se forme en violencia de género, ya que tal formación no se ha incluido tradicionalmente en el currículo del personal médico ni del de enfermería, ni tampoco es un tipo de formación que haya estado incluida en el sistema educativo tradicional. También la Ley Orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género³⁰, en su artículo 15, que trata de la sensibilización y formación en el ámbito sanitario, plantea que «se desarrollarán programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario». Y, dada la presencia en nuestra sociedad de mitos y estereotipos que generan y mantienen la violencia de género, una formación adecuada del personal sanitario puede ayudar a eliminar dichas creencias, además de a desarrollar una perspectiva más amplia y adecuada de su papel en la prevención y tratamiento de la violencia de género. Pero aunque este trabajo ha permitido aumentar el conocimiento de la realidad del personal sanitario ante la violencia de género, hay que tener en cuenta que tiene una serie de limitaciones derivadas fundamentalmente de la muestra utilizada. Se trata de una muestra de conveniencia, las personas que han participado lo han hecho de forma voluntaria, y trabajan en la sanidad pública, por lo que los resultados obtenidos podrían no ser generalizables a todo el sector sanitario.

²⁸ M. LORENTE, «Violencia y maltrato de género (i). Aspectos generales desde la perspectiva sanitaria». *Emergencias*, vol. 20 (2008), pp. 191-197.

²⁹ L. LAMBERG, «Domestic violence: what to ask what to do». *JAMA*, vol. 284 (2000), pp. 554-556.

³⁰ *Op. cit.*, nota 12, p. 313.